

XIII Premio de Ensayo Casa África



ROSAURO VARO COBOS

Cordobés nacido en 1982, es pediatra, investigador y cooperante. Ha ejercido en países como India, Perú, Costa Rica, Sudáfrica, Malawi, República Centroafricana, Marruecos o Mozambique, donde reside actualmente. Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona, también ha realizado los másteres en Creación Literaria y en Estudios Comparativos de Literatura, Arte y Pensamiento de la Universidad Pompeu Fabra. En su ciudad natal fue cofundador de la revista literaria *Café con Letras* y de las tertulias del mismo nombre. Ha colaborado con diferentes medios locales y nacionales, tales como *Granta*, *Mercurio*, *Revista de Letras* o *El País*. Además, dirige el blog *Planetas Paralelos* en la revista digital *fronterad*. Ha publicado un libro de cuentos titulado *El embudo* (Andrómida, 2014) y dos novelas: *Plagio* (Ediciones en Huida, 2018) y *Lugar común* (Mixtura, 2022).

Rosauro Varo Cobos

África, racismo y colonialismo

UNA HERENCIA PRESENTE EN LA SALUD GLOBAL



CON LA EDICIÓN DE TÍTULOS COMO ESTE, CASA ÁFRICA, EN COLABORACIÓN CON LOS LIBROS DE LA CATARATA, SE MARCA COMO OBJETIVO CONTRIBUIR A UN MEJOR CONOCIMIENTO DE LA ACTUALIDAD DE LOS PAÍSES AFRICANOS ASÍ COMO DE SU HISTORIA RECIENTE Y LOS EFECTOS EN LAS SOCIEDADES CIVILES A TRAVÉS DE LOS ENSAYOS Y TEXTOS DE AUTORES AFRICANOS Y AFRICANISTAS. POR TANTO, ESTA COLECCIÓN ABORDA TEMÁTICAS RELACIONADAS CON EL DESARROLLO Y EL POTENCIAL DEL CONTINENTE DESDE UN PUNTO DE VISTA ALEJADO DE LOS ESTEREOTIPOS CON LOS QUE TRADICIONALMENTE SE HAN ABORDADO LAS REALIDADES AFRICANAS.



CASA ÁFRICA

DISEÑO DE CUBIERTA: MIKEL LAS HERAS

© ROSAURO VARO COBOS, 2023

© CASA ÁFRICA, 2023

© LOS LIBROS DE LA CATARATA, 2023
FUENCARRAL, 70
28004 MADRID
TEL. 91 532 20 77
WWW.CATARATA.ORG

ÁFRICA, RACISMO Y COLONIALISMO.
UNA HERENCIA PRESENTE EN LA SALUD GLOBAL

ISBN: 978-84-1352-861-8
DEPÓSITO LEGAL: M-31.895-2023
THEMA: MBN/1H

ESTE LIBRO HA SIDO EDITADO PARA SER DISTRIBUIDO. LA INTENCIÓN DE LOS EDITORES ES QUE SEA UTILIZADO LO MÁS AMPLIAMENTE POSIBLE, QUE SEAN ADQUIRIDOS ORIGINALES PARA PERMITIR LA EDICIÓN DE OTROS NUEVOS Y QUE, DE REPRODUCIR PARTES, SE HAGA CONSTAR EL TÍTULO Y LA AUTORÍA.

Para los condenados de la tierra.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN DE CASA ÁFRICA 11

PRESENTACIÓN DE ANESVAD 13

1. INTRODUCCIÓN 17

Con los pies en el terreno 17

La desigualdad traducida a carga de enfermedad 21

Una perspectiva biosocial de la salud global 26

2. MARCO CONCEPTUAL 29

Realidad, ciencia y salud 29

Biopoder y raza 32

3. LÓGICA DE RAZA 35

Racismo, colonización y África 35

La construcción sociocultural del racismo 39

4. COLONIALISMO, SALUD Y BIOÉTICA 43

La medicina colonial 43

Principios de bioética y medicina colonial 48

El negro como paciente 56

La salud global y su herencia colonial 58

Breve encuesta de opinión 63

5. ÁFRICA ANTE UNA ENCRUCIJADA Y UNA OPORTUNIDAD 73

Descolonizar la salud global 73

La pandemia como catalizador y... ¿revulsivo? 81

De vuelta al terreno 83

6. NOTAS FINALES 89

AGRADECIMIENTOS 93

PRESENTACIÓN DE CASA ÁFRICA

Es un placer y un honor para mí escribir las palabras de apertura de este libro, culmen de la edición número trece de nuestro Premio de Ensayo y dedicado, en esta ocasión, a la salud en el continente africano.

Entre las múltiples razones por las que siento un placer especial al escribir estas líneas está el hecho de que es la plasmación física de nuestro compromiso con la Fundación Anesvad, socia y cómplice en nuestra labor, con la que se materializan proyectos nuevos y se engrandecen proyectos ya consolidados, como este premio o el encuentro de periodistas que celebramos este mismo año.

También me satisface que este libro suponga una cierta vuelta a la normalidad: sucede a una edición, la dedicada a las migraciones, que quedó, desafortunadamente, desierta y sitúa, de nuevo, el nivel muy alto, con el valioso y pertinente trabajo de su ganador, Rosauro Varo Cobos. La sensibilidad y el conocimiento de nuestro premiado de este año, su mirada crítica sobre la cooperación sanitaria y la manera en que se diseñan los sistemas de salud global y sus propuestas para que ajustemos la mirada y la acción en estos campos me parecen enormemente relevantes.

Por todos estos motivos, y por nuestra vocación de dar continuidad a la producción académica y la reflexión sobre

cuestiones africanas, es una enorme satisfacción darle la bienvenida a este ensayo, que estamos seguros de que le resultará útil, informativo y revelador.

Gracias por acompañarnos.

JOSÉ SEGURA CLAVELL
Director general de Casa África

PRESENTACIÓN DE ANESVAD

En las páginas que ahora abren, me complace introducirles el estudio de Rosauro Varo Cobos titulado *África, racismo y colonialismo: una herencia presente en la salud global*. Quisiera detenerme en una palabra: presente. No solo porque todavía existe, sin lugar a dudas, esa relación entre colonialismo y salud global —que Rosauro respalda de forma tan detallada y exhaustiva en este ensayo— sino presente como tiempo, como actualidad urgente en el debate y la opinión pública. Porque el racismo y la mentalidad colonial persisten hoy en día en varias esferas de sociedad, y desde luego así es con respecto al acceso y disfrute del derecho a la salud.

Particularmente, Rosauro analiza la influencia de la visión europea en África durante la era colonial y su impacto en la práctica médica. Esta visión, caracterizada por el racismo y los mecanismos opresivos de la colonización, estableció un sistema coercitivo que permeó numerosos aspectos de la sociedad, incluida la salud. A lo largo de estas páginas, se da cuenta de cómo se perpetró una violación sistemática de la población africana desde una perspectiva bioética, cuyas secuelas en la salud perduran en la actualidad.

La pervivencia de estos rasgos postcoloniales en el sistema de salud global representa un desafío crucial de nuestro

tiempo; una llamada a cuestionar y transformar las estructuras que han perpetuado desigualdades profundas en el acceso a la atención médica. Requiere un cambio de paradigma, un compromiso con la justicia y la equidad, y un reconocimiento de que la salud es un derecho fundamental de toda persona, sin importar su origen o su situación económica. Este proceso descolonizador, cuya urgencia presente está fundamentada en sólidos principios éticos y sociales, representa una llamada a la acción para transformar los sistemas y enfoques que históricamente han estado marcados por estructuras coloniales y racistas.

En su núcleo, yace el desafío y la redefinición de las narrativas y prácticas que perpetúan las disparidades sanitarias. Implica, ante todo, el reconocimiento y la corrección de injusticias tanto históricas como contemporáneas, así como el fortalecimiento de las comunidades marginadas. Para lograr este cometido, se precisa de una revisión profunda de políticas, programas y estructuras institucionales, con el fin de promover una participación inclusiva y equitativa de todas las regiones del mundo en la toma de decisiones y en la definición de las prioridades en materia de salud.

En el curso de este ensayo, se explora cómo la pobreza ha sido un factor determinante en las desigualdades en el control de enfermedades. La “descolonización de la salud global” exige un compromiso sincero con la justicia, la equidad y el respeto mutuo, al tiempo que aboga por una visión de la salud basada en la diversidad cultural y en el derecho fundamental de cada persona a un bienestar óptimo, independientemente de su estatus económico.

Este desafío no solo implica revisar políticas y sistemas de salud, sino también replantear nuestra visión del mundo y de las relaciones globales. La pobreza sigue siendo un factor crucial en las disparidades sanitarias actuales... Y esto vuelve a mostrar la importancia de considerar la salud como un derecho fundamental, en lugar de un acto paternalista,

abogando por un papel activo de los africanos y africanas en la búsqueda de soluciones propias. En un mundo interconectado, la descolonización de la salud global se erige como un imperativo ético y social que nos llama a actuar de manera colectiva para construir un futuro más justo y saludable para —y entre— todos y todas.

Fundación Anesvad

1. INTRODUCCIÓN

CON LOS PIES EN EL TERRENO

Lwazi tiene menos de dos años y una encefalopatía grave secundaria a una asfixia perinatal, resultado de un parto hospitalario prolongado. Desde que murió su madre lo cuida su abuela, quien lo ha traído al hospital por un nuevo episodio de malaria. Stella, por su parte, padece una cardiopatía congénita asociada a síndrome de Down, y a sus tres años debe controlarla con una medicación difícilmente asequible en la zona en la que vive. Amidou pasa del año, pero pesa como si tuviera seis meses, y estuvo una semana en el hospital por un sarampión complicado con una neumonía, y una dermatitis con sobreinfección cutánea. Yazidie, con cinco años, ha prolongado el historial familiar de seropositivos para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su palidez extrema refleja una anemia grave, y su fiebre seguramente refleje una infección oportunista. Estos niños y niñas¹ comparten, además de su situación de pobreza y el hecho de padecer enfermedades relacionadas con ella, el mismo color de piel y su origen africano.

1. Los casos descritos no son estrictamente reales, pero están basados en experiencias personales.

Los casos expuestos son habituales en países donde he trabajado como República Centroafricana, Sudáfrica, Malawi o Mozambique, todos ellos con un pasado colonial. De una manera u otra, forman parte de la rutina en el día a día de estas zonas del mundo. Sirva de muestra este otro ejemplo, detallado a través del testimonio personal de la doctora Madrid Castillo (pediatra española con una vasta experiencia en el continente africano, quien actualmente desarrolla su labor como pediatra e investigadora en Etiopía), que nos servirá como punto de partida para este ensayo:

Yekatit del 2011. Llamen de Kersa. Amira Feysal, de unos 3 años, ha fallecido en su casa. No solo la fecha y la hora es diferente en el lejano este etíope. Nuestro proyecto de investigación, financiado a nivel multicéntrico en varios países por la Fundación Bill & Melinda Gates, y coordinado en Etiopía por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y la universidad local de Haramaya, identifica muertes en niños menores de cinco años y mortinatos en esta zona, con la mayor mortalidad infantil del país y una de las más altas del continente. El proyecto trata de determinar la causa de muerte utilizando una sofisticada y a la vez simple toma de biopsias en niños fallecidos, y con ellas ser capaz de aconsejar, a nivel nacional e internacional, sobre políticas de salud pública que permitan reducir la mortalidad infantil. A la familia Feysal esto le llega tarde, aunque podrán presumir de haber colaborado con la ciencia. Si es que el resto de sus problemas les permite el lujo del recuerdo. Amira fue el primer caso de sarna que vi en este país. No había mucho que hacer por ella aquella mañana. Quizás la sarna, junto con su desnutrición grave, precipitó su muerte. Estaba llena de heridas. Y no era la única. Sus padres y sus tres hermanas también lo estaban. Eran una familia de desplazados internos por conflictos étnicos, casi abandonados por su país a su suerte, viviendo en una casa de apenas diez metros cuadrados, durmiendo en el suelo, sin trabajo, sin comida, con otro hijo llamando a las puertas. Un bebé que llegó varios días después, y que la familia vivió como un regalo de su dios por la pérdida de Amira. Fue la primera vez que mi equipo me habló del grave brote de sarna

que sufría la población de Kersa. Cada día que iban allí se encontraban niños por todos lados con las manos destrozadas por la sarna. Kersa es un distrito rural del este de Etiopía. Con una población mayoritariamente musulmana, su principal fuente de ingresos cambió hace años y de fundamentarse en la exportación de café pasó a la de *khat*, “las hojas del paraíso”, un psicoactivo similar a las anfetaminas que se mastica hasta sentir sus efectos. El monocultivo de este oro verde africano trajo mucho dinero en su momento a la región, pero las sequías, el desconocimiento del mercado internacional, la corrupción, el casi monocultivo de este producto en detrimento de otros vegetales y la adicción local, que no entiende de edad ni género, están causando demasiados estragos en una población ya de por sí muy vulnerable, especialmente en niños con una elevadísima tasa de desnutrición. De ahí que nuestro proyecto esté aquí: por todo eso y sus malos indicadores en salud.

En el caso de Amira se condensan una serie de factores importantes que trataremos, tales como la financiación de dos organizaciones del primer mundo, la investigación sanitaria en un país africano, el trabajo desarrollado por una médica blanca, la presencia de unas enfermedades ausentes en nuestro medio, la situación de extrema pobreza o la presencia de conflictos económicos y políticos². Tal y como la doctora Madrid trata de reflexionar, ¿qué factores, por encima del biológico, y de tipo histórico, político o sociocultural han influido en ese fatal desenlace? ¿Son las desigualdades un factor sanitario esencial en estos países africanos? Y más específicamente, ¿puede un pasado colonial explicar, al menos en parte, esa situación?; ¿cómo operan, si es que operan, en el destino de niños como Lwazi, Stella, Amidou, Yazidie o Amira fuerzas como el racismo o el colonialismo?

2. Cabe decir aquí que, aunque Etiopía presume de ser el único país africano que no ha sido colonizado (más allá de la ocupación italiana fascista entre los años 1936 y 1945), también ha sufrido de manera más o menos indirecta los efectos de la colonización y el caso puede servir como referencia.

África fue la última región colonizada a gran escala por los europeos entre los años 1880 y 1910, fundamentalmente tras la conferencia de Berlín celebrada en los años 1894 y 1895, en la que las principales potencias europeas se repartieron el continente³. Las dinámicas imperialistas, estimuladas por el profundo poso racista que las justificaba, generaron una complicada encrucijada ética y moral que afectó a las intervenciones que, a todos los niveles, incluido el sanitario, se efectuaron sobre el terreno africano. Todavía hoy, la práctica y la investigación clínicas, los sistemas de salud y las percepciones sobre la misma se ven afectados por la influencia de dicho proceso. ¿Todavía?

En este ensayo intentaré trazar la relación entre los conceptos de raza y racismo con los de la colonización africana, la medicina colonial y la visión occidental de África, así como sus secuelas en la actualidad en lo que se ha definido como salud global, con especial foco en la edad pediátrica y en la investigación. Pero antes —y para ello— trazaré un marco conceptual apoyado por los sociólogos Peter L. Berger, Thomas Luckmann y Max Weber, así como por el filósofo Michael Foucault, que nos permitirá entender la importancia de la construcción social del conocimiento, la racionalización del mundo y la importancia de la autoridad y el biopoder. Y será el discurso de Achille Mbembe⁴, que se nutre del propio Michael Foucault, pero también de otros como Aimé Césaire o Frantz Fanon, el que haga de hilo conductor de este texto. También lo hará el enfoque del médico Paul Farmer que se acerca al estudio de la medicina con un enfoque biosocial.

-
3. Aunque la presencia de Occidente en África se remonta a siglos anteriores, este trabajo pretende analizar el periodo histórico que abarca desde finales del siglo XIX y principios del XX, coincidiendo con el periodo de mayor expansión de los países europeos en el continente hasta la actualidad.
 4. Este filósofo, nacido en Camerún en 1957 y asentado en Sudáfrica, está considerado como uno de los intelectuales de la teoría postcolonial más importantes en la actualidad.

La hipótesis que se pretende analizar es si la raza, en sus variantes y formas actuales, continúa actuando en el mundo contemporáneo como principio de orden político, social, pero sobre todo médico (incluyendo la investigación sanitaria), tal y como lo hacía bajo el orden colonial, y si puede ser considerado un factor determinante en las desigualdades sanitarias en el continente africano.

LA DESIGUALDAD TRADUCIDA A CARGA DE ENFERMEDAD

El número de muertes infantiles ha disminuido rápidamente en todo el mundo en los últimos años de modo que, de más de 17 millones de muertes anuales en la década de 1970, se ha pasado a alrededor de 5,2 millones en 2019⁵. Sin embargo, esos progresos deben matizarse. Porque hoy día siguen existiendo diferencias importantes entre regiones geográficas y entre los diferentes niveles de industrialización que estas presentan. Y es que las reducciones de la mortalidad infantil han sido comparativamente modestas en los países de ingresos bajos y medios, que actualmente representan hasta el 99% de todas las muertes infantiles, un recordatorio de las inequidades que afectan a la salud global⁶. Junto con las enfermedades del periodo neonatal (prematuridad, asfixia perinatal o complicaciones obstétricas), las enfermedades infecciosas siguen siendo una de las principales causas de muerte entre los niños menores de cinco años, especialmente en el África subsahariana y en el sur de Asia.

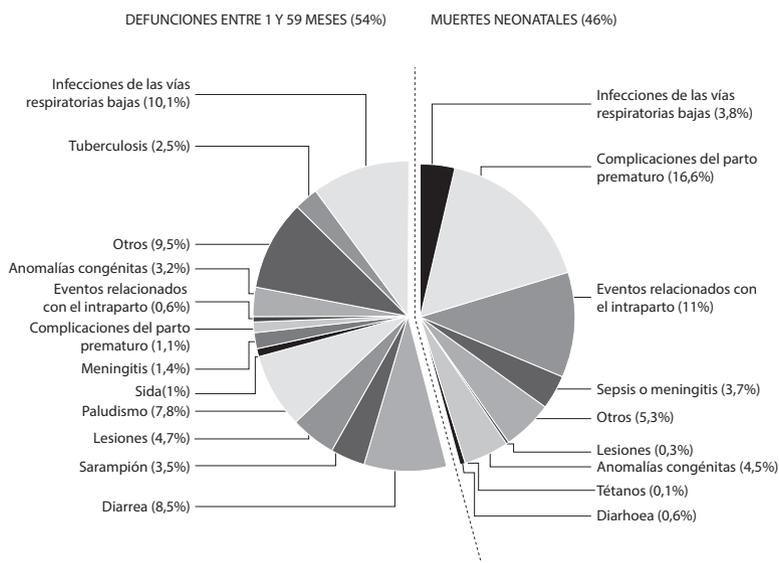
Entre las causas infecciosas más frecuentes de mortalidad infantil se encuentran la neumonía, la diarrea, la

5. WHO, *Levels and trends in child mortality 2019, 2020*, <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019>.

6. Lawn, Joy E. *et al.*, "Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival", *Lancet* 384, n° 9938, 2014.

malaria, la sepsis neonatal, la meningitis o el sarampión (figura 1), todas ellas fácilmente prevenibles (mediante vacunas u otras medidas preventivas) o curables (mediante antibióticos o antimaláricos). De hecho, la mayoría de las enfermedades infecciosas no son mortales si se diagnostican al comienzo de la enfermedad y se tratan rápidamente una vez detectadas por el sistema de salud. Sin embargo, el fracaso colectivo para gestionar adecuadamente las infecciones en los entornos de bajos ingresos sigue provocando la muerte de un niño cada diez segundos.

FIGURA 1
CAUSAS DE MUERTE A NIVEL GLOBAL EN MENORES DE CINCO AÑOS⁷



Fuente: Tomado de Perin J. et al.

7. Perin J. et al. "Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals", *Lancet Child Adolescent Health*, 2022; 6(2):106-15.

Al observar esos datos más de cerca, se puede tener una visión más clara de las desigualdades. Porque, aunque a nivel mundial la tasa de mortalidad infantil fue de 37 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 2020, esta cifra presenta importantes variaciones regionales. En África, por ejemplo, esta tasa es de 74 muertes por cada 1000 nacidos vivos: 14 veces mayor que el riesgo para los niños en Europa y América del Norte. Por poner un ejemplo más concreto, esta tasa es de 3,3 muertes por cada 1000 nacidos vivos en España, mientras que en Chad, el país africano con una tasa mayor, es de 127,3, una cifra casi 40 veces por encima de la de nuestro país. Las causas que pueden explicar esas diferencias son multifactoriales, y para entenderlas —más allá de las particularidades epidemiológicas que hemos citado— tenemos que tener en cuenta que, normalmente, la asistencia en África se desarrolla en un complicado contexto de carestía de recursos, tanto humanos como diagnósticos y terapéuticos.

Por ejemplo, si consideramos prevalentes algunas enfermedades que ya hemos citado, como la neumonía, lo habitual es que la pesquisa clínica deba hacerse sin contar con ninguna técnica de imagen. Y a la hora de identificar otras patologías como la malaria, el VIH o la anemia, se dispone simplemente, aunque no siempre, de sistemas *point-of-care*, los llamados test de diagnóstico rápido que, aunque han permitido grandes avances en el control de dichas enfermedades, no pueden esconder que son un sustitutivo de las técnicas recomendadas como *gold standard*. Por otro lado, en el caso del uso de fármacos, se trabaja con un número limitado de medicamentos para enfermedades infecciosas como antibióticos, antimaláricos o antirretrovirales; pero también hay que afrontar la carencia de medicamentos y dispositivos para patologías crónicas que afectan a la calidad de vida de los pacientes como la epilepsia, el asma (figura 2) o las cardiopatías. También con la escasez de estudios de investigación en ellas.

FIGURA 2

DISPOSITIVO CASERO ELABORADO CON UNA BOTELLA DE PLÁSTICO USADA PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO CON SALBUTAMOL (MOZAMBIQUE)



Fotografía: Sara Ajanovic Andelic (Mozambique, 2018).

Se puede completar ese cuadro con otros ejemplos de similar importancia. Porque, además, la escasez de sangre en las unidades de transfusión de estos países es casi una constante y supone un problema que pone en peligro la vida de muchos pacientes. La falta de oxígeno para el tratamiento de patologías respiratorias también constituye un obstáculo común. Por último, tenemos que considerar que la asistencia suele realizarse en hospitales rurales más o menos aislados en los que, por ejemplo, no se cuenta con la ayuda de consultas especializadas y en los que suele resultar difícil o imposible trasladar a pacientes a hospitales de un nivel superior: ya sea porque estos no existen, por la lejanía, por la dificultad de acceso a los mismos o, simplemente, por la ausencia de un medio de transporte adecuado.

Es importante conocer este contexto y volver a recordar que muchas muertes serían prevenibles de manera inmediata

con intervenciones más o menos simples y económicas, pero que, a pesar de todo, son difíciles de implementar y de costear en países de baja renta (como lo son la mayoría de los africanos). Tampoco hay que pasar por alto aspectos básicos como el propio contexto sociocultural. Porque, por ejemplo, la concepción del ser humano y de su existencia (tanto la noción de la propia vida como de la muerte) varía y tiene formas distintas en cada una de las sociedades del planeta. Como consecuencia, también la visión de la enfermedad, sus causas y sus consecuencias, es heterogénea. Esto hace que buena parte del conocimiento médico a todos los niveles (desde el diagnóstico y el tratamiento a la prevención, o desde la promoción de la salud a la investigación clínica) tenga que adaptarse al medio en que se trabaja y más concretamente a los pacientes asistidos y a sus familias (figura 3). Es desde la noción de esas desigualdades y particularidades desde donde se desarrollará el marco teórico y conceptual de este ensayo.

FIGURA 3

CONSULTAS EN UN HOSPITAL RURAL EN REPÚBLICA CENTROAFRICANA



Fotografía: Rosauro Varo Cobos.

UNA PERSPECTIVA BIOSOCIAL DE LA SALUD GLOBAL

Como afirma José Antonio Pagés, la idea de la “buena salud como derecho humano fundamental, actualmente se enmarca en el concepto de ‘salud global’, que constituye un desafío perenne y que se sustenta en un conjunto universal de valores y principios que son comunes a todas las culturas”⁸ Esta perspectiva habla de la vocación ética y el enfoque universalista de la que nace esta disciplina, que un especialista como Paul Farmer considera como una “colección de problemas”: problemas que precisan de una visión de la salud como un fenómeno no solo biológico sino social, en el que la actitud del profesional se base en principios fundamentales como la libertad, la justicia y sobre todo la equidad. Pero si bien es importante no perder de vista ese compromiso ético que impregna esas afirmaciones, es posible escoger esta otra definición que servirá como referente ya que busca la síntesis para abarcar todos sus aspectos constitutivos⁹:

La salud global es un área de estudio, investigación y práctica que establece como prioridad la mejora de la salud y la equidad en salud para todas las personas alrededor del mundo. La salud global enfatiza no solo los problemas de salud transnacionales sino también sus determinantes y sus soluciones. Envuelve distintas disciplinas dentro del ámbito y más allá de las ciencias de la salud; promueve la

8. Pagés, J. A., *Salud global, un desafío perenne*, Global Health International Advisors, 2014, pág. 1. En el mismo informe podemos leer: “El concepto de salud global ha ido consolidándose en los últimos años fruto de las iniciativas y progresos en materias de salud pública e internacional que han centrado su actividad en continuos esfuerzos locales y globales por combatir enfermedades que han afectado a la humanidad, pero también por lograr el grado máximo posible de bienestar y vida sana para todas las personas de este mundo”.

9. Téngase en cuenta que tanto esta como el resto de traducciones a continuación han sido realizadas personalmente por el autor de este ensayo para facilitar la lectura del mismo.

cooperación multidisciplinar y es una síntesis entre la prevención poblacional y el cuidado a nivel individual¹⁰.

Lo que hoy llamamos “la salud global” —que antes se denominaba salud internacional— puede confundirse y solaparse con la cooperación internacional y la ayuda humanitaria¹¹; por ello se añaden algunas voces que abogan por términos como el de salud planetaria o “una sola salud”. Sea cual sea la terminología usada, se debe considerar que la medicina acostumbra a explicar la patología desde una perspectiva biológica. Sin embargo, ¿es posible justificar las enfermedades de los casos expuestos al inicio solo desde la fisiología? Para resolverlos ¿es solamente necesario conocer las consecuencias de una hipoxia intraparto, los mecanismos genéticos de una infección por VIH, o la dosis de un simple antibiótico? Desde mi punto de vista, no lo es.

La salud global, pues, necesita de un enfoque biosocial que “postule que tales procesos biológicos y clínicos están influenciados por la sociedad, la economía política, la historia y la cultura y, por lo tanto, se entienden mejor como interacciones de procesos biológicos y sociales”¹². Y desde esa complejidad de relaciones: ¿qué papel juega el racismo en todo

10. Koplan, J. P. *et al.*, “Towards a common definition of global health”, *Lancet*, 373, 9679 (2009): 1993-5.

11. Según la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), “la cooperación para el desarrollo comprende el conjunto de actuaciones que contribuyen al desarrollo humano y sostenible, la disminución de la pobreza y el pleno ejercicio de los derechos en una sociedad más justa”. Por otro parte, “la acción humanitaria es un gesto solidario de sociedad civil a sociedad civil, de persona a persona, cuya finalidad es preservar la vida y aliviar el sufrimiento de otros seres humanos. A diferencia de otras áreas de la solidaridad internacional, la acción humanitaria no aspira a transformar una sociedad, sino a permitirle superar un periodo crítico: su objetivo son las personas, no los Estados” Fuente: <https://www.cooperacionespanola.es/es/entender-la-cooperacion>.

12. Farmer, P. *et al.*, *Reimagining Global Health. An Introduction*, University of Carolina press, 2013, pág. 17.

ese entramado de desigualdades, concretamente en África? Pero antes, ¿cómo se ha generado lo que Achille Mbembe ha venido a llamar *lógica de raza*? ¿Qué relación existe entre el racismo y la colonización? Y ¿qué efectos ha tenido la medicina colonial, precursora de lo que hoy es la salud global, en la práctica sanitaria de la actualidad? ¿Ha sido la pandemia de COVID-19 un amplificador de esos efectos?