



Los orígenes coloniales de la crisis sanitaria africana

Por: [Jessica Lynee Pearson](#)

Globalización, 12 de diciembre 2018

[CADTM](#) 12 diciembre, 2018

Región: [África](#)

Tema: [Salud](#)

En agosto de 2014, las tensiones sociales y políticas causadas por la cuarentena de ébola en el barrio West Point de Monrovia llegaron a un punto crítico cuando la policía disparó contra una multitud de civiles, matando a Shacki Kamara, de 16 años. Más allá de las cuestiones de la violencia policial y del fracaso en gestionar de forma eficaz el proceso de cuarentena, la reciente epidemia de ébola en África occidental planteó también cuestiones respecto a la viabilidad de la infraestructura sanitaria en África subsahariana.

El brote comenzó en diciembre de 2013 y duró hasta 2016. Según el Centro para el Control de Enfermedades en Atlanta (Georgia), se cobró 11.000 vidas y para finales de 2015 los gobiernos y las organizaciones humanitarias habían gastado más de 3.600 millones de dólares [3.171 millones de euros] en combatir el brote. Aunque la epidemia ha sido ahora en gran medida contenida, los países africanos impactados por la enfermedad seguirán lidiando en los próximos años con las consecuencias económicas a largo plazo del brote.

El fracaso tanto de los gobiernos locales como de las organizaciones internacionales en responder al brote de forma efectiva y eficiente provocó un amplio abanico de críticas puntuales, y los investigadores y comentaristas inmediatamente se dispusieron a situar los orígenes de este enorme fracaso de salud pública dentro de la larga historia del colonialismo europeo en África.

Los principales tres países afectados por el brote de ébola de 2013-2016 fueron Guinea [en España conocida como Guinea Conakry], Liberia y Sierra Leona, cada una con su propia relación singular con la historia del colonialismo.

Sierra Leona era una colonia británica, que consiguió su independencia de Gran Bretaña en 1961. Liberia es única entre la mayoría de los países africanos en que nunca fue formalmente colonizada por una potencia europea. En cambio, lo que actualmente es la República de Liberia comenzó como una colonia de asentamiento para afroamericanos libres. Guinea, donde empezó la epidemia, es una antigua colonia francesa, que obtuvo su independencia en 1958 tras un famoso referéndum francés en el que Guinea fue el único país en el África Occidental Francesa (AOF) que votó a favor de la independencia inmediata.

Antes de la descolonización, Guinea —como otros territorios coloniales en el África Occidental Francesa— era parte de un sistema sanitario para toda la federación que tenía sus orígenes en los comienzos del siglo XX y sufrió un gran cambio durante la Segunda Guerra Mundial. Las primeras intervenciones sanitarias en estas colonias tenían como intención proteger el comercio y asegurar la buena salud a los colonizadores europeos.

Las cosas empezaron a cambiar cuando Ernest Roume —que asumió el puesto de gobernador general de AOF en 1902— desarrolló un programa para proporcionar asistencia médica gratuita a los africanos. Como la historiadora Alice Conklin ha argumentado, aunque

estos programas ofrecían al menos un atisbo de atención sanitaria para africanos, estaban encaminados principalmente a crear una fuerza de trabajo más sana y productiva para mantener la explotación colonial de los recursos africanos.

Estos programas que crearon Roume y sus sucesores eran, como no es de extrañar, lamentablemente deficientes. Cuando estalló la Segunda Guerra Mundial, el número de clínicas a pleno funcionamiento en las colonias cayó en picado. En 1946, el jefe médico para la colonia de Guinea escribió en su informe anual: “En 1939, la situación no era brillante. A principios de 1946, era catastrófica. La coyuntura pide urgentemente una completa reforma del sistema sanitario [colonial] basada en un fundamento más libre, más flexible y más eficiente. La población nativa se está consumiendo, marchitando. Nuestros médicos están preparados. Dénles armas”.

Durante la guerra, los médicos franceses y los cargos de la sanidad pública emprendieron una cruzada para mejorar la sanidad en las colonias tras el conflicto. Esbozaron un ambicioso programa para llevar la medicina preventiva al imperio y pusieron un énfasis concreto en los esfuerzos para mejorar la salud infantil y maternal. Pero mientras Francia se recuperaba lentamente de seis años de derrota, ocupación y colaboración directa con el Gobierno nazi, había poco que pudiera ofrecer a las colonias en términos de apoyo económico o personal para poner en [acción](#) estos planes. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrecía ciertas posibilidades de apoyo, esta organización enfrentaba sus propios obstáculos ya que chocaba con los gobiernos coloniales en África por temas de política colonial y segregación.

La mera creación de esta sede era en sí mismo un golpe. Los gobiernos coloniales se habían pasado años intentando impedir que la Organización Mundial de la Salud estableciera una delegación regional en el continente africano. Muchos responsables coloniales creían que la OMS —con sus vínculos con las Naciones Unidas— representaba una amenaza importante para la supervivencia de los imperios coloniales en África. Los franceses advirtieron a sus colegas coloniales en la Organización Mundial de la Salud en 1949 que al permitir a la OMS crear una Oficina Regional para África estarían dando a la organización carta blanca para “interferir directamente y de una forma permanente en los territorios no autónomos de África”.

La OMS finalmente rompió la resistencia colonial en 1952 y estableció su cuartel general africano en la ciudad, bajo control francés, de Brazzaville, la capital del África Ecuatorial Francesa (AEF). Allí, la OMS encontraría nuevos obstáculos, pero esta vez en las condiciones políticas y sociales de la colonia misma. La OMS, en teoría, era una organización basada en la noción de un derecho a la salud así como en una amplia comprensión del valor de la igualdad social. En Brazzaville, el personal se encontró con que tenía que adaptar sus programas a condiciones que eran decididamente desiguales. La segregación en curso plagaba la ciudad, a pesar del hecho de que sus habitantes se habían convertido en ciudadanos de pleno derecho de la Unión Francesa en 1946. Como era de esperar, la igualdad sobre el papel no había producido la igualdad en la práctica.

Como único delegado procedente de un estado africano independiente, el físico liberiano Joseph Togba hizo especial hincapié en las formas en que el racismo colonial modelaba el paisaje de la sanidad pública en los 50. Temía que, más allá de la segregación que existía en la capital del AEF, los empleados blancos pudieran viajar a través del río Congo para buscar entretenimiento después del trabajo en Léopoldville, donde la discriminación racial era aún más rampante.

Aunque los responsables franceses consiguieron silenciar la única voz africana en el comité regional, aun así tenían miedo de las formas en que la OMS podía intentar entrometerse en los asuntos coloniales. Así, convirtieron en su misión explícita impedir que la OMS hiciera su trabajo, y asegurarse de que el negocio de la sanidad pública en África permanecía “entre amigos”. En un momento en que la OMS estaba trabajando para aumentar su alcance a otras regiones del mundo —Europa, el Mediterráneo Oriental, las Américas y el Pacífico Occidental— su capacidad para contribuir a mejorar la salud de los africanos seguía altamente limitada. Hoy, al intentar situar los orígenes de la actual crisis de salud pública africana en el pasado colonial del continente, debemos considerar no sólo las formas en que los regímenes europeos activamente subdesarrollaron estos territorios, sino cómo sus intentos de salvaguardar la soberanía colonial impactaron en la capacidad de la recién formada OMS de invertir en infraestructura sanitaria africana.

Jessica Lynee Pearson

Jessica Lynee Pearson es profesora ayudante de Historia en el Macalester College de Saint Paul (Minnesota). Es autora de *The Colonial Politics of Global Health: France and the United Nations in Postwar Africa* (La política colonial de la salud global: Francia y las Naciones Unidas en el África de posguerra, Harvard University Press, 2018).

La fuente original de este artículo es [CADTM](#)

Derechos de autor © [Jessica Lynee Pearson](#), [CADTM](#), 2018

[Comentario sobre artículos de Globalización en nuestra página de Facebook](#)
[Conviértase en miembro de Globalización](#)

Artículos de: **[Jessica Lynee Pearson](#)**

Disclaimer: The contents of this article are of sole responsibility of the author(s). The Centre for Research on Globalization will not be responsible for any inaccurate or incorrect statement in this article. The Center of Research on Globalization grants permission to cross-post original Global Research articles on community internet sites as long as the text & title are not modified. The source and the author's copyright must be displayed. For publication of Global Research articles in print or other forms including commercial internet sites, contact: publications@globalresearch.ca

www.globalresearch.ca contains copyrighted material the use of which has not always been specifically authorized by the copyright owner. We are making such material available to our readers under the provisions of "fair use" in an effort to advance a better understanding of political, economic and social issues. The material on this site is distributed without profit to those who have expressed a prior interest in receiving it for research and educational purposes. If you wish to use copyrighted material for purposes other than "fair use" you must request permission from the copyright owner.

For media inquiries: publications@globalresearch.ca