

Medical Tourism

As Workers and Citizens 'See' It In West Africa

Adagbo Onoja

ENGLISH . FRENCH . PORTUGUESE
Pgs. 1-56 Pgs. 57-112 Pgs. 113-170

Medical Tourism

As Workers and Citizens 'See' It In West Africa

By

Adagbo ONOJA

A doctoral researcher in transition from the School of International Relations at the University of St Andrews, UK to the Department of International Relations, University of Witwatersrand, South Africa.

Table Of Content

Introduction. 5

The Puzzle and the Methodology. 8

Theme One:
Locating Healthcare As a Democratic Right. 13

Theme Two:
Where Does Medical Tourism Clash
With Healthcare? 25

Theme Three:
Expenditure on Medical Tourism Versus
Expenditure on Healthcare 37

Theme Four:
What Do Workers/Citizens Want to See in
Healthcare Delivery? 49

Theme Five:
Advocacy. 52

Introduction

On December 14th, 2024, the Nigerian Government approved what a Nigerian Online publication dubbed extravagant retirement benefits for Nigeria's top military personnel. It consists of annual medical allowances for treatment abroad up to the sum of $USD20,000 (NGN31,084,000). Brought up under a policy codename "Harmonised Terms and Conditions of Service for Officers and Enlisted Personnel in the Nigerian Armed Forces (HTACOS)", the approval sent shockwaves across a country which, according to the African Development Bank, already loses $USD1billion every month to medical tourism. Subsequently, the approval has come to be seen as the best illustration of the perception of medical tourism as a spectre haunting (West) Africa from the point of view of democratic governance in the 21st century.

Medical tourism is not an uncomplicated concept. Some people insist on distinguishing between medical tourism and health tourism. For instance, the Medical Tourism Research Centre at the University of North Carina in

Pembroke define the difference between the two in terms of the objective(s) of the trip. For the centre, while medical tourism is for medical, dental or cosmetics attention, health tourism deals with “health-related purposes other than medical, dental, or cosmetic treatment”. Health-related purposes include travels for stress reduction, visit to spas and folk healing. But some scholars use medical tourism and health tourism interchangeably.

But a clearer sense of the capacity for dislocatory impacts can be perceived even from the limited exemplification of the theory and practice of medical tourism in Nigeria's atypical policy. This is particularly so on a continent believed to carry “the greatest infectious disease burden and the weakest public health infrastructure in the world”, according to Florence Fenollar, the infectious disease specialist at the University Hospital Institute of Mediterranean Infection in Marseille, France. While this statement might be no more than the maker's opinion, it cannot be casually dismissed without some critical reflections on it. The experience of the Ebola epidemic which Amanda Glassman, another opinionista, called the largest ever outbreak of the disease, favours critical

appreciation of such statements because of West Africa's frightening history of vulnerability to public health challenges.

A study of popular perception of whichever phenomenon could be named as a spectre is inherently compelling in a sub-region which has particularly been on global health governance radar since the 2014 Ebola epidemic. In other words, a region wide study of the phenomenon hinted by the Nigerian example of state practice of medical tourism. Such a study could be a strong insight into the African dynamics of an emergent global health governance challenge. Insight into the dynamics of an emergent challenge can be a point of departure regarding how to cripple this global health governance challenge in a continent which attracted the two statements above on her scale of vulnerability.

That is the assumption operationalised in this study as far as the dynamics of medical tourism is concerned across the selected seven countries: Cote d'Ivoire, Ghana, Liberia, Nigeria, Senegal, The Gambia and Togo, listed in alphabetical order. But, what exactly does the study set out to establish and by which manner of data gathering strategy?

The Puzzle and the Methodology

This study sets out to establish the perception of medical tourism among workers and citizens in West Africa. It is particularly interested in the intersection of medical tourism and the character cum quality of health governance vis-à-vis anticipating and bursting the region's vulnerability to whatever dangers there are from medical tourism. It, therefore, comes along with the question of whose perception will count in determining the threat level from medical tourism, if any. The public health to which medical tourism could habour dangerous implications resolves the question in favour of workers and citizens as the categories whose perception is called for. It has to be workers and citizens, these being the most concentrated recipients of public health and the set of people who will be most affected by any real threats from medical tourism. In other words, this study has a natural study population, as it were, in workers and citizens. Although, all workers are citizens, but there is a specificity about workers as far as the operation of an economy and, by implication, the society, is concerned. That specificity of stake in the larger society and the demographic strength of the category of

workers justify distinctive treatment of the category from the broader concept of citizens.

It is thus the perception of workers and citizens that is at stake in the study. Specifically, the study wishes to demonstrate what workers and citizens think about medical tourism; what the empirical basis of the perception are; where democracy and democratic right feature in the linkage between medical tourism and poor public health provisioning; workers and citizens' sense of the contrast between expenditure on medical tourism and public health provisioning; what workers would like to see in the public health sector and, lastly, key issues in labour/civil society's strategic campaigning or engagement with (a) Ministry of Health officials, (b) National Assembly and (c) top government officials or political leaders.

Methodologically, perception is a troublesome concept in social analysis. It also throws up its own question: how might we best capture the perception of a diverse set of actors covered by the category of workers and citizens?

The study responds to this poser by restricting the data gathering technique to intertextual tracking of aggregate

opinions, positions or standpoints of workers and citizens. What doing so does is a retroductive way of stitching together such positions or standpoints in a manner that make texts to talk to texts. Texts talking to texts means that no opinions, statements or standpoints standalone but are 'read' in the context of similar or related opinions, statements and standpoints, thereby capturing every facets of each of the two collectivities involved, across time and across issue-areas.

Intertextual data gathering which can, in a sense, also be called retroductive – facts, data and information from above, below and sideways – enables this study to transcend facticity and statistical data in themselves. Instead of such data, interpretative engagement with discursive data from trade unions (workers) and civil society platforms (citizens) is privileged. This does not mean that statistical details and facts have no place at all. Rather, it means that whenever relied upon, they are invoked to buttress or challenge a thematic inference from discursive data.

The above outline responds to the phenomenological character of this investigation in the sense that what is at

stake is the understanding of medical tourism by members of the two collectivities.

As such, the opinions and standpoints of union leaders in the health and medical profession, experts, pundits and privileged citizen observers of the dynamics of medical tourism are collected by inserting a succession of certain tag words, (among them medical tourism controversy after the name of each of the countries studied; total national expenditure on medical tourism vis-à-vis expenditure on public healthcare; biggest actors/names in medical tourism and so on). Leaders of unions, pundits and experts are taken as workers in the context of this study and this is given their privileged location and knowledge of the dynamics of the subject matter about which it is not every worker who is knowledgeable.

In that sense, it is still the concepts of workers and citizens which defined who speaks in the random tracking of documented views, meaning that such views capture the perception of workers and citizens in the countries from which the samples emerged. This is assumed to be correct since the views selected were not challenged by contending opinions anywhere else within

the bunch of texts fetched by each tag words. The views have also been freely articulated in open platforms. Splashed on platforms of popular culture, the views, including even the seemingly academic ones among them bear the stamp of workers and citizens. Above all, the views are more revealing in the process of intertextualising them towards a synthesis.

The Research Report

Theme One:

Locating Healthcare As a Democratic Right

The research report unfolds thematically as already listed. It starts with the first theme which is workers and citizens' construction of quality health and public service delivery in relation to democratic rights? That is, what is their sense of the connection between right to healthcare provisioning and the logic of democratic governance?

In 2024, the Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR) published its report titled *Healthcare Privatisation and Commercialisation in Ivory Coast: What Impact on the Right to Health?*. GI-ESCR is neither a workers' organisation nor a citizens' platform in Cote D'Ivoire but it worked with the Mouvement Ivoirien des Droits Humains (MIDH), the

25-year old leading human rights campaigning organisation and, therefore, a classical citizens cum civil society platform indigenous to the country. the relevance of the GI-ESCR's study is that beyond focusing on the impact of the commercialization policy on the right to healthcare, it references the complex set of international instruments, protocols, official documents, legal frameworks, and doctrines that commercialization violates, making access to healthcare impossible.

Among these as can be found on page three of the Executive Summary of the report are:

- The 1946 Constitution of the World Health Organization (WHO)
- The 1948 Universal Declaration of Human Rights (Art. 25)
- The 1966 International Covenant on Economic Social and Cultural Rights (Art. 12)
- The African Charter on Human and Peoples' Rights (Art. 16).

On page five of the summary is the categorical assertion that “The right to health is recognised in the Ivory Coast's legal system” an inference derived from “the right to the highest attainable standard of physical and mental health” guaranteed by Article 12 of The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) which Cote d'Ivoire ratified in March 1992.

Interestingly, The Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) which monitors the ICESCR's implementation, has, according to the report, “clarified that the right to health includes an entitlement to universal healthcare services that are geographically and financially accessible, of good quality, and adequately available”.

Beyond mentioning Cote D'Ívoire's ratification of the African Charter on Human and Peoples' Rights which, in Article 16, is equally emphatic on standard healthcare as a right, the report invoked Article 9 of the country's 2016 Constitution and its provision to the effect that “every person has the right to access healthcare services”

What becomes clear from the GI-ESCR report is the primary nature of healthcare provisioning in a

democracy, taking the legal, official protocols and constitutional provisions brought out by the human rights platform operating with an international body in Cote D'Ivoire. This point has been made previously that, although this study is on the perspective of workers and citizens on medical tourism, a strict distinction between workers and citizens on the one hand and those outside the two categories is not sustainable because the principle of democracy already has the people as its core. From this perspective, the views of activists of MIDH and GI-ESCR who privilege the struggle for guarantee of human rights as well as the primacy of healthcare respectively fit neatly into a broader concept of workers and citizens.

However, before we discuss their location of the pivotal nature of health rights under democracy, we need more of such views and positions. The report of a 2024 Organisation of Trade Unions of West Africa (OTUWA) and Solidarity Centre Sub-Regional 'Campaign on Health is a Human Right' offers one. The report identifies the instruments constituting the legal framework for healthcare provisioning in Nigeria to be the following:

- The National Health Act (2014)
- The National Health Policy (2016)
- The National Health Insurance Scheme- NHIS (1999)
- The Health Sector Reform (2020)
- The Legal Notice on Health Policy (2020) and
- The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006)

For sure, legal frameworks for healthcare provisioning speaks to constitutionalism and, therefore, democracy.

In summary, we find a human rights platform in an African country, a health care campaigning INGO such as GI-ESCR and a regional labour organisation such as OTUWA and a global labour centre – Solidarity Centre – working consensually together on protection of human rights, guarantee of rule of law and the equality of all in terms of entitlement to healthcare. The consensus among the four organisations can only be read as a

consensus on standard health provisioning as a justification for democracy.

Intertextually, they can be understood to imply that denial of quality healthcare to workers and citizens would not have been possible in the Greek city states where those who qualified to be called citizens participated directly in deciding serious issues as approval or disapproval for war. In no such setting would the citizens approve any variant of medical tourism which could undermine the healthcare facilities available to citizens who are also the defenders of the territory. It makes sense to infer from that scenario that there can be no neglect of health provisioning in ancient democracy where citizens ran state affairs directly.

In the United States which can be taken to symbolise representative democracy, healthcare is a decisive checklist item for governance approval ratings. In any case, workers and citizens are, theoretically, guaranteed protection against encroachment on imprescriptible right to life, liberty and estate.

Besides the legal grounding of healthcare provisioning revealed by the four organisations in the above

discussion, there is the construction of public health provisioning as a pivot of democratic governance. The construction is within the context of public goods and in which public health provisioning is, along with education and defence, the responsibility of the state, historically. This construction puts public health as the fulcrum of the state, thereby positioning public health provisioning as a global public good, the state being the historical mainstay of the international order as well as the superintendent of democracy. This would be a fair summary of Martin Wolf's much celebrated January 2012 *Financial Times* article.

In the article, Wolf asserted that the history of civilisation is the history of public goods because, according to him, "The more complex the civilisation, the greater the number of public goods that needed to be provided". Interestingly, the columnist specifically mentioned education, health and defence as classical examples of 21st century public goods – services which no one can be excluded from their consumption whether they pay or do not pay. Similarly, these are services which one citizen's enjoyment of does not block anyone else from. What is more interesting, Wolf identifies the

state as the institution that has historically borne the burden of providing public goods at every phase of human history – the agricultural revolution, the industrial revolution and contemporary modernity. In a very discerning move, the columnist asked the question "whether today's states can – or will be allowed to – provide the goods we now demand." His suspicion that certain forces and actors in international political economy do not understand this history led to his apt warning: Humanity's efforts to meet that challenge could prove to be the defining story of the century. In that scepticism, he was anticipating the scenario prompted by the Nigerian State. He was suggesting that when a state such as Nigeria gives official endorsement to medical tourism, it is not an error or innocent but a calculated move against making adequate health care pivotal in democratic governance. So also is the case when healthcare is commercialised and made inaccessible against the logic of fundamental legal documents underpinning democracy.

What the intertextual linkage between democracy and public goods points at is how medical tourism contradicts the exceptionalist performance commonly

claimed for global health governance recently, the only one out of the about ten major domains of global governance for which such a claim exists. David Fiddler, one of the most vocal scholars echoing this claim, declared in a 2010 piece that there had actually been a revolution in global health governance in terms of the degree of performance. According to Fiddler, "a revolution in global health governance has been underway during the past ten to fifteen years, with vigorous challenges to the legacy inherited from the Cold War". What constitutes the revolution Fidler proclaimed at rooftops includes what he calls the unprecedented diversification of the GHG policy mill in contemporary times, manifest in the activism of policymakers, activists and philanthropists in the field; the creation of radically new regimes, an unprecedented growth in funding for global health.

Although Fidler also noted in the same piece that experts were warning about certain issue-areas in global health governance, evidence of exceptionalism in that domain signals the pivotal status of healthcare. In any case, Fiddler did not name medical tourism on his list of areas of danger signals or failure in global health governance,

among which are the failure to prevent HIV/AIDS, antimicrobial resistance, counterfeit drugs, the global prevalence of noncommunicable diseases related to tobacco consumption and obesity, the migration of health workers from developing to developed countries, and the deterioration in the social determinants of health. To the extent that medical tourism will worsen this list, it challenges the direction of excellence in global health governance, more so in the light of the peculiarity of the list to developing countries which some scholars have drawn attention to.

In her 2010 essay, for instance, Sara Davies contends that global factors are impacting on local delivery of good health at least as much as local or national factors. And this she said had a developing world particularity. Davies' statement makes manifest workers/citizens' clarity on the centrality of healthcare provisioning in a democracy. The reference to formal legal frameworks with categorical commitments on entitlement to heath as a democratic right by four platforms of workers and citizens; the connection of those references to the theory and practice of democracy, then to the public goods debate and to the unfolding of global health governance establishes this clarity.

What is intriguing about the connection between domestic and global public authority on the one hand and healthcare provisioning on the other is why insistence on healthcare provisioning is not a corresponding enough item on the agenda of popular struggle in the countries studied. Could that have anything to do with what might be an impoverished and rather reductionist understanding of democracy as nothing beyond voting during elections? This question is inescapable because it is that reductionism *The Economist,* for instance, draws on to make the fascinating assertion in a 1996 survey that democracy has been a part time affair as the principle of equal say by every sane adult is sidetracked. The principle is sidetracked because it is only once in four years that the voice of the citizens are heard, leaving those voted into power as the decision makers while the rest become spectators, either nodding their heads "in irrelevant approval or growling in frustrated disagreement" as *The Economist* put it.

Why are workers and citizens, united under their human rights platforms, workers' organisations and popular democratic coalitions, not out there contesting

observable manifestations of poverty of undemocratic health governance? When will this become part of irresistible pressure on elite managers of democracy? At what point would quality health governance policy frameworks become 'sacred' bedrocks of democratic commitments?

Theme Two:

Where Does Medical Tourism Clash With Healthcare?

Having outlined the core principles to which a pivotal view of healthcare provisioning in a democracy speaks, the next theme is necessarily that of workers and citizens' perception of the threats of medical tourism to qualitative and affordable public healthcare. An indicative selection of tracked opinion of the regional trade union platform, health union leaders and an expert leads the analysis in this theme. We will take each of the submissions and then draw our inferences subsequently.

In Togo, a 2017 journalistic report on D&C (an international development) platform quotes trade union leaders and citizens with scary views on healthcare in the country. The details of the report, which was published eight years ago, still give an idea of the very recent past.

One of those quoted is a certain Professor David Dosseh, an ex-president of the Togolese Hospital Practitioners Trade Union who rated Togo a failure in improving its health system. The report did not let him elaborate but other details in the same report suggest what he might have in mind. One of the details is the ratio of doctors to the population: 0.5 doctors per 1000 people in Togo in contrast to three/four doctors to 1000 people in wealthy European nations. This figure is attributed to the CIA website but it is not very different from the one circulated by the World Health Organization (WHO) whose per-capita health spending in Togo equals the purchasing power of $72 in 2014 in contrast to $ 5,200 for Germany. The report arrives at the inference that “accordingly, simple illnesses that would be healed in a rich country become deadly in Togo”

As if to prove the above assertion, the report named an 11-year-old boy who died at the Sylvanus Olympio Hospital in Lomé, the capital city, in July 2016 from what the father called a stomach ache. According to the father, the boy's heart was still beating when the nurse suddenly declared him dead. When the father pointed this out to the nurse, he got the reply that “heartbeat is not what

makes the difference between life and death". No actions were taken until his son's heart actually stopped beating.

In January 2017, it was the turn of a certain Woegna Akossiwa to taste death from acute cough at the same hospital. She had not received any treatment up to the moment of death even after her husband had paid $11 for an X-ray upon their arrival at the hospital premises at 3 p.m. that day. The Xray, they were told, could not be done immediately, because the attending physician on duty was in charge of 70 other patients. "Four hours later, his wife was dead".

The report made reference to the emergency rooms in Sylvanus Olympio Hospital, Togo's largest public hospital, as lacking first-aid equipment, inadequate beds and equipped surgery rooms. This is just as the healthcare system also has a problem of shortage of health-care staff following the degree of migration of Togolese doctors to neighbouring countries, Europe and North America in search of better pay and work tools. As readily admitted by its director, Dr. Adom Wiyoou Kpao, the system suffer from a crisis of trust as "hardly two out of ten staff members are trustworthy". It is why he makes

court appearances because of complaints about pediatric services the hospital offered.

The services attracted court actions because the nurses were frequently absent, the staff are poorly-trained and friends step-in for them, with administration of inadequate treatments that sometimes caused death.

The verdict of the report under reference to the effect that Togo was notorious for having one of the worst health-care systems in West Africa may not be too far off mark. But more worrisome is the dead end the report proclaims of the healthcare facility in Togo for both the poor and the rich: “access to services in public hospitals has become something like a lottery. Especially those who have neither health insurance nor cash at hand are doomed to die in this hazardous system – but wealthy people are at risk too.”

Togo offers so stirring stories on medical tourism related threats to the good life as to warrant a second perception from the country on this theme. On June 21st, 2018, *The Economist* published a piece on Farida Nabourema, the lady activist leading a campaign against then Togolese

president, Faure Eyadema's continuation in power. The piece itself is not the issue here but one of the background details it contains. That is the sentence which referred to the death of General Gnassingbe Eyadema, Faure's father and predecessor in office "aboard his presidential plane on the way to seek medical treatment abroad." The second dimension of the backgrounding of the piece by *The Economist* is the sentence in a bracket immediately after the one above and which reads: Togo's hospitals are in such a wretched state that, even today, doctors have to perform brain surgery by the light on their mobile phones in the capital city."

In nearby Ghana, Dr Paul Kofi Fynn, the Chancellor, Wisconsin International University College, and a former President-General of the West Africa Nobles Forum advances six arguments in an August 15th, 2024 opinion piece in one of Ghana's leading media platforms – *The Graphics* – on how medical tourism contradicts the democratic right of workers and citizens. The first is how thousands of people line up in the Out Patient Department (OPD) of public hospitals across Ghana early in the morning and leave late in the evening, paying

a lot of money for healthcare even though they are subscribers of the National Health Insurance Scheme (NHIS). Two, preventable diseases still kill a large number of women and children in the country. Three, people travel long distances to receive healthcare. Four, patients sleep on hospital floors across the country. Five, Ghanaian health professionals are leaving the country in droves to seek greener pastures outside. Six, Ghana is nowhere near the UN patient-doctor/nurse ratio, yet some state regulators give educational institutions quotas to train nurses.

In the case of Senegal, Dr. Boly Diop, president of the Senegalese Medical Association was quoted in a February 5th, 2023 *Le Monde* piece as calling the phenomenon of exodus of Senegalese doctors to France to be of a hemorrhaging proportion. In the report proper, *Le Monde* itself identifies low remuneration of doctors, the lack of medical facilities, and the difficult working conditions in the Senegalese public health system as the reasons for the exodus to France which it credits with offering "more attractive conditions of practice" a state-of-the-art medical platform, and "greater financial incentive".

Le Monde attributes to the World Bank 2017 figures of seven doctors for every 100,000 people in Senegal, figures which it holds to corroborate the fear of the World Health Organisation (WHO), that "with fewer than 2.3 (million) health workers (doctors, nurses, midwives) for every 1,000 inhabitants, primary health needs are not sufficiently covered"

From Liberia comes a very interesting testimony by Emmanuel Sapolucia, a citizen who articulated his position in a 2018 opinion piece. Sapolucia who described himself as Clinical Laboratory Administrator, Harris Health System, advanced a categorical position that massive corruption in Liberia had led to huge socio-economic disparity in the country, obliterated the middle class, leaving "a lasting impact on healthcare availability." His demonstration of this claim comes in the argument that, without a middle class in the country of over four million people, it is either "the very rich" or "the very poor" and that "the very rich use the country's resources to seek medical care in other countries including those that have less natural resources than Liberia." For him who believes that the wealthiest few are current or former government officials, the way out is

discouraging the use of public funds by government officials to seek medical attention abroad by investing in the domestic healthcare system as to make it work for all Liberians, regardless of economic status.

In Nigeria, the Nigerian Medical Association, the Medical and Dental Consultants Association of Nigeria and the Nigerian Association of Resident Doctors all rolled up the sleeves against the "Harmonised Terms and Conditions of Service for Officers and Enlisted Personnel in the Nigerian Armed Forces". The president of the Medical and Dental Consultants Association of Nigeria (MDCAN), Prof Muhammad Muhammad interprets the policy plank to mean that the Federal Government itself lacks confidence in the Nigerian healthcare system or it is neither comfortable nor happy with what is available in the Nigerian hospitals and the services they provide. He is not as bothered by what was allocated to the military top shots as with "the fact that it is made official that the treatment will be abroad".

What becomes clear from the foregoing is the position that workers and citizens view medical tourism as a contradictory practice on the following grounds:

- A vote of no confidence by successive political leadership on the very idea that every nation has obligation to provide its people standard national healthcare facility

- This vote of no confidence explains in part the neglect of healthcare facilities which can serve both the few powerful as well as the numerous powerless citizens

- The neglect serves as the condition of possibility for the congestion and very low standards of services in hospitals mentioned in the testimonies from Togo and Ghana in particular

- The neglect of healthcare provisioning has a major, direct consequence which is brain drain. This is mentioned across the testimonies

- As well argued in the testimony from Liberia and Ghana, medical tourism is part and parcel of the corruption industry in the countries studied

- Medical tourism is an indictment of the sense of

political leadership of African elite who are perceived to be very happy to leave the definition and setting of parameters of a key public good as healthcare provisioning to bodies as the IMF and the World Bank, foreign patrons and practitioners

- The threat to national security in a head of the sovereign handing him or herself to foreign medical teams on their own national grounds, making available to them the same details s/he doesn't feel comfortable letting his or her own nationals know. Apart from the case of Gen Gnassingbe Eyadema, former military dictator of Togo who is mentioned in one of the above testimonies on the country, all but one of the immediate past four presidents of Nigeria have relied on elaborate medical tourism. Paul Biya of the Republic of Cameroun basically lives on medical tourism to Paris and Geneva.

- Closely connected to the national security implication of medical tourism in the selected states in this study is also how it amounts to a reaffirmation by African leaders of what Clive Gabay has called the 'entitlement to genius'

promoting 'Whiteness' in his book, Imagining Africa: Whiteness and the Western Gaze. What else might the lack of confidence in the professional competence of their own medical doctors speak to other than this manifestation of inferiority complex and self-recolonisation?

- The complicity of medical tourism in racism, exemplified by the set of discriminatory conditions of practice set exclusively for Senegalese doctors who migrated to Paris, conditions which they had to accept in the light of the horrors they are running away from back in Senegal

The indicative testimonies can be synthesised into a recolonising and self – colonising theory of medical tourism. Medical tourism is recolonising when foreign powers and actorness impose the parameters of healthcare provisioning. It is self-colonising when African power elite are not only convinced about such parameters but manifest a stunning mediocrity in leadership by passing a vote of no confidence on their own country's capacity to have and to manage world class healthcare facilities.

The question this perspective of the contradictions between medical tourism and the provision of quality healthcare in the selected seven states raises is why the behaviour of leadership has been tolerated in spite of this awareness of intersection between democracy and healthcare?

Theme Three:

Expenditure on Medical Tourism Versus Expenditure on Healthcare

If the narrative so far is that healthcare is a right grounded in the very idea of democracy and something which medical tourism, therefore, antagonises, then there must be a way by which this perception must show in the expenditure profile on each. That is, the gap between tax payers' money spent on medical tourism and public expenditure on health facilities in the states under study.

Proceeding from the country with the scantiest and least categorical figures on expenditure on medical tourism on the one hand and state expenditure on healthcare on the other to the country with the densest of these details, this phase of the analysis starts with Liberia. Starting with Liberia is also a statement in how a post conflict society has fared in managing an emergent, additional

challenge to healthcare provisioning. Liberia is a post-conflict state in two senses. It went through collapse of central authority that lasted almost a decade and a half since the early 1990s only to be confronted with managing an epidemic in 2014.

Unlike how much of tax payers money is spent on medical tourism, state expenditure on healthcare can be tallied from the figures available from disparate sources. For instance, the 2023 Liberian budget has 74.27m Liberian dollars as the allocation to health.

The figure suggests that allocation to health stabilised around that amount since 2015/2016 when the Liberian government allocation to the Ministry of Health stood at about USD70 million to the Ministry of Health (MOH), according to Mr. Emmanuel Sapolucia. There is a discrepancy here though because the Liberian dollar and the American dollar do not have the same value, meaning that Sapolucia's USD70m is higher than the 72.27m the Liberian Government allocation refers to. It is not clear if this discrepancy is cleared out by the statement on page four of the seven-author open access research output published in 2011 in *Globalisation and*

Health under the title “An analysis of Liberia's 2007 national health policy: lessons for health systems strengthening and chronic disease care in poor, post-conflict countries”. The statement indicates that expenditure on health and social welfare stood at over $100 million USD, rising from 9% of GDP in 2003. According to the authors, that is equivalent to $29 USD per person per year or 15% of GDP. While the claim of any African country meeting the Abuja Declaration on health budget for African states remains unverified, the figure of 70 and 100 million US dollar in both Sapolucia and the authors' go in one direction regarding what government was spending on healthcare.

While a 15 percent GDP allocation to health would be a cause for celebration, Liberia's October 2023 publication entitled Health Equity and Social Determinants of Health Assessment would interrogate any such celebration because of its take on the state of healthcare in the country. On pages 10 - 11 of the publication, the Liberian government admitted that in addition to weak governance and leadership, inadequate investments, a demotivated health workforce and frequent out-of-stock of essential drugs and medical

supplies, health emergencies such the Ebola epidemic (2014-2015) and the COVID-19 pandemic (2020-2023) further weakened the health system and deprived inhabitants of access to quality healthcare. The Liberian government added that there were insufficient hospital beds in Liberia, causing patients to be either prematurely discharged or refused admission, and putting the country "among countries with very high infant mortality rates."

When this is added to the view of the 7-author open access material already earlier referred to that out-of-pocket expenses was as high as 35% of health costs even with increased public expenditures on health, then the Government admission in the publication speaks to a categorical crisis of state expenditure on health in Liberia. It has to be so because one of Sopolucia's contentions in his LinkedIn piece we have cited is that 90 percent of the resources made available to the Ministry of Health of Liberia "is wasted on planning than implementing." Sopolucia's suggestion of a rigid separation between planning and implementation may not sustainable but his claim that as high as 90 percent of the expenditure hit contextually wrong targets might not

be dismissed in light of the Liberian government's admissions.

The outstanding question is what the discrepancy between a high expenditure in public health delivery and the poor healthcare services have to do with medical tourism. The answer is there in the inference from Sopolucia's thesis that Liberia is held hostage by corruption involving the very rich members of the elite, including current and former government officials, who use the country's resources to seek medical care in other countries. Sopolucia proposes that the solution to the healthcare delivery crisis is to prevent government officials from using public funds to seek medical treatment abroad by investing in Liberia's healthcare system and make it work for all Liberians, regardless of economic status.

The state of healthcare services in Senegal and Ghana as we saw in Theme Two didn't have much to write home about. Dr. Paul Kofi Fynn's argument for banning medical tourism underlines the impact of medical tourism on the poor quality of health services in Senegal, Ghana and Togo. Dr. Fynn's intervention is considered a

priority intervention because he comes with a long list of Ghanaian leaders with active presence in medical tourism:

- Former President J.E.A Mills (deceased)
- President Nana Akufo-Addo who left office in 2025;
- Former Vice President, Dr Mahamudu Bawumia
- The Speaker of Parliament, Alban Bagbin and those who passed away while outside the country, such as
- E.T Mensah, a former Minister of Youth and Sports during the Rawlings regime
- Honourable Ningo-Prampram, generally regarded as the longest-serving MP and who died in South Africa
- Former MP for Bawku Central, Hawa Ogede Yakubu who died in the United Kingdom.

Unlike the other countries, Nigeria invites extra attention because of the plenitude of facts, standpoints, contentions and illuminating drama it offers on the topic.

The subject of how much Nigeria and Nigerians spend on medical tourism has become an industry of its own. The most current figure is the USD 1 billion Nigeria loses every month to medical tourism, according to Dr. Akin Adewumi, the president of the African Development Bank (AfDB) to whom the figure was attributed in a September 2024 *Tribune* report. The assumption is that the AfDB president, who is also a Nigerian, cannot disseminate inaccurate statistics. Preceding him is a *Punch* report of a breakdown of expenditure on medical tourism by the Central Bank of Nigeria (CBN) in October 2024. It puts the figure at $2.38m in the first half of the year. *Forbes*' own figure in a May 2023 report is that Nigerian elites spent over USD 7 billion between 2016 and 2022 on overseas healthcare. Although *Forbes* attributed the figure to *Punch*, it provided no links to any such report in the Nigerian newspaper.

The attention to expenditure on medical tourism is not new. A 2016 PricewaterhouseCoopers' report, Restoring trust to Nigeria's healthcare system referenced the Nigerian Sovereign Investment Authority (NSIA) on the sum of USD 1Billion as what Nigerians spent on medical tourism annually. While the figure of USD1 billion has

been corroborated by other sources such as Adeoye and others in a different study, it does not distinguish between the government and non-government components of the amount.

In 2014, the Nigerian Medical Association (NMA) leaders put expenditures on medical tourism at N 78 billion (USD 500 m). Again, the NMA did not distinguish between how much of the sum was spent by government operatives and how much by non-government officials. *The Nation* which reported the NMA's figures also credited Dr. Kingsley Esegbue, Secretary of the Organizing Committee of the Nigerian Centenary Charity Ball in the same piece for putting the money Nigerians spend on medical trips abroad annually at approximately N250 billion, about 300% increase from the NMA figure.

The above figures confirm Nigeria and Nigerians' all-time high spending on medical tourism. The only puzzle is the lack of information on how much of it is spent by private individuals and how much comes from state coffers. India which raked over N40 billion from Nigerians had, according to *The Nation*, over 40,000

Nigerians who obtained visas from Indian High Commission in Nigeria in 2012 alone, with each of them spending on average between USD20,000 and USD40,000. It was such that at the Commissioning of the Nigeria – Turkish Nizamiye Hospital Life Camp, in Abuja, in February 2014, President Goodluck Jonathan Goodluck Jonathan, declared that "private sector initiatives such as this hospital will help the government's efforts to halt the enormous capital flight due to increased medical tourism and avoidable stress experienced by Nigerians on such missions".

The question is whether the numerical superiority of private individuals among those embarking on medical tourism also means that they also account for much of the figures Nigeria loses to the phenomenon. That is, do private individuals account for much of the expenditure on foreign medical care or is it those who go for such medical attention on government expenses who account for higher percentage of the figures?

One possibility is that the numerical strength of private individuals does not translate to more share of the humongous expenditure on medical tourism. If the

Forbes report earlier referenced is anything to go, for instance, former president, Muhammadu Buhari alone spent, according to one estimate, 5.4 billion naira (US$ 9.95 million). The source of Forbes's data on Buhari equally reported the former president to have spent 237 days abroad on medical trips, concluding how unprecedented Buhari's record thereto is. With Buhari's government budgeting N297 million for the National Health Insurance Scheme (NHIS) and planning to spend N2.5 billion on the President's local and foreign trips, according to the platform, the question of how much of tax payers' money has gone to medical tourism versus how much went to healthcare provisioning for the people is settled in favour of higher expenditure on medical tourism.

The budgetary allocation to the health sector speaks eloquently on medical tourism's defeat of people's health in the realm of official allocation. Ibrahim Orekoya and Omobola Oduyoye showed in a study of the implications of outbound medical tourism on public healthcare development in Nigeria that nothing up to six per cent of Nigeria's budget was allocated to the health sector between 2011 and 2015. Nigeria fulfils neither the World

Health Organization (WHO)'s stipulation of 11 per cent of the country's Gross Domestic Product (GDP) to health nor the African Union (AU)'s 15 per cent allocation of annual budget. The result is, according to *National Record*, for example, "crumbling infrastructure, shortages of essential drugs, and overworked healthcare personnel". There are no official or civil society documentation that challenges the depiction of Nigeria's healthcare facilities by the online platform or even its argument that:

> *"The $20,000 allocated annually for each retired general's foreign treatment, when multiplied across numerous beneficiaries, represents a significant outflow of public funds that can definitely not be sustained. This money could fund the construction of new hospitals, procure state-of-the-art equipment, or improve the welfare of healthcare workers, many of whom have fled Nigeria in search of better opportunities abroad."*

Although the figures of expenditure have been collated from wider sources than strictly those of workers and

citizens, they are still revealing of the huge gap between expenditure on medical tourism and on public healthcare provisioning. The huge gap between the two raises the crucial question of the condition of possibility for a few members of the power elite spending so much of state resources on their own health, leaving the majority high and dry in a democracy. This question should lead to the conclusion that the condition of possibility is the power relations between the people and the members of the power elite. The difference is, therefore, not in the arithmetic but in the power relations. The challenge that throws is the challenge of how the power relations can be democratically dismantled.

Theme Four:

What Do Workers/Citizens Want to See in Healthcare Delivery?

Drawing on the details already captured in the preceding themes, the question of what workers and citizens would like to see in healthcare delivery is reducible to a list of such demands. It goes as follows with additional explanations only where such is considered necessary.

- The banning of medical tourism strongly canvassed in Ghana and Nigeria and the counter argument (in Nigeria) that even a ban would still be manipulated by corrupt members of the elite

- The banning of fresh or newly medical and paramedical personnel from migrating to other countries which, again, has morphed into a distinct controversy of its own, especially in Nigeria

- Advocacy targeting (West) African power elite and stressing the imperative for them to learn a lesson from their Middle Eastern counterpart who were big patrons of medical tourism before they turned a new leaf in favour of transforming their 'deserts' into wonderland hospitals now patronised by West African leaders.

- Drawing attention of members of the power elite to the inescapability of nemesis as can be seen from recent jailing of some Nigerian leaders in Britain. The point is that such would not have happened if the jailed politicians provided the quality of service that took them to Britain in the first case

- (West) Africa wide endorsement of the 'Community Hut' approach to healthcare delivery as to make community huts the first line of offensive vis-a-vis early detection - early action paradigm

- Negotiation of higher allocation to the health sector in national budgets provided such allocations are shielded against pilfering, fraud and money laundering practices

- Ousting the International Monetary Fund (IMF) and the World Bank and their prescriptions for health governance in the region since the IMF and the World Bank are mostly about commercialisation and privatisation, notwithstanding the deleterious outcomes of such policies in Kenya, Uganda, South Africa and Nigeria if the GI-ESCR study of the policy in Senegal is anything to go by.

From this list, it is clear workers and citizens want to see a combination of ideological, professional, policy and leadership reforms in relation to perceived threats from medical tourism to healthcare as a democratic right.

Theme Five:

Advocacy

Banning medical tourism is a forcefully argued case among what workers and citizens would like to see in healthcare delivery reform. The view from Ghana, for instance, is that banning medical tourism in the country is "the only bold way of holding the leadership to lead by example" because, otherwise, they are sending a clear message to the citizens and healthcare professionals that the local health services are not up to it or at par with what obtains elsewhere and are, by implication, demoralising the national medical community striving to provide healthcare services against all odds. But this is not a popular view. It is a subject of debate in both Ghana and Nigeria where it is categorically articulated. Two main arguments are thrown against banning. One is the claim that it does not address inadequate funding of healthcare as the defining trigger for poverty of healthcare provisioning.

The second is that banning will infringe on freedom of choice. More favoured is a strategy of influencing policy change and in support of which the following options are deduced from the totality of the discussions so far:

- Building an advocacy and campaigning coalition which makes an issue of meeting the target of 15 percent of national budget to the health sector in line with the resolution of African leaders to that effect. It is argued that, as an African elite consensus, the target should be implemented. African leaders took the decision in 2001. 2001 to date is considered a long time during which all excuses against its implementation should have been exhausted by now. Even as the medical services situation in Liberia is still not very encouraging, it is gratifying in that a West African country managed to hit that target. As the argument goes, if Liberia could, then no excuses make any sense anymore.

- Advocacy that will lead to building of more hospitals to correspond with population expansion is also argued. The model approach

recommended here is the attempt in the 2000s in Nigeria whereby the Obasanjo administration sought to build a standard hospital in each of the 774 local government areas in the country. Contracts were awarded in many cases and work had started in a few of them. The Federal Government was paying for the projects but deducting the money from local government revenues at source (in Abuja). Somehow, this model was never realised. An advocacy engagement with the Executive arm of governments for a model of this nature is argued.

- Similarly, the 'community huts' approach in Liberia is equally advised. Community huts is the same as what is known as Primary Healthcare in Nigeria. Community huts serve two functional agenda. One, it enables the layer of healthcare officials involved to pick up earliest signs of unusual health developments, especially outbreaks. Two, it therefore brings healthcare to the grassroots real time. Community huts therefore provide service which are irreplaceable by any other mechanism within the healthcare delivery system. Advocacy

engagement with technocrats in the Ministry of Health is the recommended approach here because community huts are already in the system under one nomenclature or another and merely require prioritisation.

- One of the reasons for brain drain generally but particularly in the health sector in all the countries studied is the poor pay structure. An advocacy engagement with the wage determination bureaucracies in these countries and subsequently the national legislature is required. The point is to arrive at a salary structure attractive enough to keep this cadre at home and reduce brain drain from the current scale.

- Local production of genetic drugs which puts healthcare above profit is a crucial point of departure from the stranglehold of medical tourism. Workers, activists and citizens of the West African countries covered in this study must pressure national governments involved to explore what they can learn from India, China and South Africa in this regard. The advocacy here has

to target three key layers of actors in the Ministries of Health; the Executive arm of the central governments and the national legislatures. They combine to be able to draw the boundaries with multinational pharmaceutical companies

- The last point is a challenge to workers, activists and citizens of the West African countries covered in this study regarding the development of a broader and critical sense of democracy. Without that, workers and citizens will continue to withdraw to the sidelines because they think democracy is all about voting but not insisting on what should be the 'democracy dividend'. Adequate healthcare should be one such minimum, something which unions and civil society platforms cannot achieve without updating workers/citizens' political education.



Le tourisme médical

tel que le « perçoivent » les travailleurs et les citoyens en Afrique de l'Ouest

Adagbo Onoja

Le tourisme médical

tel que le « perçoivent » les travailleurs et les citoyens en Afrique de l'Ouest

Par

Adagbo ONOJA

Onoja est chercheur doctorant en transition de l'École des relations internationales de l'Université de St Andrews au Royaume-Uni vers le Département des relations internationales, Université de Witwatersrand en Afrique du Sud

Table Of Content

Introduction. 5

The Puzzle and the Methodology. 8

Theme One:
Locating Healthcare As a Democratic Right. 13

Theme Two:
Where Does Medical Tourism Clash
With Healthcare? 25

Theme Three:
Expenditure on Medical Tourism Versus
Expenditure on Healthcare 37

Theme Four:
What Do Workers/Citizens Want to See in
Healthcare Delivery? 49

Theme Five:
Advocacy. 52

Introduction

Le 14 décembre 2024, le gouvernement nigérian a approuvé ce qu'une Nigerian Online publication a qualifié d'avantages de retraite extravagants pour les hauts responsables militaires du Nigeria. Il s'agit d'allocations médicales annuelles pour des traitements à l'étranger pouvant atteindre 20 000 dollars américains (31 084 000). Présentée sous le nom de code « Conditions de service harmonisées pour les officiers et le personnel enrôlé dans les forces armées nigérianes (HTACOS) », cette mesure a provoqué une onde de choc dans un pays qui, selon African Development Bank perd déjà 1 milliard de dollars par mois à cause du tourisme médical. Par la suite, cette décision a été considérée comme la meilleure illustration de la perception du tourisme médical comme un spectre hantant l'Afrique (occidentale) du point de vue de la gouvernance démocratique au XXIe siècle.

Le tourisme médical n'est pas un concept simple. Certaines personnes insistent pour distinguer entre le tourisme médical et le tourisme de santé. Par exemple, le Centre de recherche sur le tourisme médical de

University of North Carina in Pembroke définit la différence entre les deux en termes d'objectif(s) du voyage. Essentiellement, tandis que le tourisme médical est destiné à des soins médicaux, dentaires ou cosmétiques, le tourisme de santé traite de « fins liées à la santé autres que médicales, dentaires ou esthétiques ». Les objectifs liés à la santé incluent les voyages pour réduire le stress, les visites dans les spas et la guérison populaire. Mais certains chercheurs utilisent de manière interchangeable le tourisme médical et le tourisme de santé.

Mais même à partir des quelques exemples limités tirés de la théorie et de la pratique du tourisme médical dans le cadre de la politique atypique du Nigeria, on peut se faire une idée plus précise de la capacité de ces politiques à avoir des effets perturbateurs. Cela est particulièrement vrai sur un continent considéré comme « le plus touché par les maladies infectieuses et disposant des infrastructures de santé publique les plus faibles au monde », selon Florence Fenollar,, spécialiste des maladies infectieuses à l'Institut universitaire de l'hôpital des maladies infectieuses de la Méditerranée à Marseille, en France. Bien que cette affirmation ne soit peut-être que l'opinion de son auteur, elle ne peut être

rejetée sans réfléchir de manière critique. L'expérience de l'épidémie d'Ebola, qualifiée par Amanda Glassman,-, une autre chroniqueuse, de plus grande épidémie jamais connue, incite à considérer ces affirmations d'un œil critique, compte tenu de l'histoire effrayante de l'Afrique de l'Ouest en matière de vulnérabilité aux défis de santé publique.

Une étude de la perception populaire de tout phénomène pouvant être qualifié de spectre est intrinsèquement intéressante dans une sous-région qui est particulièrement surveillée par les instances mondiales de gouvernance sanitaire depuis l'épidémie d'Ebola de 2014. En d'autres termes, une étude à l'échelle régionale du phénomène évoqué par l'exemple nigérian de la pratique étatique du tourisme médical. Une telle étude pourrait fournir des informations précieuses sur la dynamique africaine d'un défi émergent en matière de gouvernance sanitaire mondiale. La compréhension de la dynamique d'un défi émergent peut être un point de départ pour déterminer comment relever ce défi de gouvernance sanitaire mondiale dans un continent qui a suscité les deux déclarations ci-dessus sur son niveau de vulnérabilité.

C'est l'hypothèse retenue dans cette étude en ce qui concerne la dynamique du tourisme médical dans les sept pays sélectionnés : la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Liberia, le Nigeria, le Sénégal, la Gambie et le Togo, classés par ordre alphabétique. Mais que cherche exactement à établir cette étude et quelle est la stratégie de collecte de données utilisée ?

Le casse-tête et la méthodologie

Cette étude vise à déterminer la perception du tourisme médical parmi les travailleurs et les citoyens d'Afrique de l'Ouest. Elle s'intéresse particulièrement à l'intersection entre le tourisme médical et la nature et la qualité de la gouvernance sanitaire, dans le but d'anticiper et de réduire la vulnérabilité de la région face aux dangers potentiels du tourisme médical. Elle soulève donc la question de savoir quelle perception sera prise en compte pour déterminer le niveau de menace du tourisme médical, le cas échéant. La santé publique, sur laquelle le tourisme médical pourrait avoir des implications dangereuses, résout la question en faveur des travailleurs et des citoyens, dont la perception est sollicitée. Il doit s'agir des travailleurs et des citoyens, qui sont les principaux bénéficiaires de la santé publique et

les personnes les plus touchées par les menaces réelles du tourisme médical. En d'autres termes, cette étude a pour population d'étude naturelle, pour ainsi dire, les travailleurs et les citoyens. Bien que tous les travailleurs soient des citoyens, il existe une spécificité propre aux travailleurs en ce qui concerne le fonctionnement de l'économie et, par implication, de la société. Cette spécificité de l'enjeu dans la société au sens large et la force démographique de la catégorie des travailleurs justifient un traitement distinct de cette catégorie par rapport au concept plus large de citoyens.

C'est donc la perception des travailleurs et des citoyens qui est en jeu dans cette étude. Plus précisément, l'étude vise à démontrer ce que les travailleurs et les citoyens pensent du tourisme médical ; quelles sont les bases empiriques de cette perception ; où se situent la démocratie et les droits démocratiques dans le lien entre le tourisme médical et la mauvaise qualité des services de santé publique ; comment les travailleurs et les citoyens perçoivent le contraste entre les dépenses consacrées au tourisme médical et celles consacrées aux services de santé publique ; ce que les travailleurs aimeraient voir dans le secteur de la santé publique et, enfin, les questions clés dans les campagnes stratégiques ou

l'engagement des travailleurs/de la société civile auprès (a) des responsables du ministère de la Santé, (b) de l'Assemblée nationale et (c) des hauts responsables gouvernementaux ou des dirigeants politiques.

Sur le plan méthodologique, la perception est un concept difficile à appréhender dans l'analyse sociale. Elle soulève également une question: comment pouvons-nous au mieux saisir la perception d'un ensemble diversifié d'acteurs relevant de la catégorie des travailleurs et des citoyens ?

L'étude répond à cette question en limitant la technique de collecte de données au suivi intertextuel des opinions, positions ou points de vue agrégés des travailleurs et des citoyens. Il s'agit ainsi d'une manière rétroductive d'assembler ces positions ou points de vue de manière à ce que les textes dialoguent entre eux. Le dialogue entre les textes signifie qu'aucune opinion, déclaration ou point de vue n'est isolé, mais qu'ils sont « lus » dans le contexte d'opinions, de déclarations et de points de vue similaires ou connexes, capturant ainsi toutes les facettes de chacune des deux collectivités concernées, à travers le temps et les domaines thématiques.

La collecte de données intertextuelles, que l'on pourrait en quelque sorte qualifier de rétroductive – faits, données et informations provenant d'en haut, d'en bas et de côté –, permet à cette étude de transcender la factualité et les données statistiques en elles-mêmes. Au lieu de ces données, l'accent est mis sur l'interprétation des données discursives provenant des syndicats (travailleurs) et des plateformes de la société civile (citoyens). Cela ne signifie pas que les détails statistiques et les faits n'ont aucune place. Cela signifie plutôt que, lorsqu'on s'appuie sur eux, ils sont invoqués pour étayer ou remettre en question une inférence thématique tirée des données discursives.

Le contour ci-dessus répond au caractère phénoménologique de cette enquête dans le sens où l'enjeu est la compréhension du tourisme médical par les membres des deux collectivités.

À ce titre, les opinions et les points de vue des dirigeants syndicaux du secteur de la santé et de la médecine, des experts, des spécialistes et des citoyens privilégiés observateurs de la dynamique du tourisme médical sont recueillis en insérant une succession de mots-clés (parmi lesquels la controverse sur le tourisme médical après le

nom de chacun des pays étudiés ; les dépenses nationales totales consacrées au tourisme médical par rapport aux dépenses de santé publique ; les principaux acteurs/noms du tourisme médical, etc. Les dirigeants syndicaux, les experts et les spécialistes sont considérés comme des travailleurs dans le cadre de cette étude, en raison de leur position privilégiée et de leur connaissance de la dynamique du sujet, que tous les travailleurs ne maîtrisent pas.

En ce sens, ce sont toujours les concepts de travailleurs et de citoyens qui définissent qui s'exprime dans le suivi aléatoire des opinions documentées, ce qui signifie que ces opinions reflètent la perception des travailleurs et des citoyens dans les pays d'où proviennent les échantillons. Cela est supposé être correct, car les opinions sélectionnées n'ont pas été contestées par des opinions divergentes ailleurs dans l'ensemble des textes récupérés par chaque mot-clé. Les opinions ont également été librement exprimées sur des plateformes ouvertes. Diffusées sur des plateformes de culture populaire, ces opinions, y compris celles qui semblent académiques, portent la marque des travailleurs et des citoyens. Surtout, elles sont plus révélatrices dans le processus d'intertextualisation qui mène à une synthèse.

Rapport de recherche

Thème Un:

Considérer les soins de santé comme un droit démocratique

Le rapport de recherche se déroule thématiquement comme indiqué précédemment. Il commence par le premier thème, à savoir la construction par les travailleurs et les citoyens d'une prestation de services publics et de santé de qualité en relation avec les droits démocratiques. Autrement dit, comment perçoivent-ils le lien entre le droit à la prestation de soins de santé et la logique de la gouvernance démocratique ?

En 2024, l'Initiative mondiale pour les droits économiques, sociaux et culturels (GI-ESCR) a publié son rapport intitulé « Privatisation et commercialisation des soins de santé en Côte d'Ivoire: quel impact sur le droit à la santé? ». La GI-ESCR n'est ni une organisation de travailleurs ni une plateforme citoyenne en Côte

d'Ivoire, mais elle a collaboré avec le Mouvement ivoirien des droits humains (MIDH), une organisation de défense des droits humains créée il y a 25 ans et qui constitue donc une plateforme citoyenne et civile classique originaire du pays. La pertinence de l'étude du GI-ESCR réside dans le fait qu'au-delà de l'impact de la politique de commercialisation sur le droit à la santé, elle fait référence à l'ensemble complexe d'instruments internationaux, de protocoles, de documents officiels, de cadres juridiques et de doctrines que la commercialisation viole, rendant l'accès aux soins de santé impossible.

Parmi ceux-ci, comme on peut le voir à la page trois de Executive Summary du rapport, figurent :

- La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946
- La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (art. 25)
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (art. 12)
- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 16).

À la page cinq du résumé, on trouve l'affirmation catégorique selon laquelle « le droit à la santé est reconnu dans le système juridique ivoirien », une conclusion tirée du « droit au meilleur état de santé physique et mentale possible » garanti par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) que la Côte d'Ivoire a ratifié en mars 1992.

Il est intéressant de noter que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), qui supervise la mise en œuvre du PIDESC, a, selon le rapport, « précisé que le droit à la santé comprend le droit à des services de santé universels qui soient géographiquement et financièrement accessibles, de bonne qualité et disponibles en quantité suffisante ».

Au-delà de mentionner la ratification par la Côte d'Ivoire de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples qui, dans son article 16, insiste également sur le droit à des soins de santé standard, le rapport invoque l'article 9 de la Constitution de 2016 du pays et sa disposition selon laquelle « toute personne a le droit d'accéder aux services de santé ».

Ce qui ressort clairement du rapport GI-ESCR, c'est le caractère primordial de la prestation des soins de santé

dans une démocratie, compte tenu des protocoles juridiques et officiels et des dispositions constitutionnelles mis en avant par la plateforme des droits de l'homme opérant avec un organisme international en Côte d'Ivoire. Ce point a déjà été souligné précédemment : bien que cette étude porte sur le point de vue des travailleurs et des citoyens sur le tourisme médical, une distinction stricte entre les travailleurs et les citoyens d'une part, et ceux qui n'appartiennent pas à ces deux catégories d'autre part, n'est pas tenable, car le principe de démocratie place déjà le peuple au centre. De ce point de vue, les opinions des militants du MIDH et du GI-ESCR, qui privilégient respectivement la lutte pour la garantie des droits humains et la primauté des soins de santé, s'inscrivent parfaitement dans un concept plus large de travailleurs et de citoyens.

Cependant, avant d'aborder leur position sur le caractère essentiel des droits à la santé dans une démocratie, nous avons besoin d'autres points de vue et positions similaires. Le rapport de 2024 de l'Organisation des Travilleurs d'Afrique de l'Ouest (OTAO) et du Centre de solidarité sous-régional « Campagne pour la santé est un droit humain » en propose un. Le rapport identifie les instruments constituant le cadre juridique de la

prestation des soins de santé au Nigeria comme étant les suivants:

- La loi nationale sur la santé (2014)
- La politique nationale de santé (2016)
- Le régime national d'assurance maladie (NHIS) (1999)
- La réforme du secteur de la santé (2020)
- L'avis juridique sur la politique de santé (2020) et
- La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (2006)

Il ne fait aucun doute que les cadres juridiques régissant la prestation des soins de santé relèvent du constitutionnalisme et, par conséquent, de la démocratie.

En résumé, nous trouvons dans un pays africain une plateforme de défense des droits humains, une ONG internationale menant des campagnes en faveur des soins de santé telle que GI-ESCR, une organisation syndicale régionale telle que l'OTAO et un centre syndical mondial – Solidarity Centre – qui travaillent

ensemble de manière consensuelle à la protection des droits humains, à la garantie de l'État de droit et à l'égalité de tous en matière d'accès aux soins de santé. Le consensus entre les quatre organisations ne peut être interprété que comme un consensus sur la fourniture de soins de santé standard comme justification de la démocratie.

Intertextuellement, ils peuvent être compris comme impliquant que le refus de soins de santé de qualité aux travailleurs et aux citoyens n'aurait pas été possible dans les cités-états grecques où ceux qui se qualifiaient pour être appelés citoyens participaient directement à la décision de questions graves comme l'approbation ou la désapprobation de la guerre. Dans un tel cadre, les citoyens n'approuveraient aucune variante du tourisme médical qui pourrait saper les installations de santé disponibles pour les citoyens qui sont également les défenseurs du territoire. Il est logique de déduire de ce scénario qu'il ne peut y avoir aucune négligence dans l'approvisionnement en santé dans l'ancienne démocratie où les citoyens géraient directement les affaires de l'État.

Aux États-Unis, qui peuvent être considérés comme le symbole de la démocratie représentative, les soins de

santé constituent un élément décisif dans l'évaluation de la gouvernance. En tout état de cause, les travailleurs et les citoyens sont, en théorie, garantis contre toute atteinte à leur droit imprescriptible à la vie, à la liberté et à la propriété.

Outre le fondement juridique de la prestation des soins de santé révélé par les quatre organisations dans la discussion ci-dessus, il existe une conception de la prestation des soins de santé publique comme pivot de la gouvernance démocratique. Cette construction s'inscrit dans le contexte des biens publics, dans lequel la santé publique, tout comme l'éducation et la défense, relève historiquement de la responsabilité de l'État. Elle place la santé publique au centre de l'État, positionnant ainsi la santé publique comme un bien public mondial, l'État étant le pilier historique de l'ordre international et le garant de la démocratie.

Ceci résume assez bien l'article très apprécié de Martin Wolf publié en janvier 2012 Financial Times article.

Dans cet article, Wolf affirme que l'histoire de la civilisation est l'histoire des biens publics car, selon lui, « plus la civilisation est complexe, plus le nombre de biens publics à fournir est important ». Il est intéressant de

noter que le chroniqueur cite spécifiquement l'éducation, la santé et la défense comme exemples classiques de biens publics du XXIe siècle, c'est-à-dire des services dont personne ne peut être exclu, qu'il paie ou non. De même, il s'agit de services dont la jouissance par un citoyen n'empêche personne d'en bénéficier. Plus intéressant encore, Wolf identifie l'État comme l'institution qui a historiquement supporté le fardeau de la fourniture de biens publics à chaque phase de l'histoire humaine: la révolution agricole, la révolution industrielle et la modernité contemporaine. Dans un geste très perspicace, le chroniqueur a posé la question suivante: « Les États d'aujourd'hui peuvent-ils – ou seront-ils autorisés à – fournir les biens que nous exigeons actuellement? »

Son soupçon que certaines forces et certains acteurs de l'économie politique internationale ne comprennent pas cette histoire l'a conduit à lancer cet avertissement pertinent: les efforts déployés par l'humanité pour relever ce défi pourraient bien être l'événement marquant du siècle. Dans ce scepticisme, il anticipait le scénario provoqué par l'État nigérian. Il suggérait que lorsqu'un État comme le Nigeria approuve officiellement le tourisme médical, il ne s'agit pas d'une erreur ou d'une innocence, mais d'une décision calculée visant à

empêcher que des soins de santé adéquats ne deviennent un élément central de la gouvernance démocratique. Il en va de même lorsque les soins de santé sont commercialisés et rendus inaccessibles, contrairement à la logique des documents juridiques fondamentaux qui sous-tendent la démocratie.

Le lien intertextuel entre démocratie et biens publics met en évidence la contradiction entre le tourisme médical et la performance exceptionnelle souvent revendiquée récemment pour la gouvernance mondiale de la santé, le seul des dix grands domaines de la gouvernance mondiale pour lequel une telle revendication existe. David Fiddler, l'un des chercheurs les plus virulents à relayer cette revendication, a déclaré dans un article publié en 2010 piece qu'il y avait eu une véritable révolution dans la gouvernance mondiale de la santé en termes de performances. Selon Fiddler, « une révolution dans la gouvernance mondiale de la santé est en cours depuis dix à quinze ans, remettant vigoureusement en question l'héritage de la guerre froide ». Ce qui constitue la révolution proclamée par Fidler comprend ce qu'il appelle la diversification sans précédent de la politique en matière de gaz à effet de serre à l'époque contemporaine, qui se manifeste par l'activisme des décideurs politiques, des militants et des

philanthropes dans ce domaine, la création de régimes radicalement nouveaux et une croissance sans précédent du financement de la santé mondiale.

Bien que Fidler ait également souligné dans le même article que les experts mettaient en garde contre certains problèmes liés à la gouvernance mondiale en matière de santé, les preuves d'exceptionnalisme dans ce domaine soulignent le rôle central des soins de santé. Quoi qu'il en soit, Fiddler n'a pas mentionné le tourisme médical dans sa liste des domaines présentant des signaux d'alerte ou des échecs en matière de gouvernance mondiale de la santé, parmi lesquels figurent l'incapacité à prévenir le VIH/SIDA, la résistance aux antimicrobiens, les médicaments contrefaits, la prévalence mondiale des maladies non transmissibles liées à la consommation de tabac et à l'obésité, la migration des travailleurs de la santé des pays en développement vers les pays développés et la détérioration des déterminants sociaux de la santé. Dans la mesure où le tourisme médical aggravera cette liste, il remet en question l'orientation vers l'excellence de la gouvernance mondiale en matière de santé, d'autant plus que certains chercheurs ont attiré l'attention sur la spécificité de cette liste pour les pays en développement.

Dans son 2010 essay, par exemple, Sara Davies soutient que les facteurs mondiaux ont au moins autant d'impact sur la prestation locale de soins de santé que les facteurs locaux ou nationaux. Et cela, dit-elle, est une particularité des pays en développement. La déclaration de Davies met en évidence la vision claire qu'ont les travailleurs/citoyens du rôle central de la prestation de soins de santé dans une démocratie. La référence à des cadres juridiques formels comportant des engagements catégoriques sur le droit à la santé en tant que droit démocratique par quatre plateformes de travailleurs et de citoyens; le lien entre ces références et la théorie et la pratique de la démocratie, puis le débat sur les biens publics et le développement de la gouvernance mondiale en matière de santé établissent cette clarté.

Ce qui est intrigant dans le lien entre l'autorité publique nationale et mondiale d'une part, et la prestation de soins de santé d'autre part, c'est pourquoi l'insistance sur la prestation de soins de santé n'est pas un élément suffisamment présent dans l'agenda de la lutte populaire dans les pays étudiés. Cela pourrait-il avoir un rapport avec une conception appauvrie et plutôt réductionniste de la démocratie, qui ne serait rien d'autre que le fait de voter lors des élections?

Cette question est incontournable, car c'est ce réductionnisme que The Economist, par exemple, utilise pour affirmer de manière fascinante dans une 1996 survey que la démocratie a été une affaire à temps partiel, le principe de l'égalité des voix pour chaque adulte sain d'esprit étant mis de côté. Ce principe est mis de côté parce que ce n'est qu'une fois tous les quatre ans que la voix des citoyens est entendue, laissant ceux qui ont été élus au pouvoir prendre les décisions tandis que les autres deviennent des spectateurs, soit hochant la tête « en signe d'approbation insignifiante, soit grognant de frustration et de désaccord », comme le dit The Economist.

Pourquoi les travailleurs et les citoyens, unis sous leurs plateformes de défense des droits humains, leurs organisations syndicales et leurs coalitions démocratiques populaires, ne contestent-ils pas les manifestations observables de la pauvreté d'une gouvernance sanitaire non démocratique? Quand cela deviendra-t-il une pression irrésistible sur les dirigeants élitistes de la démocratie? À quel moment les cadres politiques d'une gouvernance sanitaire de qualité deviendront-ils les fondements « sacrés » des engagements démocratiques?

Thème Deux :

En quoi le tourisme médical entre-t-il en conflit avec les soins de santé?

Après avoir exposé les principes fondamentaux qui sous-tendent une vision centrale de la prestation des soins de santé dans une démocratie, le thème suivant porte nécessairement sur la perception qu'ont les travailleurs et les citoyens des menaces que représente le tourisme médical pour des soins de santé publics de qualité et abordables. Une sélection indicative des opinions recueillies auprès de la plateforme syndicale régionale, des dirigeants syndicaux du secteur de la santé et d'un expert guide l'analyse de ce thème. Nous examinerons chacune des contributions, puis nous en tirerons nos conclusions.

Au Togo, un 2017 journalistic report on D&C (an international development) platform cite des dirigeants syndicaux et des citoyens qui expriment des opinions alarmantes sur les soins de santé dans le pays.

Les détails du rapport, publié il y a huit ans, donnent encore une idée du passé très récent.

L'une des personnes citées est un certain professeur David Dosseh, ancien président du Syndicat des praticiens hospitaliers togolais, qui a qualifié le Togo d'échec en matière d'amélioration de son système de santé. Le rapport ne lui a pas permis de développer son propos, mais d'autres détails dans le même rapport suggèrent ce qu'il pourrait avoir à l'esprit. L'un de ces détails est le ratio médecins/population: 0,5 médecin pour 1 000 habitants au Togo, contre trois à quatre médecins pour 1 000 habitants dans les pays européens riches. Ce chiffre est attribué au site web de la CIA, mais il n'est pas très différent de celui diffusé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), selon lequel les dépenses de santé par habitant au Togo équivalent à un pouvoir d'achat de 72 dollars en 2014, contre 5 200 dollars pour l'Allemagne. Le rapport en arrive à la conclusion que « par conséquent, des maladies simples qui seraient guéries dans un pays riche deviennent mortelles au Togo ».

Comme pour prouver cette affirmation, le rapport cite le cas d'un garçon de 11 ans décédé à l'hôpital Sylvanus Olympio de Lomé, la capitale, en juillet 2016, des suites

de ce que son père a qualifié de maux d'estomac. Selon le père, le cœur du garçon battait encore lorsque l'infirmière a soudainement déclaré son décès. Lorsque le père l'a fait remarquer à l'infirmière, celle-ci lui a répondu que « le rythme cardiaque ne fait pas la différence entre la vie et la mort ». Aucune mesure n'a été prise jusqu'à ce que le cœur de son fils cesse effectivement de battre.

En janvier 2017, c'est au tour d'une certaine Woegna Akossiwa de mourir d'une toux aiguë dans le même hôpital. Elle n'avait reçu aucun traitement jusqu'au moment de son décès, même après que son mari ait payé 11 dollars pour une radiographie à leur arrivée à l'hôpital à 15 heures ce jour-là. On leur a dit que la radiographie ne pouvait pas être effectuée immédiatement, car le médecin de garde s'occupait de 70 autres patients. « Quatre heures plus tard, sa femme était morte ».

Le rapport fait état d'un manque d'équipements de premiers secours, de lits et de salles d'opération équipées dans les services d'urgence de l'hôpital Sylvanus Olympio, le plus grand hôpital public du Togo. Cela s'ajoute au problème de pénurie de personnel de santé que connaît le système de santé suite à l'émigration des médecins togolais vers les pays voisins, l'Europe et

l'Amérique du Nord, à la recherche de meilleurs salaires et outils de travail. Comme l'admet volontiers son directeur, le Dr Adom Wiyoou Kpao, le système souffre d'une crise de confiance, car « à peine deux membres du personnel sur dix sont dignes de confiance ». C'est pourquoi il comparaît devant les tribunaux à la suite de plaintes concernant les services pédiatriques offerts par l'hôpital. Ces services ont fait l'objet de poursuites judiciaires en raison de l'absentéisme fréquent des infirmières, du manque de formation du personnel et du fait que des amis les remplacent, ce qui entraîne des traitements inadéquats qui ont parfois causé la mort de patients.

Le verdict du rapport en question, selon lequel le Togo est connu pour avoir l'un des pires systèmes de santé d'Afrique de l'Ouest, n'est peut-être pas si loin de la vérité. Mais ce qui est plus inquiétant, c'est l'impasse dans laquelle se trouvent, selon le rapport, les établissements de santé au Togo, tant pour les pauvres que pour les riches: « L'accès aux services des hôpitaux publics est devenu une sorte de loterie. Ceux qui n'ont ni assurance maladie ni argent liquide sont condamnés à mourir dans ce système dangereux, mais les riches sont également en danger. »

Le Togo offre des récits si émouvants sur les menaces que fait peser le tourisme médical sur la qualité de vie qu'il mérite que le pays se penche à nouveau sur ce thème. Le 21 juin 2018, The Economist a publié un article sur Farida Nabourema, la militante qui a mené une campagne contre le maintien au pouvoir de l'ancien président togolais Faure Eyadema.

Ce n'est pas l'article lui-même qui pose problème ici, mais l'un des détails contextuels qu'il contient. Il s'agit de la phrase qui fait référence à la mort du général Gnassingbé Eyadéma, père de Faure et prédécesseur à la présidence, « à bord de son avion présidentiel alors qu'il se rendait à l'étranger pour y recevoir des soins médicaux ». Le deuxième élément contextuel de l'article de The Economist est la phrase entre parenthèses qui suit immédiatement celle ci-dessus et qui dit: « Les hôpitaux togolais sont dans un état si déplorable que, même aujourd'hui, les médecins doivent pratiquer des opérations du cerveau à la lumière de leurs téléphones portables dans la capitale. »

Au Ghana voisin, le Dr Paul Kofi Fynn, chancelier du Wisconsin International University College et ancien président général du West Africa Nobles Forum, avance six arguments dans un article opinion piece de 15 août

2024 dans l'un des principaux médias ghanéens, The Graphics, sur la manière dont le tourisme médical contredit le droit démocratique des travailleurs et des citoyens. Le premier argument concerne les milliers de personnes qui font la queue tôt le matin dans les services de consultation externe (OPD) des hôpitaux publics à travers le Ghana et qui repartent tard le soir, payant des sommes importantes pour se faire soigner alors qu'elles sont affiliées au régime national d'assurance maladie (NHIS). Deuxièmement, des maladies évitables continuent de tuer un grand nombre de femmes et d'enfants dans le pays. Trois, les gens parcourent de longues distances pour recevoir des soins de santé. Quatre, les patients dorment à même le sol dans les hôpitaux à travers le pays. Cinq, les professionnels de santé ghanéens quittent le pays en masse pour chercher de meilleurs horizons à l'étranger. Six, le Ghana est loin d'atteindre le ratio patients/médecins/infirmières fixé par l'ONU, mais certains régulateurs publics imposent des quotas aux établissements d'enseignement pour la formation des infirmières.

Dans le cas du Sénégal, le Dr Boly Diop, président de l'Ordre des médecins sénégalais, a été cité dans Le Monde piece du 5 février 2023, qualifiant le phénomène d'exode des médecins sénégalais vers la France

d'hémorragique. Dans son article, Le Monde identifie la faible rémunération des médecins, le manque d'infrastructures médicales et les conditions de travail difficiles dans le système de santé public sénégalais comme les raisons de cet exode vers la France, qui offre selon lui « des conditions d'exercice plus attractives », une plateforme médicale de pointe et « des incitations financières plus importantes ».

Le Monde attribue à la Banque mondiale des chiffres de 2017 selon lesquels le Sénégal compte sept médecins pour 100 000 habitants, chiffres qui corroborent la crainte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon laquelle « avec moins de 2,3 (millions) de professionnels de santé (médecins, infirmières, sages-femmes) pour 1 000 habitants, les besoins en soins de santé primaires ne sont pas suffisamment couverts ».

Le Libéria nous offre un témoignage très intéressant d'Emmanuel Sapolucia, un citoyen qui a exprimé son point de vue dans a 2018 opinion piece M. Sapolucia, qui se décrit comme administrateur de laboratoire clinique au Harris Health System, a avancé une position catégorique selon laquelle la corruption massive au Libéria avait conduit à d'énormes disparités socio-économiques dans le pays, anéanti la classe moyenne et

laissé « un impact durable sur l'accès aux soins de santé ». Il étaye cette affirmation en arguant que, sans classe moyenne dans un pays de plus de quatre millions d'habitants, il n'y a que « les très riches » ou « les très pauvres » et que « les très riches utilisent les ressources du pays pour se faire soigner dans d'autres pays, y compris ceux qui ont moins de ressources naturelles que le Libéria ». Pour lui, qui estime que les plus riches sont des fonctionnaires actuels ou anciens, la solution consiste à décourager l'utilisation des fonds publics par les fonctionnaires pour se faire soigner à l'étranger, en investissant dans le système de santé national afin qu'il fonctionne pour tous les Libériens, quelle que soit leur situation économique.

Au Nigeria, l'Association médicale nigériane, l'Association des consultants médicaux et dentaires du Nigeria et l'Association nigériane des médecins résidents ont toutes retroussé leurs manches contre les « Conditions générales harmonisées de service pour les officiers et le personnel enrôlé dans les forces armées nigérianes ». Le président de l'Association des consultants médicaux et dentaires du Nigeria (MDCAN), le professeur Muhammad Muhammad, interprète cette mesure comme un signe que le gouvernement fédéral lui-même manque de confiance dans le système de santé

nigérian ou qu'il n'est ni satisfait ni heureux de ce qui est disponible dans les hôpitaux nigérians et des services qu'ils fournissent. Il n'est pas tant préoccupé par ce qui a été alloué aux hauts responsables militaires que par « le fait qu'il soit officiellement annoncé que le traitement se fera à l'étranger ».

Ce qui ressort clairement de ce qui précède, c'est que les travailleurs et les citoyens considèrent le tourisme médical comme une pratique contradictoire pour les raisons suivantes:

- Un vote de défiance par les dirigeants politiques successifs sur l'idée même que chaque nation a l'obligation de fournir à sa population des installations de santé nationales standard

- Ce vote de défiance explique en partie la négligence des établissements de santé qui peuvent servir à la fois les quelques puissants ainsi que les nombreux citoyens impuissants

- La négligence sert de condition de possibilité pour la congestion et les très faibles normes de services dans les hôpitaux mentionnées dans les témoignages du Togo et du Ghana en particulier

- La négligence de l'approvisionnement en soins de santé a une conséquence directe majeure qui est la fuite des cerveaux. Cela est mentionné dans les témoignages

- Comme le montrent les témoignages du Libéria et du Ghana, le tourisme médical fait partie intégrante de l'industrie de la corruption dans les pays étudiés

- Le tourisme médical est une mise en accusation du sens du leadership politique de l'élite africaine qui est perçue comme étant très heureuse de laisser la définition et la fixation des paramètres d'un bien public clé tel que la fourniture de soins de santé à des organismes tels que le FMI et la Banque mondiale, des mécènes étrangers et des praticiens.

- La menace pour la sécurité nationale dans une tête du souverain qui se remet à des équipes médicales étrangères sur leurs propres terrains nationaux, leur donnant accès aux mêmes détails il/elle ne se sent pas à l'aise de faire connaître ses propres ressortissants. À part le cas du général Gnassingbe Eyadema, ancien dictateur militaire du Togo qui est mentionné dans l'un des témoignages ci-dessus sur

le pays, tous les quatre présidents du Nigeria, sauf un, se sont appuyés sur le tourisme médical élaboré. Paul Biya de la République du Cameroun vit essentiellement du tourisme médical à Paris et à Genève.

- Étroitement lié à l'implication de la sécurité nationale du tourisme médical dans les États sélectionnés dans cette étude, il y a aussi la façon dont cela équivaut à une réaffirmation par les dirigeants africains de ce que Clive Gabay a appelé le « droit au génie » promouvant la « blanchitude » dans son livre; Imagining Africa: Whiteness and the Western Gaze. Que pourrait signifier le manque de confiance dans la compétence professionnelle de leurs propres médecins sinon cette manifestation d'un complexe d'infériorité et d'une auto-recolonisation?

- La complicité du tourisme médical dans le racisme, illustrée par l'ensemble des conditions d'exercice discriminatoires imposées exclusivement aux médecins sénégalais ayant émigré à Paris, conditions qu'ils ont dû accepter au vu des horreurs qu'ils fuient pour revenir au Sénégal.

Les témoignages indicatifs peuvent être synthétisés en une théorie de recolonisation et d'auto-colonisation du tourisme médical. Le tourisme médical se recolonise lorsque des puissances étrangères et des acteurs imposent les paramètres de la fourniture de soins de santé. Il est auto-colonisant lorsque les élites africaines ne sont pas seulement convaincues de tels paramètres, mais manifestent une médiocrité stupéfiante dans la direction en passant un vote de non-confiance sur la capacité de leur propre pays à avoir et à gérer des établissements de santé de classe mondiale.

La question que cette perspective des contradictions entre le tourisme médical et la fourniture de soins de santé de qualité dans les sept États sélectionnés soulève est pourquoi le comportement du leadership a été toléré malgré cette conscience de l'intersection entre la démocratie et les soins de santé?

Thème Trois:

Dépenses liées au tourisme médical par rapport aux dépenses liées aux soins de santé

Si, jusqu'à présent, le discours dominant est que les soins de santé sont un droit fondé sur l'idée même de démocratie et que le tourisme médical va donc à l'encontre de ce principe, alors il doit y avoir un moyen de refléter cette perception dans le profil des dépenses de chacun. Autrement dit, l'écart entre l'argent des contribuables dépensé pour le tourisme médical et les dépenses publiques consacrées aux établissements de santé dans les États étudiés.

En partant du pays qui dispose des chiffres les plus rares et les moins catégoriques sur les dépenses liées au tourisme médical d'une part, et sur les dépenses publiques en matière de santé d'autre part, pour aller vers le pays qui dispose des données les plus détaillées,

cette phase de l'analyse commence par le Libéria. Commencer par le Libéria permet également de montrer comment une société post-conflit a réussi à gérer un défi supplémentaire et émergent en matière de prestation de soins de santé. Le Libéria est un État post-conflit à deux égards. Il a connu l'effondrement de l'autorité centrale pendant près d'une décennie et demie depuis le début des années 1990, avant d'être confronté à la gestion d'une épidémie en 2014.

Contrairement à la part des recettes fiscales consacrée au tourisme médical, les dépenses publiques en matière de santé peuvent être calculées à partir des chiffres disponibles provenant de sources disparates. Par exemple, le budget libérien pour 2023 prévoit une allocation de 74,27 millions de dollars libériens pour la santé.

Le chiffre suggère que les allocations consacrées à la santé se sont stabilisées autour de ce montant depuis 2015/2016, lorsque les allocations du gouvernement libérien au ministère de la Santé s'élevaient à environ 70 millions de dollars américains, selon M. Emmanuel Sapolucia. Il existe toutefois une divergence ici, car le dollar libérien et le dollar américain n'ont pas la même valeur, ce qui signifie que les 70 millions de dollars américains de Sapolucia sont supérieurs aux 72,27

millions auxquels fait référence l'allocation du gouvernement libérien. Il n'est pas clair si cette divergence est clarifiée par la déclaration figurant à la page quatre du seven-author open access research output publié en 2011 dans Globalisation and Health sous le titre « An analysis of Liberia's 2007 national health policy: lessons for health systems strengthening and chronic disease care in poor, post-conflict countries » (Analyse de la politique nationale de santé du Libéria en 2007 : enseignements pour le renforcement des systèmes de santé et la prise en charge des maladies chroniques dans les pays pauvres sortant d'un conflit). Le rapport indique que les dépenses de santé et de protection sociale s'élevaient à plus de 100 millions de dollars américains, soit une augmentation de 9 % du PIB en 2003. Selon les auteurs, cela équivaut à 29 dollars américains par personne et par an, soit 15 % du PIB. Bien que l'affirmation selon laquelle un pays africain respecterait la Déclaration d'Abuja sur le budget de la santé pour les États africains reste à vérifier, les chiffres de 70 et 100 millions de dollars américains avancés par Sapolucia et les auteurs vont dans le même sens en ce qui concerne les dépenses du gouvernement en matière de soins de santé.

Si l'allocation de 15 % du PIB à la santé serait une raison

de se réjouir, la publication du Liberia d'octobre 2023 intitulée Health Equity and Social Determinants of Health Assessment remettrait en question une telle célébration en raison de son point de vue sur l'état des soins de santé dans le pays. Aux pages 10 et 11 de la publication, le gouvernement libérien a admis qu'outre la faiblesse de la gouvernance et du leadership, l'insuffisance des investissements, le manque de motivation du personnel de santé et les ruptures fréquentes de stocks de médicaments et de fournitures médicales essentiels, les urgences sanitaires telles que l'épidémie d'Ebola (2014-2015) et la pandémie de COVID-19 (2020-2023) ont encore affaibli le système de santé et privé les habitants d'un accès à des soins de santé de qualité. Le gouvernement libérien a ajouté qu'il y avait un nombre insuffisant de lits d'hôpitaux au Libéria, ce qui obligeait les patients à sortir prématurément de l'hôpital ou à se voir refuser l'admission, et plaçait le pays « parmi les pays ayant des taux de mortalité infantile très élevés ».

Si l'on ajoute à cela l'avis exprimé dans l'article en libre accès rédigé par sept auteurs, déjà mentionné précédemment, selon lequel les dépenses à la charge des patients représentaient jusqu'à 35 % des coûts de santé, malgré l'augmentation des dépenses publiques dans ce

domaine, alors les aveux du gouvernement dans cette publication témoignent d'une crise catégorique des dépenses publiques de santé au Liberia. Cela doit être le cas, car l'une des affirmations de Sopolucia dans son article LinkedIn que nous avons cité est que 90 % des ressources mises à la disposition du ministère de la Santé du Libéria « sont gaspillées dans la planification plutôt que dans la mise en œuvre ». La suggestion de Sopolucia d'une séparation rigide entre la planification et la mise en œuvre n'est peut-être pas viable, mais son affirmation selon laquelle jusqu'à 90 % des dépenses atteignent des objectifs contextuellement erronés ne peut être écartée à la lumière des aveux du gouvernement libérien.

La question en suspens est de savoir quel est le rapport entre une dépense élevée dans la prestation de services de santé publique et les mauvais services de soins de santé et le tourisme médical. La réponse se trouve dans l'inférence de la thèse de Sopolucia selon laquelle le Libéria est pris en otage par la corruption impliquant les membres très riches de l'élite, y compris des fonctionnaires actuels et anciens du gouvernement, qui utilisent les ressources du pays pour obtenir des soins médicaux dans d'autres pays. Sopolucia propose que la solution à la crise de la prestation de soins de santé soit d'empêcher les responsables gouvernementaux

d'utiliser des fonds publics pour chercher un traitement médical à l'étranger en investissant dans le système de santé du Libéria et en le faisant fonctionner pour tous les Libériens, quel que soit leur statut économique.

L'état des services de santé au Sénégal et au Ghana, comme nous l'avons vu dans le Thème deux, n'avait pas grand-chose à raconter. L'argument du Dr. Paul Kofi Fynn pour interdire le tourisme médical souligne l'impact du tourisme médical sur la mauvaise qualité des services de santé au Sénégal, au Ghana et au Togo. L'intervention du Dr. Fynn est considérée comme une intervention prioritaire car il vient avec une longue liste de leaders ghanéens ayant une présence active dans le tourisme médical:

- Ancien président J.E.A Mills (décédé)
- Le président Nana Akufo-Addo qui a quitté ses fonctions en 2025;
- Ancien vice-président, le Dr Mahamudu Bawumia
- Le président du Parlement, Alban Bagbin et ceux qui sont décédés à l'extérieur du pays, tels que
- E.T Mensah, ancien ministre de la jeunesse et des sports sous le régime Rawlings

- L'honorable Ningo-Prampram, généralement considéré comme le député ayant servi le plus longtemps et qui est décédé en Afrique du Sud

- Ancien député de Bawku Central, Hawa Ogede Yakubu décédé au Royaume-Uni.

Contrairement aux autres pays, le Nigeria attire l'attention en raison de la plénitude des faits, points de vue, divergences et drames éclairants qu'il offre sur le sujet.

Le sujet de combien le Nigeria et les Nigérians dépensent pour le tourisme médical est devenu une industrie à part entière. Le chiffre le plus récent est le milliard de dollars que le Nigeria perd chaque mois à cause du tourisme médical, selon le Dr Akin Adewumi, président de la Banque africaine de développement (BAD) à qui ce chiffre a été attribué en septembre 2024 Tribune report. L'hypothèse est que le président de la BAD, qui est aussi nigérian, ne peut pas diffuser des statistiques inexactes. Le précédant est un Punch report d'une répartition des dépenses sur le tourisme médical par la Banque centrale du Nigeria (CBN) en octobre 2024. Il situe le chiffre à 2,38 millions de dollars au premier semestre. Forbes' own figure dans un rapport de mai 2023 indique que les élites nigérianes ont dépensé plus de 7 milliards de

dollars entre 2016 et 2022 pour la santé à l'étranger. Bien que Forbes ait attribué le chiffre à Punch, il n'a fourni aucun lien vers un tel rapport dans le journal nigérian.

L'attention portée aux dépenses du tourisme médical n'est pas nouvelle. Dans un rapport de 2016 de PricewaterhouseCoopers, intitulé Restoring trust to Nigeria's healthcare system, l'Autorité nigériane d'investissement souverain (NSIA) indique que la somme de 1 milliard de dollars est dépensée annuellement par les Nigérians pour le tourisme médical. Bien que le chiffre de 1 milliard USD ait été corroboré par d'autres sources telles Adeoye and others dans une étude différente, il ne fait pas de distinction entre les composantes gouvernementales et non gouvernementales du montant.

En 2014, les dirigeants de l'Association médicale nigériane (NMA) ont estimé les dépenses consacrées au tourisme médical à 78 milliards de naira (500 millions d'USD). Encore une fois, la NMA n'a pas fait de distinction entre la part de la somme dépensée par les agents du gouvernement et celle dépensée par des responsables non gouvernementaux. La nation qui a rapporté les chiffres de la NMA a également crédité le Dr Kingsley Esegbue, secrétaire du comité d'organisation du bal caritatif du centenaire nigérian, dans la même

pièce pour avoir mis l'argent que les Nigérians dépensent chaque année en voyages médicaux à l'étranger à environ 250 milliards de N, environ 300% d'augmentation par rapport au chiffre NMA.

Les chiffres ci-dessus confirment que le Nigeria et les Nigérians consacrent des sommes considérables au tourisme médical. Le seul casse-tête est le manque d'informations sur la part de l'argent dépensé par les particuliers et celle qui provient des caisses de l'État. L'Inde qui a récolté plus de 40 milliards de naira auprès des Nigérians avait, selon The Nation, plus de 40000 Nigérians ayant obtenu un visa du haut commissariat indien au Nigeria rien qu'en 2012, chacun d'entre eux dépensant en moyenne entre 20000 et 40000 dollars. C'était tel que lors de la mise en service du camp de vie de l'hôpital turc Nizamiye au Nigeria, à Abuja, en février 2014, le président Goodluck Jonathan Goodluck Jonathan a déclaré que « Les initiatives du secteur privé telles que cet hôpital aideront le gouvernement dans ses efforts pour stopper l'énorme fuite de capitaux due à l'augmentation du tourisme médical et au stress évitable vécu par les Nigérians lors de ces missions ».

La question est de savoir si la supériorité numérique des particuliers parmi ceux qui se lancent dans le tourisme médical signifie également qu'ils représentent une

grande partie des chiffres que le Nigeria perd face à ce phénomène. Autrement dit, les particuliers représentent-ils une grande partie des dépenses médicales à l'étranger ou est-ce que ce sont ceux qui vont chercher ces soins médicaux sur les dépenses publiques qui comptent pour un pourcentage plus élevé des chiffres?

Une possibilité est que la force numérique des particuliers ne se traduise pas par une plus grande part des dépenses énormes du tourisme médical. Si le rapport de Forbes mentionné plus tôt est quelque chose à aller, par exemple, l'ancien président Muhammadu Buhari a dépensé à lui seul, selon une estimation, 5.4 billion naira (US$ 9.95 million). La source des données de Forbes sur Buhari a également rapporté que l'ancien président avait passé 237 jours à l'étranger en voyage médical, concluant à quel point le bilan de Buhari est sans précédent. Avec le gouvernement de Buhari budgétisant 297 millions de naira pour le régime national d'assurance maladie (NHIS) et prévoyant de dépenser 2,5 milliards pour les voyages locaux et étrangers du président, selon the platform, la question de savoir combien d'argent des contribuables est allé au tourisme médical par rapport à combien a été dépensé pour fournir des soins de santé à la population est résolue en faveur d'une augmentation des dépenses sur le tourisme médical.

L'allocation budgétaire au secteur de la santé témoigne éloquemment de la défaite du tourisme médical sur la santé des gens dans le domaine de l'allocation officielle. Ibrahim Orekoya and Omobola Oduyoye ont montré dans une étude sur les implications du tourisme médical à l'étranger sur le développement de la santé publique au Nigeria que rien, jusqu'à six pour cent du budget nigérian n'a été alloué au secteur de la santé entre 2011 et 2015. Le Nigeria ne respecte ni la stipulation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon laquelle 11 pour cent du produit intérieur brut (PIB) du pays est consacré à la santé, ni l'allocation de 15 pour cent du budget annuel de l'Union africaine (UA). Le résultat est, selon National Record, par exemple, « une infrastructure en ruine, des pénuries de médicaments essentiels et du personnel de santé surchargé ». Il n'y a pas de documentation officielle ou de la société civile qui conteste la représentation des établissements de santé du Nigeria par la plateforme en ligne ou même son argument selon lequel:

> *"Les 20 000 $ alloués annuellement pour le traitement à l'étranger de chaque général retraité, lorsqu'ils sont multipliés par de nombreux bénéficiaires, représentent une sortie importante de fonds publics qui ne peut certainement pas être*

maintenue. Cet argent pourrait financer la construction de nouveaux hôpitaux, l'achat d'équipements de pointe ou améliorer le bien-être des travailleurs de la santé, dont beaucoup ont fui le Nigeria à la recherche de meilleures opportunités à l'étranger.

Bien que les chiffres des dépenses aient été collectés à partir de sources plus larges que strictement celles des travailleurs et des citoyens, ils sont encore révélateurs de l'énorme écart entre les dépenses consacrées au tourisme médical et à la fourniture de soins de santé publics. L'énorme écart entre les deux soulève la question cruciale de la condition de possibilité pour quelques membres de l'élite au pouvoir qui dépensent autant de ressources d'État pour leur propre santé, laissant la majorité en plan dans une démocratie. Cette question devrait mener à la conclusion que la condition de possibilité est les relations de pouvoir entre le peuple et les membres de l'élite du pouvoir. La différence n'est donc pas dans l'arithmétique mais dans les relations de pouvoir. Le défi qui se pose est celui de savoir comment les relations de pouvoir peuvent être démantelées démocratiquement.

Thème Quatre :

Que veulent voir les travailleurs/citoyens dans la prestation de soins de santé?

En s'appuyant sur les détails déjà saisis dans les thèmes précédents, la question de ce que les travailleurs et les citoyens voudraient voir dans la prestation des soins de santé est réductible à une liste de telles demandes. Il va comme suit avec des explications supplémentaires uniquement lorsque cela est jugé nécessaire.

- L'interdiction du tourisme médical, fortement défendue au Ghana et au Nigeria, et l'argument contraire (au Nigeria) selon lequel même une interdiction serait toujours contournée par des membres corrompus de l'élite

- L'interdiction faite au personnel médical et paramédical frais émoulu ou nouvellement formé

d'émigrer vers d'autres pays, qui, là encore, a donné lieu à une controverse distincte, en particulier au Nigeria

- Une campagne de sensibilisation ciblant l'élite au pouvoir en Afrique (occidentale) et soulignant la nécessité pour elle de tirer les leçons de ses homologues du Moyen-Orient, qui étaient de grands adeptes du tourisme médical avant de prendre un nouveau départ en transformant leurs « déserts » en hôpitaux de rêve, désormais fréquentés par les dirigeants d'Afrique occidentale.

- Attirer l'attention des membres de l'élite au pouvoir sur le caractère inéluctable de la justice, comme le montre l'emprisonnement récent de certains dirigeants nigérians en Grande-Bretagne. Le fait est que cela ne se serait pas produit si les politiciens emprisonnés avaient fourni la qualité de service qui les avait amenés en Grande-Bretagne au départ.

- Adoption à l'échelle de l'Afrique (occidentale) de l'approche « Community Hut » (cabane communautaire) en matière de prestation de soins de santé, afin de faire des cabanes communautaires la première ligne d'attaque dans le cadre du paradigme « détection précoce - action précoce ».

- Négociation d'une allocation plus importante au secteur de la santé dans les budgets nationaux, à condition que ces allocations soient protégées contre le vol, la fraude et le blanchiment d'argent.

- Éviction du Fonds monétaire international (FMI) et de la Banque mondiale et de leurs prescriptions en matière de gouvernance sanitaire dans la région, car le FMI et la Banque mondiale se concentrent principalement sur la commercialisation et la privatisation, malgré les résultats néfastes de ces politiques au Kenya, en Ouganda, en Afrique du Sud et au Nigeria, si l'on en croit l'étude GI-ESCR sur la politique menée au Sénégal.

Il ressort clairement de cette liste que les travailleurs et les citoyens souhaitent voir se concrétiser une combinaison de réformes idéologiques, professionnelles, politiques et de leadership en réponse aux menaces perçues du tourisme médical pour les soins de santé en tant que droit démocratique.

Thème Cinq:

Plaidoyer

L'interdiction du tourisme médical est un argument avancé avec force parmi les mesures que les travailleurs et les citoyens souhaiteraient voir mises en œuvre dans le cadre de la réforme des soins de santé. Au Ghana, par exemple, on estime que l'interdiction du tourisme médical dans le pays est « le seul moyen audacieux d'amener les dirigeants à montrer l'exemple », car sinon, ils envoient un message clair aux citoyens et aux professionnels de santé, à savoir que les services de santé locaux ne sont pas à la hauteur ou équivalents à ceux d'autres pays, ce qui, par conséquent, démoralise la communauté médicale nationale qui s'efforce de fournir des services de santé contre vents et marées. Mais ce point de vue n'est pas populaire. Elle fait l'objet d'un débat au Ghana et au Nigeria, où elle est clairement exprimée. Deux arguments principaux sont avancés contre l'interdiction. Le premier est qu'elle ne résout pas le problème du financement insuffisant des soins de

santé, qui est le facteur déterminant de la pauvreté en matière de prestation de soins. Le second est que l'interdiction porterait atteinte à la liberté de choix. La stratégie privilégiée consiste à influencer le changement de politique, et les options suivantes ont été déduites de l'ensemble des discussions menées jusqu'à présent pour soutenir cette stratégie:

- Mettre en place une coalition de plaidoyer et de campagne qui se donne pour objectif d'atteindre le seuil de 15 % du budget national consacré au secteur de la santé, conformément à la résolution prise en ce sens par les dirigeants africains. Il est avancé que, s'agissant d'un consensus de l'élite africaine, cet objectif devrait être mis en œuvre. Les dirigeants africains ont pris cette décision en 2001. La période écoulée depuis 2001 est considérée comme suffisamment longue pour que toutes les excuses contre sa mise en œuvre aient désormais été épuisées. Même si la situation des services médicaux au Liberia n'est toujours pas très encourageante, il est réjouissant de constater qu'un pays d'Afrique de l'Ouest a réussi à atteindre cet objectif. Selon cet argument, si le Liberia a pu le faire, alors aucune excuse n'a plus de sens.

- Il est également préconisé de mener des actions de sensibilisation afin de construire davantage d'hôpitaux pour répondre à l'expansion démographique. L'approche modèle recommandée ici est celle mise en œuvre au Nigeria dans les années 2000, lorsque le gouvernement Obasanjo a cherché à construire un hôpital standard dans chacune des 774 collectivités locales du pays. Des contrats ont été attribués dans de nombreux cas et les travaux ont commencé dans quelques-uns d'entre eux. Le gouvernement fédéral finançait les projets, mais déduisait les fonds des recettes des collectivités locales à la source (à Abuja). Pour une raison ou une autre, ce modèle n'a jamais vu le jour. Il est préconisé de mener une action de plaidoyer auprès du pouvoir exécutif en faveur d'un modèle de cette nature.

- De même, l'approche des « community huts communautaires » au Libéria est également recommandée. Les huttes communautaires correspondent à ce que l'on appelle les soins de santé primaires au Nigeria. Les huttes communautaires ont deux fonctions. Premièrement, elles permettent aux responsables de la santé concernés de détecter les premiers

signes d'évolutions inhabituelles en matière de santé, en particulier les épidémies. Deuxièmement, elles permettent d'apporter des soins de santé en temps réel à la population locale. Les huttes communautaires fournissent donc des services qui ne peuvent être remplacés par aucun autre mécanisme du système de santé. Il est recommandé de mener des actions de plaidoyer auprès des technocrates du ministère de la Santé, car les huttes communautaires font déjà partie du système sous une nomenclature ou une autre et nécessitent simplement d'être considérées comme prioritaires.

- L'une des raisons de la fuite des cerveaux en général, mais en particulier dans le secteur de la santé dans tous les pays étudiés, est la mauvaise structure salariale. Il est nécessaire de mener une action de plaidoyer auprès des instances chargées de la fixation des salaires dans ces pays, puis auprès du pouvoir législatif national. L'objectif est de parvenir à une structure salariale suffisamment attractive pour retenir ces cadres dans leur pays et réduire la fuite des cerveaux par rapport au niveau actuel.

- La production locale de médicaments génériques, qui place la santé avant le profit, est un point de

départ crucial pour sortir de l'emprise du tourisme médical. Les travailleurs, les militants et les citoyens des pays d'Afrique de l'Ouest couverts par cette étude doivent faire pression sur les gouvernements nationaux concernés afin qu'ils explorent ce qu'ils peuvent apprendre de l'Inde, de la Chine et de l'Afrique du Sud à cet égard. Le plaidoyer doit ici cibler trois niveaux clés d'acteurs au sein des ministères de la Santé, du pouvoir exécutif des gouvernements centraux et des législatures nationales. Ensemble, ils sont en mesure de fixer des limites aux multinationales pharmaceutiques.

Le dernier point constitue un défi pour les travailleurs, les militants et les citoyens des pays d'Afrique de l'Ouest couverts par cette étude en ce qui concerne le développement d'un sens plus large et critique de la démocratie. Sans cela, les travailleurs et les citoyens continueront à se retirer en marge, car ils pensent que la démocratie se résume au vote, sans insister sur ce que devrait être le « dividende démocratique ». Des soins de santé adéquats devraient être l'un de ces minimums, ce que les syndicats et les plateformes de la société civile ne peuvent pas réaliser sans mettre à jour l'éducation politique des travailleurs/citoyens.



Turismo médico

como trabalhadores e cidadãos 'veem' na África Ocidental

Adagbo Onoja

Turismo médico

como trabalhadores e cidadãos 'veem' na África Ocidental

Por

Adagbo ONOJA

Onoja é uma pesquisadora de doutorado em transição da Escola de Relações Internacionais da Universidade de St. Andrews, no Reino Unido, para o Departamento de Relações Internacionais da Universidade de Witwatersrand, na África do Sul.

Table Of Content

Introduction. 5

The Puzzle and the Methodology. 8

Theme One:
Locating Healthcare As a Democratic Right. 13

Theme Two:
Where Does Medical Tourism Clash
With Healthcare? 25

Theme Three:
Expenditure on Medical Tourism Versus
Expenditure on Healthcare 37

Theme Four:
What Do Workers/Citizens Want to See in
Healthcare Delivery? 49

Theme Five:
Advocacy. 52

Introdução

A 14 de dezembro de 2024, o Governo nigeriano aprovou o que uma publicação online nigeriana apelidou de «benefícios de reforma extravagantes» para os altos responsáveis militares da Nigéria. Estes consistem em subsídios médicos anuais para tratamento no estrangeiro até um montante de 20 000 dólares americanos (31 084 000). Apresentada sob o nome de código «Termos e Condições de Serviço Harmonizados para Oficiais e Pessoal Alistado nas Forças Armadas da Nigéria (HTACOS)», a aprovação causou um choque em todo o país que, segundo o Banco Africano de Desenvolvimento, já perde 1.000 milhões de dólares todos os meses devido ao turismo médico. Posteriormente, a aprovação passou a ser vista como a melhor ilustração da perceção do turismo médico como um espectro que assombra a África (Ocidental) do ponto de vista da governação democrática no século XXI.

O turismo médico não é um conceito simples. Algumas pessoas insistem em distinguir entre turismo médico e turismo de saúde. Por exemplo, o Centro de Investigação em Turismo Médico da Universidade de North Carolina,

em Pembroke, define a diferença entre os dois em termos dos objetivos da viagem. Para o centro, enquanto o turismo médico se destina a cuidados médicos, dentários ou cosméticos, o turismo de saúde diz respeito a «fins relacionados com a saúde que não sejam tratamentos médicos, dentários ou cosméticos». Os fins relacionados com a saúde incluem viagens para redução do stress, visitas a spas e medicina tradicional. No entanto, alguns estudiosos utilizam os termos «turismo médico» e «turismo de saúde» de forma intercambiável.

Mas um senso mais claro da capacidade de impactos deslocatórios pode ser percebido mesmo a partir da limitada exemplificação da teoria e prática do turismo médico na política atípica da Nigéria. Isto é particularmente verdade em um continente que supostamente carrega "o maior fardo de doenças infecciosas e a infraestrutura de saúde pública mais fraca do mundo", segundo Florence Fenollar, especialista em doenças infecciosas no Hospital Universitário Instituto de Infecção do Mediterrâneo em Marselha, França. Embora esta afirmação possa não ser mais do que a opinião do criador, ela não pode ser descartada casualmente sem algumas reflexões críticas sobre ela. A experiência da epidemia de Ébola, que Amanda Glassman, outra

opinionista, chamou de o maior surto de sempre da doença, favorece a apreciação crítica dessas declarações devido à assustadora história de vulnerabilidade da África Ocidental aos desafios de saúde pública.

Um estudo da percepção popular de qualquer fenômeno que possa ser chamado de espectro é inerentemente convincente em uma sub-região que tem estado particularmente no radar global de governança em saúde desde a epidemia de Ébola de 2014. Em outras palavras, um estudo regional do fenômeno insinuou o exemplo nigeriano de prática estatal do turismo médico. Um estudo deste tipo poderia constituir uma sólida perspectiva sobre a dinâmica africana de um desafio emergente na governação da saúde global. A compreensão da dinâmica de um desafio emergente pode ser um ponto de partida sobre como paralisar este desafio global de governança em saúde em um continente que atraiu as duas afirmações acima sobre sua escala de vulnerabilidade.

Essa é a suposição operacionalizada neste estudo no que diz respeito à dinâmica do turismo médico nos sete países selecionados: Costa do Marfim, Gana, Libéria, Nigéria, Senegal, Gâmbia e Togo, listados em ordem alfabética. Mas, o que exatamente o estudo pretende estabelecer e por que meio a estratégia de coleta de dados?

O Enigma e a Metodologia

Este estudo pretende estabelecer a percepção do turismo médico entre os trabalhadores e cidadãos da África Ocidental. Está particularmente interessado na interseção do turismo médico e no caráter e qualidade da governança em saúde, em relação à antecipação e à explosão da vulnerabilidade da região a quaisquer perigos que existam do turismo médico. Isso, portanto, vem junto com a questão de qual percepção contará na determinação do nível de ameaça do turismo médico, se houver. A saúde pública, à qual o turismo médico poderia ter implicações perigosas, resolve a questão em favor dos trabalhadores e cidadãos como as categorias cuja percepção é necessária. Têm de ser os trabalhadores e os cidadãos, sendo estes os destinatários mais concentrados da saúde pública e o conjunto de pessoas que serão mais afectadas por qualquer ameaça real do turismo médico. Em outras palavras, este estudo tem uma população de estudo natural, por assim dizer, em trabalhadores e cidadãos. Embora todos os trabalhadores sejam cidadãos, existe uma especificidade sobre os trabalhadores no que diz respeito ao funcionamento de uma economia e, por implicação, da sociedade. Que a especificidade da participação na

sociedade mais ampla e a força demográfica da categoria de trabalhadores justificam um tratamento distinto da categoria em relação ao conceito mais amplo de cidadãos.

Portanto, é a percepção dos trabalhadores e cidadãos que está em jogo no estudo. Especificamente, o estudo pretende demonstrar o que os trabalhadores e cidadãos pensam sobre o turismo médico; qual é a base empírica da percepção; onde a democracia e o direito democrático se caracterizam na ligação entre o turismo médico e a má provisão de saúde pública; percepção dos trabalhadores e cidadãos do contraste entre as despesas com o turismo médico e a provisão de saúde pública; o que os trabalhadores gostariam de ver no setor de saúde pública e, por fim, questões-chave na campanha estratégica do trabalho/sociedade civil ou no engajamento com (a) funcionários do Ministério da Saúde, (b) Assembleia Nacional e (c) altos funcionários do governo ou líderes políticos.

Metodologicamente, a percepção é um conceito problemático na análise social. Também levanta a sua própria questão: como poderíamos captar melhor a percepção de um conjunto diversificado de atores abrangidos pela categoria de trabalhadores e cidadãos?

O estudo responde a esta pergunta restringindo a técnica de coleta de dados ao rastreamento intertextual das opiniões, posições ou pontos de vista agregados de trabalhadores e cidadãos. O que isso faz é uma maneira retroativa de juntar tais posições ou pontos de vista de uma forma que faça textos falarem com textos. Textos falando com textos significa que nenhuma opinião, declaração ou posição é isolada, mas é 'lida' no contexto de opiniões, declarações e posições semelhantes ou relacionadas, capturando assim todas as facetas de cada uma das duas coletividades envolvidas, ao longo do tempo e em diferentes áreas-questão.

A coleta de dados intertextuais que também pode, em certo sentido, ser chamada de retroductiva - fatos, dados e informações de cima, de baixo e de lado - permite que este estudo transcenda a facticidade e os dados estatísticos em si mesmos. Em vez de tais dados, o engajamento interpretativo com dados discursivos dos sindicatos (trabalhadores) e plataformas da sociedade civil (cidadãos) é privilegiado. Isto não significa que os detalhes e factos estatísticos não tenham qualquer lugar. Em vez disso, significa que sempre que são invocados, eles são invocados para reforçar ou desafiar uma inferência temática a partir de dados discursivos.

O esboço acima responde ao caráter fenomenológico desta investigação no sentido de que o que está em jogo é a compreensão do turismo médico pelos membros das duas coletividades.

Como tal, as opiniões e pontos de vista dos líderes sindicais na saúde e na profissão médica, especialistas, comentaristas e observadores cidadãos privilegiados da dinâmica do turismo médico são coletados por meio da inserção de uma sucessão de certas palavras-chave, (entre eles, controvérsia sobre o turismo médico após o nome de cada um dos países estudados; despesa nacional total em turismo médico em relação à despesa em saúde pública; maiores atores/nomes no turismo médico e assim por diante). Líderes sindicais, especialistas e especialistas são considerados como trabalhadores no contexto deste estudo e isso é dado à sua localização privilegiada e ao conhecimento da dinâmica do assunto sobre o qual nem todo trabalhador tem conhecimento.

Nesse sentido, ainda são os conceitos de trabalhadores e cidadãos que definem quem fala no rastreamento aleatório das visões documentadas, ou seja, tais visões capturam a percepção dos trabalhadores e cidadãos nos países de onde surgiram as amostras. Presume-se que isso esteja correto,

já que as visões selecionadas não foram desafiadas por opiniões concorrentes em nenhum outro lugar dentro do conjunto de textos obtidos por cada palavra tag. As opiniões também foram livremente articuladas em plataformas abertas. Salpicadas em plataformas de cultura popular, as visões, incluindo até mesmo as aparentemente acadêmicas entre elas, carregam o selo dos trabalhadores e cidadãos. Acima de tudo, os pontos de vista são mais reveladores no processo de intertextualização deles em direção a uma síntese.

Relatório de pesquisa

Tema Um:

Localizar os cuidados de saúde como um direito democrático

O relatório de pesquisa se desenrola tematicamente como já listado. Começa com o primeiro tema, que é a construção de trabalhadores e cidadãos de saúde de qualidade e prestação de serviços públicos em relação aos direitos democráticos? Ou seja, qual é o seu sentido da ligação entre o direito ao fornecimento de cuidados de saúde e a lógica da governação democrática?

Em 2024, a Iniciativa Global para os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (GI-ESCR) publicou seu relatório intitulado Privatização e Comercialização da Saúde na Costa do Marfim: Qual o Impacto no Direito à Saúde?. GI-ESCR não é uma organização de trabalhadores nem uma plataforma de cidadãos na Costa do Marfim, mas trabalhou

com o Movimento Ivoirien dos Direitos Humanos (MIDH), a principal organização de campanha de direitos humanos de 25 anos e, portanto, uma plataforma clássica de cidadãos da sociedade civil é nativa do país. A relevância do estudo da GI-ESCR é que, além de focar no impacto da política de comercialização no direito à saúde, ele faz referência ao complexo conjunto de instrumentos internacionais, protocolos, documentos oficiais, estruturas legais e doutrinas que a comercialização viola, tornando impossível o acesso à saúde.

Entre estes, como pode ser encontrado na página três do Resumo Executivo do relatório estão:

- A Constituição de 1946 da Organização Mundial da Saúde (OMS)
- A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (Art. 25)
- O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (Art. 12)
- A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (Art. 16).

Na página cinco do resumo está a afirmação categórica de que "O direito à saúde é reconhecido no sistema jurídico da

Costa do Marfim", uma inferência derivada do "direito ao mais alto nível alcançável de saúde física e mental" garantido pelo Artigo 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ICESCR) que a Costa do Marfim ratificou em março de 1992.

Curiosamente, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR), que monitora a implementação do ICESCR, tem, segundo o relatório, "esclareceu que o direito à saúde inclui um direito a serviços de saúde universais que sejam geográfica e financeiramente acessíveis, de boa qualidade e adequadamente disponíveis".

Além de mencionar a ratificação da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos por parte de Cote D'Ívoire, que, no artigo 16, é igualmente enfatizada sobre a saúde padrão como um direito, o relatório invocou o artigo 9 da Constituição do país de 2016 e sua disposição para o efeito de que "toda pessoa tem direito de acesso aos serviços de saúde"

O que se torna claro do relatório GI-ESCR é a natureza primária da prestação de cuidados de saúde em uma democracia, tomando os protocolos legais e oficiais e as disposições constitucionais trazidas pela plataforma de direitos humanos operando com um órgão internacional

na Costa do Marfim. Este ponto já foi feito anteriormente que, embora este estudo seja sobre a perspectiva dos trabalhadores e cidadãos sobre o turismo médico, uma distinção estrita entre trabalhadores e cidadãos, por um lado, e aqueles fora das duas categorias não é sustentável porque o princípio da democracia já tem o povo como seu núcleo. Sob esta perspectiva, as opiniões dos ativistas do MIDH e da GI-ESCR que privilegiam a luta pela garantia dos direitos humanos bem como o primado da saúde respectivamente encaixam-se claramente em um conceito mais amplo de trabalhadores e cidadãos.

No entanto, antes de discutirmos a sua localização da natureza fundamental dos direitos à saúde sob a democracia, precisamos de mais desses pontos de vista e posições. O relatório de 2024 da Organização dos Sindicatos da África Ocidental (OTUWA) e do Centro Sub-Regional de Solidariedade 'A Campanha pela Saúde é um Direito Humano' oferece uma. O relatório identifica os instrumentos que constituem o quadro jurídico para a provisão de cuidados de saúde na Nigéria como sendo os seguintes:

- A Lei Nacional de Saúde (2014)
- A Política Nacional de Saúde (2016)

- O Esquema Nacional de Seguro de Saúde - NHIS (1999)
- A Reforma do Setor da Saúde (2020)
- O Aviso Legal sobre a Política de Saúde (2020) e
- A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006)

Com certeza, os enquadramentos legais para o fornecimento de cuidados de saúde falam a respeito do constitucionalismo e, portanto, da democracia.

Em resumo, encontramos uma plataforma de direitos humanos num país africano, uma ONG de saúde que faz campanha como a GI-ESCR e uma organização sindical regional como a OTUWA e um centro laboral global - o Solidarity Centre - trabalhando juntos de forma consensual na proteção dos direitos humanos. garantia do estado de direito e da igualdade de todos em termos de direito à saúde. O consenso entre as quatro organizações só pode ser lido como um consenso sobre a provisão de saúde padrão como uma justificativa para a democracia.

Intertextualmente, podem ser compreendidos para

implicar que a negação de cuidados de saúde de qualidade aos trabalhadores e cidadãos não teria sido possível nas cidades-estado gregas, onde aqueles que se qualificavam para serem chamados cidadãos participaram diretamente na decisão de questões sérias como aprovação ou desaprovação da guerra. Em tal contexto, os cidadãos não aprovariam qualquer variante do turismo médico que pudesse prejudicar as instalações de saúde disponíveis para os cidadãos que também são os defensores do território. Faz sentido inferir desse cenário que não pode haver negligência na provisão de saúde em antigas democracias onde os cidadãos administravam diretamente os assuntos do estado.

Nos Estados Unidos, que podem ser interpretados como um símbolo da democracia representativa, a saúde é um item decisivo na lista de verificação para as classificações de aprovação da governação. Em qualquer caso, os trabalhadores e cidadãos são, teoricamente, garantidos contra a ingerência no imprescritível direito à vida, liberdade e propriedade.

Além da fundamentação legal do fornecimento de cuidados de saúde revelada pelas quatro organizações na discussão acima, há a construção do fornecimento de

saúde pública como um ponto central da governança democrática. A construção está no contexto dos bens públicos e em que o fornecimento de saúde pública é, juntamente com a educação e defesa, responsabilidade do Estado, historicamente. Esta construção coloca a saúde pública como o fulcro do estado, posicionando assim a provisão de saúde pública como um bem público global, sendo o estado o pilar histórico da ordem internacional, bem como o superintendente da democracia.

Este seria um resumo justo do muito celebrado Janeiro de 2012 Financial Times article.

No artigo, Wolf afirmou que a história da civilização é a história dos bens públicos porque, segundo ele, "quanto mais complexa a civilização, maior o número de bens públicos que precisavam ser fornecidos". Curiosamente, o colunista mencionou especificamente a educação, a saúde e a defesa como exemplos clássicos de bens públicos do século XXI - serviços que ninguém pode ser excluído do seu consumo, quer pague ou não. Da mesma forma, estes são serviços que o gozo de um cidadão não impede a qualquer outra pessoa. Mais interessante ainda, Wolf identifica o estado como a instituição que historicamente carregou o fardo de fornecer bens públicos em cada fase da história

humana - a revolução agrícola, a revolução industrial e a modernidade contemporânea. Num movimento muito perspicaz, o colunista fez a pergunta "se os estados de hoje podem - ou serão autorizados a - fornecer os bens que agora exigimos". Sua suspeita de que certas forças e atores da economia política internacional não compreendem essa história levou ao seu oportuno aviso: os esforços da humanidade para enfrentar esse desafio podem se revelar a história definidora do século. Com esse ceticismo, ele estava antecipando o cenário impulsionado pelo Estado nigeriano. Ele estava a sugerir que quando um estado como a Nigéria dá o aval oficial ao turismo médico, não se trata de um erro ou de uma inocência, mas sim de uma medida calculada contra tornar os cuidados de saúde adequados cruciais na governação democrática. Assim também é o caso quando a saúde é comercializada e tornada inacessível contra a lógica dos documentos legais fundamentais que sustentam a democracia.

O que a ligação intertextual entre democracia e bens públicos aponta é como o turismo médico contradiz o desempenho excepcionalista comumente reivindicado recentemente para a governança da saúde global, o único dos cerca de dez grandes domínios da governança global para os quais tal reivindicação existe. David Fiddler, um

dos estudiosos mais vociferantes que ecoam esta afirmação, declarou em um artigo de 2010 que havia realmente havido uma revolução na governança da saúde global em termos do grau de desempenho. De acordo com Fiddler, "uma revolução na governança da saúde global tem estado em andamento nos últimos dez a quinze anos, com desafios vigorosos ao legado herdado da Guerra Fria". O que constitui a revolução que Fidler proclamou nos telhados inclui o que ele chama de diversificação sem precedentes da política de GEE nos tempos contemporâneos, manifestada no ativismo de formuladores de políticas, ativistas e filantropos na área; a criação de regimes radicalmente novos, um crescimento sem precedentes no financiamento para a saúde global.

Embora Fidler também tenha observado no mesmo artigo que os especialistas estavam alertando sobre certas áreas problemáticas na governança global de saúde, a evidência de excepcionalismo nesse domínio sinaliza o status fundamental da saúde. De qualquer forma, Fiddler não incluiu o turismo médico em sua lista de áreas de sinais de perigo ou falha na governança global de saúde, entre as quais estão a incapacidade de prevenir o HIV/AIDS, resistência antimicrobiana, medicamentos falsificados, a prevalência global de doenças não transmissíveis

relacionadas ao consumo de tabaco e à obesidade, a migração de profissionais de saúde dos países em desenvolvimento para os desenvolvidos e a deterioração dos determinantes sociais da saúde. Na medida em que o turismo médico irá piorar esta lista, ela desafia a direção da excelência na governança global de saúde, mais ainda à luz da peculiaridade da lista para os países em desenvolvimento, sobre a qual alguns estudiosos têm chamado a atenção.

No seu 2010 essay, por exemplo, Sara Davies argumenta que os factores globais estão a influenciar a prestação local de boa saúde pelo menos tanto como os factores locais ou nacionais. E isso, ela disse, tinha uma particularidade do mundo em desenvolvimento. A declaração de Davies manifesta a clareza dos trabalhadores/cidadãos sobre a centralidade da provisão de saúde em uma democracia.

A referência a estruturas legais formais com compromissos categóricos sobre o direito à saúde como um direito democrático por quatro plataformas de trabalhadores e cidadãos; a conexão dessas referências à teoria e prática da democracia, então ao debate sobre os bens públicos e ao desenvolvimento da governança global em saúde estabelece essa clareza.

O que é intrigante sobre a conexão entre a autoridade pública doméstica e global, por um lado, e o fornecimento de cuidados de saúde, por outro, é por que a insistência no fornecimento de cuidados de saúde não é um item correspondente suficiente na agenda da luta popular nos países estudados. Poderá isso ter alguma coisa a ver com o que pode ser uma compreensão empobrecida e bastante reducionista da democracia como nada além do voto durante as eleições? Esta questão é inevitável porque é esse reducionismo que o The Economist, por exemplo, baseia-se para fazer a fascinante afirmação em uma pesquisa de 1996 de que a democracia tem sido um assunto de meio período, já que o princípio da igualdade de direitos entre todos os adultos sãos é desviado. O princípio é desviado porque é apenas uma vez em quatro anos que a voz dos cidadãos é ouvida, deixando aqueles que foram eleitos para o poder como tomadores de decisão enquanto os demais se tornam espectadores, acenando com a cabeça "em aprovação irrelevante ou rosnando em desacordo frustrado" como o The Economist disse.

Por que os trabalhadores e cidadãos, unidos sob suas plataformas de direitos humanos, organizações de trabalhadores e coalizões populares democráticas, não estão lá fora contestando manifestações observáveis de

pobreza da governança de saúde antidemocrática? Quando é que isto se tornará parte da irresistível pressão sobre os gestores de elite da democracia? Em que ponto os quadros de políticas de governação da saúde de qualidade se tornariam pilares 'sagrados' dos compromissos democráticos?

Tema dois:

Onde o turismo médico se confronta com a saúde?

Tendo delineado os princípios fundamentais aos quais uma visão fundamental da provisão de saúde em uma democracia se refere, o próximo tema é necessariamente a percepção dos trabalhadores e cidadãos sobre as ameaças do turismo médico à saúde pública qualitativa e acessível. Uma seleção indicativa de opinião monitorada da plataforma sindical regional, líderes sindicais de saúde e um especialista lidera a análise neste tema. Tomaremos cada uma das submissões e, em seguida, faremos nossas inferências.

No Togo, um relatório jornalístico de 2017 sobre a plataforma D&C (uma plataforma de desenvolvimento internacional) cita líderes sindicais e cidadãos com visões assustadoras sobre a saúde no país. Os detalhes do relatório, que foi publicado há oito anos, ainda dão uma

ideia do passado muito recente.

Um dos citados é o professor David Dosseh, ex-presidente da União Sindical de Profissionais do Hospital Togolês, que classificou o Togo como um fracasso na melhoria do seu sistema de saúde. O relatório não lhe permitiu detalhar, mas outros detalhes no mesmo relatório sugerem o que ele poderia ter em mente. Um dos detalhes é a proporção de médicos para a população: 0,5 médico por 1000 pessoas no Togo, em contraste com três/quatro médicos por 1000 pessoas nas nações europeias ricas. Este número é atribuído ao site da CIA, mas não é muito diferente do divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo gasto per capita em saúde no Togo equivale a um poder de compra de 72 dólares em 2014, em contraste com 5.200 dólares para a Alemanha. O relatório chega à conclusão de que "consequentemente, doenças simples que seriam curadas em um país rico tornam-se mortais no Togo"

Como se provasse a afirmação acima, o relatório nomeia um menino de 11 anos que morreu no Hospital Sylvanus Olympio em Lomé, a capital, em julho de 2016 do que o pai chamou de dor de estômago. De acordo com o pai, o coração do menino ainda estava batendo quando a

enfermeira de repente o declarou morto. Quando o pai apontou isso para a enfermeira, ele recebeu a resposta de que "o batimento cardíaco não é o que faz a diferença entre a vida e a morte". Nenhuma ação foi tomada até que o coração de seu filho realmente parou de bater.

Em janeiro de 2017, foi a vez de uma certa Woegna Akossiwa experimentar a morte por tosse aguda no mesmo hospital. Ela não havia recebido nenhum tratamento até o momento da morte, mesmo depois que seu marido pagou 11 dólares por uma radiografia ao chegar às instalações do hospital às 15 horas daquele dia. A radiografia, disseram-lhes, não poderia ser feita imediatamente, porque o médico assistente de plantão estava encarregado de outros 70 pacientes. "Quatro horas depois, sua esposa estava morta".

O relatório fez referência às salas de emergência no Hospital Sylvanus Olympio, o maior hospital público do Togo, por não terem equipamento de primeiros socorros, camas inadequadas e salas de cirurgia equipadas. Isto é assim como o sistema de saúde também tem um problema de escassez de pessoal de saúde após o grau de migração de médicos togoleses para países vizinhos, Europa e América do Norte em busca de melhores salários e ferramentas de trabalho. Como prontamente admitido pelo seu director,

Dr. Adom Wiyoou Kpao, o sistema sofre de uma crise de confiança, pois "dificilmente dois em cada dez membros do pessoal são dignos de confiança". É por isso que ele faz aparições no tribunal devido a reclamações sobre serviços pediátricos oferecidos pelo hospital. Os serviços atraíram ações judiciais porque as enfermeiras estavam frequentemente ausentes, a equipe é mal treinada e amigos intervêm por elas, com a administração de tratamentos inadequados que às vezes causavam a morte.

O veredicto do relatório em referência ao efeito de que o Togo era notório por ter um dos piores sistemas de saúde na África Ocidental pode não ser muito errado. Mas mais preocupante é o beco sem saída que o relatório proclama da instalação de saúde no Togo, tanto para os pobres quanto para os ricos: "o acesso aos serviços nos hospitais públicos tornou-se algo como uma loteria. Especialmente aqueles que não têm seguro de saúde nem dinheiro em mãos estão condenados a morrer neste sistema perigoso - mas as pessoas ricas também estão em risco."

O Togo oferece histórias tão emocionantes sobre as ameaças ao bem-estar relacionadas ao turismo médico que justificam uma segunda percepção do país sobre esse tema. No dia 21 de junho de 2018, a revista The Economist

publicou um artigo sobre Farida Nabourema, a mulher ativista que liderava uma campanha contra a continuação do poder de Faure Eyadema, então presidente togolês. A peça em si não é o problema aqui, mas um dos detalhes de fundo que ela contém. Esta é a sentença que se refere à morte do general Gnassingbe Eyadema, pai de Faure e antecessor no cargo "a bordo do seu avião presidencial a caminho de procurar tratamento médico no exterior". A segunda dimensão do fundo do artigo da revista The Economist é a frase entre parênteses imediatamente após a anterior, que diz: Os hospitais de Togo estão em tal estado miserável que, mesmo hoje, os médicos têm que realizar cirurgias cerebrais à luz de seus celulares na capital".

Na vizinha Gana, o Dr. Paul Kofi Fynn, chanceler do Wisconsin International University College e ex-presidente-geral do Fórum de Nobres da África Ocidental, apresenta seis argumentos em 15 de agosto, 2024 opinion piece em uma das principais plataformas de mídia de Gana - The Graphics - sobre como o turismo médico contradiz o direito democrático dos trabalhadores e cidadãos. A primeira é como milhares de pessoas fazem fila no Departamento de Atendimento ao Paciente (OPD) dos hospitais públicos em todo o Gana cedo pela manhã e partem tarde da noite, pagando muito dinheiro para a

saúde mesmo sendo assinantes do Esquema Nacional de Seguro de Saúde (NHIS). Duas, doenças evitáveis ainda matam um grande número de mulheres e crianças no país. Três, as pessoas viajam longas distâncias para receber cuidados de saúde. Quatro, os pacientes dormem nos pisos dos hospitais em todo o país. Cinco, os profissionais de saúde do Gana estão a deixar o país em massa para procurarem melhores condições no exterior. Sexto, o Gana está longe de atingir a proporção paciente-médico/enfermeiro da ONU, mas alguns reguladores estaduais dão quotas às instituições educativas para formar enfermeiros.

No caso do Senegal, o Dr. Boly Diop, presidente da Associação Médica Senegalesa, foi citado em um artigo de 5 de fevereiro de 2023 do Le Monde como chamando o fenômeno do êxodo de médicos senegaleses para a França como sendo de uma proporção hemorrágica. No próprio relatório, o próprio Le Monde identifica a baixa remuneração dos médicos, a falta de instalações médicas e as difíceis condições de trabalho no sistema público de saúde senegalês como os motivos do êxodo para a França, que credita à organização com "condições mais atraentes de prática". uma plataforma médica de última geração, e "maior incentivo financeiro".

O Le Monde atribui ao Banco Mundial números de 2017 de sete médicos para cada 100.000 pessoas no Senegal, números que ele mantém para corroborar o medo da Organização Mundial da Saúde (OMS), de que "com menos de 2,3 (milhões) de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, parteiras) para cada 1.000 habitantes, as necessidades primárias de saúde não são suficientemente cobertas"

Da Libéria vem um testemunho muito interessante de Emmanuel Sapolucia, um cidadão que articulou a sua posição num artigo de opinião de 2018. Sapolucia, que se descreveu como Administrador de Laboratório Clínico do Sistema de Saúde Harris, defendeu categoricamente a posição de que a corrupção em massa na Libéria levou a uma enorme disparidade socioeconômica no país, destruindo a classe média, deixando "um impacto duradouro na disponibilidade dos cuidados de saúde". Sua demonstração desta afirmação vem no argumento de que, sem uma classe média no país de mais de quatro milhões de pessoas, ela é ou "muito rica" ou "muito pobre", e que "os muito ricos usam os recursos do país para buscar cuidados médicos em outros países, incluindo aqueles que têm menos recursos naturais do que a Libéria." Para ele, que acredita que os poucos mais ricos são funcionários do

governo atuais ou antigos, a saída é desencorajar o uso de fundos públicos por parte dos funcionários do governo para buscar atendimento médico no exterior, investindo no sistema de saúde interno para que funcione para todos os liberianos, independentemente do status econômico.

Na Nigéria, a Associação Médica Nigeriana, a Associação de Consultores Médicos e Odontológicos da Nigéria e a Associação Nigeriana de Médicos Residentes todos se prepararam para os "Termos e Condições Harmonizados de Serviço para Oficiais e Soldados das Forças Armadas Nigerianas".. O presidente da Associação de Consultores Médicos e Odontológicos da Nigéria (MDCAN), o Prof. Muhammad Muhammad interpreta a linha de base como significando que o próprio governo federal não tem confiança no sistema de saúde nigeriano ou não está confortável nem satisfeito com o que está disponível nos hospitais nigerianos e os serviços que eles fornecem. Ele não se incomoda tanto com o que foi alocado para os tiros de topo militares quanto com "o fato de que seja oficializado que o tratamento será no exterior".

O que se torna claro a partir do exposto é a posição de que trabalhadores e cidadãos veem o turismo médico como uma prática contraditória pelos seguintes motivos:

- Um voto de desconfiança por parte das sucessivas lideranças políticas sobre a própria ideia de que cada nação tem a obrigação de fornecer ao seu povo instalações nacionais de saúde padrão

- Este voto de desconfiança explica, em parte, a negligência das instalações de saúde que podem servir tanto os poucos poderosos quanto os numerosos cidadãos impotentes

- A negligência serve como condição de possibilidade para o congestionamento e os padrões muito baixos de serviços nos hospitais mencionados nos testemunhos do Togo e do Gana, em particular.

- A negligência no fornecimento de cuidados de saúde tem uma consequência direta e importante, que é a fuga de cérebros. Isso é mencionado em todos os depoimentos.

- Como também foi argumentado no testemunho da Libéria e de Gana, o turismo médico é parte integrante da indústria da corrupção nos países estudados.

- O turismo médico é uma denúncia do senso de liderança política da elite africana, que é percebida como muito feliz em deixar a definição e o estabelecimento dos parâmetros de um bem público fundamental como o fornecimento de saúde para órgãos como o FMI e o Banco Mundial, patrocinadores estrangeiros e profissionais.

- A ameaça à segurança nacional em um chefe do soberano entregando-se a equipes médicas estrangeiras em suas próprias terras nacionais, disponibilizando-lhes os mesmos detalhes que ele não se sente confortável em deixar seus próprios cidadãos saberem. Além do caso do general Gnassingbe Eyadema, ex-ditador militar do Togo que é mencionado em um dos testemunhos acima sobre o país, todos os últimos quatro presidentes da Nigéria, com exceção de um deles, dependeram do turismo médico elaborado. Paul Biya da República de Camarões basicamente vive do turismo médico para Paris e Genebra.

- Intimamente ligada às implicações de segurança nacional do turismo médico nos estados selecionados neste estudo é também a forma como ele equivale a

uma reafirmação pelos líderes africanos do que Clive Gabay chamou de 'direito ao gênio' promovendo a 'brancura' em seu livro, Imagining Africa: Whiteness and the Western Gaze. O que mais poderia a falta de confiança na competência profissional dos seus médicos falar além desta manifestação do complexo da inferioridade e da auto-recolonização?

- A cumplicidade do turismo médico no racismo, exemplificada pelo conjunto de condições discriminatórias de prática estabelecidas exclusivamente para médicos senegaleses que migraram para Paris, condições que eles tiveram que aceitar à luz dos horrores dos quais estão fugindo de volta ao Senegal.

Os testemunhos indicativos podem ser sintetizados em uma teoria de recolonização e autocolonização do turismo médico. O turismo médico está a recolonizar-se quando as potências estrangeiras e a atuação impõem os parâmetros da provisão de cuidados de saúde. É auto-colonização quando a elite do poder africano não só está convencida desses parâmetros, como manifesta uma impressionante mediocridade na liderança ao aprovar um voto de desconfiança sobre a capacidade do seu próprio país para

ter e gerir instalações de saúde de classe mundial.

A questão que esta perspectiva das contradições entre o turismo médico e a prestação de cuidados de saúde de qualidade nos sete estados selecionados levanta é por que o comportamento da liderança tem sido tolerado apesar desta consciência da interseção entre democracia e saúde?

Tema três:

Despesas com turismo médico versus despesas com saúde

Se a narrativa até agora é que a saúde é um direito fundamentado na própria ideia de democracia e algo que o turismo médico, portanto, antagoniza, então deve haver uma maneira pela qual essa percepção deve aparecer no perfil de gastos de cada um. Ou seja, a diferença entre o dinheiro dos contribuintes gasto em turismo médico e a despesa pública em instalações de saúde nos estados em estudo.

Partindo do país com os números mais escassos e menos categóricos sobre as despesas em turismo médico, por um lado, e as despesas estatais em saúde, por outro, para o país com a maior densidade desses detalhes, esta fase da análise começa com a Libéria. Começar pela Libéria é também uma declaração de como uma sociedade pós-conflito se tem saído a gerir um desafio emergente e adicional para o

fornecimento de cuidados de saúde. A Libéria é um estado pós-conflito em dois sentidos. Passou por um colapso da autoridade central que durou quase uma década e meia desde o início dos anos 1990, apenas para ser confrontado com a gestão de uma epidemia em 2014.

Ao contrário de quanto dinheiro dos contribuintes é gasto em turismo médico, os gastos do estado com a saúde podem ser contados a partir dos números disponíveis de fontes díspares. Por exemplo, o orçamento liberiano de 2023 tem 74,27 milhões de dólares liberianos como alocação para a saúde.

O número sugere que a alocação para saúde estabilizou em torno desse valor desde 2015/2016, quando a alocação do governo liberiano ao Ministério da Saúde foi de cerca de 70 milhões de dólares para o Ministério da Saúde (MOH), segundo o Sr. Emmanuel Sapolucia.

Há uma discrepância aqui, porém, porque o dólar liberiano e o dólar americano não têm o mesmo valor, o que significa que os US$ 70 milhões de Sapolucia são mais altos do que os 72,27 milhões de dólares a que se refere a alocação do governo liberiano. Não está claro se essa discrepância é eliminada pela declaração na página quatro do seven-author open access research output em 2011 em

Globalização e Saúde sob o título "Uma análise da política nacional de saúde da Libéria 2007: lições para o fortalecimento dos sistemas de saúde e cuidados com doenças crônicas em países pobres, pós-conflito". A declaração indica que as despesas com saúde e bem-estar social ascenderam a mais de 100 milhões de dólares, em relação aos 9% do PIB em 2003. De acordo com os autores, isso equivale a US$ 29 por pessoa por ano ou 15% do PIB. Embora a afirmação de qualquer país africano que cumpra a Declaração de Abuja sobre o orçamento de saúde para os estados africanos permaneça não verificada, o valor de 70 e 100 milhões de dólares americanos tanto em Sapolucia quanto nos autores apontam em uma direção em relação ao que o governo estava gastando na saúde.

Embora uma alocação de 15 por cento do PIB para a saúde fosse motivo de celebração, a publicação da Libéria de outubro de 2023 intitulada Health Equity and Social Determinants of Health Assessment qualquer celebração desse tipo devido à sua visão sobre o estado dos cuidados de saúde no país. Nas páginas 10 e 11 da publicação, o governo liberiano admitiu que, além de uma governança e liderança fracas, investimentos inadequados, uma força de trabalho em saúde desmotivada e estoques frequentes de medicamentos essenciais e suprimentos médicos,

emergências sanitárias como a epidemia de ébola (2014-2015) e a pandemia de COVID-19 (2020-2023) enfraqueceram ainda mais o sistema de saúde e privaram os habitantes do acesso a cuidados de saúde de qualidade. O governo liberiano acrescentou que havia camas hospitalares insuficientes na Libéria, fazendo com que os pacientes fossem prematuramente liberados ou recusados à admissão, e colocando o país "entre os países com taxas de mortalidade infantil muito altas".

Quando isso é adicionado à visão do material de acesso aberto de 7 autores já mencionado anteriormente, que as despesas pagas eram tão altas quanto 35% dos custos de saúde, mesmo com o aumento dos gastos públicos em saúde, então a admissão do governo na publicação fala de uma crise categórica das despesas estatais com saúde na Libéria. Tem de ser assim porque uma das afirmações de Sopolucia em seu artigo no LinkedIn que citamos é que 90% dos recursos disponibilizados ao Ministério da Saúde da Libéria "são desperdiçados no planejamento do que na implementação". A sugestão de Sopolucia de uma separação rígida entre planejamento e implementação pode não ser sustentável, mas sua afirmação de que até 90% das despesas atingiram metas contextualmente erradas pode não ser descartada à luz das admissões do

governo liberiano.

A questão em aberto é o que tem a ver com o turismo médico a discrepância entre uma despesa elevada na prestação de cuidados de saúde pública e os serviços de saúde deficientes. A resposta está ali na inferência da tese de Sopolucia de que a Libéria é mantida refém pela corrupção envolvendo os membros muito ricos da elite, incluindo funcionários do governo atuais e antigos, que usam os recursos do país para buscar cuidados médicos em outros países. Sopolucia propõe que a solução para a crise da prestação de cuidados de saúde é evitar que os funcionários do governo usem fundos públicos para buscar tratamento médico no exterior, investindo no sistema de saúde da Libéria e fazendo com que ele funcione para todos os liberianos, independentemente do status econômico.

O estado dos serviços de saúde no Senegal e Gana, como vimos no Tema Dois, não tinha muito sobre o qual escrever. O argumento do Dr. Paul Kofi Fynn a favor da proibição do turismo médico sublinha o impacto do turismo médico na má qualidade dos serviços de saúde no Senegal, Gana e Togo. A intervenção do Dr. Fynn é considerada uma intervenção prioritária porque ele vem com uma longa lista de líderes ganeses com presença ativa no turismo médico:

- Ex-presidente J.E.A Mills (falecido)
- Presidente Nana Akufo-Addo, que deixou o cargo em 2025;
- Ex-vice-presidente, Dr. Mahamudu Bawumia
- O Presidente do Parlamento, Alban Bagbin e aqueles que faleceram enquanto estavam fora do país, como
- E.T Mensah, ex-ministro da Juventude e Esportes durante o regime de Rawlings
- Honorável Ningo-Prampram, geralmente considerado o deputado com mais tempo de serviço e que morreu na África do Sul
- Ex-deputado pelo Bawku Central, Hawa Ogede Yakubu que morreu no Reino Unido.

Ao contrário dos outros países, a Nigéria convida a atenção extra por causa da plenitude de fatos, pontos de vista, contenções e drama esclarecedor que oferece sobre o tema.

O tema de quanto a Nigéria e os nigerianos gastam em turismo médico tornou-se uma indústria própria. O

número mais recente é o de mil milhões de dólares que a Nigéria perde todos os meses devido ao turismo médico, segundo o Dr. Akin Adewumi, presidente do Banco Africano de Desenvolvimento (BAfD), a quem o número foi atribuído num Tribune report de setembro de 2024. A suposição é que o presidente do AfDB, que também é nigeriano, não pode divulgar estatísticas imprecisas. Antecede-o um Punch report sobre a repartição das despesas com turismo médico pelo Banco Central da Nigéria (CBN) em outubro de 2024. Coloca o valor em US$ 2,38 milhões no primeiro semestre do ano. Forbes' own figure em um relatório de maio de 2023 é que as elites nigerianas gastaram mais de 7 bilhões de dólares entre 2016 e 2022 na saúde no exterior. Embora a Forbes atribuiu a figura a Punch, não forneceu links para qualquer relatório desse tipo no jornal nigeriano.

A atenção às despesas com o turismo médico não é nova. Um relatório de 2016 da PricewaterhouseCoopers, Restoring trust to Nigeria's healthcare system, mencionou a Autoridade Soberana de Investimento Nigeriana (NSIA) com uma quantia de 1 milhão de dólares americanos como o que os nigerianos gastam anualmente em turismo médico. Embora o valor de 1 bilhão de USD tenha sido corroborado por outras fontes, como Adeoye and others,

em um estudo diferente, não faz distinção entre os componentes governamentais e não-governamentais do valor.

Em 2014, os líderes da Associação Médica Nigeriana (NMA) estimaram as despesas com o turismo médico em N 78 bilhões (USD 500 milhões). Novamente, a NMA não distinguiu entre quanto da soma foi gasta por agentes do governo e quanto por funcionários não governamentais. The Nation, que relatou os números da NMA, também creditou o Dr. Kingsley Esegbue, secretário do Comitê Organizador do Baile de Caridade do Centenário da Nigéria, na mesma peça, por colocar o dinheiro que os nigerianos gastam em viagens médicas ao exterior anualmente em aproximadamente N250 bilhões, aumento de cerca de 300% em relação ao valor do NMA.

Os números acima confirmam o alto gasto de todos os tempos da Nigéria e dos nigerianos no turismo médico. O único enigma é a falta de informação sobre quanto do dinheiro é gasto por particulares e quanto vem dos cofres do Estado. A Índia, que arrecadou mais de N40 bilhões de nigerianos, tinha, segundo o The Nation, mais de 40.000 nigerianos que obtiveram vistos do Alto Comissariado da Índia na Nigéria apenas em 2012, com cada um deles

gastando em média entre USD20 mil e USD40 mil. Foi assim que, na inauguração do Nigeria - Turkish Nizamiye Hospital Life Camp, em Abuja, em fevereiro de 2014, o presidente Goodluck Jonathan declarou que "iniciativas do setor privado, como este hospital, ajudarão os esforços do governo para deter a enorme fuga de capitais devido ao aumento do turismo médico e o estresse evitável experimentado pelos nigerianos em tais missões".

A questão é saber se a superioridade numérica de indivíduos privados entre aqueles que embarcam no turismo médico também significa que eles também são responsáveis por grande parte dos números que a Nigéria perde para o fenômeno. Ou seja, os indivíduos particulares respondem por grande parte das despesas com cuidados médicos estrangeiros ou são aqueles que vão para esse tipo de atendimento médico em despesas do governo que representam uma porcentagem maior dos números?

Uma possibilidade é que a força numérica dos indivíduos não se traduza em mais participação nas enormes despesas com o turismo médico. Se o relatório da Forbes mencionado anteriormente for algo a ser gasto, por exemplo, apenas o ex-presidente Muhammadu Buhari gastou, de acordo com uma estimativa, 5,4 bilhões de naira

(US$ 9,95 milhões). A fonte dos dados da Forbes sobre Buhari relatou igualmente que o ex-presidente passou 237 dias no exterior em viagens médicas, concluindo que o histórico de Buhari é sem precedentes. Com o governo de Buhari orçando N297 milhões para o Esquema Nacional de Seguro de Saúde (NHIS) e planejando gastar N 2,5 bilhões nas viagens locais e ao exterior do presidente, segundo a plataforma, A questão de saber quanto do dinheiro dos contribuintes foi para o turismo médico em comparação com quanto foi para a provisão de saúde para as pessoas é resolvida em favor de maiores gastos com o turismo médico.

A dotação orçamental para o sector da saúde fala eloquentemente sobre a derrota do turismo médico em relação à saúde das pessoas no âmbito da atribuição oficial. Ibrahim Orekoya and Omobola Oduyoye mostraram num estudo sobre as implicações do turismo médico externo no desenvolvimento da saúde pública na Nigéria que nada até seis por cento do orçamento nigeriano foi destinado ao setor de saúde entre 2011 e 2015. A Nigéria não cumpre nem a estipulação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 11% do Produto Interno Bruto (PIB) do país para a saúde, nem a atribuição de 15% do orçamento anual da União Africana (UA). O resultado é, segundo a National

Record, por exemplo, "infra-estruturas em ruínas, escassez de medicamentos essenciais e pessoal de saúde sobrecarregado". Não há documentação oficial ou da sociedade civil que conteste a representação das instalações de saúde da Nigéria pela plataforma online, nem mesmo o seu argumento de que:

“Os $20.000 alocados anualmente para o tratamento estrangeiro de cada general aposentado, quando multiplicados por vários beneficiários, representam um fluxo significativo de fundos públicos que definitivamente não pode ser sustentado. Este dinheiro poderia financiar a construção de novos hospitais, adquirir equipamentos de última geração ou melhorar o bem-estar dos trabalhadores da saúde, muitos dos quais fugiram da Nigéria em busca de melhores oportunidades no exterior.

Embora os números das despesas tenham sido compilados a partir de fontes mais amplas do que estritamente as dos trabalhadores e cidadãos, eles ainda estão revelando a enorme diferença entre as despesas com o turismo médico e com a provisão da saúde pública. A enorme diferença entre os dois levanta a questão crucial da condição de possibilidade de alguns membros da elite do poder gastarem tanto dos recursos estatais em sua própria saúde,

deixando a maioria alta e seca em uma democracia. Esta questão deve levar à conclusão de que a condição de possibilidade é as relações de poder entre o povo e os membros da elite do poder. A diferença não está, portanto, na aritmética, mas nas relações de poder. O desafio que ela lança é o desafio de como as relações de poder podem ser desmanteladas democraticamente.

Tema quatro:

O que os trabalhadores/cidadãos querem ver na prestação de cuidados de saúde?

Partindo dos detalhes já captados nos temas anteriores, a questão do que os trabalhadores e cidadãos gostariam de ver na prestação de saúde é redutível a uma lista de tais demandas. Segue a seguir com explicações adicionais apenas quando tal é considerado necessário.

- A proibição do turismo médico foi fortemente divulgada em Gana e na Nigéria, e o contra-argumento (na Nigéria) de que mesmo uma proibição ainda seria manipulada por membros corruptos da elite

- A proibição da migração de pessoal médico e paramédico novo ou recém-criado para outros países, que, mais uma vez, se transformou em uma

controvérsia distinta por si mesma, especialmente na Nigéria

- Segmentação por advocacy (Oeste) Elite do poder africano e enfatizando o imperativo para eles aprenderem uma lição com seu homólogo do Oriente Médio, que eram grandes mecenas do turismo médico antes de virarem a página em favor da transformação de seus 'desertos' em hospitais do país das maravilhas, agora atendidos por líderes da África Ocidental.

- Chamar a atenção dos membros da elite do poder para a inevitabilidade de Nemesis, como pode ser visto na recente prisão de alguns líderes nigerianos na Grã-Bretanha. A questão é que isso não teria acontecido se os políticos presos tivessem fornecido a qualidade de serviço que os levou à Grã-Bretanha no primeiro caso

- Endosso em toda a África da abordagem 'Community Hut' para a prestação de cuidados de saúde, tornando as cabanas comunitárias a primeira linha de ofensiva em relação à detecção precoce - paradigma de ação precoce

- Negociação de alocação maior para o setor de saúde nos orçamentos nacionais, desde que tais alocações sejam protegidas contra roubos, fraudes e práticas de lavagem de dinheiro

- Destituir o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, bem como as suas recomendações para a governação da saúde na região, uma vez que o FMI e o Banco Mundial têm sobretudo a ver com a comercialização e a privatização, não obstante os resultados deletérios de tais políticas no Quénia, Uganda, África do Sul e Nigéria se o estudo GI-ESCR da política no Senegal for algo a ser seguido.

A partir desta lista, é claro que os trabalhadores e cidadãos querem ver uma combinação de reformas ideológicas, profissionais, políticas e de liderança em relação às ameaças percebidas do turismo médico para a saúde como um direito democrático.

Tema Cinco:

Defesa de Direitos

A proibição do turismo médico é um caso veementemente defendido entre os trabalhadores e cidadãos que gostariam de ver uma reforma da prestação de cuidados de saúde. A visão de Gana, por exemplo, é que proibir o turismo médico no país é "a única maneira ousada de manter a liderança para liderar pelo exemplo". porque, caso contrário, eles estão enviando uma mensagem clara para os cidadãos e profissionais de saúde de que os serviços de saúde locais não estão à altura ou ao mesmo nível do que obtêm em outros lugares, por implicação, desmoralizando a comunidade médica nacional que se esforça para fornecer serviços de saúde contra todas as probabilidades. Mas esta não é uma visão popular. É tema de debate tanto no Gana como na Nigéria, onde é categoricamente articulada. Há dois argumentos principais contra a proibição. Uma é a alegação de que não aborda o financiamento inadequado dos cuidados de saúde como o gatilho definidor da pobreza

no fornecimento de cuidados de saúde. O segundo é que a proibição irá infringir a liberdade de escolha. Mais favorecida é uma estratégia de influenciar a mudança de política e em apoio à qual as seguintes opções são deduzidas da totalidade das discussões até agora:

- Construir uma coligação de defesa e campanha que faça da questão do cumprimento da meta de 15 por cento do orçamento nacional para o sector da saúde, em consonância com a resolução dos líderes africanos nesse sentido. Argumenta-se que, como consenso da elite africana, o objetivo deve ser implementado. Os líderes africanos tomaram a decisão em 2001. 2001 até à data é considerado um longo período durante o qual todas as desculpas contra a sua implementação já deveriam ter sido esgotadas. Embora a situação dos serviços médicos na Libéria ainda não seja muito encorajadora, é gratificante que um país da África Ocidental tenha conseguido atingir essa meta. Como se argumenta, se a Libéria pudesse, então nenhuma desculpa teria mais sentido.

- Também se argumenta a defesa de causas que levarão à construção de mais hospitais para corresponder à expansão populacional. A abordagem modelo

recomendada aqui é a tentativa na década de 2000, na Nigéria, pela qual o governo Obasanjo procurou construir um hospital padrão em cada uma das 774 áreas do governo local no país. Os contratos foram adjudicados em muitos casos e o trabalho tinha começado em alguns deles. O Governo Federal estava pagando pelos projetos, mas deduzindo o dinheiro das receitas do governo local na fonte (em Abuja). De alguma forma, esse modelo nunca foi realizado. Argumenta-se um engajamento de defesa com o braço executivo dos governos por um modelo dessa natureza.

- Da mesma forma, a abordagem das 'cabanas comunitárias' na Libéria é igualmente recomendada. As cabanas comunitárias são o mesmo que o que é conhecido como Cuidados de Saúde Primários na Nigéria. As cabanas comunitárias servem duas agendas funcionais. Por um lado, permite que a camada de funcionários de saúde envolvida detecte os primeiros sinais de desenvolvimentos incomuns na saúde, especialmente surtos. Em segundo lugar, por conseguinte, traz a saúde ao nível da base em tempo real. As cabanas comunitárias, portanto, prestam serviços que são insubstituíveis por qualquer outro

mecanismo dentro do sistema de prestação de saúde. O engajamento de advocacy com tecnocratas no Ministério da Saúde é a abordagem recomendada aqui porque as cabanas comunitárias já estão no sistema sob uma nomenclatura ou outra e simplesmente exigem priorização.

- Uma das razões para a fuga de cérebros em geral, mas particularmente no setor da saúde em todos os países estudados é a estrutura salarial pobre. É necessário um engajamento de defesa com as burocracias de determinação salarial nesses países e, subsequentemente, a legislatura nacional. A questão é chegar a uma estrutura salarial suficientemente atraente para manter este quadro em casa e reduzir a fuga de cérebros da escala actual.

- A produção local de medicamentos genéticos, que coloca a saúde acima do lucro, é um ponto de partida crucial da erosão do turismo médico. Trabalhadores, ativistas e cidadãos dos países da África Ocidental abrangidos por este estudo devem pressionar os governos nacionais envolvidos a explorar o que podem aprender com a Índia, a China e a África do Sul neste sentido. A defesa aqui tem de visar três

camadas-chave de atores nos Ministérios da Saúde; o braço executivo dos governos centrais e as legislaturas nacionais. Eles se combinam para poder traçar as fronteiras com empresas farmacêuticas multinacionais.

O último ponto é um desafio para os trabalhadores, ativistas e cidadãos dos países da África Ocidental abordados neste estudo em relação ao desenvolvimento de um senso mais amplo e crítico da democracia. Sem isso, trabalhadores e cidadãos continuarão se retirando para o lado porque acham que a democracia é apenas sobre votar, mas não insistirão no que deve ser o 'dividendo da democracia'. Um desses mínimos deveria ser uma assistência médica adequada. algo que sindicatos e plataformas da sociedade civil não podem alcançar sem atualizar a educação política dos trabalhadores/cidadãos.