LLIÇONS I REPTES DE LA PANDÈMIA DE LA COVID-19

Àfrica després de la COVID-19: pistes des de l'epidemiologia popular

Albert Roca



Fotografia: "Representation", Derrick Ofosu Boateng

Si la medicina tropical va fer els seus primers passos a l'Índia i a la Ruta a les Índies, el doctorat el va obtenir a l'Àfrica, convertint-se així en un dels components fonamentals de la nova concepció de salut internacional, instituïda més tard a través de l'Organització Mundial de la Salut (1948) i desplegada a través d'unes fronteres sanitàries cada vegada més discretes, però no per això menys reals [1]. El concepte de salut global, definit a Alma Ata ("Salut per a tothom el 2000", setembre de 1978) [2], va ser sufocat per la marea neoliberal i revifat a so de bombo i platerets el 2016 amb els Objectius de Desenvolupament Sostenible (Agenda 2030). El seu objectiu principal és superar les enormes limitacions del vell enfocament sanitari internacional. Tanmateix, la COVID-19 ha descobert les carències d'aquest pressupòsit.

Una altra vegada al “laboratori africà”?

Més enllà de la seva expansió planetària, la COVID-19 ha generat la consciència de pandèmia més aguda, de més extensió i amb pitjors conseqüències des de l’explosió de la SIDA (80s-90s).

Algunes de les característiques de la seva propagació al subcontinent africà permeten advocar pel seu ús com a laboratori sociològic observacional, resultant en una espècie d’“experiment històric espontani” descomunal. L’observació conseqüent indica que la pandèmia a l’Àfrica ha tingut una evolució singular, amb una “inversió epidemiològica” respecte les previsions expertes i la geografia d’altres malalties.

L’aplicació de les mesures internacionals (OMS), basades en la separació de poblacions, en un context amb sistemes nacionals de salut (SNS) altament deficitaris, genera les “condicions de laboratori”: podem conjecturar, com a hipòtesi, que el coneixement local —en la seva diversitat— ha estat el recurs més utilitzat per la majoria de les poblacions.

Ara bé, i amb independència que la referència a un “laboratori africà” pugui inquietar als qui han denunciat tantes vegades el tracte a les poblacions africanes com conillets d’índies, les dades obtingudes s’enfronten a obstacles metodològics, entre els quals n’assenyalaré dos.

D’una banda, existeix el desafiament d’una “antropologia sense etnografia”: les mateixes mesures contra la COVID-19 que generarien l’“efecte laboratori” també han dificultat enormement el treball de camp, central quan es parla de coneixement local i del comportament sanitari de les poblacions. D’altra banda, trobem que “plou sobre mullat”: la presència d’altres riscos sanitaris rellevants entre les poblacions africanes, la dificultat de contrastar els casos, la fiabilitat relativa de les dades estadístiques, així com l’escassa especificitat típica de les teràpies locals poden llançar un quadre epidemiològic confús.

> La pandèmia a l’Àfrica ha tingut una evolució singular, amb una “inversió epidemiològica” respecte les previsions expertes i la geografia d’altres malalties

Aquestes dificultats són habituals en les investigacions sobre salut a l’Àfrica, per la qual cosa no haurien de ser motiu per descartar una anàlisi necessària. Ara bé, cal ser-ne conscient per poder optimitzar la comparació proposada i dimensionar bé els aprenentatges. Per fer-ho, proposem contextualitzar els indicadors de la COVID-19 a l’Àfrica i després explorar els indicis d’usos de coneixement local seguint diferents estratègies.

Originalitat i “classicisme” de la COVID-19: comparant pandèmies

El discurs sobre la COVID-19, tant el científic com el divulgatiu, s’ha projectat sobre una espècie de tipus ideal de pandèmia que permet associar-la amb altres esdeveniments passats (còlera, pesta, grip del 1918 …). Les convergències i les divergències que revela aquesta “construcció de la malaltia” (una aproximació ben estimada per l’antropologia mèdica) són reveladores.

Com envia l’imaginari de les plagues, la COVID-19 presenta una intensa propagació planetària, un alt grau de contagi i una afectació generalitzada. En menys de dos anys, s’estimen uns 225 M de casos en pràcticament tots els països i grups socials del món. Un nombre infinitament més gran que el dels desencadenants nimis que havien posat en marxa les 5 emergències sanitàries internacionals (PHEIC) anteriors a la COVID-19: grip A, poliomielitis, Zika, Ebola. Per no parlar d’altres alarmes prèvies a l’adopció del Reglament Sanitario Internacional per part de l’OMS el 2006, com el SARS o la grip aviària. Aquest desenvolupament explosiu remunta molt més en el temps, fins a la cèlebre grip del 1918, encara que la COVID-19 estigui molt més registrada.

La virulència i la letalitat de la COVID-19 oscil·len de baixa a mitjana, però en les àrees més afectades aquesta incidència s’ha traduït en una mortalitat insuportable per a l’opinió pública, en particular, dels països rics. Les primeres estadístiques fiables per a 2020 suggereixen un augment de 2 punts (‰) en la taxa de mortalitat en països com Itàlia o Espanya. En tot cas, 4,7M [3] de defuncions en 21 mesos és un valor global molt considerable. Aquesta xifra es troba molt per sobre de les 409.000 morts de malària registrades per l’OMS el 2019 o fins i tot dels 740.000 de 2000. També supera les morts per grips, calculades entre 300.000 i 650.000 morts el 2017, per a un enorme nombre de casos (l’alerta de 2009 per virus H1N1, la família del “brivall” de 1918, amb prou feines va provocar 20.000 morts confirmats per a potser 1500 M de persones infectades). Certament, aquesta mortalitat està molt per sota de l’acumulada pel VIH-SIDA en quaranta anys (38M per a 79M de casos, un esfereïdor 48%). No obstant això, en l’última dècada, amb l’abaratiment dels antiretrovirals, que ha promogut un ús molt generalitzat, el pronòstic fatal del VIH ha caigut en picat. Per exemple, a Botswana —amb alts, encara que polèmics índexs d’infecció—, el 2019 es van registrar 5.000 morts per a 380.000 casos, mentre que a Europa l’esperança de vida de les persones malaltes de VIH-SIDA supera els 70 anys. Altres brots epidèmics letals, com el de l’Ebola el 2014, van resultar molt menys contagiosos (11.323 morts per 28.646 casos, segons l’OMS).

En tot cas, aquests valors donen peu a una gran alarma social, provocant la por generalitzada que ha acompanyat a la COVID-19 a tot el món, inclosos els països més desenvolupats i amb una assistència mèdica més eficaç. La constatació que el pronòstic empitjora molt en persones vulnerables (persones malaltes i ancianes, encara que amb la notable excepció dels nens i de les nenes, una cosa que distingeix la COVID-19 d’altres pandèmies amb aura clàssica, com el còlera) permet identificar la majoria de les víctimes —una característica de moltes epidèmies. Tanmateix, aquesta possibilitat de previsió, de

càlcul, no ha reduït massa el temor cap a la COVID-19. El pànic, sens dubte un dels trets definitoris de l'imaginari de pandèmia, s'ha multiplicat pel nou efecte dels *mass media*, embrancats paradoxalment en una tasca de protecció educativa.

Aquest temor sanitari supera de molt el tanmateix gens menyspreable efecte de les emergències internacionals, mentre contrasta amb la indiferència davant de les pandèmies metabòliques. Invisibilitzades en ser transmeses per vectors conductuals, jutjades sovint de forma benèvola quan no positiva en el context social, aquestes últimes afecten a molta més gent i sumen la major part del factor de risc de desenllaç fatal a nivell mundial. El sobrepès, que afectava a 1.900 milions de persones el 2016, així com l'obesitat —650 milions— s'associen sense marge de dubte amb les principals causes de mort. O què dir de la diabetis, amb 1,5 milions de morts dels 420 milions de casos de 2019, i als quals haurien de sumar-se les defuncions relacionades amb la hiperglicèmia (2,2 milions el 2012 i augmentant)? O de la hipertensió arterial (HTA), amb almenys 1.130 milions d'afectats i un mínim de 7,5 milions de defuncions anuals associables? Queda molt per aprendre sobre aquestes pors selectives.

> El temor sanitari que ha generat la COVID-19 contrasta amb la indiferència davant les pandèmies metabòliques, invisibilitzades

En tot cas, només el VIH-SIDA ha generat una alarma comparable però molt diferent, perquè rarament ha estat presentat com una amenaça indiscriminada com la COVID-19. El contagi per VIH-SIDA, molt més progressiu, s'ha associat al comportament, en particular a la promiscuïtat sexual (per no parlar de les famoses 4H dels anys 80 [4]), amb la qual cosa, es responsabilitza les persones malaltes i es tranquil·litza la "comunitat de persones sanes i d'hàbits sans".

Una estranya província pandèmica: la "inversió epidemiològica" a l'Àfrica

La pandèmia es va estendre primer d'orient a occident per les zones temperades, avançant molt més dificultosament en direcció al sud (i a l'extrem nord), excepte en Amèrica Llatina. Aquest patró va suposar un *décalage* en la seva irrupció a l'Àfrica respecte a la Xina i Europa. Durant aquell temps, des de l'epidemiologia i des de la cooperació al desenvolupament, es va anunciar una catàstrofe sanitària al sud del Sàhara, en principi amb la bona intenció de mobilitzar consciències i provar de reduir estralls. Des de l'àrea d'estudis africans, tanmateix, algunes veus —entre les quals la meva [5]—, van intentar contrarestar aquesta previsió partint dels coneixements que en aquell moment es tenien, tant sobre el SARS-Cov-2 i altres agents infecciosos comparables, d'una banda, com sobre el subcontinent negreafricà i la seva gent, per un altre.

Els registres sanitaris han validat tossudament la predicció africanista, però els estrategs

sanitaris globals s'han negat a passar la navalla d'Ockham sobre els seus protocols. Parafrasejant Umberto Eco, podríem dir que els integrats s'han convertit també en apocalíptics.

Factors tranquil·litzadors

La demografia africana, amb una piràmide de població més jove que a cap altra gran regió mundial (una mitjana de més del 60% de la població està per sota de 25 anys), no prediu una gran transmissió o, almenys, eximeix de greus conseqüències. Això es deu a l'efecte molt atenuat del virus entre els joves (i encara més entre nens i nenes, que semblen transmetre'l menys) i al fet que sigui precisament aquest grup el més present en l'espai públic. D'altra banda, la cultura de l'edat a l'Àfrica —i les condicions socioeconòmiques que la determinen— no només sol mantenir l'autoritat familiar i social de les persones grans, sinó que exclou la seva aglutinació en centres especialitzats, reduint molt el perill de transmissió massiva. Recordi's que les residències van ser veritables trampes mortals a moltes regions europees, com Espanya.

Un altre factor a tenir en compte és el flux amb l'exterior del continent. En el cas de l'Àfrica, aquest flux és molt menor que a Euràsia, minimitzant-se encara més gràcies a l'esmentat desajust en el ritme d'expansió de la COVID-19, que va permetre dur a terme un tancament primerenc de fronteres africanes exteriors, en gran part del continent.

Finalment, és plausible plantejar-se que l'ecosistema tropical (no només per les seves altes temperatures) podria ser poc favorable a la "família" de les grips, inclòs el SARS-CoV2. Alguns autors han instat —sense massa suport— a l'estudi d'aquestes condicions, incloent les possibles resistències suscitades per la reacció a contagis anteriors [6], reaccions potenciades o catalitzades per la gran biodiversitat microbiològica africana, que suposa una alta exposició a malalties infeccioses.

Factors apocalíptics

Els factors a favor de l'escenari catastròfic s'assentaven sobre les condicions estructurals de les societats africanes, però aquestes no determinen per si mateixes una explosió pandèmica. En primer lloc, s'adduïa l'alta prevalença de malalties coadjuvants, però aquesta només resultaria rellevant si la transmissió entre el grup de risc fora massiva i ràpida, com només ha succeït a Sud-àfrica. En segon lloc, i potser amb la major insistència, es temia la debilitat del sistema sanitari, però aquest factor implica una saturació d'hospitals i centres de referència que ja és una cosa pràcticament habitual. En conseqüència, ja que el recurs al sistema sanitari ja és subsidiari en les estratègies de salut de la majoria de la població al sud del Sàhara, el seu "col·lapse" generaria molta menys inquietud social que a Europa; encara que aquest factor no contribueix per si mateix a combatre la pandèmia, sí que genera un marge de maniobra política més gran als governants, un fet gens menyspreable.

> Els factors a favor de l'escenari catastròfic s'assentaven sobre les condicions estructurals de les societats africanes, però aquestes no determinen per si mateixes una explosió pandèmica

Finalment, també s'esgrimien les dificultats econòmiques i socioculturals per aplicar les mesures recomanades. Ara bé, aquest és un argument ambigu, ja que els perjudicis de les mesures podrien ser més grans que els beneficis.

Així doncs, la situació va forçar l'aflorament de mecanismes alternatius ja habituals, mecanismes de "bricolatge" social i sanitari que recollim sota el paraigua conceptual de coneixement local. En altres paraules, els factors apocalíptics no semblaven desbancar els més tranquil·litzadors.

Empíria contra la maledicció dels tròpics

Els indicadors han assenyalat que, malgrat que la COVID-19 és una infecció que es transmet per via aèria indiferenciada, no ha desplegat el patró global esperable basat en previsions que es focalitzaven a priori en els col·lectius vulnerables. És a dir, ni la pobresa, ni la debilitat del sistema sanitari ni l'existència prèvia d'indicadors de salut desfavorables, ni tan sols els estereotips de "clima insalubre", no han resultat automàticament determinants en la distribució de casos ni en la seva letalitat.

El resultat és una geografia de la salut inesperada, on les regions més saludables coincideixen amb les que antany van motivar l'aixecament de fronteres sanitàries des dels països rics: Àfrica, l'Índia, sud-est asiàtic… Respecte a l'Àfrica al sud del Sàhara, presento una mostra comparativa on es podrien intercanviar fàcilment els països considerats (només Sud-àfrica presenta una incidència comparable a l'europea).

	Població total	Casos registrats de COVID-19	Morts registrades per COVID-19	Morbiditat: % de població infectada	Mortalitat: morts per COVID-19 per cada 1000 habitants	Letalitat: % de morts respecte el número de persones infectades	Nombre absolut de morts (última data registrada)	Taxa de mortalitat general en tant per mil	Renda per càpita en milers de dòlars *
Àfrica	1300M	8M	0,2M	0,63	0,16	0,25		10,5	
Europa	630M	50M	1M	8,20	1,60	0,20		10,5	
Sud-àfrica	60M	2,85M	85.000	5,00	1,40	0,29	546.000	9,5	6600
Senegal		73.400	1800	0,45	0,10	0,25	90.000	5,7	1400
Madagascar	27M	44.000	1000	0,17	0,04	0,22	160.000	6,0	465
				%	/1000	/1000			

Itàlia rpc 33.000 / Itàlia let. 0,28 / TM 10,5 (per a 2020 se'n calcula 12,60 [a Espanya 8,80 >10,4]

Taula d'elaboració pròpia. Font de les dades: Worldometer, consultat el 14 de setembre de 2021. La taxa de mortalitat només s'ha actualitzat fins el 2020 a Europa (on s'aprecia una

pujada d'uns 2 punts en alguns països; als països africans es treballa amb dades del 2018.

* A Espanya, en els últims anys, la renda per càpita és entorn dels 30.000 dòlars, mentre als EUA supera els 65.000 o a Alemanya els 45.000; dades de 2019).

Les diferències són evidents. N'hi ha prou de comentar un parell de coses. En primer lloc, amb aquestes taxes de mortalitat, contextualitzades als seus respectius escenaris sanitaris, en la major part dels països africans l'alarma en si mateixa és molt baixa i no justifica una alteració greu de l'activitat quotidiana. La col·laboració amb el sistema internacional es podria modular (tancaments de fronteres africanes exteriors i control de les interiors, confinaments puntuals molt justificats, i distància social ajustable). Aquesta adaptació local de les mesures internacionals podria estendre's també a la panvacunació, tenint en compte que aquesta última és desproporcionada, costosa i no suposa una protecció global atesa la variació de les soques. Així doncs, una vacunació selectiva i dinàmica semblaria més efectiva i sostenible.

El segon detall es relaciona amb la relativament escassa diferència en la letalitat, malgrat l'enorme disparitat de mitjans del sistema sanitari. És un que dona per pensar i investigar. Moltes veus han argumentat que aquestes dades infravaloren la incidència de la malaltia, a causa de la falta de mitjans per registrar contactes i certificar adequadament les defuncions. Tanmateix, aquestes desqualificacions no s'han basat en "sondejos" estadístics ni han "construït" dades alternatives, sinó que s'han quedat en simples conjectures. Algunes observacions aconsellen rebutjar aquestes desqualificacions, llevat que apareguin les dades, cosa que podria succeir quan es tinguin valors fiables sobre la variació de la mortalitat total. Tanmateix, ara per ara, només són accessibles fins al 2018. Pel que fa als hospitals, malgrat la seva clara insuficiència, només han col·lapsat en moments puntuals i els governs tenen raons per preparar "projeccions" a l'alça de la incidència, en lloc de rebaixar-les, amb l'esperança de canalitzar més recursos. No hi ha dubte que les estadístiques no són precises, però, de moment, no sembla haver-hi prou raons per treballar amb magnituds significativament diferents a les que ofereixen les dades oficials.

Tanmateix… Cassandra guanya

Malgrat tot el que s'ha exposat, aquestes previsions diferencials s'han donat i, en conseqüència, no té lloc una anàlisi específica per a l'Àfrica, sinó que s'imposen les mateixes mesures que a la resta del món.

Per raons de cost i de logística, dels dos models que acompanyen l'estratègia farmacològica d'investigació en vacunes, de la mateixa manera que a bona part d'Europa, al continent africà s'ha aplicat, l'esquema més arcaic —i anacrònic— de separació genèrica de poblacions (confinaments, tancament de fronteres, quarantenes…), en lloc del de separació selectiva de persones malaltes (rastreig actiu). El problema rau que les mesures separadores són inviables a les societats africanes, amb poques i concentrades excepcions com Ruanda.

La inèrcia catastrofista respecte l'Àfrica és el resultat d'una combinació d'autocomplaença científica, racisme, bona voluntat i *mass media*. De manera reveladora, el decret de les mesures internacionals va despertar un nou *cassandrisme*, aquesta vegada entre les veus que havien denunciat la previsió apocalíptica de l'epidemiologia: efectes sanitaris perversos, augment de la violència social, derives autoritàries, fallides econòmiques…

> La inèrcia catastrofista respecte l'Àfrica és el resultat d'una combinació d'autocomplaença científica, racisme, bona voluntat i mass media

En qualsevol cas, per a amplis sectors de la societat, l'acció efectiva davant la pandèmia —i davant les mesures contra aquesta— queda en mans de la mateixa població. Atesa l'escassa presència de medicina científica privada i el seu retraïment a tot el món davant de la COVID-19, els recursos més obvis i utilitzats entren en la categoria del coneixement local. Aquest "alliberament" d'obligacions, unit als baixos indicadors, ha permès, paradoxalment, que les autoritats sanitàries africanes puguin dirigir els seus esforços cap a una reflexió sobre el propi sistema, sense la pressió de la voràgine assistencial desencadenada a Europa.

Notícies sobre coneixements locals… i no només sobre salut

Com apropar-nos a aquest coneixement local —presumpte protagonista— en una Àfrica confinada? Proposo tres tipus de sondeig complementaris que, si bé no permeten establir demostracions empíriques consensuals, sí que assenyalen pistes d'investigació habitualment descartades (a costa de la salut de les poblacions) [7].

El primer sondeig remet a la continuació de la mirada, també ignorada, que des de l'antropologia —amb autors com Paul Richards i Mats Utas— es va dirigir a l'epidèmia de l'Ebola (2014-2016), i que va recórrer al concepte de *people science*. Encara que aquest concepte només es refereix a una part del coneixement local (l'apropiació popular de la ciència moderna), nombrosos indicis apunten a la seva vigència en la COVID-19.

El segon sondeig enllaça amb la forma més coneguda d'investigació sobre "medicina tradicional i complementària" (MTC), des de molt abans que captés l'atenció de l'OMS, focalitzant-se en l'estudi dels anomenats principis actius dels remeis tradicionals africans, que han aflorat durant la crisi i s'han expandit més enllà del nivell local. Malgrat la inexplicable lentitud de l'OMS per avaluar-los, i la injustificada mofa dels mitjans de comunicació internacionals respecte a algun cas (com el "Covid Organics" malgaix), equips d'investigadors africans estan avalant el seu ús i la utilitat del seu estudi [8]. Cal recordar que un percentatge molt alt dels medicaments actuals continua tenint el seu origen en les farmacopees tradicionals, tal i com ho van tenir fites de la indústria farmacèutica com l'aspirina, la penicil·lina o l'artemisinina.

El tercer sondeig es concentra en el rol de connexions locals (referides a parentiu, a grups d'edat i iniciàtics, societats secretes, clubs…) que ens puguin informar indirectament de funcions terapèutiques. Aquesta és una altra via clàssica que l'antropologia explora des de De Martino a Turner, però d'escàs recorregut en el camp sanitari excepte per un reducte d'especialistes en salut mental (etnopsiquiatria). Tanmateix, aquestes connexions són fonamentals quan es parla de salut comunitària. Aquest tercer camp de sondeig és actualment el més opac a nivell popular, però tenim algunes notícies rellevants de font institucional. No obstant això, una pista ens parla de la importància de les formes de solidaritat social: malgrat que els conflictes han crescut al continent des de fa una dècada (Moçambic, Etiòpia, Sahel…), no semblen haver-ho fet significativament durant la pandèmia, la qual cosa indica una bona autogestió de la tensió produïda pels confinaments.

Amb l'excepció relativa de Sud-àfrica, i a diferència del que ha passat a Europa i a l'Amèrica Llatina, la pandèmia a l'Àfrica, lluny d'avergonyir els gestors dels sistemes nacionals de salut, sembla estar reforçant-los; molts d'ells van reaccionar més ràpidament que a Europa, més proporcionalment i alineant-se amb freqüència més clarament amb les directrius de l'OMS. Per tot el continent, governs de països empobrits com el Senegal, Ruanda o fins i tot Zimbàbue estan reclamant poder produir i investigar les seves vacunes o canalitzar una part de la seva cooperació sanitària cap a l'estudi dels remeis tradicionals (una petició que coincidiria, per exemple, amb alguns interessos xinesos). Tot això avalat per les xifres limitades que presenta la COVID-19 i per la seva ràpida acceptació de les mesures imposades per la comunitat internacional.

Encara que és aviat per assegurar-ho, l'Àfrica post-COVID-19 sembla confirmar plenament la seva promesa de creixement i de presència global. L'elasticitat de les poblacions, assentades sobre el coneixement local, tant davant de l'epidèmia com davant de les recomanacions de l'epidemiologia, ha deixat en una posició sòlida de negociació els seus governs.

> Durant la pandèmia, molts dels sistemes de salut del continent africà van reaccionar més ràpidament que a Europa. L'Àfrica post-COVID-19 sembla confirmar plenament la seva promesa de creixement i de presència global

És cert que, d'alguna manera, la pilota està ara a la seva teulada, ja que la població ha fet bona part del seu treball com a gestors públics, però encara ho està més en el de la comunitat internacional (acadèmia, polítics, *expertise*…), que no ha sabut o no ha volgut reconèixer les especificitats del paisatge sanitari africà. Les poblacions ignorants i vulnerables estan gestionant la plaga sense exigir un esforç desequilibrant als seus governs; aquests tampoc no estan llançant un envit a les agències multilaterals, començant per l'OMS, però sí que estan reclamant un marge d'autonomia més gran de governabilitat sanitària, però també econòmica. Aquesta espècie de governança *bottom-up* amaga ensenyaments tant sobre la diversitat obligada de la salut global com sobre la necessitat de

revisar radicalment els models globals de sobirania.

REFERÈNCIES

1 — Vegeu De la Flor, José Luis (2020). *Securitización de la salud y medicalización de las relaciones Internacionales. Una genealogia africana del poder medico global*, tesi doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
2 — Vegeu la declaració de la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembre de 1978. Disponible en línia.
3 — Totes les dades sobre la COVID-19 s'han extret de Worldometers, ajustant-se (amb arrodoniments) a data de 14 de setembre de 2021.
4 — Les 4H feien referència a "Homosexualitat, Heroïna, Hemofília i Haití". La ignorància va contribuir els anys 80 a lectures epidemiològiques precipitades i errònies, esbiaixades per una ideologia que marginava els diferents, que moralitzava la malaltia.
5 — Roca, Albert (2020). "Oportunidades del COVID-19 para África y viceversa. Pistas de investigación". Article publicat al blog *es África* (esafrica.es) el 21 d'abril de 2020. Disponible en línia.
6 — Vegeu l'opinió de M. Diop, "En Afrique, «le virus s'est retrouvé au contact d'une population déjà immunisée»", publicada el 18 de setembre de 2020 a Radio France Internationale (RFI). Disponible en línia.
7 — Aquest article es complementa amb un altre en confecció (previst per a la tardor de 2021), que se centra en l'anàlisi d'aquest coneixement local ocult.
8 — Vegeu, per exemple, Attah Alfred Francis et al. (2021). "Therapeutic Potentials of Antiviral Plants Used in Traditional African Medicine With COVID-19 in Focus: A Nigerian Perspective". Article publicat a *Frontiers in Pharmacology*, v. 12. Disponible en línia.



Albert Roca

Albert Roca Álvarez és doctor en Antropologia Social i Cultural per la Universitat de Barcelona i professor titular d'Antropologia a la Universitat de Lleida. És investigador principal del Grup d'Estudis de les Societats Africanes (GESA) i del Grup Interdisciplinar d'Estudis sobre Desenvolupament i Multiculturalitat (GIEDEM) de la Universitat de Lleida, a més de pertànyer a la xarxa interuniversitària ARDA (Agrupament per a la Recerca i la Docència d'Àfrica). Dirigeix la revista *Studia Africana* i també coordina la xarxa internacional de recerca "Salut, Cultures i Desenvolupament a l'Àfrica" (SACUDA) i el màster internacional "Cultures i desenvolupament a Àfrica". Al llarg de la seva trajectòria, ha investigat sobre l'evolució de les relacions de poder tradicionals africanes, especialment durant la democratització, així com el paper del coneixement local en el desenvolupament i la història africana, especialment en l'àmbit de la salut. Des del 1991 ha realitzat treball de camp a Madagascar. Actualment presideix el Centre d'Estudis Africans i Interculturals de Barcelona (CEA).