

La gestión de la pandemia de COVID-19 en Guinea Ecuatorial

Amancio Gabriel Nsé Angüe¹

RESUMEN. - Guinea Ecuatorial, como casi todos los países del mundo, ha sido afectada por COVID-19, enfermedad provocada por el nuevo coronavirus SAR-Cov-2 e iniciada en China. La respuesta que cada país ha dado para luchar contra la pandemia e intentar que haga el menor daño posible a las poblaciones del país de que se trate, depende de varias circunstancias que son diferentes según los países. En Guinea Ecuatorial, creo que la percepción y la gestión de las instituciones y las élites en el poder suponen grandes dificultades para el correcto funcionamiento y la regeneración de dichas instituciones, lo que las lleva a una gran debilidad y en consecuencia, a una incapacidad para abordar las políticas públicas necesarias para el progreso de la sociedad. Por lo que, en ámbitos tan importantes como el desarrollo económico inclusivo (por ejemplo, la diversificación económica y distribución equitativa de la riqueza, la educación, y la sanidad), las deficiencias son crónicas e importantes. Por su lado, esta debilidad institucional ha creado un tipo de ciudadano y ciudadana (ciudadano y ciudadana que, al fin y al cabo, pueden acceder a dirigir las instituciones) con un elemento bastante laxo con las reglas y muy poco comprometido con el destino de su sociedad. Y esto ha salido a relucir en el manejo de la pandemia de COVID-19 en Guinea Ecuatorial, cuya gestión por las instituciones que tenemos, y las élites que las dirigen, además del comportamiento de los ciudadanos y las ciudadanas, ha supuesto y supone un grave riesgo para la población.

Palabras clave: Guinea Ecuatorial, COVID-19, instituciones, sistema sanitario, Organización Mundial de la Salud (OMS)

Introducción

La pandemia de COVID-19, enfermedad provocada por el nuevo coronavirus, ha puesto a prueba las capacidades de todos los países para hacer frente a desafíos únicos, cuya resolución exitosa depende de los niveles de organización tanto institucional como social de las sociedades de los diferentes países. A pesar de algunos comentarios sobre la aparición cíclica de algunas pandemias en la historia de la humanidad y medicina, y de las advertencias de instituciones, organismos y otros/as estudiosos/as (e incluso de

¹ Arquitecto, residente en Bata, Guinea Ecuatorial.

astrólogos/as), de la ocurrencia de determinados accidentes (como los nucleares de Chernóbil, Ucrania, antes Unión Soviética, y catástrofes naturales, algunas de las cuales contienen una mayor virulencia por la acción humana, o se derivan de accidentes nucleares como el de Fukushima Japón), la gran mayoría de los países estaban muy poco preparados para una emergencia como la que se vivió durante la pandemia de COVID-19. Tanto es así que, aun cuando observaron a China movilizarse con cierto nerviosismo y una gran celeridad en confinar a la población de ciertas zonas y en levantar nuevas infraestructuras sanitarias, el resto de los países continuó moviéndose con cierta lentitud. Incluso algunos líderes, por ejemplo, en los Estados Unidos de América, minimizaron la gravedad del virus. A pesar de ciertas respuestas lentas, la gran movilidad facilitada por la globalización y la alta capacidad de contagio del nuevo virus, permitieron que la epidemia no tardara en convertirse en una pandemia, produciendo gran impacto global.

El impacto (económico, político, social) que la pandemia iría a tener en cada país o sociedad y las transformaciones que produciría en ellos, fue diferente, dependiendo, en mi opinión, de la calidad de sus instituciones y de las élites que las dirigen. La enfermedad de COVID-19 no tardó en extenderse por casi todos los países, y alcanzó, como no podía ser de otra forma, a Guinea Ecuatorial. En un primer momento y cuando aún no había una clara percepción de la amenaza que suponía el nuevo coronavirus, el Presidente de Guinea Ecuatorial envió una ayuda de dos millones de dólares a China, pero cuando, en la primera quincena del mes de marzo del año 2020 se detectaron los primeros casos, las autoridades guineanas tomaron con cierta rapidez las medidas que recomendaba la Organización Mundial de la Salud (OMS 2020). Informaban sobre los nuevos contagios cuando se producían, pero a medida que se incrementaba el número de casos positivos, las

autoridades empezaron a actuar con mayor nerviosismo. Cuando se alcanzaron los 1,043 casos positivos, se dejaron de publicar los datos y, además, se expulsó del país a la representante de la Organización Mundial de la Salud (Asodegue Segunda Etapa 2020). Y mientras tanto, se produjo un caos en los centros hospitalarios. Los contagios siguieron aumentando y fallecieron muchas personas, tanto por coronavirus como por falta de atención médica, precisamente por miedo a COVID-19 por parte de un personal sanitario poco formado y deficientemente equipado. Colateralmente, también fallecieron otras muchas personas con dolencias de las que se cuidaban en centros sanitarios fuera del país y que, por los confinamientos y las restricciones de desplazamientos, no pudieron viajar a los países en cuyos centros sanitarios se sometían a revisiones médicas y seguimientos continuos.

Mi análisis, inspirándome en la teoría de Daron Acemoğlu y James A. Robinson (Acemoğlu y Robinson 2013),² tratará de ver cómo la debilidad institucional que padece Guinea Ecuatorial ha llevado a que los efectos positivos de unas medidas tomadas cuando los casos eran fácilmente controlables fueron muy inferiores a lo que se podría haber esperado.

Guinea Ecuatorial y sus instituciones

Partiendo de la idea de que son las instituciones las que planifican las políticas sanitarias y establecen sistemas sanitarios capaces de abordar problemas como COVID-19, interesa ver

² En la obra *Porqué Fracasan los Países*, Daron Acemoglu y James A. Robinson (Acemoglu y Robinson 2013; Editorial Deusto, Bilbao) sostienen que la falta de progreso de algunos países no se debe a la escasez de riquezas naturales, ni por su clima o situación geográfica, etc., sino por mala la calidad de sus instituciones y de las élites que las dirigen.

cómo se han ido forjando las instituciones de Guinea Ecuatorial, a partir de su Constitución (Álvarez Chillida y Pardo Sanz 2022; Comisión Ecuatoguineana de Juristas).³ La actual Constitución de Guinea Ecuatorial es la 5ª Constitución desde que el país accedió a la independencia el 12 de octubre del año 1968, habiéndose adoptado la primera en el año 1968, y las consecutivas en 1972, 1982, 1992 y 2011 (Álvarez Chillida y Pardo Sanz 2022).

Guinea Ecuatorial nace con una debilidad institucional importante (Ndongo-Bidyogo 1977; Nerín Abad 2023). La persona elegida como primer presidente, Francisco Macías Nguema, defendió el *No* a la Constitución y prometió cambiarla si accedía al poder.⁴ Pero es elegido gracias al apoyo de otros que *Sí*⁵ defendían la Constitución (Nsé Angüe 2016).⁶

³ La Constitución elaborada al efecto en una Conferencia Constitucional organizada y dirigida por el gobierno español, y en la que participaron representantes de todos los sectores políticos y sociales del país que se iba a independizar, fue votada en un referéndum, después de una campaña en la que fue respetada la libertad de los grupos a defender sus opciones y en el que las personas votantes tuvieron libertad para votar la opción de su preferencia.

⁴ El estado de Guinea Ecuatorial surge de la colonización, y se constituye sobre comunidades que, antes de la colonización, no tenían Estado. Y con la forma de colonización española, no cuajaron conceptos relativos a los poderes del estado y su deseable separación. El presidente iba a acumular todos los poderes sin ningún contrapeso.

⁵ Fue precisamente Atanasio Ndong Miyone (defensor del *Sí* a la Constitución) quien, en la primera vuelta de las elecciones presidenciales (22 de septiembre de 1968) llegó en el tercer puesto y en la segunda vuelta, Ndong Miyone como candidato inclinó la balanza a favor de Macías (defensor del *No* a la Constitución) con quien llegó a un acuerdo de coalición. En mi opinión, si se tuviera una percepción más clara de la trascendencia de la Constitución, no era razonable dar el poder a quien ya se prometía no respetarla.

⁶ Los grupos políticos más importantes en la lucha por la independencia de Guinea Ecuatorial eran: MONALIGE (Movimiento Nacional de Liberación de Guinea Ecuatorial cuyo líder era Atanasio Ndong Miyone); MUNGE (Movimiento de Unión Nacional de Guinea Ecuatorial cuyo líder era Bonifacio Ondo Edú, presidente del gobierno Autónomo); IPGE (Idea Popular de Guinea Ecuatorial). Ya en los albores de la Independencia, surgieron Unión Bubi (liderado Por Edmundo Bosío Dioco) y Unión Fernandina. Durante la Conferencia Constitucional, varios miembros importantes de Munge y de Monalige y el grueso de los de IPGE se reunieron en torno a Macías (que se decía se consideraba parte de Monalige) formando así el Secretariado Conjunto. Y mientras, MUNGE, de Ondo Edú y MONALIGE de Atanasio defendían el *Sí* a la Constitución, el Secretariado Conjunto de Macías defendía el *No*.

Éste hecho denota un importante error de percepción sobre la trascendencia que se debía dar a la Constitución en la organización sociopolítica del país (Nsé Angüe y Micó Abogo 2011). Macías accede, pues, a la presidencia y empieza a violar la Constitución.⁷ Evidentemente, Macías no la desarrolla, sino que instaura una cultura del ejercicio del poder al margen de la ley⁸ y de cualquier otra norma que, por tanto, puede ser violada impunemente⁹ por los detentadores del poder, para su beneficio personal. Este es el concepto de *Ley* que se tiene al producirse el golpe de Estado el 3 de agosto de 1979. En

⁷ Y así, una vez que Macías accediera al poder, y teniendo como excusa el intento de golpe de estado del 5 de marzo del año 1969 (el día 5 de marzo del año 1969 hubo un intento de golpe de estado, protagonizado por Atanasio Ndong Miyone, entonces ministro de Asuntos Exteriores), empieza a violar la Constitución y los derechos de las personas y ajusticiando sin proceso judicial. Los supuestos implicados (incluidos parlamentarios que constitucionalmente gozaban de inmunidad) fueron torturados, encarcelados, ajusticiados, sin proceso judicial). La violación de la Constitución sigue con la suspensión de esta por decreto y la adopción de otra más ajustada a su arbitrariedad en 1973. Hay que notar que casi todos/as los/las guineanos/as que acceden a la dirección de las instituciones guineanas en el momento de la independencia sólo conocían la forma caudillista de gobernar del sistema de Francisco Franco. En este sistema, el Jefe de Estado concentraba todo el poder. En dicho sistema, las Cortes (Parlamento) estaban sólo para aprobar las cosas que enviaba el gobierno. Y los/las guineanos/as nunca vieron que las autoridades judiciales corrigieran conductas de la administración colonial (muchas de dichas conductas eran criminales), ni de cualquier otra persona que trabajara en la administración. Es decir, había una falta total de separación de poderes y de contrapesos del poder del Jefe de Estado. Cuando el país se independiza, el Jefe de Estado, a la sazón Macías, tiene este concepto. Y los/las propios/as guineanos/as que eran miembros de las instituciones, tampoco tenían claro la función de las instituciones que ocupaban, porque de tener un concepto claro sobre las instituciones y la necesidad de separación de poderes y de contrapesos, habrían sido los/las propios/as partidarios/as de Macías que ocupaban cargos de diputados/as y otros cargos en las instituciones, los/las que hubieran parado los pies a Macías y se hubieran solidarizado con los/las otros/as en nombre del honor de las instituciones.

⁸ Esta cultura de arbitrariedad y no respeto a las normas permite al/a la que ocupa un cargo (o cualquier agente de la autoridad) concebir a la defensa del régimen por encima del cumplimiento de las leyes; así, puede violar las leyes impunemente si es lo que se sirve a los intereses del poder.

⁹ Esta actitud de los/las guineanos/as ante las leyes es una de las cosas que analizo en mi libro *La Democracia en Guinea Ecuatorial: dificultades de un Proceso* (Nsé Angüe 2011; Editorial UNED, Madrid). En el libro, sostengo que, los/las guineanos/as, sin haber vivido en sociedades multiétnicas antes de la colonización, no tenían una cultura de concertar unas normas (más allá de las tradiciones) para todos y todas. Y la forma que vieron a los/las blancos/cas ejercer el poder (y que mimetizaron una vez soberanos), era como que lo ejercían de forma absoluta, sin contrapesos.

efecto, después del golpe de Estado, el proclamado Jefe de Estado asume todos los poderes de facto, suspende la Constitución de Macías, no rehabilita la Constitución legítima del año 1968, gobierna por decreto y se tarda tres años en elaborar (con el apoyo de expertos internacionales)¹⁰ y adoptar la Constitución de 1982 (Nistal Rosique 2007). Pero a pesar de dotar esta Constitución con preceptos respetuosos con los Derechos Humanos¹¹ y una razonable organización del Estado, se nota en esta algunas inercias¹² que auguran su utilización para beneficio personal de los/las detentadores/as del poder. La falta de un concepto claro de que cualquier acto del gobierno y la organización de la convivencia entre los/las ciudadanos/as debe basarse en las leyes, se refleja, sobre todo en el poco desarrollo posterior de dicha Constitución¹³ y en las reformas posteriores.¹⁴ Este reflejo de

¹⁰ Se menciona la colaboración de los señores Dr. Jorge Mario García-Laguardia y Dr. Rubén Hernández Valle, profesores de Derecho Constitucional de las Universidades Autónoma de México y de Costa Rica, respectivamente, expertos solicitados por la Organización de las Naciones Unidas, División Derechos Humanos.

¹¹ El artículo 20.1 dice textualmente: *"Toda persona goza de los siguientes derechos: 1. El respeto a la vida, la integridad personal y el derecho su pleno desenvolvimiento, material y moral. Quedan prohibidas las torturas y todo tratamiento inhumano o degradante"* (Organización Mundial de la Propiedad Intelectual).

¹² Vamos a destacar algunos de los hechos que denotan estas inercias: 1) Se elabora después de 3 años de legislar por decreto; 2) No se implica a todos los sectores de la sociedad; y 3) El presidente del Consejo Militar Supremo, se convierte en Jefe de Estado "constitucional" por una disposición adicional, cuando lo propio hubiera sido convocar elecciones después de aprobar la Constitución. Por otro lado, nunca se constituye el Consejo de Estado, órgano con función fiscalizadora de la actuación del gobierno.

¹³ Cuando se accedió a la independencia, Guinea Ecuatorial se dotó de una Constitución de la que debían emanar todas las demás leyes. En su disposición transitoria 2ª, establece que *"La legislación en vigor en Guinea en el momento de la Independencia que no contradiga lo establecido expresamente en esta Constitución, continuará en vigor mientras no sea derogada o modificada por las instituciones guineanas competentes."* Lo que significa que, Guinea Ecuatorial, mientras no tenga sus propias leyes adaptadas, debía referirse subsidiariamente a la legislación española del año 1968. Esto implicaba que las personas responsables de las instituciones debían percibir, como una labor urgente, dotar a Guinea de una legislación adaptada. No hubo tal desarrollo en la época de Macías. Desgraciadamente, tampoco la ha habido posteriormente, con el régimen nacido en 1979, y dándose la paradoja de que en Guinea se siga utilizando un código civil y un código penal

la falta de un concepto claro de organización coordinada basada en las leyes, también se revela en actuaciones totalmente arbitrarias y al margen de la ley por parte de los/las responsables de las instituciones guineanas. Plácido Micó Abogo lo expresa con contundencia y claridad en los dos primeros párrafos del artículo *Guinea Ecuatorial: Estado sin Ley* (Micó Abogo 2017).¹⁵

La organización de la sanidad en Guinea Ecuatorial ¹⁶

El origen de la necesidad de que las instituciones públicas se ocupen de la salud de las comunidades, por ejemplo, desarrollando políticas públicas sanitarias, es muy antiguo. El origen de las formas modernas de la sanidad y la seguridad social lo explica el Dr. José

que ya son totalmente obsoletos en España. Lo que a su vez crea mucha arbitrariedad y, por tanto, mucha inseguridad jurídica.

¹⁴ Tanto la propia Ley Fundamental de 1982, como las reformas posteriores, ambas se han elaborado de manera unilateral e impuestas en referéndums en cuyas campañas no ha habido debate contradictorio. Y dichas reformas constitucionales siempre han ido en el sentido de reducir derechos (por ejemplo, se eliminó en la reforma de 1992, el artículo 20.1 que prohibía expresamente “*las torturas y todo tratamiento inhumano o degradante*”), además de eliminar contrapesos y reforzar el poder del presidente.

¹⁵ “*Las instituciones del Estado de Guinea Ecuatorial no funcionan de acuerdo con la Ley. El cumplimiento de la Ley en el funcionamiento de las instituciones del Estado de Guinea Ecuatorial, cuando ocurre, es una simple casualidad y casi siempre, a modo de envoltorio utilizado para encubrir las ilegalidades en los procedimientos y en las decisiones de fondo, en la vida. Nos referimos fundamentalmente al gobierno, al Parlamento, al Poder Judicial y demás órganos reconocidos en la Constitución y en el resto del ordenamiento jurídico del país. Esta actuación al margen de la Ley se extiende y contamina a todos los órganos de la Administración Pública y privada y a las personas físicas y jurídicas, incluidos los partidos políticos, que se conducen al margen de la Ley y demás normas llamadas a regir su funcionamiento, muchas veces a su pesar, pero también en busca del beneficio y provecho personal, o simplemente para no morir.*” (<http://www.asodeguesegundaetapa.org/guinea-ecuatorial-estado-sin-ley-placido-mico-abogo-diputado-de-cpds/>).

¹⁶ El antropólogo Alvar Jones Sánchez elaboró su tesis doctoral y la tituló: *Marcos Formales, Recorridos Informales: Las Lógicas Del Consumo Terapéutico En Guinea Ecuatorial* (Sánchez Jones 2016a). En esta tesis se puede encontrar informaciones más precisas y detalladas relativas a la situación sanitaria y que aquí se mencionan por conocimiento empírico y quizás de manera menos académica y precisa.

María Segovia de Arana en el artículo *Asistencia Sanitaria y Seguridad Social en España* (de Arana 2000).¹⁷

Institucionalización de la sanidad en Guinea Ecuatorial

Puesto que Guinea Ecuatorial era colonia española hasta el año 1968, la asistencia sanitaria se organizaba y se prestaba como en España, con sus peculiaridades. La sanidad y la Seguridad Social se regirían según la Ley de Bases de la Sanidad Nacional (1944) y la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963). La Constitución de 1968 (Gallegos Vázquez 2018) con la que Guinea accede a la independencia no menciona específicamente el derecho a la sanidad. Se puede entender que, cuando en el artículo 3º estipula: *"El estado reconoce y garantiza los derechos y libertades de la persona humana recogidos en la Declaración de los Derechos Humanos..."*, hace suyo el artículo 25 de dicha Declaración.¹⁸ En dicha

¹⁷ *"En el mundo occidental, ha surgido la idea que considera a la salud como un bien comunitario, como un bien social, lo que constituye un gran acontecimiento sociológico del siglo XX desde el punto de vista médico y sanitario. La gran revolución conceptual que se ha ido produciendo en el segundo tercio de este siglo, y especialmente después de la II Guerra Mundial, es que la salud, que era un problema esencialmente individual, se ha ido transformando en un problema colectivo que afecta a toda la sociedad, la cual se preocupa por el estado de salud-enfermedad de cada ciudadano. Surge de esta manera el derecho a la protección de la salud y a los cuidados en la enfermedad como el último de los derechos humanos adquiridos, lo que da lugar a la instauración y complejidad de los modernos servicios de salud. Éste es el origen de la moderna sanidad, entendida como el marco confortable donde el individuo va a desarrollar sanamente su propia vida. La salud, y sobre todo los medios para conseguirla, ya no son una tarea individual, sino una obligación de los gobiernos para con sus ciudadanos. El Estado tiene el deber de procurar que el nivel sanitario se eleve, que tenga la mejor calidad posible y se asegure para todas las personas la asistencia médica adecuada, así como la prevención y el control de las enfermedades, el establecimiento de seguros de enfermedad y de invalidez, la educación sanitaria de la población, la promoción de la salud, etcétera."* (de Arana 2000).

¹⁸ El artículo 25 de la Declaración: *"1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. ..."*

Constitución, sólo se habla otra vez de la sanidad cuando se definen las competencias de las provincias. Las Constituciones de Macías y Obiang tampoco tienen referencias claras sobre la sanidad. En cualquier caso, las generalizadas menciones constitucionales tampoco se desarrollan y los servicios sanitarios funcionan sin referencia a ninguna ley o norma y sólo con la inercia de lo que se hacía en la colonia y de las prácticas introducidas por las cooperaciones internacionales. Leyes referentes a la sanidad son la Ley Nº 7/2006 del 2 de noviembre, 2006, llamada Reguladora del Ejercicio Sanitario Nacional en Guinea Ecuatorial, y la Ley por la que se aprueba la Política Farmacéutica Nacional adoptada en el año 2016 (Word Press, Ley de Guinea, Derecho Sanitario de Guinea Ecuatorial 2014; Comisión Ecuatoguineana de Juristas).¹⁹

Centros de atención y profesionales sanitarios

Para requerir atención médica y farmacéutica, los/las pacientes pueden acudir a diferentes tipos de centros. En la colonia, los centros eran casi todos públicos, ahora hay centros públicos, privados (sin que haya necesariamente correspondencia con lo que dicen las normas) y establecimientos para la medicina tradicional.²⁰ En la colonia, los hospitales

¹⁹ Una de las características que tienen las leyes en Guinea es que parece que se elaboran para exhibirlas ante organismos internacionales o para intentar dar cobertura a alguna actuación de estos. En este sentido, vemos que la referida Ley Nº7/2006, Reguladora del Ejercicio Sanitario Nacional en Guinea Ecuatorial, es bastante imprecisa. Llama la atención que dicha ley refiera a instituciones inexistentes; por ejemplo, en su artículo 11-b dice *“Para el desempeño de estas actividades (efectuar internado rotatorio de postgrado durante dos años en hospitales), el médico deberá fijar residencia en la localidad sede del establecimiento, lo cual será acreditado... por el Colegio de Médicos de su jurisdicción,”* (se refiere aquí a un inexistente Colegio de Médicos). (<https://leydeguinea.wordpress.com/2014/08/25/derecho-sanitario-de-guinea-ecuatorial/>)

²⁰ Centros sanitarios públicos: Hay dos grandes hospitales regionales, uno en Malabo y otro en Bata; hospitales en las cabeceras de las provincias, de distritos, de municipios y de las pedanías; dispensarios en determinados pueblos; puestos

generales de Malabo, Bata y de algunas ciudades del interior eran atendidos por médicos/as y practicantes. Los centros sanitarios de otras ciudades del interior eran atendidos, a su vez, por practicantes, casi todos españoles, hasta finales de los años 50, ayudados por auxiliares sanitarios que ellos/as mismos/as formaban para las necesidades inherentes.²¹

Al acceder a la independencia y marcharse los/las españoles/as, los pocos médicos guineanos que había (Alvar Sánchez 2016a; Alvar Sánchez 2016b), se quedaron a cargo de los centros. Al mismo tiempo, se empezó a enviar a estudiantes al extranjero. En 1985, la Cooperación Española impulsó la creación de la Escuela Nacional de Sanidad en Bata. Allí se empezaron a formar ATS (Asistente Técnico Sanitario). Con la creación de la Universidad de Guinea Ecuatorial en el año 1995, la Escuela de ATS pasó a ser la Escuela Universitaria de Enfermería; y en el año 2000, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud

de salud en los poblados. Centros de la Seguridad Social: Dos centros que llaman policlínicos (Loeri Comba en Malabo y Nuevo Inseso en Bata); y otros centros en las cabeceras de provinciales. Sanidad Privada, con Clínicas, Centros médicos, Consultorios (normales, chinos, y anexos a farmacias). Entre público y privado están: hay unos centros médicos, contruidos y equipados con recursos públicos, pero con gestión privada. Se trata de los Centros Médicos La Paz, uno en Bata y otro en Sipopo y los Centros Virgen de Guadalupe, uno en Malabo y otro en Mongomo. Centros de medicina "tradicional": La medicina tradicional se practica generalmente en casas anexas a la vivienda del/la curandero/a. Se pueden distinguir principalmente tres tipos: ndendé (curan previa adivinación del causante el mal), el/la curandero/a de males bruñeriles (que generalmente cura el evú mediando sacrificio de algún animal), y el/la curandera naturalista (en salones del rito *mimbili* y en templos de las iglesias que dicen practicar la sanación).

²¹ En la colonia, todos/as los/las profesionales sanitarios/as superiores venían de España, pues al igual que pasaría en todas las demás profesiones universitarias, sería hacia los finales de los años 40 y principios de los 50 cuando el gobierno español, a través de diversas instituciones, empezó a enviar a los/as guineanos/as a formarse para profesiones universitarias en el área de la salud (en el año en que Guinea Ecuatorial accedió al régimen de Gobierno Autónomo 1963, había 2 personas médicas y 5 practicantes). Sería en estos mediados de los años 60 cuando se creó la Escuela Nacional de Auxiliares Sanitarios para impartir a los/las auxiliares sanitarios/as una formación específica reglada.

de la Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial. Actualmente, hay muchos/as sanitarios/as nativos/as, pero con una diversidad de currículos,²² dependiendo de los diferentes países por donde se hubiesen formado.

Las percepciones de la enfermedad y atención sanitaria: Los itinerarios terapéuticos

Con las infraestructuras y los servicios profesionales mencionados anteriormente, se dispensa atención sanitaria a los/las habitantes de Guinea Ecuatorial. Antes de la implantación de un sistema biomédico de sanidad, en el imaginario de los/las guineanos/as había varios tipos de enfermedades: (1) enfermedades generadas en el organismo y que se podían curar con plantas medicinales, y (2) enfermedades relacionadas con lesiones producidas por prácticas brujeriles. Y éstas podían a su vez dividirse en las inducidas al/la paciente por otros/as (algunas de las cuales pueden dar lugar a lesiones similares a las del primer grupo) o las producidas por la propia actuación o participación malavenida brujeril del/la paciente (curables con rituales). Así clasifican las enfermedades entre las que pueden ser curadas por los/as sanitarios/as o con plantas, y las que sólo pueden ser curadas por los/as curanderos/as.

La implantación del sistema sanitario en la colonia, su eficacia en la cura de las enfermedades del primer grupo, y el hecho de que la autoridad colonial orientaba (y en algunos casos obligaba) a buscar los remedios a las enfermedades en los centros sanitarios,

²² Guinea Ecuatorial carece de Colegios Profesionales, salvo el de los/las abogados/as (que como cualquier institución guineana funciona sin criterios profesionales claros y con los del clientelismo del sistema): en consecuencia, no hay ni Colegio de Médicos/as ni de enfermeros/as. Por lo que no hay una institución que establezca unos criterios de competencia ni deontológicos para el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud.

hicieron que la gente acudiera preferentemente a dichos centros sanitarios. Pero como persistía y persiste en el imaginario de la población la existencia de enfermedades inducidas, y al no haber mecanismos para realizar un seguimiento sanitario adecuado a la mayoría de los/las pacientes, son estos/as mismos/as pacientes (desde siempre), y su entorno los/las que escogen uno u otro itinerario terapéutico. Así, cuando el nivel de la atención sanitaria reglada es bueno (por ejemplo, cuando había cooperaciones internacionales en los centros sanitarios), las gentes acudían mayoritariamente y prioritariamente a los centros sanitarios. Pero cuando dichos niveles se reducen, la gente acudía cada vez menos a los mismos (Alvar Sánchez 2016a; Alvar Sánchez 2016b).

En el último decenio de la colonia, la atención y cobertura sanitarias eran razonables. Incluso se decía que Guinea Ecuatorial tenía el mejor nivel de atención sanitaria de África Subsahariana, sólo por detrás de la República de Sudáfrica. Se trataba las enfermedades más comunes,²³ realizándose controles de la lepra, y vacunando periódicamente a los niños y las niñas contra la viruela y el sarampión. Se dotaba a la gente del llamado pasaporte médico, documento en el que se consignaban las vacunas realizadas a la persona y que estaba libre de la lepra. El sistema sanitario adolecía de especialistas para un tratamiento especializado (incluso operaciones de hernia), y los/las guineanos/as comunes que podían permitírsele iban a Camerún (por ejemplo, Enong Ngal). La asistencia sanitaria era gratuita íntegramente para todos los niños, todas las niñas, y escolares. Los/las funcionarios/as estaban asegurados/as. La asistencia por enfermedades como la lepra y la tuberculosis eran gratuitas, y el control era estricto.

²³ Las enfermedades comunes de la zona son la malaria, afecciones en vías respiratorias (resfriados, gripes, etc.), parasitosis diversas (sobre todo intestinales), enfermedades derivadas de la falta de higiene (tiña, sarna), y tuberculosis.

Con este nivel de asistencia sanitaria,²⁴ se accede a la Independencia. La marcha de los profesionales españoles incide en la calidad de la asistencia, sobre todo por falta de material, a pesar de la presencia de profesionales sanitarios/as extranjeros/as, sobre todo, procedentes de Cuba y China. Después del Golpe de Estado de 1979, el gobierno español se vuelca en cooperar con Guinea Ecuatorial en las áreas de la educación y la sanidad. De la implementación de muchos de los proyectos relativos se encargan la FERE y la FERS.²⁵ Éstos encontraron que, después de los once años de gobierno de Macías, las infraestructuras hospitalarias y el sistema implantado por las autoridades coloniales y cualquier tipo de organización de la atención médica dejaron de funcionar efectivamente (Alvar Sánchez 2016a; Alvar Sánchez 2016b). La asistencia sanitaria mejora mucho gracias a este apoyo y al de organismos internacionales como la UNICEF y Médicos sin Fronteras, que también dieron formación complementaria al personal nacional.

No obstante, la asistencia sanitaria se vio afectada por los roces que la Cooperación Española y la asistencia internacional fue teniendo con los agentes del gobierno (Maroto 2014). Esta situación llevó a algunos/as médicos/as a retirarse de los centros sanitarios oficiales e integrarse en los proyectos de la FERS (que empezaron a establecer sus propios centros de salud, mientras seguían apoyando los Puestos de Salud en algunos pueblos) y otros proyectos. Algunos pocos/as establecen sus consultorios médicos privados. A principios de los años 90, aumentan las fricciones entre el gobierno y las cooperaciones

²⁴ No obstante, empezaron a aparecer prácticas de corrupción que quiero mencionar, pues ya da malas señales de la poca conciencia y profesionalidad de algunos/as sanitarios/as. El/la practicante blanco/ca te prescribe unos medicamentos, supongamos inyecciones, las sacan de las farmacias, pero al administrar, los/las auxiliares cargaban el contenido de la ampolla en la jeringa, y con una carga inyectaban a varias personas, con lo que les sobraba varias ampollas del medicamento de que se trate, que luego vendían clandestinamente en los barrios o poblados.

²⁵ FERE es Federación Española de Religiosos de la Educación y FERS es Federación Española de Religiosos de Sanidad.

extranjeras, sobre todo las del sector social.²⁶ El momento coincidió con la confirmación de las expectativas de la producción de petróleo en Guinea Ecuatorial. Enfocados en estas expectativas, los ocupantes del poder vieron cualquier intento de organizar los sectores sociales como una posibilidad de empoderar a la población y amenazar su poder. Debido a estas percepciones, los ocupantes del poder fueron incomodando progresivamente a los/las extranjeros/as que trabajaban en los diferentes proyectos sociales donde tuvieran mucho contacto con la población (y principalmente en los sectores de la educación y la sanidad).

El informe que Médicos Sin Fronteras (1999)²⁷ publicó a su salida de Guinea Ecuatorial a finales del año 1999, explica su decepción y también la idea de que las autoridades

²⁶ Eran los años en que empezaron las presiones de grupos políticos de la oposición tanto exiliados/as como clandestinos/as del interior para que hubiera un cambio político en Guinea Ecuatorial que permitiera una participación de todos/as en los asuntos públicos.

²⁷ El informe de *Médicos Sin Fronteras: Guinea Ecuatorial Espacio Humanitario Imposible* describe muy bien la idea que las autoridades de Guinea Ecuatorial tienen de los servicios sociales. Como no tiene desperdicio, he hecho un amplio extracto de este: "Médicos sin Fronteras está presente en Guinea Ecuatorial desde 1989, cuando se hizo cargo del proyecto en el Hospital de Nsok-Nsomo, en el interior de la Región Continental. Fueron cuatro años en los que se formó al personal asignado al hospital, se consolidó un sistema de farmacia capaz de autogestionarse, se remodelaron las instalaciones, se dotó al hospital de vehículos para realizar la transferencia de los casos más complicados o permitir el acercamiento de los equipos sanitarios a las aldeas más aisladas en sus labores de atención y vigilancia epidemiológica. (...) llegando Nsok-Nsomo a su fin, MSF abandona el país, aun habiendo ya identificado la necesidad imperiosa de dotar a la ciudad de Bata de un Centro de Salud que cubriera la desatendida parte norte de esa ciudad. No tardamos demasiado en volver -apenas cuatro meses -, en regresar ya con los medios para poner en marcha ese proyecto del Centro de Salud, ... en un momento en que nuestros gobiernos mantenían un pulso frecuentemente tenso. La vuelta resultó descorazonadora. Los vehículos de Nsok-Nsomo habían sido vendidos por las mismas autoridades sanitarias y circulaban por Bata en servicios privados. La farmacia había sido saqueada, y apenas permitía al Hospital continuar sus actividades. La ilusión pudo más, y la convicción de que la gente merecía el esfuerzo nos hacía conscientes de que no bastaba con la atención sanitaria. Debíamos proteger también a esa población contra los abusos de una clase dirigente que no vacilaba en sacrificar los derechos más elementales si el beneficio lo justificaba. Entendimos que nuestra presencia evitaría que el pillaje al que fue sometido el Hospital de Nsok-Nsomo no se repitiera en Bata. El proyecto cristalizó en el Centro de Salud "La Libertad", que ha ofrecido en los últimos años una atención sanitaria de calidad a unos precios asumibles para gran parte de la población de Bata. Desde las autoridades sanitarias del país, no obstante, en la última fase del proyecto, se incumplieron sistemáticamente los acuerdos alcanzados y que garantizaban la independencia de la acción de Médicos sin Fronteras y el control de la ayuda, premisas básicas de la acción humanitaria." "En el momento en

guineanas piensan que se puede hacer negocios con los servicios públicos. Con esta idea de que todo es negocio (por ejemplo, extrayendo los recursos públicos y controlando y desviando los recursos de las ayudas humanitarias para el beneficio personal de los ocupantes del poder), se llega al *boom* del petróleo²⁸ y se produce un importante deterioro de la atención sanitaria pública. Se liquidó la incipiente organización que las cooperaciones intentaron implementar, sin construir un sistema sanitario digno de tal nombre. Estas carencias²⁹ derivaron en dejar en manos de los/as enfermos/os y sus

que el Centro de Salud gozaba de una saneada gestión que permitía gozar de incentivos al personal sanitario, el Ministerio de Sanidad revocó las asignaciones de personal iniciales, propuestas por Médicos sin Fronteras según el criterio de competencia y rendimiento, por funcionarios próximos políticamente al gobierno, atraídos por los flujos financieros que ese centro gestionaba. De ese modo, el esfuerzo en capacitación para el manejo de pacientes y correcta gestión económica del Centro quedaba anulado de la noche a la mañana, y aparecían los más pesimistas augurios sobre el futuro del Centro una vez entregado al Ministerio. La extensión necesaria para reemprender la formación del nuevo personal nunca fue aceptada por el gobierno, que no firmó el convenio aceptando los mínimos compromisos de estabilidad y respeto a los fondos y bienes gestionados por el Centro de Salud “La Libertad”. Médicos sin Fronteras considera inaceptables los obstáculos reiterados al principio de control de la ayuda humanitaria, y considera que, con ellos, se nos niega el acceso a una población que sufre las consecuencias directas de la corrupción de un régimen al que no parece importarle las consecuencias de su voracidad. En estas condiciones, Médicos sin Fronteras se ve obligada a abandonar el país, e intentar llamar la atención de la comunidad internacional sobre lo que sucede en Guinea Ecuatorial, y las repercusiones en la población civil.”

²⁸ La abundancia que produce la explotación del petróleo aumentó exponencialmente la corrupción y el abandono de los servicios públicos. Todos los/las dignatarios/as constituyen empresas reales o ficticias que ofrecen servicios en los mismos departamentos en los que son los/as jefes/as, facturando millonadas sin control. La única emisora de televisión que hay en Guinea Ecuatorial, Televisión Asonga, es propiedad de Teodorín, hijo del presidente y vicepresidente de la República (tiene otras empresas). Las únicas empresas de seguridad privada (como SONAVI) son propiedad de Armengol Ondo Nguema, general de policía por ser hermano del presidente, y delegado nacional de Seguridad; y la otras (como GARTOL) son propiedad de un hijo del presidente Obiang, Carmelo Owono Obiang, comandante de policía, anterior responsable de Policía de la Región Continental, y ahora es Secretario de Estado encargado de Seguridad Exterior.

²⁹ En los lugares donde hay un sistema sanitario organizado, cada persona tiene un seguro y un centro sanitario y médico/a de cabecera que le atiende en primera instancia y le puede derivar a otros lugares especializados. En Guinea Ecuatorial no hay nada de esto. En cambio, los servicios sanitarios están mercantilizados. Los/las médicos/as nativos/as que trabajan en centros sanitarios públicos están mal pagados/as y en condiciones laborales deplorables, por lo que o bien cobran los servicios al margen de sus salarios o alternan con consultorios privados.

entornos, evaluar su enfermedad y buscar el remedio,³⁰ dependiendo de los recursos de que disponga.³¹ Los/as altos/as dignatarios/as del régimen con muchos recursos van a las clínicas privatizadas construidas con dinero público³² y al extranjero, sobre todo cuando precisan de atención especializada (España y últimamente Túnez). Para las personas aseguradas, se dispone de los centros del INSESO. Y cuando se trata de enfermedades que precisan de atención especializada, los/as que pueden, van a países extranjeros como España y Camerún. La mayoría de la población con menos recursos y sin seguro, prepara y se toma sus propios brebajes. Si no les alivian, acuden a los centros públicos y ante las deficiencias de atención, acuden (en función de los recursos de que disponen) a las clínicas privadas (entre las que abundan las chinas y las coreanas), a cualquier farmacia, y/o se automedican con lo que compran en las farmacias o en los puestos callejeros. Y, por supuesto, acuden a curanderías (de diverso tipo) y a pastores/as de determinadas iglesias.³³

³⁰ El antropólogo Alvar Jones Sánchez (en la conferencia pronunciada el 5 de julio del 2016 en el marco del III Seminario Internacional sobre Guinea Ecuatorial organizado por el Centro de Estudios Afro hispánicos de la UNED, que se puede escuchar en: <https://www.canal.uned.es/video/5a6f3944b1111ff1408b4587>); Sánchez Jones, Alvar. 2016c), dice que, aunque desde las instancias sanitarias se dice que en torno a un 60% de la población acude antes a las curanderías, en la investigación que hizo resultó que las cosas ocurren al contrario: más del 60% de la población acude antes a buscar remedios biomédicos, y van después a las curanderías al no encontrar remedio en los centros biomédicos oficiales.

³¹ En los centros de alto standing que hemos dicho, los costes de atención son prohibitivos: consultas 100.000 Francos CFA; noche de hospitalización 100.000 F CFA. En los otros centros privados, las consultas giran entre 5 y 10 mil F CFA; un tratamiento de un paludismo fuerte en las clínicas chinas puede alcanzar las 50,000 Francos CFA. Por su parte en la sanidad pública, aunque las consultas son baratas, la falta de atención y el coste de los medicamentos (muchas veces prescriben recetas todos los días) torna la ratio coste-calidad muy negativo.

³² Centro Médico La paz de Sipopo-Malabo, Centro Médico La Paz de Bata, Clínicas Guadalupe de Malabo, Guadalupe de Mongomo.

³³ Muchos/as pastores/as de muchas iglesias prometen curación, por oraciones, aguas milagrosas, etc.

La gestión de COVID-19

En la sección anterior, he mencionado algunas de las características de las instituciones y el sistema sanitario, y los/las responsables que tuvieron que gestionar la crisis de COVID-19 en Guinea Ecuatorial. Los antecedentes de una enfermedad nueva como COVID-19 son el ébola y el VIH-SIDA. Afortunadamente, no se registró ningún caso de ébola en Guinea Ecuatorial. Pero el VIH-SIDA sí que sigue haciendo estragos en Guinea Ecuatorial (Nvé Díaz 2020). La falta de control por parte de las autoridades y el comportamiento de la población ante el VIH-SIDA son patrones que se están repitiendo en el caso de COVID-19.³⁴ Tratándose de la gestión de COVID-19, más que ver los datos técnicos de la evolución (que no se pueden obtener con fiabilidad) o investigar sobre la incidencia en franjas de población, zonas, modos de contagio o el comportamiento del mismo virus (que tampoco se pueden hacer), lo que interesa señalar son las circunstancias ligadas a las instituciones, autoridades y población, y su reacción y respuesta en los momentos sucesivos de la pandemia, y que nos permitan comprender los riesgos que dicha enfermedad ha supuesto para todas las personas envueltas.

³⁴ Las debilidades del sistema implican una falta de actuación sobre la población de mayor riesgo, y la dejación que permite a cada uno/a hacer lo que crea; de este modo muchos/as infectados/as de SIDA están yendo de curandería en curandería, e incluso hay iluminados/as que dicen curar el SIDA (por ejemplo, dentro del sector pastoral), sin que las autoridades hagan nada para evitar estas conductas. Una de las cosas curiosas en Guinea Ecuatorial es que muchos/as sanitarios/as se contagian de VIH, no de forma accidental, sino por prácticas de riesgo. Por su parte, la falta de educación sanitaria y las percepciones que los/las guineanos/as tienen sobre las enfermedades, hace que buena parte de la población guineana (cuando no sea negacionista) crea que contagiarse de VIH-SIDA es por mala suerte. Así, muchos/as no se suelen proteger y de esta forma han estado aumentando de forma alarmante los índices de contagio (de los que no se conoce el nivel real, por las dificultades que hay en Guinea de tener datos fiables sobre cualquier cosa).

Secuencia de las actuaciones del gobierno de Guinea ante COVID-19

Cuando se tuvo noticias sobre la aparición de COVID-19 en China, el gobierno en Guinea Ecuatorial, posiblemente, como la mayoría de los/las dirigentes del mundo, esperaban que la epidemia se iba a controlar, como había pasado con el primer SAR aparecido en China en el año 2003, y el MERS (Síndrome Respiratorio de Medio Oriente) aparecido en el 2012 (Park et al. 2018). Con esta idea, incluso el presidente Obiang envió una ayuda de 2 millones de dólares a China. Pero cuando ya se vio que el brote originado en China se estaba expandiendo, Guinea actuó con cierta lentitud, como la mayor parte de los países del mundo, ya que, quizás engañara la baja letalidad en China.

En el caso de Guinea Ecuatorial con respecto a COVID-19 (Le Point 2020), a falta de una entidad permanente de alerta epidemiológica, se constituyó la Comisión de Vigilancia y Respuesta de la Pandemia de COVID-19, compuesta por un Comité Político y un Comité Técnico (Guinea Ecuatorial Salud; Guinea Ecuatorial Press 2020). Las medidas se fueron tomando a remolque de los acontecimientos y de manera caótica, pues la Comisión se formó sólo después de que la OMS declarara el brote como una pandemia (a principios de marzo, 2020), cuando lo razonable era haberlo hecho antes, al ver que el brote estaba avanzando mucho en España, a donde los/las guineanos/as viajan mucho. El 12 de marzo, el gobierno publicó un comunicado estableciendo medidas preventivas, pero los protocolos de actuación en los aeropuertos no se pusieron en marcha hasta 2 días después (14 de marzo) y una vez identificado un primer caso positivo (una mujer guineana que regresó de Madrid el día 2 de marzo). Esta falta de diligencia favoreció la propagación de un virus que se podía haber atajado fácilmente, pues cuando se anuncia este caso positivo, habían entrado en el país ya varias personas procedentes de zonas de riesgo. La detección

de este primer caso no fue gracias a protocolos en los aeropuertos, sino porque dicha señora se sintió mal. Y al hacersele las pruebas, dio positivo. Aunque se movió para rastrear sus contactos, no se pudo evitar que el virus se propagara.

Fue el día 17 marzo de 2020 cuando el Presidente dirigió un mensaje a la nación avisando del peligro del virus. Se convocó a los/las que regresaron del extranjero con posterioridad al 12 de febrero a ponerse en contacto con las autoridades sanitarias, para meterles en cuarentena y hacerles las pruebas. Y en los días siguientes, apareció un goteo de otros casos, de pasajeros/as que procedían de diferentes países afectados, pero afortunadamente detectados en los aeropuertos. El 21 de marzo, el gobierno anunció la movilización de recursos para combatir la pandemia (Guinea Ecuatorial Salud).³⁵ En el día 23 de marzo, se reforzaron las medidas cautelares. Y cuando terminó el mes de marzo de 2020, ya había 14 casos positivos. Se declaró el estado de alarma principios del mes de abril. El 13 de abril, el gobierno decretó extremar las medidas de restricción al registrar el primer contagio local en Malabo. El mismo día 13 se anuncia que en una plataforma petrolífera de la empresa Exxon Mobil llamada Serpentina, se habían registrado 20 contagiados. Y el día 15 se confirman otros 10 casos. Y se prorroga el estado de alarma en el país hasta el 30 de abril. El 17 de abril se anuncia una subida importante de contagios locales en Malabo. El 22 de abril, se declara el primer fallecido por COVID-19 en Malabo.

Cuando los casos iban incrementándose diariamente, se produjo un caos en los centros sanitarios debido a no tomarse a tiempo medidas como mejorar y hacer funcional el equipamiento sanitario adecuado, formar al personal destinado en los diferentes

³⁵ El gobierno de Guinea Ecuatorial dedicó sólo un 2,7 % a la Sanidad, igual que Gabón (por citar los países de la zona CEMAC), Congo 3,4; Camerún 5,1; Centroáfrica, 4,8; Chad, 4,6.

subcomités y a los/as encargados/as de tratar los casos, mejorar la coordinación y establecer protocolos claros de derivación de sospechosos al hospital habilitado al efecto en Sampaka (Guinea Ecuatorial Press 2020; Guinea Ecuatorial Salud 2020). Ante cualquier sospecha, derivaban a la gente para el tratamiento de COVID-19, aun cuando no había diagnóstico.³⁶ En ocasiones, los/as sanitarios/as desaparecían ante cualquier enfermo con algún síntoma compatible con COVID-19: murieron varias personas por falta de atención, o por una deficiente formación en el manejo de los pocos equipos que había (respiradores, ventiladores). En los momentos álgidos del crecimiento de casos positivos, muchas personas dejaron de acudir a los hospitales. Y muchos sanitarios que trabajaban en los diferentes centros estaban muy preocupados por la falta de formación, información y medios. Fue cuando se produjo el incidente de la enfermera Nuria Obono (Micó Abogo 2020).³⁷ Otra circunstancia que supuso un agravamiento de la situación de COVID-19 fue que algunos de los/las guineanos/as que iban periódicamente a Camerún o España para cuidarse de determinadas enfermedades, ante la imposibilidad de salir del país, fallecieron.

³⁶ Algunos familiares de los/as primeros/as fallecidos/as denunciaron que cuando su familiar se sintió mal, llamaron al número habilitado. Y que tardaron en venir más de 48 horas; y en ese tiempo el paciente no recibió ninguna atención, y al fallecer fue cuando se le tomaron las muestras post mortem, dando positivo después del análisis.

³⁷ A mediados de abril, cuando estaban subiendo los casos positivos, Nuria Obono, una enfermera que trabaja en el Policlínico Loeri Comba de Malabo, mantuvo una conversación telefónica con una amiga suya, transmitiéndola su preocupación, porque estuvieron atendiendo a una persona que luego resultó que dio positivo de COVID-19. Estaba preocupada por la desprotección y el hecho que todo lo que decían de que el hospital de Sampaka estaba equipado y que la UCI estaba bien, era mentira. Tuvo una reprimenda pública del ministro de Sanidad, Dr. Salomón Nguema Owono. Y se la metió en la cárcel. El tema tuvo mucha repercusión mediática. Plácido Micó escribió un artículo que se puede leer en <http://www.asodeguesegundaetapa.org/represion-en-perido-de-alarma-sanitaria-el-caso-de-nuria-obono-ndong-andeme-placido-mico/>. El Ministro se quedó avergonzado y fue liberada un día después.

Información

En la gestión de una emergencia como la de COVID-19, el manejo de la información es muy importante. Pero en Guinea, uno de los países con los peores índices en libertad de expresión, la manipulación de la información es, si cabe, más torticera. Es cierto que hicieron mucha publicidad y replicaron las medidas recomendadas por la OMS. Por ejemplo, al principio, cuando apareció el primer caso, se empezó a publicar el número de contagiados con regularidad, proporcionando datos como el sexo, la nacionalidad, la edad, el lugar de residencia, etc. (OMS 2020). Pero cuando va incrementándose la cifra de resultados positivos, las autoridades se fueron poniendo nerviosas. Y cuando comunicaron los primeros fallecimientos, parece que interesaba subrayar que tenían enfermedades previas, soslayando la falta de atención y el caos en los centros sanitarios. El 6 de mayo, al alcanzarse los 500 casos positivos, dejaron de publicarse los datos con regularidad. Se produjeron tensiones con la representante de la OMS, que se habría negado a avalar los datos del gobierno guineano; éste pidió su relevo sin razonar los motivos. El 28 de mayo, 3 semanas después de suspender la publicación de los datos, se anunció la cifra de 1,043 positivos y 12 fallecidos/das. Se dejaron de publicar definitivamente los datos, hubo un manto de silencio y se dio rienda suelta a la desinformación.³⁸ La intención de manipular la información y los datos queda clara con lo que dice el viceministro de Sanidad Dr. Dámaso Mitoha Ondo en la rueda de prensa mantenida el 13 de julio, 2020 (*“el hecho de paralizar el ofrecimiento de los datos sobre la*

³⁸ La falta de información sobre la evolución de COVID-19 provocó que la embajadora americana Susan Stenvenson se quejara ante el ministro de Estado de Sanidad, entonces Salomón Nguema Owono, el día 19 de mayo. Y repite la misma preocupación al viceministro del ramo Dámaso Mitoha Ondo Ayecaba el 18 del mes de junio, cuando le dijo: “Nosotros no podemos abrir nuestro consulado y extender visados hasta que sepamos que el brote está controlado.”

pandemia fue porque hay unos individuos malintencionados, quienes ya estaban utilizando los datos para otros fines”), y en el seminario-taller a periodistas sobre el manejo de la información de la pandemia que organiza Sanidad el 19 de agosto, 2020.

Y cuando la población había perdido todo el interés por los datos, el Gobierno reanuda su publicación, pero dan datos diferidos,³⁹ y menos entendibles (con curvas y gráficas), cuando lo que interesaba a la gente era la cantidad de gente contagiada y en qué lugar están y en cuál es su estado. El 13 de julio, empezaron a dar los datos del periodo del 1 al 15 de junio. Cada 2 semanas, se ofrecían los datos de las 2 semanas que precedían a las 2 semanas anteriores a la fecha en que se publicaban los datos; por ejemplo, los datos del período del 16 al 30 de junio se publicaron el día 20 de julio. Y así siguieron hasta publicar los últimos datos⁴⁰ el 1 de octubre que cubrían del 15 al 30 de septiembre: en este último reporte informaron de un total de 5,045 casos acumulados, con 4,879 recuperados y 83 fallecidos, de los que 363 son sanitarios que acumulan 5 fallecidos (insisten en la baja letalidad, 1,65 por debajo de la media de África).

³⁹ Cuando el día 13 de julio del año 2020 reanudaron la publicación de datos, lo hacen en diferido e informan de 3,017 casos positivos y 51 fallecidos/as (estos datos que publican el día 13 de julio se refieren al período que va del 1 de junio al 15 de junio). Los que dan el día 20 de julio 3,071 casos, son del 15 de junio hasta el 30 de junio; el 31 de julio anunciaron 4,821 positivos acumulados y 83 muertos/as, al 15 de julio; el 22 de agosto, 4,926 casos (actualizados al 31 de julio), 83 fallecidos/das; el 1º de septiembre se dice que hay 4,941 casos (actualizados al 15 de agosto), 83 fallecidos/das y el 3 de septiembre se publican datos del 31 de agosto en 4,961 positivos acumulados. Y así siguieron cada dos semanas, hasta que el 1º de octubre de 2020 anuncian casos acumulados en un total de 5,045 casos. De los 5,045 casos confirmados, dijeron 4,879 se han recuperado y 83 habían fallecido (tasa de letalidad de 1,65, por debajo de la media de la región de África). Entonces, el día 1 de octubre de 2020, los casos activos aislados eran 76. Un total de 363 sanitarios/as se habían contagiado y 5 fallecieron. (Véase Instituto Nacional de Estadística de Guinea Ecuatorial (INEGE) <https://inege.gq/>).

⁴⁰ Fecha de los últimos datos antes de la conclusión del artículo.

La falta de información era inversamente proporcional a la propaganda: se anunció a bombo y platillo la adquisición del material y la realización de obras, supuestamente para combatir la pandemia. En este sentido, cabe destacar el anuncio de la adquisición del remedio *malgache covid organic* (primeros de mayo del 2020) (Anadolu Agency 2020), el remedio *remdesivir* (10 de julio, 2020), y la instalación de robots para reforzar el control en los aeropuertos y hospitales (26 de septiembre, 2020). También anunciaron los supuestos resultados positivos de su gestión, que Guinea Ecuatorial era el sexto más seguro de África, por delante de Sudáfrica, Argelia y Ghana (11 de septiembre del 2020), y el alta de los tres últimos ingresados en el hospital de Sampaka (14 de septiembre del 2020). El día 21 de septiembre, se anunciaron ocho nuevos ingresos de enfermos de coronavirus. En la misma línea de propaganda, anunciaron donaciones como la del Vicepresidente ⁴¹ de su salario mientras dura COVID-19 incluyendo 4 millones de mascarillas, y la entrega de dinero a los partidos políticos para atender a sus militantes, mientras el trasiego diario de grupos progubernamentales incluía la donación de artículos de primera necesidad y alimento a las personas más desfavorecidas (Guinea Ecuatorial Salud).⁴²

⁴¹ El Vicepresidente de Guinea Ecuatorial, Teodoro Nguema Obiang Mangue, es el hijo del presidente y delfín de su padre. Además de vicepresidente, es el encargado de la Defensa y Seguridad del Estado. Es un depredador y despilfarrador de recursos públicos, con procesos judiciales abiertos, por eso, en Francia, Suiza y España.

⁴² No es que esté mal ayudar a gente necesitada. Pero aquí siempre se hace y se ha hecho siempre para que la gente, a la que previamente se ha desempoderado, esté siempre dependiente del sistema y "agradecida" a este, ya que son ayudas que se reparten como favor y no como un derecho que tiene los/as ciudadanos/as. Cuando el partido CPDS entregó lo que le correspondió como partido a la Cruz Roja (porque lo consideraba como el mejor canal para dar este tipo de ayudas), recibió agrias críticas del partido gubernamental.

Respuesta de la población

La respuesta de la población en general (una población con deficiente cultura sanitaria) se caracteriza por determinadas actitudes negativas como el negacionismo, la falta de conciencia y la falta de respeto de las normas. Buena parte de la población guineana niega la existencia de COVID-19, actitud que pueden manifestar abiertamente, o que puede deducirse de comportamientos como no ponerse la mascarilla ni guardar de la distancia social en lugares de mucha concurrencia.⁴³ En Guinea Ecuatorial, la costumbre o la cultura de no cumplir las normas, influyó en el escaso caso de las recomendaciones. Al principio, algunos/as las observaban cuando se informaba de la subida del número de contagiados y de muertes por COVID-19, pero cuando se dejó de publicar los datos, las observaban cada vez menos. Esta falta de conciencia se percibe en los/as viajeros/as que llegaron al país después del día 15 de febrero de 2020 y procedentes de países de riesgo. Aun cuando no se había establecido la obligatoriedad de cumplir un determinado protocolo, si los/las propios/as viajeros/as hubieran sido conscientes, habrían guardado una cuarentena voluntaria; pero en cambio, se mezclaron con familiares, amistades y personas conocidas. En la misma línea, las gentes no dejaron de reunirse en funerales, fiestas, y en bares clandestinos en las casas. Pero la situación era tan preocupante que el 12 de agosto de 2020, el Ministerio de Seguridad Nacional anunció que impondrían multas por no llevar mascarillas. Pero esto no cambió en nada el comportamiento de las gentes.

⁴³ Hace varios años se dejó de pagar a los/las funcionarios/as en las habilitaciones de los correspondientes departamentos y se les obligó a abrir cuentas bancarias. Resulta que con los salarios son tan exigüos, cuando llega el final de mes, todo el mundo tiene necesidad de cobrar. Y se forman impresionantes colas en las sucursales de los bancos. En esos momentos de pandemia, las sucursales de los bancos han sido lugares de mucho riesgo, debido a la falta de conciencia, y la incapacidad de organización, y debido a que la gente se ha seguido aglomerando mucho en dichos lugares. Por su parte, algunas iglesias fueron cerradas porque hicieron cultos cuando estaba prohibido (por ejemplo, la iglesia Deja de Sufrir).

El día 28 de mayo de 2020, el Ministerio de Sanidad anunció que estaban haciendo investigaciones sobre las posibilidades de una planta (*alstonia boonei*), usada tradicionalmente como remedio de varios males, para aliviar los efectos de la infección de COVID-19. Por otro lado, circularon en las redes sociales, informaciones sobre la posible eficacia contra la COVID-19 de otras muchas plantas medicinales usadas en Guinea Ecuatorial. Estos dos fenómenos pueden haber producido un efecto negativo y otro positivo. El efecto negativo sería que los/las que creen más en el origen esotérico de las enfermedades, se inclinarán a buscar este tipo de remedios, sin verificar previamente su eficacia, en lugar de acudir a los centros sanitarios. Y el efecto positivo sería que muchas personas habrían empezado a tomar, con cierta frecuencia, productos de plantas conocidas tradicionalmente como buenas para curar, sobre todo, afecciones respiratorias, o a aumentar las defensas, lo que sí pudo haber podido ayudar a mitigar la virulencia de la enfermedad.

Respuesta de las autoridades

La respuesta que las autoridades dieron a la emergencia de COVID-19 deriva de dos de las principales causas de los males que sufre la sociedad guineana (y que se retroalimentan): el incumplimiento de las leyes y la corrupción. Llama la atención el hecho de que, en manifestaciones públicas, las autoridades llamadas a hacer cumplir las normas estén apelando a la "buena voluntad" de las gentes para cumplir las normas en lugar de tomar medidas para que se cumplan. Además, dichas autoridades son las primeras que habilitan vías para contravenirlas, a su conveniencia, para beneficio personal o para reafirmar o conservar su poder. Este comportamiento de las autoridades ha impregnado tanto en la

población que, ésta ya está hecha a no respetar las normas. Y como consecuencia, las medidas, como el porte de las mascarillas, la evitación de las aglomeraciones, la guarda de la distancia social, no fueron suficientemente respetadas. Como botón de muestra, muchas personas estuvieron organizando actos de masiva concurrencia (fiestas, funerales, etc.), a la vista de las autoridades, no sólo sin ninguna consecuencia, sino incluso con la participación u organizadas por las propias autoridades.

En la situación de COVID-19, se vio cómo las autoridades se las arreglaban para sacar el mayor provecho personal de la misma. En un país que funciona como se ha descrito, es obvio que sea difícil conseguir datos de una posible desviación de fondos públicos para beneficio personal. Sin embargo, se han observado hechos de corrupción que apuntan a que tal desvío fue probable: (1) Muchos funcionarios expedían los certificados de pruebas de PCR negativos (sin tener que pasar la prueba), a cambio de dinero; (2) otros cobraban para eximirle de guardar la cuarentena a pasajeros precedentes del extranjero; (3) se llevaba a los/as pasajeros/as que tenían que guardar la cuarentena necesariamente a hoteles pertenecientes a las autoridades; y (4) se establecieron restricciones de circulación entre los distritos (demarcación territorial). Para ello se colocaron barreras en los límites entre los mismos, y sólo se permitía el paso a personas con la autorización del/la delegado/a de gobierno (por ejemplo, jefe administrativo del distrito correspondiente). Resultó que los/as delegados de gobierno estuvieron cobrando por expedir dichas autorizaciones, que en realidad se expedían a casi todas las personas que las pedían, y así, hubo mucha más circulación de gente que lo que hubiera sido de desear. Además, ya sea porque uno/a no tenía dicha autorización o porque a los/as encargados/as de las barreras las rechazaban, se cobraba a los/las pasajeros/os por ir de un distrito a otro.

Conclusión

El caso de los contagios en una plataforma petrolífera es revelador de lo que ha pasado con la pandemia de COVID-19 en Guinea Ecuatorial. En efecto, el día 13 de abril de 2020, se anunciaron 20 casos de positivos en la plataforma Serpentina de la empresa Exxon Mobil, en la que había unos 100 trabajadores. Y el día 15 de abril, se confirmaron 10 casos más. Resulta que cuando tal cosa ocurre, hacía más de un mes del anuncio del primer caso y del establecimiento de los protocolos. Ocurre que muchas personas que trabajan en las plataformas (contratadas por agencias de contratación pertenecientes a prohombres del régimen) llegan periódicamente del extranjero. Las personas encargadas de recoger a los/las recién llegados en los aeropuertos, los/las llevan a hoteles y luego directamente a las plataformas, casi siempre, sin pasar ningún control. También, personas funcionarias de los Ministerios de Minas e Hidrocarburos, de Aduanas y personas trabajadoras de la Empresa pública GEPETROL, van periódicamente a las plataformas, se quedan varios días y regresan a tierra, igualmente sin ningún control (intocables que no atienden a ninguna norma). Así, 3 personas se enfermaron de COVID-19 en la plataforma, y antes del diagnóstico, otras muchas también, y que eran las que habían tenido contacto con ellas en Malabo. De esta forma, la debilidad institucional que genera la cultura de la inmunidad e impunidad de los responsables públicos ha puesto en grave riesgo a la población guineana. Así se manifiesta en una queja que hace el Comité Técnico de la Comisión de Vigilancia y Respuesta de COVID-19, el día 2 de octubre, 2020 que dice: *Autoridades públicas y castrenses se niegan a ponerse en cuarentena al regresar de un viaje* (Ahora EG 2020). Es el comportamiento habitual y que coloca en grave riesgo a la población guineana.

El riesgo de la pandemia de COVID-19 en Guinea Ecuatorial fue muy grande. Afortunadamente, hoy en día, no parece que la incidencia de COVID-19 en Guinea Ecuatorial sea la que se auguraba. Pero no ha sido por las medidas tomadas sino por circunstancias que se están investigando sobre la débil incidencia de COVID-19 en África en general (France Info 2020). En el caso de Guinea Ecuatorial, es posible que algunas condiciones, como la poca densidad de población (un poco más en Malabo, de ahí la mayor incidencia de COVID-19 en Malabo), el vivir en espacios abiertos donde se reducen las posibilidades de contagio y otras causas señaladas, hayan reducido las posibilidades de una incidencia catastrófica a fecha de hoy.

Post data

Este artículo se elaboró en el mes de octubre el año 2020. En este día en que se revisa, 23 de marzo de 2023, Guinea lleva 4 semanas con un brote del virus de Marburgo, que ya ha dejado cerca de una veintena de fallecidos. El primer foco se detectó en un pueblo del distrito de Nsoc Nsomo. Se produjeron cuatro decesos en un mismo entorno de personas que presentaban los mismos síntomas. Saltó la alarma. Y cuando otras 2 personas tuvieron síntomas similares y se las trasladó al hospital de Ebibeyín (capital de la provincia de Kie Ntem), se les tomaron las muestras antes de que fallecieran. Y dieron positivo en el virus de Marburgo. Fue el día 13 de febrero de este año cuando el ministerio de Sanidad dio estos primeros datos (Ahora EG 2023). El 22 de marzo de 2023, tuvo lugar una reunión del llamado Comité Político de Vigilancia y Respuesta a las Emergencias (creado con motivo del Coronavirus) y se informó de otros focos adicionales del virus de Marburgo, uno en un barrio de Bata (a 200 km del primer foco) y otro en Evinayong (a unos 150 Km del primer

foco). Del foco de Bata, han fallecido 6 personas y 2 personas del foco de Evinayong, que sumados a los/as 10 fallecidos/as del brote de Nsoc Nsomo, sumarían unos 18 fallecidos/as.

Lo que hemos descrito sobre el comportamiento de la gente y de la debilidad institucional explica que el virus Marburgo haya saltado y se haya extendido a estos otros focos. Habría pasado lo siguiente: algunas de las personas que habrían estado en contacto con algunos de los/as fallecidos/as o enfermos/as del primer foco (Nsoc Nsomo), en lugar de tomar precauciones y abstenerse de circular, se habrían trasladado (clandestinamente, según palabras del ministro de Sanidad) a los otros lugares (Bata y Evinayong) donde posteriormente se han enfermado, han contagiado a otros/as y han fallecido. La ineficacia en la aplicación de las normas explica, por su parte, que no se haya podido impedir que dichas personas salieran del lugar del primer foco, ni las hayan podido encontrar mediante un eficaz rastreo. En las mismas declaraciones hechas por el ministro de Sanidad a la salida de la reunión del Comité, dijo que estaban elaborando una resolución para el levantamiento de algunas de las restricciones relativas a las implicaciones del nuevo virus.

Volviendo, pues, a COVID-19, después de los problemas de información y de publicación de datos que hemos comentado, parecía que la población se resignó. Y a los datos sólo se podía acceder mediante una página web (Guinea Ecuatorial Salud). En estas circunstancias no fue posible para la mayoría de la población conocer la evolución de la pandemia en Guinea Ecuatorial. El 15 de febrero del año 2021 se inició una campaña de vacunación con la vacuna BBIBP-CorV de Sinopharm, donada por China. El gobierno adquirió otro lote de vacunas. El 7 de marzo se produjo otra emergencia, las explosiones de dinamita en los silos del cuartel de intervención rápida de Nkoantoma, Bata. Los

movimientos de población generados por este motivo debieron suponer un aumento de los contagios por COVID-19, pero la gravedad de la emergencia hizo que la atención a la COVID-19 fuera menor durante varios meses. La evolución de los contagios, según la página web que he mencionado (Guinea Ecuatorial Salud) va desde los 5,045 casos acumulados, con 4,879 recuperados/as y 83 fallecidos/as. El informe del 1 de octubre, 2020 (Guinea Ecuatorial Salud 2020) especifica 12,786 casos confirmados y 12,032 recuperados/as. El informe del 11 de septiembre, 2021, apunta 155 fallecidos/as (Guinea Ecuatorial Salud 2021). En el apartado 'Estadísticas' de la página, en una actualización hecha el 17 de febrero de este año 2023, se da cuenta de 17,130 casos acumulados de COVID-19, con 16,907 recuperados/as y 183 fallecidos/as. También se indica que se vacunaron con la primera dosis 270,109 personas, 214,032 personas con la segunda dosis y 4,597 o la tercera dosis (Guinea Ecuatorial Salud 2023).

Referencias

Acemoğlu, Daron y James A. Robinson. 2013. *¿Por qué fracasan los países? Los orígenes del poder, la prosperidad y la pobreza*. Deusto, Bilbao.

Ahora EG. 2023. Ciencia y Salud: Virus de Marburgo. *Ahora EG*. Febrero 28. Accedido en julio 22, 2023. <https://ahoraeg.com/ciencia-y-salud/salud/2023/02/28/virus-de-marburgo/>

Ahora EG. 2020. Ciencia y Salud: COVID-19, Autoridades Públicas y Castrense Se Niegan a Ponerse en Cuarentena al Regresar de un Viaje. *Ahora EG*. Octubre 2. Accedido en 2020. <https://ahoraeg.com/salud/2020/10/02/covid-19-autoridades-publicas-y-castrenses-se-niegan-a-ponerse-en-cuarentena-al-regresar-de-un-viaje/>

- Álvarez Chillida, Gonzalo, y Rosa M.^a Pardo Sanz. 2022. La Independencia de Guinea Ecuatorial: El Hundimiento de un Proyecto Neocolonial (Septiembre de 1968 a Mayo de 1969). *Hispania*, 82(270), 201-232.
- Anadolu Agency (AA). 2020. Madagascar donates anti-COVID-19 drug to Eq. Guinea. Equatorial Guinea is the first country to receive herbal concoction, touted to cure coronavirus patients. *Anadolu Agency (AA)*. Mayo, 5. Accedido en julio 10, 2023. <https://www.aa.com.tr/en/africa/madagascar-donates-anti-covid-19-drug-to-eq-guinea/1825645>
- Asodegue Segunda Etapa. 2020. Noticias de Guinea Ecuatorial. La OMS asegura que no ha falsificado los datos de la pandemia en Guinea Ecuatorial. Agencia Lusa. *Asodegue Segunda Etapa*. Junio, 2. Accedido en julio 23, 2023. <https://www.asodeguesegundaetapa.org/la-oms-asegura-que-no-ha-falsificado-los-datos-de-la-pandemia-en-guinea-ecuatorial-agencia-lusa/>
- Comisión Ecuatoguineana de Juristas. Legislación de Guinea Ecuatorial. Disponible en: <https://www.juristasge.org/es/leyes>
- de Arana Segovia, José María. 2000. Asistencia sanitaria y Seguridad Social en España. *Papeles y memorias de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, (8), 14-25.
- Engama Obono, C. M. 2016. *Estudio de los indicadores sanitarios de Guinea Ecuatorial*. Trabajo fin de grado de enfermería, Universidad de Tenerife.
- France Info. 2020. L'OMS explique pour quoi l'Afrique résiste au Covid-19. *France Info*. Septiembre 30. Accedido en julio 10, 2023. https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/algerie/l-oms-explique-pourquoi-l-afrique-resiste-au-covid-19_4121215.html
- Gallegos Vázquez, Federico. 2018. La independencia de Guinea Ecuatorial. En *El año de los doce mayo. 1968*. Prado Rubio, Erika, Leandro Martínez Peñas, Manuela Fernández Rodríguez (Eds.). España, Omnia Mutantur.

- Guinea Ecuatorial Salud. 2023. Estadísticas. Indicadores Básicos. *Guinea Ecuatorial Salud*. Febrero, 17. Accedido en julio 10, 2023. <https://guineasalud.org/estadisticas>
- Guinea Ecuatorial Salud. 2021. Archivos. Informes. Septiembre, 11. *Guinea Ecuatorial Salud*. Accedido en julio 10, 2023. <https://guineasalud.org/archivos/informes/infome110921.pdf>
- Guinea Ecuatorial Press. 2020. Guinea Ecuatorial dispone de un protocolo de actuación para hacer frente al coronavirus. *Guinea Ecuatorial Press*. March 16. Accedido en julio 10, 2023. <https://guineaecuatorialpress.com/noticias/guinea-ecuatorial-dispone-de-un-protocolo-de-actuacion-para-hacer-frente-al-coronavirus>
- Guinea Ecuatorial Salud. 2020. Archivos. Informes. *Guinea Ecuatorial Salud*. Octubre 1. Accedido en julio 10, 2023. <https://guineasalud.org/archivos/informes/infome011020.pdf>
- Guinea Ecuatorial Salud. Disponible en: <https://guineasalud.org/>
- Guinea Ecuatorial Salud. Plan de Introducción de la Vacuna COVID-19 en Guinea Ecuatorial. *Guinea Ecuatorial Salud*. <https://guineasalud.org/>
- Guinea Ecuatorial Salud. 2020. República de Guinea Ecuatorial. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social. Comité Técnico de Vigilancia y Respuesta ante la Pandemia COVID-19. Protocolo de Manejo Clínico de Pacientes con Covid-19. *Guinea Ecuatorial Salud*. October 3. Accedido en julio 2023. <https://www.guineasalud.org/archivos/Protocolos/001ProtocoloManejoClinicoCasosCOVID19.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística de Guinea Ecuatorial (INEGE). 2020. Impacto De La Pandemia Covid-19 En La Economía De G.E. INEGE. Accedido en julio 20, 2023. <https://inege.gq/index.php/impacto-de-la-pandemia-covid-19-en-la-economia-de-g-e/>
- Le Point. 2020. Covid-19 : Pourquoi l'Afrique ne va pas si mal. *Le Point*. Septiembre 25. Accedido en julio 20, 2023. https://www.lepoint.fr/afrique/covid-19-pourquoi-l-afrique-ne-va-pas-si-mal-25-09-2020-2393682_3826.php#11

- Maroto Blanco, Jose Manuel. 2014. La Ayuda Oficial al Desarrollo española en Guinea Ecuatorial: un análisis crítico. *Cuadernos Geográficos*, 53 (1): 1–27.
- Médicos Sin Fronteras (MSF) 1999. Guinea Ecuatorial: El espacio humanitario imposible. Dossier Diciembre, MSF. Accedido en julio 22, 2023. <http://www.cmeyanchama.com/Documents/Guinee/1999MSF.pdf>
- Micó Abogo, Plácido. 2017. Guinea Ecuatorial: Estado sin Ley. *Asodegue Segunda Etapa*. Febrero, 17. Accedido en julio 22, 2020. <http://www.asodeguesegundaetapa.org/guinea-ecuatorial-estado-sin-ley-placido-mico-abogo-diputado-de-cpds/>
- Micó Abogo, Plácido. 2020. Represión en Periodo de Alarma sanitaria: El caso de Nuria Obono Ndong Andeme. *Asodegue Segunda Etapa*. Febrero 17. Accedido en julio, 22, 2020 <http://www.asodeguesegundaetapa.org/represion-en-perido-de-alarma-sanitaria-el-caso-de-nuria-obono-ndong-andeme-placido-mico/>
- Ndong-Bidyogo, Donato. 1977. *Historia y Tragedia de Guinea Ecuatorial*. Madrid: Editorial Cambio 16.
- Nerín Abad, Gustau. 2023. La larga sombra del franquismo tropical. Historiografía colonial, nacionalismo, etnicidad y construcción de la historia propia en Guinea Ecuatorial. *Historia social*, (105), 45-64.
- Nistal Rosique, G. 2007. *El caso del español en Guinea Ecuatorial*. Instituto Cervantes de Cervantes, 73–76. Retrieved from https://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_06-07/pdf/paises_08.pdf
- Nsé Angüe, Amancio Gabriel, and Micó Abogo, Plácido. 2016. La oposición guineana entre dos ‘diálogos nacionales’ (1993–2014). *Endoxa*, 37, 413–462.
- Nsé Angüe, Amancio Gabriel. 2011. *La democracia en Guinea Ecuatorial: dificultades de un proceso*. Madrid: Editorial Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Nvé Díaz San Francisco, Carolina. 2020. The Dictatorship of Biomedicine in Equatorial Guinea. *Ufahamu: A Journal of African Studies*, 42(1).

Organización Mundial de la Propiedad Intelectual. Guinea Ecuatorial. Constitución de la República de Guinea Ecuatorial. *Organización Mundial de la Propiedad Intelectual*. Accedido en julio 22, 2023. <https://www.wipo.int/wipolex/es/legislation/details/7988>

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2020. Situation reports on COVID-19 outbreak, 18, March 2020. *Organización Mundial de la Salud, OMS*. March, 18. Accedido en julio 22, 2023. <https://www.afro.who.int/pt/node/12420>

Park, J. E., Jung, S., and Kim, A. 2018. MERS transmission and risk factors: a systematic review. *BMC public health*, 18(1), 1-15.

Sánchez Jones, Alvar. 2016a. *Marcos formales, recorridos informales: las lógicas del consumo terapéutico en Guinea Ecuatorial*. Plan de estudios: el Mundo Hispánico: Patrimonio Intercultural (Doctoral dissertation, Universidad de Castilla-La Mancha).

Sánchez Jones, Alvar. 2016b. De la compasión a la capitalización de recursos. Los centros de salud confesionales españoles en el marco de la cooperación sanitaria española en Guinea Ecuatorial. *Revista de Antropología Social*, 25(2), 317-340.

Sánchez Jones, Alvar. 2016c. Representaciones de la eficacia terapéutica en Guinea Ecuatorial en Serie: III Seminario Internacional Sobre Guinea Ecuatorial. *Canal UNED*. Accedido en julio 22, 2023. <https://www.canal.uned.es/video/5a6f3944b1111ff1408b4587>

Word Press. 2014. Ley de Guinea. Derecho Sanitario de Guinea Ecuatorial. *Word Press*. Agosto 25. Accedido en julio 22, 2023. <https://leydeguinea.wordpress.com/2014/08/25/derecho-sanitario-de-guinea-ecuatorial/>

Word Press. 2014. Legislación de Guinea Ecuatorial. *Word Press*. Accedido en julio 22, 2023. <https://leydeguinea.wordpress.com/author/habalof/>

