













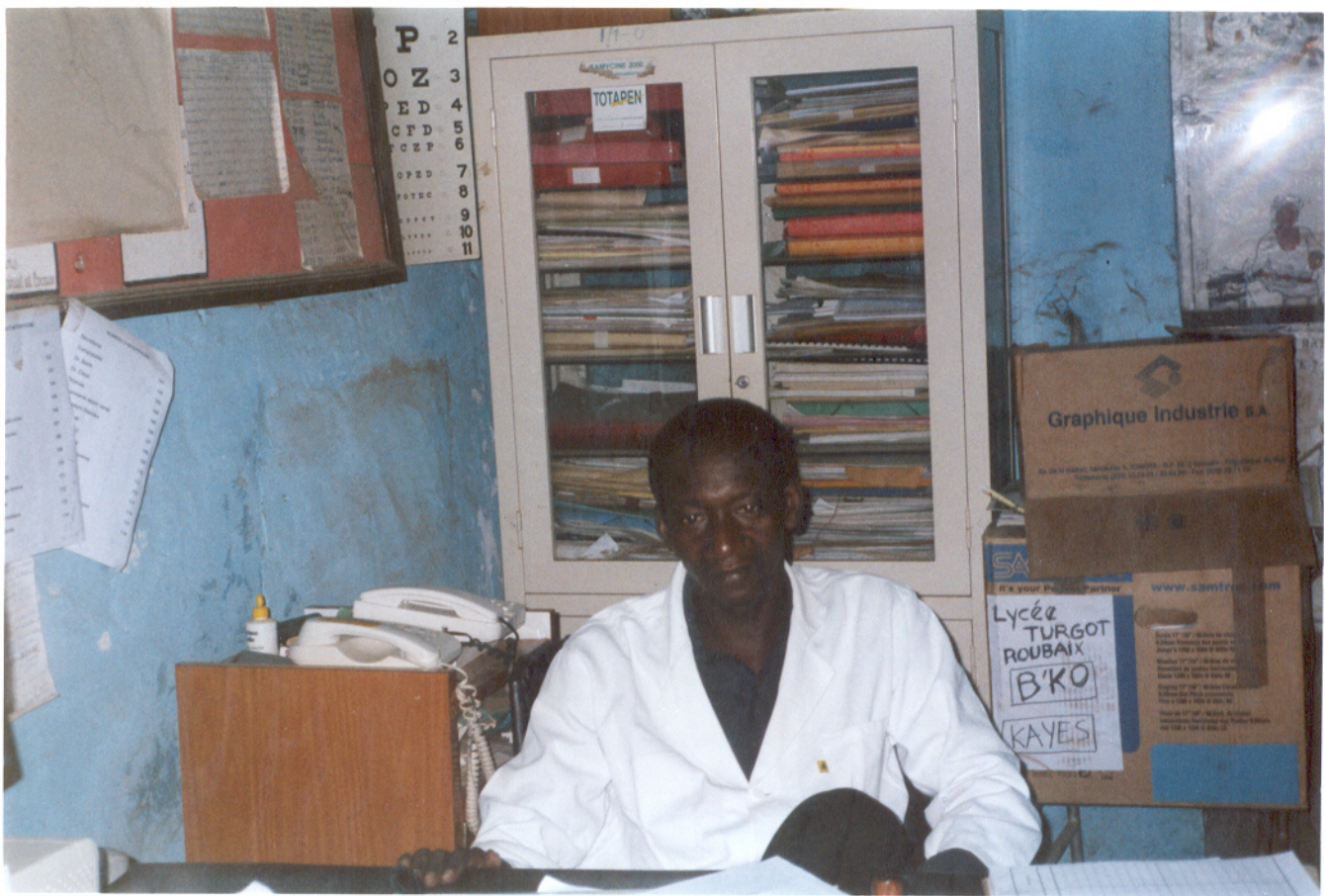






CENTRE DE SANTÉ
DE RÉFÉRENCE CERCLE
DE KAYES







HOPITAL REGIONAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES



SERVICE DES ENTREES

TEL: 252.12.32











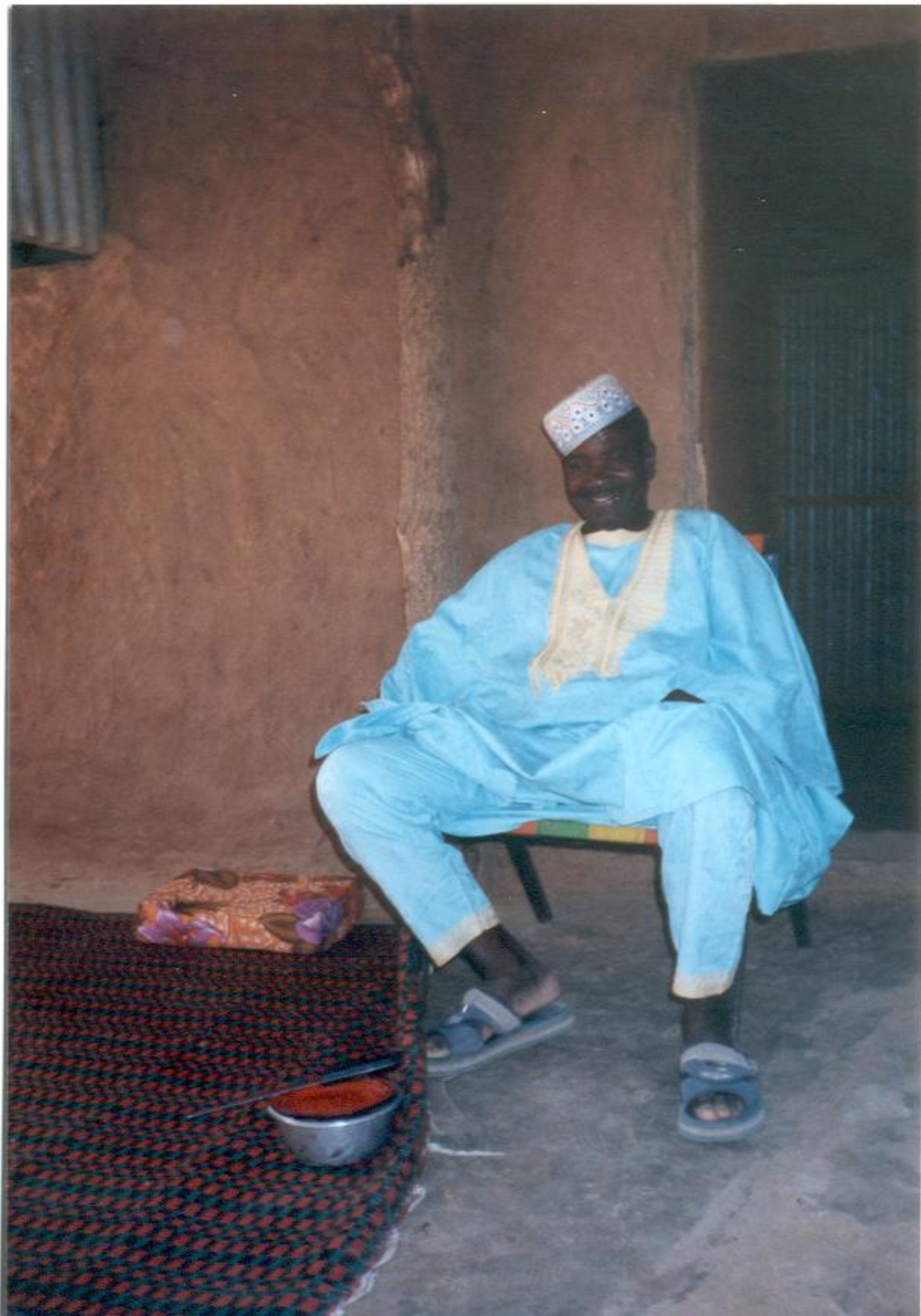






















UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Departament d'Antropologia Social i Filosofia

Facultat de LLetres-Tarragona

**INMIGRACIÓN, MEDICALIZACIÓN Y
CAMBIO SOCIAL ENTRE LOS SONINKÉ:
El caso de Dramané (Malí)**

Tesis Doctoral realizada por

Berta Mendiguren de la Vega

Dirigida por

Mari Luz Esteban Galarza

Octubre 2005

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
INMIGRACIÓN, MEDICALIZACIÓN Y CAMBIO SOCIAL ENTRE LOS SONINKE: EL CASO DRAMANÉ (MALÍ).
Berta Mendiguren de la Vega
ISBN: 978-84-690-7610-1 / DL: T.1174-2007

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1

PRIMERA PARTE

CONTEXTUALIZANDO:

MARCO ETNOSOCIOCULTURAL, ETNOSOCIOSANITARIO, TEÓRICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

Capítulo Primero

MARCO ETNOSOCIOCULTURAL 31

- 1.1 Situación geográfica y sociodemográfica 33
- 1.2 Los soninké a lo largo de la historia 40
- 1.3 La organización política tradicional 47
- 1.4 La organización social soninké 50
- 1.5 Ideología y sistema de valores 56
- 1.6 La economía soninké 60
- 1.7 La inmigración soninké 62

Capítulo Segundo

MARCO ETNOSOCIOSANITARIO 69

- 2.1 Perfil epidemiológico y principales indicadores sociosanitarios 71
- 2.2 Sistemas médicos en Malí 75
 - 2.2.1 El desarrollo del sistema biomédico 76
 - 2.2.2 La medicina popular de tradición africana-animista 94
 - 2.2.3 La medicina tradicional árabe-musulmana 96
- 2.3 El pago de los gastos derivados de los procesos de salud/enfermedad/atención 98

Capítulo Tercero

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	101
3.1 El proceso de medicalización	103
3.1.1 Algunos conceptos clave	104
3.1.2 Fundamentos de la medicalización, factores facilitadores y etapas	110
3.1.3 La hegemonía de la biomedicina	116
3.1.4 Los usos sociales de la enfermedad	120
3.1.5 El análisis de los medicamentos	122
3.1.6 Medicalización y género	125
3.2 El fenómeno migratorio	127
3.2.1 Perspectivas de análisis	128
3.2.2 Migraciones internas	131
3.2.2 Migraciones y género	132
3.3 La cultura y el cambio social	133
3.3.1 La cultura: relaciones sociales, historicidad, unidad y diversidad	133
3.3.2 El cambio social: periodos de transición, conflicto social y medicalización	136
3.3.3 Desigualdad social, poligamia y género	138
3.4 Los mecanismos de solidaridad-redistribución: el don y los sistemas de protección social	141
3.4.1 El don como fenómeno estructural	141
3.4.2 La protección social en el ámbito sanitario: los sistemas populares de protección y los sistemas públicos	150
3.4.3 Los mecanismos de solidaridad-redistribución y el género	153

Capítulo Cuarto

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA	155
4.1 Objetivos e hipótesis	158
4.2 Estrategias metodológicas y técnicas de investigación	161
4.2.1 La importancia de la oralidad	162
4.2.2 La mirada documentada de la investigadora	166
4.2.3 Escenarios y protagonistas de la investigación	167
4.3 El proceso de análisis y redacción	184

SEGUNDA PARTE

MEDICALIZANDO: ESCENARIOS Y ACTORES

Capítulo Quinto

DRAMANÉ: GÉNESIS DE UN CENTRO DE SALUD

COMUNITARIO “REVELADO” Y REVELADOR 189

5.1	La confluencia de «voluntades necesarias» más allá de las rivalidades existentes en el interior del poblado	192
5.2	La inevitable necesidad de aliarse entre poblados para establecer el área sanitaria	198
5.3	El choque de concepciones en torno a la participación comunitaria	203
5.4	Algunas conclusiones	216

Capítulo Sexto

KAYES: EL “NO LUGAR” 219

6.1	Enfermos y anfitriones: los grandes ausentes en Kayes	221
6.2	Gakoura: la presencia no prevista	223
6.3	Las “ausencias” del CSREF-Centro de salud de referencia de Kayes	229
6.4	El Hospital Regional: la presencia limitada	242
6.5	El sector privado en Kayes: el abandonado	247
6.6	Para finalizar	248

Capítulo Séptimo

BAMAKO: LA TIERRA PROMETIDA 253

7.1	De la masiva presencia de enfermos en la capital	256
7.2	La hospitalidad de sus anfitriones	267
7.3	Las condiciones de la acogida	273
7.4	Los costes y duración de la estancia	277
7.5	Notas finales	284

Capítulo Octavo

BAMAKO: EL PARAÍSO DE LAS MUJERES 287

- 8.1 Las razones técnicas del itinerario terapéutico 290
- 8.2 Los medicamentos “bastardos” 298
- 8.3 Las otras razones 308
- 8.4 Ideas claves 317

Capítulo Noveno

PARÍS, LA FUENTE DEL MANÁ 323

- 9.1 El porqué de la implicación solidaria de los inmigrantes 326
- 9.2 El cómo: de la ayuda individual a la ayuda colectiva 334
- 9.3 Las realizaciones colectivas 345
- 9.4 Los para qué de la implicación solidaria 349
- 9.5 El futuro de su implicación 353
- 9.6 Reflexiones finales 357

CONCLUSIONES 363

GLOSARIO 381

BIBLIOGRAFÍA 385

ANEXOS 411

- Anexo 1: ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS* 413
- Anexo 2: GUIONES DE ENTREVISTA* 435
- Anexo 3: FUENTES BIBLIOGRÁFICAS* 455

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA I:	Principales indicadores demográficos según la EDSM 2001	36
TABLA II:	Tendencias demográficas para el 2015	36
TABLA III:	Población de Kayes-región, Kayes-provincia y poblados del área sanitaria	37
TABLA IV:	Repartición de la población soninké en África	38
TABLA V:	IDH-Índice de Desarrollo Humano 2000-2001	39
TABLA VI:	IDSH-Índice de Desarrollo Humano Desagregado por sexos 2000-2001	39
TABLA VII:	Participación de la mujer en la vida política	39
TABLA VIII:	Participación de las mujeres de más de 15 años en la vida económica	39
TABLA IX:	Distribución de los poderes tradicionales en el reino soninké del Gadiaga	48
TABLA X:	El poder político en cada subdivisión	49
TABLA XI:	Organización social soninké	52
TABLA XII:	Principales afecciones tratadas en la provincia de Kayes en el año 2001	73
TABLA XIII:	Principales indicadores sociosanitarios a fecha de 1 de enero de 2002	74
TABLA XIV:	Evolución del presupuesto sanitario	81
TABLA XV:	CSCOM y CSAR existentes a 1 de enero de 2002 y previstos por el PRODESS para el 2007	83
TABLA XVI:	Tasa de accesibilidad en la provincia de Kayes	84
TABLA XVII:	Ratio por habitante por categoría de personal a 30 de junio de 2001	85
TABLA XVIII:	Tasa de frecuentación por región de los CSCOM y CSREF referente a las consultas curativas	92
TABLA XIX:	Tasa de frecuentación por región de los CSCOM y CSREF referente a los partos asistidos	92
TABLA XX:	Tasa de frecuentación por región de los CSCOM y CSREF referente a las consultas prenatales (%)	93
TABLA XXI:	Características de las etapas del proceso de medicalización	113
TABLA XXII:	Actores sociales entrevistados	164
TABLA XXIII:	Perfil de los enfermos entrevistados en Bamako	257
TABLA XXIV:	Distribución de las consultas curativas realizadas en el CSCOM de Dramané (1999-2002)	258
TABLA XXV:	Enfermedades de las que sufren los enfermos entrevistados en Bamako	260

TABLA XXVI:	Derivación de los enfermos entrevistados	264
TABLA XXVII:	Habitantes en las concesiones	275
TABLA XXVIII:	Enfermos en las concesiones	276
TABLA XXIX:	Número de personas en cada habitación	276
TABLA XXX:	Repartición de los enfermos entrevistados en Bamako en función del sexo y de la duración de su estancia	282

ÍNDICE DE CARTOGRAFÍA

MAPA I:	África Subsahariana y Malí	33
MAPA II:	Provincia de Kayes y municipio de Kemene Tambo	34
MAPA III:	Ambidedi, Dramané y área sanitaria	35

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA I:	Linajes fundadores y barrios de Dramané	43
FIGURA II:	Estructura de la etnia soninké	51

INTRODUCCION

La presente tesis, que tiene como objeto de estudio la inmigración, la medicalización y el cambio social entre los soninké, es el resultado de una investigación realizada en Malí entre enero de 2002 y mayo de 2004 en el seno del INRSP¹-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, sito en Bamako, capital de este país del África subsahariana. Ahora bien, ha sido la dinámica y descubrimiento de una realidad con la que veníamos trabajando desde 1998, la población inmigrante soninké asentada en el área metropolitana de París y sus parientes en la sociedad de origen, la que nos ha llevado a ir armándonos de los instrumentos tanto teóricos como metodológicos necesarios para la investigación de una de las principales problemáticas de dicha inmigración: su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes en el poblado. Dichos instrumentos han sido perfeccionados gracias a la formación avanzada en teoría y metodología que nos ha aportado el Doctorado en Antropología de la Medicina de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, en el seno del cual se ha realizado esta tesis.

Presentar los antecedentes de nuestra investigación nos permitirá comprender cómo, partiendo de una experiencia profesional y de un interés práctico en el área de conocimiento del Trabajo Social y en especial en el ámbito de las prácticas educativas y la transmisión de valores de los inmigrantes hacia la denominada «segunda generación», se acabó realizando finalmente una labor de investigación en el campo de la Antropología de la Medicina en torno al tema de la medicalización como reguladora del cambio social provocado por la inmigración. Marco disciplinar en el que se debe situar esta tesis a cuya área de conocimiento científico pretendemos contribuir. Del mismo modo, dichos antecedentes nos mostrarán cómo se fue valorando la posibilidad, pertinencia e interés de la investigación que llevamos a cabo, permitiéndonos a su vez establecer la problemática a estudiar así como el locus más adecuado para llevarla a cabo.

Antecedentes

En 1998 comencé a trabajar como trabajadora social en la sede que el SSAE-Servicio Social de Ayuda a Emigrantes tiene en Creteil-Val de Marne, área metropolitana de París. Mi trabajo consistía en acompañar a los inmigrantes en su

¹ El INRSP, creado en 1981 por la ley nº 81-17 del 31/3/81, es el órgano delegado por el Ministerio de la Salud maliense para la animación y coordinación de la investigación sanitaria a escala nacional (INRSP 1991:1).

proceso de integración en la sociedad francesa. Tarea a la que llevaba años dedicándome, tanto en Francia desde 1996 como anteriormente en España² entre 1993 y 1996. Mme³ Malgogne, trabajadora social y compañera de trabajo, me propuso que prestara especial atención durante el desarrollo de mis funciones a las estrategias de adaptación y, en especial, a los problemas educativos de la segunda generación de inmigrantes del África Subsahariana. Y más concretamente de aquellos originarios del valle del río Senegal, a caballo entre Mauritania, Malí y Senegal, región de la que provenían más de dos tercios de los inmigrantes de África Negra instalados en Francia, en su mayoría de etnia soninké. Mi praxis cotidiana me llevó a corroborar el discurso de Mme Malgogne con más de veinte años de experiencia en el sector. Según ella, existía un choque cultural entre la sociedad de acogida, en especial la institución escolar, los alumnos originarios de dicha área cultural y los padres de éstos. Según el sistema educativo estos niños estaban «perdidos» para la sociedad francesa; a su vez, sus progenitores, los calificaban en los mismos términos respecto a su comunidad de origen, y en algunos casos incluso acababan siendo delincuentes⁴.

Aprovechando nuestro conocimiento práctico como trabajadoras sociales especializadas, así como mi formación previa como licenciada en antropología sociocultural, decidimos preparar con Mme Malgogne un proyecto de investigación en torno a dicha problemática. Nuestro objetivo: aprehender el día a día de un poblado soninké para así mejorar nuestro trabajo cotidiano y, en función de nuestras posibilidades, crear pasarelas de comunicación entre las familias soninké y los representantes de la sociedad de acogida con el fin de facilitar la integración de los menores de la segunda generación.

Y es así que aprovechando nuestras redes sociales previas y en especial nuestra sólida amistad con Mr Abdoulay Tirera, inmigrante soninké del poblado de Dramané (Malí, región de Kayes), residente en París desde 1967, nos desplazamos al mismo en enero de 1999. Previamente fuimos presentadas a la Asociación de residentes de Dramané en Francia y a diferentes miembros de las asociaciones de

² Entre 1993 y 1996 trabajé en el departamento de refugiados de la Cruz Roja de Vizcaya y en el departamento de mujeres de la Asociación Afrovasca.

³ Hemos optado por conservar la denominación francesa *Mme* o *Mr* en lugar de sus equivalentes en español.

⁴ Es lo que se ha venido a llamar «*mal de banlieu*», que traducido al castellano como «*enfermedad de los suburbios*» hace referencia al malestar social que se vive en los suburbios de las grandes ciudades francesas.

inmigrantes que participan desde Francia en la gestión de la cooperativa y del CSCOM⁵-Centro de salud comunitario del poblado.

Acogidas en el seno de una gran familia compuesta en febrero de 1999 por 103 miembros, vivimos al ritmo de su vida cotidiana durante siete semanas (desde el 15 de enero hasta el 8 de marzo). Gracias a la observación participante así como a la utilización de otras técnicas, como las entrevistas semidirrectivas y en profundidad con informadores clave o a las historias de vida tanto de miembros de dicha familia como del resto del poblado, pudimos obtener una primera visión de su modo de vida y en especial de sus prácticas educativas. Nuestra estancia nos permitió igualmente hacernos eco de las diferentes problemáticas del poblado: sequía, aislamiento regional, falta de infraestructuras, pérdida de mano de obra por la inmigración... Pero, la principal necesidad expresada por los habitantes del poblado fue una supuesta falta de medicamentos y de cuidados médicos adecuados y cómo ello les llevaba a tener que saltar de nivel en la pirámide sanitaria. De hecho, antes de nuestra partida para Dramané pedimos a nuestros amigos inmigrantes que nos dijeran qué presentes podríamos llevar a la gente de su poblado. Todos respondieron: *«Medicamentos, en el centro de salud de Dramané no hay medicamentos»*. Este discurso coincidía con lo que cotidianamente escuchábamos de los inmigrantes soninké que acudían a nuestro Servicio Social en Creteil. A menudo, los inmigrantes venían a nuestra oficina para solicitar ayuda económica. De forma resumida, decían que *«el bajo salario que ganamos, no nos permite dar respuesta a las necesidades de nuestras familias en Francia y de nuestros parientes en Malí. Sobre todo porque existen múltiples problemas a nivel sanitario, falta de medicamentos, de médicos, de centros de salud: Señora trabajadora social, ayúdenos a enviar dinero o medicamentos al poblado, por favor... »* (Mr A. Tirera, noble, Horongalou)⁶.

A nuestra llegada a Dramané nos dirigimos al centro de salud comunitario. Esta estructura sanitaria, que da cobertura a 4 poblados y 2 asentamientos temporales⁷, fue construida con la ayuda financiera de los inmigrantes residentes en Francia y originarios de dichos poblados. El centro de salud, gestionado por la comunidad a

⁵ CSCOM: Centro de salud comunitario. Utilizaremos las mayúsculas ya que ésta es no sólo la denominación empleada por los agentes sanitarios sino también por la población.

⁶ En aras de facilitar una mayor comprensión del valor sociocultural de cada uno de los testimonios, cada cita de los actores sociales entrevistados se presenta acompañada por su clase social y poblado de procedencia. En el caso de los agentes sociosanitarios y personas recurso además se incluye su función y institución.

⁷ Si bien el centro de salud está situado en Dramané, pertenecen al área sanitaria los poblados de Makhadougou, Makhalaré y Toubaboukané, así como los asentamientos temporales de Kolingoté y

través de una ASACO-Asociación de Salud Comunitaria, disponía en 1999 de un médico, un enfermero, una matrona, y un gerente de farmacia. Hicimos entrega al médico jefe de la caja de medicamentos que habíamos recogido en Francia. En nuestra presencia, dicho médico donó los medicamentos al presidente de la ASACO. Tras la reunión con los miembros del Comité de Gestión, el médico-jefe nos hizo visitar la farmacia del centro de salud. Y cuál fue nuestra sorpresa cuando vimos que las estanterías de la farmacia estaban repletas de medicamentos... pero medicamentos genéricos. Incluso nos informó de cómo a finales de 1998 había tenido que incinerar una ingente cantidad de medicamentos caducados. En diciembre de 1999, dicho responsable del centro de salud se vió obligado de nuevo a quemar medicamentos genéricos por un valor de 350.000 fcfa⁸.

En opinión del médico-jefe el verdadero problema se situaba en torno a la infrautilización del centro y a la desconfianza en los medicamentos genéricos. Así, nos expuso cómo la población de Dramané con familiares inmigrantes, ante un caso de enfermedad, optaba en su mayoría por alguno de los siguientes itinerarios terapéuticos:

- 1) Acudir al centro de salud de Dramané pero no tomar los medicamentos prescritos. Acto seguido enviarían la receta a su familiar en Francia, familiar que a costa de su propio presupuesto y del Sistema de Salud Público francés pagaría este medicamento y lo enviaría al poblado.
- 2) Acudir directamente al dispensario instalado por los inmigrantes y una ONG francesa en un poblado situado a dieciséis kilómetros de Dramané: Gakourá. Allí la población adquiere, previo pago, especialidades donadas por Europa.
- 3) Acudir a la capital del país, Bamako, a los servicios de urgencias de cualquiera de los dos Hospitales Nacionales (Gabriel Touré y Point G) o a clínicas privadas, saturadas de enfermos leves que podrían ser atendidos en los centros de salud comunitarios o en los niveles de atención intermedios: CSREF-Centro de salud de referencia⁹ y/o Hospital Regional de Kayes.

Según el discurso del médico-jefe, existe entre los habitantes de Dramané un mito en torno a los medicamentos y a la medicina en general, según el cual, lo proveniente «de los blancos», de Europa, es mejor. A ello se uniría el hecho de que muchos

Guemou, situados respectivamente a 1, 3, 4, 7 y 15 Km. de dicho centro. Éstos últimos son ocupados según el ciclo agrícola.

⁸Equivalentes a 534 euros. El franco cfa es la moneda de curso legal en Malí.

⁹ CSREF: Centro de salud de referencia a nivel provincial. Utilizaremos las mayúsculas ya que ésta es no sólo la denominación empleada por los agentes sanitarios sino también por la población.

pacientes salen descontentos del centro de salud comunitario si no se les prescriben unos análisis, radiografías o ecografías *«como a nuestros parientes en Francia»*, imposibles de realizar a este nivel y en la mayoría de los casos innecesarios. Según él, todo el esfuerzo de sensibilización realizado por el personal del centro de salud así como por el asistente social de Kayes que dinamiza la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria es en vano. Mientras haya inmigrantes, además de ONGs, que continúen enviando dinero y/o medicamentos al poblado, los habitantes continuarán optando por los itinerarios terapéuticos antes señalados. Por nuestra parte, comprobamos cómo cada vez que entrábamos en una familia, pensaban que éramos médicas o nos pedían medicamentos, dinero para su compra o que diéramos determinada receta a uno de sus parientes cuando regresáramos a París. Fácilmente pudimos imaginar las consecuencias de todo tipo de este comportamiento: infrautilización del centro de salud con el consiguiente riesgo de cierre¹⁰, problemática ecológica en torno a la destrucción del contingente de medicamentos genéricos no utilizados, gasto añadido para cada familia así como para los sistemas de salud maliense y francés, imposibilidad de un seguimiento adecuado del enfermo por el personal sanitario de Dramané, llegando incluso a la muerte del enfermo...

Es bastante representativo el caso de Mme Tirera, quien tiene un sobrino inmigrante en París, y que de visita en su casa nos dio una receta expedida por el centro de salud comunitario de Dramané, a fin de que la transmitiéramos a su pariente para que éste lo comprara en París. La enferma nos afirmó que tal medicamento no estaba disponible en el centro de salud de Dramané. Y así fuimos a verificarlo con el médico prescriptor. Éste nos mostró dicho medicamento genérico, cuyo precio era de alrededor 500 fcfa equivalentes a unos 75 céntimos de euro. Fuimos de nuevo donde Mme Tirera para informarle de la existencia de los mismos así como de su precio. Nos fue imposible convencerla, sintiéndonos obligadas a regresar a París con la receta, entregándosela a su sobrino. A la recepción de la carta con la receta, su sobrino nos dijo: *«Veis, ya os lo dije yo, en Dramané no hay medicamentos»*. Una semana más tarde, dicho sobrino nos informó que Mme Tirera había muerto a causa de una hipertensión *«no tratada por falta de medicamentos en el poblado»*. A la pregunta de si había enviado el medicamento, él respondió: *«Ya lo había comprado pero estaba esperando a que alguien fuera al pueblo para que se lo diera a mi tía»*. Varias semanas más tarde el médico del centro de salud de Dramané nos informó por carta

¹⁰ La política sanitaria maliense, como veremos en el capítulo de marco etnosociosanitario, prevé que los centros de salud comunitarios se autofinancien a través del pago por la población tanto de las consultas

de la muerte de la Mme Tirera, añadiendo que la paciente hubiera podido ser tratada con los medicamentos genéricos que se le habían prescrito.

Otro ejemplo representativo sería el de una coesposa¹¹ cuyo marido reside en Francia: Mr Y. Dramé me hizo saber un día que debía enviar dinero y medicamentos a Bamako, pues su segunda esposa se había visto obligada a desplazarse a la capital para recibir tratamiento médico. A través de mis conocidos en Bamako, supe que la joven había sido ya tratada en el poblado pero que por razones socioculturales exigió ir «por enfermedad» a la capital con el fin de evitar el control y la vigilancia a que en el poblado estaba sometida por parte de los familiares de su marido, pudiendo de esa manera descansar y hacer compras.

O el caso de un inmigrante amenazado de expulsión: en el año 2000, Mr I. Yatabaré, originario de Dramané, fue objeto de una amenaza de expulsión por parte de su comunidad. La razón: se negaba a pagar las recetas que su mujer le había enviado desde el poblado. Mr I. Yatabaré sostenía que los medicamentos prescritos estaban disponibles en el poblado.

Al mismo tiempo se hacía patente cómo desde Dramané el personal sanitario no podía sensibilizar a los inmigrantes residentes en Francia, por lo que el médico-jefe nos invitó a colaborar con él una vez de vuelta a París en 1999. En su opinión Mme Malgogne y yo misma nos encontrábamos bien situadas para poder ayudarle ya que no sólo éramos amigas de algunos de los inmigrantes, sino también trabajadoras sociales especializadas en el sector de la inmigración, y en mi caso con previa formación antropológica.

Una vez de regreso en París, mi compañera y yo expusimos nuestro viaje a la Asociación de residentes de Dramané en Francia y a la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria¹². Éstos nos pidieron de forma acuciante que continuáramos colaborando con ellos, de preferencia en torno a la problemática de los «niños perdidos», y el centro de salud. Haciéndome eco de sus inquietudes, les transmití el punto de vista del médico-jefe de Dramané, Dr. Mounkoro. Sorprendidos por el mensaje de su propio médico nos pidieron más información sobre los medicamentos genéricos. No siendo profesional del campo farmacéutico, pedí ayuda a REMEDE, ONG francesa constituida por una red internacional de profesionales de la salud que trabajan en torno a la mejora en la accesibilidad, calidad y buen uso del medicamento en África. Así

como de los medicamentos. Es lo que se denomina el SRC o Sistema de Recubrimiento de Costes.

¹¹ Cómo veremos en el marco etnosociocultural se trata de un sistema, el soninké, poligínico.

¹² Toda institución social del poblado de origen tiene su homólogo en inmigración, pudiendo ser denominadas las comunidades constituidas en exilio como «poblados bis» (Lavigne 1991:18).

pude organizar varias reuniones en las que una farmacéutica de REMEDE sensibilizó a los miembros de dichas asociaciones de Dramané sobre los medicamentos genéricos.

Paralelamente surgió la posibilidad de que el Dr. Mounkoro viniera a París, pudiendo de este modo expresar personalmente su punto de vista y sensibilizar a los inmigrantes. Durante su estancia de quince días en julio de 1999, el Dr. Mounkoro pudo discutir de modo colectivo e individual con la población originaria del área sanitaria de Dramané. Asimismo pudo orientar a la ONG REMEDE sobre *«los modos de hacer y no hacer, decir y no decir culturalmente hablando»* en sus intervenciones con dichas asociaciones. Ambas intervenciones dieron lugar a un fuerte debate entre los inmigrantes. Se llegó incluso a hablar de sancionar a aquél que continuara enviando dinero o medicamentos a sus parientes. Hay quienes optaban por una sanción económica, otros por aplicar la pena máxima: la muerte social del inmigrante en Francia y de su familia en el poblado. Así la familia que incumpliera la norma no sería invitada en ninguno de los dos escenarios de celebración de ciertos rituales: bodas, bautizos y /o entierros.

En abril del 2000, desde la asociación francesa PIMED dedicada a promover una información médica ética y el desarrollo y con el apoyo de la OMS-Organización Mundial de la salud, participé en la organización de un coloquio internacional en torno a las donaciones de medicamentos al cual fue invitado el Dr. Mounkoro. Este coloquio pretendía informar y sensibilizar a los diferentes actores que intervienen en las donaciones de medicamentos sobre sus consecuencias. Mi rol consistió en que se tomaran en cuenta las donaciones de los inmigrantes, que se les considerara como agentes de codesarrollo¹³. El médico de Dramané fue invitado a fin de exponer su propia experiencia, así como las posibles consecuencias negativas de las donaciones de los inmigrantes y de las ONG. Estas intervenciones provocaron un fuerte debate entre los inmigrantes. Se discutió de nuevo la posibilidad de poner en marcha las citadas sanciones comunitarias, pero todo ello quedó en suspense al menos como toma de postura comunitaria. A nivel individual, muchos de los inmigrantes que decían estar de acuerdo con la política sanitaria del centro de salud continuaban enviando medicamentos o dinero. Aún cuando los discursos parecían evolucionar, las prácticas continuaban.

¹³ Entendemos por codesarrollo toda acción de ayuda al desarrollo en la cual intervienen los inmigrantes, independientemente de su naturaleza, sector o modalidades de intervención. A nivel europeo, se habla por primera vez de modo institucionalizado sobre la relación entre inmigración y cooperación en el Forum

Paralelamente pude conocer en 1999 al Dr. Nianguiry Kanté, socioantropólogo soninké, autor de una tesis de doctorado de sociología sobre la inmigración soninké, defendida en la Universidad de París VIII (Kanté 1986). Este investigador en Sociología de la Salud que trabaja para el Ministerio de la Salud de Malí en el seno del ya citado INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, consideraba que la problemática del centro de salud de Dramané podía hacerse extensible a la mayoría de poblados de la región de Kayes, con fuerte presencia inmigrante en el extranjero y pertenecientes en su mayoría a la etnia soninké.

El Dr. Kanté me mostró el interés de su Ministerio en apoyarme si lograba encontrar en el ámbito universitario europeo el apoyo teórico, metodológico y financiero necesario para poner en marcha una investigación en torno a la problemática evocada. Su Ministerio estaba especialmente interesado en que se investigaran las causas socioantropológicas y posibles soluciones del itinerario de salud de las familias de inmigrantes y en especial de las esposas cuyos maridos residen en el extranjero. Según el Dr. Kanté, éstas en vez de hacerse tratar a nivel local, provincial o regional, vendrían a la capital a los servicios de urgencias o a consultas privadas, confirmando el discurso del Dr. Mounkoro sobre Dramané. Esta práctica que se habría convertido en algo corriente estaría provocando una inquietante saturación hospitalaria en un país donde faltan y escasean los recursos y las infraestructuras. Así mismo estaba suponiendo un gasto añadido para las familias: transporte, alojamiento, manutención. Y una vez en Bamako muchas de estas mujeres, que hablan únicamente el soninké, tendrían verdaderas dificultades de comunicación con el personal sanitario que se expresa en bámbara o francés con el consiguiente aislamiento, dependencia familiar y posibles malentendidos.

En agosto del 2000, regresé a España. Interpelada por la realidad vivida, y siendo consciente de lo limitado de las intervenciones realizadas, consideré necesario completar mi formación de base (trabajadora social y antropóloga), cursando el Máster en «*Antropología de la Medicina*» de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona así como otro Master en «*Cooperación Internacional Descentralizada*» en la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea en el campus de Leioa (Bizkaia).

Interesada en continuar la investigación de la problemática sanitaria evocada, organicé una segunda estancia en Malí durante los meses de enero y febrero de 2001. En esta ocasión, Mme Malgogne y yo estuvimos acompañadas por el propio Mr

civil Euromed en 1995. El codesarrollo como ámbito de intervención de la Comisión Europea se precisa en el Consejo Europeo de Tampere de 1999.

Abdoulay Tirera y su esposa, siendo acogidos en el seno de su familia. Esta segunda estancia nos permitió enriquecer nuestro conocimiento sobre la vida cotidiana del poblado, así como las consecuencias de la inmigración en el país soninké. Durante la misma pudimos igualmente observar diversos episodios de enfermedad, incluido los usos del medicamento, tanto en las familias visitadas como en el centro de salud comunitario.

Paralelamente busqué la manera de realizar una observación participante en un poblado maliense no afectado por la inmigración. Dicha oportunidad me fue facilitada por el ex-médico jefe de Dramané, quien había sido trasladado desde principios del 2000 a un poblado minianka¹⁴ al sur de Malí, Yoroso, que es al mismo tiempo la capital de la provincia más pobre del país. Durante tres semanas pude constatar que la realidad era otra a la observada en Dramané. Esta zona, cuya población no cuenta con miembros en inmigración en los países desarrollados, desconoce dicha problemática de salto de nivel y desconfianza en los medicamentos genéricos.

De vuelta de Yoroso y una vez en Bamako, obtuve el apoyo formal del INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública para la realización de la investigación que ha dado lugar a la presente tesis. El Dr. Kanté nos hizo saber que una investigación como la que queríamos realizar respondía de lleno a las inquietudes de las autoridades sanitarias malienses puesto que la política sanitaria del país tiene como uno de sus objetivos prioritarios, el mejorar el acceso y la utilización de los centros de salud comunitarios y de los medicamentos genéricos en ellas vendidos. Y el centro de salud comunitario de Dramané resultaba ser el centro rural piloto de dicha política sanitaria en Kayes¹⁵.

Asimismo, y gracias al Dr. Kanté, pude contactar con el único departamento universitario que en Malí investiga e imparte clases en el área de conocimiento de la Antropología Social: el Departamento de Socioantropología de la FLASH-Facultad de Literatura y Ciencias Humanas de Bamako. Sus responsables, el Dr. Démbele, Mr Tené (ambos socioantropólogos) y Mr Maiga (sociólogo de la Medicina), me confirmaron la necesidad de investigar en torno a la inmigración soninké, pues a pesar de la amplitud y antigüedad del fenómeno migratorio en el seno de dicha etnia, eran escasos los investigadores, malienses o extranjeros, que lo habían abordado y aún menos la implicación de dichos inmigrantes en los procesos de

¹⁴ Etnia de la rama voltaica situada principalmente al norte de la región de Sikasso.

¹⁵ Como veremos en el marco etnosociosanitario, este centro de salud fue elegido por las autoridades sanitarias malienses en 1994 para ser el primer centro de salud rural de la región de Kayes en donde poner a prueba la viabilidad de la nueva política sanitaria.

salud/enfermedad/atención de sus parientes aún residentes en Malí. Gracias al apoyo de dicho equipo, contamos con la posibilidad de consultar los fondos de la facultad así como entrevistar a Mr Sylla, único estudiante que en dicho momento se encontraba realizando una tesina de licenciatura sobre la inmigración soninké (Sylla 2001).

Siguiendo las pautas del Dr. Kanté, de regreso a España busqué el apoyo teórico metodológico y financiero necesario para su realización. Lo primero vendría dado por el citado Master en Antropología de la Medicina, completado posteriormente por el doctorado. Lo segundo por una beca que me fue concedida por el Gobierno Vasco en el marco del anteriormente nombrado Master en *Cooperación Internacional Descentralizada*. La duración de esta beca ha sido de dos años, de enero de 2002 hasta diciembre de 2003, durante los cuales he llevado a cabo el trabajo de campo¹⁶ de la presente investigación. Dicha estancia en Malí se vio finalmente prolongada por razones metodológicas, y sin cobertura de la beca, hasta junio del 2004.

Durante dicho tiempo de preparación del trabajo de campo (marzo-diciembre 2001), seguimos en contacto con la población investigada, tanto la residente en Malí como la del área metropolitana de París así como con el Dr. Kanté.

Interés de la investigación

Acabamos de exponer cómo la presente investigación nace no sólo del interés manifestado por la población soninké afectada por el fenómeno de la inmigración sino también del de los agentes sanitarios, de los investigadores del citado INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública así como del sector universitario maliense. A ello hay que añadir el hecho de que durante el tiempo de preparación del trabajo de campo (marzo-diciembre de 2001), el Dr. Kanté nos hizo saber que el Primer Simposio Nacional sobre Investigación sanitaria celebrado en Bamako en agosto del 2001 (INRSP 2001), había adoptado como líneas prioritarias de investigación a escala nacional el estudio de las razones subyacentes a la subfrecuentación de los centros de salud comunitaria así como la preocupación por promover la participación comunitaria en el sistema sanitario, incluida la de los inmigrantes, así como el acceso a los medicamentos genéricos. Dichas líneas de investigación se corresponden con las establecidas como prioritarias por la OMS a nivel de la región africana que fueron elaboradas en Zimbabwe en el año 1999 (OMS 2000a).

Asimismo cabe señalar que dichas líneas de investigación, que habrían de configurar nuestro «objeto de estudio», coinciden con una de las líneas prioritarias del

DAFITS-Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona que ha servido de soporte a la presente tesis doctoral: *«Políticas públicas en salud que engloban tanto investigación en migraciones y salud como en salud mental y globalización»*.

Ahora bien, hasta aquí hemos expuesto el interés de nuestra investigación respecto a los contextos tanto de origen (Malí) como de acogida de los inmigrantes (Francia); sin embargo, antes de optar por llevar a cabo la presente investigación fue necesario preguntarse por su pertinencia respecto a nuestra sociedad, la española. Interés que queda justificado por el hecho del incremento de la presencia de inmigrantes en nuestro país, incluidos los originarios de esta región del África Subsahariana.

El panorama de la inmigración en España ha variado enormemente entre el momento de nuestra primera estancia en Malí en 1999, el de la segunda en el 2001, el de comienzo de nuestra investigación en el 2002 o el momento actual en el cual se redacta la misma (2004-2005), incluido el peso de la inmigración procedente de Malí. Así, mientras que en 1999 los extranjeros constituían el 2.03% de la población española, en el 2001 eran ya el 3,33% y en el 2002 el 4.72% (OIT 2004). El número total de residentes extranjeros nacionales de terceros países, es decir de fuera de la Unión europea, ha crecido desde 1999 hasta el 2004 (último del que se cuenta con datos estadísticos) un 13,06 por ciento, previéndose que esta presencia se haga cada vez mayor, especialmente en lo que se refiere a los colectivos procedentes del *«Norte de África, algunos países iberoamericanos, los países del África subsahariana, y China, y en detrimento del protagonismo que en la actualidad tienen los nacionales de países de la Unión Europea»* (Secretaría de Estado de Inmigración e Emigración 2005). Respecto a la inmigración maliense, un artículo aparecido en El País el 24 de julio de 2004 señalaba que *«Malí es ya el primer exportador de inmigrantes subsaharianos a España»* (Bartulo 2004).

De dicho panorama se hacen eco a diario los medios de comunicación, siendo actualmente la presencia inmigrante en nuestro país un tema que interesa e incluso suscita acalorados debates tanto entre los ciudadanos de a pie como entre los políticos o en el seno de la comunidad investigadora. Así, Carlos Giménez Romero (1993:78) comenta que dicha presencia *«en los años futuros modificará profundamente nuestras formas de vida»*. Presencia «extraña», cada vez más visible en las instituciones sanitarias, y con la que se empieza a contar como agentes de

¹⁶ Del desarrollo concreto de nuestra estancia en el terreno hablaremos en el capítulo IV.

codesarrollo en la elaboración de proyectos, incluidos los de carácter sanitario, en algunas ONGs¹⁷ de nuestro país.

Es éste un campo, el de las migraciones y la salud, sobre el que sin embargo el sociólogo de la Universidad de Huelva José Andrés Domínguez Gómez (2004) nos comenta que las investigaciones empíricas existentes en nuestro país son casi inexistentes¹⁸ y en su mayoría cuantitativas frente a una demanda creciente del Sector Salud y de los Servicios Sociales¹⁹. A fin de paliar dicha carencia, la Universidad Católica San Antonio de Murcia y la Universitat Rovira i Virgili organizaron el Workshop Internacional «*Migraciones, interculturalidad y salud*» en junio de 2004 con el objetivo de servir de punto de encuentro entre las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales con respecto al tema de la inmigración en España. El analizar una comunidad como la soninké, asentada desde hace décadas (casi un siglo) en un país como Francia que cuenta con un fuerte desarrollo de la biomedicina y del Estado de Bienestar, nos puede dar pistas sobre las estrategias que los inmigrantes presentes en nuestro país pueden llegar a adoptar frente al cambio social que se deriva de todo proceso migratorio. Como señala el sociólogo francés Jacques Barou (1990:9) esta etnia es la que simboliza «*más fuertemente las migraciones de mano de obra provenientes del sur del Sahara*».

Estudios previos

Desde el momento de preparación de nuestra primera estancia en Malí (1998) hasta el de la redacción final de la presente tesis (2005) no hemos cesado de documentarnos sobre la problemática aquí en estudio: la inmigración, el cambio social y la medicalización entre las comunidades soninké de Malí, poniendo especial atención en la referente al área sanitaria de Dramané y a su región de pertenencia, la de Kayes.

Así, si bien sobre la etnia soninké y la inmigración procedente de la misma instalada en Francia y el cambio social derivado, la bibliografía en francés es extensa, los estudios relativos al sistema sanitario maliense, la frecuentación de los centros de salud comunitarios, los itinerarios terapéuticos y los procesos de salud/atención/

¹⁷ De dicha Implicación también se han empezado a hacerse eco las instituciones. Una prueba de ello es la organización creciente de jornadas de estudio como las realizadas ya en el año 2002 por el Gobierno vasco (V.V.A.A. 2002).

¹⁸ Si bien se asiste a un crecimiento exponencial de las mismas en los últimos años tanto desde la Antropología como desde la Sociología.

¹⁹ Carencia a la que ha querido venir a responder el Doctorado de Antropología de la Medicina en la que se enmarca la presente tesis doctoral.

enfermedad o el uso de los medicamentos genéricos en Malí son escasos, y principalmente de carácter cuantitativo y oficial. Aún menos son los realizados sobre el impacto de los inmigrantes sobre dicho sistema sanitario maliense o sobre la medicalización en este país. Esta falta de investigaciones previas, especialmente de tipo cualitativo, en torno a las opiniones, actitudes y prácticas, fue ya puesta en evidencia en la investigación realizada en 1993 por nuestro responsable en Malí, el ya citado Dr. Kanté, en colaboración con el antropólogo de la medicina de la Universidad de Ámsterdam Sjaak Van der Geest²⁰ (INRSP 1993, INRSP 1995, MSSPA²¹ et al. 1993). Y ello a pesar de que ya desde 1978, la OMS aboga por dar impulso a los estudios cualitativos en salud afín de desarrollar adecuadamente su política de AP-Atención Primaria, incluido Malí. Pero vayamos analizando los estudios previos existentes en cada una de dichas temáticas a fin de justificar la pertinencia de la presente investigación.

La bibliografía sobre *la etnia soninké* es efectivamente extensa pero con la limitación de ser antigua en el tiempo y/o contemporánea de los principios de la migración hacia Francia. Autores como Maurice Delafosse (1912) y Claude Monteil (1915, 1953, 1964) a principios de siglo, o Abdoulay Bathily (1975, 1989) y Rokiatou N'diaye²² (1972a, 1972b, 1972c) a principios de los setenta, constituyen las obras de referencia a nivel histórico-geográfico sobre la etnia soninké, su mitología, el Imperio de Wagadu, el reino del Gadiaga, la región de Kayes durante la colonización o el rol jugado por los poblados del área sanitaria en estudio. A comienzos de los noventa, Barou (1990) se ha dedicado a sintetizar la historia de esta etnia como base para su posterior análisis sobre la inmigración soninké en Francia.

A nivel antropológico la obra de referencia es la monografía realizada entre 1964 y 1965 en el reino soninké del Diafunu por Eric Pollet y Grace Winter (1971). Estos autores no sólo han realizado la mayor etnografía existente sobre esta etnia sino que en su trabajo posterior (*ibídem* 1978) profundizan sobre las relaciones existentes entre su sistema social y el económico. Sin embargo son escasas las obras dedicadas de forma específica a la situación tradicional de las mujeres en el seno de esta sociedad, siendo la obra clave la de Claude Meillassoux (1977, 1982), quien trata su doble condición de subalternidad como productoras y reproductoras. Este autor ha analizado igualmente otros aspectos relevantes de esta sociedad como su historia, la

²⁰ El Dr. Van der Geest pertenece junto con su departamento a la red de antropólogos de la medicina «*Medical Anthropology at Home*» en la cual participa el DAFITS de Tarragona.

²¹ MSSPA: *Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées*.

organización social, la esclavitud o la solidaridad. La ideología, incluida el sistema religioso, o el sistema de valores soninké ha sido tratada entre otros temas por autores como Adrian Adams (1977) o Albert Nicollet (1999).

A nivel de datos geo-sociodemográficos, las fuentes empleadas han sido las oficiales, es decir, los documentos realizados por cada ministerio maliense y por las diferentes administraciones locales y regionales. A nivel de indicadores de desarrollo hemos tenido en cuenta los informes elaborados anualmente por el Sistema de Naciones Unidas (PNUD 2002a, 2002b, 2003).

En lo que se refiere propiamente a la inmigración soninké, las obras consultadas hacen referencia todas ellas a la comunidad asentada en Francia. A nivel cuantitativo la obra clave es el análisis realizado para la OCDE por Julián Conde y Pap Syr Diagne en 1986. Otros autores a destacar son Alain Dubresson (1975) y Francine Kane y Andre Lericollais (1975). Los modelos migratorios han atraído la atención de Sadio Traore (1994) quien ha estudiado los fundamentos históricos de esta migración comparándola a la de la etnia peul²³. El relevo generacional que la caracteriza antes de 1974 ha sido analizado en profundidad por Michel Samuel (1978) a través de su trabajo en varias residencias del este parisino.

A nivel antropológico, autores como Catherine Quiminal (1990a, 1990b, 1995, 1996, 2000, 2002) se han ocupado de analizar tanto el contexto de inmigración como la sociedad de origen. Ésta ha dado especial importancia al estudio de las residencias de inmigrantes²⁴, las familias residentes en Francia, las relaciones de género en dicho contexto, la poligamia, así como la situación de la segunda generación o las dinámicas asociativas de hombres y mujeres inmigrantes soninké. Respecto al impacto de la migración sobre la sociedad de origen su obra *«Gens d'ici et d'ailleurs migrations soninké et transformations villageoises»* (1991) es un claro ejemplo de análisis antropológico del cambio social en sociedades en transición como la soninké.

La vida cotidiana en las citadas residencias de inmigrantes ha atraído igualmente la atención del ya citado socioantropólogo maliense Nianguiry Kanté, quien en su tesis doctoral (1986) analiza su evolución histórica, las razones del agrupamiento por

²² Esta reputada geógrafa maliense natural de Kayes, fue nombrada ministra de la salud durante nuestra estancia en Malí (2002-2004).

²³ Etnia de población blanca compuesta de pastores nómadas que se encuentran dispersados por toda África Occidental y Central. En Malí constituyen el 16% de la población. Estos datos han sido obtenidos en la página <http://www.ikuska.com/África/Etnología/Pueblos>.

²⁴ Residencias destinadas a albergar los inmigrantes provenientes de las colonias, sin pareja y de sexo masculino, creados a partir de 1948 por el gobierno francés. Los ocupados por los trabajadores Africanos del valle del Senegal *«recrean la vida del poblado con sus artesanos, comerciantes, sala de oración, organización por poblado y familia, consejo de ancianos»* (Malgogne 2000:23).

poblados de origen, su modo de organización así como sus efectos sobre el contexto de origen y todo ello en relación con su integración en la sociedad de acogida.

Las familias inmigrantes soninké han sido especialmente analizadas por Claude Poiret (1996) o el ya citado Barou (1992, 1999). Las relaciones de género y el matrimonio poligámico, las relaciones sexuales y las capacidades reproductivas de las mujeres inmigrantes africanas en familias poligámicas son el eje de las obras de Sylvie Fainzang y Odile Journet (1988) y Nicollet (1992). El interés por la segunda generación y sus dificultades de integración han centrado el trabajo de nuestra compañera de investigación Annick Malgogne (2000). La conciencia identitaria así como las estrategias de integración en la sociedad de acogida han sido tratadas por el ya citado Barou (1990, 2002) y Mahamet Timera (1996), llegando a la conclusión de cómo los soninké siempre han resistido a la asimilación.

El cambio social provocado por el fenómeno migratorio a nivel de la organización social soninké y de los valores tradicionales ha sido analizado en especial por Philippe Lavigne (1991). Desde el punto de vista económico resulta interesante el trabajo de Jean Yves Weigel (1982) sobre el impacto de la migración sobre la producción doméstica, analizando especialmente la esterilización de los beneficios obtenidos a través de prácticas ostentatorias que buscan reproducir el orden social tradicional.

Ahora bien, si hay un ámbito que acapare desde los años noventa el interés de la comunidad investigadora es el de la implicación solidaria de los inmigrantes con sus poblados de origen, a través del análisis de las dinámicas asociativas así como el de su impacto como agentes de desarrollo en sus poblados de origen. La publicación de referencia la constituye el estudio de Christophe Daum (1993, 1995, 1998), realizado en 1991 con ciento cinco asociaciones de inmigrantes del valle del Senegal que provenientes de 100 poblados (40 de Malí, 40 de Senegal y 20 de Mauritania) residen en París, la región parisina y la provincia de la Seine-Maritime. Este autor no sólo nos demuestra la dependencia de los poblados respecto de los inmigrantes sino también el dinamismo de dichas asociaciones así como su aislamiento. Autores como Yera Dembele (1993), Hamedy Diarra (1998) y Abdoulay Keita (1996) han analizado igualmente el rol de los inmigrantes como agentes de codesarrollo. Para establecer la pertinencia de nuestra investigación, resultan especialmente interesantes las conclusiones a las que llega este último autor en su análisis sobre el impacto de las acciones de desarrollo de los inmigrantes en la región de Kayes, incluidos los de carácter sanitario aquí en estudio. Éste considera que la mayoría de dichas acciones

han fracasado porque no han tenido en cuenta la realidad sociocultural de su contexto de actuación así como la gran movilidad de los soninké.

Uno de los aspectos de dicha implicación son las prácticas de ahorro así como las modalidades de transferencia e inversión en los poblados, siendo la obra de referencia el monográfico realizado en 1997 para la DPM-Dirección de Poblaciones y Migraciones por Reynald Blion y Veronique Verriere (1998) y Blion y Sandrine Witeska (1998). Su concreción a través de la puesta en marcha de cooperativas y perímetros irrigados ha sido tratado por Lavigne (1999) quien se centra en el caso de dos poblados soninké igualmente próximos al área sanitaria en estudio: Sangalou y Gouthioubé. Resulta interesante su metodología que tiene como unidad de estudio la familia y sus estrategias económicas. De nuevo se hace referencia a las dificultades de trabajo de estas agrupaciones ya que a la hora de adoptar un modelo de organización y gestión se basan en su capital cultural, aun cuando lo modifiquen con su intervención. Los soninké son puestos como ejemplo de solidaridad y sentido de organización en el análisis realizado sobre dichas cooperativas y el impacto de la descentralización por la Fundación Charles Leopold Mayer (Colectivo 1996).

Sin embargo únicamente han sido encontrados cuatro autores que hagan referencia a las acciones de los inmigrantes en el campo sociosanitario: los ya citados Daum (1995), Kanté (1986) así como Marie Bourgeois (2000), y Moussa Cissé (1993). Ninguno de ellos trata del área sanitaria en estudio. El primero analiza históricamente la aparición y características de dichas realizaciones. El segundo aborda el caso del primer centro de salud financiado por los inmigrantes soninké en Malí: el de Kirane. El tercer autor se centra en el reino de Guidimakha, y el cuarto subraya el desarrollo anárquico de centros de salud en la región de Kayes creados por los inmigrantes. Sin embargo en el ya citado estudio realizado por nuestra institución de acogida en Malí, el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, en colaboración con la Universidad de Ámsterdam, se hace referencia que *«desde 1970 los inmigrantes soninké y Kasonké de Francia, originarios de la provincia de Kayes, ya han emprendido acciones en el dominio de la salud»* (1993:4). Éstas se concretan en la financiación no sólo de dispensarios sino también de depósitos de farmacia, determinadas acciones sanitarias como campañas de vacunación o la financiación de ciertos tratamientos médicos.

Así, en base a toda esta bibliografía sobre la etnia soninké y sus inmigrantes, complementada con los datos recogidos durante nuestro trabajo de campo iniciado ya en 1999, hemos podido elaborar el capítulo dedicado al Marco Etnosociocultural.

Se hace igualmente necesario presentar los estudios previos existentes *sobre la medicalización en Malí*, y especialmente los referentes a la región de Kayes ejemplificada por el área sanitaria aquí en estudio: la de Dramané. Así en este ámbito, el Ministerio de Salud maliense resulta ser la principal fuente de informes sobre la situación epidemiológica y los principales indicadores sociosanitarios de este país. Dos documentos resultan esenciales: el Plan Decenal Sociosanitario de 1997 (MSSPA-CNP²⁵ 1997) que guía la política sanitaria de este país hasta el año 2007 y la última Encuesta Demográfica y de Salud llevada a cabo en el año 2001 en colaboración con UNICEF, FNUAP, USAID y el Banco Mundial (MS-CPS²⁶ 2002a). Dicha situación es actualizada por el propio Ministerio anualmente (MS-MDSSPA²⁷ 2002a). La OMS nos proporciona igualmente datos a través de su informe anual sobre la salud en el mundo (OMS 2004, 2005). Ahora bien, para su desglose por regiones, incluida la de Kayes, es la base de datos del SIS-Sistema de Información Sanitaria (1999, 2000, 2001, 2002) de la DNS-Dirección Nacional de salud la principal fuente actualizada. Respecto al estudio cualitativo de la situación epidemiológica, es nuestra institución de acogida en Malí, el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, la principal fuente de estudios cualitativos y en especial su departamento de salud comunitaria a través de Haby Soumaré (1999) y el citado Kanté (1992).

Sin embargo más allá de los datos epidemiológicos y siempre dando preferencia a lo cualitativo, nuestra tesis tiene como objeto de estudio el impacto de la medicalización. En Malí es de nuevo el citado INRSP, quien a partir de 1987 se interesa por el tema desde el punto de vista de las ciencias sociales. A partir de dicho interés se organizó en 1991 con el ORSTOM-Instituto Francés de Investigación Científica para el desarrollo en Cooperación, un coloquio titulado *Ciencias Sociales de la salud en África del Oeste* donde se recogen investigaciones sobre las representaciones de la salud, las terapias ofrecidas, o los problemas y la economía del actual sistema de salud maliense, cuyos resultados fueron compilados por Joseph Brunet-Jailly (1993), antiguo director de dicho organismo, en su libro «*Se soigner au Mali: une contribution des sciences sociales*». Jean Benoist (1996) ha realizado por su parte un trabajo de compilación de diversos autores que han investigado en torno al

²⁵ MSSPA-CNP: *Ministère de la Santé de la Solidarité et des personnes Agees-Comission Nationale du Plan*.

²⁶ MS-CPS: *Ministère de la Santé-Cellule de Planification et de Statistique*.

²⁷ MS-MDSSPA: *Ministère de la Santé-Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées*.

pluralismo que caracteriza la utilización de los sistemas médicos en África, destacando el realizado por Anne Barges (1996) para el caso concreto de Malí.

Por el contrario no hemos encontrado estudio alguno sobre el proceso de institucionalización de la biomedicina en Malí, por lo que su análisis se hará a través de la obra de diferentes autores que lo tratan de modo parcial y/o transversal. Se trata por un lado de fuentes oficiales, como los diferentes documentos y decisiones ministeriales²⁸ elaboradas por el Ministerio de la Salud desde su creación en 1960. Por otro, tenemos los informes elaborados por investigadores pertenecientes, o que han pertenecido, al INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública: Akory Ag Iknane et al (2000), Brunet Jailliy (1989), Kanté (1999) y/o Maryam Maiga (1991).

La organización del sistema sanitario maliense es igualmente protagonista de diversas decisiones legislativas²⁹, elaborando el Ministerio de la Salud periódicamente documentos evaluativos y de programación de la pirámide sanitaria³⁰. Las diferentes sub-divisiones e instituciones dependientes de dicho ministerio realizan informes internos que han podido ser consultados, incluidos los referentes a la región de Kayes³¹, los dos Hospitales Nacionales sitos en Bamako³² y el INRSP³³. La OMS elabora igualmente publicaciones en las que se recogen las líneas directrices que orientan dicha organización (OMS 2000a, WHO 1997).

El funcionamiento del sistema sanitario maliense ha sido objeto de estudio de diversos análisis por parte del INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública a través de los ya citados Brunet-Jailliy (1989), Kanté (1997a, 2001) o Leon A. Bijlmakers et al. (1998), quienes han abordado los problemas de baja frecuentación de los centros de salud comunitaria desde una perspectiva sociológica. Estos estudios cuentan con la desventaja de que el paso del equipo de investigación sobre el terreno ha sido muy limitado en el tiempo, valiéndose para recoger las percepciones de los actores únicamente de cuestionarios cerrados. La accesibilidad financiera de dicho sistema sanitario la han tratado Birama Djan Diakité, Djigui Diakité y Sidy Traore (1995, 1999) llegando a la conclusión de que la mayoría de los centros de salud comunitaria del país no son accesibles debido a la situación de extrema pobreza de su población. Los órganos centrales del Ministerio de la Salud se han ocupado

²⁸ MSPAS (1964), MSSPA-PSPHR-IDA (1990), MS-SG (2002a).

²⁹ Arrêté Interministériel n° 94-5092/MSSPA-MATS-MF, Arrêté Interministériel n° 03-1726/MS/MSSPA., Décret n°01-115/PM-RM 27/02/01, Décret n° 02-314/P-RM du 04 juin 2002 y Décision n°0332/MS-SG.

³⁰ CPS (1997), MSSPA-CNP (1997), MS-MDSSPA (2002a, 2002b), MS-SG-DNS (2001).

³¹ SIS-Région de Kayes 1998, 1999, 2000, 2001, 2002.

³² MS-HPG (2001), MS-HGT (2001).

³³ INRSP (1990, 1991, 2001).

igualmente de este tema delegando su estudio a gabinetes de investigación externos (KBK³⁴ 1989), o a los servicios sociales (DNPFS³⁵ 1989).

Kanté resulta ser igualmente el autor de referencia en lo que se refiere al análisis de la calidad de los cuidados ofertados (1997b, 1997c, 1997d, 2000). Así uno de los mayores déficits encontrados por este investigador resulta ser la insuficiencia de personal sanitario en las estructuras malienses. Esta problemática ha sido igualmente abordada por el Ministerio de la Salud (MSSPA 1995). Para su resolución el gobierno maliense delegó una Misión de Apoyo denominada MDRH en la cual participó el citado Kanté y cuyos resultados han sido objeto de publicación: KIT³⁶ (2000) y MS-CPS (2002d). Esta Misión ha dedicado especial atención a la evaluación de los organismos de formación sanitaria (KIT 2001a y MS-CPS 2002e) y al análisis cualitativo de dichas carencias (KIT 2001b). La puesta en marcha del principio de la participación comunitaria ha sido igualmente analizada, y siempre desde nuestra institución de acogida, teniendo esta vez como protagonista la región de Kayes: INRSP (1999, 2003), Kanté et al. (1999).

Respecto a los medicamentos como elemento clave de la medicalización, nos encontramos de nuevo con la escasez de investigaciones cualitativas. Desde 1978, con la apuesta de Alma Ata por la Atención Primaria, se inician en Malí diversos estudios sobre los aspectos financieros, organizacionales y de gestión de los medicamentos genéricos. Pero la opinión de la población, sus actitudes y prácticas, no fueron objeto de investigación hasta la realización de la que constituye la obra de referencia desde el punto de vista cualitativo: la ya citada investigación multidisciplinar realizada por el INRSP en colaboración con el Instituto Real de los Trópicos de la Universidad de Ámsterdam sobre el uso racional de los medicamentos (INRSP 1993, 1995, MSSPA et al. 1993). Este estudio, desarrollado entre 1994-95 en la Región de Ségou³⁷, forma parte de un programa comparativo de la OMS, e incluye como elemento innovador el análisis de las percepciones y de las prácticas de los prescriptores y de los consumidores, quienes afirman preferir las especialidades a los genéricos, recurriendo a menudo a la automedicación con comprimidos en especialidad. Sin embargo ningún documento hace referencia de modo específico a la Región de Kayes. Por otro lado, la ya citada ONG francesa REMEDE (1998) en

³⁴ KBK: *Kita-Bafoulabé-Kenieba*.

³⁵ DNPFS: *Direction Nationale de la Protection Familiale et Sociale*.

³⁶ KIT: *Royal Tropical Institute*.

³⁷ Conviene señalar que este estudio se realizó en dos provincias de la Región de Ségou que, a pesar de su pobreza, no estaban afectadas por el fenómeno migratorio. Y una de las provincias, Macina, se encuentra entre las circunscripciones administrativas más pobres de Malí.

colaboración con los gobiernos de 6 países africanos ha realizado el estudio más sobresaliente respecto al comportamiento de los prescriptores, incluido el caso maliense. Seydou Traore (1989) ha analizado por su lado los factores que influyen en la elección de la fuente de aprovisionamiento en medicamentos. A nivel de farmacopea tradicional en el contexto africano la obra clave es la realizada por Lluís Mallart (1977) entre los evuzok de Camerún. Dominique Traore (1983) ha llevado a cabo un estudio específico del herbolario maliense. En lo que se refiere al abastecimiento institucional en medicamentos genéricos cabe decir que tanto el grupo de antropología médica francés A.M.A.D.E.S³⁸ (1999) como la OMS se han dedicado a su análisis (OMS 2000b, OMS/TRM/98.1 2000, WHO/TRM/91.4 1991). El futuro de la política sanitaria maliense, incluida su rama farmacológica, ha sido abordado tanto por el Ministerio de la salud (MS-SG³⁹ 2002a, 2003) como por el organismo en los cuales éste ha delegado su evaluación: ETC-PIH⁴⁰ (2002). Únicamente los informes de puesta en marcha (Región de Kayes-CK-CSK⁴¹ 1994) y supervisión (Service Sociosanitaire de Kayes 1996, 1997, 1999) hacen referencia al CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané.

La obra de referencia respecto a la asunción de los gastos derivados de los procesos de salud/enfermedad/atención en Malí es la del sociólogo francés Robert Vuarin (1993, 2000), quien pone de relieve el importante rol jugado por lo que pueden considerarse como sistemas populares de protección social.

Y así tras la realización del presente inventario crítico y sintético de lo trabajado anteriormente sobre la problemática aquí estudiada, procedí a su discusión con miembros de la población, profesionales sanitarios e investigadores. Este proceso de triangulación nos permitió localizar pistas, nuevas ideas, que contrastadas nos ayudaron al planteamiento y delimitación de la problemática a investigar así cómo el locus de la misma.

Elección de la problemática y del locus de la investigación

Sobre la base de todos estos antecedentes y una vez expuesto su interés, pertinencia, así como su aceptabilidad política y teórica pudimos delimitar la problemática a estudiar y el locus en el que centrar nuestra investigación. Acabamos de señalar que el corpus principal del trabajo de campo de la presente investigación ha

³⁸ A.M.A.D.E.S : *Anthropologie médicale appliquée au développement et á la santé*.

³⁹ MS-SG: *Ministère de la Santé-Secretariat General*.

⁴⁰ ETC-PIH: *Mission d'Evaluation externe du PRODESS*.

⁴¹ Région de Kayes-CK-CSK: *Région de Kayes-Comune de Kayes-Centre de Santé de Kayes*.

tenido lugar en Malí entre enero de 2002 y mayo de 2004. Una vez en Malí, en el seno de nuestra institución de acogida, el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, y bajo la supervisión de nuestro responsable, el Dr. Kanté, establecimos un doble objetivo a alcanzar a través del trabajo de campo. Por un lado el INRSP exigió, en contraprestación a nuestra acogida, la elaboración de un informe a través del cual se llegaran a descubrir los factores socioculturales que influyen en la baja frecuentación de los centros de salud comunitarios y en el escaso uso de los medicamentos genéricos en la región de Kayes. Por otro lado, nuestro trabajo de campo debía servir como base para la realización de la presente tesis, por lo que nos reappropriamos de los objetivos del INRSP reformulándolos bajo el prisma de la Antropología de la Medicina, y así nuestro objeto de estudio habría de ser: las migraciones, el cambio social y la medicalización.

Partimos de la citada problemática de baja frecuentación de los CSCOM-Centros de salud comunitarios y escaso uso de los medicamentos genéricos⁴² en los poblados soninké de la región de Kayes, la cual nos llevó a desvelar cómo la población soninké, tanto los inmigrantes como los asentados en el país, se vale de la medicalización y de su implicación solidaria en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes del poblado para manejar el cambio social producido por la migración de sus jóvenes hacia Francia.

Asimismo fue necesario delimitar el lugar de la misma, por lo que se decidió centrar la investigación en el área sanitaria del poblado en el que habíamos investigado previamente: Dramané⁴³. El porqué de dicha elección vino dado no sólo por la facilidad de acceso que habíamos logrado con la población procedente de la misma como hemos venido explicando en los antecedentes, sino también por su pertinencia a nivel metodológico ya que como ya hemos señalado se trata del primer centro de salud rural de Kayes, que situado en zona soninké, fue elegido por las autoridades sanitarias para evaluar la factibilidad de las políticas públicas de desarrollo de la Atención Primaria y de la participación comunitaria en el ámbito de la salud.

Es necesario señalar igualmente que nuestra investigación no busca quedarse en el campo de lo teórico o en el mundo académico, sino que pretende ser restituida a

⁴² En el momento de dar comienzo nuestra investigación (enero de 2002), la región de Kayes contaba con la tasa más baja a nivel nacional de frecuentación de los centros de salud comunitarios: «*Un 9% y con tendencia a la baja*» (Coulibaly y Keita 1993:11). «*Esta baja frecuentación de los centros de salud comunitarios (...) se debe a que la población se niega a consumir los medicamentos genéricos*» (Mounkoro 2000:2-3).

⁴³ En un primer momento se previó que la investigación se realizara en una segunda área sanitaria, también situada en zona de inmigración soninké: Yelimané (lugar de procedencia del Dr. Kanté). Su realización no fue posible debido a la falta de recursos humanos y materiales.

sus protagonistas para que éstos puedan darle una utilidad práctica. La transferencia de resultados y conocimientos, cuyo soporte principal es la presente tesis, ha comenzado previamente a su defensa gracias a diferentes publicaciones así como conferencias y cursos que han tenido como sujeto aspectos de la misma tanto en Malí, como en Francia y en el Estado español. Y en especial a través del informe que como ya hemos señalado nos había exigido el Ministerio de la Salud maliense antes de nuestro regreso a España el cual recoge los resultados preliminares de dicha investigación. Dicho informe fue publicado por el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública en diciembre de 2003 bajo el título de *«Facteurs socioculturels favorisant la sous fréquentation des centres de santé et la sous utilisation des médicaments essentiels dans la région de Kayes: le cas de l'aire de santé de Dramané au Mali⁴⁴»* (Mendiguren 2003b, 2003c, 2003d) y entregado a los diferentes actores sociales antes de nuestro retorno a Europa.

Estructura de la tesis

Para la correcta contextualización, análisis y presentación de nuestra investigación hemos optado por dividir la presente tesis en dos partes compuestas de cuatro y cinco capítulos respectivamente, a los que hay que añadir las conclusiones finales.

En la primera, presentaremos el marco etnosociocultural, etnosociosanitario y teórico-conceptual de nuestra investigación sin el cual difícilmente se pueden contextualizar e interpretar los resultados del trabajo de campo realizado entre la comunidad soninké originaria de Dramané. Asimismo se abordan los objetivos, hipótesis y metodología de la misma en donde se ha dado especial protagonismo a la importancia de la oralidad en dicha sociedad. El marco etnosociocultural presentará las principales características de la sociedad soninké en estudio (localización, historia, organización política social y económica, ideología y valores, economía) así como al fenómeno migratorio y el cambio social producido por el mismo. En el marco etnosociosanitario mostraremos el perfil epidemiológico de este país, cómo ha tenido lugar el proceso de institucionalización de la biomedicina en Malí y cómo ésta coexiste con otros sistemas médicos, cómo son el popular de tradición africano animista y el tradicional árabe-musulmán con el fin de entender mejor el fenómeno de

⁴⁴ Dicho informe se compone de 3 volúmenes:

- « *Etude monographique de l'aire sanitaire de Dramané* »,
- « *Situation sociosanitaire de l'aire de santé de Dramané* »,
- « *Les causes du traitement des ressortissants de l'aire de santé de Dramané á Bamako* ».

medicalización en el área sanitaria de Dramané. Se presentarán igualmente los sistemas, populares e institucionalizados, de asunción de los gastos derivados de los procesos de salud/enfermedad/atención.

Respecto al soporte teórico-conceptual resultaba pertinente, al haber elegido una problemática como la evocada, que nuestra investigación se apoyara principalmente en el marco de la citada disciplina de la Antropología de la Medicina pues se trata de analizar sistemas médicos, itinerarios terapéuticos y procesos de salud/enfermedad/atención. Al mismo tiempo nos hemos valido, entre otros, de las aportaciones de la Sociología y de la Antropología Urbana que tiene como uno de sus campos de estudio privilegiado las migraciones, de las de la Antropología Económica, al abordar conceptos como la cultura, el cambio social o la reciprocidad, y de las de la Antropología de Género. Presentados los objetivos de nuestra investigación así como las hipótesis veremos cómo para su consecución hemos optado por una investigación itinerante entre el área sanitaria de Dramané, Kayes, Bamako y el área metropolitana de París, que recoge los propios itinerarios terapéuticos de sus protagonistas y cómo su realidad social sumida en un proceso de migración «estructural». Metodología cualitativa en la que nos hemos dejado sorprender por la realidad, intentando su aprehensión «desde dentro»: observando, escuchando, confrontando los testimonios de los actores sociales con los datos recogidos en nuestras observaciones y en el rastreo de múltiples fuentes bibliográficas. Asimismo, veremos cómo en muchas ocasiones la labor del investigador se ha aproximado a la de un estratega, pues hemos tenido constantemente que «negociar» nuestro lugar tanto en la institución de acogida como en la comunidad en estudio. Todo ello facilitado por las habilidades y las técnicas adquiridas como trabajadora social así como durante el periodo de formación académica y cuyas principales características presentaremos con el fin de sustentar la pertinencia de su elección.

En la segunda parte de la tesis presentaremos los resultados de la investigación dejándonos guiar por el discurso de los diferentes actores sociales. Su presentación se ha estructurado en cinco capítulos: uno por cada uno de los cuatro escenarios implicados en el itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria de Dramané: Dramané, Kayes, Bamako y París. Un quinto escenario se dedica al análisis específico de las razones del fenómeno de salto de nivel en la pirámide sanitaria entre las mujeres de dicha comunidad, especialmente las casadas con inmigrantes.

El primero de los capítulos de esta segunda parte, centrado en el área sanitaria de Dramané, nos mostrará cómo el proceso de institucionalización del centro de salud

comunitario de dicho poblado ha actualizado la lucha de poderes tradicionales existente en el seno de la etnia soninké, revelando al mismo tiempo la existencia de un conflicto entre diferentes concepciones de la biomedicina: la que quiere desarrollar el estado bajo la supervisión del FMI-Fondo Monetario Internacional y los países donantes, y la transmitida por el testimonio de los inmigrantes en Europa e interiorizada por el poblado. En el segundo, situado en Kayes, trataremos de averiguar las razones en eludir del itinerario terapéutico de los enfermos de Dramané, descubriendo que tras ella se esconde de nuevo el citado choque de concepciones así como la actualización de las rivalidades existentes entre el poder soninké y el estado.

El capítulo dedicado a Bamako nos desvelará el perfil epidemiológico y sociodemográfico de los enfermos procedentes de dicho área sanitaria así como las condiciones de acogida y pago de los costes de su estancia y tratamiento, mostrándonos el rol jugado por los anfitriones de dichos enfermos. En el cuarto capítulo trataremos de descubrir las razones técnicas y socioculturales que llevan a las mujeres de la comunidad en estudio a desplazarse hasta Bamako, cuya presencia emana de la interiorización de la concepción de la biomedicina transmitida por sus parientes inmigrantes. Al mismo tiempo descubriremos cómo ésta constituye una estrategia de liberación frente al control social, familiar, económico y sexual que sufren en el poblado así como un medio para manejar las rivalidades existentes entre coesposas derivadas de la poliginia y acentuadas por la ausencia del marido en la migración.

En el quinto capítulo nos acercaremos a los porqués, cómo y para qué de la implicación, individual y colectiva, de los y las inmigrantes de Dramané en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes residentes en el poblado. Ello nos llevará a descubrir cómo ésta resulta ser una estrategia para intentar reproducir el orden social fuertemente afectado por la inmigración así como un medio para poder mantenerse unidos con la sociedad de origen, facilitándoles al mismo tiempo su integración en la sociedad de acogida.

Todo ello será abordado y analizado desde una perspectiva holística y relacional en donde hemos tenido en cuenta tanto el nivel estructural, como el histórico o el simbólico. Así, hemos partido de una concepción de la cultura soninké que, como toda cultura, se encuentra en cambio continuo debido a la articulación de diferentes procesos políticos, económicos, culturales y/o sociales, entre ellos la inmigración y la medicalización. De modo que, al abordar y analizar dicha sociedad así como los sistemas médicos que coexisten en ella a través del caso concreto del área sanitaria

de Dramané, la hemos inscrito en procesos históricos que cómo comenta Dolores Comas D'Argemir, «*no son particulares sino globales, no son de corto alcance, sino de larga duración*» (1996:109). Sociedad constituida por individuos, por actores sociales que no sólo se ven sumidos en «*la rueda imparable del devenir de su sociedad*», en «*la necesidad de emigrar*»⁴⁵, en la obligación de «*ser solidarios*», de implicarse en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes, sino que con sus percepciones, prácticas y discursos se apropiaron del cambio social producido por la inmigración, manejándolo a través de la medicalización y permitiendo con ello la reproducción de esta sociedad en plena transformación.

Antes de dar paso al corpus de la tesis desearía manifestar mi agradecimiento a todos aquéllos que han colaborado en su elaboración. Así, es justo comenzar con dichos actores sociales, hombres y mujeres soninké, del área sanitaria de Dramané, tanto los residentes en su poblado de origen, en Kayes, en Bamako o París. Sin su hospitalidad, interés y testimonios, la presente tesis no habría podido ser realizada. Un especial agradecimiento dedico a Abdoulay Tirera, cuya colaboración ha sido absolutamente esencial para que se nos abrieran las puertas de esta sociedad; a Mamadala Tirera y Massamba Yatabaré por su hospitalidad; a El Hadji Almamy Dramé por su clarividencia; a Fatoumata Dramé, Niuma Dramé y Kourtoum Dramé por adentrarme en el mundo de las mujeres. Homenaje especial merece uno de los enfermos ya fallecido, Madiba Dramé, cuyo acompañamiento terapéutico y silencio forzoso nos llevó a descubrir muchos aspectos de la sociedad soninké desde dentro.

Asimismo quiero agradecer a todos los agentes sociosanitarios entrevistados su participación, al Ministerio de la Salud, a la Dirección Regional de Kayes, al Hospital Regional y al CSREF de Kayes y especialmente al CSCOM de Dramané. Una mención especial dedico al personal del INRSP, y de modo señalado al Dr. Kanté por sus múltiples consejos, la pertinencia de sus observaciones y su disponibilidad; así como a Idrissa Kanadjigui quien fue como un padre para mí. A la Misión Cubana de Malí, y al Dr Seydou Coulibaly de la Farmacia del Hospital Point G no sólo por sus testimonios sino especialmente por poner a mi disposición su logística.

Pero mi estancia en Bamako no habría sido posible sin la hospitalidad de Coronel Gaye y en especial de su mujer Aya, quienes fueron para mí y siguen siendo mi familia.

⁴⁵ «Morir o Burdeos» dice un proverbio soninké.

Y ya en nuestro contexto, agradecer primeramente la paciente y lúcida visión de mi directora de tesis, Mari Luz Esteban, las observaciones de nuestro tutor Josep Maria Comelles, así como el ánimo y consejos de Lluís Mallart.

Asimismo agradezco a mi antigua colega Annick Malgogne su compañía en los primeros viajes a esta sociedad en 1999 y 2001, así como el privilegio de compartir sensibilidades en el trabajo con inmigrantes africanos en Europa; esta tesis le debe una gran herencia espiritual. A Elena Rodríguez y Ricardo Basauri, el apoyo logístico hasta horas realmente inadecuadas. A los amigos todos los buenos momentos robados, y en especial a Miguel, Aitor y Eduardo por su apoyo informático, traducción y paciente lectura. Y por supuesto quiero agradecer el respaldo encontrado en mi madre Berta, Vie de Dieu y el resto de mi familia extensa, muy especialmente mi hijo Ángel Tobie, cuya sonrisa y capacidad de entretenimiento ha sido un alivio permanente.

La comunidad soninké de Dramané me bautizó como Aminata Dramé, considerándome, parafraseando a Lluís Mallart (1986), hija de los soninké. Esperemos que esta adopción nos permita transmitir al lector de la presente tesis los interiores de esta sociedad, la soninké, en estos momentos sometida a un profundo proceso de cambio social.

PRIMERA PARTE

CONTEXTUALIZANDO: MARCO ETNOSOCIOCULTURAL, ETNOSOCIOSANITARIO, TEÓRICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

Capítulo Primero

MARCO ETNOSOCIOCULTURAL

Acabamos de señalar en la introducción que para la correcta contextualización e interpretación de los datos obtenidos durante nuestro trabajo de campo resulta necesario presentar primero las principales características de la sociedad soninké en estudio (historia, organización social, política, económica, ideología y valores) así como el cambio social producido por el fenómeno migratorio. Para ello situaremos geográfica y sociodemográficamente el área sanitaria de Dramané aquí investigada en el seno del país (Malí) y de la región (Kayes) a los cuales pertenece.

1.1. Situación geográfica y sociodemográfica

Malí es el país más extenso de África del Oeste y el octavo del continente (1.240.192km). Es un país continental, situado entre los 10° y 20° latitud norte, y rodeado de 7 países (mapa I). Tres zonas climáticas lo atraviesan de norte a sur: la zona sahariana, el sahel y la zona sudaniana. Los dos ríos más largos del África Occidental atraviesan este país: el Níger (4.200km de los cuales el 40% en Malí) y el Senegal (1.700km, el 50% en Malí).

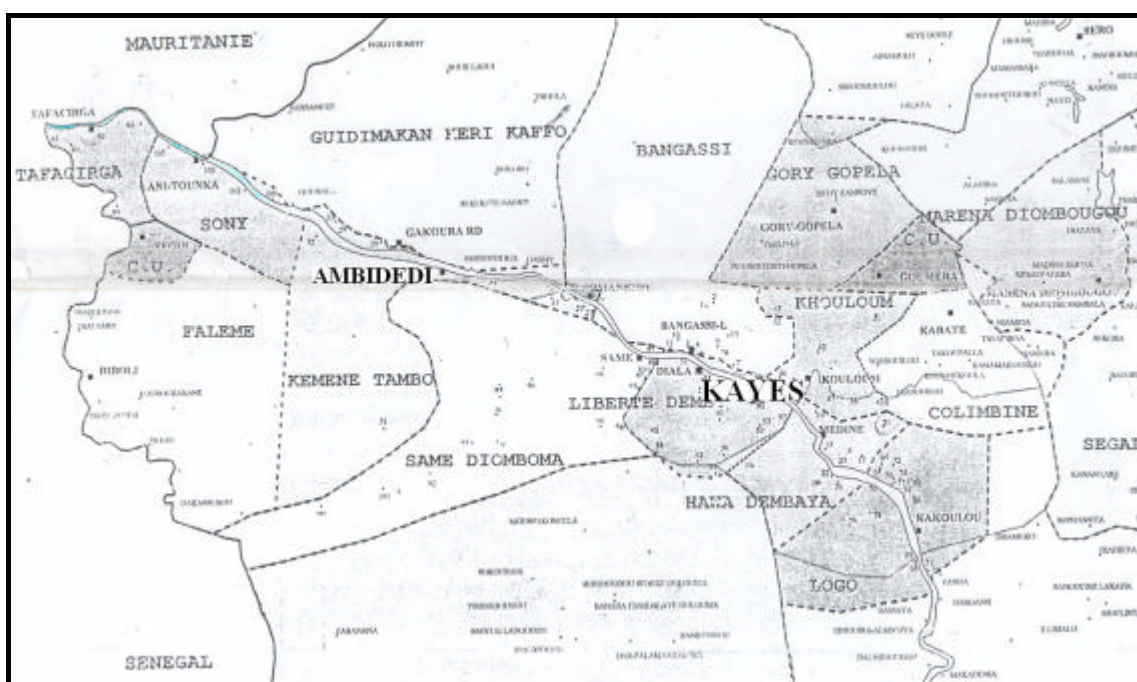
MAPA I: ÁFRICA SUBSAHARIANA Y MALÍ



Administrativamente Malí se compone de siete regiones, entre ellas la de Kayes. Situada al extremo Oeste de Malí (entre el 12° y 17° latitud norte), haciendo frontera con Senegal y Mauritania, la región de Kayes es una zona árida que ocupa

una superficie de 120.760 km² (9.7% de la superficie nacional). La Región de Kayes se compone a su vez de siete provincias: Kayes, Bafoulabé, Diema, Kenieba, Kita, Nioro y Yelimané, que reagrupan un total de 117 municipios rurales y 12 urbanos. La provincia de Kayes, cuya capital está en la ciudad del mismo nombre, cubre una superficie de 22.190 km² lo que representa el 18.37% de la superficie regional. La ley de creación de los municipios (*Loi n°96-059 du 11 novembre 1996*) divide dicha provincia de Kayes en 28 municipios, entre ellos el de Kemene Tambo con sede en Ambidedi, al cual pertenecen los poblados del área de sanitaria en estudio. El municipio de Kemene Tambo, que como veremos forma parte de la zona histórica del reino soninké de Gadiaga, limita con los municipios siguientes: al Este y al Sur con Samé Diongoma, al Oeste con Falemé, Fegui y Sony, al norte con el río Senegal que le separa de dos municipios del reino soninké del Guidimakha: Kery-Kafo y Somankidy (mapa II).

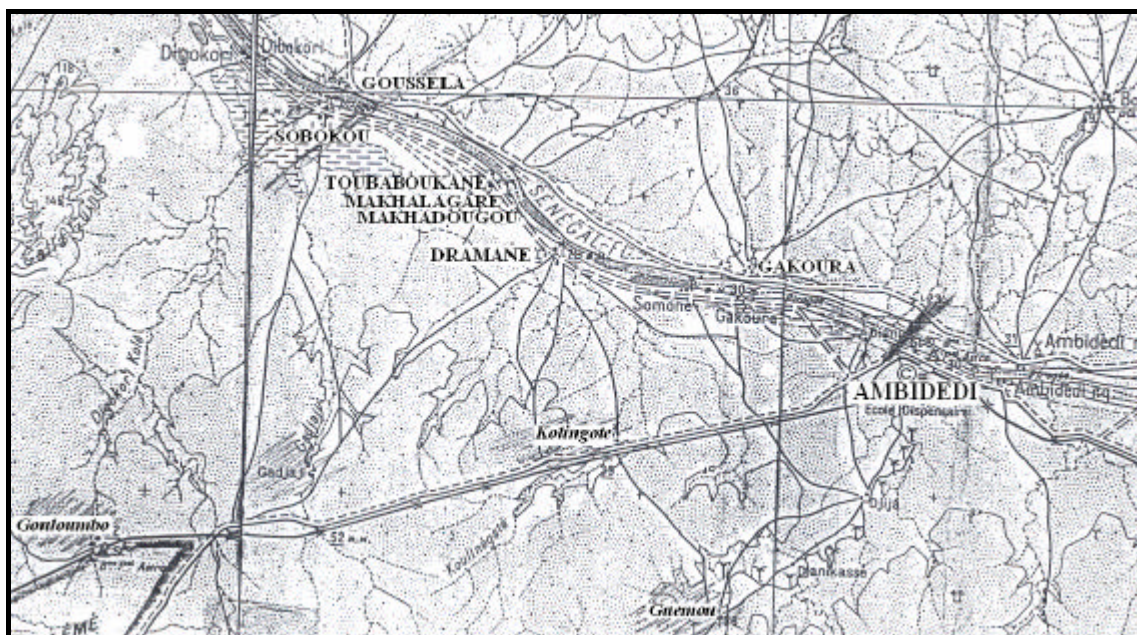
MAPA II: PROVINCIA DE KAYES Y MUNICIPIO DE KEMENE TAMBO



Dramané se encuentra concretamente a unos 60 Km. al oeste de la ciudad de Kayes sobre la orilla izquierda del río Senegal, y a unos 30 km. de su confluencia con el río Falemé que sirve de frontera natural con el estado Senegalés. Se trata de una zona saheliana caracterizada por un clima en el que alternan tres estaciones: una lluviosa (julio-septiembre), una fría (octubre-febrero) y una seca (marzo-junio). Su relieve es poco marcado, ejerciendo el río Senegal de columna vertebral para agricultores, pescadores y ganaderos. El poblado de Dramané limita al oeste con los

otros tres poblados que componen el área de salud en estudio: Makhadougou, Makhalagaré y Toubaboukané. Al este limita con el de Somoné y al norte con el río Senegal. Dicho poblado sede del centro de salud comunitario en estudio posee asimismo dos asentamientos temporales que forman parte del área sanitaria: Guemou, y Kolingoté (mapa III).

MAPA III: AMBIDEDI, DRAMANÉ Y AREA SANITARIA.



Su enclavamiento, derivado de su situación geográfica, es precisamente uno de los principales problemas del área de salud en estudio. Las comunicaciones entre poblados son aseguradas por pistas y senderos. La pista que une Dramané con los otros tres poblados del área sanitaria es impracticable hacia el este en dirección Kayes durante la época de lluvias debido a la erosión fluvial. El resto del año el viaje puede tomar dos o tres horas. El desplazamiento entre los poblados en estudio se realiza en carreta, moto o en algún que otro coche particular adquirido gracias al dinero enviado por los inmigrantes. La línea ferroviaria Bamako-Dakar pasa sin parada oficial por Gouloumbo, poblado de cultivo de Dramané situado a 20 Km. al este.

A nivel demográfico Malí cuenta con una población de 10.021.651 habitantes según el último censo general realizado en el país en abril de 1998 (MEF-DNSI⁴⁶ 2001). Éste estima la tasa de crecimiento demográfico anual al 2,2%, calculándose la población en el momento que da comienzo nuestra investigación (1 de enero de 2002)

⁴⁶ MEF-DNSI: Ministère de l'Economie et des Finances Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.

en 10.484.236 de personas. La población rural se estima en el 73%. Los principales indicadores sociodemográficos establecidos gracias a la EDSM-Encuesta Demográfica y de Salud del 2001 (MS-CPS 2002a) se presentan en la tabla I. Las tendencias demográficas para el año 2015 son expuestas en la tabla II.

TABLA I: Principales indicadores sociodemográficos según la EDSM 2001.

Población:	10.484.236 hab.
Tasa de crecimiento anual:	2.20%
Población rural:	73%
Población sedentaria:	95.30%
Población nómada:	4.70%
Densidad media:	13.05 hab/km2
	Mín: Kidal: 0.3
	Máx: Ségou: 25.08
Población rural:	73%
Distribución por sexo:	94 hombres/100 mujeres.
Distribución por edad:	46 % de menos de 15 años.
Número de personas por hogar:	5,3 (5,2 en medio rural, 5,7 en medio urbano).
Número de hogares dirigidos por una mujer:	11% (8% en 1995).
Poligamia:	43% de las mujeres de 15-49
Hombres de 6 años y más que nunca han frecuentado una escuela:	66%
Tasa de alfabetización femenina:	15%
Mujeres de 6 años y más que nunca han frecuentado una escuela:	77%
Hogares con electricidad:	11% (2% medio rural, 37% en medio urbano).
Población con acceso a agua potable:	49%
Población con letrinas o baño:	15%
Hogares con radio:	83% en medio urbano, 64% en medio rural.
Hogares con TV:	42%, en medio urbano, 5% en medio rural.
Hogares con bicicleta:	35% en medio urbano, 54% en medio rural.
Hogares con moto:	33% en medio urbano, 17% en medio rural.

Fuente: MS-CPS 2002a.

TABLA II: Tendencias demográficas para el año 2015.

Población total	19 Millones
Tasa de crecimiento demográfico anual 2001-2015	3.1%
Población urbana	40.7%
Población de menos de 15 años	48.7%
Población de 65 años y más	2.1%
Índice sintético de fecundidad 2000-2005	7.0

Fuente: PNUD 2003: 253.

Según el citado censo de 1998, la región de Kayes alberga 1.374.316 de habitantes de los cuales 327.891 residen en la provincia del mismo nombre que resulta ser la más poblada de la región. A su vez dicho censo estima la población residente en

el municipio de Kemene Tambo en 13.266 habitantes (4.04% de la población provincial) lo cual le convierte en el segundo municipio más poblado. Dramané al contar con 3.766 habitantes (28.38% de la población municipal), es a su vez el poblado más habitado del municipio. Makhadougou cuenta con 911 habitantes (6.87% de la población municipal), Makhalagaré 682 habitantes (5.14%) y Toubaboukané con 1.330 habitantes (10.02%). El área sanitaria en estudio cuenta en total con 6.689 habitantes, es decir el 50.42% de la población municipal y ello sin contar los doblamientos temporales cuya población no es contabilizada de modo oficial (tabla III).

TABLA III: Población de Kayes-región, Kayes-provincia y poblados del área sanitaria

	Habitantes	Población residente			Conce- siones	Pers. Por localidad	Hogares Por concesión	Pers. Por Hogar
		Hombres	Mujeres	Total				
Kayes (Reg.)	11.234	671.678	702.638	1.374.316	94.719	879	1.8	6.6
Kayes (Prov.)	335	161.818	166.073	327.891	22.345	979	2.2	6.6
KemeneTambo	14	6.564	6.702	13.266	636	948	3.1	6.7
Dramané	1	1.958	1.808	3.766	132	3.766	4.4	6.5
Makhadougou	1	391	520	911	15	911	3.9	15.7
Makhalagaré	1	339	343	682	26	682	4.0	6.6
Toubaboukané	1	657	673	1.330	61	1.330	3.6	6.1

Fuente: MEF-DNSI 2001.

La población de este país está compuesta por múltiples etnias⁴⁷, entre ellas la soninké aquí en estudio. Podemos distinguir dos grandes grupos poblacionales en Malí: las poblaciones blancas (maures, touaregs, árabes, haratine y peuls), pastores nómadas y seminómadas, que ocupan el norte del país y las poblaciones negras, agricultoras y sedentarias, que ocupan el sur. Se trata esta última de la rama oungara

⁴⁷ Tomamos la definición de etnia dada por Traore (1994:63) en su estudio de los modelos migratorios de las poblaciones soninké y peul: «Frente a la diversidad de definiciones hemos optado por un criterio fácilmente operacional: la lengua. Ciertamente es que no es suficiente pero (...) definimos el grupo étnico por la autoconciencia de una identidad propia de la cual el etnónimo es la expresión externa. Esta identidad se funda históricamente sobre realidades económicas, lingüísticas, etc.».

(bámbara, kasonké, malinké, dioula), la rama voltaica (bobo, minianka, senoufo) y la sudanesa (songhai, bozo, dogón y soninké). En la región de Kayes, las provincias del Norte (Diema, Nioro, y Yelimané) albergan mayoritariamente población soninké. El centro de la región (Kayes y Bafoulabé) está habitado a partes iguales por población Kasonké y soninké. Al sur (Kita y Kenieba), predominan los malinké. Cada etnia tiene su propia lengua aún cuando la más hablada a nivel nacional es el bámbara. La lengua oficial es sin embargo el francés.

Concretamente la etnia soninké cuenta en Malí con alrededor de 839.000 habitantes⁴⁸ que supone aproximadamente el 8.37 % de la población nacional. Keita (1996:16) estima la población soninké en el 42,41% de la población de la región de Kayes. Aunque podemos encontrar poblaciones soninké asentadas en otros países del África subsahariana, la mayor presencia de esta etnia se encuentra en territorio maliense (tabla IV). Su repartición geográfica actual está relacionada como veremos con la historia de dispersión del antiguo reino del Wagadu. Las poblaciones con las que han ido conviviendo a lo largo de su historia les han denominado con apelaciones diferentes. Así Fainzang y Journet (1988:16) comentan como los soninké son denominados sarakolé por los wolof y toucouleur, marká por los malinké y bámbara, sebe por los peul, y aze o aswanik por los maures.

TABLA IV: Repartición de la población soninké en África.

PAIS	POBLACION SONINKÉ
Malí	839.000
Gambia	512.000
Senegal	176.000
Costa de Marfil	119.000
Burkina Faso	108.000
Mauritania	51.000
Guinea Conakry	6.000
Guinea Bissau	5.000
Níger	4.000
Total	1.820.000

Fuente: <http://www.ikuska.com/África/Etnologia/Pueblos/>

La población de este país vive en *un estado de extrema pobreza*, lo cual queda evidenciado por el hecho de que las Naciones Unidas sitúan a Malí en el año 2001 cómo el cuarto país más pobre del planeta (PNUD 2003:244). Su IDH-Índice de Desarrollo Humano se sitúa ese mismo año en 0.337 frente a 0.386 en el 2000 (tabla V). Respecto al ISDH-Indicador Sexo-Específico de Desarrollo Humano su valor era de 0.327 (0.378 en 2000), lo que sitúa a este país es la 142 posición sobre 144 PVD-Países en Vías de desarrollo (posición 138 en el 2000) (tabla VI). Dichos indicadores

muestran cómo la situación social del país no hace más que agravarse. Respecto a la situación de las mujeres, no sólo la pobreza les afecta de modo especial como acabamos de ver, sino que su situación subalterna se traduce igualmente a nivel de su participación en la vida política y económica del país (tablas VII y VIII). Y ello a pesar de que Malí ha ratificado la Convención de eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres de 1979.

Tabla V: IDH-Índice de Desarrollo Humano 2000-2001.

IDH MALI	2000	2001
Esperanza de vida al nacer	51.5	48.4
Tasa bruta de alfabetización combinada (de primaria a superior)	28%	29%
PIB por habitante	797\$	810\$
Índice de esperanza de vida	0.44	0.39
Índice de nivel de instrucción	0.37	0.27
Índice del PIB	0.35	0.35
Índice de Desarrollo Humano	0.386	0.337

Fuentes: PNUD 2002a:152 y PNUD 2003:240.

TABLA VI: ISDH-Índice de Desarrollo Humano Desagregado por Sexos 2000-2001.

ISDH	2000		2001	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacimiento	50.4	52.4	47.8	48.9
Tasa bruta de alfabetización combinada	34%	22%	38%	26%
Salario estimado de trabajo	992\$	606\$	1.009\$	615\$

Fuentes: PNUD 2002a:152 y PNUD 2003:313.

TABLA VII: Participación de la mujer en la vida política

Obtención del voto femenino	1956
Obtención de derecho a candidatura	1956
Acceso al parlamento por elección	1964
Mujeres miembros del gobierno % (2000)	33,3
Mujeres parlamentarias % (2000)	10,2

Fuentes: PNUD 2002a:242 y PNUD 2003:330.

TABLA VIII: Participación de las mujeres de más de 15 años en la vida económica

	2000	2001
Tasa de actividad económica %	70.1%	69.9%
Índice de actividad económica %	97	97
% Respecto a la tasa masculina	79	72

Fuentes: PNUD 2002a:237 y PNUD 2003:317.

En el caso de la Región de Kayes cabe señalar que los únicos datos disponibles datan del año 1998 en el cual, y según su IDH-Índice de Desarrollo Humano, esta región se encontraba comparativamente más desarrollada que el resto

⁴⁸ Esta referencia está tomada de la página web: <http://www.ikuska.com/África/Etnologia/Pueblos/>.

del país (índices 0.340 y 0.333 respectivamente). En el mismo año su IPH-Índice de Pobreza Humana se situaba en el 55,2% frente al 56,3% a nivel nacional (MEF-DRPS 2001:12⁴⁹). Las condiciones de vida en el área sanitaria de Dramané testimonian dicha pobreza. Ninguno de los poblados del área sanitaria de salud cuenta con electricidad⁵⁰ ni agua corriente aun cuando existen pozos en la mayoría de las concesiones. Tampoco se benefician de la red telefónica nacional SOTELMA. Ello agrava su enclavamiento.

A continuación veremos cómo a pesar de su situación de extrema pobreza actual, este país tuvo un protagonismo clave en el desarrollo histórico del África del Oeste hasta la llegada de los colonizadores, especialmente durante el reino soninké de Wagadu (s. IV al XIII). De este pasado hereda su riqueza cultural, orgullo y fuerte conciencia nacional.

1.2. Los soninké a lo largo de la historia

Según la tradición histórica los soninké, provenientes del Mediterráneo⁵¹, fundaron hacia el año 300 d.c. la primera entidad política de la Región del Alto Senegal-Níger: el imperio de Wagadu o Ghana⁵² (Monteil 1915, Bathily 1989). Su capital se situaba en Koumbi-Saleh (actual Mauritania, provincia de Aoun Al Trouis, a 350km de Bamako), extendiéndose del Océano Atlántico hasta Tombuctú y Djenné.

Su principal fuente de riqueza era el comercio trans-sahariano, sirviendo de alto en el camino de las caravanas que transitaban entre África del Norte y el centro del continente africano. Koumbi-Saleh, fue un gran depósito de sal y oro cuyos habitantes se dedicaban igualmente al comercio de esclavos. Gracias a las fuentes históricas árabes tenemos conocimiento de la enorme riqueza de este reino. Así Basil Davidson comenta como «*El rey de Ghana, según cita Al Bakri en el s.XI, en el año que sigue la travesía del canal de La Mancha por Guillermo de Normandía (en 1066) cuenta con una armada de 200.000 guerreros, de los cuales 40.000 armados de arcos y flechas* (1973 en Kanté 1986:12). Los beréberes con el fin de acapararse de sus riquezas comienzan sus persecuciones contra este pueblo en el s.VIII. En 1076, la armada almorávide ocupa la capital y los principados dependientes de Wagadu se constituyen

⁴⁹ MEF-DRPS: *Ministère de l'Economie et des Finances-Direction Régionale du Plan et de la Statistique*.

⁵⁰ Sin embargo la línea de alta tensión que llevará electricidad a Senegal y Mauritania procedente de la gran presa de Manantali situada en la región de Kayes pasa por las tierras del área en estudio (numeroso pilones están siendo instalados) sin beneficiar a su población. Se trata del mayor proyecto realizado por el Banco Mundial en este país.

⁵¹ Moniel Verhoven (1994:328) señala que algunas hipótesis sitúan su procedencia al este, incluso en Irán.

⁵² País del oro en lengua soninké.

en pequeños reinos independientes. Los beréberes almorávides y el Imperio naciente de Malí deciden aliarse y en 1240 el Imperio de Wagadu cae definitivamente en sus manos.

Sus poblaciones deciden emigrar hacia el sur (incluida la zona aquí en estudio), mezclándose con otros pueblos. De ahí que desde el s. XI los soninké ocupan una banda de unos 800 km. «entre Matam (Senegal) y Sokolo (Malí) » (Fainzang y Journet 1988:16) a caballo sobre el paralelo 15. Algunos de los clanes reinantes al desplazarse hacia el valle del río Senegal consiguen fundar «nuevos reinos autónomos como es el caso del Gadiaga, Guidimakha, Dyafunu, Nema, Kingi y Giyune» (Barou 1990:10). Concretamente en el territorio del área sanitaria en estudio se sitúa la capital del citado reino de Gadiaga: Makhaná⁵³, gobernado por «el grupo dinástico guerrero de los Sempera-Bathily que dirigirá el país desde fines del siglo VIII» (Bathily 1989:11).

El reino de Gadiaga emerge del citado reino de Wagadu y constituye un *dyamane*, entidad política bajo la autoridad de un clan dirigido por un rey (*tunka*): «En el momento de la dispersión de los soninké de Wagadu, hacia el final del siglo VIII, Alikassa Semperé fundó Galambou o Kounguel, en la confluencia del río Falemé y el río Senegal. Otros jefes soninké fundaron en la misma región Yaressi ou Diaressi en la orilla norte del Senegal, frente a Ambidedi y Silla, cerca de Bakel. Estas colonias diversas formaron el reino de Galam o Gadiaga, con Galambou como capital, reino que se compone aproximativamente de las provincias actuales de Goye y Kamera, en la orilla izquierda, que constituyen el Galam o Gadiaga propiamente dicho, y el Guidimakha sobre la orilla derecha. El poder se transmite entre los descendientes de Alikassa, que transformaran su nombre de Sempere en Bathily» (Delafosse 1912:358). La capital de dicho reino se trasladó finalmente a Makhadougou que fue fundado a mediados del siglo XIII por el clan Bathily.

Posteriormente llegó a la zona el clan de marabúes Dramé Kandjé que se instaló en los terrenos ofrecidos por el clan Bathily al este de su capital y que actualmente constituyen el poblado de Dramané. Según Bathily «basándonos en la historia general del Gadiaga, la emergencia de esta ciudad (Dramané) se sitúa entre finales de s. XIII y principios del s. XIV» (1989:115). La tradición señala cómo el clan Dramé Kandjé proviene del Adrar. Sus antepasados habrían emigrado instalándose en el reino de Wagadu y más tarde en el de Dyafunu: «Un Dramé Kandjé habría solicitado

⁵³ Makhaná o Los Tres Makhaná es la apelación genérica para los tres poblados de Makhadougou, Makhalagaré y Toubaboukané, pertenecientes al área sanitaria de Dramané.

ser el marabú oficial de la dinastía de los Bathily que reinaba en el país (...) Fundó con otros Dramé Kandjé la ciudad de Dramané que quiere decir en soninké pequeño adrar en recuerdo del país de sus ancestros. Para otros sería más bien la pronunciación errónea en soninké de la expresión musulmana en árabe Daar Imán, país de la gente piadosa»⁵⁴ (Bathily 1989:115). Sin embargo los pobladores de Dramané se consideran a sí mismos descendientes directos del profeta Mahoma e islamizadores del África Occidental: «Hemos venido de Medina, del Profeta, en aquella época aquí era la oscuridad total para el Islam. La persona que vino de allí se llamaba Fakoli Moussa, y sus descendientes Souleyman Farsina Dramé» (E.H. Abdou Dramé, noble, Horongalou).

El primer Dramé Kandjé en instalarse en Dramané fue Soumailo Dramé. Tras Soumailo vinieron a instalarse Wali y Sire. Komongalou y Tambodouga llegaron más tarde. Los linajes de Soumailo y el de Wali se unieron formando el barrio de Horongalou⁵⁵. Los descendientes de Wali, Komongalou y Tambodouga crearon el barrio de Walisoxodé. Ambos barrios continúan estructurando en la actualidad el poblado de Dramané (figura I). Tras los Dramé, otros linajes llegaron para instalarse dependiendo todos ellos de los Dramé Kandjé. Los Bathily otorgarán el poder religioso del reino a este clan.

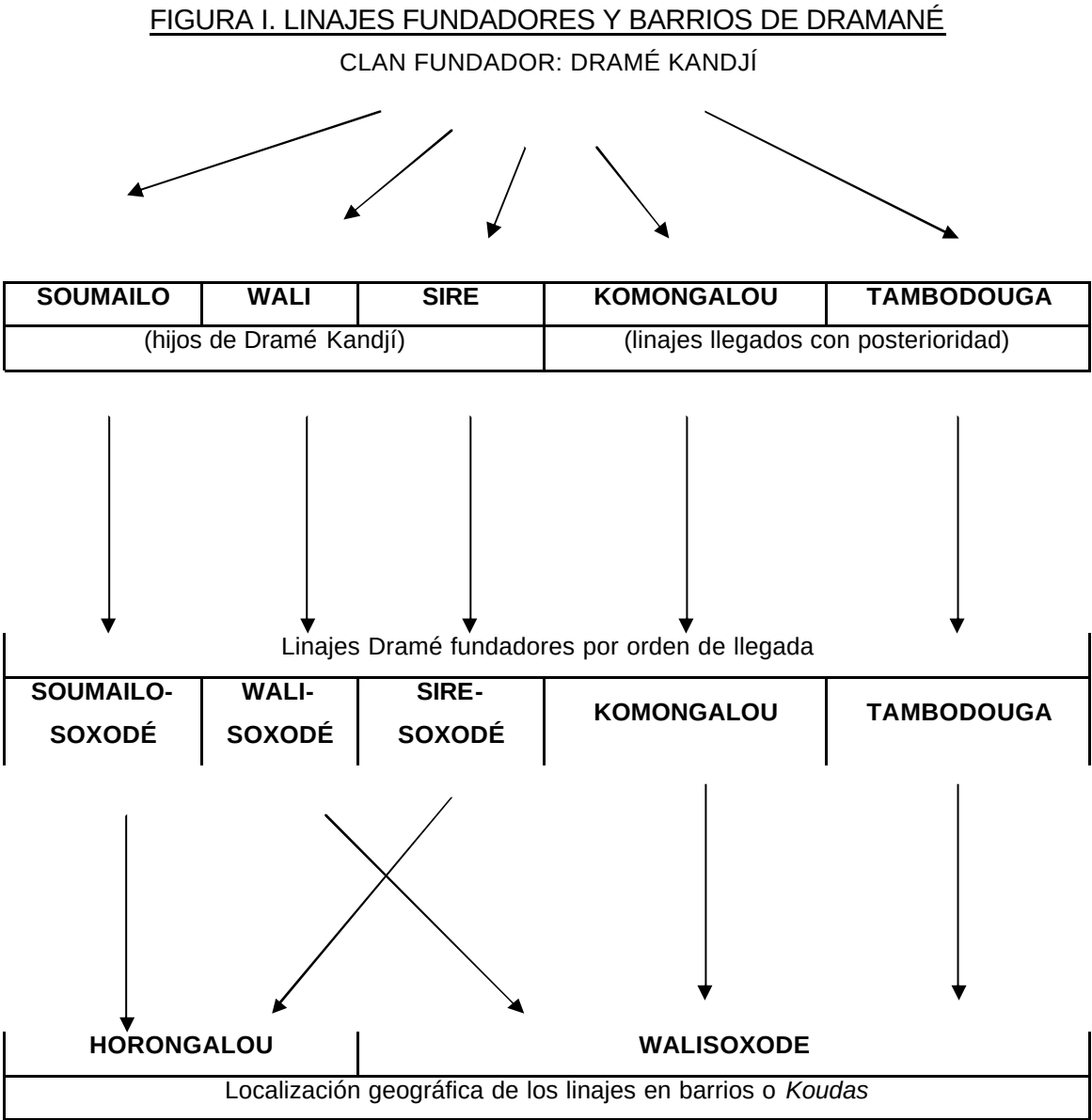
Tras fundar Makhadougou, uno de los hermanos Bathily creó por razones de seguridad Makhalagaré, en una época en donde la guerra entre este clan y etnias provenientes de otras regiones de Malí como los bámbaras o los maures diezaban la población de este reino. Toubaboukané fue fundado posteriormente hacia 1700 por Souleymane Soumboulou Bathily, proveniente de Makhalagaré. Pero antes de su llegada los ingleses ya habrían construido en dichos terrenos un fuerte, de ahí su nombre que quiere decir en soninké «la casa del blanco».

Efectivamente ni la sociedad maliense, ni el reino soninké del Gadiaga, ni los poblados del área en estudio han evolucionado en el aislamiento. De hecho, constituyen un lugar estratégico a nivel geográfico y comercial desde la antigüedad habiendo determinado su emplazamiento el rol capital que jugaron en la penetración comercial y militar de los franceses en el antiguo Sudán francés (actual Malí). La región de Kayes fue la puerta de entrada de las primeras incursiones europeas en la zona realizadas por exploradores ingleses y alemanes (Houghton, Mungo Park,

⁵⁴ Las fuentes históricas señalan que las primeras conversiones al Islam en la etnia soninké datan del s. XII.

⁵⁵ Soxodé quiere decir descendencia en soninké.

Gordon Laing,...) datando la primera de 1687. Tras ellos llegaron los franceses cuya penetración tenía carácter comercial (en busca de goma arábiga, oro, caucho, sal, cacahuetes, cereales, algodón y esclavos) y militar (ruta directa hacia Senegal y Níger).



Las fuentes históricas señalan que el 1 de septiembre de 1698, Brue, director de la Compañía francesa de Senegal, llegó a Damané «*localidad poblada por comerciantes soninké que profesan el Islam como el rey de Gadiaga*» (Delafosse 1912:384). Éste fundó en el mismo año en Makhalagaré el primer fuerte construido por los franceses en el antiguo Sudán francés: «*Brue fundó sobre la orilla izquierda del río y al lado del poblado de Makhaná es decir a poca distancia de la desembocadura del*

Falemé, y en aval de Ambidedi, el primer puesto francés del Sudan, le da el nombre del fuerte Saint Joseph, y la dirección fue dada a un monje agustino llamado Appollinaire» (Delafose 1912:399). Este monje «era igualmente cirujano» (ibídem:384). El puesto es parcialmente destruido con la subida del río en 1700. Los mandingas lo acaban de derrumbar en 1712. Ese mismo año Richebourg lo reconstruye siendo acabado por André Brue en 1714. En 1759 el fuerte es evacuado en el momento de la guerra con Inglaterra. Un año después el primer gobernador de Senegal, Dumontet, lo hace reconstruir en 1780 por Gauthier de Chevigny en el emplazamiento actual de Toubaboukané sobre las ruinas del citado fuerte construido por los ingleses, creando el poblado de dicho nombre que significa «escala de los europeos» (ibídem:402). Así este poblado se convierte en una pieza clave en el tráfico de esclavos de la época cuyo principal depósito era el Gadiaga, siendo «la pronta respuesta de los comerciantes soninké a la petición europea no una ruptura con el pasado sino un ajuste de prácticas antiguas a posibilidades nuevas» (Adams 1977: 218)

Sin embargo, Francia no acordó un verdadero interés estratégico a esta zona que frente a la expansión del reino Toucouleur⁵⁶ protagonizada por la guerra santa de El Hadj Oumar Tall (1797-1864). Así en 1855, Faidherbe, decide crear el fuerte de Medina, a unos 15 Km. del entonces pequeño poblado de Kayes, con el fin de proteger la zona. Fuentes históricas señalan que los lugartenientes de El Hadj Oumar Tall arrasaron Makhaná⁵⁷ antes de enfrentarse a los franceses y por ello los Bathily apoyaron a estos últimos cuando el colonizador se enfrentó a El Hadj Oumar Tall en Medina. Un tratado de paz es finalmente firmado en 1860: «*La administración colonial y el poder político tradicional soninké han vivido sobre la base del consenso. El poder político tradicional soninké constituía un aliado poderoso en el combate contra los Toucouleurs. Este compromiso se traduce igualmente por la ausencia de políticas globales de desarrollo en la región*» (Keita 1996:17).

El 1 de febrero de 1883, las tropas francesas llegan al río Níger y se instalan en Bamako, actual capital del país, donde crean un fuerte sobre los terrenos de un poblado de apenas seiscientos habitantes fundado en el siglo XVIII por el clan soninké Niaré originario de la región de Kayes (Brujin y Van Dijk 1997:107) . Transformada la zona en colonia francesa el 27 de abril de 1892, un decreto de 1890 reconoce la

⁵⁶ Ya señalamos en la Introducción que toucouleur es una de los nombres con los que se designa a la etnia peul.

⁵⁷ Donde los lugartenientes de El Hadj Oumar Tall «*habían hecho que una madre moliera con un mortero a su propio hijo, con el fin de hacerse un gri-gri*» o amuleto ritual (Delafose 1912:309).

región del Alto Senegal como autónoma. Un decreto del 16 de junio de 1895 crea el Gobierno General del África Occidental, incluido el Sudán Francés. La capital se instala en Kayes pero más tarde, en 1908 con el desarrollo de la línea ferroviaria Dakar-Bamako⁵⁸ ésta es trasladada a Bamako. Establecido el régimen colonial, los franceses transformaron los reinos tradicionales como el del Gadiaga en cantones, alterando el reparto tradicional de poderes. A su vez dividieron los cantones en distritos. Ambidedi, y no Dramané o uno de los tres Makhaná, fue elegido por los colonos como sede del cantón debido a que por dicho poblado transitaba el citado ferrocarril Dakar-Níger. Con ello Ambidedi adquiría un rol fiscal y judicial sobre toda la zona en estudio.

El 22 de septiembre de 1960, la República sudanesa declara su independencia del poder colonial francés y adopta el nombre de República de Malí, siendo Kayes la primera región. Modibo Keita, primer presidente del país (1960-1968) instaura un régimen socialista muy centralizado, que mantiene la división administrativa de la época colonial. Y eso que en su discurso de «Llamada a la Nación» del uno de octubre de 1961 afirmaba que *«el poblado es la célula base y es su vitalidad la que podrá engendrar la vitalidad de toda la Nación entera»* (Keita 1961). Durante dicho régimen la región de Kayes permanece marginada del incipiente desarrollo industrial del que beneficia el país.

El 19 de noviembre de 1968 un golpe de estado tiene lugar, subiendo al poder el entonces lugarteniente Moussa Traoré que instaura una dictadura de corte capitalista. El dos de junio de 1974 una nueva Constitución es aprobada, y por primera vez tras el golpe de estado son organizadas unas elecciones que son ganadas por el ya autonombado general M. Traoré con el 99% de votos a favor (Andriamirado 1985:97). La Constitución estipula que el país tendrá una Asamblea Nacional y un partido único denominado CMLN⁵⁹. El jefe de Estado, que es al mismo tiempo jefe de gobierno, es elegido por cinco años. De 1970-1974, Malí sufre una fuerte sequía (especialmente en la región de Kayes) que lleva a la muerte de alrededor de 100.000 personas por hambruna. Ésta estará en el origen de un fuerte movimiento migratorio hacia Francia protagonizado por la población soninké. Son años de inestabilidad política, con golpes de estado frustrados. La situación se empeora y el 25 de marzo de 1991 tiene lugar una rebelión popular. Esa misma noche triunfa un golpe de estado a manos del actual presidente, el Coronel Amadou Toumani Touré, llamado

⁵⁸Los colonizadores previeron su extensión hasta Niamey pero esto nunca tuvo lugar.

⁵⁹CMLN: *Comité Militaire de Libération Nationale*.

popularmente ATT. Éste autoriza el multipartidismo y organiza las primeras elecciones verdaderamente libres del país. La actual Constitución es adoptada el 12 de enero de 1992 y las elecciones presidenciales son organizadas en febrero-marzo del mismo año resultando ganador Alpha Oumar Konaré⁶⁰, candidato del partido ADEMA⁶¹. Este antropólogo y profesor de la región de Kayes gana con un 69.01% de los votos repitiendo mandato en 1997 con el 83% de los votos (L'Essor 1997).

Dicha constitución reconocerá como derecho fundamental la libre administración de la población, siendo uno de sus instrumentos claves la organización territorial descentralizada que en 1996 establecerá una nueva división administrativa del país transformando los cantones en municipios (*Loi n°96-059 du 11 de novembre de 1996*). El alcalde de cada municipio se apoyará para el correcto ejercicio de sus funciones en un consejo municipal, elegido por vía democrática. A nivel de cada poblado el consejo municipal se apoya sobre un grupo de consejeros elegidos por vía democrática por un mandato de cinco años. A la cabeza de ellos se encuentra el denominado «jefe administrativo del poblado» que hace de intermediario con el jefe tradicional, representando las autoridades administrativas a nivel local. Sin embargo no será hasta 1999 cuando el cantón de Ambidedi es transformado en un municipio denominado Kemene Tambo, guardando la misma sede que el cantón. Las elecciones municipales fueron ganadas por el partido en el poder, ADEMA, siendo nombrado alcalde Mr Bakayoko nacido en 1942 en Makhalagaré y director de la escuela de los tres Makhaná⁶². Según dicho alcalde: «*Cuando el gobierno quiso transformar el cantón en ayuntamiento, los diputados han votado su sede sea trasladado de Ambidedi a Dramané ya que éste es el poblado con más habitantes de nuestra zona. El gobernador lo ha propuesto pero el jefe del poblado de Dramané ha rechazado diciendo que si el ayuntamiento se sitúa en Dramané éste se va a convertir en un lugar de perversión con habitaciones de paso, cafés, y otras barbaridades que van contra la moral del Islam*» (Bakayoko, esclavo, Makhalagaré).

El municipio de Kemene Tambo abarca catorce pueblos sobre un territorio de 100km². El ayuntamiento es responsable entre otros ámbitos del presupuesto municipal, los servicios municipales, los actos de estado civil, impuestos y tasas diversas, la policía administrativa, la educación (preescolar, alfabetización y primer

⁶⁰ Alpha Oumar Konaré es el actual presidente de la UA-Unión Africana.

⁶¹ ADEMA: *Alliance pour la democratie malienne*.

⁶² En el área sanitaria en estudio existe una única escuela de carácter público situada en Makhalagaré. Ésta abarca hasta fin de primaria, tras ello los alumnos deben continuar su educación en Kayes. En agosto del 2004 se inició la construcción de la escuela pública de Dramané gracias a la colaboración de los inmigrantes y del ayuntamiento de Creteil (área metropolitana de París).

ciclo de primaria), la hidráulica rural y la salud (dispensarios, maternidades, centro de salud, higiene pública). El ayuntamiento cuenta con recursos limitados que debe completar con el aporte de los inmigrantes y de la ayuda exterior. En diciembre 2001 fue adoptado el primer programa de desarrollo económico, social y cultural del municipio (RK-CK-CRKT⁶³ 2001), fruto de las encuestas realizadas en los diferentes poblados que componen el municipio.

En mayo de 2002 tienen lugar las terceras elecciones presidenciales quedando vencedor el ya citado Coronel Amadou Toumani Touré con el 65.20% de los votos (L'Essor 2002), que sin partido propio contó con el apoyo popular y de más de veinte partidos políticos. Amadou Toumani Touré continúa actualmente como presidente de un país que aparece como un ejemplo de estabilidad democrática en la zona. Sin embargo, a nivel de cada municipio y a pesar de la democratización en curso, los ayuntamientos malienses siguen viéndose obligados a apoyarse en los circuitos tradicionales del poder con el fin de llevar a cabo sus misiones. Veamos cual es dicha organización política tradicional en la zona soninké en estudio y cómo se concretiza el juego democrático en la misma.

1.3. La organización política tradicional

En la sociedad soninké el poder se define en relación al orden de llegada sobre un territorio, al clan de pertenencia (noble, de casta o esclavo), la fuerza y la riqueza. Los clanes nobles son los que ocupan una posición hegemónica detentando el poder político, religioso y judicial. Son ellos quienes ostentan igualmente el poder sobre la tierra y el agua siendo los únicos que pueden poseerla y transmitirla. Artesanos, esclavos, jóvenes y mujeres permanecen excluidos del poder. El individuo que lo detente pierde éste únicamente por defunción. Su grado de riqueza o el de su linaje de pertenencia refuerza su poder y puede facilitar tentativas de cambio en la detención del mismo. Algunos autores consideran la riqueza como la condición fundamental para el acceso al poder y a la base del fuerte movimiento migratorio existente en esta etnia: *«Un hombre pobre en el medio soninké no tiene consideración. La riqueza reposaba sobre el número de esclavos que condicionaba el volumen de la producción. Al abolir la esclavitud: ¿Dónde encontrar la riqueza? En la migración»* (Keita 1996:V)

En el área sanitaria en estudio, sede del reino de Gadiaga, nos encontramos con dos grandes clanes sobre los que recae el poder: los ya citados clanes Bathily y Dramé. El rey (*tunka*), tanto para los cuatro poblados como para el todo el Gadiaga

⁶³ RK-CK-CRKT: *Région de Kayes-Commune de Kayes-Commune Rurale de Kemene Tambo.*

maliense y senegalés es el más anciano varón Bathily independientemente de si es originario de Makhadougou, Makhalagaré o Toubaboukané. Esta regla permite una rotación en el poder no siendo siempre la misma concesión, ni el mismo poblado quien lo detenta. El poder judicial está en manos de los jueces tradicionales (*mangé*) instalados principalmente en Toubaboukané y Somoné. Los nobles del clan Dramé Kandjé ostentan el poder religioso. El poder militar lo detentan los nobles pertenecientes a los clanes guerreros (*hankaman*): clanes Tirera, Yatabaré y Kanouté entre otros (tabla IX).

TABLA IX: Distribución de los poderes tradicionales en el reino soninké del Gadiaga.

	DRAMANÉ	LOS «TRES MAKHANÁ»		
		MAKHA- DOUGOU	MAKHA- LAGARÉ	TOUBA- BOUKANÉ
POLÍTICO		El rey o <i>tunka</i> : El más anciano del clan Bathily		
RELIGIOSO	El más anciano del clan Dramé			
JUDICIAL				El más anciano del linaje Bathily - <i>mangé</i>

Respecto al reparto del poder en cada poblado, el jefe de poblado (*debegumé*) es el más anciano varón Bathily en el caso de cada uno de los tres Makhaná, el más anciano varón Dramé en el caso de Dramané. Cada jefe de poblado se ve ayudado en sus funciones por el Consejo de notables constituido por los jefes de cada una de las concesiones habitadas por clanes nobles. Dicho consejo se reúne tradicionalmente en el centro neurálgico del poblado que es la plaza pública (*misida*), situada a proximidad de las concesiones del clan fundador del poblado⁶⁴ así como del centro religioso que es la mezquita de la oración de los viernes. Las concesiones de clanes de artesanos o de esclavos, las mujeres y los jóvenes, no están representadas en dicha instancia del poder tradicional. Cada uno de los dos barrios (*koudas*) que conforman Dramané, Horongalou y Walisoxodé, está dirigido por el más anciano varón Dramé del barrio denominado *koudagumé*: «su principal función es la de permitir a la comunidad del poblado reagruparse, de constituir un sub-grupo» (Kanté 1986:29). A su vez cada concesión está dirigida por el más anciano de los hombres (*kagumé*) del grupo de edad más mayor (tabla X). El *kagumé* es el miembro más respetado encargándose de

gestionar los bienes familiares. La legitimidad de su poder viene dada cómo comenta Lavigne (1991:27) por su capacidad de asegurar la alimentación de sus cadetes (gestionando la producción agrícola de la unidad de consumo), de mantener la cohesión familiar (pago de dotes, participación en las fiestas, gestión de los conflictos familiares) así como por su capacidad de asegurar el prestigio social. Los cadetes a cambio trabajan para el kagumé en el campo familiar y le deben obediencia. Es la generación, el lugar en la pirámide genealógica y no la edad lo que cuenta. Así, un adulto puede ser el hijo de un niño debido a las diferencias de edad que crea la poligamia.

TABLA X: El poder político en cada subdivisión.

TABLA X: El poder político en cada subdivisión:					
	DRAMANÉ		LOS «TRES MAKHANÁ»		
			MAKHA-DOUGOU	MAKHA-LAGARÉ	TOUBA-BOUKANÉ
POBLADO O <i>DEBE</i>	El jefe de poblado o <i>debegumé</i> : El más anciano del clan Dramé		El jefe de cada poblado o <i>debegumé</i> : El más anciano del clan Bathily		
BARRIOS O <i>KOUDAS</i>	HORON GALOU	WALI- SOXODÉ	NO HAY BARRIOS		
	El jefe de barrio o <i>koudagumé</i> : El más anciano del clan Dramé				
CONCESIÓN O <i>KA</i>	El jefe de la concesión o <i>kagumé</i> : El más anciano de la concesión				

Al haberse convertido la migración en la principal fuente de recursos, las bases de la riqueza han cambiado: de ser tradicionalmente el control de la tierra y la fuerza de trabajo, hoy son los ingresos de la emigración, de modo que estatus social y nivel de vida ya no van en correlación, alterando las relaciones de hegemonía y subalternidad existentes entre los poblados. Así un poblado o un barrio tradicionalmente dependiente de otro, puede pretender adquirir poder e independencia gracias al dinero enviado por los inmigrantes.

A dicho poder tradicional se superponen las estructuras que representan el poder estatal y ello cómo hemos visto desde la época de la colonización. Así los poblados del área sanitaria en estudio han aceptado el juego democrático y participan en el consejo municipal del ayuntamiento de Kemene Tambo compuesto de diecisiete miembros. Dramané cuenta con cinco consejeros, Makhadougou con uno, Makhalagaré con dos y Toubaboukané con tres. Para su aceptación ha jugado un rol importante la inmigración que ha transmitido cómo la democracia se organiza en sus sociedades de acogida. Cabe señalar que según su alcalde, Mr Bakayoko, «*la democracia ha jugado una mala pasada a los nobles de la zona pues para poder ser*

⁶⁴ La organización del espacio responde al orden de llegada de las familias, situándose en el centro las

alcalde e incluso consejero hace falta saber leer y escribir, esa es la condición mínima y no el ser Bathily o Dramé. El ayuntamiento no mira si eres noble o de casta no. Todos iguales. Por eso yo que no soy de ninguna de esas familias he podido ser elegido, soy profesor no lo olvides y además contaba con el apoyo de los Bathily de Makhaná». Sin embargo el consejo municipal se encuentra con una dificultad añadida derivada del fenómeno migratorio: una parte de los consejeros ha comenzado a abandonar su puesto partiendo en inmigración en Francia. Así Mr Bakayoko nos señala cómo *«no se puede confiar en los jóvenes pues éstos a la mínima oportunidad cogen las maletas y se van a Francia. Mira, el ejemplo de nuestro ayuntamiento. Dramané eligió cinco jóvenes como consejeros pues eran los que sabían escribir»⁶⁵, y ya ves dos ya se han ido a Francia. Y eso que hace sólo tres años que fueron las elecciones. Por eso los ancianos de Dramané cuestionan el hecho de que los jóvenes participen al consejo municipal».*

A continuación analizaremos con mayor detalle la organización social soninké en la que se sustenta dicho sistema de organización política tradicional.

1.4. La organización social soninké

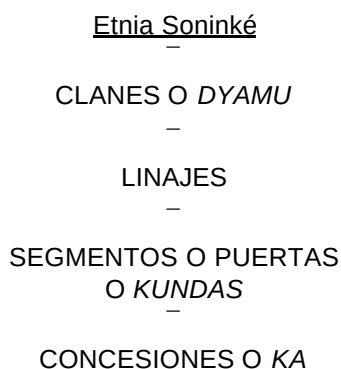
La organización social soninké es propia de los pueblos mandé con los que esta etnia se halla emparentada. En esta sociedad fuertemente jerarquizada, el individualismo es raro. El ser humano no tiene sentido más que a través de su pertenencia a dichas redes sociales múltiples: un clan, un linaje, una familia, una clase social, un grupo de edad, un poblado, un barrio, una asociación, una misma religión. Dichas pertenencias determinan su identidad, su posición social, sus derechos y sus obligaciones, a menudo en conformidad a las creencias religiosas. La etnia soninké se estructura sucesivamente en los niveles presentado en la figura II.

En cada poblado la mayoría de la población pertenece al clan fundador (Bathily y Dramé Kandjé en el caso del área en estudio) al que han venido a unirse posteriormente clanes extranjeros. Los clanes identificados por su apellido (*dyamu*) se dividen en linajes y estos, al aumentar sus miembros, en segmentos denominados «puertas» (*kundas*). Cada puerta se subdivide en varias concesiones (*ka*), que resultan ser la forma básica de estructuración social en el seno de la etnia soninké. La

familias fundadoras. Con el crecimiento demográfico, el poblado se extiende, y nuevos barrios aparecen.
⁶⁵ La ley exige saber leer y escribir en francés para poder ser candidato a las elecciones. Sin embargo, raros son los adultos escolarizados en esta sociedad ya que la población rechazó de lleno la obligación impuesta por el colonizador de enviar a la escuela a los hijos de los jefes tradicionales y de los nobles. En realidad fueron enviados los hijos de los esclavos. Estas escuelas, denominadas las «escuelas de los secuestrados» (*école des otages*) fueron creadas por Gallieni en Kayes, Bafoulabé y Kita desde 1886.

concesión (*ka*) constituye una unidad de residencia, producción, consumo y reproducción, en la cual cohabitan los miembros de una familia extensa patrilineal que puede abarcar hasta trescientas personas: «*Somos de la misma familia, cultivamos el mismo campo, tenemos la misma fuente para comer, trabajamos todos para el mismo granero*». Lavigne (1991:25) expone cómo en ella conviven «*la familia extensa que comprende el jefe de la familia (kagumé), sus esposas, sus hermanos cadetes y sus esposas, a los que se unen el conjunto de descendientes sobre dos o tres generaciones*». Las mujeres, en caso de no estar casadas en el interior del *Ka*, lo abandonan yendo a vivir al del marido. A la concesión pueden unirse miembros de casta o los esclavos dependientes de la familia.

FIGURA II: Estructura de la etnia soninké



Dicha estructura social se encuentra atravesada por una triple desigualdad: entre hombres libres y esclavos, ancianos y cadetes, hombres y mujeres. Ello contribuye «*a su organización en términos de poder y preeminencia*» (Pollet y Winter 1971:206). La posición social depende en primer lugar de la condición de hombre libre o esclavo (tabla XI), siendo el apellido (*diamou*) quien señala la pertenencia a una u otra clase social y ello desde el nacimiento. El *diamou* nos habla del clan de pertenencia, del origen libre o esclavo y con ello del lugar social del individuo, de sus derechos y obligaciones respecto a los miembros de su clan y respecto a los otros clanes. Esta jerarquización define igualmente el campo de alianzas matrimoniales posible estando prohibido el matrimonio entre hombres libres y esclavos.

Entre los hombres libres hay que distinguir entre dos castas: la de los clanes nobles (*hoore*) y los de casta o artesanos (*nyakhamalas*) (Pollet y Winter 1971:530). Entre los nobles hay que distinguir a su vez entre los clanes que detentan el poder político (en manos de los reyes, de los jefes de cada poblado y de cada barrio), los encargados de la distribución de justicia (*mangue*) y con un rol de tesoreros, los que poseen el poder religioso (imám y marabú), así como los guerreros (*hankaman*). Cada

linaje fundador tiene asociado una serie de linajes guerreros con los que conforma una entidad denominada *kabila*. Al interior del *kabila* existen una serie de obligaciones que se reproducen incluso en inmigración. Por ejemplo el linaje fundador Dramé de Soumailosoxodé, tiene asociado tres linajes guerreros: Kanouté, Tirera y Yatabaré. Derivados de la historia de instalación en el poblado, existen lazos especiales entre los clanes nobles que se traducen en una serie de obligaciones. Este es el caso del intercambio de mano de obra (masculina y femenina) en caso de un trabajo de gran envergadura como la construcción del techo de una casa, o de servicios como puede ser el alojamiento en caso de encontrarse de paso en otra ciudad, o la participación en el momento de matrimonio, bautizos o entierros. Según J. Bathily, hijo del jefe del poblado de Toubaboukané: «*Los Bathily damos media recolección a los Dramé. Los Dramé si alguno fallece dan un montón de carne, concretamente la pata derecha del animal a los Bathily. Esto es así desde que los Dramé llegaron aquí*». Al mismo tiempo existe una real rivalidad entre las familias nobles que según Traore (1994:66) se basa en «*la riqueza, el clientelismo y el control de la mano de obra*».

TABLA XI: Organización social soninké.

• Clanes de hombres libres:	- Nobles o <i>Hoore</i> :	- con mando: <i>tunka</i> (reyes), <i>debegumé</i> (jefes de poblado) o <i>koudagumé</i> (jefe de barrio).
		- <i>mangé</i> (jueces)
		- <i>hankaman</i> (guerreros)
		- imames y marabúes (religiosos)
	- Artesanos o <i>Nyakhamala</i> :	- <i>gesere</i> o tradicionalistas.
		- <i>dyare</i> o griots.
		- <i>tage</i> o herreros-joyeros.
		- <i>garanké</i> o zapateros.
• Clanes de esclavos:		- <i>komé</i> o esclavos de trata adquiridos por el comercio y que pueden ser vendidos.

Cada clase social tiene una manera de ser y hacer (*dambe*) que debe ser respetada y actualizada en toda relación social (Pollet y Winter 1971:227). Ser noble supone orgullo, endogamia y poder de decisión. Este orgullo ligado a la clase social tiene una sus manifestaciones en el hecho de que tras la abolición de la esclavitud los nobles rechazaron realizar los trabajos agrícolas por orgullo. Al mismo tiempo quedan prohibidos los matrimonios entre clases sociales, e incluso en algunos casos al interior de cada clase. Así en Dramané está prohibido el matrimonio entre una mujer de un clan marabútico y un hombre Bathily «*pues perdería la buena práctica de la religión ya que los Bathily no son buenos musulmanes*» (A. Tirera, noble, inmigrante, Horongalou).

Los artesanos u hombres de casta (*nyakhamalas*) mantienen la antigua especialización del trabajo: los tradicionalistas (*gesere*), los *griots* (*dyare*), los herreros-joyeros (*tage*), y los zapateros (*garanké*). Las mujeres de casta ejercen la misma actividad que el marido o tienen una actividad profesionalizada. Así, las mujeres de los herreros pueden ser ceramistas o dedicarse a la realización de la escisión, la mujer del zapatero puede dedicarse a realizar tatuajes o ser peluquera. Antiguamente estaban ligados a un linaje noble que les mantenía y para el cual trabajaban. Éste es el caso por ejemplo del clan de herreros Togola que incluso en inmigración continúa asignado al clan guerrero de los Tirera. Cabe señalar como en Dramané al tratarse de un poblado ortodoxo musulmán no hay griots. La introducción de artículos manufacturados, a menudo de importación, ha desplazado la actividad artesanal. Así por ejemplo el herrero, no produce más que algunas joyas y mantiene el material agrícola. Sin embargo su rol subsiste en las ceremonias de matrimonio, bautismo o defunción. Así el ritual del matrimonio es ejecutado por los artesanos de las familias en unión. Son ellos quienes van y vienen entre las dos familias con el fin de establecer los términos de la alianza. Si es un *nyakhamala* quien se casa será un noble quien realice las gestiones. La convocación al bautismo continúa siendo realizada por un zapatero (*garanké*) desde el techo de la casa de la familia del recién nacido. Los artesanos no están sometidos a la presión del *dambe*, «*pudiendo ser indiscretos, pedigüeños, interesados*» (Fainzang y Journet 1988:20).

Respecto a los esclavos (*komé*), se trata de los descendientes de los antiguos esclavos de guerra. Según N'diaye (1972a:10), «*los reinos del Oeste, como el Gadiaga practican la trata de negros sintiéndose muy atraídos por los cautivos Bámbara de Kaarta conocidos por su gran capacidad de trabajo*». A pesar de la abolición de la esclavitud decretada por Francia en 1905, el término esclavo sigue designando a una clase social que continúa sometida a las obligaciones propias del rango heredado de sus antepasados con respecto del linaje noble al que pertenecía su familia. Así Lavigne (1991:30) comenta como «*poblados de libertad fueron creados por los antiguos esclavos que huyeron de sus señores*». Sin embargo, cada familia de esclavos continúa llamando a su maestro por el nombre de «*kamanugo*» o «*kamanagaré*» incluso en inmigración. Dichas obligaciones persisten en los momentos ceremoniales así como en la prestación de trabajos. Así por ejemplo es el esclavo quien sirve agua a la llegada de un huésped a la concesión de su *kamanugo*. Esto se perpetúa incluso en inmigración: «*Los Traorés continúan siendo los esclavos de los Tirera sí por ello son ellos quienes se encargan de la acompañar a las novias Tirera*

durante los días que siguen a su boda» (A. Tirera, noble, inmigrante, Dramané). Ya hemos apuntado como al haberse convertido la migración en la principal fuente de recursos, las bases de la riqueza han cambiado alterando las relaciones entre clases sociales. Así un esclavo puede llegar a ser más rico que su antiguo propietario, ocupar un puesto de responsabilidad en una asociación del poblado o gastar en el mismo en bienes de ostentación. Pero las reglas a nivel de alianzas continúan así como la exclusión de los esclavos del acceso al poder tradicional.

Una segunda estratificación viene dada por la edad, la cual opera por orden de nacimiento y por pertenencia a una generación. Las relaciones son igualmente de hegemonía-subalternidad. El jefe de la concesión (*kagumé*), se encuentra en la cima de la pirámide social. Tiene derechos y poder sin necesidad de ser competente. Los cadetes tienen obligaciones sin derecho a la palabra ni a la toma de decisiones. Estos aún casados le deben sumisión y *«poseen una autonomía económica parcial»* (Lavigne 1991:26). Al interior de la familia, la educación se escalona igualmente por edades determinando las relaciones intrafamiliares y el poder. Además la sociedad se encuentra organizada en «grupos de edad». Se trata de jóvenes que han hecho la infancia juntos formando una sociedad jerarquizada. El jefe será el mayor de los niños del linaje que ostente el poder en el poblado. Cada barrio (*kouda*) tiene su grupo de edad tanto masculino como femenino. Los rituales de la circuncisión⁶⁶ y de la toma del pantalón⁶⁷ se celebran por grupos de edad. Los lazos al interior del grupo de edad se actualizan en los procesos de ayuda mutua o en las ceremonias. Un ejemplo de ello es el hecho de que muchos los jóvenes que llegan como inmigrantes a Francia, su viaje lo han financiado los miembros de su grupo de edad ya presentes en dicho país.

Una tercera estratificación viene dada por el género. Las mujeres, excluidas de la propiedad de los medios de producción, así como del poder político, familiar, o religioso son consideradas por su comunidad como *«ignorantes, liantas, fútiles, dependientes»* (Pollet y Winter 1972:428). La mujer aparece siempre subordinada al hombre y la especialización de roles así lo traduce. Éstas participan en el trabajo agrícola (semillas, recolección), los trabajos de la casa (por turnos) y se encargan de

⁶⁶ El principal rito de iniciación masculina es la circuncisión. Tradicionalmente, tiene lugar hacia los doce o trece años (un año antes de la «toma del pantalón») y es realizada por la casta de los herreros. En el caso de las niñas, el ritual paralelo es la ablación del clítoris que se realiza durante los días que siguen al nacimiento y *«no da lugar a rituales públicos»* (Fainzang y Journet 1988:48).

⁶⁷ La toma del pantalón simboliza el abandono de la infancia de los miembros de sexo masculino. A partir de ese momento, hacia los 14-20 años, el joven es considerado adulto. En dicho ritual los jóvenes de un mismo grupo de edad visten por primera vez un boubou (túnica) grande y un pantalón largo. Su paralelo para las niñas es el *fendeli* o toma del paño.

los gastos corrientes de la concesión (jabón, sal, y condimentos⁶⁸). El varón del cual dependa cada mujer (marido, hermanos del marido o padre) debe tomar a su cargo su alojamiento, comida y ropa. Incluso después de muertas sus sepulturas aparecen separadas de las de los hombres. En caso de matrimonio la regla de residencia es patrivirilocal. A la muerte del marido, la mujer continúa bajo la dependencia del nuevo jefe de familia e incluso puede ser casada con el hermano de su marido, siendo frecuente el levirato. Entre ellas *«puede existir una jerarquía de tipo anciano/cadete»* (Lavigne 1991:28)

El sistema de alianza y filiación supone una nueva expresión de la subordinación de la mujer. El matrimonio preferencial es el que se realiza entre primos y especialmente entre primos paralelos patrilineares. También ocupa un lugar privilegiado el matrimonio en el interior de la concesión, el linaje, el clan o en el seno del poblado. Intercambios regulares de esposos tienen lugar entre linajes rivales desde la fundación del poblado lo cual permite gestionar antagonismos. La poliginia en esta sociedad fuertemente islamizada es fuertemente apreciada al haber sido recomendada en la surata IV, 2 del Corán. Al mismo tiempo se trata de una práctica legitimada tanto a nivel legislativo como por la práctica tradicional que considera el tener varias esposas como un signo de prestigio: *«Mi padre me ha escrito para pedirme dinero para comprar mijo, cuando he llegado al poblado no había mijo pero sí una tercera esposa»* (Daum 1995:53). El marido debe ser equitativo con las esposas, que pueden ser hasta un máximo de cuatro. El principio de igualdad que rige el matrimonio, «de justicia distributiva» (Pollet y Winter 1972:433) se expresa en las obligaciones de uno y otro: así la coesposa que recibe los favores sexuales del marido es la que debe preparar la comida y la casa, tratándose de turnos de dos días⁶⁹. Esta organización propicia la rivalidad entre coesposas por ganar los favores del marido. El divorcio está permitido debiendo regirse por la ley islámica. Los matrimonios soninké conllevan el pago de una dote que es entregada por el padre del marido a la madre de la novia la cual se estipula en el momento de la promesa de matrimonio. Antiguamente se componía de esclavos y cauris⁷⁰, hoy de ganado y numerario. Actualmente en Dramané la dote más cara la tienen las mujeres del barrio de Walisoxodé, elevándose

⁶⁸ Los condimentos incluyen los ingredientes para las salsas y a veces el de los del desayuno así como el pago del combustible necesario para su preparación. En el resto de etnias del país es el jefe de familia quien los aporta *«proporcionándole gran honor y prestigio»* (Ag Bendeck et al. 1997:365).

⁶⁹ En medio urbano, *«los turnos de 2 días/2 días son los más frecuentes mientras que el modelo 1día/1 día domina en región rural»* (Fainzang y Journet 1988:63).

⁷⁰ Los cauris o *Cypraea moneta*, son unos moluscos importados de las islas Maldivas que servían de en la época del Gran Imperio de Wagadu. Poseen un carácter mágico y de culto, sirviendo como elemento de adivinación a los curanderos.

a 200.000 fcfa⁷¹. La inmigración ha encarecido el montante de éstas especialmente desde el cierre de fronteras que ha dejado como única posibilidad de entrada legal en Francia a través de la reagrupación familiar. En la inmigración, la elección de esposo/a preocupa a los miembros de la comunidad, ya que la segunda generación no presenta a menudo tal preocupación por mantener las reglas de la endogamia. Al mismo tiempo la inmigración ha permitido un mayor desarrollo de la poliginia, pues el dinero ganado permite pagar nuevas dotes.

Respecto a la filiación se trata de una sociedad patrilineal y patrilocal en donde tener hijos se considera la principal función de la mujer. El parentesco agnático determina el estatus social y el acceso a la propiedad. Los parientes del lado materno *«juegan un rol más afectivo y solidario»* (Fainzang y Journet 1988:21). En cuanto al régimen de sucesión tradicionalmente los bienes pasaban de padres a hijos pero el Islam ha obligado a introducir al sexo femenino como sujeto de derechos aunque limitados. Así un octavo de la herencia debe ir a la viuda, mientras que el resto se reparte en partes iguales pero teniendo en cuenta que las hijas reciben la mitad que los hijos. Se hereda únicamente de los bienes individuales es decir de los no pertenecientes a la concesión de residencia del difunto. Normalmente se trata de cabezas de ganado o de las construcciones realizadas fuera del poblado.

Desde 1995, las mujeres de Dramané se han organizado, gracias a la financiación de la BAD-Banca Africana de Desarrollo, en una asociación denominada Asociación Leer y escribir en soninké (*O na xaran na safa*)⁷². Sin embargo ésta no oficializó su existencia hasta el 12 de diciembre del año 2001. Sus objetivos son el desarrollo integral del poblado a través de la alfabetización funcional en soninké y del apoyo a la creación de actividades económicas y de horticultura. A los cursos de soninké acude cada año una media de veinte mujeres y tienen como objetivo el transformar las mujeres en agentes de desarrollo comunitarios y no su autonomía individual. En 1999 han creado igualmente un perímetro irrigado comunitario que persigue la mejora del equilibrio alimenticio de la población así como favorecer una pequeña autonomía financiera de las mujeres.

1.5. Ideología y sistema de valores

La ideología y sistema de valores que sustenta la sociedad soninké están fuertemente inspirados por la religión musulmana predominante en la zona en estudio.

⁷¹ Equivalente a 304,88 euros.

Como ya hemos señalado Dramané ostenta el poder religioso en el seno del reino de Gadiaga cuyo mayor símbolo es el hecho de que su mezquita del viernes sirve como punto de referencia de todos los poblados al borde el río Senegal. Construida en 1972 en el centro neurálgico del poblado, fue ésta la primera realización colectiva de los inmigrantes. Ningún otro culto está presente aun cuando subsistan ciertas creencias en el diablo. La religión musulmana es asimismo enseñada en Dramané. En casi cada concesión hay una escuela coránica (*medersa*) las cuales cuentan con una gran reputación en la región. Además existe una escuela franco-árabe compuesta de seis clases. Ciertos marabúes tienen gran renombre y reciben consultas de toda la región debido a sus conocimientos en materia religiosa y a sus supuestos poderes ocultos.

En lo que respecta a los valores clave de esta sociedad uno de ellos es la solidaridad. Así en el seno de la sociedad maliense, los soninké aparecen como el grupo étnico *«que lleva más allá el sentido de la ayuda mutua y la solidaridad»* (N'diaye 1972b:11). Ésta se manifiesta a todos los niveles de las múltiples pertenencias de cada miembro de la comunidad: con los miembros del clan, del linaje, de la misma puerta, de la concesión, de la familia, de la misma clase social, con el grupo de edad, en el seno del poblado, del barrio. Solidaridad individual u organizada colectivamente a través de asociaciones. Asimismo se expresa en la circulación de bienes y servicios la cual se rige por el principio de reciprocidad, tanto más generalizada cuanto mayor sea el parentesco. Y en especial con los parientes del lado materno como lo prueba un proverbio soninké que dice que *«si cortas la barba, sale sangre, pero si cortas los senos, sale leche»*. Con el Estado el intercambio de bienes y servicios se rige por el principio de mercado. En la vida cotidiana del poblado la solidaridad se actualiza a la hora de realizar trabajos colectivos o en hacerse cargo de los problemas de salud. Así por ejemplo pudimos asistir a la convocatoria de todos los jóvenes del poblado para apagar un fuego desatado en un campo a proximidad de Dramané o a la hora de sentar las fundaciones de una casa en cemento.

Otra de las expresiones tradicionales de la solidaridad soninké es a través de la hospitalidad con el extranjero, materializada en la costumbre del primer anfitrión (*djiatigi*). El reconocimiento de los favores recibidos obliga a un individuo a no cambiar de anfitrión en sus desplazamientos, aún cuando éste carezca de medios para acogerlo o un pariente más próximo se instale en el lugar. Dicha figura merece un gran respeto, asegurando un proverbio soninké que: *«Más vale evitar un lugar si no vas a*

⁷² Esta asociación contaba en diciembre de 2003 con 370 miembros de los cuales 300 (81,08%) son mujeres (ADR 2004:5).

quedarte en casa del primero que te recibió en él». Así Daum (1998:89) comenta que todos los poblados soninké de la región de Kayes poseen uno o varios anfitriones en Bamako y a veces en Kayes. Se trata normalmente de un funcionario, comerciante o artesano que se ha instalado en la ciudad (Kayes, Bamako, Dakar, París). Éste sirve de punto de encuentro entre la ciudad y el poblado, cumpliendo múltiples funciones sociales que podemos asimilar a la previsión social: lugar de acogida de los enfermos del poblado, de los inmigrantes en vacaciones, de los jóvenes que esperan poder partir en Francia.

Las diversas expresiones de la solidaridad sirven al mismo tiempo para reforzar el poder de quien da: *«El que da adquiere una imagen revalorizante, donde se mezclan generosidad y éxito, siendo la capacidad de redistribuir una manifestación del poder: dar no es signo de generosidad necesariamente, sino sobretudo la activación social de los bienes que actúan como medios de reproducción social»* (Meillassoux 1977:156). Sin embargo el principio de solidaridad encuentra su límite cuando el beneficiario adquiere riqueza y puede competir en prestigio y poder con el dador. Se es solidario si el otro está en situación de penuria, si no la rivalidad, y la envidia se instalan, incluso el interior de las familias (entre hermanos, coesposas), familias, barrios, pueblos, regiones. La solidaridad se mantiene en el exilio y ello ha llamado la atención tanto de los agentes de desarrollo como de los investigadores: *«La solidaridad y el sentido de la organización de los soninké en el extranjero es remarcable (...) En cualquier medio en el cual se integren, se observa que los soninké se reagrupan rápidamente en estructuras modernas como cooperativas o asociaciones. La autoayuda, la solidaridad en la emulación he aquí valores que se encuentran a menudo en las comunidades soninké»* (Sissoko 1996:98). Ello estaría especialmente presente entre los clanes nobles: *«En París, en Bamako, se siguen tejiendo lazos de solidaridad eventuales...lo cual es especialmente presente entre los miembros de los linajes nobles a quienes el rol de jefes de poblado les es asignado»* (Daum 1995:67).

El dinero ahorrado por los inmigrantes, que según Blion y Verriere (1998:3) representaba en 1996 el 31%⁷³ de sus ingresos⁷⁴, es enviado a sus familias *«a través de los servicios de un intermediario que viaja al país (...) en un 56% de los casos»* (ibídem:6). Estos envíos permiten en el poblado *«cubrir entre el 40 y 50% de las necesidades de víveres»* (Garnier 1990:14) y constituyen *«entre el 30-70% del*

⁷³ Frente a una capacidad media de ahorro del 13% de la población francesa en general.

⁷⁴ Para un salario medio de referencia de 6.000 ff (Blion y Witeska 1998:42) equivalentes a 909 euros.

presupuesto familiar» (Lavigne 1991:17-18). Debido a ello en los poblados comienzan a aparecer estructuras de ahorro. Anteriormente se trataba de ciertos miembros de la comunidad que ejercían el rol de banco. Así Dramané cuenta con una caja de ahorros y de crédito creada a instancias de la citada asociación de mujeres. Ésta abrió sus puertas el veintiuno de junio de 1999 y está dirigida por un hombre, Bakary Dramé perteneciente al linaje fundador de Dramané: Soumailosoxodé. Su comité de gestión lo componen dieciocho miembros de los cuales cuatro son mujeres (22,22%).

La solidaridad permite al mismo tiempo alimentar otro de los valores claves de esta sociedad: el prestigio. Sus indicadores varían en función del género. En el sexo masculino viene dado por el número de dependientes, de esposas y descendencia, de relaciones sociales (dones en las ceremonias, tiempo consagrado a la palabra), de tiempo libre (criterio de éxito social), el número de cabezas de ganado (de caballos entre los nobles del clan reinante Bathily), la opulencia mostrada en las fiestas⁷⁵, la construcción de una casa en cemento (si es posible de pisos⁷⁶ y con paneles solares), la adquisición de ropas traídas de Arabia Saudita, la dote pagada, la posesión de armas o el hecho de viajar. Por su parte, las mujeres la obtienen a través de la posesión de boubous, joyas, tapices y cacerolas con las que rivalizar con las mujeres de las otras concesiones y en especial con la/s coesposa/s.

Esta búsqueda de prestigio social así como las prácticas ostentatorias, son facilitadas y reforzadas por la inmigración *«existiendo un consenso tácito entre inmigrantes y kagumés para que el dinero ganado en inmigración (...) sea convertido, al menos en parte, en prestigio social»* (Lavigne 1991:35). Así los soninké derivan una gran parte de los recursos adquiridos en el extranjero en gastos ostentatorios (ganado y joyas por ejemplo) realizando raramente inversiones a nivel productivo o en ahorro. A su vez la búsqueda de prestigio retroalimenta la inmigración: *«Entrando en el juego de la ostentación, los inmigrantes han mantenido el mito de la emigración. A través de los envíos y regalos, han creado una reacción de dependencia. Ciertos inmigrantes de vacaciones son obligados a pedir un crédito para continuar a responder a las solicitudes de todo tipo. Al mismo tiempo no pueden negarse sin verse con la familia o el poblado contra ellos. Una estancia en el poblado les cuesta cientos de*

⁷⁵ Así en la fiesta de Tabaski se organizan en Kayes exhibiciones de caballos como signo de ostentación del poder en el que participan sobre todo jinetes Bathily, existiendo incluso una máxima local que dice: *«Un Bathily sin caballo no es un Bathily»*.

⁷⁶ Este hecho es reconocido por todas las etnias del país. Así en un encuentro que tuvimos con el hermano del actual presidente de Malí, Mr Touré, nos comentó como *«A los soninké les gusta jugar a lo grande. El símbolo de haber triunfado entre ellos es construir en pisos, cueste lo que cueste»*.

miles de fefa y los inmigrantes se ven obligados a espaciar sus vacaciones» (ibídem:32).

Pero veamos cuáles son las actividades económicas, incluida la inmigración, desarrolladas en el seno de la comunidad soninké en estudio.

1.6. La economía soninké

La economía soninké se basa tradicionalmente en la agricultura y el comercio. En la antigüedad vivían igualmente de la guerra a través de la captura y venta de esclavos, siendo éstos quienes cultivaban la tierra. La colonización marginalizó esta región de los circuitos comerciales que anteriormente dominaba, y la emancipación de los esclavos empobreció las familias nobles. De modo que los clanes nobles tuvieron que ponerse a trabajar en la agricultura y a buscar con la emigración un complemento, que acabaría siendo la actividad económica principal.

Como ya hemos señalado, la tierra pertenece tradicionalmente al clan noble que primero se instala en un poblado (*nyinya-gummé*). El jefe de dicho clan distribuye las tierras entre las diferentes concesiones (al jefe-*kagumé* de cada una de ellas), quienes deben darle un tributo en cereales. A su vez cada *kagumé* distribuye el trabajo entre sus subordinados, que tras la abolición de la esclavitud pasan a ser sus hijos, hermanos pequeños y mujeres. El individuo tiene derecho a trabajar y consumir en tanto que miembro de una unidad familiar de producción y distribución. El *kagumé* recibe a cambio control y autoridad sobre el grupo familiar. Una parte de lo producido lo invierte igualmente en bienes ostentatorios. Los hombres libres usan el beneficio en parte para alimentos en parte para bienes de élite como caballos y joyas. «*Trabajar la tierra para un pariente es el signo de subordinación por excelencia*» (Pollet y Winter 1978:331).

Cada hombre cuando se casa se hace cargo de un granero que pasa a ser de su propiedad. Jóvenes y mujeres poseen su pequeño campo. Por la mañana trabajan el gran campo del *kagumé*, por la tarde en el campo personal lo que les confiere un cierto margen de autonomía (en función de la edad y del sexo). La división sexual está igualmente presente en la distribución de tareas agrícolas: el hombre prepara la tierra, la mujer siembra, todos participan en la recolección. La tierra es preparada y las semillas se plantan al principio del mes de julio con las lluvias. La mayor parte del trabajo se da entre julio y agosto, en la denominada estación de lluvias. También es abundante el trabajo durante la recolección (septiembre-octubre). Se trata de una agricultura semi-extensiva no mecanizada teniendo como cultivos tradicionales el mijo,

el maíz, el arroz, el sorgo y el cacahuete. Antiguamente se realizaban cultivos de renta: índigo, algodón. Los herreros fabrican el material agrícola así como las carretas y aperos aunque el trabajo mantiene un carácter casi manual. Las mujeres no pueden acceder a la tecnología más que a través de su marido. Las orillas del río Senegal son fecundadas cada año por las crecidas del río lo que permite una segunda estación. Con la sequía de los años 70 así como consecuencia del gran proyecto de la presa de Manantali, el caudal ha disminuido y con ello la superficie agrícola inundada. La tierra se desbroza con fuego quedando exhausta tres o cuatro años después. La falta de fertilizantes (se usa el estiércol animal), los riesgos climáticos así como la marcha de los brazos válidos en inmigración frenan su desarrollo: *«Las potencialidades agrícolas de la región están subexplotadas en gran parte debido a la gran movilidad de los soninké»* (Keita 1996:22). Con la inmigración y las sequías las cargas agrícolas han variado y la participación de la mujer ha aumentado en las mismas. Junto a esta agricultura intensiva se han insertado desde los años setenta a lo largo y ancho del medio y alto Senegal múltiples perímetros irrigados⁷⁷ *«de 20 a 50ha»* (Lavigne 1991:9), como es el caso de Dramané que como ya hemos señalado cuenta con un huerto desde febrero de 1999. La idea de crear un perímetro irrigado en Dramané estaba presente entre los inmigrantes desde los años setenta, pero las disensiones existentes entre éstos y los habitantes del poblado llevaron a que los fondos destinados a su creación se emplearan para la creación de una cooperativa de alimentos.

El otro gran pilar de la economía soninké es *el comercio*. Tradicionalmente los soninké son conocidos por ser grandes comerciantes: *«Descendientes de los famosos comerciantes Wangara de la Edad Media, no es extraño que los soninkés se sientan atraídos hacia horizontes más lejanos que el valle del Senegal. Es ya banal decir que están en todas partes, desde las orillas del Congo hasta las del Sena. Como sus ancestros del Imperio de Wagadu, los soninkés de Kayes son sobretodo grandes comerciantes»* (N'diaye 1972b:11). Durante los grandes imperios sahelianos los clanes nobles soninké controlaban las rutas del comercio trans-sahariano del oro, esclavos, cereales, algodón, índigo, cobre. A partir del s. XVIII el comercio se realiza con *«los europeos instalados en Saint Louis (esclavos, oro y goma arábiga)»* (Curtin 1975:69) que acabarán apoderándose de los circuitos principales del comercio en la región,

⁷⁷ Estos jardines colectivos empezaron a aparecer en el paisaje del medio y alto Senegal gracias a la iniciativa estatal y posteriormente a la ayuda de un programa FAO/PNUD (Lavigne 1991:24).

La introducción de los impuestos y la abolición de la esclavitud por parte del colonizador, llevan a las poblaciones soninké a migrar con el fin de obtener dinero con el que satisfacer las necesidades de reproducción social: obligaciones matrimoniales, dote, bienes de ostentación. Progresivamente la inmigración se convertirá *«en un dato esencial en el espacio agrícola donde la ausencia de producción local comercializable impide el acceso a un numerario cada vez más necesario para la reproducción social (...) La emigración, consecuencia de la monetarización ha ampliado el proceso. A la larga ha llevado a una verdadera inflación y a sustituir la economía local (...). La migración ha pasado progresivamente de una búsqueda de ingresos complementarios de la economía agrícola a una obligación económica»* (Daum 1995:92).

En la actualidad el trabajo agrícola ha sido desvalorizado y los jóvenes, libres o esclavos, rechazan contribuir al mismo, lo que agrava la situación de dependencia respecto a la inmigración. Al reducirse la fuerza de trabajo disponible, se acaban desestructurando los sistemas de producción locales y se incrementa el recurso al asalariado agrícola, por lo que la fuerza de trabajo en esta región proviene principalmente de otras regiones. Así en Dramané existe una fuerte presencia de jóvenes de otras zonas del país venidos para trabajar en el campo o para realizar oficios como el de panadero o albañil. De este modo la inmigración se ha convertido en la principal actividad económica en el seno de esta sociedad.

1.7. La inmigración soninké

Si bien acabamos de exponer cómo actualmente la principal actividad económica de los soninké de esta región es la migración, más allá de la cuestión económica se trata de un problema histórico con consecuencias sociales y bien ancladas en la tradición de esta etnia. Podemos así hablar de un fenómeno estructural que afecta a los pilares fundamentales de esta sociedad: *«La inmigración organiza el conjunto de la vida social soninké (...) Se ha convertido en un dato estructural. Nobles, cautivos, jóvenes y viejos, hombres y mujeres encuentran en él su interés»* (Lavigne 1991:37).

La inmigración cuenta con una larga tradición entre los soninké que tienen reputación de ser grandes viajeros y ello desde la época del imperio de Wagadu. En él como ya hemos señalado existía ya una importante capa social comercial que se dedicaba al comercio transnacional, debiendo para ello migrar por todo África. La dispersión del Imperio dio lugar a una nueva ola de migraciones. Posteriormente los comerciantes soninké se convertirán en los principales intermediarios de la trata

atlántica con los europeos, desplazándose por todo el continente africano. La historia nos muestra *«cómo ya desde el s. XIX hay asentamientos de esta etnia en África Central y sin que ello corresponda a una situación económica catastrófica»* (Daum 1998:93). A finales del s. XIX la inmigración soninké toma nuevos rumbos, dirigiéndose hacia Senegal, fruto de la política colonial que impone el pago del impuesto per cápita y abole la esclavitud privando a los nobles de su mano de obra y dejando a los esclavos sin acceso a la tierra. Los jóvenes soninké son enviados por sus familias durante la época de lluvias, a las plantaciones de cacahuetes situadas a lo largo del eje Dakar-Saint-Louis y Dakar-Kayes. De este modo obtienen medios que les permiten asegurar su supervivencia así como constituir la dote. Se les conoce coloquialmente como los «navetanes», apelación derivada del nombre wolof de la estación de lluvias *«navet»* (Barou 1990:10).

Durante la Primera Guerra Mundial, la potencia colonizadora (Francia) aprovecha la familiaridad de los soninkés con la navegación para embarcarlos como mecánicos en la marina de guerra. Al final de la misma, miembros de esta etnia llegarán a las costas de la metrópoli instalándose primeramente en Marsella, Burdeos o Le Havre. Ya en 1919 los archivos de Yelimané (Kayes) señalan cómo *«las operaciones de reclutamiento han permitido constatar que en ciertos poblados están ausentes alrededor del 70% de los jóvenes inscritos como aptos para el servicio militar»* (Delafosse 1912:16). Desde entonces el flujo migratorio no ha cesado. Paralelamente tiene lugar un fenómeno de inmigración temporal hacia los países del Golfo de Guinea. Asimismo una parte de esos jóvenes migra a la incipiente ciudad de Kayes donde *«ya en 1892-1893 se encuentran trazos de la instalación del comercio europeo entorno a la plaza del mercado»* (N'diaye 1972a:96). Este éxodo temporal, a modo de viaje iniciático de entrada al mundo de los adultos tiene lugar durante la estación seca con el fin de acumular dinero con el que poder ayudar a su familia, pagar la dote de su matrimonio próximo o ahorrar para un futuro viaje a tierras más lejanas. Su anfitrión es un miembro del mismo poblado ya instalado en la ciudad, actualizando de este modo la ya citada costumbre soninké del primer anfitrión: *«Los jóvenes se desplazan en la estación seca e incluso durante la estación de lluvias a Kayes. Realizan pequeño comercio, ceras, confección de zapatos. Los ingresos sirven para ayudar a los parientes en el poblado, o para los gastos de transporte para viajes al extranjero. Viven en casa de amigos o parientes directos. En general viven en la familia como miembro dependiente ya que cotiza cada día por la comida»* (Monteil 1953:105).

La independencia, con su inestabilidad política y el hecho de que algunos países africanos cierran sus fronteras a los soninkés, unido a la caída del curso mundial de los cacahuetes, lleva a esta población a emigrar masivamente hacia Francia lo que supone el destino privilegiado para los soninké. Un acuerdo de libre circulación de este país con Malí, Senegal y Mauritania ve luz a fin de permitir que los soninké se instalen en la antigua metrópoli con el objetivo de cubrir las plazas vacantes dejadas en las fábricas por los argelinos tras la Guerra de Argelia. Se trata en un principio de una inmigración temporal (de varios meses a un año), rotativa, donde los jóvenes de sexo masculino y solteros se van alternando para asegurar la supervivencia de la comunidad. En 1962, y según un informe del Gobierno civil de la provincia de la Seine⁷⁸, sobre un total de 17.787 subsaharianos, el 70% de los inmigrantes africanos eran soninké (Kanté 1986:7). El primer inmigrante procedente del área sanitaria de Dramané llega a Francia en los años cuarenta.

La ya citada sequía que afecta la Región de Kayes de 1968 a 1973 arruina las capacidades de producción de dicha región y de nuevo la migración aparece como una vía de salida, estando al origen de la segunda gran ola de migración soninké hacia Francia. En julio de 1974, con la crisis del petróleo, el gobierno francés da fin de modo unilateral al citado acuerdo de libre circulación y acceso al empleo suspendiéndose oficialmente la inmigración de mano de obra. Según Dubresson (1975:190): «*En 1970, el 85% de los inmigrantes del África negra instalados en Francia, eran originarios de Malí, Mauritania o Senegal*», constituyendo «los soninké el 70% de los inmigrantes africanos» (Kane y Lericollais 1975:177).

Paralelamente al cierre de fronteras el gobierno francés desarrolla una política de reagrupación familiar (*Décret n° 76-383 du 29 avril de 1976*) dando comienzo una nueva etapa migratoria donde la alternancia de los miembros en inmigración se ve sustituida o al menos complementada por una inmigración familiar, masculina y femenina, de larga duración. La primera mujer de Dramané llegó a París en 1973.

Conde y Diagne (1986:58) analizan el impacto de la inmigración en Francia estimando que a principios de los años ochenta, alrededor del 70% de los inmigrantes de Mauritania, Malí y Senegal eran soninké. Según el último censo realizado en Francia en marzo de 1999 (INSEE 2004), de los 400.000 inmigrantes procedentes del África subsahariana (12.27% del total de inmigrantes) asentados en Francia (43% más que en 1990), los malienses son un total de 37.693 y los senegaleses 53.900, constituyendo la inmigración más antigua del África subsahariana aun cuando su ritmo

⁷⁸ Situada en el área metropolitana de París.

de progresión se ha ralentizado en relación con 1990. Respecto a la región de origen de dichos inmigrantes, según Daum (1995:78), en 1982 *«el 93.5% de los inmigrantes malienses asentados en Francia son originarios de la región de Kayes y esencialmente de las provincias de Kayes y Yelimané»*. Actualmente la casi totalidad de los poblados al borde del río Senegal ven gran parte de sus hombres jóvenes partir en inmigración, variando su porcentaje según las fuentes: *«La media de inmigrantes en Francia está en el 54% de la población total de los poblados»* (ibídem:85). Otros como Lavigne (1991:17) consideran que *«entre el 30% y 50% de los hombres activos están ausentes del poblado»*. En los últimos años aparecen nuevos destinos: Italia, EEUU e incluso España, donde como ya dijimos en la introducción, *«Malí es ya el primer exportador de inmigrantes subsaharianos»* (Bartulo 2004).

A los factores históricos, económicos y climáticos hasta aquí señalados hay que añadir otros de carácter geográfico y sociocultural como determinantes de la situación actual de inmigración. De un lado su ya evocado enclavamiento así como su ecosistema han contribuido al éxodo de su población. Asimismo cabe señalar que viajar forma parte de la mitología soninké (Monteil 1953:195) siendo visto en esta sociedad como un rito iniciático que otorga prestigio; existe toda una literatura oral consagrada a los viajes, así como numerosos proverbios: *«Dalla gumme ya mpasu Kalle nga: vale más trabajar en el extranjero que morir en su casa»* (Barou 1990:11). La búsqueda de la autosuficiencia monetaria de parte de los jóvenes soninké con el fin de escapar a la autoridad de los kagumé, la rivalidad entre las familias (*«el hijo del esclavo de mi padre ha ido en Francia y a la vuelta ha construido una casa más grande que la de mi padre»*), la forma tradicional de acceso al poder a través de la riqueza, o el citado gusto por la ostentación y su búsqueda de prestigio favorecen la inmigración.

Una vez asentados en el extranjero los soninké tratan de reproducir su comunidad de origen: *«Todos los observadores se han sorprendido por la fuerza de la tendencia a reconstituir las estructuras comunitarias inspirándose de los modelos de la sociedad de origen»* (ibídem:11). El hecho de residir de modo colectivo en residencias⁷⁹ contribuye a ello, pues éstas pueden ser consideradas como *«poblados-bis»* (Lavigne 1991:18). Su impacto es importante ya que como Quiminal señala *«el 71% de inmigrantes malienses viven en residencia»* (1990a:19) Todo esto no es ajeno

⁷⁹ Residencias destinadas a albergar los inmigrantes provenientes de las colonias, sin pareja y de sexo masculino, creados a partir de 1948 por el gobierno francés. Los ocupados por los trabajadores africanos del valle del Senegal *«recrean la vida del poblado con sus artesanos, comerciantes, sala de oración, organización por poblado y familia, consejo de ancianos»* (Malgogne 2000:23).

a Dramané, cuyos inmigrantes residen efectivamente en el seno de residencias, seis en total con 335 familias dependientes, concentrándose la mayor parte de inmigrantes en las de la calle Bisón-París XX (81), Quai de la Gare-París XIII (71) y Charonne-París XI (64) situadas París intramuros. 103 viven en apartamentos de la región parisina y 11 en Troyes⁸⁰. Este hecho contribuye efectivamente a la reproducción del orden social: *«Las mentalidades, siguen repitiendo las mismas estructuras. La tradición pesa mucho sobre todo en Dramané que son marabúes muy poderosos, que tienen poderes y por ello posibilidades de hacer daño.. En las residencias nos organizamos como en el poblado y eso no permite que cambiemos las mentalidades»* (E.H. Cissoko, esclavo, Makhadougou).

Otra particularidad de la emigración soninké en su fase actual reside quizás en su voluntad de mantener la cohesión, los lazos entre los miembros del grupo, entre los miembros asentados en Francia, los de Bamako y los del poblado de origen: *«El sistema social basado en la inmigración, conoce tensiones importantes ya que la ideología estatutaria que subyace no corresponde a la actualidad de las relaciones sociales sino a las necesidades del modo de producción. Y sin embargo este orden continúa siendo el garante de una cohesión social necesaria, bajo pena de una dislocación general»* (Daum 1998:73). Una de sus expresiones es la organización en la inmigración de cajas de solidaridad (*Keesi N'leme*), en un primer tiempo regionales *«que con el aumento del número de originarios de un mismo poblado (una centena) se van a convertir en cajas de poblado»* (Quiminal 1990a:22), y posteriormente en asociaciones con el fin de hacerse cargo de las necesidades de sus poblados de origen y permanecer en cohesión con ellos. Éstas son una expresión del proyecto individual, familiar y comunitario con el que los inmigrantes llegan a las sociedades de acogida: ayudar a su familia, su linaje, su clan, su grupo de edad, su barrio, su poblado de origen, es decir a sus diferentes redes sociales de pertenencia. Estas redes han asegurado su supervivencia hasta su marcha del poblado e incluso han participado al pago de su viaje. El inmigrante se ocupará una vez en Francia de asegurar su supervivencia ya sea de modo individual, a través del envío de dinero que constituye una importante fuente de divisas, o de modo colectivo.

Las cajas comunes de cada poblado (*Keesi N'leme*) consisten en un fondo en el que cotizan todos los inmigrantes que trabajan, y que ejerce de «seguridad social»

⁸⁰ Tomado del Cuaderno de Cotizaciones del año 2002 de la Asociación de residentes de Dramané en Francia.

frente al infortunio, tanto para los parientes en el poblado como para los instalados en el extranjero. Kanté (1986) señala cómo la primera caja soninké en Francia data de 1965. Su organización bajo la forma de asociaciones, acogiendo al régimen jurídico general de asociaciones regido por la ley 1901, data de los años setenta produciéndose una explosión en los años ochenta. Así Daum comenta cómo «*la más antigua asociación de inmigrantes soninké malienses en Francia data del año 1973*» llegando a afirmar que «*alrededor del 71% de los inmigrantes de cada poblado soninké forman parte de dichas asociaciones*» (1995:17). Sus responsables son elegidos a mano alzada en función de su posición social tradicional. Dicho autor llega a la conclusión de que el 80% de puestos de responsabilidad son ocupados por inmigrantes de origen noble a pesar de que casi la mitad de la población está constituida por esclavos. Éste clasifica igualmente las asociaciones en tres tipos: por un lado las que se reclaman de todo el poblado y que normalmente nacen de la transformación de las citadas cajas de solidaridad; por otro las asociaciones de jóvenes nacidas de la iniciativa de la clase de edad intermedia siendo su objetivo el promover las iniciativas de los jóvenes que no han emigrado; y un tercer tipo son las que abarcan más de un poblado, siendo su rol el «*controlar la zona geográfica e hidráulica de su contexto de implantación*» (*ibídem*:18).

Se da el caso igualmente de la creación de federaciones de asociaciones como IDS-Sahel que creada en 1992 reagrupa más de 700 asociaciones de inmigrantes del valle del Senegal y cuyo rol es apoyar a éstas en sus relaciones con la administración y otras posibles fuentes de fondos, siendo su proyecto más remarcable la electrificación de la zona. La agrupación se realiza bajo un criterio de pertenencia a una misma zona histórica o a una misma zona administrativa. Las asociaciones de mujeres no comienzan a aparecer más que a partir de 1993-94. La toma de consciencia identitaria es cada vez mayor como lo demuestra la agrupación de la comunidad inmigrante soninké en la Asociación APS⁸¹ que, creada en 1983, se dedica a la promoción de la cultura y la lengua soninké. El impacto de la inmigración y sus asociaciones es tal que a nivel del gobierno maliense, y desde el veintiséis de marzo de 1991, se ha creado un órgano de carácter consultivo denominado el Alto Consejo de los Malienses. Éste está compuesto de representantes de cada uno de los Consejos Nacionales de Inmigrantes malienses (56 en el año 2003) que asesoran al

⁸¹ Para un estudio más profundo sobre dicha Asociación ver Barou (1990:12) y Kanté (1986:11).

ministro delegado a la inmigración. Sirven de punto de unión entre el gobierno maliense, los inmigrantes y las autoridades de los países de acogida.

Concretamente en el área sanitaria en estudio existen tanto una caja de solidaridad del poblado, otra por barrios, así como diversas asociaciones: la Asociación de residentes de Dramané en Francia, la UJOGA-Unión de jóvenes originarios de Gadiaga, la M.D.M.F.D.D.F.⁸²-Asociación de mujeres de Dramané en Francia, así como una ASACO-Asociación de Salud Comunitaria. Asimismo existe una asociación cuyo ámbito es el campamento de cultivo dependiente de Dramané llamada Gouloumbo. Los inmigrantes de Dramané se hallan igualmente representados en las ya citadas Asociación IDS-Sahel y en la APS.

Sus actividades se han referido primeramente, como en el caso de Dramané, a la construcción y mantenimiento de las mezquitas de los poblados de origen; tras esto han comenzado a ocuparse de la realización de perímetros irrigados, cooperativas, escuelas y centros de salud. En este último sector, Daum (1995:25) apunta cómo el primer centro de salud creado en la región de Kayes por los inmigrantes data de 1976⁸³, siendo *«el año medio de realización de centros de salud en los poblados de origen se sitúa en 1987. Éstos tienen como partenaires diversas ONGs como la Cimade⁸⁴ o el CCFD⁸⁵. Numerosos dones son realizados desde Francia en particular de medicamentos o material hospitalario sin que se esté en medida de juzgar ni su impacto ni su costo»*.

Y es precisamente de dicho impacto e implicación, tanto individual como colectiva, en los procesos de salud/enfermedad/atención del que, cómo hemos dicho, nos ocupamos en la presente tesis ejemplificándolo a través del caso concreto del área sanitaria de Dramané. Pero veamos sobre qué contexto sociosanitario de la sociedad de origen viene a desarrollarse dicha implicación.

⁸² M.D.M.F.D.D.F: *Association Main dans la main. Femmes de Dramané en France*.

⁸³ Kanté (1986:39) sitúa sin embargo dicha fecha en 1978 haciendo referencia al centro de salud comunitaria de Kirané.

⁸⁴ Cimade: *Comite intermouvement auprès des évacues*.

⁸⁵ CCFD: *Comite catholique contre la faim et le développement*.

Capítulo Segundo

MARCO ETNOSOCIOSANITARIO

En este capítulo nos acercaremos a cada uno de los sistemas médicos presentes en Malí, biomedicina, medicina popular africana animista y medicina tradicional de tradición árabe-musulmana, centrándonos especialmente en el proceso de institucionalización de la biomedicina en Malí con el fin de lograr una mejor comprensión del impacto de la medicalización en dicho país, y en especial en las comunidades soninké de la región de Kayes. A la hora de su presentación, y con el fin de no caer en un localismo reduccionista, se enmarcará el fenómeno en estudio en su contexto internacional mostrando de este modo que las políticas de salud internacional, los acuerdos regionales, la deuda externa y/o los PAE-Planes de Ajuste Estructural influyen sobre el desarrollo del sistema sanitario maliense y sobre la accesibilidad de la población al mismo. Previamente expondremos el perfil epidemiológico y los principales indicadores sociosanitarios de este país con el fin de situar la situación sanitaria a la cual dichos sistemas tratan de dar respuesta.

2.1. Perfil epidemiológico y principales indicadores sociosanitarios

Como es característico de un país en vías de desarrollo como Malí, el estado sanitario de su población se caracteriza por una fuerte incidencia de las enfermedades infectocontagiosas⁸⁶, siendo las principales causas de consulta en los servicios sanitarios del sector público, tanto en adultos como en niños, el paludismo, las Infecciones respiratorias agudas y las diarreas. Así en julio de 1997, en el momento de elaborar el actual PRODESS-Programa de Desarrollo Sociosanitario (1998-2007), la situación sociosanitaria se caracterizaba por un aumento de la incidencia dichas enfermedades, especialmente del paludismo que constituye entre el 30 y 40% de los motivos de consultas con una incidencia anual del 33,1% y una letalidad del 10%. Asimismo se encontraban en aumento las ETS-Enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, con una prevalencia del 3,4% entre los hombres y 2,4% entre las mujeres. La situación era igualmente preocupante respecto al gran impacto de la invalidez derivada de enfermedades como la meningitis, la rubéola, la carencia en yodo, la avitaminosis A, las cataratas, el tracoma o el glaucoma. Por el contrario la prevalencia de ciertas enfermedades como la lepra, la rubéola, o la tos ferina se encontraba en franca regresión. Sin embargo no hay que olvidar el impacto de la situación social del país sobre el estado de salud de la población en un país en el que en dicho año de 1997, el

72% de la población vivía bajo el umbral de pobreza, y sólo el 49% gozaba de acceso al agua potable en los poblados y un 50% en la ciudad (MSSPA-CNP1997:5).

Ante esta situación sociosanitaria, el citado PRODESS-Programa de Desarrollo Sociosanitario se fijó como objetivo el disminuir la mortalidad ligada a las principales enfermedades endémicas del país. Se trataba de reducir en un 60% la morbilidad y letalidad del paludismo, en un 60% la incidencia de la tuberculosis, en un 70% la ceguera producida por el tracoma así como las cataratas. Asimismo se buscaba disminuir a menos del 5% la incidencia de la oncocercosis, y a menos de un caso por 10.000 habitantes la de la lepra. La reducción de la incidencia del cólera, la meningitis, la fiebre amarilla, la hepatitis, la dracunculosis, las enfermedades de transmisión sexual y del SIDA. El citado programa pone especial atención en tratar de reducir la morbilidad y la mortalidad entre los niños de 0 a 6 años (MSSPA-CNP 1997:23).

Entre dicho momento de inicio del PRODESS (1998) y el momento de comenzar nuestra investigación (1 de enero de 2002) se constata una mejora de la situación epidemiológica de ciertas enfermedades como la lepra cuya tasa de prevalencia instantánea se situaba en 0,62 y la dracunculosis con 718 casos contra los 6. 204 casos de 1998. El paludismo continúa siendo la principal razón de consulta médica (4.008 casos por 100.000 habitantes). Sin embargo la situación continua siendo preocupante como lo demuestra el aumento de la tasa de incidencia de la tuberculosis (22,7 casos en 1998 contra 26,4 por 100.000 habitantes en 2001), la elevada incidencia de la esquistomiasis (entre el 42% y el 94% de los niños de 7 a 14 años), la persistencia de casos de poliomiелitis y de tétanos, de la rubéola (4.455 casos, 127 muertes), de la meningitis (1.110 casos, 127 muertes) y del cólera (67 casos, 9 muertes) (MS-MDSSPA 2002:6-8). Esta situación es extensible a la provincia de Kayes a la cual pertenece el área sanitaria en estudio, donde los principales motivos de consulta en el momento de iniciar nuestra investigación, tanto entre la población adulta como entre los niños, son los mismos que a nivel nacional: paludismo, infecciones respiratorias agudas, traumatismos/quemaduras y diarreas (tabla XII). Asimismo a dicha fecha se constata una mejora de la situación epidemiológica de ciertas enfermedades en la provincia de Kayes respecto a la de 1998. Es el caso de la meningitis (91 casos frente a 106 en 1998) y de la lepra (8 enfermos en tratamiento frente a 41 en 1998). La situación epidemiológica resultaba sin embargo preocupante respecto a afecciones como la dracunculosis, la

⁸⁶El patrón dominante de salud aquí presentado basado en las enfermedades infecto-contagiosas, estaría evolucionando hacia un patrón dominado por las enfermedades crónicas degenerativas, como ya ocurrió

tuberculosis, la poliomielitis, el tétanos, la rubéola y el cólera (SIS-Région de Kayes⁸⁷ 1998, 2001).

Tabla XII: Principales afecciones tratadas en la provincia de Kayes en el año 2001.

PRINCIPALES AFECCIONES 2001	PALUDISMO	OTROS	IRA BAJAS TOS DE <15 días	TRAUMATISMO QUEMADURAS	IRA ALTAS	DIARREAS
0-11 MESES %	1.475 5.09%	781 5.7%	722 13.1%	130 2.9%	527 13.57%	489 13.4%
1-4 AÑOS %	5.585 19.3%	1.530 11.17%	1.534 27.85%	650 14.5%	1.102 28.38%	1.138 31.36%
5-14 AÑOS %	8.580 29.65%	2.055 15%	1.196 21.71%	1.243 27.73%	996 25.65%	697 19.21%
15 Y MAS %	13.296 45.94%	9.357 68.31%	2.056 37.32%	2.458 54.85%	1.258 32.39%	1.304 35.94%
TOTAL	28.936 48.12%	13.696 22.77%	5.508 9.15%	4.481 7.45%	3.883 6.45%	3.628 6.03%

Fuente: SIS-Région de Kayes 2001.

Respecto al Sida en el año 2001 se estima su prevalencia a nivel nacional al 1,7% (2% entre las mujeres, 1,3% entre los hombres). Cabe señalar que únicamente un 4% de las mujeres se habían sometido al test y sólo un 14% decía conocer dónde dirigirse para la realización del test. El nivel de conocimiento de la enfermedad entre la población es escasa. Únicamente un 13% de las mujeres era capaz de citar al menos dos medios de prevención (60% entre los hombres). Menos del 6% de las mujeres afirmaban haber utilizado un preservativo en sus últimas relaciones sexuales (MS-CPS 2002a: 14-17). En lo que respecta a esta enfermedad, en el año 2001 el laboratorio del CSREF-Centro de salud de referencia de Kayes había realizado 330 análisis de los cuales 79 dieron positivos (23.93%) (SIS-Región de Kayes 2001).

En coordinación con la OMS, UNICEF el FNUAP y USAID, el Ministerio de la Salud maliense realizó entre enero y mayo de 2001, la tercera EDSM-Encuesta Sociodemográfica Nacional. La tabla XIII nos muestra los principales indicadores socio-sanitarios del país obtenidos a partir de la misma. Resumiendo podemos decir que a nivel de planificación familiar y fecundidad, los métodos anticonceptivos son conocidos (3/4 de las mujeres), pero sólo un 6% (8% para todo tipo de método) utiliza los modernos (preferencia por la píldora y las inyecciones). La edad media para las primeras relaciones sexuales se sitúa a los 15,9 años. Las mujeres malienses dan a luz una media de 6,8 niños en su vida (6,7 en 1995, 6,9 en 1987). El número de hijos deseados es de 6,2. Un 40% de las mujeres de 15-19 años ya había tenido un hijo o

en nuestras sociedades desarrolladas.
⁸⁷ SIS: *Système d'Information Sanitaire*.

estaba embarazada. La edad media en el momento del primer embarazo es de 18,9 años. El intervalo ínter genésico medio es de 32,3 meses (MS-CPS 2002a:14-17). En el caso de la provincia de Kayes, 2,86% de las mujeres utilizan los servicios de planificación familiar de los centros de salud comunitarios y de los centros de salud de referencia provincial (MS-SG-DNS⁸⁸ 2002a:3).

TABLA XIII: Principales indicadores sociosanitarios a 1 de Enero de 2002

INDICADORES SOCIO SANITARIOS	RATIO
Índice sintético de fecundidad%	6.8
Tasa de utilización contracepción%	8
Tasa de utilización contracepción moderna%	5.8
Tasa de utilización contracepción tradicional%	2.6
Tasa de utilización Planificación Familiar%	3.3
Cuidados prenatales%	57
% de mujeres embarazadas que han recibido 2 o más dosis de vacuna antitetánica:	32
Tasa de nacimientos en presencia de personal formado%	41
Tasa de nacidos vivos pesando menos de 2.500gr. %	17
% de niños de 0 a 11 meses completamente inmunizados al DTCP3	6
% de niños de 12 a 23 meses completamente inmunizados al DTCP3	39.6
% de niños de 0 a 11 meses completamente vacunados contra rubeola	49
% de niños de 12 a 23 meses completamente vacunados contra rubeola	48.7
Tasa de cobertura por BCG%	81
% de niños de 12 a 23 meses vacunados contra BCG	69
% de niños de 1 año vacunados contra la polio	39
Tasa de cobertura por VAR%	61
% de niños de 12 a 23 meses completamente vacunados	28.7
Tasa de malnutrición aguda%:	13
Niños de menos de 5 años que sufren de insuficiencia ponderal%	33
- masculina	34
- femenina	32
Niños de menos de 5 años que sufren de retraso en el crecimiento%:	38
Tasa de lactancia exclusiva(- de 6 meses)%	25
Tasa de mortalidad neonatal%	57/1000
Tasa de mortalidad post-natal%	56/1000
Tasa de mortalidad infantil	113/ 1000
Tasa de mortalidad infanto-juvenil	229/1000
- masculina	250/1000
- femenina	226/1000
Tasa de mortalidad juvenil%	131/1000

Fuentes: MS-CPS (2002a)

A nivel de la salud materno-infantil, la mitad de las mujeres malienses acude a los cuidados prenatales, y únicamente un tercio de las mujeres embarazadas ha recibido al menos dos dosis de vacuna antitetánica. Los partos se realizan en su mayoría fuera del sistema sanitario (MS-CPS 2002a:14). En la provincia de Kayes sólo el 38% de las mujeres acude a los cuidados prenatales y únicamente el 22% de partos se realiza en el sistema sanitario (MS-MDSSPA 2002a:5). La cobertura en vacunas es

⁸⁸ MS-SG-DNS : Ministère de la Santé-Secretariat General-Direction National de la Santé.

deficiente a nivel nacional: menos del 30% de los niños de 12-23 meses están completamente vacunados. La malnutrición infantil se presenta como un problema de salud pública. Las tasas de mortalidad infantil e infanto-juvenil son muy elevadas (1/4 de los niños muere antes de los 5 años) aún cuando han descendido desde el momento de elaboración del programa de desarrollo (MS-CPS 2002a:14-17). La cobertura en vacunas es la provincia de Kayes es igualmente deficiente: 67% BCG, 35% DTCP3, 53% VAR (MS-SG-DNS 2002a:4) La presente situación contribuye a que la esperanza de vida al nacimiento en el año 2002 a nivel nacional sea de 48.4 años (48.9 para las mujeres, 47.8⁸⁹ para los hombres), siendo el índice de esperanza de vida de 0.39 (OMS 2004).

La existencia de actitudes y prácticas nefastas para la salud como la escisión que es practicada en el año 2001 por el 90% de las mujeres malienses influye igualmente en el deficiente estado sanitario del país. Práctica que sólo en un 2% de casos era realizada por un profesional sanitario (MS-CPS 2002a:15). La escisión es una tradición especialmente presente en la comunidad soninké que afecta a la totalidad de la población femenina de esta etnia.

Ante tal situación la población maliense puede recurrir sea a los cuidados ofertados por la biomedicina sea a las medicinas tradicionales de tradición africana animista y/o árabe-musulmana. A continuación estudiaremos las características de cada uno de estos sistemas médicos.

2.2. Sistemas médicos en Malí

Como toda sociedad, la maliense, incluida la comunidad soninké aquí en estudio, ha dado respuesta en cada momento histórico concreto al infortunio a través de diferentes sistemas médicos. Actualmente en este país coexisten, con mayor o menor hegemonía según los contextos, la biomedicina, la medicina tradicional africana animista y la de tradición árabe-musulmana. En todos ellos, independientemente de las etnias y de si se trata de un medio rural o urbano, el grupo primario continúa siendo el núcleo por el que pasan obligatoriamente todos los procesos de salud/enfermedad/atención, constituyendo la auto atención un fenómeno estructural.

⁸⁹ Esta ha descendido en el año 2003 hasta 46 años para las mujeres y 44 para los hombres (OMS 2005).

2.2.1. El desarrollo del sistema biomédico

El análisis del proceso histórico de institucionalización de la biomedicina en este país así como su organización actual nos permitirán comprender como la medicalización ha ido o no tomando una posición hegemónica en el mismo.

Los primeros contactos de la población maliense con la biomedicina remontan a la época colonial. En dicho periodo se protegía la salud de las tropas, colonos y misioneros. Entre los indígenas se trataba únicamente de prevenir la peste, la fiebre amarilla y el tifus, siendo la atención gratuita. Kayes, al ser como hemos visto la puerta de entrada de los colonizadores franceses y primera capital nacional, se benefició del primer dispensario creado en el país que, construido en 1883, es actualmente el Hospital Regional. En los años 50 la metrópoli puso en marcha puestos de salud fijos en el resto de capitales regionales, así como una medicina móvil para hacer frente a las grandes epidemias. Paralelamente se comienza a dar una formación de 6 meses a las matronas tradicionales, que pasarán a trabajar en los puestos de salud fijos siendo pagadas entre el Estado y la población. Durante esta época la participación comunitaria se traduce igualmente en la participación a la construcción de los edificios bajo el régimen de trabajos forzados. En 1960, en el momento de la independencia existen en Malí 2 Hospitales (el de Kayes y el Hospital Point G de Bamako), 19 centros de salud provinciales (uno de ellos en Kayes), 16 puestos de subdivisión, 122 dispensarios rurales, 1 servicio de Grandes Epidemias y 1 centro de formación de auxiliares médicos.(MSPAS⁹⁰1964:14). A nivel de personal este país contaba con únicamente con 48 médicos autóctonos (1/100.000 hab.⁹¹), 577 IPC-enfermeros de primer ciclo, 90 IDE-enfermeros de segundo ciclo, 58 matronas y 3 farmacéuticos (MSPAS 1964:79).

Tras la independencia, el régimen socialista de Modibo Keita (1960-1968) apuesta por una medicina de masas de carácter gratuito. En 1960 se crea el Ministerio de la Salud y un año más tarde ve luz el primer Plan Quinquenal de Desarrollo 1961-1965 (MSPAS 1964:113) que se operacionaliza en 1962 en el primer Programa de Acción Sanitaria y Social del país. Dicho plan trata de desarrollar la atención sanitaria rural descentralizada a través del desarrollo de los servicios de PMI-Protección Materno-Infantil así como la formación de los profesionales sanitarios. Su principal objetivo era lograr la instalación de un dispensario rural en cada distrito cantón bajo la

⁹⁰ MSPAS: *Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales*.

responsabilidad de una matrona formada en 6 meses. Los Servicios Sociales, que datan de 1953, se fusionan con el Ministerio de la Salud en 1963 (MSPAS 1964:73). A nivel de participación comunitaria, el lema de Modibo Keita, como bien expusiera en el primer Seminario de Salud Pública⁹² celebrado en Bamako en 1964, era «*todo para el pueblo, todo por el pueblo en la vía socialista del desarrollo*» (MSPAS 1964:9). La importancia dada al sector salud se traduce a nivel de los presupuestos estatales, representando la salud en 1961 el 14% del gasto público. Sin embargo la situación socioeconómica catastrófica del país en claro desequilibrio con el ahorro interior (público, de las empresas y particulares) lleva a su presidente a aceptar en 1967 el primer PAE-Plan de ajuste Estructural de la historia maliense.

En 1978, durante la dictadura del General Moussa Traore (1968-1990), Malí adopta la lógica de la AP-Atención Primaria de Alma Ata⁹³ incluida su rama de provisión de medicamentos esenciales, estableciendo una nueva Política Nacional de Salud (1978-1991) y un nuevo Plan Decenal de Desarrollo Sanitario (1981-1990). Este último establece por primera vez la noción de área sanitaria, que reagrupa de 6 a 10 poblados cubriendo una población de entre 8.000 y 10.000 habitantes. La participación comunitaria se traduce en la participación de la población a la construcción del puesto de salud, así como por el hecho de que el personal sanitario (matrona y auxiliar de clínica) emana de la propia comunidad al ser elegidos entre la población y formados durante 6 meses para el ejercicio de sus funciones. La gratuidad de épocas anteriores ha desaparecido en lo que respecta a las consultas, sólo los medicamentos se mantienen gratuitos. En 1981, en el seno de la reforma farmacéutica, el Ministerio de la Salud decide poner en marcha un dispositivo de control a fin de impedir todo abuso e infracción en los productos farmacéuticos. En 1982, los recortes en el gasto sanitario derivados de la adopción de un nuevo PAS impuesto por el FMI afectarán especialmente al sector de la salud femenina e infantil (Ag Iknane et al. 2000:12). Al mismo tiempo Malí recibe una ayuda del BM para reformar su sistema de salud. Este organismo establece como condición un aumento de la participación comunitaria, debiendo traducirse ésta en el pago por parte de la población del 50% del coste del sistema. Paralelamente el Estado suspende el pago de los salarios de los funcionarios, provocando el «abandono o muerte de las formaciones sanitarias existentes» (Kanté et al. 1999:5).

⁹¹ Las normas de la OMS estiman necesarios 1médico por cada 100.000habitantes (MS-SG-DNS 2002b:4).

⁹² Calificado por Modibo Keita de «*cita mesiánica*» (MSPAS 1964:1).

⁹³ Establecida durante la conferencia de Alma Ata por los Estados miembros de la OMS (WHO 1978).

En 1983, tiene lugar la 37 reunión de la OMS en Bamako en la que se adopta la conocida como *Iniciativa de Bamako*. Ésta tiene como objetivo principal la re-dinamización de la AP-Atención Primaria, a través de la mejora de la accesibilidad geográfica y financiera de la población a los sistemas sanitarios (Ag Iknane et al. 2000:13), no adhiriendo Malí hasta 1988. En 1984, el gobierno pone en marcha una reforma farmacéutica centrada en la utilización de los medicamentos genéricos, contando con el apoyo UNICEF que decide aprovisionar puestos de salud de las regiones de Koulikoro y Mopti. Por primera vez en la historia maliense, diferentes organismos de cooperación bilateral así como ONGs deciden desarrollar proyectos sanitarios por todo el país: la cooperación holandesa en Ségou, la suiza en Sikasso, la canadiense en Koulikoro, EEUU en Macina, Médicos del Mundo en Mopti y Médicos Mundi en el Norte del país. Asimismo el Banco Mundial pone en marcha el conocido como Proyecto KBK para el desarrollo sociosanitario de las provincias de Bafoulabe, Kita y Kenieba pertenecientes todas ellas a la Región de Kayes (INRSP 1993:4).

En 1985, el gobierno maliense decide adoptar, bajo la presión del FMI-Fondo Monetario Internacional, adopta el SRC-Sistema de Recubrimiento de Costes con el fin de financiar su incipiente sistema sanitario. Este sistema, ya experimentado en el citado proyecto KBK, consiste en la financiación del sistema sanitario a través del pago por parte del enfermo de los medicamentos y de la consulta médica. En 1987 tiene lugar la privatización de las profesiones medico-farmacológicas, aprobándose la ley que rige el ejercicio de la biomedicina en Malí. La región de Kayes se beneficia de nuevo de la atención de los países donantes: el FED-Fondo Europeo para el desarrollo pone en marcha un proyecto en las provincias de Nioro y Diema (INRSP 1993:4). Sin embargo, la situación económica del país no deja de empeorar, lo que lleva al gobierno maliense a renegociar un nuevo PAE-Programa de Ajuste Estructural con el FMI. Fruto de ella una nueva ola de privatización (bancos, sociedades y empresas estatales) recorre el país, que ve fuertemente reducido el número de funcionarios incluidos los sanitarios. Sin embargo, la población consciente de la catastrófica situación sanitaria y de las limitadas capacidades de su gobierno, comienza a organizarse y en 1989, sin intervención estatal pero con fondos de la cooperación francesa, nace la primera ASACO-Asociación de Salud Comunitaria⁹⁴, y el primer CSCOM-Centro de salud comunitario del país. Ambos materializan el principio de participación comunitaria y tratan de afrontar el SRC-Sistema de Recubrimiento de

⁹⁴ Dicha asociación denominada ASACOBÁ está situada en uno de los barrios más desfavorecidos de la capital: Banconi.

Costes (Ag Iknane et al.:15). Dicho año Malí establece igualmente la primera lista de medicamentos esenciales, acompañada de un formulario terapéutico destinado a los prescriptores.

En 1990, Malí adopta la «*Declaración de Política Sectorial de Salud y Población*» aún vigente y que sirve de marco para los diferentes planes, proyectos y estrategias de desarrollo socio-sanitarios desarrollados desde entonces. Como bien se indica en su preámbulo, dicha declaración se enmarca en el seno de la Constitución⁹⁵, las diferentes políticas anteriores, la realidad sociocultural maliense, el concepto de universalidad, la descentralización y las directrices de la OMS (MSSPA-PSPHR-IDA⁹⁶ 1990:1). Su objetivo principal recoge el establecido por la OMS⁹⁷ para el año 2000: «*Salud para todos en un horizonte lo más cercano posible*». Dicha declaración basada en la lógica de la AP-Atención Primaria de Alma Ata y en la *Iniciativa de Bamako* trata de luchar contra la baja cobertura sanitaria, la infrautilización y subequipamiento de los servicios de salud, la falta de medicamentos y de material de trabajo así como la no participación de la población en la definición de la política sanitaria. Para ello establece como prioritarios el medio rural, el periurbano, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Con el fin de evaluar su viabilidad, el gobierno maliense crea, gracias a la movilización de múltiples fondos especialmente del Banco Mundial, un proyecto de transición, el PSPHR-Proyecto Salud, Población e Hidráulica Rural. Dicho proyecto se experimenta en tres regiones: Kayes, Ségou et Mopti. En el mismo se establece de nuevo que la participación comunitaria ha de traducirse a través del pago por parte de la población del 50% de los gastos sanitarios a través del SRC-Sistema de Recubrimiento de costes, así como su participación a la construcción y mantenimiento de los centros de salud y de los puntos de agua. A nivel de presupuestos este proyecto de transición se fijará como objetivo pasar del 6.6% de los gastos estatales en salud del año 1990 al 9% en 1995 (MSSPA-PSPHR-IDA 1990). Asimismo se adopta una Política Nacional de medicamentos (HAI ÁFRICA⁹⁸ 1999:61).

El gobierno de transición de Amadou Amani Touré (1991-1992), y posteriormente el gobierno democrático de A. O. Konaré (1992-2002), adoptan

⁹⁵ Actualmente en Malí la salud es un derecho reconocido por la Constitución de Malí en su artículo 17 que «*reconoce la salud como un derecho fundamental de todo maliense y de la acción sanitaria una obra social de solidaridad del Estado, las colectividades territoriales y del individuo*» (MSSPA-PSPHR-IDA 1990:1).

⁹⁶ MSSPA-PSPHR-IDA: *Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agees-Projet Santé Population et Hydraulique rurale-International Dispensary Association*.

⁹⁷ Este objetivo fue adoptado por la Asamblea de la OMS como estrategia mundial en 1981 y desarrollado en la Primera Conferencia internacional para la promoción de la salud celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 (Krika 1997:104).

igualmente dicha Declaración y continúan con la puesta en marcha del PSPHR-Proyecto Salud, Población e Hidráulica Rural. En 1993 vendrá a reforzarlo la Política de solidaridad contra la exclusión. Es en 1994 que por primera vez se legislan las condiciones de creación y gestión de los Servicios Socio-sanitarios provinciales, municipales y de los CSCOM-Centros de salud comunitarios (*Arrêté Interministériel n°4-5092*). En el mismo año, el gobierno maliense decide analizar su viabilidad tanto en medio rural como urbana, mediante la puesta en marcha de centros de salud piloto, en el seno de las citadas regiones de experimentación del PSPHR-Proyecto Salud, Población e Hidráulica Rural: Kayes, Ségou y Mopti (INRSP 1999). Tres son los centros de salud elegidos en Kayes: los de Kayes N'di y Kayes Khaso situados en la ciudad del mismo nombre y uno emplazado en medio rural, el de Dramané, objeto de análisis en nuestra investigación. En el mismo año se crea la Inspección de la Farmacia con el fin de controlar la calidad de los medicamentos vendidos en Malí, dentro y fuera del sistema sanitario público. Un tercer PAE fue adoptado en 1994 provocando una devaluación del fcfa del 50 % *«que ha repercutido sobre los equilibrios económicos, financieros y sociales así como sobre la seguridad alimentaria familiar»* (Ag Bendeck et al 1997:361). El PSPHR-Proyecto Salud, Población e Hidráulica Rural toma fin en 1998 dando paso al PDDSS-Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y Social (1998-2007), que conforma el marco actual de la política sociosanitaria del país.

El PDDSS ha sido operacionalizado a través del Programa de Desarrollo SocioSanitario conocido como PRODESS. Adoptado por el Gobierno maliense el 10 de junio de 1998, no pudo ser lanzado hasta marzo de 1999 previa presentación y acuerdo de los países donantes que iban a financiar 78 de los 193 millones de fcfa⁹⁹ previstos (40.41% de su presupuesto) para su puesta en marcha (MS-DAF 2003:3). Esta ayuda exterior resultaba imprescindible para un país que a pesar de las políticas de ajuste estructural (o quizás gracias a ellas) veía su situación económica empeorar alcanzando la deuda exterior en 1998 el 114% del PIB (M.D.S.S.P.A.-ODHDLP-PNUD-BM 2001: 45). La evolución del volumen del gasto sanitario destinado desde entonces hasta el comienzo de nuestra investigación deja traslucir la importancia que el gobierno de este país da a este sector (tabla XIV).

⁹⁸ HAI ÁFRICA: *Health Action International*.

⁹⁹ Equivalentes a 1,189 y 2,942 millones de euros respectivamente.

TABLA XIV: Evolución del presupuesto sanitario (en miles de euros)

AÑO	1997	1998	1999	2000	2001
PRESUPUESTO SANITARIO	43.867,5	41.258,771	37.785,617	52.714,492	56316,336
%	7.19%	6.24%	5.21%	6.62%	6.63%
FINANCIACION INTERIOR	18.489,451	22.011,820	24.460,920	24760,071	31727,922
%	42.15%	53.35%	64.74%	46.97%	56.34%
FINANCIACIÓN EXTERIOR	25.378,048	19.246,951	13.324,695	27954,268	24283,536
%	57.85%	46.65%	35.26%	53.03%	43.66%

Fuente: MS-SG-DNS 2002b:5.

El PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario fija como fin principal el mejorar el estado de salud de la población afín que ésta participe en el desarrollo económico y social del país (MSSPA-CNP 1997:8). Sus objetivos prioritarios son:

1. Asegurar la accesibilidad geográfica y financiera del conjunto de la población a servicios sociales y sanitarios de calidad (en el momento de su elaboración sólo el 30% de la población tenía acceso una estructura sanitaria a menos de 5Km, el 40% vivía a menos de 10 Km.);
2. Reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a las enfermedades prioritarias;
3. Concretar la solidaridad nacional especialmente hacia los grupos más desfavorecidos y vulnerables;
4. Promover el desarrollo de las comunidades con su propia participación;
5. Aumentar la eficacia de los servicios socio sanitarios y de acción social;
6. Garantizar el financiamiento equitativo y durable de los servicios socio sanitarios;
7. Reforzar las sinergias y la complementariedad entre los diferentes actores del sistema;
8. Así como reforzar la participación de la población y la colaboración intersectorial.

Sus pilares son el establecimiento de una nueva pirámide sanitaria, la disponibilidad permanente de medicamentos genéricos y de modo transversal la participación comunitaria.

Organización del sistema de salud maliense

Acabamos de señalar que uno de los pilares de la actual política sanitaria es la organización del sistema de salud establecida en el PRODESS. Ésta se ha inspirado en las directrices de la OMS para la región africana sobre sistemas sanitarios

elaboradas en 1997 en el séptimo comité consultivo de este organismo dedicado a la organización de sistemas sanitarios y la atención primaria (WHO 1997). Con el fin de ofrecer una cobertura geográfica nacional el sistema sanitario adopta un esquema piramidal, que en conformidad con la dinámica de descentralización, sigue la división administrativa del país (poblados, municipios, provincia, región) y se compone de cuatro niveles. Al mismo tiempo trata de asegurar que los diferentes servicios presten la misma gama y calidad de prestaciones en todo el territorio.

La puerta de acceso al sistema sanitario maliense la constituyen los CSCOM-Centros de salud comunitarios, los CSA-Centros de salud de distrito, las consultas y centros privados así como los dispensarios confesionales. Únicamente los centros de salud comunitarios y los centros de salud de distrito están obligados a ajustarse a la política sanitaria maliense. Los segundos, heredados de las etapas anteriores, habrán de ser transformados en centros de salud comunitarios antes de que finalice el PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario. Respecto a las consultas y centros privados, el PRODESS trata de facilitar su instalación en medio rural siempre y cuando respeten la carta sanitaria, ofrezcan el PMA-Paquete Mínimo de Actividades (MS 2000:14-16) y adopten la reglamentación en vigor. Los confesionales deberán, en la medida de lo posible, ofrecer un depósito de medicamentos esenciales en genérico-MEG. La misión de todo CSCOM-Centro de salud comunitario es la de ofrecer el citado PMA-Paquete Mínimo de Actividades y especialmente (*Arrêté Interministériel n° 94-5092: art. 6*):

- Gestionar la puesta en marcha de acciones socio sanitarias; desarrollar cuidados preventivos: salud materno-infantil, planificación familiar, vacunación, educación sanitaria; dispensar prestaciones curativas (cuidados corrientes, detección y tratamiento de endemias locales, exploraciones para-clínicas corrientes);
- Iniciar y desarrollar actividades promocionales: higiene, desarrollo comunitario, IEC-Información/Educación/Comunicación;
- Asegurar la disponibilidad de los medicamentos genéricos esenciales¹⁰⁰ estando obligados a aprovisionarse en los depósitos regionales y estatales de la PPM- *Pharmacie Populaire du Mali*;
- Promover la Participación Comunitaria en la gestión y la responsabilización de los gastos derivados de los problemas sanitarios del individuo, la familia y la colectividad.

¹⁰⁰ El primer stock lo facilitan gratuitamente las agencias de desarrollo. Su valor varía entre 30.000 y 50.000 fcfa equivalentes a 45,73 y 76,22 euros respectivamente.

Para su establecimiento, las provincias se dividen, previa negociación con la población, en áreas de salud. Un área de salud cubre varios pueblos y/o barrios urbanos debiendo abarcar, afín de asegurar su viabilidad basada en el ya citado SRC-Sistema de Recubrimiento de Costes, una población de alrededor 10.000 habitantes en medio rural, 20.000 en medio urbano. En cada área de salud debe haber un centro de salud comunitario situado a un máximo de 15 Km. (MSSPA-CNP1997:11). El PRODESS-Programa de Desarrollo Sociosanitario programó el establecimiento durante su primera fase (1998-2002) del 40% de las áreas de salud nacionales así como la creación de 395 CSCOM y la renovación de otros 324 (MSSPA-CNP 1997:83). En el momento de dar comienzo a nuestra investigación (1 de enero de 2002) habían sido creadas un total de 210 nuevas estructuras, viviendo a menos de 15km de una formación sanitaria el 66% de la población maliense (previsión del 65%). El 41% de la población se hallaba a menos de 5km (previsión del 45%) (MS-SG-DNS 2002b:4). Concretamente en la región de Kayes, objeto de nuestra investigación, el sistema sanitario maliense, cuenta con uno de sus mayores grados de desarrollo gracias a los recursos aportados por los inmigrantes que han permitido la proliferación de centros de salud en sus poblados de origen¹⁰¹. En 1997, dicha región contaba con 127 de los 708 centros de salud comunitarios existentes en el país (17.93%). Tras Mopti (con 166), era la región con mayor número de centros (CPS 1997:1). Por su lado el PRODESS ha previsto en la provincia de Kayes para el 2008 un total de 46 estructuras de primer nivel, habiéndose realizado 24 a fecha de 1 de enero de 2002 (tabla XV).

TABLA XV: CSCOM y CSAR existentes a 1 de Enero de 2002 y previstos por el PRODESS para el 2007.

CSCOM / CSAR PROVINCIA DE KAYES	EXISTENTES	PREVISTOS	TASA DE REALIZACIÓN
CSCOM	16	37	43,24%
CSAR	8	9	88,89%
TOTAL	24	46	52,17%

Fuente: SIS –Région de Kayes 2001.

Sin embargo, y debido al hecho que una gran parte de los centros creados por los inmigrantes no han adherido a la política sanitaria maliense, la tasa de accesibilidad (tabla XVI) en esta provincia es menor que a nivel nacional: únicamente viven a menos de 15km de una formación sanitaria el 47.89% de la población (66% a

¹⁰¹ «Una dificultad en la región de Kayes, es que las asociaciones de inmigrantes han implantado centros por todos los sitios» (Cissé 1993:31).

nivel nacional). El 33.38% de la población se hallaba a menos de 5km (41% a nivel nacional) (SIS–Région de Kayes 2001 y MS-SG-DNS 2001a:4).

TABLA XVI: Tasa de accesibilidad en la provincia de Kayes.

COBERTURA A 1 DE ENERO DE 2002	PROVINCIA DE KAYES
A MENOS DE 5 KM	33.38% 120.013 hab.
A MENOS DE 15 KM	47.89% 172.179 hab.
A MÁS DE 15 KM	6.52% 23.435 hab.

Fuente : SIS –Région de Kayes 2001

Cada centro de salud comunitario debe componerse como mínimo de un dispensario, una maternidad, un depósito de medicamentos genéricos y un pequeño laboratorio en el que realizar la albúmina, analizar la glucosa y la gota espesa¹⁰². La política sanitaria maliense prevé respecto al mantenimiento del material y tecnología existente en el centro de salud que su mantenimiento debe ser financiado a través del Sistema de recubrimiento de costos, con las recetas provenientes de las vacunas, la circuncisión y las transferencias desde la caja de medicamentos. El nivel de formación mínimo para su dirección es el de IPC-enfermero de primer ciclo, debiendo contar igualmente con al menos una matrona y un gerente para el depósito de medicamentos genéricos. El objetivo del PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario para el año 2007 es que todas y cada una de las estructuras rurales del primer nivel de la pirámide sanitaria cuenten con al menos 1 médico generalista, 1 comadrona, y 1 IDE-enfermero de segundo ciclo. En el caso de los centros de salud comunitaria urbanos estos deberán contar con al menos 1 médico generalista, 1 comadrona, y 1 técnico de laboratorio (MSSPA-CNP 1997:13). En el momento de elaborar el PRODESS (1997), Malí contaba con 5.828 agentes de salud (87% trabajando en el sector público, 9% en el privado liberal y 4% en el sector privado comunitario)¹⁰³. A uno de enero de 2002 el personal existente en los centros de salud comunitarios era de 2.933 agentes de los cuales sólo el 30% se encontraba cualificado suficientemente para el ejercicio de sus funciones: 119 eran médicos, 262 IDE-enfermeros de segundo ciclo, 332 IPC-enfermeros de primer ciclo, 118 matronas y 53 enfermeras obstetricales. A uno de enero de 2002 el 41,70% de las áreas sanitarias poseían el mínimo de personal sanitario previsto en el PMA. 719 eran médicos, 579 enfermeros de segundo ciclo, 751

¹⁰² Este método de concentración se utiliza para la detección del paludismo.

¹⁰³ El sector confesional, en manos de estructuras cristianas, raramente ofertan sus datos a las autoridades sanitarias.

IPC-enfermeros de primer ciclo, 490 matronas y 169 enfermeras obstétricas (MS-SG-DNS 2002b:4) El ratio por habitante en función de la categoría de personal a fecha de junio del 2002 se presenta en la tabla XVII. La repartición del personal de enfermería de primer y segundo ciclo por región muestra una fuerte proporción en las Regiones de Sikasso, Kayes y Ségou que concentran el 53% de los efectivos (MS-MDSSPA 2002a:2).

TABLA XVII: Ratio por habitante por categoría de personal a 30 de junio de 2001

CATEGORÍA	EFFECTIVOS	RATIOS	NORMAS OMS
MEDICOS	719	14.612	10.000
IPC-ENFERMERO/A	579	18.145	5.000
IDS-ENFERMERO/A	751	13.989	5.000
MATRONAS	490	21.440	5.000
ENFERMERO/A OBSTÉTRICO	169	62.163	5.000

Fuente: MS-SG-DNS 2002b:4.

Para la apertura de un centro de salud comunitario es necesario no sólo ajustarse al mapa sanitario, y reunir las condiciones señaladas respecto a los locales y personal, sino que su puesta en marcha debe nacer de la voluntad manifiesta de la población organizada en forma de ASACO-Asociación de Salud Comunitaria: *«El centro de salud comunitaria (...) se crea sobre la base del compromiso de una población definida y organizada»* (Arrêté Interministériel n° 4-5092:art.3). La ASACO debe contar con un número de asociados que represente al menos al 10% de la población del área sanitaria (art. 7). Cada ASACO debe firmar una convención de colaboración con el Ministerio de la Salud y trabajar en concertación con los ayuntamientos que tienen igualmente la responsabilidad de crear y gestionar equipamientos sanitarios (*Decret n°2-314/P-RM*), especialmente a nivel de maternidades e higiene. La participación comunitaria debe traducirse igualmente en la participación en *«la construcción y mantenimiento de los centros de salud así como de los puntos de agua y en el pago por parte de la población del 50% de los gastos sanitarios a través del Sistema de recubrimiento de costes¹⁰⁴»* (INRSP 1999).

La gestión se concreta en la puesta en marcha de tres instancias participativas:

¹⁰⁴ Las tarifas de los actos médicos y de los medicamentos son fijadas por el Consejo de Gestión de cada ASACO, previa consulta de los representantes de los servicios socio sanitarios provinciales.

- La Asamblea, constituida legalmente como ASACO-Asociación de Salud Comunitaria, representa a todos los habitantes del área de salud (art. 11).
- El Consejo de gestión como órgano de decisión (art.14).
- El Comité de gestión como órgano de ejecución (art. 20).

El sistema sanitario maliense prevé que, en caso de que un centro de salud comunitario no pueda dar respuesta a un problema sanitario, el enfermo debe ser evacuado por el sanitario tratante al Centro de salud provincial correspondiente. Es lo que técnicamente ha venido en llamarse «la derivación». Éste a su vez habrá de ser derivado, si es necesario, al Hospital Regional.

El segundo nivel de la pirámide sanitaria: los CSREF-Centros de salud de referencia provincial

A nivel provincial la atención sanitaria está cubierta por los CSREF-Centros de salud de referencia. El centro de salud provincial nace a iniciativa del estado que junto a la cooperación al desarrollo financia este nivel de la pirámide. La participación comunitaria a nivel financiero se concretiza a través del SRC-Sistema de Recubrimiento de Costes. Sus misiones y modalidades de gestión son fijadas en la ya citada *arrete Interministerial nº 94-509*. Los centros de salud de referencia además de sus misiones de salud pública, ingeniería sanitaria, de gestión del SIS-Sistema de información Sanitaria, de formación del personal, y de medicina legal, han de cumplir una misión de «referencia médica, quirúrgica, ginecológica-obstétrica incluido asegurar las intervenciones quirúrgicas». Asimismo tienen a su cargo, además de las funciones curativas y preventivas *la planificación, gestión, y supervisión de los centros de salud comunitarios*» (MS 2000:17). Dichas supervisiones han de ser trimestrales. Además mensualmente el CSREF-Centro de salud de referencia debe organizar una reunión de monitoreo. Se trata con ello de mejorar la calidad de las prestaciones ofrecidas por las estructuras sanitarias y de racionalizar su utilización.

A fecha de 1 de enero de 2002 existían en este país 58 CSREF-Centros de salud de referencia (55 CSREF y 3 zonas sanitarias), de los cuales 19 habían sido renovados¹⁰⁵ (MS-SG-DNS 2002b:4). Respecto a la puesta en marcha de la derivación, 21 de los centros de salud provinciales habían organizado este sistema a fecha del 1 de enero de 2002 sobre una previsión de 46. Entre ellos se encuentra el centro de salud de referencia de la provincia de Kayes, objeto de análisis en nuestra investigación. La tasa de derivación global en 2001 a nivel nacional era del 2,65%

(MS-MDSSPA 2002a:5). Las fuentes documentales consultadas confirman la puesta en marcha en el año 2000 de un sistema de caja de solidaridad para la financiación de la derivación: *«Se evacuan las hemorragias del embarazo y distócicas. Las cesáreas son el 75% de las evacuaciones. Se trata de hacer que las ASACO y CSAR contribuyan al 50% del costo de la derivación»* (MS-DNSP-DRSP Kayes-Centre de santé de Kayes¹⁰⁶ 2000:7). Los CSREF-Centros de salud provinciales que han organizado la derivación se enfrentan a un fenómeno de sobre frecuentación, con un número elevado de autoderivaciones: *«La proporción de casos referidos o evacuados a los CSREF respecto al número total de casos referidos o evacuados ha pasado del 147,57% en el 2000 a 209,13% en el 2001. Esta situación se explica por la autoderivación»* (MS-MDSSPA 2002a:5). La media nacional de supervisiones de los Centros de salud de referencia es del 72% en el 2001 (*ibídem*:5).

Todo centro de salud de referencia debe contar al menos con una maternidad, un bloque médico, un bloque quirúrgico, una sala de hospitalizaciones, un servicio de radiología y ecografía, un laboratorio, un depósito de medicamentos genéricos, un servicio informático y de una secretaría. En el ejercicio de sus misiones es ayudado por un servicio social que participa en complementariedad con los agentes sanitarios a la política sanitaria incluida la animación comunitaria de los centros de salud comunitarios. Asimismo debe tener a su disposición el personal sanitario mínimo previsto por el PRODESS: *«Un médico especialista en salud Pública, un técnico medio en Salud Pública, una matrona, un técnico sanitario y un técnico de laboratorio-farmacia»* (MSSPA-CNP1997:12). Al comienzo de nuestra investigación, el personal sanitario de los centros de salud de referencia se compone a nivel nacional de 199 médicos generalistas, 33 médicos de salud pública, 21 técnicos en salud pública, 278 matronas, 66 técnicos sanitarios y 77 técnicos de laboratorio-farmacia (MS-MDSSPA 2002a:2). El ratio médico/habitante era de 1 médico por 21.000 habitantes. El número de médicos quirúrgicos (14) es insuficiente respecto al número de provincias (21) que han puesto en marcha el sistema de derivación/evacuación (MS-MDSSPA 2002a:2).

Recordemos igualmente que la farmacia del centro de salud provincial debe jugar el rol de referencia farmacológica como único abastecedor de medicamentos de los centros de salud comunitarios.

¹⁰⁵ Malí está compuesto de 49 provincias.

¹⁰⁶ MS-DNSP-DRSP Kayes-Centre de santé de Kayes: *Ministère de la Santé Direction Nationale de la Santé Publique Direction Régionale de la Santé Publique Kayes-Centre de santé de Kayes.*

El tercer nivel de la pirámide sanitaria: las DRS-Direcciones Regionales de la Salud, los Hospitales Regionales y Nacionales.

El tercer nivel de la pirámide sanitaria está constituido por las DRS-Direcciones Regionales de la Salud, los Hospitales Regionales y Nacionales. Éste es igualmente financiado por el estado gracias al apoyo de la cooperación al desarrollo. La participación comunitaria a nivel financiero se traduce de nuevo a través del SRC-Sistema de Recubrimiento de Costes. El Programa de Desarrollo Sociosanitario prevé la existencia en cada capital regional de una DRS-Dirección Regional de la Salud, que ha de jugar un rol de apoyo, referencia y supervisión a nivel periférico. Además realizan actividades de salud pública, gestionan el citado SIS-Sistema de Información Sanitario, forman al personal y llevan a cabo actividades de ingeniería sanitaria (MS 2000:18). Para el adecuado ejercicio de sus funciones deben contar con al menos 1 médico de salud pública, 1 farmacéutico, 1 ingeniero sanitario, 1 técnico de salud pública, 1 planificador y 2 comadronas (MSSPA-CNP 1997:27).

Los hospitales regionales y nacionales deben asegurar la atención sanitaria especializada jugando un rol de referencia. De los 8 hospitales existentes en el país, 6 son regionales (se han previsto 8 para el 2007). Kayes cuenta con uno y la capital, Bamako, alberga los dos únicos Hospitales Nacionales existentes en el país: el Hospital Gabriel Touré y el Hospital Point G (éste con carácter de Hospital Universitario). El PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario prevé que en el año 2007 los hospitales deberán ofertar una cama por cada 7.500 habitantes para un total de 8 establecimientos (MSSPA-CNP 1997:103). A fecha de 1 de enero de 2002 el personal de los hospitales regionales de todo el país se compone de 14 médicos generalistas, 61 especialistas y 8 farmacéuticos. La tasa nacional de mortalidad hospitalaria es del 5,46% frente a un 6,55% en el Hospital Regional de Kayes (MS-MDSSPA 2002a:6). Una misión específica para su mejora ha sido establecida por el PRODESS (MS-CPS 2002c)

El cuarto nivel de la pirámide sanitaria: los establecimientos sanitarios especializados y los servicios centrales del Ministerio de la Salud

El cuarto y último nivel está constituido por los establecimientos sanitarios especializados y los servicios centrales ministeriales, todos ellos situados en la capital del país o en sus alrededores. Malí cuenta con diversos establecimientos especializados: el IOTA-Instituto Oftalmológico del África del Oeste que sirve de referencia quirúrgica y académica en toda la subregión del África Occidental (MS-CPS

2002f), el Hospital de Kati especializado en Traumatología, el Instituto Marchoux especializado en dermatología así como nuestra institución de acogida, el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, encargado de la animación y coordinación de la investigación, la formación y el trabajo en sinergia con el resto de estructuras del PRODESS.

Los servicios centrales del Ministerio de la Salud (DNS-Dirección Nacional de la Salud y DAF-Dirección Financiera de la Salud) se encargan de la puesta en marcha de la política sanitaria nacional así como del establecimiento de normas y estrategias; tienen un rol de concepción y apoyo estratégico ocupándose de la evaluación y movilización de recursos así como de la toma de decisiones políticas (MS-CPS 2002b). Éstos se componen de tres unidades (planificación, formación e información sanitaria) y cinco divisiones (prevención, salud reproductiva, nutrición, reglamentación, e higiene). Su financiación depende de los presupuestos del estado así como de los organismos donantes. En la capital se encuentra igualmente la Facultad de Medicina y Odontología así como los Colegios profesionales de médicos y farmacéuticos. La formación de enfermeros, matronas y auxiliares de clínica es ofrecida por Institutos de formación de carácter privado bajo supervisión del Ministerio de la salud, salvo el Instituto de formación en ciencias de la salud (MS-CPS 2002d, 2002e)

El sector farmacéutico y la disponibilidad permanente de los medicamentos genéricos

Ya hemos apuntado que la política farmacológica es otro de los pilares del PRODESS-Programa de Desarrollo Sociosanitario. Las principales fuentes de aprovisionamiento en medicamentos a nivel nacional son:

- La PPM-*Pharmacie Populaire du* Malí, organismo público de carácter industrial y comercial considerado como el instrumento privilegiado del Estado para la disponibilidad de los medicamentos esenciales. Se ocupa igualmente del aprovisionamiento en especialidades reservadas al sector privado.
- El sector privado, constituido por los mayoristas privados (África Lab, Malipharm, Laborex, Multi-M), las farmacias y los depósitos privados. La PPM pone también a su disposición sesenta medicamentos genéricos acondicionados. La venta concierne sobre todo las especialidades;
- La UMPP-*Usine Malienne de produits Pharmaceutiques*, es una fábrica de producción y de acondicionamiento que dispone de una gama limitada de medicamentos a base de productos importados, la mayoría de los cuales están

inscritos en la lista de los MEG. Aprovisiona las farmacias, los GIE, la PPM y los mayoristas;

- El Departamento de Medicina Tradicional del INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, que produce artesanalmente medicamentos tradicionales mejorados los cuales forman parte de la lista de medicamentos esenciales;
- El sector informal (mercados y vendedores ambulantes) no autorizado en Malí (incluidos los medicamentos tradicionales). Existe una relación con el sector formal a través de importaciones fraudulentas realizadas por las farmacias o a través de los vendedores ambulantes que se aprovisionan en los depósitos;
- Los proyectos que aportan medicamentos;
- Así como las donaciones de medicamentos realizadas por las ONGs o los inmigrantes.

Respecto a las fuentes de abastecimiento, el PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario establece un SDAD-Eschema Director de Aprovisionamiento y Distribución, con el fin de asegurar un abastecimiento correcto de la población en medicamentos esenciales genéricos sobre el conjunto del territorio nacional, a un coste compatible con el poder adquisitivo de la población maliense (MSSPA-CNP 1997:20). Las principales estrategias puestas en marcha son:

- El abastecimiento de las regiones bajo pedido conjuntamente al aprovisionamiento nacional a través de la citada oferta pública sobre la base de un plan anual de aprovisionamiento;
- La consolidación del sistema a través de la entrega de una dotación inicial que sirve de fondo de rotación;
- La implicación del sector privado;
- Y el refuerzo de la gestión a fin de lograr una mejor definición de las misiones de los diferentes actores.

Con el fin de asegurar la disponibilidad, el acceso geográfico y económico así como el uso racional de medicamentos genéricos de calidad, el gobierno maliense ha puesto en marcha una serie de medidas prácticas y funcionales recogidas en el Programa de Desarrollo SocioSanitario. De un lado se adoptan una serie de textos jurídicos en donde se establece la lista de medicamentos esenciales bajo su denominación genérica (189 en el momento de su declaración), siendo éstos los únicos exonerados de impuestos y de tasas de aduana. El objetivo de este programa es poder asegurar la disponibilidad constante de los 55 medicamentos esenciales en

genérico más demandados en todas las provincias, que únicamente estarán disponibles en las formaciones sanitarias públicas y comunitarias. Paralelamente se prohíbe a la PPM-*Pharmacie Populaire du Malí* la adquisición de 350 equivalentes en especialidad correspondientes a dichos medicamentos esenciales en genérico y se adopta un contrato-plan en el dicho organismo se compromete a comprar únicamente genéricos a través de una oferta pública o a través de UNIPAC, limitando el margen preferencial acordado a la UMPP-*Usine Malienne de Produits Pharmaceutique* al 15%. Asimismo se regulan las condiciones de importación para el resto de operadores y se liberaliza el precio de los medicamentos. El PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario establece igualmente una reglamentación respecto a las donaciones de medicamentos, que deben ser conformes a la lista de medicamentos esenciales en genérico. En caso de «donación de una especialidad ésta no debe tener una equivalencia genérica» (MSSPA-CNP 1997:22).

Al mismo tiempo se establece un programa de formación y de información con el fin de promover los medicamentos esenciales entre los prescriptores, los farmacéuticos, a quienes se distribuye la lista de protocolos y normas terapéuticas preestablecidos por el Ministerio (fichas de farmacovigilancia, tablas de correspondencia entre especialidades y genéricos, guías de información de prácticas sobre medicamentos esenciales en genérico, formularios, actos de acondicionamiento y sustitución de los medicamentos, ...) (MSSPA-CNP1997:21). Paralelamente el Ministerio de la salud ha reforzado las capacidades de control de dos de sus órganos: el LNS-Laboratorio Nacional de Salud (creado en 1990 como servicio dependiente de la DNSP-Dirección Nacional de la Salud Pública y transformado en Establecimiento Público a Carácter científico y Tecnológico en el año 2000) (MS-CPS 2002g) y la DPM-Dirección de la Farmacia de Malí (MS-CPS 2002h). El primero se encarga del control de calidad de los medicamentos, alimentos, bebidas y toda otra sustancia importada o producida en Malí con fines terapéuticos, dietéticos o alimenticios, a fin de salvaguardar la salud humana y animal. El segundo de revisar la lista de medicamentos esenciales así como de realizar las reuniones de concertación con vistas a mejorar el uso racional de los medicamentos.

El futuro de la política sanitaria maliense

Un estudio detallado de las tasas de utilización de los servicios sanitarios del sector público maliense (tablas XVIII, XIX y XX) nos revela cómo la extensión de la cobertura sanitaria propiciada por el PRODESS-Programa de Desarrollo Sociosanitario

no se ha visto acompañada de un aumento de la frecuentación de los servicios, que se mantiene muy baja. Así por ejemplo en el momento de elaboración del PRODESS la tasa era de 0,3 contactos/año/habitante (MSSPA-CNP 1997:5) mientras que a fecha del 1 de enero de 2002 la situación había empeorado: 0,2 contactos/año/habitante. Sin embargo respecto a los cuidados preventivos se ha pasado de un 37% de partos asistidos en 1998 a un 41% en el 2001 (previsión de 76%) y de un 48% de consultas prenatales en 1998 a un 52% en el 2001 (previsión del 60%).

TABLA XVIII: Tasa de frecuentación por región de los CSCOM y CSREF referente a las consultas curativas.

REGIÓN	1998	1999	2000	2001
KAYES	0,15	0,17	0,15	0,19
KOULIKORO	0,14	0,15	0,12	0,12
SIKASSO	0,23	0,20	0,19	0,21
SEGOU	0,18	0,19	0,18	0,20
MOPTI	0,12	0,15	0,12	0,16
TOMBOUCTOU	0,16	0,14	0,16	0,16
GAO	0,21	0,13	0,14	0,14
BAMAKO	0,35	0,26	0,26	0,35
KIDAL	0,37	0,26	0,35	0,32
TOTAL MALI	0,19	0,18	0,17	0,20

Fuente: MS-SG-DNS (2002b:2).

TABLA XIX: Tasa de frecuentación por región de los CSCOM y CSREF referente a los partos asistidos.

REGIÓN	1998	1999	2000	2001
KAYES	21	19	19	21
KOULIKORO	63	40	35	39
SIKASSO	40	37	43	46
SEGOU	25	29	30	35
MOPTI	19	19	20	27
TOMBOUCTOU	13	7	9	13
GAO	17	11	11	11
BAMAKO	81	83	98	93
KIDAL	15	9	14	11
TOTAL MALI	37	33	36	41

Fuente: MS-SG-DNS (2002b: 3).

El análisis de las posibles causas de la escasa utilización de los servicios sanitarios públicos en Malí ha sido uno de los temas prioritarios del gobierno maliense en el momento de evaluar en el año 2002 el grado de consecución de los objetivos del PRODESS-Programa de Desarrollo Sociosanitario al final de su primera fase (1998-2002). Para ello se creó un grupo de expertos *ad hoc* por decisión interministerial (nº 0332/MS-SG) encargado igualmente de realizar las directrices que han de guiar la implementación de la segunda fase del Programa (2003-2007). Este grupo de expertos relaciona la escasa utilización de los servicios sanitarios públicos con la calidad de los

servicios ofertados (MS-SG 2002a). El estado degradado de ciertas infraestructuras, la falta de personal calificado, su mala acogida, comportamiento e inestabilidad, el hecho de que en un 50% de las áreas no se ofrece la totalidad del PMA-Paquete Mínimo de Actividades (por falta de la cadena de frío, o de una moto para las vacunaciones), o las rupturas frecuente de los stocks de medicamentos sobre todo en los depósitos provinciales, hacen en muchos casos desistir al enfermo. Además los centros de salud comunitarios son raramente supervisados a pesar de existir una guía integrada de supervisión (MS 2000). Otro factor relevante es el elevado coste de las prestaciones sanitarias para una población con escasos recursos. Así por ejemplo dicho informe (MS-SG 2002a) señala que mientras el coste medio de una receta en el año 1998 era de 1.225 fcfa en el 2001 su coste se había elevado a 1.762 fcfa¹⁰⁷ en 1998 lo que supone un aumento del 44%. Ante tal hecho el gobierno maliense habría ido tomando una serie de medidas como el rebajar la participación financiera de la población prevista por el gobierno en torno al 50% hasta un 25% en el año 1998 y un 10% en el 2001. Un último factor señalado en dicho informe sería la mala gestión de las ASACO-Asociaciones de Salud Comunitaria por parte de la población.

TABLA XX: Tasa de frecuentación por región de los CSCOM y CSREF
 referente a las consultas prenatales (%)

REGIÓN	1998	1999	2000	2001
KAYES	31	31	31	38
KOULIKORO	74	49	39	43
SIKASSO	59	64	59	59
SEGOU	46	53	46	52
MOPTI	26	34	32	39
TOMBOUCTOU	22	18	21	24
GAO	21	17	21	26
BAMAKO	70	72	83	96
KIDAL	13	24	27	29
TOTAL MALÍ	48	47	45	52

Fuente: MS-SG-DNS (2002b: 3).

La renegociación de la deuda con Rusia y con los países miembros del denominado Club de París¹⁰⁸ así como la iniciativa PPTe¹⁰⁹ que tiene previsto pagar los salarios durante cinco años de 250 agentes sanitarios a nivel de los CSCOM-

¹⁰⁷ Equivalentes a 2 y 2,69 euros respectivamente.

¹⁰⁸ El pago del servicio de la deuda pública maliense alcanzaba en 1999, 56,9 millares de fcfa lo que absorbió el 18,3% de los ingresos, peso equivalente a los gastos en servicios sociosanitarios de base. En el año 2001 Malí continuaba endeudado por un valor del 99,1% de su PIB, y el servicio de la deuda equivalía al 13,9% de las exportaciones FOB (<http://www.PNUD.org>). En marzo de 2003, los 19 países desarrollados integrantes del denominado Club de París deciden aligerar la deuda de Malí estimada a 1 de marzo de 2003 a 169 M\$, reduciéndola en 70 M\$. (<http://www.clubdeParís.org>).

¹⁰⁹ PPTe-Países pobres muy endeudados es una iniciativa del BM y FMI lanzada en 1996 para aligerar la deuda externa de los 42 países más pobres del planeta. Una revisión conocida como PPTe-2 ha tenido lugar en 1999.

Centros de salud comunitaria de todo el país, han venido a aliviar en cierto modo la penuria de personal que vive el sistema sanitario maliense (MS-DAF¹¹⁰ 2003:3)

Por último, cabe señalar que las líneas directrices de la segunda fase del PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario (2003-2007), han tenido que ser elaboradas bajo el prisma del llamado CSLP-Estrategia Nacional de lucha contra la Pobreza¹¹¹ (MS-MDSSPA 2002b:1), adoptada en Consejo de Ministros el 29 de mayo de 2002. La adopción de dicha estrategia en elaboración desde el año 2000 sirve de referencia a toda su política incluida la sanitaria. Se trata de una de las condiciones *sine qua num* de los países y agencias donantes para poder seguir recibiendo los fondos que necesita el desarrollo del PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario. Otra de las condiciones era su adhesión a los llamados *Objetivos del Milenio* establecidos por las Naciones Unidas en el año 2000 y actualizados en la Conferencia de Monterrey del 2002 a través del *Pacto del Milenio para el desarrollo* (ONU 2002). Se trata de lograr la reducción a la mitad para el año 2015 de la mortalidad de los menores de cinco años así como de mejorar la salud materna, combatir el SIDA, el paludismo y otras enfermedades prioritarias. Las políticas directrices establecidas en los acuerdos del NEPAD¹¹² firmados, por diversos países africanos, entre ellos Malí, en Lusaka en julio del 2001 (NEPAD 2005), han venido igualmente a influenciar la elaboración de la segunda fase del PRODESS.

2.2.2. La medicina popular de tradición africana animista

Hablar de medicina popular y tradicional en Malí supone hacer referencia a dos grandes tradiciones: la africana animista y la árabe musulmana. Tradiciones que se funden de un modo relevante en la etnia soninké, quienes distinguen entre el saber médico tradicional denominado «*el camino de las cabezas negras*» (*imma mbinne nkille*) y el saber médico islámico, conocido como «*el camino del Corán*» (*Al Qorane nkille*) (Fassin 1992:65).

La medicina popular de tradición africana animista, incluida la soninké, emana del saber popular de cada comunidad, realizándose su transmisión por vía oral. Su visión holística busca más que la salud la promoción global de la persona. Sus

¹¹⁰ MS-DAF: *Ministère de la Santé-Direction Administrative et Financière*.

¹¹¹ El CSLP cuenta con un apartado sanitario denominado *Composante Santé et Population* (MS-SG 2002b). Es objeto de un seguimiento particular por parte de los organismos de cooperación (MS-SG 2002c)

¹¹² NEPAD: *Nouvelle partenariat pour le développement de l'Afrique*. Se trata de una visión y de un marco estratégico para el renacimiento de África. Nace en 1999, en la reunión que tuvo lugar en Libia en septiembre de 1999.

representaciones del mundo y de la enfermedad son patrimonio de toda la sociedad, de modo que la salud no es sólo individual sino que supone un equilibrio con la comunidad presente y con la de los difuntos. La enfermedad aparece como consecuencia de la ruptura del orden social y cósmico, llevando como corolario la noción de culpabilidad del enfermo y su marginación social: *«En Malí, país de mayoría musulmana, toda enfermedad es natural cuando es el hecho de Dios. De todos modos Dios no hace nada sin causa, y únicamente permite a la enfermedad que todos portamos que se exprese. Pero hay también otras causas de la enfermedad como la sangre (del linaje) y su corolario el sexo. Las más importantes son las rupturas de prohibiciones sexuales y alimenticias que encuentran su origen en los mitos fundadores mandingas (...) pero también puede tener su origen en las acciones nefastas de una persona, es lo que se denomina mal de ojo. Con la sangre y el sexo, la palabra es también una de las bases de la vida social»* (Barges 1996:284). Barges (1996:285-286) estudia igualmente las representaciones de la enfermedad y como la sociedad responde a ella encontrando que en la región de Kayes: *«La exclusión del enfermo es menor al ser una zona islamizada desde antiguamente donde la religión ha tendido a borrar toda referencia fetichista»*, frente a las prácticas de otras zonas como el país dogon¹¹³ donde *«las rupturas de las prohibiciones son vivaces y expresan un rechazo mayor»*. Así por ejemplo entre los soninké un aborto puede ser el resultado de haber violado la prohibición de atravesar un río durante el embarazo. Didier Fassin (1992:133) señala como la lepra puede ser el resultado de transgredir una norma de alianza, cómo la prohibición de matrimonios entre ciertos clanes.

En el seno de esta sociedad, el especialista que se ocupa de la salud es el curandero denominado *«jaaranda»* entre los soninké¹¹⁴. Cuando el curandero se vale de la adivinación recibe la apelación de *«tuwana»*, que quiere decir «hombre de saber»¹¹⁵. Éste identifica, explica y trata la enfermedad a partir de la cosmovisión de su sociedad, recurriendo a la adivinación¹¹⁶ a través de la geomancia (uso de cauris¹¹⁷). Tras determinar el origen de la enfermedad, la clasifica y decide la modalidad

¹¹³ Etnia de población negra, compuesta de agricultores sedentarios, perteneciente a la rama sudanesa como los soninké.

¹¹⁴ *«Flabola»* entre los malinké o *«Nigumon»* entre los senufo.

¹¹⁵ Esta palabra proviene del término soninké *«tuwaxu»* que significa sabiduría (Fassin 1992:65).

¹¹⁶ La adivinación es considerada como un instrumento de análisis social en el estudio realizado por Víctor W. Turner (1972:59) en la sociedad ndembu: *«La adivinación toma la forma de un análisis social en el cual los conflictos subyacentes son revelados de tal modo que pueden ser remediados a través de procedimientos tradicionales e institucionalizados»*.

¹¹⁷ Los cauris o *Cypraea moneta*, son unos moluscos importados de las islas Maldivas que servían de en la época del Gran Imperio de Wagadu. Poseen un carácter mágico y de culto, sirviendo como elemento de adivinación a los curanderos.

terapéutica, basándose principalmente en la fitoterapia. Su saber aumenta si ha viajado: *«Un verdadero terapeuta debe viajar; inicia un verdadero itinerario iniciático donde adquisición de saberes y aprendizaje de las diferentes prácticas contribuyen a establecer su competencia como sanador»* (Barges 1996:303). El hecho de viajar envuelve de carisma al curandero en sociedades como la evuzok de Camerún (Mallart 1983). De ahí que ciertos curanderos soninké incluso pasen parte del año ejerciendo sus funciones en las residencias de inmigrantes del área metropolitana de París.

2.2.3. La medicina tradicional árabe-musulmana

La tradición árabe-musulmana se encuentra especialmente anclada en las comunidades soninké de la región de Kayes debido a su fuerte islamización. Esta tradición de carácter urbano nacida en Oriente Medio se ha transmitido tanto por vía oral como escrita, teniendo sus principales «centros transmisores» en las universidades como las de Tombuctú, las escuelas coránicas en donde se lee y recita el Corán, y las medersas en las que se enseña el árabe. Sus representantes son sus letrados o *karamoko* que si ejercen un rol de sanadores reciben la apelación de marabúes (*moodi*)¹¹⁸. Éste cura a través de versículos del Corán u otros textos del profeta, utilizando igualmente la fitoterapia como ya estudiara Terray (1995:71) entre los abron de Costa de Máfil: *«Esta función también la puede desempeñar un dyula o mercader, un imam o sacerdote, un agricultor o un letrado»*. Los marabúes tienen otras funciones como las de mediadores familiares o a nivel político. La región soninké de Kayes se encuentra plagada de medersas y escuelas coránicas de gran fama. Dramané, al tratarse como hemos visto de un centro musulmán de gran reputación, cuenta con numerosos *marabúes* que conocen las «propiedades terapéuticas» del Corán. Esta medicina, que no excluye recurrir a los antepasados y a los genios, tiene igualmente un carácter global e integrador: *«El Islam dice que todo el mundo posee la enfermedad en si, el que la padezca en este mundo no la padecerá en el otro»* (Barges 1996:286). Al igual que el curandero, el marabú gana prestigio y «poderes» si viaja.

Los grandes marabúes de Dramané pasan al menos 6 meses cada dos años en las residencias de sus parientes en Francia con el fin de ejercer su rol tradicional. En ambas tradiciones existen generalistas y especialistas. Al parecer *«entre los soninké, que conocen un movimiento migratorio importante hacia Francia la*

¹¹⁸ De la palabra árabe «*tuba*», que significa sabio, nace la palabra «*toubib*» (médico) y «*toubabou*» (el blanco) (Fassin 1992:33).

especialización tiende a desaparecer» (Fassin 1992:232). En la zona soninké la religión musulmana ha ido borrando las referencias tradicionales animistas pasando a ocupar un lugar hegemónico. Cabe señalar como la tradición árabe-musulmana aparece como menos marginadora con los enfermos quienes son cuidados por sus redes sociales próximas. En el seno de la sociedad soninké la comunidad entera se implica en los procesos de salud/enfermedad y atención de sus miembros, tanto en el poblado como en inmigración, así un enfermero de Bamako entrevistado por Barges (1996:286) comenta: *«En las familias soninké (más musulmanes son solidarios con el enfermo (...)) mientras que los bámbaras, eso no lo verás nunca. No, hay una especie de envidia... no hay para nada la autoayuda»*.

La remuneración de las prestaciones ofertadas tanto por el curandero como por el marabú equivale a un don. El enfermo no está obligado al pago, como en la biomedicina, si bien puede agradecer al especialista sus servicios a través de ofrenda *«cuya naturaleza y montante no son negociados de antemano y aún menos fijados de forma convencional, pero sí dependen de la reputación y del estado de fortuna del paciente»* (Daum 1995:191). La concreción de ésta puede ser en dinero o en especies: una gallina, un cordero, una cabra...

La articulación de ambos sistemas (el popular de tradición africana-animista y el tradicional árabe-musulmán) con la biomedicina constituye una de las principales preocupaciones de la OMS en Malí (y en el resto de países en vías de desarrollo) desde los años 60, contando este país con una política específica a este respecto animada por el Programa de Medicina Tradicional de la OMS¹¹⁹. La política maliense se ha inspirado en el programa de dicho organismo *«de utilización oficial de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud de los países en desarrollo»*, tema que fue retomado por la OUA-Organización de la Unión africana en 1965. Aún cuando desde 1974 existen numerosas asociaciones de terapeutas tradicionales en el país (Keita y Doumbia 1990), y ya en 1978 Malí adoptó la declaración de Alma Ata que recomienda la inclusión de los sistemas popular y tradicional en las políticas farmacéuticas nacionales, no será hasta 1998 que la política sanitaria maliense hace suya realmente esta preocupación a través de su integración en el PRODESS-Programa de Desarrollo SocioSanitario 1998-2007. Según Barges (1996:287-8): *«La medicina institucional, fruto de la historia colonial (...) fue rápidamente desvalorizadora y a la defensiva. La investigación universitaria y el medio farmacéutico y médico no*

¹¹⁹ La política de la OMS respecto a la medicina tradicional fue presentada oficialmente en la cuadragésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud de 1991(OMS/TRM/98.1 2000:2).

leprólogo (salud pública) deseara de su lado, desde los años 1940, aliarse a los conocimientos locales». Pero según la misma «la atracción por las plantas» se legitimaría por un interés científico pero puede esconder otras motivaciones: «Para los dogotorow¹²⁰ africanos es un modo de adquirir saber, poder y prestigio» (ibídem:292).

El PRODESS prevé la apertura de establecimientos especializados en Medicina Tradicional así como la valorización de las prácticas no dañinas y eficaces (MSSPA-CNP 1997:15). Ya hemos señalado como el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública cuenta con un Departamento de Medicina Tradicional que es un centro colaborador de la OMS reconocido por la UA-Unión africana. En él se realiza *«la explotación industrial de plantas medicinales¹²¹ y se llevan a cabo actividades como encuestas sobre los practicantes; identificación de las áreas naturales de crecimiento de las plantas medicinales en Malí; estudios botánicos, químicos y farmacológicos; desarrollo de mejoras en las medicinas tradicionales; mejoramiento del control de calidad, y adiestramiento en medicina tradicional»* (OMS/TRM/98.1 2000:5). Dicho departamento cuenta con una delegación en Bandiagara al este del país en el corazón del país dogón, etnia con una larga tradición de traditerapeutas de fama internacional gracias a las investigaciones del antropólogo Marcel Griaule (Brujin y Van Dijk 1997:200). Los medicamentos tradicionales mejorados denominados MTA producidos en el Departamento de Medicina Tradicional del INRSP forman parte de la lista nacional de medicamentos esenciales: *Hepatisane* (antihepatitis), *Malarial* (antipalúdico), *Balimbo* (contra la tos) y *Cacia Laxa* (antidiarreico). Recordemos que estos medicamentos tratan de dar respuesta a las enfermedades que constituyen los principales motivos de consulta de las estructuras de primer nivel.

2. 3. El pago de los gastos derivados de los procesos de salud/enfermedad/ atención

El proceso de institucionalización de la biomedicina en Malí nos ha ido mostrando cómo, salvo en el periodo colonial y durante el régimen socialista de Modibo Keita, los gastos de salud han recaído siempre, en mayor o menor cuantía, sobre el enfermo y/o sus redes sociales. Y ello en un país que como hemos visto es

¹²⁰ Según Barges (1996:281): *«El término bámbara “dogotoro” designa tanto al biomédico maliense o europeo, como al enfermero, el auxiliar o a toda otra persona relacionada con los servicios de salud “modernos”».*

¹²¹ Siempre respetando las normas para la evaluación de los medicamentos herbarios (WHO/TRM/91.4) adoptadas en Ottawa en octubre de 1991 por la sexta Conferencia Internacional de Autoridades reguladoras de medicamentos.

considerado en el año 2001 el cuarto más pobre del planeta según las Naciones Unidas (PNUD 2003:244). A este respecto cabe preguntarse sobre la existencia o no de un sistema público de protección social, incluida la sanitaria, que traduzca el derecho a la salud evocado en la Constitución maliense en un derecho a la asistencia sanitaria. La realidad nos muestra que junto a los sistemas tradicionales de protección social-solidaridad tradicional coexiste un dispositivo embrión de protección socio-sanitaria de carácter público.

El dispositivo público centralizado de protección socio-sanitaria actual nace, al igual que en el resto del África francófona, al final de la colonización. En 1958 se crea en Dakar (Senegal) la primera Caja de jubilación y enfermedad denominada IPRAO que reagrupa al conjunto de territorios del África Occidental Francesa, incluido Malí (denominado aún en aquella época como Sudán Francés) (Vuarin 2000:53). Con la independencia, el gobierno socialista de Modibo Keita, pone en marcha el INPS-Instituto Nacional de Previsión Social, inspirándose en el citado IPRAO. Dicho organismo, se encargará de la organización de la Seguridad Social dando protección únicamente a los asalariados no funcionarios. En 1984, bajo la dictadura del General Moussa Traore, contaba con 53.865 afiliados (0,7% de la población nacional) (MEFP¹²² 1986) que en 1986 se elevan a 100.000 (Diakit   et al. 1993:243).

En el momento de elaborar el PRODESS (1997) el INPS-Instituto Nacional de Previsión Social daba cobertura únicamente al 3% de la población (MSSPA-CNP 1997:30). Ante tal situación, y bajo la presión del FMI-Fondo Monetario Internacional y el BM-Banco Mundial, que exigen a este país continuar con el SRC-Sistema de Recubrimiento de Costes, el gobierno maliense decide recoger en el PRODESS dicha preocupación a través de sus objetivos nº3 y nº6 (MSSPA-CNP 1997). Recordemos que el primero hace referencia a la necesidad de poner en práctica la solidaridad en materia sanitaria en especial con los grupos más desfavorecidos y vulnerables. El segundo, busca garantizar una financiación equitativa y durable del sistema sociosanitario para lo cual prevé el desarrollo de diversos mecanismos de protección social: la creación de un seguro de Enfermedad Obligatoria denominado AMO, el desarrollo de las mutualidades así como de fondos de asistencia sanitaria para los indigentes(a financiar y gestionar a nivel municipal). La creación de dicho seguro de enfermedad obligatorio en complementariedad del INPS-Instituto Nacional de Previsión Social, vendría a dar cobertura al conjunto de asalariados, funcionarios y jubilados. Sin embargo, al final de la primera fase del PRODESS (2002) aún no había

visto luz debido a la falta de recursos financieros, humanos, de estructuras institucionales así como de textos reglamentarios. El peso de la economía informal bajo el efecto de los citados PAE frena igualmente su desarrollo¹²³. En el momento de elaborara el PRODESS sólo alrededor de 250.000 malienses (3% de la población) beneficiaba de una cobertura sanitaria (MSSPA-CNP 1997:33).

Respecto a las mutualidades, ya en 1957 se creó la primera mutualidad del país, la Mutua de Correos y Telecomunicaciones. Sin embargo la experiencia más importante es la de la MUTEK-Mutua de los trabajadores de la Enseñanza y la Cultura, nacida en 1983 y que en 1990 abrió su primer centro sanitario *«destinado a ofrecer cuidados a sus adherentes y familias»* (Coulibaly y Diarra 1993:243). Se trata de un tipo de mutuas *«de resistencia, próximas de las de principios del siglo XX europeo»* (Vuarin 2000:140) que nacen de reivindicaciones sindicales y que en los años 80 fueron reorientadas con una función socio-política. En Malí recibieron gran impulso con el antiguo presidente, Alpha Oumar Konaré (1992-2002), el cual fue uno de los fundadores de la MUTEK-Mutua de los Trabajadores de la Enseñanza y la Cultura (Vuarin 2000:59) antes de ser elegido presidente. Además de cobertura sanitaria, estas mutuas ofrecen préstamos ordinarios en caso de boda, jubilación o defunción. La adhesión no es libre sino que al ser contratado se abre automáticamente el derecho a la cobertura de la mutualidad así como la obligación de cotizar. En el momento de elaboración del PRODESS (1997) existían en Malí 18 mutuas (MSSPA-CNP 1997:35). A fecha de 1 de enero de 2002 éstas ya eran 50. Sin embargo su número y cobertura es aún muy limitado pues con 39.070 adherentes sólo cubren el 0,4% de la población maliense (MS-MDSSPA 2002a:3). Cabe señalar la existencia de un Código de la Mutualidad desde 1986 inspirado del francés y actualizado sucesivamente en 1997, 1999 y 2003.

La situación de Kayes y en especial del área sanitaria en estudio es especialmente preocupante ya que no sólo el sector informal se haya muy desarrollado sino que, como hemos visto, la mayoría de los jóvenes en edad de cotizar se encuentran en el extranjero.

¹²² MEFP: Ministère de l'Emploi et de la Fonction Publique.

¹²³ La OIT-Organización Internacional del Trabajo en su objetivo de extender la seguridad social en los países en vía de desarrollo como Malí elaboró una estrategia de extensión por integración de grupos profesionales incluido el sector informal reafirmada en 1977 en la V Conferencia de la OIT-Región África celebrada en Abidján (Vuarin 2000:59).

Capítulo Tercero

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Cómo indica el título de la presente tesis, nuestra investigación tiene como objeto de estudio la inmigración, el cambio social y la medicalización. La problemática a investigar es cómo se sirve la población soninke de la medicalización para regular el cambio social producido por las migraciones a través de su implicación solidaria en los procesos de salud/enfermedad/atención. Es por ello que en el marco teórico-conceptual resulta imprescindible analizar diferentes cuestiones referidas a los siguientes temas: el proceso de medicalización, el fenómeno migratorio, la cultura y el cambio social así como los mecanismos de solidaridad-redistribución.

Para este análisis hemos considerado clave la perspectiva de la Antropología de la Medicina, ya que éste área de conocimiento tiene como objeto de estudio la enfermedad y su gestión en su contexto concreto, dedicándose al análisis de los diferentes sistemas médicos así como de los procesos de salud/enfermedad/atención desarrollados por cada sociedad. Perspectiva que ha sido completada con aportaciones de la Sociología y la Antropología Urbana en lo referente al estudio de las migraciones, de la Antropología Económica respecto al estudio de la cultura, el cambio social y los mecanismos de solidaridad-redistribución así como de la Antropología del Género. El abordaje de cada uno de dichos temas se realiza a través de la presentación de los principales conceptos, postulados básicos y teorías claves que nos van a permitir interpretar los datos con los que trabajamos.

3.1. El proceso de medicalización

En el capítulo de marco etnosociosanitario hemos podido acercarnos al proceso de institucionalización del sistema biomédico en Malí, que como hemos visto coexiste con al menos otros dos: el de tradición africana-animista y el de tradición árabe-musulmana. La Antropología de la Medicina nos muestra que esta pluralidad no es exclusiva de la sociedad maliense, sino que en toda sociedad, en cada momento histórico, están presentes diversos sistemas médicos, pudiendo variar las relaciones de hegemonía-subalternidad existentes entre los mismos. Así sería justamente la posición hegemónica de la biomedicina en una sociedad dada lo que caracterizaría lo que se ha venido en llamar el fenómeno de la medicalización. Josep M. Comelles¹²⁴ y Angel Martínez Hernández (1993:8) definen el proceso de medicalización, haciendo

¹²⁴ Josep María Comelles y Oriol Romaní fueron quienes institucionalizaron en España el campo de la Antropología de la Medicina. Ambos son discípulos de Claudio Esteva a quien debemos «la introducción

referencia a Michel Foucault (1990), como *«la penetración de la mirada médica o perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares»*. Se trataría entonces de un proceso de aculturación¹²⁵ por el que campos cada vez más amplios de la vida personal de los individuos, así como de las relaciones sociales pasan a ser incluidos en el campo de la biomedicina, son «patologizados» en términos del antropólogo de la medicina Eduardo L. Menéndez (1990a:37). Este proceso que podemos calificar de fenómeno coyuntural, se desarrolla como veremos principalmente en Europa Occidental y EEUU desde finales del s. XVIII hasta nuestros días. En la presente tesis trataremos de analizar hasta qué punto la biomedicina en su grado de desarrollo actual en Malí, ocupa una posición hegemónica en el seno de la sociedad soninké en estudio, pudiendo o no hablarse de proceso de medicalización, así como los usos sociales de dicha medicalización. Para ello nos serviremos no sólo del análisis del proceso de institucionalización de la biomedicina en dicho país y su coexistencia con otros sistemas médicos, sino también del seguimiento de los procesos asistenciales o itinerarios terapéuticos de los enfermos del área sanitaria de Dramané y del estudio de la implicación de las redes sociales de dichos enfermos en los procesos de salud/enfermedad/atención. Ahora bien, para su mejor comprensión consideramos necesario presentar algunos de los conceptos clave relacionados con dicho fenómeno de medicalización los cuales iremos manejando a lo largo de todo nuestro análisis: sistemas médicos, relaciones de hegemonía-subalternidad, procesos asistenciales o itinerarios terapéuticos y procesos de salud/enfermedad/atención.

3.1.1. Algunos conceptos clave

Sistemas médicos

Hablar de medicalización supone hablar de sistemas médicos, habiendo estimado adecuado el emplear en la presente tesis la definición propuesta por Comelles y Martínez Hernández (1993:87) para quienes *«se trata de un conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y sus problemas asociados. También identifica el conjunto de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención. En este sentido es un sistema cultural y un sistema social»*. Arthur Kleinman, antropólogo y psiquiatra norteamericano, nos recuerda que la biomedicina debe ser estudiada como un sistema médico más, y que en torno a cada episodio de

precoz de temáticas como la enfermedad mental y la antropología aplicada dentro del escenario autóctono» (Martínez Hernández 1996:378).

enfermedad existen todo un conjunto de concepciones¹²⁶ tanto por parte de los profesionales como de los pacientes y de sus redes sociales que han de ser igualmente analizadas. Además optaremos por considerar que todo sistema médico cohesiona, reproduce y genera el sistema cultural de una sociedad dada, en este caso la soninké, encontrándose en coherencia con el modelo social de su época al cual modifica a su vez. Las concepciones y saberes populares y tradicionales de los diferentes grupos domésticos y conjuntos sociales han atraído el interés de la Medicina durante todo su proceso de conquista de su posición hegemónica actual, siendo la Antropología de la Medicina la disciplina que ha venido a resituar a la biomedicina como un sistema médico más. Es por ello que a la hora de clasificar los citados sistemas médicos existentes en Malí consideramos pertinente valernos de la clasificación de los mismos como medicina popular, medicina tradicional y biomedicina¹²⁷. Así retomando lo expuesto en el capítulo de marco etnosociosanitario, consideraremos al sistema médico de tradición africana-animista como propio de la *medicina popular*, entendiendo por ésta «*aquellos sistemas médicos sincréticos desarrollados en sociedades históricas pero que se transmiten generalmente a través de la historia oral*» (Comelles y Martínez Hernáez 1993:86). Este sistema recupera a su vez y elabora a partir de su propio contexto y cosmovisión, conceptos biomédicos. Recordemos que la medicina popular como campo de investigación de la medicina se debe a Giuseppe Pitré (cit Comelles 1996b:57) quien ya en su monografía «*Medicina popolare siciliana*» de 1896 lo emplea. En la literatura anterior era denominada como «*supersticiones*» marcando el límite entre medicina y religión. Sin embargo desde los años sesenta es el sistema médico en el que más se investiga especialmente en los países en vías de desarrollo, incluido Malí.

Respecto al sistema médico de tradición árabe-musulmana presente en el seno de la sociedad maliense podemos clasificarlo como *medicina tradicional*, la cual hace referencia a los «*sistemas médicos de las sociedades históricas que poseen tradición escrita. Los más importantes son el sistema ayurvédico en India y la medicina tradicional china. La medicina árabe de tipo galénico puede ser también catalogada*

¹²⁵ El proceso de aculturación hace referencia al proceso de integración de un individuo o grupo en un medio cultural extranjero, como resultado de un contacto directo y prolongado con el mismo, asimilando sus maneras y modelos de vida, de sentir, de reaccionar (Morfaux 1980:9).

¹²⁶ Estas concepciones conforman lo que este autor ha venido en llamar modelos explicativos o *explanatory models*-Ems, los cuales engloban «*la etiología, emergencia y modo de aparición de los síntomas, fisiopatología, curso y tratamiento de cada episodio de enfermedad*» (Kleinman 1980:105).

¹²⁷ William Hallam Rivers (1927) fue uno de los primeros en estudiar los sistemas médicos definiendo, en función de las teorías evolucionistas de su época, tres tipos: magia, religión y ciencia. Erwin Ackercknecht

como tradicional. El término tradicional aunque no del todo apropiado permite diferenciar estos sistemas de la medicina popular y de la biomedicina» (Comelles y Martínez Hernández 1993:86).

En cuanto a la biomedicina y según los mismos autores «designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas» (ibídem:85). Se trata de la medicina científica tal y como es enseñada en las Escuelas de Medicina y Universidades incluida la Facultad de Medicina, Farmacia y Odontoestomatología de Bamako (Malí). Otros términos para su denominación son los de: medicina académica, medicina occidental, medicina cosmopolita, medicina convencional, medicina moderna, medicina alopática. Según Fassin, antropólogo de la medicina francés y especialista del ámbito africano, ésta ha sido sin embargo objeto de «escasos trabajos etnológicos» (1990a:46).

Como ya hemos citado anteriormente, dichos sistemas no son excluyentes sino que coexisten, ocupando una posición más o menos hegemónica según las sociedades y el momento histórico y constituyendo lo que Kleinman denomina un sistema total de salud o «*health care system*» que correspondería al «conjunto de sistemas de atención y gestión de la salud en un sistema cultural concreto» (Comelles y Martínez Hernández 1993:57). Las obras clave en este sentido para el ámbito africano francófono son las de Mallart (1977, 1983) entre los evuzok de Camerún y Fassin (1986, 1988, 1992) en el suburbio de Pikiné de Dakar (Senegal). En el ámbito del África anglófona cabe citar los trabajos de Edward C. Green¹²⁸ (1999) o Patrick A. Twumasi (1975) centrado en Ghana. En el caso concreto de Malí, Barges (1996:282) señala en su estudio de la lepra la pluralidad de medicinas y de curadores existentes en dicho país pudiendo hablarse de sincretismo de saberes y prácticas. Pero la publicación de referencia en el caso maliense es «*Se soigner au Mali: une contribution des sciences sociales*», publicada en 1993 en el seno de nuestra institución de acogida en Malí, el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, y dirigida por el economista de la salud francés, Brunet-Jailliy. Esta recopilación de trabajos trató de responder al vacío existente en dicho país en torno al análisis de los

(1945a, 1945b, 1971) consideró más oportuno el clasificar los sistemas médicos en función de dos únicas categorías: medicina primitiva y medicina occidental.

¹²⁸ Este autor que analiza la etiología de la enfermedad en África, considera que enfermedad y contexto están muy ligados y nos advierte de que en este continente se comprenden las enfermedades contagiosas de modos aproximados al occidental.

sistemas médicos desde la perspectiva de las ciencias sociales¹²⁹. Se abordan en ella tanto las representaciones de la salud en medio rural y urbano, como las terapias ofrecidas por los diferentes sistemas médicos¹³⁰ o los problemas y economía de la biomedicina en Malí. Sin embargo se echa de menos la participación de algún antropólogo de la medicina. Desde el momento de la realización de dicho coloquio (1991) ninguna otra investigación ha abordado de modo conjunto la pluralidad de sistemas médicos existentes en Malí.

Relaciones de hegemonía/subalternidad

El término hegemonía proviene del marxista heterodoxo Antonio Gramsci (1971) quien estudió las relaciones entre los intelectuales y el saber de las clases subalternas. Este autor habla de las relaciones entre dominante-dominado siendo lo hegemónico lo que domina. Tiene que ver este concepto con la posición política que determinadas prácticas ocupan en una sociedad. Así los dominadores introducen valores morales, políticos y culturales en los dominados y éstos los interiorizan como parte del orden natural de las cosas. Si aplicamos estas ideas a los sistemas médicos, habría que partir del postulado de que cuando se definen sistemas asistenciales se están definiendo espacios de hegemonía de determinados grupos sociales. Hegemónico no implica un juicio de valor de que tal sistema médico sea mejor sino que esa forma es social, política y económicamente hegemónica en un momento concreto en una sociedad dada. El autor clave a este nivel es Menéndez quien aplica dichos términos tanto a nivel teórico, en su elaboración de modelos médicos, como a nivel práctico en sus investigaciones en Méjico especialmente a través del ejemplo del alcoholismo (Menéndez 1990b). Este autor defiende que uno de los presupuestos básicos sobre los que se construyen dichas relaciones de hegemonía/subalternidad son la existencia de «*desigualdades estratificadas*» (*ibídem* 1996:37), las cuales ya fueron analizados para el caso soninké en el capítulo de marco etnosociocultural. En el caso maliense no se ha encontrado ningún autor que haya analizado las relaciones entre dichos sistemas médicos en términos de hegemonía/subalternidad ni trabajado de modo específico la medicalización, y menos aún entre la población soninké.

¹²⁹ Esta obra recoge las ponencias más significativas presentadas en el coloquio «*Ciencias Sociales de la salud en África del Oeste*» que tuvo lugar en dicho organismo en 1991 con la colaboración del ORSTOM-Instituto Francés de Investigación Científica para el desarrollo en Cooperación.

¹³⁰ En dicha obra Ruth Schumacher (1993:76) reduce a dos el número de sistemas médicos en Malí: «*El tradicional que utiliza el bámbara como vehículo de comunicación y el de la medicina moderna enraizado en el francés*».

Los procesos asistenciales o itinerarios terapéuticos

Otro de los elementos clave en nuestro análisis es el estudio de los procesos asistenciales o itinerarios terapéuticos de los enfermos soninké con parientes en inmigración. Tomaremos como definición de proceso asistencial la dada por Comelles y Martínez Hernández (1993:87) a partir de una reelaboración del modelo de Kleinman (1980): *«Alude al proceso seguido individual o colectivamente para mantener o recuperar la salud. Se refiere a los pasos específicos que se producen en un sistema de gestión de la salud y que incluyen desde el autocuidado¹³¹ hasta la consulta a legos o a profesionales de un sistema médico»*. Según dichos autores este término fue en realidad acuñado por Noel J. Chrisman (1977) e inspirado en la carrera moral de Erwin Goffman (1961). En nuestro caso hemos preferido denominarlo itinerario terapéutico siguiendo el término empleado en el contexto africano por Mallart (1983) o Andreas Zempléni (1982). Resulta igualmente interesante para nuestro análisis la definición de itinerario terapéutico dada por Marc Augé (1994:180) como *«una búsqueda de sentido individual en la cual lo corporal y el reestablecimiento del vínculo social no están disociados y que a su vez se corresponde con un estado de la sociedad en el que las pautas de identidad y de las relaciones ya no son evidentes»*.

El estudio de los itinerarios terapéuticos en un contexto dado, en este caso el soninké, se configurará como indica de modo genérico Josep Canals (1992:29), a partir de los itinerarios de *«aquellas personas consideradas socialmente como asistibles. Éstos son iniciados cuando el problema es detectado y definidos generalmente en el propio ámbito doméstico concluyendo con su resolución»*. Su análisis resulta especialmente interesante pues nos permite estudiar al mismo tiempo no sólo al individuo, a un enfermo X, sino también los procesos que se dan en su red social así como las concepciones sobre la salud y la enfermedad existentes en su sociedad. Al estudiar sus itinerarios haremos referencia igualmente a las diferentes decisiones y actuaciones que, basadas en la experiencia y en la información contrastada de la red social, se realizan dentro del grupo doméstico y de su red social. Esto supone la actualización de una serie de roles de protección y cuidado, de interpretación, adivinación y diagnóstico, de curación y/o terapéuticas. Enrique Perdigüero y Comelles (2000:208) nos recuerdan que los itinerarios terapéuticos juegan al mismo tiempo un rol de control. Y ello sin olvidar que esta movilización de la realidad sociocultural de los afectados, lleva a su vez a la creación de nuevas

¹³¹ El autocuidado resulta ser un fenómeno estructural incluyendo los niveles de prevención y asistencia (Comelles 1985a, 1985b).

concepciones, conocimientos, prácticas, roles, y redes sociales que deberán atraer igualmente nuestra atención.

En el contexto africano, resulta especialmente interesante el análisis que realiza de los itinerarios terapéuticos Fassin (1992:113). Este autor señala la importancia de su estudio a la hora de analizar los sistemas médicos africanos pues *«suponen restituir a la enfermedad su carácter de temporalidad y complejidad dando sentido a su búsqueda»*. Asimismo considera que nos permiten analizar tanto las causas estructurales (el sistema de representaciones de la enfermedad y lugar del sujeto en la sociedad) como las causas coyunturales de dichos itinerarios (modificación de la situación financiera, consejo de un vecino). Como ya hemos comentado en el caso maliense, Barges (1996:310), analiza los itinerarios terapéuticos de los enfermos de lepra interpretándolos en términos de rito de iniciación: *«El itinerario terapéutico nos desvela una verdadera vivencia iniciática»*.

Los PSEA-Procesos de salud/enfermedad/atención

Otro elemento clave en nuestro análisis es el estudio de la implicación solidaria de la red social de los enfermos soninké, en especial de los inmigrantes asentados en la capital del país y en Francia, en los procesos de salud/enfermedad/atención. Este término hace referencia al conjunto de actividades que el entorno social de un individuo, formal o informal, pone en marcha para ayudar a una persona en situación de desgracia, infortunio o enfermedad. En nuestra investigación nos serviremos especialmente de las aportaciones de Menéndez (1990b, 1992, 1994, 1996) quien se ha dedicado al análisis sistemático de estos procesos. Según este autor (1996:31-32) los procesos de salud/enfermedad/atención son *«un universal de la cultura, que opera estructuralmente- y por supuesto de forma diferenciada- en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran»*. La importancia de su análisis en el caso soninké viene dada no sólo por tratarse de un fenómeno estructural sino porque son *«una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales»* (ibídem:3). Además dichas simbolizaciones y representaciones son reconstruidas en cada momento histórico por cada sociedad, y ello en base a *«las relaciones de hegemonía-subalternidad que operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad dada, incluidos sus saberes*

técnicos» (*ibídem*:3). Sin embargo no se ha encontrado ningún autor que haya analizado en el caso maliense, dichos procesos de salud/enfermedad/atención.

Una vez expuestos todos estos conceptos clave, consideramos necesario para el correcto análisis del fenómeno de la medicalización en la sociedad soninke aquí el presentar los fundamentos así como los factores que facilitaron su aparición y desarrollo en nuestras sociedades occidentales desarrolladas para, de modo comparativo, poder analizar dicho fenómeno en el área sanitaria de Dramané. Asimismo expondremos las diferentes etapas del proceso de institucionalización de la biomedicina en Occidente, incluida su actual situación de crisis, ya que éstas resultan claves para entender cómo dicho fenómeno de medicalización ha podido y puede desarrollarse en nuestro contexto de estudio.

3.1.2. Fundamentos de la medicalización, factores facilitadores y etapas

Los fundamentos del fenómeno de la medicalización en nuestras sociedades del Occidente desarrolladas debemos encontrarlos en el modelo científico positivo que invade la vida social del s. XVIII. En ella la ideología hegemónica establece como nuevas categorías absolutas la ciencia y la razón sustituyendo así a la religión. A partir de dicho siglo, los profesionales de la medicina buscan monopolizar la atención en salud, encontrando un aliado en los Estados quienes les apoyaron en su intento de relegar a un papel secundario, e incluso excluir, los saberes médicos populares, medicalizando así la sociedad de la época bajo los principios de universalidad, beneficencia y bienestar social. Por su parte los Estados, de carácter liberal capitalista¹³², van a obtener su propio beneficio pues consiguen así de este modo afianzarse y ejercer sus funciones de control social¹³³. Comelles y Martínez Hernáez (1996:191-192) comentan que *«el modelo médico da lugar en Europa, a una medicina de estado estructurada en torno a dos proyectos políticos paralelos: la definitiva consolidación del Estado-Nación moderno-en sus opciones democráticas o autoritarias-, en las que juega un papel determinante la medicalización, y su legitimación a partir de un pacto social que implicaba el desarrollo de un dispositivo integral de protección social tanto en los estados democráticos como en los*

¹³² Las relaciones entre modelo médico y pensamiento liberal han sido objeto de interesante análisis por parte de autores como Michel Foucault (1963,1978) o Robert Castel (1995).

¹³³ Consideramos igualmente que todo sistema médico tiene funciones de control social, cultural y político. Estas funciones fueron puestas en evidencia por los estudios realizados en los años 20 y 30 por la antropología británica y de EEUU en torno a la estructura y función de la brujería. Posteriormente fueron extendidas a todo sistema médico. No hemos de olvidar que una de las estrategias básicas de control social en nuestra sociedad es medicalizar.

autoritarios». En el caso maliense, Ruth Schumacher (1993:76) señala que este país importó la biomedicina en la época colonial con «*su razonamiento bio científico y sus valores, especialmente el de la objetividad*». En nuestro análisis pondremos especial atención a estudiar la ideología hegemónica entre la etnia soninké, el rol jugado por Estado maliense y hasta qué punto existe un sistema de protección social frente a la enfermedad.

Por otro lado, tendremos en cuenta cómo en nuestras sociedades la medicalización ha surgido antes en las ciudades que en el campo siendo el proletariado el primero en reivindicar su acceso a los cuidados de la biomedicina. Así, a mediados del s. XIX, «*los saberes populares urbanos estaban ya medicalizados (...) En el campesinado europeo la medicalización fue más lenta. En algunos países es tan reciente que explica la vigencia de prácticas consuetudinarias y del recurso a la fe*» (Comelles y Martínez Hernández 1993:11). En el caso de la etnia soninké trataremos de analizar hasta qué punto la medicalización es un fenómeno urbano o rural.

En lo referente a los factores que facilitaron el proceso de medicalización, fueron claves la utilización creciente de los libros de divulgación científica así como los recetarios: «*Su papel, estructuralmente comparable al de la prédica cristiana, representa la primacía de lo impreso frente a la evanescencia de lo dicho, y cuestiona la transmisión oral de los conocimientos*» (*ibídem* 1993:11). La medicalización se vio igualmente favorecida por la institucionalización de las profesiones medico-sanitarias a través del sistema de homologaciones estatal. Así mismo fue favorecida por la entrada del sistema sanitario en un proceso de jerarquización focalizado en la institución hospitalaria y la preeminencia que va adquiriendo la tecnología. Los medicamentos¹³⁴ son junto con la institución hospitalaria el otro gran estandarte de la medicalización. El hecho de que en el s. XIX se asista al desarrollo de la producción industrial de medicamentos, conllevará un abaratamiento de los mismos mejorando su accesibilidad. A través de su adquisición en la oficina de farmacia, el medicamento comienza a escapar de la transacción medico-enfermo y el usuario va adquiriendo conocimientos y capacidad de uso al margen del consejo médico. Así éstos van invadiendo campos más amplios de las relaciones sociales pasando a tener una posición hegemónica en el autocuidado y en la atención institucionalizada.

En el caso maliense, Kanté, que ha abordado el proceso de institucionalización de las profesiones sociosanitarias en Malí aun cuando de modo transversal al estudiar

el problema de escasa frecuentación del sistema sanitario maliense, pone sobre la mesa la problemática de la insuficiencia de personal sanitario en las estructuras malienses, y el rol jugado por dicha carencia en la calidad de cuidados ofertados por el sistema médico maliense. Esta problemática ha sido igualmente abordada por el Ministerio de la Salud (MSSPA¹³⁵ 1995). Con el fin de solucionar dicho problema y fortalecer la formación del personal sanitario maliense así como el control del ejercicio de dichas profesiones el gobierno maliense delegó una Misión de Apoyo denominada MDRH¹³⁶ en la cual participó el citado Kanté y cuyos resultados han sido objeto de publicación (KIT 2000, MS-CPS 2002d). Esta Misión ha dedicado especial atención a la evaluación de los organismos de formación sanitaria (KIT 2001a y MS-CPS 2002e) y al análisis cualitativo de dichas carencias (KIT 2001b). En el caso de la etnia soninké pondremos nuestra atención en el rol jugado en el proceso de medicalización por la divulgación de la biomedicina por las tradiciones orales y escritas así como por el creciente desarrollo de las profesiones sociosanitarias, las instituciones hospitalarias, la tecnología y los medicamentos.

Ahora bien, este proceso de creciente hegemonía de la biomedicina y medicalización de nuestras sociedades se ha ido realizando de un modo gradual, adoptando en cada país y en cada momento histórico sus propias características. Autores como Comelles (1996) distinguen dos grandes etapas en el proceso de medicalización de nuestras sociedades: el modelo¹³⁷ clásico y el modelo hospitalario. El *modelo clásico* (Comelles 1993:172) aparece en Europa y EEUU en el s. XIX. Hasta dicha época en Occidente coexistían diversos sistemas médicos siendo la biomedicina marginal, residiendo la hegemonía en la atención en salud en manos de los individuos y de sus redes sociales con el apoyo de curadores y de una red institucional de hospitales, hospicios y santuarios. El *modelo hospitalario* (*ibídem*:179) surgirá en dichas sociedades entre 1880 y 1920 resultando más funcional que el clásico. Ésto sin embargo no supondrá una sustitución del primero por el segundo sino «*subalternidad*» (Comelles 2003:9). Las características de ambas etapas las presentamos comparativamente en tabla XXI. Éstas nos servirán como indicadores a

¹³⁴ Definiremos el medicamento como aquella sustancia farmacológicamente activa que es producida en serie. La distinguimos así de las fórmulas galénicas preparadas sin prescripción médica específica y individualizada.

¹³⁵ MSSPA: *Ministère de la Santé et de la Solidarité et des Personnes Agees*.

¹³⁶ MDRH: *Mission de développement des Ressources Humaines*

¹³⁷ Tomaremos como definición de modelo la dada por Menéndez (1990b:84): «*Un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados estructurales*».

la hora de analizar en qué etapa del proceso de medicalización se encuentran las comunidades soninké en estudio.

Tabla XXI: Características de las etapas del proceso de medicalización

	MODELO CLÁSICO	MODELO HOSPITALARIO
Locus de la práctica médica	Entre el hospital, el domicilio y el despacho del médico	En el hospital tratándose de una práctica hospitalaria jerarquizada
Rol de la Atención Primaria	Es el eje del sistema.	Es una práctica subalterna.
Rol de la Autoatención	Importancia del autocuidado	Trata de sustituirla
Gestión de la enfermedad	Realizada conjuntamente entre el médico, el enfermo y sus redes sociales. El médico tiene en cuenta las representaciones de la enfermedad de la sociedad	Realizada por el médico sin negociar con el paciente ni con sus redes sociales. No tiene en cuenta las representaciones sociales de la enfermedad
Continuidad del cuidado	Delegada en la red social	Se trata de aislar al enfermo de su contexto, considerándolo un ser biológico y olvidando su carácter social.
Tecnología	Ocupa un rol subalterno.	Ocupa un rol hegemónico.
Terapéutica	Es un apéndice de la relación entre médico, paciente y red social.	Rol hegemónico.
El prestigio médico	Dado por el trato con el paciente y por la prescripción	Reside en su producción intelectual más que en su trato con el paciente.
El carisma	Se sitúa en el profesional	Se sitúa en la institución
La simbología	Ligada a la receta	Ligada a la historia clínica
La práctica etnográfica	Es importante	Es marginada

Así la biomedicina, y en especial la institución hospitalaria, la tecnología y los fármacos, fueron adquiriendo una posición hegemónica sobre los restantes sistemas médicos en las sociedades occidentales, hasta llegar a la actual época de crisis. Paradójicamente, este momento coincide con el del «despliegue sanitario en las colonias y el Tercer Mundo» (Comelles y Martínez Hernández 1993:17). Sung Lee señala a la OMS como una de las principales armas de divulgación de la biomedicina y desarrollo de la medicalización en los países en vías de desarrollo. En ello habrían jugado un importante rol los líderes africanos de la independencia: «Tras la Segunda Guerra Mundial, los jóvenes líderes de los países recientemente independientes se encuentran con la enorme labor de gobernar al lugar de los europeos que durante mucho tiempo habían dirigido sus vidas. Las técnicas e ideologías occidentales - incluidas las de la ciencia médica- habían sido rápidamente adoptadas en las colonias por sus élites, y en gran medida asumieron que en el futuro era uno de los ejes de desarrollo a tomar del estilo de vida occidental (...) La OMS se embarcó en una guerra

contra la enfermedad y dispensó su saber de cómo dirigir a las poblaciones de las ex-colonias en su camino hacia el estilo de vida occidental. Sus élites se impregnaron completamente de esta misión. El modo de asistir fue a menudo debatido acaloradamente, pero siempre dentro del paradigma de la biomedicina» (1997:26-27). Por ello que hasta épocas recientes nadie cuestionó la asistencia de la OMS en dichos países la cual se basaba en la supuesta superioridad y aplicabilidad universal de la biomedicina. Sin embargo dicho intento de transplante del modelo hospitalario a los países en desarrollo se ha visto acompañado de numerosas dificultades ya que, como comenta Comelles (2003:12), *«la sofisticación del dispositivo técnico de la biomedicina desarrollada en países industrializados y bien capitalizados no puede utilizarse por falta de recursos en la mayor parte de países del mundo».*

En el caso maliense dicho problema ha sido estudiado por parte del INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública a través de los ya citados Brunet-Jailliy (1989, 1993), Kanté (1997a, 2001) o Bijlmakers et al. (1998), quienes han abordado las dificultades del sistema sanitario maliense para desarrollarse debido a la falta de recursos de un país que como ya hemos visto es el cuarto más pobre del planeta y depende principalmente de la ayuda exterior. Así mismo estos autores analizan la accesibilidad del sistema y los problemas de baja frecuentación de los centros de salud comunitaria desde una perspectiva sociológica. Diakité, Diakité y Traore (1993) llegan a la conclusión de que la mayoría de las estructuras sanitarias del país, y en especial los centros de salud comunitaria no son accesibles debido a la situación de extrema pobreza de la población, que no puede asumir el SRC-Sistema de Recubrimiento de Costos¹³⁸. Kanté, Niangaly y Agnou (1999:6) llegan a la misma conclusión estimando que *«a mediados de los años 90, las encuestas efectuadas demuestran que el 80% de los 300 centros de salud comunitaria previstos no eran económicamente viables».* Sin embargo, dichos estudios cuentan con el handicap de que el paso del equipo de investigación sobre el terreno ha sido muy limitado en el tiempo, valiéndose para recoger las percepciones de los actores únicamente de cuestionarios cerrados. Los órganos centrales del Ministerio de la Salud se han ocupado igualmente de este tema delegando su estudio a gabinetes de investigación: KBK (1989), DNPFS (1989).

Paradójicamente, justo en los años sesenta-setenta cuando el modelo hospitalario y por ende la medicalización parecía hallarse en su momento de máximo

desarrollo, incluido su intento de implantación en los países en vías de desarrollo, la confianza ciega de la modernidad en el positivismo comienza a resquebrajarse y con ello entran en crisis sus fundamentos. Estas críticas nacen *«primeramente en los países capitalistas centrales y luego fueron asumidas por los países dependientes»* (Menéndez 1990b:111). Ello sería debido entre otros factores al hecho de que la hegemonía otorgada al hospital habría entrado en confrontación con la atención primaria y el autocuidado a quien ha pretendido negar *«su posibilidad y eficacia»* (ibídem 1992:15). Este modelo, al excluir la subjetividad de la toma de decisiones y la escucha, intenta excluir el entorno social y cultural del paciente y con ello la autoatención que es justamente como hemos podido ver un fenómeno estructural en toda sociedad. A esto se une el hecho de que no ha sabido tampoco adaptarse al nuevo patrón epidemiológico que precisa de soluciones a medida. La problemática sanitaria actual, caracterizada por la importante presencia de patologías de tipo crónico, ya no se corresponde con la del momento histórico de su nacimiento en el cual predominaban las de carácter infectocontagioso. Por otro lado, el momento histórico no es tampoco el mismo pues nos encontramos en la época de la globalización y de la hegemonía de las ideologías neoliberales en la cual se asiste a una fuerte crítica del sistema de bienestar social abogando por devolver a los particulares sus responsabilidades. Se habla de participación comunitaria¹³⁹ (Menéndez 1981,1982,1983,1990) y de prevención, haciendo tambalear las bases estructurales de este modelo. Esto no sucede sin conflicto, reivindicándose un discurso preventivista que ha venido igualmente a aplicarse junto al de participación comunitaria en las políticas de desarrollo de la biomedicina en los países en vías de desarrollo a lo cual Malí no escapa.

Como ya hemos visto en el capítulo de marco etnosociosanitario, la prevención y la participación comunitaria han sido igualmente los dos principios eje del sistema sanitario maliense en su desarrollo, especialmente a partir de la adhesión en 1978 a la

¹³⁸ El SRC-Sistema de Recubrimiento de Costos consiste en la financiación del sistema sanitario a través del pago por parte del enfermo de los medicamentos y de la consulta médica. Fue adoptado en 1985 por el gobierno maliense bajo la presión del FMI-Fondo Monetario Internacional.

¹³⁹ En 1986, la Primera Conferencia internacional para la promoción de la Salud se reúne y elabora la denominada *Carta de Ottawa* (OPS 1986) en donde se aboga especialmente por la citada participación comunitaria. En ella se apuesta por favorecer una mayor toma a cargo de la salud por parte de la población así como la necesidad de acceso de la misma a los medios que la permitan un mayor control y mejora. Se trata de promover la salud en el marco del desarrollo social y de la salud comunitaria. La Carta de Ottawa parte de una concepción democrática de la participación que ha de ser ascendente y descendente. En ella el individuo es actor y el experto sanitario no tiene todo el saber debiendo poner ambos en común sus saberes. La participación debe concretarse en la planificación, puesta en marcha y evaluación de los programas de salud. Esta estrategia clave según la OMS busca una mayor igualdad en

Iniciativa de Bamako por parte del gobierno maliense. El análisis de las dificultades y conflictos encontradas en su puesta en aplicación es uno de las áreas prioritarias de investigación del INRSP-Instituto Nacional de Investigación Pública (1999, INRSP/DSC¹⁴⁰ 2003), y en especial de su departamento de salud comunitaria, siendo Kanté de nuevo el autor de referencia (1999), quien concluye que dicha participación comunitaria, en especial a nivel de Atención primaria y de las acciones de prevención se encuentra con el freno de la falta de recursos por lo que constituye «*un sueño cuya realización no es para mañana en un país del Tercer Mundo como Malí*» (1999:7).

Ahora bien, a la hora de analizar el desarrollo de los sistemas médicos y el proceso de medicalización en Malí, así como de los procesos de salud/enfermedad/atención, nos encontramos ante múltiples autores y perspectivas posibles. Sin embargo en nuestro caso hemos optado por valernos especialmente del modelo de análisis de Menéndez, ya que este autor adopta una perspectiva holística, teniendo en cuenta no sólo la dimensión histórico-cultural y sociopolítica¹⁴¹ sino que considera igualmente fundamental el análisis etnográfico y estadístico, la perspectiva relacional y el estudio de las relaciones entre sistemas en términos de hegemonía-subalternidad. Además, a nivel metodológico, su formulación nos resulta especialmente adecuada pues permite identificar rasgos estructurales con los que delimitar el proceso de medicalización. A la hora de analizar los usos sociales de la medicalización recurriremos igualmente a las aportaciones realizadas por los antropólogos franceses ya que éstos resultan una referencia fundamental para el contexto africano.

Una especial atención merece el análisis de los medicamentos y la perspectiva de género, a las cuales nos referiremos más tarde.

3.1.3. La hegemonía de la biomedicina

Menéndez que, como ya hemos apuntado, califica la medicalización como «*la patologización creciente de la vida social*» (1990a:37) considera que a la hora de analizar los sistemas médicos es necesario establecer primeramente modelos médicos de análisis. Estos serían «*aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica,*

materia de salud entre los países ricos y menos ricos así que dentro de un mismo país (Nabila Krika 1997:119).

¹⁴⁰ INRSP/DSC: Institut de Recherche en Santé Publique-Departement du Santé Communautaire.

¹⁴¹ Menéndez estaría influido en su trabajo por «*la aproximación histórica y sociopolítica desarrollada en la antropología italiana a partir de la obra de Gramsci y De Martino que ha tenido también influencia en América Latina, especialmente en México*» (Martínez Hernández 1996:377).

técnica e ideológica de las instituciones específicas –incluidos los curadores-sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento» (1990b:84-85). Así la época actual se caracterizaría por la coexistencia de tres modelos médicos: el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Médico Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención. El primero traduce la hegemonía de lo biomédico sobre los restantes sistemas médicos.

Este autor (1990b:83) define el Modelo Médico Hegemónico como *«el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica¹⁴², el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse con la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado»*. Sus características principales son: *«Su biologismo, su concepción teórica evolucionista/positivista, su ahistoricidad, individualización, su eficacia pragmática, su concepción de la salud/enfermedad como mercancía, su orientación básicamente curativa, su concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, de la práctica curativa en base a la eliminación del síntoma, la relación médico paciente como asimétrica, la relación de subordinación social y técnica del paciente que es concebido como ignorante y responsable de su enfermedad, la inducción a la participación subordinada al consumo de acciones de salud, la prevención no estructural, la no legitimación científica de otras prácticas, la profesionalización formalizada, la identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, la tendencia a la medicalización de los problemas, la tendencia inductora al consumismo médico, el predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad y la tendencia a la excisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica» (ibídem:87). Para Menéndez si hemos llegado a tal grado de hegemonía de la biomedicina y por ende de la medicalización en nuestras sociedades es debido a la funcionalidad que caracteriza el Modelo Médico Hegemónico. Ésta no se reduce sólo a su capacidad de curar, prevenir o mantener sino que al mismo tiempo crea un amplio y poderoso mercado de trabajo en torno a las industrias de la salud y de la enfermedad y cumple funciones de «control social, normalización, medicalización y legitimación» (ibídem:104).*

¹⁴² Y que nosotros hemos optado por denominar como biomedicina.

En complementariedad con este modelo encontramos lo que el mismo autor ha denominado *Modelo Médico Alternativo Subordinado* el cual comprende de un modo global las prácticas tradicionales. Frente al Modelo Médico Hegemónico sus principales características son: «*Su concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, su tendencia al pragmatismo, la ahistoricidad, la asimetría en la relación curador-paciente, la participación subordinada de los consumidores, la legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, su identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, y su tendencia a la exclusión del saber y prácticas curativas de los otros y una reciente tendencia a la mercantilización*» (ibídem:88).

Por su parte el *Modelo de Autoatención* es el «*modelo basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios (...) La autotención permea la estructura de toda la sociedad y es su primer nivel real de atención*». Sus características básicas son su «*eficacia pragmática, su concepción de la salud como bien de uso, y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, la estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, la legitimidad grupal y comunal, basada en la experiencia, tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas; tendencias sintetizadora; tendencia a asumir la subordinación inducida respecto a los otros modelos*» (ibídem:89-90). En toda sociedad el grupo doméstico es el núcleo por el que pasan obligatoriamente todos los procesos de salud/enfermedad/atención, siendo por ello el Modelo de autoatención un fenómeno estructural: «*La familia/grupo doméstico constituye el grupo social, institución y/o unidad de análisis que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud/ enfermedad/atención*» (ibídem 1992:4). Es en dicha unidad donde «*se estructuran mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales*» (ibídem 1996:33). Y es por ello que en nuestro análisis utilizaremos como unidad básica de análisis el grupo familiar que en el caso soninké coincide, como hemos visto en el marco etnosociocultural, con la concesión o *ka*.

Situaremos dichos modelos y las relaciones existentes entre los mismos en su contexto histórico concreto¹⁴³ ya que el estudio de la medicalización a partir de los

¹⁴³ Goffmann (1961) mostró la importancia del contexto sociohistórico a la hora de analizar las enfermedades. Este autor considera que no es posible reducir los fenómenos a sus partes constituyentes, debiendo hacerse hincapié en dicho contexto. Así lo *emic* sería la visión cultural y lo *etic* lo biomédico. Resulta clave en esta visión su noción de institución total y de carrera moral del enfermo o *health seeking*

mismos «no puede reducirse a sí mismo (...) Sólo la referencia a situaciones históricamente determinadas posibilita la explicación de los problemas específicos a partir de los modelos» (ibídem 1990b:85). Tendremos en cuenta igualmente el contexto económico y la influencia del fenómeno de globalización actual pues el proceso de medicalización se produce «según las condiciones de desarrollo capitalista de los diferentes contextos» (ibídem:92).

Además, adoptaremos una perspectiva relacional, analizando la expansión del Modelo Médico Hegemónico en la sociedad soninké, a partir de las relaciones que éste establece con los otros dos modelos en términos de hegemonía/subalternidad, fijándonos a su vez si dichas relaciones tienen un carácter conflictual y/o de complementariedad. A este respecto, Menéndez nos recuerda como «en todos los contextos se genera conflictivamente¹⁴⁴ la expansión del Modelo Médico Hegemónico y dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el Modelo Médico Hegemónico y las otras prácticas y saberes» (1990b:84). Pondremos especial atención, en la línea de las perspectivas conflictualistas, en estudiar dicho conflicto relacionándolo con las desigualdades sociales existentes en el seno de la comunidad en estudio. Desigualdades sociales que se traducen igualmente en relaciones de hegemonía/subalternidad entre los diferentes sectores de la sociedad soninké: nobles, artesanos y esclavos, ancianos y jóvenes, hombres y mujeres, poblado e inmigrantes.

En lo que respecta al análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención consideraremos, como ya hemos dicho anteriormente, que éstos son igualmente procesos históricos en el cual operan de nuevo dichas relaciones de hegemonía/subalternidad. Su desarrollo entre los soninké será ubicado dentro del marco de relaciones sociales existente en su seno, de ahí que en tanto investigadores pondremos especial atención en dichas relaciones sociales más que en los individuos: Éstas variarán igualmente entre la complementariedad-cooperación y el conflicto, la competencia y el enfrentamiento, debiendo explicitar el contexto local en el cual tienen lugar y de modo secundario el ámbito macro sociales. Es por todo ello que nuestro

process ya citadas y que hoy son claves en la Antropología de la Medicina. Esta visión que tiene como ventaja el hecho de dar la posibilidad de obtener información de los papeles sociales y de las interacciones, de las normas y conductas de la sociedad en estudio, supone sin embargo un determinismo sociológico que obvia la presencia del conflicto, salvo que sea abordado como lo realiza Menéndez.

¹⁴⁴ Autores como Yuko Kawanishi (1992) llegan incluso a considerar una consecuencia de dicho conflicto la expresión del malestar social a través de la somatización. Así en sus investigaciones entre las poblaciones asiáticas analiza cómo sus somatizaciones serían un artefacto de la medicalización.

análisis buscará en todo momento tener en cuenta tanto el nivel macrosocial (sistema económico, político, cultural, epidemiológico) como microsocial (auto atención, relaciones sociales). Esta perspectiva resulta especialmente interesante para el caso de los soninké si tenemos en cuenta que los procesos de salud/enfermedad/atención nos permiten desvelar de modo inconsciente aspectos fundamentales de la cultura como las relaciones de poder, las relaciones económicas o las de género. Son lo que según Menéndez (1990a:30), «*Berlinger denomina espías privilegiados de las contradicciones de un sistema*». No se ha encontrado ningún autor que haya trabajado desde esta perspectiva el caso maliense.

3.1.4. Los usos sociales de la enfermedad

Resulta igualmente interesante para nuestra investigación el trabajo desarrollado por los antropólogos africanistas franceses Marc Augé (1975,1984,1986, 1994), Jean Benoist (1980, 1996), Pascal Cathebras (1989) Michele Cros (1996), Silvie Fainzang (1986,1996), Didier Fassin (1986, 1988, 1990, 1992), Claudine Herzlich (1984), Jannick Yaffre (1999) y András Zempleni (1966,1976,1985), figuras claves de la antropología de la medicina francesa. Su mayor contribución, según Comelles y Martínez Hernández (1993:7), se situaría en «*su técnica etnográfica de primerísima calidad a la que contribuye el rigor del estructuralismo, y en segundo lugar por una elaboración de la noción de itinerario terapéutico particularmente elaborada*». Por nuestra parte consideramos igualmente pertinente para nuestro análisis la importancia que dan a los usos sociales de la enfermedad que estimamos extensibles al análisis de los sistemas médicos, los itinerarios terapéuticos y los procesos de salud/enfermedad/atención.

Estos autores en sus investigaciones, centradas en su mayoría en el contexto africano, nos advierten de los posibles usos sociales de la enfermedad. Así Cathebras (1989:17) comenta que las sociedades se sirven de la enfermedad «*en la construcción o mantenimiento*¹⁴⁵ *de su sistema social*». Zempleni¹⁴⁶ (1966), en su análisis de los

¹⁴⁵ Autores como el precursor de la antropología de la medicina Erwin Ackercknecht (1945^a, 1945^b, 1971) y Robert Redfield (1941) analizaron los sistemas médicos desde una perspectiva funcional y cómo desviación. Para ellos estar enfermos significa asumir una serie de roles, al mismo tiempo que una ruptura con las obligaciones sociales. La enfermedad aparece así como desviación, como resultado de la anomia, de la desorganización social, siendo los momentos de cambio social, momentos de anomia. Los sistemas médicos tomarían su eficacia en su capacidad de controlar y mantener el equilibrio facilitando la integración social. Sin embargo como bien señalan Comelles y Martínez Hernández (1993:45) se corre el riesgo de pensar los sistemas médicos en términos de ideas y no de prácticas como hiciera el funcionalismo que «*al ocultar el papel de la medicina, se desinteresaba por las razones sociales y culturales que impulsaban sus prácticas*».

rituales terapéuticos de los lebu y wolof de Senegal, considera a éstos como psico-socioterapias que contribuyen a restaurar el orden social, cuando se refieren a las experiencias patológicas de los individuos. Este autor realiza igualmente un interesante análisis de los itinerarios terapéuticos (*ibídem* 1985:19). Por su parte Augé (1975), en su trabajo en Costa de Marfil, nos muestra que la enfermedad es ante todo un hecho social relacionado con el poder y la ideología. Benoist¹⁴⁷ (1980) considera la enfermedad como una ventana privilegiada hacia la sociedad en la línea de lo defendido por Cros (1996:11) quien la analiza en África como expresión de la relación con el otro, *«la cual deja traslucir los fundamentos de la sociedad, su funcionamiento, los temas que atraviesan las culturas, el juego y la organización de poderes»*. El trabajo de Herzlich (1991) también resulta remarcable al enfocar la enfermedad desde una perspectiva liberadora y recordarnos que las representaciones profanas de la salud y de la enfermedad no son reducibles a las concepciones médicas de lo patológico. Por otra parte, Jaffré (1999) defiende la construcción social de las enfermedades y aborda éstas como ritos de paso, de reconocimiento social, para cuyo análisis habría que tener en cuenta tanto las representaciones como las prácticas.

Sin embargo son dos los antropólogos franceses que consideramos claves en nuestro análisis: Fassin y Fainzang. El primero, porque nos aporta un ejemplo extraordinario de antropología política de la salud al estudiar la enfermedad como un hecho social total¹⁴⁸, que nos *«permite acceder al conocimiento de la sociedad»*. Este autor nos muestra la importancia de analizar el rol de los terapeutas (curanderos, marabúes y farmacéuticos, vendedores callejeros de medicamentos, personal biomédico), así como los dispensarios y la importancia simbólica de los medicamentos, estudio que nos desvela los juegos de poder político, económico y religioso subyacentes. Asimismo nos advierte del riesgo culturalista y nos recuerda la necesidad de estudiar los sistemas médicos como insertos en dichos juegos de poder y dominación. Por su parte, Fainzang es la única antropóloga que se ha acercado a la cultura soninké desde la perspectiva de la Antropología de la Medicina. Esta autora, en su análisis de los inmigrantes soninké asentados en Francia así como en sus trabajos

¹⁴⁶ Si bien en nuestro análisis no trabajamos los modelos etiológicos de la enfermedad entre los soninké sí que resulta remarcable en este sentido y para el contexto Africano los modelos de interpretación etiológica elaborados por Sindzngre y Zempeni (1982) o Fainzang (1986).

¹⁴⁷ Benoist es el principal impulsor del grupo interdisciplinar A.M.A.D.E.S. que desde Aix-en-Provence trata de desarrollar la Antropología de la Medicina en Francia.

¹⁴⁸ A este respecto Michael Taussig (1995:115) ha realizado un análisis muy interesante sobre la enfermedad como hecho social total considerando que en nuestras sociedades medicalizadas *«la enfermedad y su tratamiento se han reificado. Y como la relación médico-paciente es, en gran parte, una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente»*.

anteriores entre los bisas de Burkina Faso, nos advierte que las migraciones pueden generar contextos patológicos así como la rentabilidad que puede generar el caer enfermo. La enfermedad cumpliría así una función de reproducción y control social, siendo para su análisis fundamental el contextualizarla en el seno de las redes de relaciones sociales existentes en cada contexto. Ella misma comenta que *«en África hablar de enfermedad, pensar y gestionar la enfermedad es expresar su relación con los otros»* (Fainzang 1996:22). Así a lo largo de nuestra investigación entre los soninké trataremos de analizar los usos sociales que éstos dan a la medicalización, a la utilización de uno u otro sistema médico, a la elección de uno u otro itinerario terapéutico y a su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención.

3.1.5. El análisis de los medicamentos

Ya hemos dicho que uno de los elementos claves en el proceso de medicalización es el rol jugado por los medicamentos. Para su análisis adoptaremos principalmente la perspectiva de análisis de Menéndez (1988, 1990a), Van der Geest (1988, 1996, 1998) y Susan Reynolds (1988, 1996), siendo la obra de referencia para el contexto africano la compilación realizada en 1988 por estos dos últimos antropólogos de la medicina bajo el título: *«The context of medicines in developing countries»*.

En la presente tesis nos acercaremos a los medicamentos no sólo en tanto que sustancias sino también como un fenómeno social y cultural. Siguiendo la propuesta de Van der Geest, Reynolds y Anita Hadron (1996), en tanto que sustancias intentaremos trazar su biografía estudiando el contexto, actores y transacciones de cada una de las fases que constituyen su «ciclo vital»: producción, distribución, marketing, interpretación y uso. Como fenómeno social y cultural no podremos apreciar su significación más *«que si consideramos el modo en que se hacen las transacciones. Lo típico de un medicamento es que es valeroso no porque actúa sino porque proviene de una determinada fuente»* (Van der Geest 1998:4). Reynolds (1988), haciendo referencia al contexto de África del Este, nos presenta a los medicamentos como portadores de un poder. Así en el caso de las transacciones de medicamentos en el seno de la comunidad soninké de Dramané pondremos especial atención a la identificación de dichas fuentes y al hecho de si atribuye o no a los medicamentos algún poder para transformar la condición humana.

Por otra parte, siguiendo a Menéndez (1988:63) analizaremos los medicamentos nuevamente en términos de hegemonía/subalternidad ya que «éstos

son lo que los conjuntos sociales hacen de ellos y por supuesto están en función de las relaciones de poder, hegemonía/subalternidad que existen entre dichos conjuntos». Y siempre en relación con la estratificación social que caracteriza la sociedad soninké. Asimismo nos acercaremos al fenómeno de la automedicación para cuyo análisis dicho autor estima necesario el considerarla «no como un hecho negativo o positivo en sí, sino como parte de un fenómeno más inclusivo que es el de la autoatención» (1990a:165).

Igualmente se hace necesario contextualizar los medicamentos en relación con el sistema cultural soninké pues como señala Van der Geest, *«la gente da significados particulares a los medicamentos en términos de lo que es generalmente significativo en otros aspectos de la cultura (...) Por ejemplo el color o el gusto de los medicamentos puede ser significativo por sus connotaciones particulares dadas a un color o sabor en un cultura dada»* (1988:7). Paralelamente se tendrá en cuenta el contexto nacional e internacional el cual nos puede aportar *«elementos de información sobre la distribución, uso y comprensión de los medicamentos»*. Se adoptará igualmente una perspectiva relacional estudiando el rol jugado por los medicamentos en los itinerarios terapéuticos pues como señala Susan Reynolds en su estudio centrado en Uganda estos actúan como vehículos de transformación de las relaciones sociales, debiendo ser abordados: *«El movimiento e interacción entre sectores, el movimiento de los pacientes en busca de terapia, la influencia de las tradiciones así como el cambio en las relaciones sociales»* (1998:319).

Asimismo, tendremos en cuenta, como en el caso de los sistemas médicos, los usos sociales del medicamento, pues como bien señala Van der Geest (1998:8), *«las medicinas dan autonomía, individualidad, se ven como modernas y exóticas, convirtiéndose en vehículos de cambio cultural»*. Así, estudiaremos hasta qué punto los medicamentos juegan un rol en la reproducción social, en el mantenimiento de la cohesión social, y como constructores de identidad y relaciones sociales entre los soninké. El mismo autor comenta que los medicamentos *«marcan la identidad, pueden servir para facilitar, marcar y reforzar las relaciones sociales. Pueden ser dadas en amistad o controladas restrictivamente como modo de mantener la autoridad (...) pueden ser liberadoras de roles sociales»* (ibídem 1996:168). Otros autores, como el antropólogo de la medicina catalán Oriol Romaní (1991, 1995), nos aportan pistas a nivel general para el estudio de los medicamentos resultando interesante su visión en tanto que proveedores de prestigio: *«Estas sustancias son utilizadas como elementos de prestigio-cuando no sagrados—dentro de sus sociedades en las que acostumbraban*

a formar parte de los mecanismos de integración social» (1995:34). Se tratará igualmente de analizar los medicamentos entre los soninké como vehículos propagadores de ideologías, incluida la globalización. A este respecto Mark Nichter (1998:335) afirma que: «*Lo moderno o lo tradicional lo comunicamos a través de la toma de medicamentos*». Este mismo autor nos los presenta como elementos de transformación social.

Como ya hemos apuntado repetidas veces, en el caso maliense, la obra clave es la investigación multidisciplinar realizada por el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (1993, 1995), en colaboración con Van der Geest sobre el uso racional de los medicamentos. Esta investigación, desarrollada entre 1994-95 en la Región de Ségou¹⁴⁹, forma parte de un programa comparativo de la OMS, e incluye como elemento innovador el análisis de las percepciones y de las prácticas de los prescriptores y de los consumidores quienes afirman preferir los medicamentos en especialidad a los genéricos, recurriendo a menudo a la automedicación con comprimidos en especialidad. Traore (1989) ha analizado por su lado los factores que influyen en la elección de la fuente de aprovisionamiento en medicamentos. Sin embargo estas obras carecen de un análisis teórico de dichas percepciones y prácticas y ninguna hace referencia de modo específico a la Región de Kayes. A nivel del abastecimiento institucional en medicamentos genéricos cabe decir que tanto el grupo de antropología médica francés A.M.A.D.E.S (1999) como la OMS se han dedicado a su análisis (OMS 2000b). La obra de referencia sobre la farmacopea tradicional en el contexto africano es la realizada entre los evuzok de Camerún por Mallart (1977). Por su parte Traore (1983) ha realizado un estudio específico del herbolario maliense, el cual como hemos señalado en el capítulo de marco etnosociosanitario suscita un interés creciente de parte de las autoridades sanitarias malienses materializado en la creación del citado Centro de medicina tradicional sito en el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública. Barges (1996:292) nos advierte sin embargo que el interés creciente de las autoridades y del personal biomédico «*por los datos sociales y culturales relacionados con la enfermedad estaba y está esencialmente relacionado con el deseo de encontrar una validez biomédica a las terapéuticas locales (...)* La atracción por las plantas es legitimado por dicho interés

¹⁴⁹ Conviene señalar que este estudio se realizó en dos provincias de la Región de Ségou que, a pesar de su pobreza, no estaban afectadas por el fenómeno migratorio. Y una de las provincias, Macina, se encuentra entre las circunscripciones administrativas más pobres de Malí.

científico pero puede esconder otras motivaciones: para los dogotorow¹⁵⁰ africanos se trataría de un modo para adquirir saber, poder y prestigio».

3.1.6. Medicalización y género

Consideramos igualmente importante tener en cuenta de modo transversal en nuestro análisis la perspectiva de género por lo que trataremos de acercarnos específicamente al proceso de medicalización de las mujeres soninké¹⁵¹. La medicalización de las mujeres ha merecido la atención de autores como Mari Luz Esteban (2003:27), quien considera que ésta es *«un ejemplo de cómo se ha ido desarrollando este proceso de medicalización tanto dentro como fuera de Occidente como una estrategia general de control, poder y dominación»*. Sin embargo al mismo tiempo puede ser una estrategia de liberación. Parafraseando a Esteban en su aproximación al análisis del cuerpo y la salud desde una perspectiva de género, consideramos en nuestro caso los sistemas médicos, itinerarios y procesos de salud/enfermedad/atención en el caso concreto de la sociedad soninké, y en especial en lo que se refiere a las mujeres como *«un terreno muy cercano donde las verdades y contradicciones sociales tienen lugar, el lugar de la manipulación, del sometimiento; pero también el espacio donde se da la resistencia personal y social, la creatividad, la contienda, la lucha»* (2003:26). Y es desde esta doble perspectiva que orientaremos nuestro análisis intentando sacar a la luz no sólo la situación de subordinación de la mujer en la sociedad soninké sino también sus posibles estrategias de resistencia y empoderamiento, mostrándolas como actoras que *«gestionan sus propias vidas y contestan estas formas de control»*, y al mismo tiempo protagonistas del cambio social. Es por ello que en nuestra investigación pondremos especial atención a las estrategias de las mujeres soninké en su manejo del cambio social derivado de las migraciones, estrategias entre las que se encontraría su *«adhesión a la medicalización»*.

Si anteriormente y siguiendo a autores como Menéndez, o en el caso africano Fassin, hemos afirmado la importancia de analizar las diferencias y desigualdades que atraviesan cada sociedad, consideramos igualmente relevante incluir entre las mismas las desigualdades por género como elemento de análisis, especialmente si tenemos en cuenta que como ya dijimos en el capítulo de marco etnosociosanitario las

¹⁵⁰ Según Barges (1996:281): *«el término bámbara “dogotoro” designa tanto al biomédico maliense o europeo, como al enfermero, el auxiliar o a toda otra persona relacionada con los servicios de salud “modernos”»*.

diferencias por género constituyen uno de los pilares principales de la estratificación social entre los soninké. Así, Esteban (2003:22) comenta que a la hora de abordar el estudio de las diferencias en la salud de hombres y mujeres es necesaria «*la articulación del sexo/género con otros factores de diferenciación /estratificación social, como son la clase social, la etnia, la edad o la orientación sexual*». Y ello sin olvidar que dichas diferencias en función del género se construyen y mantienen en contextos históricos y económicos precisos, los cuales será preciso analizar. Si bien tendremos en cuenta especialmente los conocimientos, actitudes, opiniones y prácticas de las mujeres soninké, evitando caer en el error de aceptar el discurso masculino como una evidencia¹⁵², no por ellos silenciaremos los discursos de los hombres soninké pues el hacerlo nos puede llevar a perder la perspectiva relacional y «*como consecuencia no buscada llegar a incluso hipertrofiar, y en definitiva mantener situaciones de desigualdad*» (ibídem 2003:30).

Aun cuando en nuestra investigación nos hemos acercado a las mujeres principalmente en tanto que usuarias de los diferentes sistemas médicos y consumidoras de medicamentos, Menéndez (1992:7) nos recuerda la importancia de estudiar el rol¹⁵³ que éstas desempeñan en los procesos de salud/enfermedad/atención no sólo porque es «*la mujer quien utiliza con mayor frecuencia los servicios médicos*», sino especialmente porque «*la investigación socioantropológica vuelve a constatar que es la mujer y básicamente la que desempeña el rol de esposa/madre la encargada de realizar la mayoría de las actividades del proceso de salud/enfermedad/atención. La esposa/madre es la encargada de detectar, diagnosticar, establecer los primeros tratamientos incluyendo la búsqueda de ayuda, de tomar en parte las decisiones o directamente decidir, de asistir a la continuidad del tratamiento. Esto aparece además como una pauta universal*» (ibídem:7). En relación con este aspecto prestaremos especial atención a la participación de la mujer en las tomas de decisiones que rodean dichos procesos, en tanto que elemento revelador de su posición social en términos de hegemonía/subalternidad. También analizaremos su participación «institucionalizada», es decir, su participación a los órganos de gestión y decisión de los centros de salud comunitaria. Igualmente nos acercaremos al posible impacto de la incorporación de las mujeres

¹⁵¹ Su traducción a nivel metodológico y de análisis se traduce en que uno de los capítulos de la tesis se dedica especialmente a las mujeres soninké.

¹⁵² Según Anette Weiner (1977), éste ha sido justamente uno de los mayores errores de la Antropología desde el siglo XIX.

¹⁵³ Entendemos por rol según la perspectiva de género las tareas y actividades que cada cultura asigna a los sexos.

inmigrantes soninké a la actividad productiva sobre la financiación de los gastos relacionados con dichos procesos y comprobaremos si, como ha observado Menéndez para varios países dependientes, *«la mujer es la que financia con sus ingresos la mayoría de las actividades de autoatención»* (1990a:179).

Las investigaciones existentes en torno a la medicalización de las mujeres soninké se centra en dos aspectos no relevantes para nuestra investigación: la medicalización de las mutilaciones genitales femeninas y de la relación madre-hijo. De las primeras se ha ocupado desde una perspectiva antropológica Quiminal (1990b), de la segunda Anne Lovell (1998). Los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres malienses en torno a la enfermedad han sido analizados por Kanté (1992) para la bilarciosis. El estudio más interesante para nuestra investigación lo ha realizado este mismo investigador en 1998 donde aborda la problemática de la puesta en marcha y gestión de las ASACO-Asociaciones de Salud Comunitarias de las regiones de Kayes, Ségou y Mopti. En este estudio señala, ante la escasa participación femenina a los órganos de gestión, que *«el 70,5% de los entrevistados estima que la integración de las mujeres en los órganos de gestión llevaría a una mayor implicación de las mujeres y el 14,5% considera que ello tiene inconvenientes: la falta de tiempo para participar a las reuniones, el 9,7% de los entrevistados piensa que hay un obstáculo mayor a esta integración: esto sería mal visto por la comunidad»* (Kanté et al. 1999:4). Sin embargo se trata de un informe puramente descriptivo, evitando entrar en cualquier tipo de análisis de dicha situación, y menos aún desde la perspectiva de género.

3.2. El fenómeno migratorio

Aunque la presente tesis tenga como objeto de estudio el proceso de medicalización entre las comunidades soninké de Malí, ésta será abordada en tanto que estrategia que permite, entre otras cosas, el manejo del cambio social producido por la migración. Es por ello que otro de los ámbitos a tener en cuenta en nuestro análisis es el de las migraciones, del cual se han venido ocupando las ciencias sociales casi desde su comienzo. Así, Addelmalek Sayad (1991:15) considera el fenómeno migratorio como: *«Un hecho social total, lugar geométrico de un gran número de disciplinas, Historia, Geografía, Demografía, Economía, Derecho, Sociología, Psicología, Psicología Social, Antropología»*.

3.2.1. Perspectivas de análisis

En la actualidad, y como se apuntó en la Introducción, asistimos a un boom de investigaciones en torno a este fenómeno (especialmente en España). Éstas poseen en su mayoría un carácter empírico y adoptan una perspectiva cuantitativa y descriptiva que son más propios de la sociología que de la antropología social. Se trata principalmente de monografías, de investigaciones centradas en un contexto sobre el cual presentan datos estadísticos y cuantitativos. Sin embargo, y a pesar de dicho interés creciente, resulta difícil su análisis desde un modelo explicativo global pues, como comenta la socióloga de la Universidad del País Vasco, Cristina Blanco (2000:58), *«no existiría actualmente una teoría general de las migraciones que explique sus causas y mucho menos sus consecuencias»*. Esto mismo sería aplicable al caso de las migraciones soninké. A pesar de ello se hace necesario presentar, aun que sea de modo resumido, las diferentes perspectivas desde las que se ha venido analizando el fenómeno migratorio, con el fin de poder posteriormente orientar nuestro análisis en el caso específico de los soninké. Carmen Gallego Ranedo (2001), en su estudio sobre los procesos migratorios en Zaragoza, apunta que las ciencias sociales han analizado los fenómenos migratorios desde dos tipos de perspectivas: la macroestructural y la microsocial.

Dentro de la primera consideramos relevantes las denominadas teorías del sistema global las cuales se han ocupado de explicar las migraciones a nivel mundial. Aquí resulta clave el análisis histórico-político de Immanuelle Wallerstein (1974) quien en su estudio sobre la economía-mundo aboga por analizar las migraciones como un elemento de un patrón sistemático de relaciones entre sociedades. En los años 70 su teoría de los sistemas mundiales resultó ser fundamental en el análisis de la situación de subdesarrollo que sufren países como Malí. Este autor considera que es la lógica del capitalismo la que está en la base de las migraciones, en nuestro caso la soninké, así como de los problemas del subdesarrollo debiéndose tomar como unidad de análisis no los individuos, ni las clases sociales, o los estados-nación, sino todo el planeta interconectado por la lógica del capitalismo mundial que ocupa un lugar dominante en lo que se ha venido en llamar la era de la globalización: *«Así se entiende la mercantilización de todas las cosas como hegemonía del capitalismo en todos los ámbitos de la vida»* (en Comas D'Argemir 1996:111). Otros autores, como es el caso de Alejandro Portes y Jozsef Boröcz (1992), han abogado por analizar los fenómenos migratorios contextualizándolos desde una perspectiva histórica. De modo

que la comprensión de las migraciones actuales provenientes de las antiguas colonias pasaría por el análisis de los procesos de colonización, descolonización y actual dependencia de las antiguas metrópolis. Así, el fenómeno migratorio aparece según Manuel Castells (1975) como un fenómeno estructural y no coyuntural que ha acompañado el desarrollo del capitalismo desde sus comienzos en el siglo XVI hasta el actual momento de globalización, tomando una forma específica en cada sociedad y momento histórico.

Esto es extrapolable a la sociedad soninké en donde según Lavigne (1991:37), «*la migración se ha convertido en un dato estructural*». Autores como Weigel (1982), Quiminal (1991) o Daum (1998) han analizado la migración soninké como una «cuestión económica» inscribiéndola en el proceso de desarrollo del capitalismo y en relación con el colonialismo. Según este último autor: «*Progresivamente las estrategias de migración constituyen un dato esencial en el espacio agrícola donde la ausencia de producción local comercializable impide el acceso a un numerario cada vez más necesario para la reproducción social.(...) La emigración, consecuencia de la monetarización ha ampliado el proceso. A la larga ha llevado a una verdadera inflación y a sustituir la economía local (...). La migración ha pasado progresivamente de una búsqueda de ingresos complementarios de la economía agrícola a una obligación económica*» (Daum 1995:95). Es por ello que en nuestro análisis hemos considerado igualmente importante relacionar la migración soninké con la globalización sin olvidar el impacto de la colonización francesa sobre dicha sociedad incluido sobre el desarrollo de la medicalización.

Sin embargo los factores macroestructurales no nos explican las motivaciones de las y los inmigrantes soninké ni de las/los que no emigran. Las teorías microsociales de la Antropología Urbana¹⁵⁴ vienen a cubrir este vacío ayudándonos a comprender por qué las migraciones persisten en el tiempo, incluida la soninké que cómo hemos visto ha acabado adquiriendo un carácter estructural. Entre estas teorías destacaremos la Teoría de las redes sociales (*Network análisis*), pues emigrar cómo veremos no es sólo un fenómeno de un individuo aislado sino una estrategia colectiva donde la red social es clave, especialmente en sociedades que como ésta tienen un marcado carácter comunitarista. Estas redes sociales, que facilitan y actúan como factor de atracción hacia las sociedades de acogida, han sido estudiadas sobre todo

¹⁵⁴ Esta corriente de la antropología fue iniciada por la Escuela de Chicago en los años 30. Según Ulf Hannerz (1986:20) «*no es tanto el objeto o el escenario urbano lo que permite acotar el ámbito de la Antropología Urbana, sino más bien una cierta perspectiva metodológica que él denomina relacional, en la que se ponen de relieve los procesos de interacción y la interdependencia de las instituciones*».

en el ámbito anglosajón, estando en el origen de este concepto Elizabeth Bott con su obra *«Familia y red social»* (1990), cuyo original en inglés data de 1957. Dicha teoría defiende al ser humano como actor social que interactúa socialmente, habiendo sido aplicada con gran éxito al estudio de migraciones internacionales de carácter masivo. Sin embargo su adopción no ha de hacernos caer en el particularismo que cómo bien señala Elena González Escudero (1999:54), viene caracterizando *«la mayoría de las investigaciones derivadas las cuales se centran en las redes interpersonales que vinculan a los inmigrantes entre sí y su importancia en la decisión de emigrar y asentarse, preocupándose sólo de manera secundaria por las relaciones en un contexto social global»*. Es por ello que en la presente tesis trataremos de analizar las motivaciones de las y los inmigrantes de Dramané, pero las contextualizaremos respecto a su sociedad de origen y a la de acogida al mismo tiempo que pondremos especial atención en el rol jugado por dichas redes sociales en los procesos de salud/enfermedad/atención.

Resulta igualmente interesante para nuestro análisis el concepto de entorno social inmediato elaborado por Bott (1990) cómo *«una red de diferentes relaciones con ciertas personas y ciertas instituciones sociales»* (en González Escudero 1999:56). Este concepto será aplicado en la presente investigación no sólo al hacer referencia a los inmigrantes en su proceso migratorio sino también a sus parientes enfermos en su itinerario terapéutico hasta la capital del país. En el caso de las/os inmigrantes recién llegados a Francia nos fijaremos igualmente en el rol jugado por dichas redes sociales, cuya importancia ya fue puesta en evidencia por los sociólogos de la Escuela de Chicago quienes consideraban que las mismas aportan un marco securizante, valores, normas y relaciones sociales que son iguales o cercanas a las del país de origen. En el caso soninké, y desde una perspectiva influenciada por el etnólogo americano Georges Bateson, Verhoven (1994:326) ha tratado de aplicar las nociones de red y entorno social al estudio de los cuentos soninké en contexto de inmigración considerando que *«el termino relación es el que juega un rol importante (...) la idea de partida es que desarrollo, renovación y identidad son creadas a partir de relaciones específicas entre unidades culturales en situación de comunicación intercultural»*. Otros autores, desde una perspectiva más culturalista, subrayan la importancia de analizar el sistema de valores de la cultura de origen de los inmigrantes. Así Blanco (2000:15) señala que *«la tendencia a la movilidad o al sedentarismo está arraigada en las diferentes culturas y forma parte de los diferentes sistemas de valores que las sustentan»*. Esta misma idea ha sido defendida en el caso de los soninké por Traore

(1994:63) quien en su estudio de los modelos migratorios soninké y peul, defiende que las migraciones constituyen una conducta colectiva *«rodeada de un universo de ideas y valores que la mantienen (...) Universo de ideas y valores característico de todo grupo y que deriva de su cultura»*. En el caso de los soninké, Barou (1990:9) apunta que Charles Monteil basaba ya en 1912 la tradición migratoria soninké en su mitología, en el valor que se da a esta sociedad a viajar que aparece como un rito iniciático.

Todas estas perspectivas van a servirnos de marco de análisis en la presente tesis, en la que tendremos en cuenta tanto la dimensión colectiva como la individual, lo macro como lo micro. Y todo ello partiendo de una concepción en la que inmigración y emigración aparecen como las dos caras de una misma moneda. A este respecto resulta especialmente interesante el análisis de carácter global realizado por Timera (1996), Daum (1995) y Keita (1996) quienes subrayan la multicausalidad del fenómeno migratorio entre los soninké, tratándose tanto de causas geográficas como climáticas, políticas, económicas históricas, socioculturales o psicológicas. La dimensión histórica del fenómeno migratorio entre los soninké desde una perspectiva comparativa, en este caso con la etnia peul¹⁵⁵, ha sido analizada por Sadio Traore (1994).

3.2.2. Migraciones internas

Otro aspecto que analizaremos aunque de modo indirecto en la presente tesis son las migraciones existentes entre campo-ciudad en el interior de Malí, y más concretamente la existencia de inmigrantes del área sanitaria de Dramané asentados tanto en la capital regional, Kayes, como en la del país, Bamako, que como veremos juegan un rol crucial en la problemática aquí en estudio. Procesos migratorios similares han sido estudiados en el caso sudafricano por Max Gluckman (1964), desde una perspectiva influenciada por el estructural-funcionalismo de Emile Durkheim. Este autor considera que lejos de perder la identidad cultural, de «destribalizarse», el inmigrante campo-ciudad redefine constantemente su identidad. A este respecto, Hannerz (1986:163) puntualiza que *«el inmigrante debe ser considerado destribalizado, en un sentido, en cuanto toma una posición en la estructura urbana de relaciones sociales; y desurbanizado en cuanto deja la ciudad y reingresa en el sistema social rural con su conjunto de papeles y funciones»*. El impacto del colonialismo sobre dichas migraciones campo-ciudad ha sido puesto en relieve por otros autores como Alberto L. Epstein (1964) o George Balandier (1967) quien nos

¹⁵⁵ Etnia de población blanca compuesta de pastores nómadas que se encuentran dispersados por todo África Occidental y Central. En Malí constituyen el 16% de la población maliense.

advierte de las tensiones y conflictos existentes en el seno de las sociedades africanas, los cuales son agravados por dichos fenómenos de migración interna. Las migraciones soninké al interior del país han sido evocadas por Monteil (1953) y Keita (1996), caracterizándose antes de la independencia por su carácter estacional y por tener como destino Kayes. Su objetivo: acumular algo de dinero con el que poder pagar la dote o preparar su futura migración hacia Francia.

3.2.3. Migraciones y género

En lo que se refiere al fenómeno migratorio desde la perspectiva de género es objeto de análisis por la comunidad científica especialmente a partir de los años 80. Mientras que autores como Floya Anthias y Gabriella Lazaridis (2000) han abordado el lugar de las mujeres en las migraciones internacionales y el rol de las relaciones de género en base a estudios empíricos centrados en contextos locales, otros como Annie Phizaclea (1998) se han dedicado a su teorización en base a las conclusiones de los primeros. Todos ellos subrayan sin embargo la necesidad de tener en cuenta tanto la diversidad de mujeres que emigran como la posición social de la mujer en su sociedad de origen y los contextos sociopolíticos en que tienen lugar dichas migraciones femeninas. Stephanie Condon (2000), nos recuerda que introducir la perspectiva de género en la investigación de las migraciones supone resituar a la mujer en la historia de dicho fenómeno, explorando su autonomía y los límites de ésta en la toma de decisiones que acompañan el proceso migratorio, sin olvidar de abordar las relaciones sociales (de género, etnicidad, clase social) en las que se inscribe su itinerario migratorio.

En el caso de las mujeres inmigrantes soninké, sus procesos migratorios no han sido analizados de un modo específico por la comunidad científica sino abordados en relación a otros aspectos de su realidad, como puede ser la poligamia en el caso de Fainzang y Journet (1988) o la institución familiar o su organización en asociaciones de mujeres en lo que se refiere a Quiminal (1995, 1996, 2000, 2002) y Timera (1997). En todas ellas se contextualiza su llegada a Francia a partir de finales de los años 70 y como parte de una estrategia de reagrupación familiar fruto «*del deseo de las mujeres, de la decisión de los hombres y como prescripción de la religión musulmana*» (Quiminal 1995:27).

Nosotros fijaremos nuestra atención sobre la participación de las mujeres soninké en las decisiones que rodean su migración, la diversidad de las mismas, su lugar social en la estructura de su comunidad de origen así como las posibles

modificaciones derivadas del proceso migratorio y su traducción a través de su implicación individual o colectiva en los procesos de salud/enfermedad/atención. Efectivamente no hay que olvidar que el fenómeno migratorio juega a su vez un papel relevante en el proceso de cambio social en el que se ve sumida toda cultura, tanto sus miembros de sexo femenino como los de sexo masculino, pues como Daum (1995:85) comenta en su estudio de la inmigración soninké procedente de la región de Kayes: *«La migración hacia Francia es un hecho real y constituye un dato esencial a tener en cuenta al estudiar las condiciones de las transformaciones sociales de esta región»*.

3.3. La cultura y el cambio social

En un trabajo de estas características es también fundamental referirse al concepto de cultura y cambio social que estamos utilizando. Es por ello que primeramente precisaremos desde qué perspectiva vamos a analizar la cultura soninké ya que, como comenta Comas D'Argemir (1996:105), según cómo operacionalicemos el concepto de cultura dependerá nuestra comprensión de los procesos de cambio social, al tratarse *«de un concepto muy amplio y abstracto, en el que, cuando se trata de concretar, es inevitable proyectar la perspectiva teórica con que se analiza el sistema sociocultural»*. Cambio social al que no escapa ninguna cultura, pues como bien nos advierte Olivier de Sardan (1990:30) para el contexto africano en general, hemos de romper con una visión que identifica lo africano con *«lo tradicional»* ya que *«la regla y no sólo en la ciudad, sino también en el poblado más alejado es la transformación, la adaptación, el cambio, el sincretismo»*.

3.3.1. La cultura: relaciones sociales, historicidad, unidad y diversidad

En la línea de la tradición antropológica europea entenderemos aquí la cultura como el contenido de las relaciones sociales, sin las cuales no puede ser comprendida. Autores como Goody (1992) o Maurice Godelier (1984) nos recuerdan como ésta es *«por definición relacional respecto a lo biológico y lo material»* (en Comas D'Argemir 1996:105). Esta concepción resulta idónea para la comprensión de las sociedades africanas, incluida la soninké, ya que en ellas la noción de cohesión social, de relaciones sociales así como su mantenimiento es un elemento clave. Alassane Ndaw (1997) comenta cómo en las sociedades africanas el individuo nace *«en el carrefour de múltiples redes sociales a las que pertenece...y es su pertenencia vital a cada una de esos grupos lo que le realiza concretamente, le da existencia*

social». Es por ello que nuestra atención se fijará, a través del discurso de los individuos entrevistados, en las relaciones sociales que definen su cultura, en sus múltiples redes sociales de pertenencia que ya expusimos en el marco etnosociocultural. Se trata por lo tanto de una concepción relacional de la cultura, incluidos dos de sus elementos fundamentales que son los sistemas médicos y los procesos de salud/enfermedad/atención aquí en estudio.

Consideramos igualmente las culturas como sistemas heterogéneos en cambio continuo debido a la articulación de procesos políticos, económicos, sociales, en la línea de lo defendido por la antropología marxista. Esta perspectiva supone que, cómo comenta Comas D'argemir (1996:109), no debemos reducir su estudio, en nuestro caso el de la cultura soninké, a la mera identificación de la forma de vida de este grupo¹⁵⁶ sino que *«frente a una visión de la cultura como algo único, específico y como totalidad propia de una comunidad en un área concreta, optaremos por una concepción dinámica en donde es necesario analizar su relación con los procesos históricos, económicos, políticos, y sociales de carácter más amplio. Esto no niega la especificidad de cada cultura, pero sí niega que las culturas sean entidades delimitables o totalidades independientes (...) Y se entiende que los símbolos y significados son indisociables, a su vez, de los componentes materiales y de las relaciones sociales»*. Esta línea ha sido defendida por Jean-Loup Amselle en su análisis de cómo influye la etnia de pertenencia en el éxito productivo del cultivo de algodón en la región minianka de Malí. Este autor considera que *«los dos grandes tipos tradicionales de explicación avanzados por la sociología para dar cuenta de las transformaciones que conoce el África contemporánea (...) son inadecuados. Se trata de no caer como la sociología de la dominación colonial de los años 60-70 en un exceso de excesivo generalización ni tampoco caer en los particularismos locales»*. Dicho exceso de generalización de los años 60-70 ha llevado a que según este autor en los 80 *«se haya vuelto a las concepciones que privilegian una aproximación en sus especificidades de las sociedades africanas (...) Ésta última presenta en efecto estas sociedades como esencias intemporales frente a un contexto global idéntico»* (1990:227).

¹⁵⁶ En la línea de la tradición culturalista de autores como Alfred Louis Kroeber (1953) que limita el análisis de la cultura a formas de vida trabajando con conceptos como áreas culturales o grupos étnicos; o las visiones más matizadas de Clifford Geertz (1973) para quien la cultura es contexto y Peter Sahlins (1988) que considera la cultura como estructura. Todos ellos tienen en común el considerar la cultura *«como algo único y como totalidad, el particularismo histórico y el individualismo metodológico»* (Comas D'Argemir 1996:107).

Se trata asimismo de, frente a una visión dicotómica de la unidad/diversidad, optar por una concepción de la cultura en donde ambas son las dos caras de una misma moneda. Si hablamos de unidad es porque consideramos que la cultura hace referencia a la identidad, al modo en que unos grupos se diferencian de otros lo cual supone una cierta homogeneidad. Dicha identidad es interiorizada, negociada y redefinida por los actores sociales quienes seleccionan aquellos rasgos que les permiten diferenciarse del resto de conjuntos sociales. A este respecto resulta interesante el análisis histórico realizado sobre la cultura peul¹⁵⁷ por Bruijin y Van Dijk (1997:162): *«Los peuls a través del proceso histórico han llevado a cabo una constante construcción y deconstrucción de la identidad. Así si la identidad reclamada les daba un beneficio y les permitía perpetuar una ascendencia (dominación sobre los otros), la adoptaban»*.

Si hablamos de diversidad es debido a la existencia de una heterogeneidad interna en toda cultura en la que *«en ocasiones puede pesar la identidad local, la de género, la profesional o la nacional, por ejemplo»* (Comas D'Argemir 1996:109). En el caso africano, esta diversidad ya ha sido señalada por autores como Fassin (1992:22) quien nos ha mostrado la importancia de su análisis para la correcta comprensión de las sociedades africanas debiendo tenerse en cuenta *«las diferencias de sexo, status, etnia, clase, origen y sus traducciones en la vida de la gente»* ya que *«aunque todos los miembros de una sociedad africana dada se refieren a un sistema único de representaciones y prácticas (...) no todos hacen el mismo uso pues hay hombres y mujeres, nobles y esclavos (...) individuos nacidos en la ciudad o en el pueblo»*. Dicha diversidad se expresa en el caso soninké por la triple desigualdad ya evocada que atraviesa su estructura social incluso en exilio: entre hombres libres y esclavos, seniors y cadetes, hombres y mujeres. Esta diversidad se traduce no sólo en la organización social estratificada sino también en la articulación del poder y de los mecanismos de dominación. Así Comas D'argemir (1996:110) comenta que la desigualdad y la dominación deben entenderse no sólo *«en términos simbólicos e identitarios sino considerando al conjunto social en su globalidad y en su dinámica histórica (...) No hay pues sólo cultura (...) economía (...) hay también poder. Porque del poder van a derivar las formas de desigualdad y dominación, determinando qué signos y símbolos son dominantes y cuales no, porqué determinadas prácticas son consensuadas y otras contestadas»*. Todo ello supone que cuando analicemos la

¹⁵⁷ Esta etnia se encuentra igualmente presente en el área de Dramané. Los soninké, agricultores/sedentarios conviven con los peul pastores/nómadas en una relación de complementariedad.

cultura soninké se hará necesario evocar las relaciones de desigualdad económica y de dominación política, de hegemonía y subalternidad, existentes en su seno y en relación con su contexto, tanto el de la comunidad de origen como en situación de migración. Así Pollet y Winter (1971:206) consideran que en el seno de la cultura soninké, la citada desigualdad social contribuye *«a su organización en términos de poder y preeminencia»*.

3.3.2. El cambio social: periodos de transición, conflicto social y medicalización

Ahora bien el optar por un concepto de la cultura como el anterior nos lleva al mismo tiempo a entender el cambio social no cómo *«el proceso que altera la unidad y especificidad de la cultura, al modificar sus componentes o introducir rasgos externos a ella»* (Comas D'Argemir 1996:106) en la línea del culturalismo, o como modernización y/o aculturación en el caso de lo defendido por el formalismo¹⁵⁸, sino más bien cómo el análisis de la sociedad *«respecto a las relaciones dominantes»* (*ibídem*:112). Se trata de considerar la historia y la cultura como inseparables, poniendo especial importancia en los *periodos de transición social* pues como bien señala Godelier (1991:7), es en dichos momentos *«que las maneras de producir, de pensar y de comportarse individualmente se encuentran confrontadas a determinados límites internos o externos que impiden su reproducción, por lo que empiezan a descomponerse o a subordinarse a las nuevas lógicas que las dominan»*. Esto supone la coexistencia de antiguos y nuevos elementos, la recombinación de ambos dándose la desaparición de algunos de ellos, sin olvidar cómo son precisamente los elementos tradicionales los que están en la base de nuevas tradiciones. El cambio social aparece así como indisoluble de la sociedad pero teniendo en cuenta que no todos los cambios llevan a cambiar de sociedad, por lo que se trataría de *«identificar estos cambios y ver si las modificaciones que provocan son tan sustanciales como para implicar la desaparición de una forma de sociedad»* (Comas d'Argemir 1996:111). Esta perspectiva resulta especialmente pertinente en nuestro caso ya que la cultura soninké en su encuentro con la cultura francesa, en el seno de la economía-mundo y de un estado maliense sumido en un proceso de democratización, vive un momento de transición social de especial relevancia, de cambio de las fuerzas económicas y políticas, que según Godelier (1984:14-15), son las que no sólo *«hacen cambiar las sociedades (...) sino que sobre todo hacen cambiar de sociedad»*.

¹⁵⁸ En la línea de lo defendido por autores como Nash (1977) o Karl Polanyi (1994).

Ahora bien, cómo ya apuntáramos a la hora de analizar los sistemas médicos, consideramos que todo cambio social conlleva al mismo tiempo un conflicto, el cual es ante todo social aunque no haya que olvidar sus dimensiones psicológica y biológica. Así Balandier (1974:9) en su análisis del cambio social considera que *«no hay sociedad que no se rebele en cierto grado problemáticamente a la puesta a prueba del cambio social en razón mismo de los principios que rigen su constitución y mantenimiento. De hecho se encuentra en debate constante con el tiempo»*. Consideraremos dicho conflicto como derivado entre otros factores del incremento de las ya citadas desigualdades existentes en toda cultura que se traducen en diferencias, asistiendo en el momento histórico actual a un incremento y reconocimiento de las mismas, lo cual según Menéndez incrementa a su vez el conflicto social: *«Debe asumirse que la sociedad actual por definición es conflictiva; el conflicto social es parte de las relaciones sociales, no como hecho natural sino como parte de las situaciones de diferencia y desigualdad. Justamente uno de los roles básicos de la ideología -y por supuesto de la cultura- es reducir la significación de las desigualdades y diferencias potencialmente violentadoras de la vida cotidiana, a partir de la construcción de relaciones de hegemonía / subalternidad y esto considerado no solo en las relaciones entre clases sociales, sino entre minorías étnicas, géneros, grupos generacionales, etc.»* (1988:44-45).

En el caso de la etnia soninké, el análisis del cambio social ha sido realizado por parte de la comunidad científica a partir del estudio del impacto de la colonización en un primer momento y posteriormente en relación al fenómeno migratorio. Respecto al primer caso, Monique Chastanet (1997) habla de «choque colonial». Respecto al segundo, dos son las obras de referencia. La primera, realizada por Quiminal en 1991, y titulada *«Gens d'ici et d'ailleurs migrations soninké et transformations villageoises»*, es un claro ejemplo de análisis antropológico del cambio social en sociedades en transición como la soninké, en donde la inmigración ha trastocado los fundamentos de la sociedad: relaciones de poder, sistema familiar, relaciones económicas... La segunda, *«La riziére et la valise. Irrigation, migration et stratégies paysannes dans la vallée du fleuve Sénégal»* fue realizada en 1991 por Lavigne y analiza el impacto sobre la organización social y los valores tradicionales soninké de la inmigración que es manejada a través de la implicación solidaria de los inmigrantes con sus poblados de origen mediante la creación de perímetros irrigados.

Ahora bien, otra de las estrategias posibles para manejar dicho cambio social relacionado con las migraciones resulta ser la medicalización. En el caso español, el

psiquiatra transcultural Emilio González (1998:44) en su estudio sobre una aldeana gallega diagnosticada de agorafobia nos muestra que el cambio social producido por la emigración de su marido a Suiza es somatizado por ésta, debiéndonos preguntar más que por el porqué de su enfermedad, por el para qué y para quién de la misma: *«La categoría diagnóstica agorafobia aparece en un momento histórico concreto y se aplica fundamentalmente a mujeres urbanas. Sirve para controlarlas. Es vocablo claramente político (...) Sería como una patología de la libertad femenina»*. Este mismo autor en otra de sus obras (1996:21) señala: *«En una sociedad en proceso de cambio acelerado como está ocurriendo en la tradicional sociedad gallega se comienzan a utilizar las urgencias como ritual purificador (...) el acto se reviste de trascendencia, de acontecimiento, de ruptura biográfica (...) En la mitad de la vida la depresión de Hermenegilda es prototipo de la de muchas otras mujeres rurales gallegas de edades entre 35 y 55 años. Sería extensivo a las que migraron, allí se encontraban muy bien porque ganaban casi tanto como su marido y regresan a una casa rural construía con sus ahorros pero sin futuro laboral. El cambio, el conflicto generacional, la anomia, etc. es llevada a las urgencias en forma de construcción (la depresión) que el sistema sanitario valora como enfermedad»*. En el contexto africano considero interesante el análisis realizado por Jacqueline Trincas (1973:103) en la etnia mancagne de Senegal, llegando a la conclusión de que la enfermedad resultaría ser la expresión del conflicto colectivo nacido del cambio social derivado de las migraciones. Sin embargo ninguna obra ha tratado de la utilización de la medicalización como estrategia de gestión del cambio social en el contexto maliense y menos en el seno de la etnia soninké.

3.3.3. Desigualdad social, poligamia y género

Respecto al análisis del cambio social en el seno de la cultura soninké teniendo en cuenta la categoría analítica del género, se tratará como apunta Esteban (2003:25) de *«explicar las relaciones de género partiendo de la idea de que las sociedades se estructuran como sistemas de género, que son sistemas de poder»*, en la línea de lo defendido desde la antropología feminista actual. Sistemas de poder, en los que la mujer soninké se encuentra en una situación de subalternidad fruto de las desigualdades sociales que como hemos visto atraviesan dicha sociedad. La antropóloga de la Universidad de Granada, especialista en el contexto africano, María Soledad Vieitez (2004) comenta como que desigualdad social en relación con el género ha sido especialmente estudiada en África en relación con la Economía Política. Entre otros han sido analizados los cambios que se han producido en los

roles y relaciones de género al pasar las sociedades africanas de ser economías de subsistencia a estar insertas en la economía colonial capitalista o socialista. De ahí la importancia de contextualizar las relaciones de género en el seno de la sociedad soninké teniendo en cuenta tanto la evolución histórica de su sociedad como *«la compleja red de interacciones sociales, culturales, económicas y políticas»* que atraviesan estas sociedades, como señala la africanista Remei Sipi (2004).

Estudiaremos los roles que les han sido asignados, no reduciendo nuestro análisis a su función reproductora¹⁵⁹ como hiciera Meillassoux (1982:116) quien consideraba que en esta sociedad *«la mujer a pesar de su función irremplazable en la reproducción no interviene nunca en la organización social (...) Esta condición de la mujer no es en ningún modo natural sino que se deriva de circunstancias históricas cambiantes»*. Por nuestra parte trataremos de dilucidar si las mujeres soninké han sido relegadas a la esfera privada de lo doméstico y lo reproductivo, desplazadas de lo público como expresión de la desigualdad de género. Y cuáles son las estrategias que éstas emplean para reconquistar el espacio de *«la cultura, lo público y/o lo productivo»*, fijándonos en si la inmigración y la enfermedad juegan un rol en todo ello. Y todo ello sin olvidar la diversidad¹⁶⁰ existente en el seno de las mujeres, incluidas las soninké, como bien advirtiera Henrietta L. Moore (1991) quien nos recuerda que lo que en un contexto puede ser relevante para la reproducción del estatus de la mujer en otro puede no serlo.

El peso que determinadas prácticas culturales como el precio de la novia pueden tener en el lento avance en la igualdad de género en el contexto africano, ha sido puesto en evidencia por Vieitez (2004:1) para el caso mozambiqueño¹⁶¹. En nuestro caso consideramos relevante analizar el rol jugado por la poligamia en la situación de desigualdad social y subalternidad que viven las mujeres soninké. Esta institución ha sido interpretada desde diferentes perspectivas. Fainzang y Journet (1988:9) exponen como ciertos autores, entre los cuales estaría Meillassoux (1982), dan una explicación política de la misma. Se trataría de *«un medio para preservar el poder de los ancianos sobre los cadetes en el seno de formaciones sociales en dónde el acceso a las mujeres pasa por la sumisión a los ancianos que son los únicos que detentan su control»*. La migración aparece así como una estrategia de los cadetes

¹⁵⁹ El hacerlo supondría olvidar su aportación a la economía, la religión o la política. Ésta ha sido una de las principales críticas del feminismo a la tradición antropológica.

¹⁶⁰ A este respecto Sipi (2004) denuncia que *«la tendencia a ver a la mujer Africana más como "mujer" -in abstracto- que como mujer de una región y grupo social específico, no es privativa de quienes se interesan por África»*.

¹⁶¹ Esta práctica del precio de la novia se denomina en Mozambique el *lobolo*.

para escapar a dicha posición de subalternidad y acumular el dinero necesario para la dote. Otra explicación posible sería la económica pues permitiría a los hombres el incrementar la mano de obra en la agricultura. Así autoras como Ester Boserup (1970) o Sipi (2004) subrayan el rol de la mujer en la producción en el seno de economías agrícolas de subsistencia e intensivas. Otras interpretaciones se fijan en los aspectos de orden sexual y reproductivo considerando que su fundamento se encuentra en la prohibición de mantener relaciones sexuales durante el periodo de lactancia materna que puede llegar hasta los dos o tres años en el caso que nos ocupa. Además serían un factor facilitador de una descendencia abundante que en sociedades como la soninké son un indicador de prestigio social. Por su lado Trincaz y Trincaz (1983) nos advierten del rol jugado por la poligamia en el mantenimiento de la cohesión y la paz social gracias a la multiplicación de las relaciones de parentesco que derivan de las alianzas poligámicas. Sipi (web) comenta como la dinámica del hogar poligámico si bien muestra conflictos y rivalidades, señala también solidaridad y ayuda mutua, permitiendo no sólo que el hombre agrande su familia sino también que *«la mujer encuentre la colaboración necesaria para llevar adelante sus múltiples responsabilidades»*.

Sin embargo Fainzang y Journet (1988:11) en su estudio antropológico de carácter comparativo sobre las familias polígamas soninké y toucouleur consideran dichas explicaciones como fruto de una visión externa que *«ha olvidado analizar la vida de las mujeres en el contexto del matrimonio poligámico desde dentro»*, desde la perspectiva de género. Ambas concluyen que la poligamia resultaría *«uno de los modos más eficaces de reducción de la feminidad al modelo reproductor»* (*ibidem* 1988:13), pero que sin embargo la inmigración ha aportado nuevas estrategias de resistencia a las mujeres.

Efectivamente, el cambio social no sólo afecta a las mujeres soninké polígamas residentes en su contexto de origen sino también a aquellas que han migrado. Este aspecto ha sido analizado especialmente por Nicollet (1992) y Quiminal (1995:29-30). La primera nos muestra cómo, las relaciones de género sufren modificaciones relacionadas con la inmigración, encontrando las mujeres nuevos espacios de negociación gracias a factores diversos, como pueden ser la incorporación de la mujer al mundo del trabajo o las nuevas redes de relaciones sociales que se crean fuera del contexto familiar. La segunda quien considera que el cambio social derivado del fenómeno migratorio ha afectado de modo desigual a hombres y mujeres, los cuales han desarrollado estrategias familiares diferentes en base a intereses que dicha autora

considera como contradictorios. Así mientras que *«los hombres soninké se replegarían sobre sí mismos y consideran su futuro familiar en el contexto de origen (...) las mujeres ponen en marcha la solidaridad con el fin de responder a los problemas de la vida cotidiana en la sociedad de acogida»* (1995:29-30). Estrategias diferenciadas sobre las que pondremos nuestra atención en el caso de las/los inmigrantes soninké del área sanitaria de Dramané. Y que como veremos tienen una de sus principales materializaciones en la implicación diferenciada de hombres y mujeres en los procesos de salud/enfermedad de sus parientes de origen.

3.4. Los mecanismos de solidaridad-redistribución: el don y los sistemas de protección social

Hemos visto en el capítulo de marco etnosociocultural cómo el principal sector económico en la sociedad soninké actual es la inmigración, y cómo uno de los valores clave de dicha sociedad es la solidaridad. Pues bien, en la presente tesis analizaremos igualmente el modo en qué dicha sociedad distribuye y consume en el sector sanitario los beneficios producidos en inmigración, siendo determinante en los procesos de salud/enfermedad/atención de dicha comunidad la implicación solidaria de sus miembros en exilio. Para ello nos será especialmente útil la perspectiva de análisis de la Antropología Económica, área de conocimiento que se ocupa entre otros del análisis de cómo produce, distribuye, consume y acumula cada sociedad, mostrándonos en su caso cómo el intercambio de bienes y servicios, incluidos los dones relacionados con los procesos de salud/enfermedad/atención, constituyen un fenómeno estructural. Estudiaremos la naturaleza y principios que rigen dichos dones así como sus finalidades, relacionándolos igualmente con el fenómeno de la globalización y la perspectiva de género. Asimismo esta área de conocimiento nos resultará igualmente adecuada para el análisis de los sistemas de protección social que, espontáneos o institucionalizados, establece cada sociedad a fin de proteger a sus miembros, incluido en caso de enfermedad.

3.4.1. El don como fenómeno estructural

En todo momento histórico y en cada sociedad el grupo primario se ha basado para su reproducción y cohesión en los mecanismos de la solidaridad-redistribución¹⁶².

¹⁶² Siendo conscientes de la posible oposición entre las finalidades dadas por cada actor social a su participación en el intercambio de bienes y servicios así como de las interpretaciones del investigador, a nivel metodológico hemos intentado en todo momento usar el método de las miradas cruzadas con el fin de confrontar las opiniones de varios miembros de la misma red.

Así el conocido teórico anarquista ruso Peter Kropotkin (1902) llega a afirmar que si los seres humanos han sobrevivido es gracias a la solidaridad, a la ayuda mutua, al intercambio de bienes y servicios en todas las esferas de su vida cotidiana, teniendo dicho fenómeno un carácter estructural. En el caso de la sociedad soninke, analizaremos dichos mecanismos de la solidaridad-redistribución a través de los dones recibidos en caso de infortunio por los enfermos de cada concesión (*ka*)¹⁶³ de la parte de sus parientes en inmigración.

La figura clave en el análisis del don es Marcel Mauss inspirador de la antropología francesa actual. Según este autor el funcionamiento de una sociedad sólo puede ser estudiado como un todo siendo clave para ello el análisis de los dones considerados como un caso explícito de *hecho social total*. Este fenómeno que expresa todos los aspectos de la vida social, forma parte de una red de obligaciones sociales. Mauss (1960:161) descompuso el don en tres obligaciones, la de dar, la de recibir¹⁶⁴ y la de devolver, considerando que quien no respeta dicha lógica incurre en una falta social que puede ser sancionada. Recibir un don crea una obligación y esto es visto por el autor (*ibídem* 1991:240) como «*peligroso*», siendo justamente la existencia del contradon lo que le daría su carácter de hecho social total. Castel (1995:39) analiza dicha obligación en términos de generosidad obligada (1995:39) en tanto que no es fruto de «*la iniciativa personal sino efecto obligado del lugar ocupado en un sistema de interdependencia*». Dicha obligación constituye según Bruno Karsenti (1994:41) el eje en torno al cual se estructuran las relaciones de parentesco: «*La manera en la que un individuo está obligado en el régimen del don no corresponde a la obediencia de una regla, o a una pluralidad de reglas fijadas de antemano, sino al hecho de que entra en un ciclo –al modo del que entramos en una danza- toma lugar en él y se encuentra llevado por la dinámica que le anima. Que en el caso del parentesco se traduce en el ciclo de la vida con la sucesión de generaciones de un modo libre y obligatorio. El pivote de las relaciones de parentesco es la circulación intergeneracional, vertical de dones*». En el ámbito africano Rouland Louvel (1996) confirma, en su investigación en el barrio Grand Yoff de Dakar, el carácter obligatorio y peligroso del don: «*En África un don no se rechaza (...) Y aceptar regalos es a veces más problemático que hacerlos. Es la verdadera traducción de una relación de fuerzas*

¹⁶³ Consideramos a la concesión o *ka* como la unidad de análisis más pertinente al tratarse de una unidad económica básica según la clasificación que realiza Gastellu (1979) para el contexto africano, ya que se trata de una unidad familiar, que es al mismo tiempo unidad de residencia, producción, consumo y acumulación y para la que existe un término específico en la lengua local.

¹⁶⁴ Si bien la obligación de recibir es la más universal es ésta la que menor atención ha recibido de parte de los investigadores.

que no se realiza sin sufrimiento ni violencia: el hecho de que la deuda sea invisible y no haya sido recogida por escrito no la hace por ello menos presente. La gente se siente obligada en base a la deuda debido a las obligaciones que crea, y siempre en la expectativa del momento en el que deberá ser actualizada» (1996:141).

Es por todo ello que Mauss cuestiona el carácter supuestamente voluntario del don, su aparente gratuidad, deduciendo el carácter paradójico del mismo pues a pesar de ser voluntario, implica una obligación y siendo altruista supone un interés relacional (*ibídem*:254): *«Esos dones ni son libres ni realmente desinteresados; la mayoría son contraprestaciones, hechas no sólo para pagar un servicio o una cosa, sino también para mantener una relación beneficiosa que no puede suspenderse»*. Así, don e interés aparecen ligados pero no en contradicción sino como las dos caras de una misma moneda que Mauss (1924:12) califica de *«sistema de prestaciones totales»*. Louvel (1996:107) caracteriza dichas relaciones en el caso senegalés como *«cajones que pueden ser solicitados en todo momento para hacer frente a obligaciones sociales que presionan. Nuestro banco son nuestras relaciones»*.

En nuestro caso trataremos de analizar hasta qué punto los dones realizados en el ámbito sanitario por los inmigrantes del área sanitaria de Dramané, tanto los de los asentados en Bamako como los de París, tienen un carácter obligatorio, peligroso e interesado así como su relación con la red de relaciones sociales, incluido el parentesco, en las que el individuo de dicha sociedad adquiere sentido.

La naturaleza del don

Asimismo estudiaremos la naturaleza de dichos dones siguiendo de nuevo a Mauss. Este autor centró su trabajo en sociedades de Polinesia, Melanesia y Noroeste americano analizadas por otros antropólogos en las cuales el sujeto del don era la colectividad y en las que circulaban no sólo bienes sino también servicios y personas: *«Lo que se intercambia no son exclusivamente bienes y riquezas, muebles e inmuebles, cosas útiles económicamente. Son ante todo gentilezas, festines, ritos, servicios militares, mujeres, niños, bailes, fiestas» (1960:12)*. A este respecto la clasificación realizada por Godelier¹⁶⁵ (1991) resulta especialmente clarificadora. Este autor distingue tres tipos de dones: los regalos, los servicios y la hospitalidad. Los regalos son el prototipo del don, caracterizándose por su no instrumentalidad. Los servicios son realizados en nombre de la unión social y pueden incluir desde la

circulación de objetos, el préstamo de útiles, la ayuda a la hora de construir una vivienda, hasta los cuidados y acompañamiento si un miembro cae enfermo. Su circulación se rige por la necesidad del receptor y la capacidad del donador. La hospitalidad puede traducirse en la invitación a una ceremonia o ritual o en el acoger en su domicilio a otro miembro. Esta da lugar en las redes de parentesco a una circulación destacable de bienes y servicios que a menudo se desdeña. En el contexto africano Jean Marie Djibal (1975:215) señala como la hospitalidad constituye efectivamente una de las principales manifestaciones de la solidaridad, *«la cual se encuentra enraizada en la cultura africana, ofreciendo la inserción en el medio urbano una ocasión de manifestarse con gran fuerza»*. Emmanuel Seyni Ndione (1994:188-189) en su estudio de la economía urbana en África nos muestra que sin embargo la naturaleza de un don y su contradon puede variar: *«Desde el momento en el que se introducen diferencias, y la sociedad africana está llena de ellas, lo devuelto va a cambiar de naturaleza y de montante (...) Así un marabú devolverá en términos de oraciones o de bendiciones o de gris-gris o de protecciones sociales a través de las numerosas redes sociales a las que tiene acceso»*. En el caso de los soninké, y como ya evocáramos en el capítulo de marco etnosociosanitario, el don, la solidaridad se concretiza tanto en forma de regalos, servicios como hospitalidad en base a un sistema preestablecido, siendo la obra de referencia la realizada en Bamako por Daum (1998:89) quien comenta que todos los poblados soninké de la región de Kayes poseen uno o varios anfitriones en Bamako y a veces en Kayes, que ponen en práctica en medio urbano el principio de la solidaridad a través de su hospitalidad. Esto ha sido igualmente estudiado por Sylvie Bredeloup (1994) en el caso de Brazzaville, donde los soninké de Malí cuentan con una red de anfitriones que permite su instalación y posterior dedicación al comercio de diamantes.

Los principios que rigen el don

Ahora bien, el don, en cualquiera de sus formas, se ve regido por una serie de principios, para cuyo análisis nos serviremos de la clasificación establecida por el antropólogo económico sustantivista Kart Polanyi (1977). Dicho autor definió tres principios orientadores del intercambio: el de mercado, el de redistribución y el de

¹⁶⁵ Godelier conoce personalmente el contexto maliense pues trabajó en este país como experto de UNESCO estudiando las consecuencias de la economía socialista sobre el desarrollo de las comunidades rurales.

reciprocidad¹⁶⁶. El *principio de mercado* predomina en las sociedades industriales. En ellas los bienes y servicios se compran y venden buscando el máximo beneficio y el valor lo determina la ley de la oferta y la demanda. Una de sus características es la negociación. El *principio de redistribución* predomina en las jefaturas, algunos estados no industriales y en los estados con economías dirigidas. Así, los bienes, servicios o equivalentes pasan del nivel local al central. Supone una redistribución y se trata según dicho autor de un mecanismo útil de adaptación cultural ante periodos alternantes de abundancia y escasez local, como es el conocido caso del *potlach*¹⁶⁷ que une a grupos locales en una alianza y red de intercambio. Asimismo Canals (2003:78) la relaciona con «*la constitución, legitimación y mantenimiento del poder*». Es igualmente sobre este principio de redistribución sobre el que se habría construido en las sociedades del Occidente desarrollado el Estado de Bienestar, uno de cuyos pilares son los sistemas de protección socio-sanitaria que estudiaremos en el apartado siguiente y que según el mismo autor (*ibídem*:79) «*incluso los modelos más justos del Estado del Bienestar son una forma de legitimación del poder a secas*».

El *principio de reciprocidad* se da entre los forrajeros, cultivadores y pastores que viven en bandas y tribus. En ellas el intercambio se produce entre personas socialmente iguales, unidas normalmente por relaciones de parentesco, alianza u otro vínculo personal estrecho. Polanyi diferencia entre *reciprocidad generalizada, equilibrada y negativa*. La primera sería la más pura, en ella no se espera nada a cambio y se da entre personas estrechamente vinculadas. El rol jugado por el parentesco ya había sido señalado por Bronislaw Malinowski (1986), quien en su estudio del kula¹⁶⁸ entre los trobriandeses estima que ni la noción de caridad ni del don unilateral a los extranjeros es posible en las sociedades arcaicas ya que si alguien está en necesidad será ayudado por los suyos y no por un desconocido. En la línea de lo apuntado por Mauss, Sahlins (1983:212), considera que el hecho de que la reciprocidad generalizada se dé entre parientes no significa que no se espere una contraobligación sino que ésta «*no se estipula por tiempo, cantidad o calidad: la expectativa de reciprocidad es así indefinida*». Es por ello que este autor califica la

¹⁶⁶ Ya Malinowski trató de realizar una clasificación de los intercambios que existen en una sociedad tomando el ejemplo de los Trobiand que irían desde el don puro hasta el trueque puro tras negociación.

¹⁶⁷ Potlach: Ceremonia festiva de carácter competitivo y adaptante característica de ciertas tribus del Noroeste americano como los tlinkit y los haida. Estas tribus extremadamente ricas pasan el invierno en una continua fiesta que constituye al mismo tiempo la asamblea general de la tribu. Se trata según Mauss (1924:12) de un sistema característico de prestaciones totales de tipo agonístico.

¹⁶⁸ Kula: intercambio ceremonial de bienes de prestigio (collares de conchas rojas y de brazaletes) entre los trobriandeses cuyo estudio permitió a Malinowski concluir cómo la producción y la distribución en el seno de dicha sociedad son organizadas a través del parentesco.

reciprocidad generalizada de extremo solidario (*ibidem*:211). Por su lado Pierpaolo Donati (2004:237) relaciona la reciprocidad generalizada con la estratificación social: «*El desequilibrio económico es la clave del despliegue de generosidad, en el que la reciprocidad generalizada aparece como un mecanismo de arranque de la jerarquía y el liderazgo*». En relación con la hospitalidad la reciprocidad generalizada sirve de mediadora de las relaciones entre personas de distintas comunidades. Para Polanyi la reciprocidad equilibrada supone una relación más distante esperándose algo a cambio lo cual tensaría las relaciones sociales. Sin embargo Sahlins estima que «*se mantienen más fácilmente formas que tiendan a la reciprocidad equilibrada*» (*ibidem*:212-213), siendo el principio que domina en las relaciones horizontales como la amistad o la competición. En la reciprocidad negativa no hay contacto personal y la distancia social es grande, esperándose algo a cambio inmediatamente.

La preeminencia de uno u otro principio es sujeto de continuo debate en el seno de la Antropología Económica. Polanyi afirma que es el principio de la reciprocidad el que predomina, siendo tajante al respecto Alwin W. Gouldner (1979:232), quien considera la reciprocidad como la principal norma que rige la circulación de bienes y servicios en las redes de parentesco debiendo respetarse las reglas de ayudar y no perjudicar a quien te ha ayudado. Menéndez (1984:91) considera el principio de la reciprocidad como un hecho cultural universal como puede serlo el tabú del incesto y siguiendo las citadas normas de Gouldner, estima que lo importante no es lo que se da y devuelve sino el hecho de poder estar en disposición de dar y devolver. Otros autores consideran que si bien la reciprocidad existe, el don no es un modelo de reciprocidad o equivalencia ni siquiera a largo plazo. Así Janet Finch y Julia Mason (1993) aluden a la existencia de miembros de la sociedad que son donantes netos y otros receptores netos, es lo vienen a denominar «*net givers*» y «*net receivers*». De modo que cuanto más nos alejamos de la reciprocidad el don se transformaría en relación de hegemonía. A este respecto Canals (1992:33) distingue entre la reciprocidad horizontal y vertical. La primera «*es la que se da entre iguales (...)* La reciprocidad, sin embargo no tiene por qué ser siempre simétrica e igualitaria. De hecho en nuestras sociedades es mucho más frecuente que se presente con diversos grados de asimetría y de desigualdad, reforzando relaciones de poder o dependencia». En el seno de dichas sociedades europeas en las cuales residen los inmigrantes soninké, el principio de redistribución ha sido cuestionado por la profunda crisis en la que se encuentra sumido el modelo de Estado de Bienestar. Así dicho autor (*ibidem* 1996:43) comenta que: «*La crisis de este último, verdadero fantasma del*

fin del milenio en Europa, pone otra vez en primer plano a la reciprocidad en la medida en que se cuestiona a la redistribución como concepto principal de las estrategias asistenciales y a la intervención del Estado como principio rector de la misma».

En el caso africano, la circulación de los dones en la época contemporánea así como los principios rectores de la misma han sido especialmente estudiadas por Louvel (1996:104), quien considera que en las mismas coexisten lo que este autor denomina «*una circulación horizontal a través de redes sociales*» regida por el principio de reciprocidad, y «*una circulación vertical a través de mecanismos de la redistribución que sigue las reglas del clanismo y el clientelismo (...) a la vez que compensan y refuerzan las desigualdades que derivan de una fuerte jerarquización de la sociedad*» (ibídem:109). En lo que respecta a la sociedad soninké, la obra clave en el análisis de los principios que rigen el don es la ya citada monografía de Pollet y Winter (1978:349). Estos autores han aplicado la tipología de Polanyi en su estudio sociológico del sector de subsistencia en la región histórica del Dyafunu y en especial a su análisis de las relaciones de producción sustentadas en la esclavitud. El principio que regiría el proceso completo de producción y distribución sería el de redistribución según el cual se distribuye la producción dando a cada miembro del grupo doméstico o *ka* en función de su posición en la jerarquía social considerando estos autores «*innecesario insistir en la orientación desigual de este modelo que otorga a la persona investida con una autoridad el control social sobre toda la vida económica de la familia*». Sin embargo en caso de necesidad, «*de déficit, emerge un sistema subsidiario dependiente del principio de reciprocidad por el que daría a cada miembro en función de sus necesidades*».

Así en el ámbito de los procesos de salud/enfermedad/atención, estudiaremos cómo el grupo primario, en nuestro caso las concesiones soninké, ponen en práctica dichos principios a través de los dones individuales de los inmigrantes o la solidaridad colectiva organizada en cajas de solidaridad y/o asociaciones, existentes tanto en el poblado como en exilio. La finalidad de dichos dones será igualmente analizada.

Las finalidades del don: el reconocimiento individual, la reproducción y la cohesión social

La antropología económica nos muestra cómo a nivel individual una de las principales finalidades del don es la búsqueda del reconocimiento social por parte de las personas implicadas así como el mantenimiento de su honor. Uno da bienes y/o servicios recibiendo a cambio reconocimiento social. En este sentido Mauss

(1924:114) comenta: *«Dar es manifestar su superioridad, ser el que más, el magíster, aceptar sin devolver o devolver sin dar más es subordinarse, volverse cliente y servidor, transformarse en el pequeño, en el de más abajo: minister»*. Es por todo ello que es necesario que los dones sean públicos, ocurran delante de la comunidad. Un claro ejemplo nos lo da dicho autor en su ya citado análisis del ritual mágico del *kula* estudiado por Malinowski (1986), en donde el donante busca ante todo su reconocimiento social como superior, donde el beneficio se redistribuye y trasforma en prestigio: *«Ser el primero, el más guapo, el más afortunado y el más rico, eso es lo que se busca. Más tarde el jefe confirma su maná redistribuyendo a sus vasallos, dependientes, parientes, lo que acaba de recibir; mantiene su rango entre los jefes dando braceletes contra collares, hospitalidad contra visitas... En este caso la riqueza es tanto un medio de prestigio como una cosa útil»* (1924:115). A este respecto resulta interesante el análisis realizado en Bamako¹⁶⁹ por Etienne Gerard (1994:32) quien pone de manifiesto cómo el don es el signo de reconocimiento social por excelencia: *«Aquí, cuando no puedes dar algo a alguien no tienes importancia. Incluso tus hermanos pequeños no te respetan. Un tipo pobre no vale nada, es un caso perdido»*. En su estudio de la etnia soninké Meillassoux (1977:156) comenta que *«el que da adquiere una imagen revalorizante, donde se mezclan generosidad y éxito, siendo la capacidad de redistribuir una manifestación del poder: dar no es signo de generosidad necesariamente, sino sobre todo la activación social de los bienes que actúan como medios de reproducción social»*. En relación con este aspecto se encuentra la existencia de la citada tendencia al exceso e incluso a la dilapidación, de cuyo estudio se han dedicado diversos antropólogos siendo el ejemplo más conocido el citado caso del *potlach*. Ésta supone alejarse de las reglas de justicia, como suele ser el caso de los regalos y la hospitalidad, existiendo individuos que tienen la fama de grandes dadores de regalos, dejando traslucir lo que autores como Georges Bataille (1967) han venido a denominar el principio de exceso.

Pero la finalidad de los dones no es únicamente individual sino también colectiva. La sociedad trata a través de ellos de reproducirse, de mantener la jerarquía social. Así Jean Baudrillard (1976:8) señala que en las que él denomina sociedades primitivas *«el consumo de bienes no responde a una economía individual de las necesidades, sino que es una función social de prestigio y de distribución jerárquica (...) Es en suma una institución. Es así necesario que los bienes y objetos sean producidos e intercambiados (a veces bajo forma de dilapidaciones violentas) para que*

¹⁶⁹ Y otras urbes Africanas.

una jerarquía social sea manifiesta y reproducida». Esta búsqueda de reconocimiento individual y al mismo tiempo de afianzamiento de los pilares de la organización social ha sido analizada en el caso de los grandes comerciantes del África Occidental, entre los cuales se situarían los soninké, por Emmanuel Gregoire y Pascal Lavazee (1993:91) quienes comentan que *«la riqueza se legitima y no tiene interés social que si cada uno redistribuye una parte y lo puede exhibir de modo a inscribir su estatus en la jerarquía social»*.

La Antropología económica nos muestra igualmente cómo las sociedades buscan al mismo tiempo maximizar los beneficios producidos pudiendo dedicar sus miembros parte de su tiempo y energía a construir un fondo de subsistencia que permite su reproducción. Este puede tomar diversas formas como puede ser la acumulación que en el caso soninké y, como vimos en el capítulo de marco etnosociocultural, no sólo se refiere al dinero sino que también acumulan bienes como animales, joyas e incluso relaciones sociales. Respecto a las prácticas de ahorro de sus parientes inmigrantes en Francia resulta clave el monográfico realizado en 1997 para la DPM-Dirección de Poblaciones y Migraciones por Blion y Verriere (1998), y Blion y Witeska (1998). Autores ya citados, como Quiminal (1991) y Daum (1993), habían analizado anteriormente este aspecto desde una perspectiva antropológica llegando a la conclusión de cómo una buena parte de los envíos se dedican a gastos ostentatorios que otorgan prestigio necesarios para la reproducción social.

Pero el don busca no sólo la reproducción sino también la consecución de *la cohesión social*, pues cómo bien comenta Richard Titmus (1972:73) su finalidad es la unión: *«¿Porque damos?... Para unirnos, para permanecer unidos a la vida, para hacer circular las cosas en un sistema vivo, para romper la soledad, formar parte de la cadena de nuevo, transmitir, sentir que no se esta sólo que se forma parte un conjunto mas vasto»*. Se trata de una experiencia donde la sociedad es vivida como comunidad, en la cual ésta experimenta sus fundamentos y que ayuda a que las poblaciones se adapten a sus entornos, se integren a los mismos. Sin ella los individuos corren el citado riesgo de la desafiliación entendida, siguiendo a Castel (1995:15), como aquel riesgo que surge *«cuando el conjunto de relaciones de proximidad de un individuo sobre la base de una inscripción territorial, que es la familia y la sociedad, no puede reproducir su existencia ni asegurar la protección a sus miembros»*. Para Sahlins (1983) el equivalente primitivo del contrato social no es el Estado sino el don, que aparece como el recurso primitivo para lograr la paz, la cohesión social en definitiva. Así Donati (2004) afirma que el don en vez de limitar al

individuo, de coartar su identidad, la desarrolla, siendo un ejemplo de experiencia de la pertenencia comunitaria que lejos de limitar la persona, al contrario la amplifica. Sin embargo Karsenti (1994:41) considera que la experiencia del don no es vivida sin conflicto pues materializa la tensión entre el individuo y la sociedad, entre la libertad y la obligación, siendo el riesgo del don identitario.

El don y la globalización

Ahora bien los dones circulan no sólo en el interior de una comunidad dada, sino que en la época actual se encuentran inscritos en el seno de la economía-mundo, siendo parte del fenómeno más global de la globalización. Resulta interesante a este respecto señalar cómo la antropología económica no se ha preocupado más que recientemente por la relación del don con dicho fenómeno. Así en el Occidente desarrollado asistimos en la actualidad a un florecimiento de las asociaciones y las ONG, que suponen una actualización del don así como su mundialización. Algunos autores califican estos dones como dones en su estado puro, pues son unilaterales, y al contrario que en el parentesco no están fuertemente influenciados por la relación, por los lazos primarios, considerando que bajo su apariencia libre y gratuita se esconden intereses y obligaciones económicas. Este sería igualmente el caso de los dones realizados en relación con los procesos de salud/enfermedad/atención por los inmigrantes soninke a sus parientes en el contexto de origen, a los cuales hemos visto se unen los provenientes de las ONGs, poderes públicos y/o organismos internacionales.

Otro aspecto fundamental de dicha implicación solidaria a analizar, es el rol que están jugando los actores de la solidaridad como vehículos de transmisión de concepciones y valores occidentales, incluida la medicalización, que según Serge Latouche (1992:68) puede considerarse una nueva forma de colonización y dependencia que puede llevar en vez de la reproducción y cohesión de dichas sociedades a su destrucción: *«Mas que por el mercado es por los dones no rendidos que las sociedades dominadas acaban identificándose con Occidente y pierden su alma»*.

3.4.2. La protección social en el ámbito sanitario: los sistemas populares de protección y los sistemas públicos

Acabamos de ver cómo toda sociedad, con el fin de asegurar su reproducción y cohesión social, utiliza diversos mecanismos de respuesta que facilitan la protección

de sus miembros, incluida la sanitaria. Esto se realiza a través de mecanismos tradicionales como el citado don o bien a través de mecanismos propios de la modernidad como el desarrollo de los sistemas de protección y seguridad social en el seno del, ahora en crisis, Estado de Bienestar. En el caso maliense el autor clave, aun cuando no se haya centrado en las comunidades soninké sino en la sociedad urbana de Bamako, es el ya citado Vuarin quien en su obra *«Un système Africain de protection sociale au temps de la mondialisation»* (2000) ejemplifica la evolución de la protección social, incluida la sanitaria, en los países en vías de desarrollo africanos, mostrándonos cómo la responsabilidad recae principalmente sobre la sociedad civil aun cuando haya un cierto desarrollo de la implicación estatal, y de las organizaciones económicas y religiosas. La implicación de la sociedad civil es denominada por dicho autor como «sistemas populares de protección». Vuarin (1993:301) señala las principales características de estos sistemas populares, que estudió a través del análisis de las múltiples ceremonias que salpican la vida cotidiana de Bamako: bautismos, matrimonios, funerales: *«La solidaridad popular africana permite sin duda afirmar que es muy general (todo el mundo esta integrado en uno u otro colectivo), muy vivaz (colectivos nuevos emergen continuamente) y muy selectiva (la solidaridad es activa en el seno del colectivo pero no respecto a los extranjeros) con los que no se comparte los criterios comunes de identidad y por consecuencia de inserción. Es integradora y excluyente»*. Respecto a su eficacia, este autor (*ibídem*:312-3) considera que: *«Hay un neto paralelismo entre nivel de ingresos, tamaño de la red social, riqueza de sus miembros y eficacia de este tipo de cobertura. La conclusión es clara: las personas con medios están bien protegidas, los pobres muy mal y no pueden contar más que con redes estrechas y poco afortunadas incapaces de movilizar de modo imprevisto una suma importante»*. Estos sistemas populares serían reproducidos en situación de inmigración, siendo clasificados por Blion y Verriere (1998:10) en tres tipos: grupos de autoayuda, *tontines*¹⁷⁰ y grupos de desarrollo local en el país de origen¹⁷¹ o asociaciones. Respecto a las *tontines* sin embargo Jean-Francois Werner (1996:385) considera que *«las sumas movilizadas por esta forma popular de ahorro, muy corriente en África del Oeste, son raramente consagradas a gastos de orden terapéutico»*.

¹⁷⁰ Las *tontines* son fondos de ahorro con un orden de reembolso rotatorio preestablecido y revisable. Se organizan entre personas de condición similar (estudiantes, trabajadores, comerciantes, mujeres) y se adaptan a sus necesidades.

¹⁷¹ Nosotros hemos optado por denominar dichos grupos como asociaciones de inmigrantes.

La obra de referencia en lo que respecta la implicación solidaria de los inmigrantes soninké a través de las asociaciones la constituye el estudio de Daum (1993, 1995, 1998), realizado en 1991 con ciento cinco asociaciones de inmigrantes del valle del Senegal que provenientes de 100 poblados (40 de Malí, 40 de Senegal y 20 de Mauritania) residen en París, la región parisina y la provincia de la Seine-Maritime. Este autor no sólo nos demuestra la dependencia de los poblados respecto de los inmigrantes sino también el dinamismo de dichas asociaciones así como su aislamiento. Autores como Dembele (1993), Diarra (1998) y Keita (1996) y han analizado igualmente el rol de los inmigrantes como agentes de codesarrollo. Resultan especialmente interesantes para establecer la pertinencia de nuestra investigación las conclusiones a las que llega Keita (1996) en su análisis sobre el impacto de las acciones de desarrollo de los inmigrantes en la región de Kayes, incluidos los de carácter sanitario aquí en estudio. Este autor considera que la mayoría de dichas acciones han fracasado porque no han tenido en cuenta la realidad sociocultural de su contexto de actuación así como la gran movilidad de los soninké.

Los *sistemas públicos* de protección social son definidos por Vuarin (1993:300) como *«una máquina para socializar los gastos de salud, éstos no son asumidos individualmente y poco a poco por cada enfermo que gasta lo equivalente a su consumo médico sino por un colectivo que reparte en función de las necesidades de cuidados de algunos de sus miembros un recurso financiero global generado por cotizaciones permanentes»*. Elena Rodríguez (2004:25-30) clasifica los sistemas de protección-seguridad social en tres modelos: el modelo liberal de seguros privados, el de seguridad social y el de servicio nacional de salud. *El modelo liberal de seguros privados* se caracterizaría por la no intervención del estado (excepto para los casos de indigentes), el acceso a los servicios a partir de la contratación de pólizas privadas reguladas por las leyes del mercado coexistiendo una financiación pública y privada. *El modelo de seguridad social* se caracterizaría por un sistema de seguros obligatorios con cobertura asociada a la actividad productiva, regulada por el Estado el cual ejerce una función tutelar sobre la Seguridad Social así como por cubrir prácticamente toda la población. Las principales características del *modelo de servicio nacional de salud* serían la cobertura universal financiada con los presupuestos del estado, los principios de universalidad, equidad, integridad que garantizan el acceso a todos los servicios así como una atención individual, colectiva y medioambiental que abarca la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Castel (1995:12) nos advierte que su desarrollo ha sido posible que recientemente y sólo en las sociedades del Occidente

desarrollado debido a que presupone *«la consolidación de la condición salarial»*. Y cómo éstos vienen a *«suplir de modo organizado, especializado, las carencias de la sociabilidad primaria existentes en las mismas»*. Su objetivo sería como en el caso de los sistemas populares de protección *«el impedir su desafiliación»* (ibídem:43). En la época actual de crisis del sistema de protección social no es de extrañar, como señala Canals, *«que la ofensiva neoliberal contra el welfare state vaya acompañada de un rebrote de la ideología familista más tradicional»* (1996:46). En la misma línea, Vuarin (1993) preconiza para el caso maliense que la extensión progresiva del aparato de la seguridad social, alentada por la OIT, *«no es practicable en África del Oeste por una razón principal: depende de la extensión del asalariado, extensión que no se constata y que no parece razonable pronosticar en un futuro próximo»* (1993:299-300).

El grado de desarrollo de uno y otro sistema en una sociedad dada, incluida la soninké dependerá de factores diversos como *«el nivel de desarrollo económico y social, la estructura social propia de cada momento histórico, los valores culturales dominantes, el concepto vigente de medicina o la valoración social de los profesionales sanitarios y del enfermo»* (Canals 1996:46). Así mientras que en las sociedades Occidentales, como la nuestra o la francesa, la solidaridad está ligada al Estado de una parte y de otra a la responsabilidad individual, para los soninké la solidaridad está ligada a su familia, su poblado, su región. De ahí que el estudio de dichos elementos en el seno de la sociedad soninké será fundamental. Su análisis nos guiará en la comprensión de los mecanismos de protección sociosanitaria existentes en la sociedad soninké y cómo ello se articula en situación de migración.

3.4.3. Los mecanismos de solidaridad-redistribución y el género

Ya Weiner (1977, 1983) en su análisis de la obra de Malinowski critica a éste el no haber prestado la debida atención a los dones femeninos, afirmando que el papel de las mujeres debe ser considerado como un factor que determina de forma decisiva la estructura de la sociedad, ya que en el caso de la sociedad trobriandesa la esfera del poder de las mujeres que se relaciona con la reproducción de la vida coinciden con los intereses vitales de mujer y hombre. En nuestro caso trataremos de analizar el don desde una perspectiva de género, lo cual supone no sólo prestar atención a cómo se dividen sexualmente los intercambios de dones y contradones en el seno de la sociedad soninké, sino también cuáles son las obligaciones de cada sexo así como los discursos, opiniones y prácticas que les acompañan. Un ejemplo de análisis de la reciprocidad desde la perspectiva de género en el contexto de un país en vías de

desarrollo nos lo ofrece Cristina Larrea (1995) en su trabajo en Guayaquil quien nos muestra como los intercambios de bienes y servicios en el seno del grupo doméstico contribuyen a la construcción social del género. Por su parte Godbout (1992) ha analizado la relación existente entre don y mujer considerando que existe una relación particular entre ambos en todas las sociedades en base a la división sexual existente, incluidas las sociedades del Occidente desarrollado. Un ejemplo de ello sería la feminización del voluntariado.

En el caso de las mujeres soninké, el análisis de su implicación solidaria ha sido realizado por parte autores como Timera (1997) o Quiminal (1995, 1996) a través del estudio del asociacionismo en contexto de inmigración. Ésta última autora comenta cómo las asociaciones de mujeres inmigrantes tienen objetivos *«a la vez contradictorios y complementarios con las de los hombres. Mientras que para éstos «se trata de redefinir el marco de una ciudadanía que se actualiza sobre un espacio recompuesto: Francia y Malí, de participar a las transformaciones económicas y políticas que vive su región de origen, valorizando al máximo su movilidad. Las preocupaciones de las mujeres manifiestan sin embargo una voluntad de conquistar un nuevo espacio local urbano, espacio de residencia. Y al mismo tiempo construyen las bases necesarias para un cambio de estatus a la cual aspiran»*. Sin embargo no se ha encontrado ningún documento que analice dicha implicación asociativa femenina en el ámbito de la salud.

Y es así que en base a los conceptos, postulados y teorías claves hasta aquí expuestas interpretaremos los datos con los que hemos trabajado. Pero previamente a su análisis resulta imprescindible presentar los objetivos e hipótesis que han guiado nuestra investigación así como las estrategias metodológicas y técnicas que hemos empleado para su consecución.

Capítulo Cuarto

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

Como ya hemos señalado, la problemática a investigar en esta tesis es cómo la población soninké de la región de Kayes (Malí) se sirve de la medicalización para regular el cambio social producido por las migraciones. Investigación que nos habría de llevar a desvelar el uso social que los inmigrantes soninké y sus parientes en el contexto de origen, dan a su implicación solidaria en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes. Recordemos que fue el ya citado periodo preliminar (1998-2001) de la investigación lo que nos permitió la correcta delimitación de la problemática a estudiar en la que iba a ser nuestra tercera estancia en el terreno (2002-2004). Esto fue debido no sólo a que, tanto en el área metropolitana de París como en Malí habíamos conseguido establecer una amplia red social en el seno de la comunidad soninké, sino también porque nuestro trabajo de campo y de documentación nos evidenció la pertinencia, interés y posibilidad de nuestra investigación. A ello vino a unirse el hecho de que la paralela y progresiva construcción del marco teórico-conceptual nos iba a permitir objetivar dicha problemática de un modo adecuado para su análisis. Por todo ello durante los seis primeros meses de nuestra estancia en Malí (enero-junio 2002), nos concentramos no sólo en la consolidación de nuestra acogida institucional sino especialmente en el establecimiento del protocolo de nuestra investigación estableciendo los objetivos, hipótesis y metodología de la misma en colaboración con el ya citado Dr. Kanté, nuestro responsable en el seno del INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública.

Ahora bien, el haber elegido un objeto de estudio y una problemática como los evocados, optando por abordarlos desde el marco teórico-conceptual anterior, nos ha llevado a situarnos desde una perspectiva holística y relacional a la hora de establecer dicho protocolo, en donde hemos tenido en cuenta tanto el nivel estructural, como el histórico o el simbólico. Así hemos partido de una concepción de la cultura soninké como una cultura en cambio continuo. Cambio que como hemos visto se debe a la articulación, en un momento histórico concreto, de diferentes procesos políticos, económicos, culturales y/o sociales, entre ellos la inmigración y la medicalización. Esta sociedad está constituida por individuos, por actores sociales, a los que hemos querido dar una voz preponderante en la presente tesis eligiendo en base a ello las estrategias metodológicas y las técnicas de investigación a emplear. Estos actores sociales no sólo se ven sumidos «*en la rueda imparable del devenir de su sociedad*», a «*la necesidad de emigrar*», en la obligación de «*ser solidarios*», de implicarse en los

procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes, sino que con sus percepciones, prácticas y discursos se apropian del cambio social producido por la inmigración, regulándolo a través de la medicalización y permitiendo con ello la reproducción de su sociedad en plena transformación.

4.1. Objetivos e Hipótesis

Para la correcta comprensión y análisis del objeto y problemática de estudio de nuestra investigación se establecieron los siguientes objetivos e hipótesis:

OBJETIVO PRIMERO:

Analizar el impacto del contexto internacional (políticas de ajuste estructural, donaciones y proyectos de las agencias, países donantes y ONGs) sobre el desarrollo del sistema sanitario maliense.

OBJETIVO SEGUNDO:

Conocer el grado de desarrollo del sistema sanitario maliense y el impacto de la inmigración sobre el mismo.

OBJETIVO TERCERO:

Establecer la accesibilidad geográfica, financiera y cultural de los centros de salud comunitaria y de los medicamentos genéricos en la zona soninké en estudio.

OBJETIVO CUARTO:

Mostrar cómo en la utilización de los servicios sanitarios y de los medicamentos genéricos influyen factores relacionados con el contexto sociocultural de la sociedad de origen de los enfermos.

OBJETIVO QUINTO:

Contribuir al conocimiento cualitativo del fenómeno migratorio así como de los cambios que éste provoca en las comunidades de origen y de cómo éstos son manejados a través de la medicalización.

OBJETIVO SEXTO:

Analizar el fenómeno de salto de nivel en la pirámide sanitaria maliense protagonizado por los parientes de inmigrantes soninkés.

OBJETIVO SEPTIMO:

Analizar los itinerarios terapéuticos de los enfermos y enfermas soninké así como el impacto de la inmigración sobre los mismos.

OBJETIVO OCTAVO:

Entender los usos sociales de los itinerarios terapéuticos de los enfermos soninké con parientes en inmigración desde una perspectiva de género.

OBJETIVO NOVENO:

Estudiar el impacto de la inmigración sobre las concepciones que sus parientes en el contexto de origen tienen sobre las prestaciones que debe ofertar el sistema sanitario en cada nivel de la pirámide sanitaria, sobre la participación comunitaria y sobre los medicamentos genéricos.

OBJETIVO DECIMO:

Comprender los usos sociales en función del género de la implicación individual y colectiva de los inmigrantes, tanto de los de Bamako como de los asentados en Francia, en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes en el contexto de origen.

Asimismo se formularon las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS PRIMERA:

La medicalización en la Región de Kayes (Malí) se ve favorecida por factores tanto externos como internos. A nivel externo por el contexto internacional y nacional. A nivel interno por su propia estructura social, su sistema cultural y sus rivalidades internas. Una de las formas en las que se expresa dicha medicalización es el fenómeno de salto de nivel en la pirámide sanitaria. Los CSCOM-Centros de salud comunitarios y los CSREF-Centros de salud provinciales son poco frecuentados, mientras que los hospitales de tercer nivel y clínicas privadas de la capital presentan un alto índice de afluencia de miembros de la etnia soninké, minoritaria en el país¹⁷².

HIPÓTESIS SEGUNDA:

Debido a este fenómeno de salto de nivel, el sistema sanitario maliense, que cuenta en la región de Kayes con uno de sus más elevados desarrollos, ve amenazada su continuidad. Si bien en el área sanitaria en estudio (área sanitaria de Damané) se cumplen las condiciones de accesibilidad geográfica, financiera y cultural, la afluencia es discreta. Ello se ve favorecido por la confrontación entre dos concepciones diferentes (la de la población y la del sistema sanitario maliense) respecto a las prestaciones que debe ofertar cada nivel de la pirámide y a la participación comunitaria.

¹⁷² Como ya dijimos en el capítulo de marco etnosociocultural, en Malí pertenecen a esta etnia unos 839.000 habitantes que supone aproximadamente el 8.37% de la población nacional.

HIPÓTESIS TERCERA:

El CSCOM-Centro de salud comunitario y un uso concreto del medicamento estarían sirviendo para regular los cambios sociales existentes en el seno de esta sociedad en plena mutación. Así, la medicalización está siendo instrumentalizada por la comunidad para manejar el cambio derivado de la inmigración. A su vez, las rivalidades existentes en el sistema son gestionadas a través de una demanda creciente de tecnología y especialidades médicas.

HIPÓTESIS CUARTA:

Los procesos de salud/enfermedad/atención están permitiendo a los soninké manejar las desigualdades del sistema, actualizar las relaciones de poder y la aplicación del principio de reciprocidad. De igual modo permiten catalizar valores clave como el prestigio y el gusto por la ostentación.

HIPÓTESIS QUINTA:

La inmigración ha desafiado la estructura tradicional soninké. Las relaciones de poder y jerarquías se han visto alteradas y los procesos de salud/enfermedad/atención son utilizados como factor de equilibrio y de reestructuración de las relaciones de hegemonía y subalternidad existentes en su sistema social.

Los inmigrantes, tanto de Bamako como los asentados en Francia, en riesgo de desafiliación, utilizan su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes como medio privilegiado para mantener su cohesión social con la comunidad de origen. Les sirve igualmente como medio de integración en la sociedad de acogida. Asimismo, actualizan en el medio urbano el principio de reciprocidad que rige en esta sociedad el intercambio de bienes y servicios en el seno de los procesos de salud/enfermedad/atención, movilizando gracias a ello las redes sociales tradicionales. Bajo una apariencia de cooperación, se gestionan relaciones sociales de carácter conflictivo. A su vez dichos inmigrantes están favoreciendo la medicalización a través del rol que están jugando como sistemas de protección social.

HIPÓTESIS SEXTA:

Dentro de este sistema poligínico las esposas soninké cuyos maridos han emigrado a Francia utilizan la enfermedad y el sistema médico, a través del fenómeno del salto de nivel y de la elección del itinerario terapéutico, como lugar de resistencia frente a su posición de subalternidad en la estructura social y en las relaciones de género y frente al control social, familiar, económico y sexual al que se ven sometidas.

El haber elegido investigar dicha problemática, desde el citado marco teórico-conceptual, en función de los objetivos señalados, y en base a estas hipótesis, no es neutro sino que efectivamente condiciona tanto las estrategias metodológicas a emplear como las técnicas de investigación.

4.2. Estrategias metodológicas y técnicas de investigación

En la presente investigación hemos optado por valernos de la metodología cualitativa, propia de la Antropología Socio-cultural¹⁷³ y por tanto de la Antropología de la Medicina. Recordemos que ésta se apoya en el análisis cualitativo de los datos recogidos sobre el terreno gracias a una muestra restringida de la población en estudio, siendo sus técnicas clave las entrevistas, las historias de vida y la observación participante. En base a ello la Antropología de la Medicina va a trabajar desde una interpretación de dichos datos en relación al contexto micro y macrosocial.

Desde este enfoque cualitativo hemos elegido a nivel estratégico implicar a lo largo de toda la investigación a los actores sociales de la comunidad en estudio, tanto en el proceso de investigación como en el uso del conocimiento. Así las perspectivas no profesionales aparecen como relevantes para el análisis de los datos obtenidos durante el trabajo de campo. Son los actores sociales quienes protagonizan nuestra investigación, siendo sus discursos los que van a llevar el hilo de la presentación de los resultados obtenidos. Pero en todo momento sus discursos han sido confrontados y complementados con los datos de nuestra observación y con los recogidos gracias a fuentes bibliográficas diversas. Ya Malinowski (1986:21) apuntaba que *«una fuente etnográfica tiene un valor científico incuestionable siempre que podamos hacer una clara distinción entre, por una parte los resultados de la observación directa y las exposiciones e interpretaciones del indígena, y por otra las deducciones del autor»*. Por otro lado hemos tratado de ser flexibles, evitando focalizarnos únicamente en los datos que podían corroborar nuestras hipótesis. Como recomiendan Steven Taylor y Robert Bogdan (1986) se ha dado a los actores sociales vía abierta para describir lo que ellos estimaban importante en cada aspecto de la realidad tratada, considerando toda información aportada por los mismos como válida, siempre y cuando se contextualizara. Así, nuestra escucha ha intentado ser en todo momento *«activa y*

¹⁷³ Los métodos cualitativos no son monopolio de la Antropología sino que como nos comenta Frances Baum (1997:185) al analizar su importancia en el ámbito de la Salud Pública, éstos *«derivan de múltiples disciplinas y de por lo menos veinte o más tradiciones diversas. Por ejemplo, la etnografía, la fenomenología, la etnometodología, el interaccionismo simbólico, la investigación operativa y la investigación acción, por nombrar sólo unas cuantas»*.

metódica», intentando evitar tanto el dirigismo como el abandono, siguiendo así la recomendación metodológica dada por Pierre Bourdieu (1993:906).

Anteriormente hemos señalado que, gracias a nuestro trabajo previo en París así como a nuestras dos estancias anteriores en Malí pudimos conformar una red social que nos habría de facilitar enormemente el trabajo de campo posterior. Esta red social situada tanto en Malí (Bamako, Kayes, área sanitaria de Dramané) como en Francia (área metropolitana de París) se compone tanto de miembros de la comunidad en estudio, cómo de profesionales socio-sanitarios e investigadores, sin cuya colaboración la presente investigación no habría podido realizarse. Gracias a dicha fase previa pudimos tejer con los diferentes actores sociales relaciones de calidad basadas en la confianza, la colaboración y el respeto. Recordemos así que gracias a la colaboración del Dr. Kanté pudimos desarrollar nuestra investigación en el seno del departamento de Salud Comunitaria del INRSP-Instituto de Investigación en Salud Pública en donde trabaja dicho sociólogo de la salud. Fue asimismo su colaboración la que nos permitió establecer las estrategias metodológicas y técnicas de investigación a emplear para mejor recoger y contextualizar el discurso de los actores sociales así como elegir los escenarios de nuestra investigación.

4.2.1. La importancia de la oralidad

Una metodología que opta por un enfoque cualitativo encuentra en las citadas técnicas tradicionales de la antropología (entrevistas, historias de vida y observación participante) un instrumento adecuado para entender la realidad «desde dentro». Así que, fue a partir de los *testimonios y de las historias de vida de los inmigrantes* con los que trabajábamos en París, así como de los datos obtenidos durante el trabajo de campo realizado en Malí en nuestras dos estancias previas (1999 y 2001), que tuvimos conocimiento de la problemática de estudio¹⁷⁴.

El protagonismo dado en la presente investigación a los actores sociales se traduce en la preeminencia acordada a las *entrevistas e historias de vida*. Esto se debe no sólo al citado hecho de ser dos de las técnicas más características de la Antropología, sino también a su especial adecuación con la idiosincrasia de nuestros interlocutores que proceden todos ellos de una cultura basada en la oralidad y aun

¹⁷⁴ Asimismo dicha fase previa de recopilación de datos resultó imprescindible para la correcta formulación de la presente investigación, ya que al trasladarnos a una sociedad y culturas diferentes estábamos obligadas a comenzar por una observación simple, no pudiendo definir la problemática hasta no haber alcanzado un mínimo de conocimientos que dicho trabajo de campo previó nos aportó. Recordemos cómo el trabajo de campo transformó nuestra área de estudio del campo educativo al sanitario.

cuando en algunos casos sus culturas profesionales (marabúes, agentes sociosanitarios, investigadores) se valgan de la palabra escrita. Estas técnicas que permite una mayor fluidez al discurso, van en concordancia con las formas de expresión del pensamiento africano, en donde la palabra es protagonista. Así lo ilustra una máxima pronunciada por el maliense Amadou Hampate Ba (1972:21) en la UNESCO: «*En África cuando un viejo muere, una biblioteca arde*». Nuestros interlocutores, en su mayoría analfabetos, se valen de la oralidad como principal medio de comunicación pudiendo considerar como comenta el lingüista Claude Hagege que «*la lengua se presenta como un espacio de apropiación simbólica a través de la cual el enunciante vive su relación con el grupo*» (1985:288). A ello se une el hecho de que profesan una religión, el Islam, que da gran importancia a la oralidad y en donde el aprendizaje se basa en la repetición mimética de los contenidos. En todo momento se intentó que los encuentros se desarrollaran en un clima de confianza, lo cual fue facilitado no sólo por nuestra relación previa sino también cómo veremos por nuestra presencia constante en el terreno. Esta presencia nos ha permitido entablar numerosas *conversaciones informales* con los diferentes actores sociales creando nuevos puentes de comunicación y un mayor grado de confidencialidad.

A la hora de recoger el discurso de nuestros interlocutores¹⁷⁵ hemos optado por realizar numerosas *entrevistas semidirectivas* en base a una serie de guiones¹⁷⁶ preestablecidos pero respetando siempre la diversidad de situaciones personales de los informantes (233 en total)¹⁷⁷ y del devenir de su discurso. Esta técnica nos ha permitido añadir aspectos que fueron surgiendo sobre la marcha, intentando en la medida de lo posible adoptar el punto de vista del informante. La relación de actores sociales entrevistados se presenta en la tabla XXII.

Las *entrevistas en grupo* han sido igualmente utilizadas, aunque de modo más limitado, ya que permiten multiplicar la información, y llevan en muchos casos al debate. Nuestro rol de entrevistadora se ha centrado en dicho caso en el de coordinar con el fin de evitar confrontaciones entre los participantes.

¹⁷⁵ Su desglose por escenario, en función del sexo y clase social se presenta en el anexo 1.

¹⁷⁶ Los guiones de entrevista utilizados se presentan en el anexo 2.

¹⁷⁷ Sin incluir los 22 actores sociales entrevistados en el escenario-test de Yoroso.

Tabla XXII: ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS

TIPOLOGIA/ESCENARIO	Bamako	Kayes	Dramané y Tres Makhaná	París	Total
Enfermos	34	1			35
Anfitriones, jefes de concesión	9	1	20		30
Inmigrantes		1	1	10	12
Agentes sociosanitarios	21	10	5		36
Miembros del comité de gestión del CSCOM			5	2	7
Asociación de mujeres			8		8
Personas-recurso relacionadas con el salto de nivel	5	2			7
Personas-recurso relacionadas con la descentralización y la cooperación		3			3
Otras personas-recurso		1	92	2	95
TOTAL	69	19	131	14	233

Por otro lado, las *entrevistas en profundidad* nos han permitido, como su nombre indica, profundizar sobre diversos aspectos preestablecidos en función de las necesidades de cada momento de nuestra investigación que serán especificados en cada caso concreto. Esta técnica se ha traducido en la realización de «reiterados

encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen éstos respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas (...) El rol implica no sólo obtener respuestas, sino aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas» (Taylor y Borgman 1986:101). En dichos encuentros «cara a cara» nos hemos situado en una relación «de tú a tú» lejos del estandarizado esquema en el que una persona hace preguntas y otra las responde. Respecto a la muestra a entrevistar, en cada escenario hemos buscado que ésta sea variada y heterogénea con el fin de poder recoger vivencias de distinta índole, evitando la repetición excesiva de experiencias similares. Dicha muestra será descrita en cada escenario.

Por su parte *las entrevistas de orientación biográfica o historias de vida* nos han permitido comprender los procesos sociales a través de la experiencia de los propios sujetos, acercándonos así de un modo pertinente al punto de vista *emic*, es decir, a la visión de los diferentes actores¹⁷⁸. Cada historia de vida comprende observaciones concretas, interpretaciones, juicios de valor, que nos permiten conocer la sociedad, la cultura en estudio, sus procesos sociales. A la hora de su realización tuvimos que poner especial atención en elegir actores sociales capaces de comunicar, de verbalizar su experiencia. Los criterios de elección de los entrevistados así como los ejes temáticos de los diferentes guiones de entrevista serán expuestos de modo detallado cuando presentemos cada uno de los escenarios de la investigación en los capítulos de la Segunda Parte.

Para la recogida de los discursos de los diferentes actores sociales se optó por utilizar un magnetófono, que sin embargo algunos de los informantes rechazaron, debiéndose proceder a la toma manual de notas. Los discursos fueron expresados en francés o en la lengua usual del informante: soninké, bámbara o español¹⁷⁹. En el caso del soninké y del bámbara se hizo necesario un traductor¹⁸⁰. Dicha mediación, si bien dificulta la interpretación de los discursos, la captación de detalles o la creación de la

¹⁷⁸ Recordemos que el uso de esta técnica en Antropología se remonta a los años 20 y en especial a la Escuela de Chicago, siendo sus representantes pioneros, William Isaac Thomas y Florian Znaniecki con su ya famosa obra «*The Polish Peasant in Europa and America*» (1958). Estos autores pusieron de manifiesto cómo el uso de documentos personales junto con fuentes orales, permite una adecuada aproximación al fenómeno en estudio (en su caso la emigración a Estados Unidos de personas procedentes de Europa).

¹⁷⁹ Es el caso de los médicos de la Misión Médica Cubana de Malí.

¹⁸⁰ El rol que juega el intérprete en las entrevistas ha sido ampliamente analizado por Augé (1975:311-364)

necesaria relación interpersonal (especialmente cuando tratamos temas privados e íntimos como la enfermedad o el infortunio), ha sido paliada gracias a nuestra relación de confianza previa. En todo momento se guardó confidencialidad, exigida igualmente al traductor. A la hora de transcribir dichos discursos se ha optado por presentar la traducción literal traducida al español.

Cabe señalar cómo paralelamente a nuestra investigación participamos, a petición del Dr. Kanté y con el fin de entrenarnos en el manejo de las entrevistas, en la investigación que sobre los factores que influyen en la investigación sobre los sistemas y las políticas sanitarias en Malí realizó el departamento de salud comunitaria del INRSP durante el primer trimestre del 2002¹⁸¹.

4.2.2. La mirada documentada de la investigadora

La importancia dada a la oralidad no impide que en todo momento los discursos de los diferentes actores sociales hayan sido confrontados y complementados con los datos de nuestra observación así como con los recogidos gracias a fuentes bibliográficas diversas.

La observación participante¹⁸² es una técnica cualitativa que nos ofrece las ciencias sociales para poder observar sistemáticamente un fenómeno social, y ello sin manipularlo ni modificarlo, tal y como se presenta. Esta técnica ha sido empleada en nuestra investigación pues resulta adecuada para superar un nivel meramente descriptivo. Nuestras observaciones se han realizado con criterios científicos, es decir, de modo planificado y controlado, proporcionándonos de este modo una serie de datos válidos sobre la problemática estudiada. Hemos tratado de vivir «como los nativos», con el objeto de aprehender su vida cotidiana, y ello del modo lo menos intrusivo posible intentando en todo momento adecuarnos a las rutinas de cada escenario, teniendo en cuenta los gustos y pareceres del grupo. Nuestras dos estancias previas en Malí nos facilitaron en gran parte dicho trabajo. Esta recogida de tipo topológico facilitó la elección de las situaciones a observar posteriormente. Los datos de la observación fueron recogidos gracias a un diario de campo, junto con numerosas notas descriptivas y analíticas, siguiendo lo recomendado por Goody (1985). Señalar

¹⁸¹ En el momento de nuestra partida de Malí ésta estaba aún en espera de publicación.

¹⁸² Fassin (1990:97) comenta como ejemplo excepcional de observación e interpretación de los datos observados en el contexto africano la interpretación de los tambores de aflicción de los ndembu de Zambia realizada por Víctor Witter Turner (1972), que resulta ser «a la vez rica en el detalle (hasta la elección de los colores rituales que significan substancias fundamentales) y tiene en cuenta al mismo tiempo la totalidad de lo social, relacionando especialmente la explicación de las secuencias rituales a los conflictos entre linajes».

asimismo que la observación nos ha resultado adecuada para saber dilucidar la relación entre lo que la gente dice que hace y lo que hace en realidad. Además se tomaron múltiples fotos sobre distintos aspectos del hábitat, vida cotidiana, rituales e instituciones sanitarias así como de nuestros interlocutores, algunas de las cuales se presentan en el DVD adjunto con el fin de ilustrar nuestro discurso.

Sin embargo, las fuentes orales y visuales no resultan por sí solas suficientes, siendo necesario completarlas y contrastarlas a través de una exhaustiva revisión bibliográfica. Esta recogida de información bibliográfica nos ha ayudado en nuestra pretensión de trascender la mera descripción etnográfica, que en muchos casos puede pecar de particularista. Los aspectos descriptivos recogidos nos han posibilitado la ubicación de la problemática de estudio en coordenadas espaciotemporales, aportando datos que han venido a corroborar los aspectos cualitativos del fenómeno.

Recordemos que el inicio de la recogida de datos a nivel bibliográfico data del año 1998 cuando comenzamos a preparar nuestro primer viaje a Dramané. Una vez en Malí, y gracias a nuestra inserción en el equipo de salud comunitaria del INRSP- Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, tuvimos acceso al principal fondo de documentación del país en temas de salud comunitaria complementada por la propia documentación del Dr. Kanté así como toda una serie de informantes privilegiados. Fondos de otras muchas instituciones, públicas o privadas, nacionales o extranjeras fueron consultados¹⁸³. Nuestra posición institucional nos dio también acceso a los datos del SIS-Sistema Nacional de Información Sanitaria, ya citado en el marco etnosociosanitario. Asimismo, hemos acudido a numerosos encuentros, debates y congresos, tanto en Malí como en París, sobre los inmigrantes soninké y/o el sistema sanitario maliense.

4.2.3. Escenarios y protagonistas de la investigación

Entendemos por «escenario» cualquier lugar donde se manifiesta la problemática estudiada aún cuando la relevancia social de cada uno de ellos no sea siempre la misma. A la hora de su análisis clasificaremos los escenarios como visibles o invisibles, en función de nuestra posición y experiencia previa en el mismo. Asimismo los calificaremos como abiertos o cerrados en función del grado de negociación previa para acceder al mismo.

¹⁸³ Las listas detalladas por escenario de las instituciones cuyos fondos bibliográficos se han consultado se presentan en el anexo 3.

Los criterios que tuvimos en cuenta a la hora de su seleccionar los mismos fueron no sólo el que se tuviera fácil acceso y fuesen capaces de ofrecer una información de calidad, sino también el que se diera una buena relación inmediata con los actores sociales presentes. Así se optó finalmente por una investigación itinerante desarrollada en cada uno de los escenarios que intervienen en el itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria en estudio: Dramané y su área sanitaria, Kayes, Bamako y el área metropolitana de París. En cada uno de ellos fue necesario redefinir nuestro rol en relación con los actores sociales respecto al desarrollado en cada una de las dos estancias anteriores, intentando adecuarnos en todo momento a lo socialmente previsto¹⁸⁴. Esto nos fue facilitado por nuestro conocimiento de campo previo, una minuciosa revisión bibliográfica así como por los valiosos consejos dados por el ya citado Mr A. Tirera, nuestro informante clave en París, y por el Dr. Kanté, él mismo soninké.

Con el fin de testar previamente al trabajo de campo los instrumentos de recogida de datos en un locus no afectado por la inmigración hacia Francia nos trasladamos al sur del país, a Yoroso.

Escenario-test: Yoroso

Del 23 de marzo al 15 de abril de 2002, tuvo lugar nuestra segunda estancia en dicha localidad situada en el corazón del país minianka, pues cómo señalamos en los antecedentes ya habíamos realizado una observación participante en ella en el año 2001, lo cual nos facilitaba su acceso¹⁸⁵. Durante dicha estancia realizamos 22 entrevistas semidirectivas con actores sociales de todo tipo: responsables administrativos (2), comunales (2), comunitarios (2), asociativos (3), socio sanitarios (4), culturales y educativos (4) así como personas recurso (5). Estas entrevistas se realizaron en base a seis guiones establecidos previamente a nuestro desplazamiento. La información recogida se completó con encuentros informales con la población y con un diario de campo realizado gracias a nuestra observación participante desarrollada en el patio del centro de salud, que ejercía de «plaza pública». Numerosos documentos disponibles en la localidad fueron igualmente consultados¹⁸⁶. De vuelta al

¹⁸⁴ Según las normas de interacción vigentes en cada situación social, tanto en cuanto no perjudicara nuestra recogida de datos.

¹⁸⁵ Además contábamos con el interés de sus autoridades sanitarias y municipales para la realización de una monografía sobre Yoroso, que aunque prevista en su «*Plan quinquennal de Développement 2000-2004*» no había podido ser realizada debido a su elevado coste cifrado en unos 2.000.000 fca equivalentes a 3048,78 euros. (Cercle de Yoroso 2000a:15).

¹⁸⁶ Cercle de Yoroso (2000b, 2000c), CMDT-Secteur de Yoroso (2002a, 2002b), CPS-MS (2002), CSREF de Yoroso (2001^a, 2001b, 2001c, 2002), Diallo (1998), MS/MDRH (2002)

INRSP se procedió a la revisión de los guiones¹⁸⁷ así como a la transcripción y explotación de los datos recogidos. Una segunda estancia tuvo lugar del 20 al 30 de enero de 2003 a fin de contrastar los datos obtenidos con la población y las autoridades. Todo ello nos permitió igualmente realizar una monografía sociosanitaria que fue presentada oficialmente en Yoroso el 16 de junio del 2003 (Mendiguren 2003^a).

Pero veamos cómo se ha desarrollado el corpus de nuestra investigación en cada uno de los escenarios elegidos. El orden de su presentación en este apartado corresponde con el desarrollo cronológico del trabajo de campo¹⁸⁸: Bamako, Kayes, área sanitaria de Dramané, área metropolitana de París. Nuestro trabajo de campo comenzó efectivamente en Bamako durante el segundo semestre del 2002. En noviembre del mismo año nos trasladamos a Kayes y tras ello a Dramané de donde volvimos, pasando de nuevo por Kayes, a mediados de diciembre de dicho año. Durante el año 2003 y 2004 continuamos nuestro trabajo de campo en Bamako al mismo tiempo que realizábamos las transcripciones de los datos recogidos y elaborábamos el informe demandado por el INRSP-Instituto Nacional de Investigación Pública. En el 2004 se retornó a Kayes y Dramané con el fin de entregar a la población dicho informe y confrontar los resultados del mismo con su propia visión de la problemática en estudio. Las estancias en París se escalonan entre dichos años coincidiendo con los periodos de entrega de los informes semestrales demandados por el Gobierno Vasco organismo, entidad financiadora de nuestra estancia en Malí.

Escenario 1: Bamako

Como ya hemos señalado, una de las problemáticas derivadas del salto de nivel es la significativa presencia de enfermos del área sanitaria de Dramané en Bamako. Según las personas entrevistadas en la fase previa (1998-2001), estos enfermos (en su mayoría mujeres con familiares en inmigración) se alojan en la capital en casa de parientes del poblado. Estos saturan los servicios de los dos Hospitales Nacionales sitos en Bamako, los ya citados Hospital Gabriel Touré y Hospital Point G, o bien acuden a clínicas privadas. Con el objetivo de confrontar las hipótesis con la realidad optamos por recabar los discursos de las diferentes categorías de actores sociales implicados en la situación residentes o de paso por Bamako.

¹⁸⁷ Ciertos aspectos de los guiones tuvieron que ser modificados.

¹⁸⁸ Sin embargo el orden de presentación de los resultados obtenidos en cada uno de los escenarios, no respeta dicho orden sino que retoma el orden seguido en sus itinerarios terapéuticos por los enfermos del área sanitaria en estudio.

La primera categoría hace referencia a los enfermos originarios del área de salud de Dramané que se encontraban en la capital con el fin de ser tratados¹⁸⁹. Para su localización se contactó (y entrevistó posteriormente) a los anfitriones de las casas donde dichos enfermos se alojan¹⁹⁰. Para poder acceder a los mismos, contactamos con nuestro informante privilegiado en París (y acompañante en nuestra estancia del 2001) Mr Abdoulay Tirera, quien nos llevó ante el pariente más próximo del jefe de Dramané en Bamako (K. Dramé) y ante el jefe de dicho poblado en Bamako, Mr M. Tirera (quien resultó ser su tío paterno). El criterio de selección de los enfermos fue estar presente en el momento de nuestra primera visita a cada anfitrión. Con el fin de identificar adecuadamente el perfil de «anfitrión de enfermos», se consideró necesario realizar la historia de vida del citado jefe del poblado en Bamako, primer anfitrión de toda la población proveniente del área en estudio: Mamadala Tirera.

Para poder realizar adecuadamente las entrevistas de los enfermos debido a su limitado o nulo conocimiento del francés fue necesario hacernos acompañar por un joven del poblado (K. K. Dramé) quien nos hizo de traductor¹⁹¹. Las entrevistas, tanto de los enfermos como de los anfitriones, tuvieron lugar entre julio y octubre del 2002 (guías 1 y 2)¹⁹². Una segunda vuelta, a modo de «fotografía de la situación de acogida un año después» fue posible entre junio y septiembre del 2003 (guiones 1bis y 2bis). En total se entrevistaron 34 enfermos y 9 anfitriones.

Fueron entrevistados igualmente 19 agentes de salud¹⁹³. Para su elección se tuvo en cuenta el hecho de trabajar en las estructuras sanitarias de la capital frecuentadas por los enfermos de origen soninké (Hospitales Nacionales de Gabriel Touré y Point G, o clínicas privadas), y/o ser originario de la etnia en estudio y/o haber trabajado en la región de Kayes. Información complementaria sobre sendos hospitales nacionales fue recogida gracias al encuentro con sus respectivos directores de Recursos Humanos. Las entrevistas, semidirectivas, tuvieron lugar entre julio y septiembre del 2002 (guión 3).

¹⁸⁹ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.1.1.

¹⁹⁰ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.1.2.

¹⁹¹ La colaboración de este joven fue posible al ser delegado «oficialmente» por su tío, K. Dramé, inmigrante en París, anfitrión-propietario en Bamako, pariente más cercano de la familia que ejercía la jefatura en Dramané en ese momento. Esto fue posible gracias a la sólida amistad que mantenemos con su tío desde París. Su manejo del francés se debía al hecho de haber sido escolarizado en Guinea Bissau. Manejaba además del soninké y el bámbara.

¹⁹² La totalidad de las guías de entrevista se presenta en el anexo 2.

¹⁹³ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.1.3.

Asimismo se optó por entrevistar a otras 5 personas-recurso¹⁹⁴ (guión 3): una matrona, segunda esposa de uno de los anfitriones entrevistados, una técnica de laboratorio soninké compañera de trabajo en el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, dos médicos cubanos en misión en Malí que trabajan con población soninké, así como un periodista de esta misma etnia que trabaja en la AMAP-Agencia maliense de publicidad fuertemente implicado en la Asociación de Salud Comunitaria de su poblado de origen. La información recogida se completó con entrevistas, también semi directivas, dirigidas a 2 responsables sanitarios¹⁹⁵ que habiendo participado en 1994 a la puesta en marcha del centro de salud comunitario de Dramané, se encontraban trabajando en el momento de nuestra investigación en Bamako. Las entrevistas a esta última categoría de actores sociales tuvieron lugar entre septiembre y octubre del 2002 (guión 4). Asimismo cada vez que tuvimos conocimiento del paso por Bamako de algún miembro de la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria de Dramané aprovechamos la ocasión para reunirnos informalmente con ellos con el fin de preparar la estancia en el poblado, así como de recoger su opinión sobre la problemática en estudio.

Paralelamente se realizó una vez al mes, de julio a octubre del 2002, una observación participante en casa del citado anfitrión Mamadala Tirera. Se trataba de observar la vida cotidiana de la concesión y su similitud o no con la de Dramané, así como las condiciones de vida de los enfermos acogidos. Junto a ello todos los fines de semana, desde enero del 2002 hasta octubre del 2003 de viernes tarde a lunes por la mañana, residimos en casa de la familia Gaye originaria de Kayes. Su elección se debió no sólo al hecho de haber sido nuestros anfitriones en el año 2001 sino principalmente a que numerosas familias soninké de Kayes, entre ellas tres de Dramané (la familia de O. Dramé, la de M. Yatabaré y en especial la de nuestro informante privilegiado A. Tirera) se alojan en su casa cuando vienen a tratarse a los servicios médicos de la capital o bien cuando se encuentran de paso entre París y el poblado (vacaciones, bodas, gestiones diversas). Se observó y participó en la vida corriente de dicha familia, colaborando en la acogida de los enfermos e inmigrantes que en ella estaban de paso. Un diario de campo pudo ser realizado así como la toma de múltiples notas descriptivas y analíticas.

Toda la información recogida gracias a las técnicas cualitativas que hemos citado, fue necesariamente contrastada y complementada con fuentes escritas

¹⁹⁴ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.1.4.

¹⁹⁵ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.1.5.

diversas. De nuestra llegada al INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, se inició una búsqueda de documentación exhaustiva que permitió complementar las fuentes bibliográficas previamente consultadas en París, Bilbao y Tarragona desde 1998. Tratamos de recabar información complementaria tanto sobre el marco sociocultural en estudio como sobre el socio sanitario: Malí, la Región de Kayes, la región histórica de Gadiaga, el área sanitaria de Dramané, los Soninké, la política y el sistema socio sanitario de maliense, así como los estudios existentes relativos a la frecuentación de los CSCOM-Centros de salud comunitaria y al uso de los medicamentos genéricos en este país¹⁹⁶.

Como ya hemos señalado, nuestra posición institucional nos dio asimismo acceso a la base de datos interna del Ministerio de la salud: el SIS-sistema de información sanitaria. Fueron así consultados datos epidemiológicos, informes de actividad y de grado de avance del plan de extensión de la cobertura sanitaria tanto a nivel nacional, como de la región de Kayes¹⁹⁷. Previamente a su consulta se elaboró un guión con los ítems a recoger (guión 5). Cabe señalar como limitaciones de dicho sistema informático el hecho de que como bien señalaba su responsable informático a nivel de la DNS-Dirección Nacional de la salud, el Dr. E. Démbélé: *«Tenemos demasiado trabajo siendo difícil el verificar los datos recibidos, así que lo mejor es consultar los datos a nivel regional, en Kayes, ya que a menudo hay pequeñas contradicciones en los datos enviados»*. Toda la documentación fue minuciosamente estudiada y rediscutida con nuestro responsable el Dr. Kanté y/o con las personas recurso de cada estructura consultada (anexo 3.1)¹⁹⁸.

Los primeros resultados de la investigación¹⁹⁹, fueron presentados, entregados y debatidos con los diferentes actores sociales de Bamako durante el primer trimestre del 2004. Dicha triangulación fue realizada tanto con Mamadala Tirera en calidad de representante en Bamako de la población del área sanitaria de Dramané (enfermos y anfitriones) como con los responsables de las diferentes estructuras sanitarias públicas participantes en la investigación: INRSP, DNS-Dirección Nacional de la Salud,

¹⁹⁶ Los documentos históricos se manejaron como relatos etnográficos intentando de este modo rescatar los procesos históricos subyacentes tanto de la sociedad en estudio como el de institucionalización de la biomedicina.

¹⁹⁷ Correspondientes al periodo 1999-2002 ya que fueron los únicos que estaban disponibles durante nuestra estancia en Bamako (2002-2004).

¹⁹⁸ Ni a nivel del Ministerio de la salud, ni de la biblioteca de la OMS-Organización Mundial de la Salud sita en Bamako, se encontró documento alguno concerniente a la problemática aquí en estudio. Este hecho confirma la pertinencia de una investigación como la nuestra.

¹⁹⁹ Recogidos en el citado informe titulado *«Facteurs socioculturels favorisant la sous fréquentation des Centres de Santé et la sous utilisation des médicaments essentiels dans la région de Kayes: le cas de l'aire de santé de Dramané au Mali»* (Mendiguren 2003b, 2003c, 2003d).

Hospital Gabriel Touré, Hospital Point G así como con la OMS y la Misión Médica cubana. Respecto a los agentes sociosanitarios entrevistados la restitución se realizó por dos vías: una oficial a través de nuestra institución de acogida, el INRSP, (transmisión interna del documento), y otra a través de encuentros informales con las personas recurso entrevistadas. La falta de tiempo y medios²⁰⁰ nos imposibilitaron el poder realizar una presentación oficial en el seno de dichas estructuras.

Escenario 2: Kayes

Otra de las características del itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria de Dramané era el que la mayoría de las veces acudían directamente a Bamako, sin haber sido derivados y en muchas ocasiones ni siquiera haber consultado previamente el segundo nivel de la pirámide sanitaria (CSREF-Centro de salud de referencia y/o Hospital Regional de Kayes). Con el fin de confirmar la existencia o no de dicho itinerario terapéutico (incluida la problemática en torno al uso de los medicamentos genéricos), aprehender las razones del mismo así como comprender el proceso de institucionalización del CSCOM-Centro de salud comunitaria de Dramané nos desplazamos a Kayes durante la anteúltima semana de octubre y la segunda de diciembre del 2002. Durante sendas estancias fueron entrevistados diferentes categorías de actores sociales que, como veremos, fueron accesibles gracias a la red social que habíamos logrado tejer durante nuestras dos estancias previas en el 1999 y el 2001.

Por un lado, nos propusimos entrevistar a aquellos enfermos del área sanitaria de Dramané que estuviesen en Kayes para recibir cuidados médicos en el momento de nuestra estancia²⁰¹. Nuestro objetivo: confirmar su presencia o ausencia en la capital Regional, identificar sus itinerarios así como conocer sus condiciones de vida en la citada capital Regional (guión 6). La segunda categoría de actores sociales a entrevistar corresponde a los anfitriones en Kayes de dichos enfermos²⁰² (guión 7). Se buscaba su identificación así como aprehender su rol en el itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria en estudio. Para ello nos beneficiamos de la ayuda de nuestro primer anfitrión en Dramané, Massamba Yatabaré, quien se trasladó con este objetivo del poblado hasta Kayes. Sin embargo, dicho informante nos hizo saber que en el momento de nuestro paso únicamente se encontraba en Kayes para ser tratado

²⁰⁰ Se nos exigía pagar el alquiler de la sala del INRSP donde estaba prevista la presentación.

²⁰¹ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.2.1.

²⁰² La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.2.2.

un joven de su mismo barrio (Horongalou), K. Dramé, siendo su estado crítico²⁰³ por lo que la entrevista semidirectiva tuvo que ser realizada a su acompañante, K. Yatabaré a su vez hermano de M. Yatabaré. Respecto a la categoría social anfitriones de Kayes, nuestro informante privilegiado nos introdujo en la residencia del jefe del poblado en Kayes, EHA. Dramé representado por su hijo A. Dramé²⁰⁴. Este último, responsable de la concesión en ausencia de su padre, confirmó el discurso de M. Yatabaré de cómo sólo se encontraba en Kayes dicho enfermo procedente del área sanitaria y sobre cómo «*no es habitual encontrar enfermos en Kayes, o están hospitalizados o se van a Bamako*».

Al verificar el hecho de la ausencia de otros enfermos y no contar con tiempo suficiente para entrevistar a los propietarios de las restantes casas, optamos metodológicamente por centrarnos en este escenario en el discurso de los agentes sociosanitarios y de otros informantes privilegiados. Es así que la tercera categoría de actores sociales con los que se trabajó en Kayes hace referencia a agentes sociosanitarios, tanto del nivel provincial como del Regional²⁰⁵. Se optó por entrevistar a aquellos agentes relacionados directamente en el pasado (guión 4) y/o en el presente con el CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané (guión 8). Sólo se encontraron 5 agentes que reunieran dichos criterios. En este caso nos sirvió de informante privilegiado, Mr Doumbia, asistente social, director del Servicio Social provincial de Kayes que fue uno de los impulsores principales del CSCOM-centro de salud comunitario de Dramané, y a quien ya habíamos entrevistado en el 2001²⁰⁶. Se realizaron igualmente 2 entrevistas en profundidad, una al citado Mr Doumbia sobre el proceso de institucionalización del centro de salud comunitaria de Dramané y otra sobre la problemática del salto de nivel al Dr. Cissouma director regional del Hospital de Kayes. Si bien estaba previsto, no fue posible entrevistar ninguna clínica privada frecuentada por soninkés. Se contactó la Clínica Yonkisaha del Dr. Soumaré pero su responsable no aceptó concedernos una entrevista.

Respecto a la problemática en torno a los medicamentos genéricos, se optó por realizar entrevistas semidirectivas (guión 9) tanto a prescriptores (2) como a dispensadores (3)²⁰⁷. Toda la información se complementó con una entrevista en

²⁰³ Se encontraba efectivamente hospitalizado y en espera de ser operado.

²⁰⁴ EHA. Dramé reside habitualmente en Dramané y fue como veremos uno de nuestros informantes privilegiados en el poblado.

²⁰⁵ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.2.3.

²⁰⁶ Y con quien habíamos trabajado desde París, en tanto que asistentes sociales, los casos de varios inmigrantes retornados.

²⁰⁷ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.2.4.

profundidad al farmacéutico responsable del depósito de DCI del CSREF-centro de salud de referencia, el Dr. A. D. Démbele. Estaba previsto entrevistar al director del Depósito Regional público de medicamentos genéricos de la PPM-*Pharmacie Populaire du Malí*, Dr. Bamba, pero no fue posible debido a que se encontraban en huelga.

Igualmente fueron entrevistadas otras 2 personas recurso relacionadas con la problemática del salto de nivel (guión 8)²⁰⁸ ambos médicos cubanos, que ejercían en ese momento en el Hospital Regional de Kayes. Una última categoría de actores sociales hace referencia a otras personas recurso relacionadas con Dramané en áreas como la descentralización y el codesarrollo²⁰⁹. Se trataba de estudiar las relaciones entre los poblados del área sanitaria y de estos con otros agentes y cómo esto podía influir en el sector sanitario: ayuntamiento, estado, ONGs, cooperación francesa. Así se optó por entrevistar (guión 10) sobre el proceso de descentralización en el ayuntamiento de Kemene Tambo al cual pertenece el área sanitaria de Dramané, la inmigración y su impacto sobre el sistema de salud, al responsable del CCC-Centro de Consejo Municipal de Kayes, Mr Makalou así como al responsable del PADRK-Programa de apoyo al desarrollo de la región de Kayes²¹⁰ (Mr O. Traore).

Otra de las estrategias adoptadas para poder obtener información fue elegir como alojamiento en Kayes las «casetas de paso»²¹¹ de la ONG franco-maliense GRDR²¹². Esto nos permitió acceder fácilmente a su fondo documental sobre codesarrollo, así como aprovechar los atardeceres para entrevistar a su responsable de origen soninké, Mr S. Sylla, y conversar informalmente con los residentes en las casetas (inmigrantes y cooperantes en su mayoría).

Durante nuestras estancias en Kayes pudimos asimismo visitar el estado de las instalaciones del CSREF-Centro de salud de referencia y del Hospital Regional. Tuvimos igualmente ocasión de acompañar entre Kayes y Dramané a una de las enfermas que entrevistamos en Bamako²¹³. Esta viajaba acompañada de su marido, inmigrante que regresaba de vacaciones a Dramané²¹⁴. La *discusión informal* con dicha pareja nos permitió «cerrar el va-y-viene del itinerario terapéutico de la

²⁰⁸ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.2.5.

²⁰⁹ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.2.6.

²¹⁰ Programa dependiente de la cooperación bilateral Francia-Malí.

²¹¹ Las «casetas de paso» son habitaciones en forma de caseta o pequeña choza que sirven de alojamiento para los cooperantes de paso por Kayes.

²¹² GRDR: *Groupe de Recherche et de Réalisations pour le Développement Rural dans le Tiers Monde*. Esta ONG se ocupa de dar apoyo a las asociaciones de desarrollo local creadas por los inmigrantes.

²¹³ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.2.7.

²¹⁴ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.1.5.

enferma», enriqueciendo (y ejemplificando) nuestra visión sobre la problemática en estudio.

De nuevo toda la información recogida gracias a las técnicas cualitativas fue contrastada y complementada con fuentes escritas diversas. Se consultaron datos sociodemográficos, históricos, sobre descentralización y acerca del sistema sanitario de la región de Kayes. Para ello se visitaron los fondos de diferentes instituciones²¹⁵ sitas en dicha ciudad (ver anexo 3.2). De gran importancia fue la posibilidad que tuvimos de acceder a todo el dossier interno del CSREF-Centro de salud de referencia concerniente el CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané desde su apertura como tal en 1994.

Asimismo nos fue posible obtener los datos del SIS-Sistema de información sanitaria desde el año 1999 hasta el 2002 referentes a la región y a la provincia de Kayes así como los propios del centro de Dramané. Para ello contamos con la colaboración de sus responsables a nivel provincial, Mr Tangara del CSREF-Centro de salud de referencia, y al Mr Ag de la DRS-Dirección Regional de la Salud. La ya citada dificultad a nivel nacional para la recogida de datos y su disparidad según niveles fue confirmada por Mr Ag. Los datos estadísticos del Hospital Regional no pudieron incluirse pues según su responsable Mr S. Coulibaly: *«No están aún disponibles para el exterior pues tuvimos múltiples dificultades para su recogida. Los agentes sanitarios no conocen la importancia de los datos»*.

Una tercera estancia en Kayes tuvo lugar en mayo del 2004 con el fin de presentar los resultados provisionales de nuestra investigación a los citados responsables socio sanitarios, departamentales y regionales de Kayes, participantes en la investigación. Dicho documento fue discutido asimismo con los Directores regionales de la Salud y de la Acción social, Dr. Dramé y K. Cámara, quienes mostraron un fuerte interés en el mismo.

Escenario 3: el área sanitaria de Dramané

Tras haber centrado nuestra investigación en Bamako y Kayes, se organizó la que sería nuestra tercera estancia en el área sanitaria de Dramané. Como estaba previsto nuestra estancia discurrió desde la última semana de octubre hasta la primera

²¹⁵ Señalar que en la biblioteca del citado PADRK, la más importante de Kayes y que es gestionada por la cooperación francesa, no se encontró ningún dato sobre inmigración, ni sobre el reino de Gadiaga o la existencia de proyectos de desarrollo en el área en estudio. Según su responsable, F. Mamasou: *«Cuando los inmigrantes originarios del Gadiaga hacen un proyecto de desarrollo raramente piden ayuda a las ONG o a nosotros, pero eso no pasa con la zona del Guidimakha, en el que hay una real concertación entre los del poblado, los inmigrantes y la cooperación»*.

de diciembre del 2002. La fecha de la misma fue establecida por nuestro primer anfitrión, Massamba Yatabaré, tras ser negociada en el poblado con el Comité de Gestión del CSCOM-Centro de salud comunitario. Se eligió este mes, en plena estación seca²¹⁶ pues, como ya señalamos en el marco etnosociocultural, se trata de uno de los momentos de «paro técnico» en las labores agrícolas del poblado, lo cual facilitaba el que sus habitantes dispusieran de tiempo suficiente para dedicarnos.

Con el fin de respetar la costumbre del «primer anfitrión»²¹⁷ nos alojamos de nuevo en casa de Massamba Yatabaré. Esta elección nos permitía poder observar (por tercera vez), la vida cotidiana de una familia soninké, así como tener en todo momento un acceso privilegiado al CSCOM-Centro de salud comunitario ya que nuestro anfitrión ejerce de secretario de abastecimiento desde su apertura en 1994²¹⁸. Con el propósito de contar con el apoyo del poblado de nuestra llegada pasamos a saludar y presentar el objeto de nuestra estancia al entonces jefe del poblado: Almamy Dramé de Walisoxodé que en dicha época tenía 82 años.

Tres serían nuestros objetivos principales: el primero, analizar el contexto en el que se tomaron las decisiones del itinerario terapéutico de los enfermos entrevistados en Bamako; el segundo, contrastar si las razones evocadas por dichos enfermos para justificar el salto de nivel se correspondían con la realidad²¹⁹; y el tercero, comprender cómo tuvo lugar el proceso de creación del centro de salud comunitario de Dramané, intentando a través de su pasado, explicar los problemas de subfrecuentación del presente.

Durante nuestra estancia en Dramané fueron entrevistadas 131 de las 6.690 personas residentes en el área sanitaria según el último censo que data de 1998 (MEF-DNSI 2001:5). Para ello se optó por realizar entrevistas semi-dirigidas a diferentes categorías de actores sociales. En primer lugar se optó por entrevistar a «todos los kagumé²²⁰ de las familias donde residen en Dramané los enfermos entrevistados en Bamako»²²¹. Esta elección se debía al hecho de que, como ya hemos apuntado en el marco etnosociocultural, tradicionalmente es el *kagumé* quien ha de

²¹⁶ La estación seca va desde octubre hasta mayo. Se le llama seca ya que no llueve nunca durante la misma.

²¹⁷ Ver marco etnosociocultural.

²¹⁸ Mr Yatabaré se encarga tanto de las relaciones del centro con el exterior (CSREF-Centro de salud provincial, suministradores de medicamentos, ayuntamiento, partenaires, etc....) como del abastecimiento del depósito de medicamentos genéricos.

²¹⁹ «Falta de centro de salud, de personal adecuado, de infraestructuras, de tecnología y/o medicamentos».

²²⁰ Como ya señalamos en el marco etnosociocultural el término *Kagumé* hace referencia en soninké al jefe de cada concesión, que es el hombre de más edad.

²²¹ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.3.1.

tomar las decisiones, incluida las relativas a los procesos de salud/enfermedad/atención, que conciernen a todos y cada uno miembros de la familia. Es evidente que dichas entrevistas (11 en total) sólo pudieron realizarse con los kagumés de los enfermos entrevistados en la primera vuelta ya que la segunda tuvo lugar en el 2003²²². Un nuevo guión de entrevista (guión 11) fue elaborado y completado con preguntas referentes al impacto de la inmigración en cada concesión²²³. Igualmente se optó metodológicamente por entrevistar (guión 12) a los kagumés de cada uno de los anfitriones entrevistados en Bamako²²⁴. (9 en total) con el fin de conocer mejor el rol de primer anfitrión, su propia comprensión de la hospitalidad con los enfermos, los itinerarios terapéuticos de los mismos, la utilización o no del CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané así como el impacto de la inmigración en su grupo doméstico.

La tercera categoría de actores sociales implicados en el itinerario terapéutico fueron los agentes sociosanitarios del CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané. Todo el personal en ejercicio²²⁵ (5 en total) en el momento de nuestro paso o habiendo ejercido y presente en el poblado fue entrevistado (guión 13). Se realizó igualmente una entrevista en grupo con los miembros del Comité de gestión del CSCOM-centro de salud comunitario (guión14)²²⁶, en la cual participaron 4 de sus miembros.

Se les aplicó igualmente y de modo individual la guía de entrevista semidirectiva de las personas-recurso del área sanitaria de Dramané (guión15). Numerosos encuentros informales tuvieron lugar con los diferentes miembros del Comité, los cuales nos permitieron profundizar en las razones del salto de nivel y acerca de otras cuestiones paralelas como los problemas internos existentes entre personal del centro de salud comunitario, las dificultades de la repartición tradicional del poder en el poblado, o la existencia o no de rivalidades entre los barrios y con los otros poblados del área sanitaria. Se tuvo igualmente ocasión de observar las prácticas de los 4 miembros del Comité en caso de enfermedad, pudiéndose confrontar así su discurso con la práctica real. Se pensó asimismo la realización de otra entrevista en grupo con el Consejo de gestión del CSCOM-Centro de salud

²²² En el caso de las enfermas casadas, su *kagumé*, es el *kagumé* de su marido ya que la residencia en esta sociedad es virilocal.

²²³ En el transcurso de dichas entrevistas pudimos obtener informaciones respecto a otras temáticas como por ejemplo las historias de llegada conjunta a Dramané de las familias de casta Greu, Tounkara y Yaterá, o de las familias nobles Yatabaré, Tirera y Kanouté.

²²⁴ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.3.2.

²²⁵ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.3.3

²²⁶ La relación de los informantes presentes en dicha entrevista se presenta en el anexo 1.3.4

comunitario pero no esto fue posible debido al desplazamiento de sus miembros al exterior (Kayes, Bamako o Senegal) con ocasión del Ramadán. Con el fin de profundizar en la problemática del salto de nivel así como sobre los problemas de organización del Comité y del Consejo de Gestión se realizó una entrevista en profundidad a M. Yatabaré. Toda la información fue completada con otra entrevista en profundidad, sobre el proceso de creación del centro de salud comunitario y la problemática del salto de nivel al principal impulsor del centro de salud comunitario y actual presidente de honor, El Hadji Almamy Dramé.

Con el fin de lograr una idea aproximativa de la incidencia del fenómeno de salto de nivel así como de la inmigración a nivel de los poblados del área sanitaria se optó por entrevistar a todas aquellas personas (47 hombres y 35 mujeres) con las que en nuestras estancias anteriores habíamos trabado amistad²²⁷. Aprovechando el ir a saludarles, se les propuso el realizarles una entrevista semidirectiva sobre la existencia o no de enfermos de su familia en Bamako así como de miembros en inmigración (guión15). Asimismo, en el transcurso de dichas entrevistas pudimos abordar cuestiones transversales como los problemas de funcionamiento de otras estructuras del poblado en donde habían participado los inmigrantes: huerto y cooperativa. Con el objetivo de complementar nuestros datos con el punto de vista de las mujeres del poblado, se entrevistó en grupo a la Asociación de mujeres de Dramané-*O na xaran na safa*²²⁸. Dicha entrevista (guión 16) se centró en la visión de las mujeres sobre la problemática del salto de nivel (y sus prácticas), las dificultades encontradas en el CSCOM, y su participación a los órganos de gestión. Participaron un total de 8 mujeres²²⁹. La entrevista no pudo realizarse sin la presencia de un hombre pues la tradición no lo permite²³⁰.

Nos trasladamos igualmente a los otros tres poblados del área sanitaria, denominados globalmente los tres Makhana: Makhadougou, Makhalagaré y Toubabunkané. En ellos se entrevistó a las personas que detentaban el poder tradicional (los 3 jefes de poblado), el poder moderno (alcalde) y el educativo (director de la escuela pública). Otras personas-recurso entrevistadas fueron sus acompañantes²³¹ (2 hombres y 3 mujeres) así como un inmigrante que se encontraba

²²⁷ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.3.5.

²²⁸ La relación de las informantes presentes en dicha entrevista se presenta en el anexo 1.3.6.

²²⁹ Ninguna mujer del barrio de Walisoxodé pudo participar el día de la reunión debido a la muerte de un notable del barrio.

²³⁰ Concretamente estuvo presente B. Yatabaré, inmigrante, y uno de nuestros informantes privilegiados en París.

²³¹ Dichos acompañantes nos sirvieron asimismo de traductores.

de vacaciones. Se les realizaron entrevistas semi-directivas según el modelo persona recurso aplicado en Dramané (guión 15). En el caso de los tres jefes tradicionales se completó la entrevista con preguntas sobre su implicación a la hora de la creación del centro de salud comunitario, y sobre el origen de cada uno de los poblados del área sanitaria. En total 12 personas originarias de dichos poblados fueron entrevistadas²³². Se había previsto entrevistar a los diferentes miembros de dichos poblados que participan en el Consejo de Gestión del CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané, pero sólo fue posible hablar con el comisario de cuentas Ladjí Cissoko residente en Makhadougou. Con dicho actor social se aplicó la guía de personas recurso de los órganos de gestión del centro de salud de Dramané²³³ (guión 14).

Al no haber encontrado de modo previo a nuestro desplazamiento del 2002 ningún enfermo en Bamako proveniente de alguno de los tres poblados, ni haber tenido conocimiento de la instalación en Bamako de alguna familia de los mismos que ejerciese de anfitrión, esta categoría de actores sociales no fue tomada en cuenta aunque dicha información fue contrastada con los entrevistados.

Las diferentes entrevistas realizadas en el área de salud de Dramané fueron completadas y contrastadas con los datos obtenidos gracias a la observación participante desarrollada en las casas visitadas y en especial en la que residimos. Surgió la posibilidad de observar el comportamiento de nuestros informantes respecto a un problema real de salud (un total de 8 episodios). Asimismo pasamos seis tardes de observación en el CSCOM-Centro de salud comunitario: dos en la consulta del médico, dos con la gerente de farmacia y dos en la sala de espera. Se tomó parte igualmente en el proceso de inventario del mes de octubre y de modo imprevisto en una donación de medicamentos por parte de los inmigrantes.

Respecto a las fuentes escritas, tuvimos acceso gracias a la mediación de nuestro informante privilegiado en París Mr A. Tirera, al único documento tradicional escrito existente en Dramané. Se trata de los archivos sobre la historia de Dramané, donde se detalla el proceso de instalación de los diferentes clanes y linajes. Escritos en árabe, se encuentran depositados en manos de El Hadji Abdou Dramé del barrio de Horongalou, a quien pudimos hacer una entrevista en profundidad con este propósito tanto en 2001 como en 2002. Por otro lado, nuestra entrevista con el alcalde, M. Bakayoko, nos abrió la posibilidad de acceder a los fondos propios del ayuntamiento sobre datos sociodemográficos de los poblados del área sociosanitaria. Respecto al

²³² La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.3.7.

²³³ El perfil de dicho entrevistado se presenta en el anexo 1.3.8.

centro de salud comunitario, y gracias a nuestro anfitrión, pudimos consultar libremente los archivos del mismo incluidos los del depósito de farmacia desde 1999 hasta el 2002, recabando así de primera mano en base a la guía 5 los datos sociosanitarios manuscritos en los estadillos del CSCOM-Centro de salud comunitario²³⁴. Asimismo durante la observación en la sala de espera recogimos información sobre los paneles expuestos en sus paredes: organigrama, accesibilidad geográfica del centro, calendario de vacunaciones, objetivos del centro sanitario y lista de tarificación de los servicios.

Una segunda estancia en el área sanitaria de Dramané tuvo lugar durante la segunda semana de mayo de 2004. Nuestro objetivo: presentar los resultados provisionales de nuestra investigación²³⁵ tanto al poblado, a través de nuestro su impulsor El Hadji Almamy Dramé, como al Comité y Consejo de Gestión del centro de salud a través de nuestro primer anfitrión, M. Yatabaré, a los agentes del centro de salud comunitario a través del médico jefe y a las mujeres a través de la presidenta de la asociación, Sipa Yatabaré²³⁶.

Escenario 4: el área metropolitana de París

Hemos ido viendo como el fenómeno de la medicalización es posibilitado por la presencia de parientes emigrantes en Francia, asentados desde hace más de 50 años en el área metropolitana de París. Es por ello que, si bien el corpus de nuestro trabajo de campo se realizó en el contexto de origen, nuestra investigación no podía olvidar dicho escenario. Y es así que aprovechamos cada uno de nuestros viajes de vuelta a casa por vacaciones, Bamako-París-Bilbao-París-Bamako²³⁷ para quedarnos unos días en París con el objetivo de completar y confrontar toda la información recogida, tanto en la fase preliminar de la investigación (1998-2001) como durante nuestro trabajo de campo en Malí (2002-2004).

Antes de marchar a dicho país en enero de 2002, fue presentado a los inmigrantes del poblado el objeto de nuestra estancia en su país, dándonos su «bendición» la Asociación de residentes de Dramané en Francia. Respecto a nuestras posteriores visitas a la capital francesa, nuestro objetivo ha sido comprobar el rol

²³⁴ Estos datos constituyen los informes que, enviados a Kayes, suministran la información al SIS-Sistema de Información sanitaria.

²³⁵ Recogidos en el ya citado informe titulado «*Facteurs socioculturels favorisant la sous fréquentation des Centres de Santé et la sous utilisation des médicaments essentiels dans la région de Kayes: le cas de l'aire de santé de Dramané au Mali*» (Mendiguren 2003b, 2003c, 2003d).

²³⁶ Dicha estancia no pudo ser prolongada por problemas de salud del investigador.

²³⁷ Seis en total entre enero del 2002 y junio del 2004.

jugado por los inmigrantes en el itinerario terapéutico de sus parientes así como el uso social que hacen de su implicación individual y colectiva en los procesos de salud/enfermedad/atención de los mismos. De todas formas nuestra investigación en dicho escenario se vería muy limitada debido al escaso tiempo con el que contábamos para quedarnos en París²³⁸.

La primera categoría de actores sociales a entrevistar fue la de parientes de enfermos entrevistados en Bamako²³⁹. Se trataba de conocer las razones de su desplazamiento a la capital desde el prisma del inmigrante así como su implicación en el proceso (guión 17). Sólo pudieron entrevistarse 4 personas (2 mujeres y dos hombres) debido a las limitaciones que acabamos de citar. Asimismo se consideró interesante entrevistar a parientes inmigrantes de los anfitriones entrevistados en Bamako²⁴⁰ (3 hombres y 1 mujer), con el fin de comprender su visión en torno a la figura del anfitrión (guión 18) y su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes.

Se pensó entrevistar a la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria de residentes de Dramané en París pero esto no fue posible debido a que nos fue imposible reunir a sus miembros en el momento de nuestro paso por la capital francesa. Sin embargo, pudimos obtener un cierto grado de información complementaria gracias a estrategias paralelas, como aprovechar nuestro «deber cultural» de saludar a los familiares de nuestro primer anfitrión en Dramané, Bouna Yatabaré, para visitar en cada ocasión la residencia de inmigrantes en donde éste reside junto a miembros de las 64 familias de Dramané instaladas en Francia. Cada visita nos permitió estar al corriente de las novedades del poblado y en especial de las del CSCOM-Centro de salud comunitaria, pues es en esta residencia que tienen lugar las reuniones de la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria de París.

Por otro lado, en cada viaje se organizó una cena de bienvenida en casa de Mme Malgogne a la que asistieron nuestros dos informantes privilegiados de París, los citados Bouna Yatabaré y Abdoulay Tirera. Encuentros informales que nos permitieron de un modo relajado discutir sobre el CSCOM-Centro de salud comunitaria, la responsabilización de los problemas de salud, y las rivalidades existentes en el poblado. En dos ocasiones pudimos realizar una entrevista en profundidad a dichos informantes privilegiados así como una historia de vida sobre su itinerario migratorio y

²³⁸ Cada uno de nuestros viajes ha coincidido con la obligación de entregar al Gobierno Vasco un informe semestral de actividad. Informe sin el cual, la beca habría sido suspendida. Esta institución nos exigía estar el menor tiempo posible fuera del país de destino (Malí en nuestro caso).

²³⁹ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.4.1.

su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención²⁴¹ de sus parientes del poblado. Del mismo modo cuando, se tuvo conocimiento de la presencia de miembros del centro de salud comunitario de Dramané de paso por París (2 en concreto) coincidiendo con el momento de nuestra visita, se aprovechó para ir a saludarles, respetando así «los modos de hacer y no hacer», de estar presente y guardar nuestra posición social. Esta estrategia nos permitiría obtener, gracias a dos entrevistas semidirectivas (guión 19), informaciones actualizadas sobre el CSCOM-Centro de salud comunitario²⁴².

De modo paralelo, participamos como observadores en julio del 2002 a una de las reuniones de la Asociación de mujeres de Dramané en París discutiendo informalmente con sus miembros en torno a sus proyectos, su implicación en los problemas sanitarios de sus parientes así como sobre sus relaciones con la Asociación de mujeres en Dramané. Asimismo pudimos discutir informalmente en numerosas ocasiones con dos informantes privilegiadas de origen francés²⁴³: Mme Tirera (esposa de A. Tirera) y Mme Malgogne (nuestra compañera en Dramané durante la fase previa), sobre su propia visión de la problemática estudiada.

Respecto a las fuentes bibliográficas, Mme Malgogne nos envió regularmente los procesos verbales de la M.D.M.F.D.D.F.-Asociación de mujeres de Dramané en Francia así como los de la UJOGA-Unión de jóvenes originarios de Gadiaga con el fin de explorar en ellos aspectos relacionados con la salud o con proyectos sanitarios del poblado. Toda la información recogida se ha contrastado con la presentada por nuestra compañera en su monografía sobre el mantenimiento de los lazos sociales de los inmigrantes de Dramané (Malgogne 2000). Lo limitado de cada estancia en París (máximo 5 días), nos impidió consultar otra bibliografía que la existente en la Biblioteca nacional Francois Mitterrand, en el Instituto Panos²⁴⁴ o en los fondos propios de Mme Malgogne.

La devolución de los resultados provisionales de nuestra investigación a nuestros informantes de París fue realizada en junio del 2004, aprovechando nuestro viaje de regreso definitivo. Mr Tirera se encargó de su exposición a los miembros de la ASACO-Asociación Comunitaria de Salud y a los de la caja de solidaridad del poblado,

²⁴⁰ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.4.2.

²⁴¹ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.4.3.

²⁴² La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.4.4.

²⁴³ La relación de los informantes de esta categoría se presenta en el anexo 1.4.5.

²⁴⁴ Asociación internacional dedicada a investigar sobre la inmigración, la cooperación y el codesarrollo con el fin de lograr un desarrollo sostenible.

B. Yabataré a los jóvenes del mismo²⁴⁵. Todos los interlocutores se manifestaron satisfechos y fuertemente interesados en los resultados de nuestra investigación.

4.3. El proceso de análisis y redacción

Como hemos visto el tratamiento de los datos recogidos durante la investigación comenzó ya desde Malí. Por un lado, nos veíamos en la obligación de realizar para antes de la fecha de finalización de la beca (diciembre 2003), el citado informe dirigido al Ministerio de la salud (Mendiguren 2003b, 2003c, 2003d). Por otro, seguíamos teniendo presente la elaboración de la presente tesis doctoral. Así la elaboración del primero nos fue dando ideas de cómo poder analizar los datos cara a la presente tesis. En cuanto a los resultados de nuestra investigación, si bien en el citado documento se presentan bajo la forma de un informe ministerial, en el caso de la presente tesis precisaron ser contextualizados en un marco teórico de análisis y ser redactados en el registro propio de una tesis. Asimismo el citado proceso de devolución de los resultados preliminares a los actores sociales implicados (enero-mayo 2004), nos aportó numerosas pistas de reflexión. Sin embargo, tanto por razones técnicas²⁴⁶ como metodológicas²⁴⁷ y financieras²⁴⁸, decidimos abandonar definitivamente Malí el dos de junio de 2004. Desde nuestra llegada a España continuamos el proceso de análisis y redacción de la tesis hasta llegar a elaborar el presente documento gracias al apoyo de nuestra directora de tesis. Así los datos recogidos en Malí y París a través de las diferentes técnicas han sido clasificados y analizados en función del marco teórico-conceptual anteriormente presentado y siempre intentando buscar la significación de las relaciones existentes entre los mismos en la línea de lo señalado por Fabricio Sabelli (1993). Para su presentación escrita se ha optado por organizarlos en función de cada uno de los escenarios implicados en los itinerarios terapéuticos de los enfermos del área sanitaria en estudio (Dramané, Kayes, Bamako, área metropolitana de París). Asimismo se especificará el contexto en que tuvo lugar cada una de las entrevistas, observaciones y recogida de material bibliográfico así como el contexto social de procedencia de los entrevistados y la relación existente con el investigador ya que, como nos señala Fassin (1990b:92), un punto esencial para el correcto análisis de los datos es «*situar al interlocutor y su discurso en su contexto social*».

²⁴⁵ Los jóvenes en esta sociedad, es decir los menores de 40 años, tienen sus propias estructuras.

²⁴⁶ En el INRSP carecíamos de material informático y de oficina para la realización correcta del documento de la tesis.

²⁴⁷ Necesidad de distanciamiento con la realidad estudiada.

En este momento, una vez finalizada la investigación así como la redacción del presente documento, con la distancia que esto nos aporta, podemos decir que las estrategias metodológicas y técnicas de investigación empleadas tanto en la fase preliminar como en la de investigación han demostrado su pertinencia a la hora de recoger con rigor científico los discursos, las prácticas y los datos que, confrontados entre sí, nos han permitido elaborar este documento trazando las líneas principales de la sociedad estudiada así como abordar adecuadamente la problemática investigada, mostrando a su vez que *«este sistema social ofrece a la reflexión teórica ámbitos privilegiados de investigación»* (Pollet y Winter 1971:14). Y sin más preámbulos damos paso a la segunda parte de la tesis.

²⁴⁸ Desde enero de 2004 nos encontrábamos en Mali, sin beca y sin un trabajo remunerado.

SEGUNDA PARTE

MEDICALIZANDO: ESCENARIOS Y ACTORES

Capítulo Quinto

DRAMANÉ: GÉNESIS DE UN CENTRO DE SALUD
COMUNITARIO «REVELADO» Y REVELADOR

En este capítulo analizaremos el proceso de institucionalización del CSCOM- Centro de salud comunitaria de Dramané, pues tanto los anfitriones de Bamako como los agentes sociosanitarios entrevistados en París, la capital maliense o el área sanitaria estudiada nos señalaron la importancia de comprender el pasado de dicho centro para entender su presente ya que *«sí la gente no frecuenta el centro actualmente en muchos casos se debe a cómo sucedieron las cosas en el momento de crear el centro, pregunta y ya verás como la supuesta adhesión de toda la comunidad, y digo de toda, nobles y esclavos, ancianos y jóvenes, hombres y mujeres, no es tan clara»* (Dr. Touré, ex director regional de la salud de Kayes, actualmente en Bamako trabajando para la OMS). El análisis de dicho proceso nos mostrará cómo los diferentes actores sociales residentes en el área sanitaria de Dramané manejan el cambio provocado por la inmigración a través de su implicación en la génesis del centro de salud comunitario.

Para ello hemos optado por dejarnos llevar por el discurso del citado *alma mater* del centro de salud comunitario: El Hadji Almamy (EHA.) Dramé. No sólo todos los actores sociales le reconocen como interlocutor válido al haber sido el impulsor del centro de salud de Dramané, ser noble de la familia fundadora del poblado (Dramé del linaje de Soumaillosoxodé, que como señalamos en el marco etnosociosanitario fue el primero en instalarse en Dramané) y de la clase de edad de los ancianos (nació en 1933), sino que su posición como actual presidente de honor, le permite una visión «desde dentro» pero al mismo tiempo con una cierta distancia. Su lugar social como uno de los marabúes más conocidos y poderosos de la región le daba la posibilidad de ser crítico sin temor a «una represalia». Además, nuestros dos viajes anteriores nos habían permitido afianzar con él una sólida amistad, reforzada cuando él mismo se desplazó en el año 2000 a París por motivos graves de salud y desde nuestro puesto de asistentes sociales pudimos ayudarle en sus trámites con el sistema sanitario francés. Respetaremos el orden en el que El Hadji Almamy Dramé abordó cada tema, ya que ello también nos deja traslucir cómo el entrevistado ordena mentalmente su discurso y sus representaciones sobre la realidad social en estudio. Si bien en otras ocasiones, habíamos discutido informalmente en el patio de su casa, en esta ocasión nos quiso honrar recibiéndonos en el «salón de honor» en *«donde estuvo el gobernador»*. Aun cuando su manejo del francés es casi perfecto, siempre estaba acompañado de uno de sus hijos, C. Dramé, quien está llamado a sucederle en tanto que jefe de la concesión (*kagumé*). Mientras, un joven perteneciente a la clase social de los esclavos le masajeaba los pies, símbolo de su estatus (foto 01)

5.1. La confluencia de «voluntades necesarias» más allá de las rivalidades existentes en el interior del poblado

La confluencia de diversas voluntades (la del poblado y la de la política sanitaria), en un momento histórico concreto, 1994 (periodo test de la futura política sanitaria formalizada finalmente en 1998 en el PRODESS-Programa de Desarrollo Sociosanitario²⁴⁹), posibilitó la institucionalización del centro de salud rural de Dramané. Esta situación actualizó toda una serie de rivalidades. En palabras de EHA. Dramé:

«Salam Alekum. Queréis que os hable del centro de salud y de los problemas que tenemos aquí para poder curarnos. Pues bien, lo que yo puedo deciros a propósito de este centro de salud, y antes de todo, es que cuando tú ves algo, hay que conocer de dónde viene, cómo por debajo está el empuje de alguien...el impulso...y para ello cuenta mucho el estar instruido. También cuenta el destino. Hay quienes conocen el presente y no olvidan el pasado. Quienes conocen el futuro, Dios se lo muestra. Son los sabios. Si se acuestan, en sueños van a despertarse con algo. Yo me he despertado con la idea de este centro pero he tenido que luchar durante tres años, he luchado con el poblado y no han querido (...). No han querido porque, bueno ya sabes, somos de tres categorías, de tres linajes, las que ya os dije, Soumailo, Wali, Siré, bueno cuando el hijo de Soumailo dice algo, su adversario está ahí y va a decir lo contrario... ya sabes que nosotros somos un nombre, el nombre Dramé, y Dramé es oro... van a decir que, ah, que si fue el otro quien lo dijo, que si fui yo y así el nombre queda para la posterioridad, etc, etc. puro egoísmo (...). No han comprendido nada. Así que cuando la ley llegó diciendo que Dramané tiene derecho a un centro de salud con Kayes Ndi, y Kayes Khasso²⁵⁰, fuimos nosotros los tres primeros,... pues me calmé ya que el jefe del poblado, si es su turno... si tú eres el más viejo... Bueno yo ya lo quise hacer en tiempos de cuando fue jefe del poblado... ¿cómo se llama?..... he... Makha, Makha Dramé. Bueno ha dicho no. Luego se murió. Volví a renovar la petición en tiempos de El Hadji Magnamé. También de Walisoxodé. Y de nuevo me han rechazado. Tiene un hermano allí, en Francia, que ha venido para reconciliarnos. Todas las mentiras que decían allí han visto que son falsas. Yo lo que quiero es que el

²⁴⁹ Ver marco etnosociosanitario.

²⁵⁰ Recordemos que fueron tres los centros pilotos de la política sanitaria en la Región de Kayes: Dramané, Kayes Ndi y Kayes Khaso. Estos dos últimos son urbanos, sitos en el mismo Kayes.

poblado avance. Yo no trabajo para el nombre no, para mi prestigio no, yo no trabajo para alguien, trabajo para el avance del poblado. Él ha cogido los papeles con él, los ha llevado a Francia, los ha enseñado allí y ha dicho que muchos decís que El Hadji es un partisano, que si trabaja para Soumalisoxodé, para Horongalou etc., no, yo no he visto para nada eso. Bakari es de Walisoxodé. El hermano mayor de Bakhassé, ya sabes el que está en Suiza. Bakari ha venido a aclarar la situación. Ha cogido los documentos, se ha marchado con ellos. Los ha hecho reunirse en Francia, pero de nuevo lo han rechazado. Bueno, no nuestro barrio en París. Porque nosotros queremos que se hagan las cosas juntas, no de un lado Wali y de otro Horongalou, no, no, todo el poblado, aquí y en París. Un sólo pueblo, un solo jefe, un sólo doctor... un sólo centro de salud. Eso es lo que queremos. Y eso que éramos capaces de hacerlo de nuestro lado, los de nuestro barrio, pero quisimos que fuera juntos pues los ancestros nos lo han prohibido. Un sólo jefe, un sólo imam²⁵¹. Bueno el centro de salud es eso... sino incluso Lassana²⁵² que has visto tú con sus hermanos, prefería el centro de salud. Es la unión lo que deseamos. Bueno, pues Dios ha hecho que Magnamé muera... Y el jefe del poblado ha vuelto a nuestra casa, vamos a nuestro barrio. Cómo se llamaba, Mamadou Diamou Dramé, sí en el 94... El padre de Lassana, sí bueno para vosotros el abuelo. Somos todos de la misma puerta. No mires que ellos están allí y nosotros aquí²⁵³ Incluso hoy en día si los llamamos, van a venir todos. Todos. Bueno, he presentado el asunto a mi hermano mayor. Y me ha dicho «todo lo tú que quieras hacer, hazlo». Así que ha provocado una reunión aquí, y me han autorizado (...) Ya sabes hice mi petición de apertura con el Dr. Touré. Si vas a mirar el dossier es El Hadji Almamy Dramé. Sí, yo mismo. Yo he maquinado, lo he hecho... lo han aceptado y luego ha venido a Dramané la delegación de Kayes. Nos hemos reunido..., a la época, en Francia no tenían... no tenían por qué meterse en ello... Eh! Porque allí, allí, hay ciertos Dramé que no buscan más que su propio interés... No quieren el interés del poblado, el interés de unión. Pues bien la gente de París la ves con el presidente, con el ministro, con el comandante, para la foto, hay también quien trabaja para el pueblo, muchos otros para su propio interés. Están en Francia, llevan la caja²⁵⁴, pero para su propio interés, tienen todos los medios ya que para nosotros el mayor es

²⁵¹ El imam es el jefe religioso musulmán que preside la oración.

²⁵² Se trata de Lassane Dramé, uno de los nueve anfitriones entrevistados en Bamako.

²⁵³ Se refiere a que ocupan dos concesiones (a) diferentes aún siendo del mismo linaje de origen: Soumailosoxodé.

²⁵⁴ Alude a la caja común del poblado o Keesi N'leme ya citada en el capítulo de marco etnosociocultural.

el más anciano, el que manda con sus colaboradores. Si queréis enviar el dinero vale, si no, no lo enviéis (...) ¡Bueno, no todos te lo agradecen! Hay quienes son ingratos. Eso es... eso es. De la que dicen que Dramané tiene un centro de salud comunitario, han venido a tomar la foto, ésta ha ido hasta Francia, todo el mundo la ha visto en las residencias, todo el mundo ha venido diciendo, yo he hecho, yo... y ni siquiera saben cómo se ha hecho. No, no, ellos no conocen cómo se ha creado nuestro centro (...) No conocen los estatutos, las condiciones, No, no conocen eso. Pero yo he hecho mi trabajo (...) Bueno hemos empezado. Y al cabo de dos años, han enviado el dinero, hemos hecho la política...y al tercero hemos construido. Eso es lo que yo sé... Y si no, pregunta a la gente, pregunta...»

Y así hicimos. Preguntamos a la población del área sanitaria de Dramané y todas las categorías de actores sociales (mujeres y hombres, miembros del Comité de Gestión del centro de salud y agentes sociosanitarios) confirmaron que el centro de salud comunitario de Dramané nació de «*la voluntad popular*», y sobre todo gracias a la impulsión de El Hadji Almamy Dramé: «*Fue Almamy Dramé, que conoce bien la administración y que tiene muchas relaciones quien se acercó a Kayes para que tengamos al fin un centro de salud comunitario. Es él el primer anfitrión de Kayes y eso facilitó enormemente las cosas*» (Bi. Sacko, esclavo, Walisoxodé). El Comité de Gestión lo atestigua: «*Ha sido Almamy quien ha tomado la iniciativa. Quien ha hecho todos los contactos. Entre el 92 y el 94 ha depositado un proyecto. Antes de 1992, íbamos a curarnos a Gakourá, a Ambidedi o a Kayes... y no veas qué ventaja ha sido el tener aquí el centro*» (M. Dramé, noble, Walisoxodé). Respecto a las rivalidades entre los barrios evocadas por nuestro informante, la mayoría de los actores sociales entrevistados quitan importancia a las mismas: «*No, aunque haya algún problemilla entre barrios esto no influye en el centro pues hay un tercero implicado, el estado. Hay un tercero*» (W. Yatabaré, noble, Horongalou). La implicación, posterior e «interesada», en busca de prestigio de los inmigrantes es confirmada por todos los actores sociales de Dramané: «*Nuestros hermanos de París vinieron después, como siempre ya sabes... a coger fama, además no tienen ni idea de lo que Kayes pide, lo que hay que poner en los estatutos*» (B. Kanouté, noble, Horongalou). Los agentes sanitarios, consideran como EHA. Dramé, que estas rivalidades han influido posteriormente en la frecuentación del centro: «*Tuvimos muchos problemas con ellos. Primero entre barrios. Luego con los de París. Y quieras o no ello ha influido en la*

frecuentación del centro» (Mme Dramé Ba Diallo, gerente del depósito de medicamentos genéricos, Walisoxodé).

Las fuentes documentales validan también el discurso de nuestro informante. En el año 1992, la gente del poblado, a iniciativa propia, había creado un puesto de salud compuesto *«de un dispensario, una maternidad y un depósito de medicamentos contruidos en adobe (...) El puesto de salud anterior estaba dirigido por un enfermero, una matrona, y un gerente, todos ellos pagados por la población»* (Región de Kayes-CK-CSK²⁵⁵1994:1). La transformación del antiguo puesto en CSCOM-Centro de salud comunitario en el año 1994 se debió *«a la voluntad manifiesta de dicha población de contribuir a la resolución de sus problemas de salud»* (Región de Kayes-CK-CSK 1994:1). Esto corresponde con lo exigido por la ley que, como ya vimos en el marco sociosanitario, estipula que *«el centro de salud comunitaria (...) se crea sobre la base del compromiso de una población definida y organizada»* (Arrêté Interministériel n° 4-5092: art.3). Ni el informe de creación del centro ni ninguno de los informes posteriores de supervisión consultados evoca dicha rivalidad entre barrios²⁵⁶. Sin embargo, posteriormente sí que hacen referencia al conflicto existente con los inmigrantes, a los que las autoridades sanitarias denominan *«france men»*. El informe de supervisión del año 1996 (Service Sociosanitaire de Kayes 1996:26) señala que *«el centro tiene dificultades debido al poder de los france men que han contribuido con un xx% al costo de su construcción»*. Los diferentes documentos aparecen efectivamente firmados por el citado Dr. Touré (director regional de la salud en Kayes en aquel momento) y EHA. Dramé como representantes de cada una de las partes implicadas: autoridades sanitarias y población. Tanto durante nuestras dos estancias previas en los años 1999 y 2001 como durante ésta tercera vez, nuestra experiencia es el escuchar múltiples comentarios criticando a los inmigrantes *«en general»*, y en especial respecto a su implicación en las diferentes realizaciones colectivas realizadas en el poblado con su ayuda económica: centro de salud, cooperativa o huerto.

Podemos comprobar por tanto que el discurso de EHA. Dramé nos muestra que el proceso de *«institucionalización»* del centro de salud de Dramané ha permitido al barrio de Horongalou, al que la inmigración había hecho perder parte de su poder y posición hegemónica, manejar dicha pérdida, así como las rivalidades internas que atraviesan este sistema social. En el capítulo de marco etnosociocultural apuntamos ya cómo la historia de este poblado está íntimamente ligada a la historia de instalación

²⁵⁵ Région de Kayes-CK-CSK: *Région de Kayes-Comune de Kayes-Centre de Santé de Kayes*.

del clan Dramé Kandjé. Según todos los actores sociales, y en especial según el transmisor oficial de la historia en Dramané (El Hadji Abdou Dramé, noble, Horongalou –foto 02): *«El primer Dramé Kandjé en instalarse fue Soumailo Dramé hace alrededor de 750-800 años»*. Tras Soumailo vinieron a instalarse Wali, Sire, Komongalou y Tambodouga. Soumailo y Wali se unieron conformando el barrio de Soumailosoxodé. Wali, Komongalou y Tambodouga crearon el barrio de Walisoxodé. Ya hemos señalado que el poder político se atribuye en función del orden de llegada sobre el territorio, por lo que normalmente debería estar en manos de Soumailosoxodé que pertenece al barrio de Horongalou: *«Hemos sido jefes del poblado, los 30 primeros jefes fueron de nuestra familia»*. Sin embargo, posteriormente la jefatura pasó a ser rotativa: el jefe del poblado sería el más anciano de los Dramé independientemente del linaje de procedencia. Con dicho cambio Horongalou perdió parte de su poder político a favor de Walisoxodé²⁵⁷.

El estudio de los linajes que componen cada uno de los dos barrios desvela que a Horongalou pertenecen los principales marabúes del poblado (nuestro interlocutor, E.H. Sekou Dramé y E.H. Abdou Dramé) así como la familia de los imames de Dramané (Sawané) (foto 03). Los linajes de Walisoxodé parecen haberse especializado más en el comercio. Dicha especialización se corresponde bien con las actividades tradicionales del clan Dramé Kandjé: *«La especialidad de los Dramé Kandjé sería, aparte del proselitismo musulmán, el comercio de oro. Es de esta actividad que proviene el patronímico Kandjé, agua dorada en soninké»* (Bathily 1989:114). La inmigración, con las partidas de dinero enviadas al poblado, ha venido a reforzar sobre todo el poder de los comerciantes²⁵⁸, al mismo tiempo que ha drenado clientes a los marabúes de Horongalou, ya que la mayoría de los jóvenes iban partiendo al extranjero. La primera obra colectiva de los inmigrantes de París se realizó en 1972 en terrenos de Horongalou y en un dominio que podemos calificar como «de los suyos»: la religión. Los inmigrantes construyeron la mezquita de los viernes que *«sirve de referencia a todos los poblados situados al borde del río Senegal: Tafasirga, Lany Moodi, Dibokori, Sobokou, Mousala, Same campement, los Tres Makhana, Gakourá, Diani y Somone»* (W. Yatabaré, noble, Horongalou). Con ello este barrio intentaba reforzar su hegemonía religiosa. La segunda, realizada en 1985, fue la cooperativa construida en el barrio de Walisoxodé y dirigida por la gente de este barrio, reforzando

²⁵⁶ Dichos informes de supervisión son elaborados por agentes externos, miembros del equipo socio-sanitario de Kayes, que apenas pasan unas horas sobre el terreno.

²⁵⁷ Ninguno de los informantes supo (o quiso) decirnos el porqué del cambio a una jefatura rotativa entre los dos barrios de Dramané.

la hegemonía comercial de los Dramé de Walisoxodé. La tercera sería el centro de salud. De nuevo un área, el de la salud, dentro de las atribuciones propias de los marabúes: la enfermedad. Recordemos que esta rivalidad entre barrios ya había llamado la atención de los colonizadores, los cuales la atribuyeron a «*la repartición de las riquezas obtenidas por el comercio*» (Weigel 1982:9). Rivalidad que se reproduce igualmente en la inmigración.

La inmigración a su vez ha creado una nueva fractura social: entre la población y sus parientes en el extranjero. Ya hemos señalado en la introducción cómo a nivel de cada concesión (*ka*) el poder se encuentra tradicionalmente en manos del más anciano, el *kagumé*. Sin embargo la inmigración ha basculado dicha estructura social, pues el dinero ganado en el exterior otorga poder al que lo produce, es decir, los inmigrantes, que son justamente los jóvenes de cada grupo doméstico. El discurso deja ver una clara oposición entre ancianos y jóvenes, entre los *kagumé* de Dramané y los inmigrantes de París. Nuestro interlocutor, perteneciente a la categoría de los ancianos, a los de Dramané, trata de dejar claro que los del poblado tomaron siempre la iniciativa a la hora de demandar la institucionalización del centro de salud, como si quisiera demostrar su capacidad de ser no-dependientes de los inmigrantes, de que aún en Dramané los ancianos detentan el poder. A su vez, EHA. Dramé, atribuyendo el mérito de la creación del centro al poblado, antes que a los inmigrantes, parece hacer referencia a la concepción religiosa que rige la atribución de la responsabilidad en esta sociedad: «*Si por ejemplo el médico hace algo mal, delante de Dios no es él el responsable sino el primero que lo trajo a este poblado, su primer anfitrión. Y para lo bueno lo mismo*» (A. Tirera, noble, Horongalou).

Pero, esta sociedad atravesada por rivalidades que la inmigración ha actualizado y en muchos casos acentuado, posee sus propios medios de resolución de conflictos, los cuales fueron también actualizados en el momento de creación del centro de salud. Ya expusimos en el capítulo de marco etnosociosanitario cómo cada poblado, barrio, clan, linaje y familia, tiene atribuido tradicionalmente un mediador, y a su vez ejerce de mediador para otros. Como el conflicto revitalizado con la creación del centro de salud hacía referencia a los dos barrios de Dramané, en el poblado y en Francia, se movilizó a un inmigrante de Dramané, pero exterior al conflicto ya que reside en Suiza, que a su vez resultó ser el inmigrante de mayor edad en el extranjero. Al mismo tiempo el portavoz de «los partisanos» del centro era un miembro del linaje fundador de Dramané, y cabeza del barrio de Horongalou, EHA. Dramé de

²⁵⁸ La mayoría de las tiendas del poblado se encuentran en manos de familias de Walisoxodé.

Soumailosoxodé, y por tanto se buscó que dicho mediador perteneciera al barrio oponente, Walisoxodé, y en especial al *ka* Dramé que detentaba la jefatura en dicho momento: el de Bakhasé Dramé. Por otro lado el proceso de institucionalización permite igualmente movilizar uno de los valores clave de esta sociedad: el prestigio. Prestigio que cada clan, cada linaje, cada barrio, cada jefe de familia quiere para sí, y que se logra entre otros medios mediante la implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención. Dicha implicación otorga prestigio social, puesto que se movilizan relaciones sociales y se actualiza uno de los valores claves de esta sociedad: la solidaridad, en este caso frente a la enfermedad.

Y sin embargo toda esta estrategia no habría sido posible si no hubieran confluído en un mismo momento histórico la citada «voluntad popular», las analizadas «necesidades del sistema social», y la «necesidad y voluntad» de la política sanitaria maliense por crear centros de salud comunitarios que sirviesen de centros pilotos donde evaluar la viabilidad del en aquel momento su futuro Plan Decenal de Desarrollo Sociosanitario (1998-2007). Esta política sanitaria imponía sus propias condiciones a la hora de poder atribuir a un centro de salud la denominación de comunitario.

5.2. La inevitable necesidad de aliarse entre poblados para establecer el área sanitaria

La política sanitaria maliense estima que un CSCOM-Centro de salud comunitario debe cubrir una población de alrededor de 10.000 habitantes, en un radio menor de 15 Km., para poder ser viable²⁵⁹. Por lo tanto Dramané necesitaba concertarse con otros poblados si quería poder ser elegido como tal. Como bien nos muestra el discurso de nuestro informante privilegiado, EHA. Dramé, el proceso de negociación del área sanitaria de Dramané actualizó toda una serie relaciones de dependencia y de rivalidades históricas que la inmigración había alterado.

« Bueno, les he entrenado durante tres años y tras esos tres años, en el 94, he dicho, se acabó hay que hacer cambios, porque eso es lo previsto, no podemos seguir solos. (...) Lo que está previsto en los estatutos de Kayes es que formen parte del

²⁵⁹ Ya señalamos en el capítulo de marco etnosociosanitario como el gobierno maliense ha adoptado, como estrategia para asegurar la viabilidad del sistema, el SRC-Sistema de Recubrimiento de Costes. Este sistema adoptado en 1985 bajo la presión del FMI-Fondo Monetario Internacional, prevé que sea la población, a través del pago de «las prestaciones de cuidados dadas (...) incluida la venta de medicamentos» ((Arrêté Interministériel n°94-5092/MSSPA-MATS-MF art. 26.1), quien se encargue de los costes de mantenimiento del centro de salud y de personal.

centro los poblados que nos rodean, sino en Dramané éramos fuertes, podíamos pagarlo, pero para Kayes éramos pocos. Así que he tomado Kolingoté, Guemou, Gouloumbo, Makhadougou, Makhalagaré y Toubaboukané. Estos son los que figuran en el acuerdo, no en la primera solicitud, no, al principio éramos nosotros solos, pero Kayes me obligó a cambiar y hablar con los otros poblados. Les he dicho... es necesario políticamente, así que he escrito el nombre, les he hecho firmar, sí a todos, les he hecho firmar. Ellos dijeron que si es cuestión de dinero que no pueden ayudarnos. Yo les he dicho que no, que Dramané no necesita vuestro dinero, sólo tenéis que firmar. Hace falta que aparezcaís, eso es todo. La financiación es Dramané. Hace falta que en nuestra zona de Makhaná haya un CSCOM, un centro de salud. Y estuvieron de acuerdo. Toda la financiación es Dramané. (...) Pero Sobokou no está con nosotros. Sobokou estaba con nosotros pero nos ha traicionado. De la que han visto que hemos construido, ya sabes en este medio soninké, si haces algo en tu poblado, ellos van a decir que yo no voy al poblado ese, sobre todos los inmigrantes, van a decir yo también quiero construir. Y hasta hoy, Sobokou no tiene aún el papel de Kayes, no tiene su autorización, no. Si no Kayes lo había puesto con nosotros. Y está entre nosotros. Gousselá está entre nosotros. Eso es, incluso en Makhaná, ellos también, pero a veces,... sobre todo Toubaboukané ya sabes si los ciegos... si conduces a los ciegos, si han abierto los ojos, habrá quienes quieran ser grandes, tú quieres que ese esté, que sea el otro (...) No todo el mundo es agradecido. Habrá quienes sean ingratos. Eso es...».

Nuestros encuestados de los tres Makhana sostienen que efectivamente *«fue Almamy quien vino donde nosotros a ver si queríamos formar parte. Y como no había que pagar pues sí, dijimos que sí, aunque el centro no esté en nuestro poblado»* (M. Bathily, noble, ex inmigrante, Makhadougou). El hijo del jefe de Toubaboukané nos recuerda su participación y la justifica del siguiente modo: *«Los Tres Makhaná y Dramané estamos juntos desde hace siglos, desde la llegada de los Dramé. Y con el centro debía ser igual. Hemos participado desde el principio, para el primer muro en madera hemos llevado 709 carretas de madera, yo estaba a la cabeza. Sin embargo el centro no está en nuestro poblado y eso algún día habrá que remediarlo. Además nosotros no podemos hacer siempre lo que nos digan los Dramé. Nosotros, los Bathily mangé²⁶⁰ nadie puede decidir sobre nuestros bienes. No podemos cotizar, no, nunca.*

²⁶⁰ Linaje del clan noble Bathily cuyos miembros de sexo masculino ejercen de jueces tradicionales.

Podemos hacer un don, pero no cotizar. Así cuando se creó el centro los parisinos hicieron un don» (J. Bathily, noble, Toubaboukané).

La citada adhesión de la población en el momento de apertura del CSCOM-Centro de salud comunitaria contrasta con lo referido posteriormente en el informe de supervisión de 1996, donde se evoca una falta de participación de los tres Makhaná *«pues la estrategia comunitaria no ha sabido sobrepasar las relaciones seculares de casi-vasallaje entre Dramané (poblado de marabúes) y los otros poblados»* (Service Sociosanitaire de Kayes 1996:26). Como bien señala nuestro informante privilegiado, la DRS-Dirección Regional de la Salud, con el fin de alcanzar los 10.000 habitantes mínimos (Dramané y los 3 Makhaná sólo contaban con 4.801 habitantes en 1994) añadió a la segunda demanda los poblados de Sobokou y Gousselé. Sin embargo, y como han confirmado los diferentes actores sociales entrevistados ambos poblados rechazaron desde el inicio su inclusión. Tanto las mujeres como los hombres de los diferentes poblados, así como los agentes de salud, ven en dicha falta de adhesión razones de tipo cultural: *«En Sobokou se trata de gente de casta. Y los de Dramané no conciben que un marabú, un noble, sea él el que se acerque a pedir que les hagan el favor de venir a curarse a Dramané. La población, gracias al dinero de los inmigrantes querían tener su propio centro»* (T. Coulibaly, matrona del centro de salud entre 1997 y 2002). En Gousselé se añade un obstáculo natural, ya que el poblado se encuentra al otro lado del río Senegal. Además *«entre los soninké existe la creencia de pensar que cuando una está enferma o embarazada no puede cruzar el río pues los djins²⁶¹ podrían atacarte»* (Mme Cissoko, esclava, Makhadougou). Gouloumbo, si bien incluido en la segunda demanda de Almamy Dramé ya que se trata de un poblado de cultivo dependiente de Dramané, fue excluido por Kayes debido a que se encuentra a más de 20km de Dramané al borde de la carretera internacional Kayes-Senegal. Sin embargo no será hasta septiembre de 1996 cuando la misión de supervisión del equipo sociosanitario de Kayes justificará y oficializará la no-adhesión de dichos poblados: *«La ASACO-Asociación de Salud Comunitaria de Dramané no ha perseverado suficientemente para lograr la adhesión de Sobokou, pues se trata de gente de casta. La inclusión de Gousselé en el área sanitaria de Dramané fue un error. Contrariamente a lo que se pensaba en dicha época, el río es un serio obstáculo debido a la falta de una piragua y a tabúes relativos a la prohibición para cruzar el río*

²⁶¹ Espíritus del agua que, según las creencias populares de este país, obedecen únicamente a las etnias bozo y somono. Su culto que supuestamente posee funciones curativas ha sido ampliamente estudiado por Jean Marie Gibbal (1982, 1994).

de mujeres embarazadas y niños enfermos» (Service Sociosanitaire de Kayes 1996: 26).

A partir del discurso de nuestros informantes podemos deducir que el dinero aportado por la inmigración permite a la población de Dramané, al menos según sus propios cálculos, asumir la transformación del antiguo puesto de salud en un centro comunitario. Sin embargo, al negociar su apertura, la política estatal les exigió cubrir un mínimo de población, viéndose obligados a actualizar la red de relaciones seculares de interdependencia existentes entre Dramané y los poblados de su área de influencia religiosa y política. El clan Dramé Kandjé, desde su instalación en los terrenos actuales de Dramané ha intentado funcionar como una entidad política independiente, fundando su poder e influencia en el orden de lo religioso. Poder reforzado por la riqueza adquirida en inmigración. Sin embargo su historia, como ya vimos en el capítulo de marco etnosociocultural, está íntimamente ligada a la de los 3 Makhaná, sede del poder político en la región, y cabeza del reino soninké del Gadiaga. El reino de Gadiaga emerge del citado reino medieval de Wagadu constituyendo una entidad política (*dyamane*) bajo la autoridad de un clan, en este caso, el clan Bathily. La sede de dicho reino para todo el Gadiaga maliense y senegalés se encuentra en Makhana, siendo el rey (*tunka*) el más viejo del clan fundador, de modo rotativo independientemente de si es de Makhadougou, Makhalaré o Toubaboukané. En el momento de nuestra investigación, el poder estaba en manos de Barre Kandi Bathily (foto 04), de 103 años, residente en Makhalaré, quien fue a su vez uno de nuestros interlocutores (especialmente en lo concierne a la historia del clan Bathily y a sus relaciones con los Dramé). Los tres Makhaná, al contar con una población más reducida, se han visto a su vez menos afectados por la inmigración. Según los Bathily entrevistados, fue su clan quien otorgó a los Dramé el derecho de instalarse en la zona. Según los Dramé, si bien es cierto que el orden de llegada otorga el poder a los Bathily, «*nosotros estábamos de paso y fueron los Bathily quienes nos suplicaron para quedarnos*» (El Hadji Abdou Dramé, noble, Horongalou). La razón dada, que los Dramé salvaron del infierno a la madre de los Bathily, pues al morir, ellos les enseñaron como había que embalsamarla «*conforme a lo deseado por Allah*» (EHS. Dramé, noble, Horongalou). De nuevo se apela al dominio de lo religioso para sustentar la pretendida superioridad de los Dramé sobre los Bathily.

Pero la inmigración habría al mismo tiempo reforzado el poder del, si bien más poblado, más subalterno de los tres Makhana: Toubaboukané. Así sus inmigrantes desean crear su propio centro, intentando con ello superar su posición de

subalternidad respecto a los otros dos Makhana así como respecto a Dramané. Esta subordinación se verifica en una doble vertiente: respecto a los Bathily de Makhadougou y Makhalagaré, Toubaboukané fue el último de los Makhana creado en el seno de una cultura en el que el orden de llegada sobre un territorio otorga una posición de hegemonía: «*Hacia 1700, Souleymane Soumboulou Bathily, proveniente de Makhalagaré se instaló sobre unos terrenos en dónde ya estaban los blancos*» (B. K. Bathily, noble, Makhalagaré). Souleyman Soumboulou habría ocupado los terrenos del ya citado en el capítulo de marco etnosociocultural fuerte de Saint Joseph «*en donde los negreros acumulaban esclavos, facilitados especialmente por los marabúes/comerciantes de Dramané*» (Delafosse 1912:403). En segundo lugar, con respecto a Dramané, Toubaboukané es la sede del poder judicial en la región, en manos del linaje Bathily *mangé* y se encuentra en continua rivalidad con la sede del poder religioso de Dramané, ya que el poder religioso también toca el dominio de la justicia, esta vez basada no ya según las normas de la sociedad soninké, sino según las normas del Corán.

La inmigración habría igualmente trastocado las relaciones de hegemonía-subalternidad existentes entre los poblados de la región a través del caso de Sobokou. Este poblado, incluido en un principio en el área de Dramané, habría creado gracias al dinero obtenido en inmigración su propio centro de salud, independizándose con ello del poder de Dramané y del de los tres Makhana. La historia nos muestra que Sobokou se creó posteriormente a los 4 poblados del área sanitaria, tratándose, no ya de un poblado de casta como lo denominan nuestros interlocutores²⁶², sino de un poblado de esclavos (*kome*), de ahí su completa dependencia de los nobles Bathily y Dramé. Al declarar Francia en 1905 la prohibición de la trata de esclavos en toda el AOF-África Occidental Francesa así como en el Congo, los habitantes de Sobokou quedan libres. Pero dicha libertad es sólo en el ámbito jurídico ya que como ya señalamos la pertenencia a un linaje esclavo permanece inmutable en el seno de esta sociedad. Sus habitantes, esclavos cuya posición social les obliga a obedecer las órdenes de sus señores (los Bathily y los Dramé), gracias al dinero ganado en la inmigración han podido contestar la repartición de poderes tradicional, sirviéndose para ello de la creación de su propio centro de salud. Dramané, en el momento de institucionalización del suyo, intentó regular dicho cambio social incluyéndoles en su

²⁶² La mayoría de las veces la población evita decir «esclavo» pues según su representación social esto sería «mal visto» por nosotros «los blancos».

área sanitaria, en su área de poder, pero no lo logró, de ahí el lenguaje en términos de traición.

Respecto a Gousselá, a pesar de encontrarse a la misma distancia de Dramané que Sobokou, pertenece a otro reino soninké, el de Guidimakhá, con sede en la familia rival de los Bathily, los Cámara de Gakourá. Y por tanto fuera de la esfera de poder tanto de los Bathily como de los Dramé. Sin embargo, Dramané habría aprovechado la oportunidad política para incluirlos en el área sanitaria, a lo cual se habrían opuesto gracias a la oportunidad dada por la inmigración de crear su propio centro. A ello se añadirían los citados obstáculos geográficos y culturales

Pero quedaba aún una última condición por cumplir por parte del centro de salud de Dramané antes de poder ser declarado como comunitario: la condición de la participación comunitaria.

5.3. El choque de concepciones en torno a la participación comunitaria

Ya expusimos en el capítulo de marco etnosociosanitario que la política sanitaria maliense tiene como uno de sus ejes fundamentales la participación comunitaria, y ello desde la época de la colonización. Ésta debía traducirse igualmente también en *«la participación en la construcción y mantenimiento de los centros de salud así como de los puntos de agua y en la responsabilización por parte de la población del 50% de los gastos sanitarios a través del Sistema de recubrimiento de costes»* (INRSP 1999:10). Asimismo el citado decreto (*Arrêté Interministériel n°94-5092*) completó en 1994 dicha concepción de la participación comunitaria que habría de traducirse *«en la participación de la comunidad en la gestión y en los problemas sanitarios del individuo, la familia y la colectividad»* (art. 6). Sus instrumentos son las tres instancias participativas que habría de comportar todo centro de salud comunitario:

- + La Asamblea, que constituida legalmente como ASACO-Asociación de Salud Comunitaria, representa a toda la comunidad (art. 11).
- + El Consejo de Gestión como órgano de decisión (art.14).
- + El Comité de Gestión como órgano de ejecución (art. 20).

Dramané habría de servir de test para su viabilidad en la región de Kayes. Pero ¿cómo entendió, reinterpreto, gestionó y «usó» la población del área sanitaria de Dramané dicha participación comunitaria para gestionar los cambios provocados por la inmigración? Dejémonos de nuevo guiar por el testimonio de EHA. Dramé:

«Nosotros hemos tenido el coraje de fabricar los ladrillos, no los de París. Imagínate, en el 92, comenzamos construyendo el centro con ladrillos de adobe. En ese momento Francia ha oído decir que... y nos han enviado el dinero. En el momento que han sabido que ya hemos fabricado los ladrillos, que hemos maquinado (...) Nosotros y los de Makhaná. Y el terreno también. Kayes exigió que participáramos ofreciendo un terreno, más grande y con un pozo (...) ¡Es un terreno nuestro de Soumailosoxodé! En aquella época estaba Mamadou Diamou como jefe del poblado, y ha dicho de ganar el terreno con él. Él nos ha dado el terreno, lo que querían los de Kayes. Ha dado el terreno al poblado pero no ha dicho el nombre de Soumailosoxodé no, es el terreno del poblado, del CSCOM del poblado. Así es. Todos parecidos. Eso es lo bueno, y hemos comenzado. Y hemos construido en cemento (...) Pero la gente no está contenta, los de Kayes querían que construyéramos con uralita. Y dijimos que no, que ya lo pagábamos nosotros. Mira Gakourá, ellos habían ya construido en cemento...Pregunta a Massamba, el estuvo conmigo negociando todo».

Siguiendo el consejo de nuestro interlocutor interrogamos al respecto a Massamba Yatabaré así como al resto de actores sociales implicados. Respecto a la construcción de los locales, los discursos de la población concuerdan: *«Fuimos nosotros con los de Makhaná, y no los de Kayes o nuestros hermanos de París, quienes construimos los nuevos locales, luego al de dos años los inmigrantes enviaron el dinero»* (B. Tounkara, casta, Walisoxodé). Igualmente el Comité de gestión confirma como *«los de Kayes trajeron un proyecto en uralita pero los inmigrantes no han querido y nos han pagado para que acabáramos en cemento, también el techo. Los soninké no sabemos qué es eso de la ingeniería civil. Además con ello el estado quiere comer el dinero, y eso es así en toda la región soninké. No se acuerdan de nosotros más que cuando pueden comer algo de dinero»* (M. Yatabaré, secretario de abastecimiento del CSCOM, Horongalou). Sus discursos confirman igualmente el de EHA. Dramé respecto a la elección del terreno: *«La tierra nos pertenece, pertenece a los Dramé, fueron ellos los que dieron el terreno, fue Horongalou quien dio el terreno»* (S. Karé Dramé, noble, Walisoxodé).

Las fuentes bibliográficas confirman lo dicho por la población: *«Primeramente se había previsto un proyecto en uralita pero los inmigrantes se opusieron y ellos mismos decidieron hacerlo en cemento (...). Este nuevo centró costó 17.836.284 fcfa.*

La ingeniería civil (10.000.000 fcfa²⁶³) corrió a cargo de la población» (Región de Kayes-CK-CSK 1994:6). Nuestra estancia en 2002 nos permitió comprobar el buen estado de las infraestructuras construidas en 1994 (foto 05). El edificio del primer puesto de salud de adobe había sido transformado en alojamiento para el personal (foto 06). A finales del año 2001 se derrumbó y «nuestros hermanos de París enviaron el dinero para pagar unos obreros y construir un nuevo alojamiento» (Mme Dramé Ba Diallo, gerente de la farmacia, Walisoxodé).

«Además Kayes nos dijo desde el principio que el centro no iba a ser gratis. Que teníamos que trabajar si queríamos el papel de Kayes. Que íbamos a tener que pagar. Y que seríamos nosotros los que fijáramos las tarifas. Al principio la gente se quejó. Pero la asamblea aprobó finalmente las tarifas. Luego los de Kayes lo aprobaron, dijeron que las entradas de dinero por consulta y por medicamentos iban a ser suficientes si nos quedábamos con el enfermero. Pero la gente del poblado quería un médico, como en París. Pero nosotros no podíamos pagarlo. Los de París se enteraron. Y un día me enviaron el dinero y el vicepresidente se trasladó a Bamako a buscar un médico. Y Mamadala Tirera²⁶⁴ nos habló de uno. Y... »

Todos los encuestados de Dramané, mujeres y hombres, se quejan de que tengan que pagar ellos mismos los medicamentos y las consultas, alegando una supuesta falta de recursos: *«No tengo dinero para pagar el hospital de Dramané. Dame medicamentos para los ojos (...) No puedo ir al centro porque no tengo dinero»* (Mme C. S. Dramé, noble, Walisoxodé). Quejas acompañadas en su mayoría de una petición de ayuda por nuestra parte o por la parte de sus parientes inmigrantes instalados en París o en Bamako ya sea para pagar la consulta, los medicamentos o el desplazamiento a Gakourá Kayes o Bamako. Los entrevistados en los tres Makhana niegan el no poder pagar cuando van al centro: *«El precio lo pusimos nosotros, y si que nos llega con lo que nos envían los inmigrantes. El único problema son las cotizaciones y concretamente con Toubaboukané»*. (M. Bathily, noble, Makhadougou). Sin embargo, los miembros del Comité de Gestión consideran que *«todas las familias de Dramané tienen algún miembro en París. Además, si tu familia no puede, siempre habrá algún vecino que la pueda pagar. No en Dramané, no hay nadie que no se*

²⁶³ Equivalentes a 27.190 y 15.240 euros respectivamente.

²⁶⁴ Mamadala Tirera, como veremos, es el jefe del poblado de Dramané en Bamako.

pueda pagar la consulta, ni los medicamentos. Además los precios los fijamos nosotros, nadie nos los impuso. Y todos los kagumé estuvieron de acuerdo» (S. Tirera, tesorero adjunto, Horongalou). Los agentes de salud consideran que *«la población ha fijado ella misma los precios. Además sus parientes en Francia les envían el dinero. No, aquí no es como en el resto de Malí, aquí la gente sí que puede pagar las consultas, todo el mundo tiene un pariente en Francia. Te dirán que no pueden pagar pero luego la misma persona se desplaza a un médico privado a la capital: ¿tienen o no dinero?»* (Dra. Traore, médica-jefe 2000-2003).

Los documentos consultados señalan que *«el primer equipamiento, y la primera dotación de medicamentos genéricos han corrido a cargo del estado, gracias a una donación de UNICEF, y del ayuntamiento a través del Comité local de desarrollo por un valor de 7.305.284 fcfa y 231.000 fcfa respectivamente. Los salarios del enfermero, la matrona, la gerente de farmacia y de la señora de la limpieza corren a cargo de la población a través de las entradas por consulta sumando una previsión de 1.330.752 fcfa²⁶⁵ anuales»* (Région de Kayes-CK-CSK 1994:6). El informe de supervisión de septiembre de 1996 anota la llegada del primer médico como bien señalara nuestro interlocutor: *«Hace un mes más o menos (...) su salario está a cargo de los france men»* (Service Sociosanitaire de Kayes 1996:10).

Veamos cómo tuvo lugar el proceso de nominación de los órganos de participación comunitaria del centro de salud según el discurso de El Hadji Almamy Dramé:

«El jefe del poblado, una vez que Kayes ha dado su acuerdo, sí, ha provocado una reunión, les he contado como Kayes nos obliga a crear un comité, un consejo, una asociación, que no puede ser el consejo de notables del poblado quien aparezca en los papeles y quien dirija el centro. Y me han autorizado. El jefe del poblado me ha pedido que decida los nombres de nuestros hijos para el Comité de Gestión. Todos los que ves allí los he citado yo, te lo juro. Todos los que trabajan siguen siendo los mismos que al principio pues no ha podido haber un cambio. Bueno ahora soy el presidente de honor pues en aquel momento me encontraba instalado en Kayes. Y como era cuestión de administraciones... pues me ocupaba yo (...) Sí, yo mismo. Bueno, yo, yo he hecho mi trabajo y yo me he deshecho de ello, así que le di el asunto a Madjigi Dramé que es el presidente del Comité y a nuestros hijos. He dicho sus

nombres. (...) Ah sí, yo para evitar problemas cuando he creado el centro he puesto que el presidente sea alguien de su barrio, de Walisoxodé. Ah no, no soy idiota. He tomado el presidente de allí. He tomado el tesorero de allí. Eso es (...) Hemos crecido juntos, cada uno sabe de lo que el otro es capaz, y de lo que no. Eso es. Inteligente, ¿no? (...) Y es por eso que ahora puede funcionar. Si hubiese cogido alguien de aquí, de Horongalou van a decir que lo he creado para mí mismo. Los tres Makhana están en el Consejo de Gestión. Han hecho un cambio durante mis vacaciones en Francia, el presidente actual es de Makhalageré, Mamadou Bathily, que vive en Francia. (...) Así que puse de presidente del Comité a Madjigi, y de ayudante a Mamadou Dramé. De tesorero a Mamadou Makha Dramé. Todos, ya ves, de Walisoxodé. Como ayudante de Mamadou Makha, a uno de nuestro lado, Samba Tirera y para todo lo que es relaciones con el exterior, Massamba, vuestro anfitrión (...) Sí, todos de Dramané, ya sabes se necesita estar cerca para poder ocuparse del centro. Pero mira en el Consejo, que es más importante, que es donde se decide, ya están todos. El presidente, Bakary Naye Bathily y el comisario contable, Cissoko, vienen de Makhadougou. Los dos secretarios, el general, Konaté, y el de organización, Mamadou Wali Bathily, y los dos comisarios encargados de los conflictos, Birama y Djibril Bathily vienen de Makhalagaré. Mamadou Tima viene de Toubaboukané. El resto son de aquí, de Dramané, Mamadou Dramé de Walisoxodé está también de vicepresidente del Consejo y de Horongalou tenemos a Samba ¿Has apuntado a todos? Sí, ésta fue la primera composición, sí. Y ya ves he cogido mucha gente de Walisoxodé (...) Respecto al presidente de la Asamblea General es el jefe del poblado (...) En la asamblea participan todos los kagumé. Cuando decimos Asamblea, decimos todos los kagumé, ellos son los que van a participar en la asamblea. Hay el consejo del poblado, ellos también están allí. Pero en lo que concierne a las nominaciones y la puesta en marcha de la gente, concierne al conjunto de los kagumé del poblado (...) Pero como te he dicho el contexto es el contexto, y bueno en nuestro medio los soninké son complicados, demasiado complicados y si no respetas (...) En el 98, fue en el 98 la última asamblea, hace unos 4 años. La asamblea debe reunirse cada fin de año, cada año. El Consejo de Gestión también, debe reunirse cada trimestre, eso es lo que pone en los estatutos, en el reglamento. Bueno, hemos hecho su renovación en el 98. El 9 de noviembre del 98... Exactamente debemos renovarnos... la renovación en 2001. Teníamos un programa, ¡Inc Allah!, diciembre 2002. Cada tres años debemos renovar (...) Es el estatuto... es el reglamento interior quien lo establece. Cada 3 años

²⁶⁵ Equivalentes a 11.136, 352 y 2.028 euros respectivamente.

debe renovarse. Bueno, eso depende de la gestión y de las competencias de cada uno. Ya sabes en el medio soninké, a menudo hacen retrasos de este tipo. Y el poblado, como son los de Kayes quienes han dicho que hay que renovarse... pues les cuesta... No conocen el rol del consejo. Me refiero a la gente de nuestros poblados, los del poblado, porque cuando decimos que cada año la asamblea debe reunirse... hace falta que la asamblea sea consciente de la importancia de reunirse cada año. Y eso pasa. Y el consejo lo mismo, ellos también deben saber eso y todos los trimestres reunirse. Pero yo soy consciente de todo eso, pero no puedo convocar la reunión, no tengo derecho. Ya sabes no soy presidente ni del Consejo, ni del Comité. Las decisiones vienen de esos presidentes. Yo sólo sugiero. Y no decide hacerlo por lo que te he dicho: ya sabes, nuestro medio es... la gente es de pueblo, son pueblerinos que no conocen nada. Creen que sí, que el centro es en nuestro interés, pero el Comité, el Consejo, la Asamblea eso, eso es para los técnicos. Y sin embargo para mejorar hace falta que cada uno conozca su rol. Ya te lo he dicho este medio, este medio es muy complicado, son muy complicados (...) Además si van a salir los mismos... cada vez que lo intentamos no encontramos quien para sustituirles. No encontramos a nadie. Y así ellos siguen dentro. Los que están en el centro de salud, el tesorero, Massamba, la farmacéutica, esos tres, lo hacen bien, estamos bien. Con esos hijos, hemos visto que no derrochan el dinero, no, no derrochan, el tesorero no ha hecho nada por detrás, el farmacéutico es una mujer, muy honesta. Bueno Massamba Yatabaré, vuestro anfitrión, es el que ha ocupado mi lugar, lo supervisa todo, y está también en Kayes, y yo he podido dormir. Y los demás han confiado (...) ¿Qué cómo se mantiene la comunicación con los de París? Ellos se han organizado como nosotros pero no hay comunicación. De eso se ocupa el presidente, Magigi, pero no hay, no hay comunicación. Hay por ejemplo... sí hay unos trabajos a hacer, una construcción, ellos envían el dinero, se hacen, se envía un resumen. Pero en materia de salud no hay (...) para la sensibilización no hay, no hay relaciones. En sensibilización no hay comunicación. (...) Y es muy necesaria. Pero nos pasa con todo, con la cooperativa, con el jardín, con todo...»

Los diferentes encuestados corroboran que fue Kayes «quien nos dijo que teníamos que crear un comité, nosotros pensábamos que una vez construido, era el médico quien iba a llevarlo, el médico y su equipo. Luego, nos dijeron que nos iban a formar. Bueno cuando Almamy nos nombró, pensamos que si íbamos a trabajar nos iban a pagar, pero nada de nada (...) El Consejo de Gestión es superior por eso está

compuesto por gente más importante que la del Comité» (S. Tirera, noble, Horongalou). Respecto a los criterios de elección, los encuestados no pertenecientes al clan Dramé opinan que: *«Los miembros del Consejo y del Comité han sido nombrados no por sus competencias sino por su pertenencia a tal o cual familia. Son los Dramé quienes han decidido así, como siempre»* (EHS. Sidibé, esclavo, Walisoxodé). Los miembros del Comité de Gestión no pertenecientes al clan Dramé confirman que dicha elección ha creado problemas en la gestión del centro desde su apertura: *«Yo no soy Dramé, no soy viejo, así que mi palabra no vale. Incluso si voy a Kayes para una reunión, informo al presidente pero éste no transmite la información. ¿Puedo yo decir algo aun que sea el secretario y encargado de las relaciones con el exterior? Soy joven y no soy Dramé, es como si fuera un extranjero. La gente no busca más que su interés»* (M. Yatabaré, noble, secretario de abastecimiento, Horongalou). Respecto a la sola presencia de gente proveniente de Dramané en el Comité, los entrevistados, tanto de Dramané como de los tres Makhana, dan la misma justificación de tipo práctico que nuestro informante privilegiado: *«Se trata de una instancia funcional, y hace falta una proximidad en caso de necesidad urgente»* (B.K. Bathily, noble, Makhalagaré). Las mujeres añaden que *«sí, sí nos gustaría participar en el Comité, somos nosotras quienes vamos al centro de salud, pero no nos dejan, además los hombres no nos informan de las reuniones del Consejo (...) No, no sabemos que diferencia hay entre el Comité y el Consejo, no, nadie nos las ha explicado. Almamy nos dijo que una de nosotras tenía que firmar, y Cissé lo hizo. Pero luego nada»*. (S. Yatabaré, noble, presidenta de la Asociación de mujeres, Horongalou).

La mayoría de los encuestados, salvo los Dramé viejos consideran que hace falta un cambio *«pero el presidente se resiste y ni siquiera nos informa»* (Bi. Sacko, esclavo, Walisoxodé). Los miembros del Comité no pertenecientes al clan Dramé son de la misma opinión y parecen cansados de continuar en su puesto: *«Estoy harto, hay que renovar el Comité, pero nuestros viejos dicen siempre que tenemos que ser nosotros los que continuemos. Que no se puede confiar en los jóvenes pues éstos de que pueden cogen las maletas y se van a Francia. Mira, el ejemplo del ayuntamiento que elegimos cinco jóvenes, pues eran los que sabían escribir, y ya ves dos ya se han ido a Francia. Y al final acabamos siempre los mismos en todas partes. En el centro de salud comunitario, en la cooperativa donde soy también tesorero adjunto, en la caja del poblado donde soy delegado principal»* (Samba Tirera, tesorero adjunto, Horongalou). Nuestro anfitrión confirma la opinión de Almamy sobre la no implicación de la población si no ven en ello un interés económico: *«La gente no quiere*

comprometerse si no ve un beneficio propio. La gente no quiere más que ganar dinero. Como no han podido marchar a Francia, o son ya viejos...no han comprendido, mira yo he obtenido un gran beneficio entrando en el Comité de Gestión del centro. Mis viejos se han curado sin tener que viajar. Los niños son controlados sin todos los gastos que conlleva un desplazamiento. Y además yo he hecho un montón de relaciones, toda la gente que he conocido... eso sí que son beneficios. Pero la gente sólo piensa en el dinero. No comprenden nada. Son analfabetos, no comprende lo que se juegan. Y sobre todo los inmigrantes tienen el dinero pero no comprenden. Ya he discutido con Almamy, y ha dicho que si no encuentra nadie para presidente el mismo va a tomar la decisión de serlo en las próximas elecciones» (M. Yatabaré, secretario al abastecimiento, Horongalou). El resto de actores sociales confirma dicha falta de comunicación con los inmigrantes: «En París existe también un Consejo y un Comité, el presidente es Mamadou Bathily, de Makhadougou, ya sabes el hermano pequeño del jefe del poblado. Pero la comunicación no pasa, no» (W. Yatabaré, noble, Horongalou).

Por su parte, los agentes de salud consideran que dicha composición de los órganos de participación influye en la afluencia al centro de salud: «La política sanitaria exige la participación de la población, y no sólo financieramente. Si no no te dan el sello de CSCOM. Y en eso Dramané tuvo y tiene sus más y sus menos... Algunos no vienen a las consultas porque está tal o cual persona, siempre los líos entre familias, los soninké son muy complicados... Dramané especialmente» (Dra. Traore, médica-jefe 2000-2003). Asimismo esta doctora, que en agosto del 2002 acababa de visitar París, en donde se había reunido con los inmigrantes considera que efectivamente la comunicación con los inmigrantes es dificultosa: «Los de París mandan mucho, o al menos quieren mandar, y la comunicación no es fácil y eso que todo está bien estructurado, allí lo tienen montado como aquí, sí lo vi cuando fui a París el año pasado. Pero la comunicación no pasa, la información no pasa (...) y cuando estuve allí lo he intentado arreglar. Les he reunido y dicho que es increíble que haga dos años que no se reúnen los de París me han dicho que los de Dramané no les informan, los de aquí dicen que son los de París que nunca les envían las conclusiones. El presidente no informa, es puro egoísmo porque si no un sólo inmigrante podría pagar los gastos de todo el centro» (Dra. Traore, médica-jefe 2000-2003).

En resumen, vemos que tanto las actas internas del CSCOM-Centro de salud comunitario como los informes del equipo sociosanitario de Kayes, confirman la citada

composición del Comité, del Consejo y de la Asamblea, añadiendo sin embargo que *«la representatividad de los órganos de participación deja que desear, desde el punto de vista geográfico (todos los puestos claves son detentados por gente de Dramané) y desde el punto de vista de las mujeres (no hay ninguna mujer ni en el Comité ni en el Consejo)²⁶⁶. Además el vice-presidente del consejo es el hermano menor del jefe del poblado y es un marabú cuya especialidad –la entrada en Francia- le hace beneficiarse de la confianza, el reconocimiento y el poder de los «france men». Se hace necesaria en la próxima renovación de los órganos reequilibrar la composición entre poblados y dar un puesto importante a Toubaboukané. Prestar atención a que las mujeres estén más representadas (...) Hace falta reforzar el funcionamiento de los órganos por una formación y por intercambios entre asociaciones de salud comunitaria (...) Así como el apoyo y seguimiento del equipo sociosanitario que debe ocupar su posición de miembro de derecho de los órganos y jugar plenamente su rol de consejero técnico y mediador en los conflictos»* (Service Sociosanitaire de Kayes 1996:26).

El proceso de institucionalización del centro de salud de Dramané resultó ser asimismo el campo de confrontación entre dos visiones, dos sistemas de representaciones diferentes respecto a la participación comunitaria. Para las autoridades sanitarias, participar supone encargarse de la construcción del centro de salud así como de su financiación y de su gestión. Pero, la población acomoda dicha concepción en función de sus propias concepciones e intereses. Por un lado la comunidad parece no tener problemas a la hora de participar en su construcción. Sin embargo la atribución del terreno se hará según los intereses estratégicos de sus protagonistas. Siguiendo una lógica en términos de barrios, Horongalou encuentra en ello un nuevo medio de reforzar su poder reducido por la inmigración. Siguiendo una lógica en términos de confrontación entre viejos/jóvenes, entre Dramané/inmigrantes, son los viejos quienes al decidir y donar el terreno refuerzan su poder. Asimismo con dicha atribución tradicional del terreno se intenta consolidar el sistema tradicional de propiedad de la tierra cuestionado por la inmigración. Nuestra experiencia en París nos mostraría cómo algunos inmigrantes, incapacitados para ser propietarios de tierras por su carácter «de ser de casta o esclavos» pretendían comprar, a los Dramé o a los Bathily, tierras donde instalarse con su familia de regreso al poblado o donde realizar una huerta para sus parientes. La realización del centro en cemento y no en uralita

²⁶⁶ Hecho que no es cierto pues ya hemos citado la presencia, al menos formal, de Mme C.H. Yatabaré nacida Dramé, noble del barrio de Horongalou.

está en relación con la concepción cultural de ésta que la relaciona con una capacidad menor a nivel económico, y por ende con un menor estatus: *«Mira antes vivíamos en casas de paja, pero al conseguir un poco de dinero en París pusimos los tejados de uralita. Pero si logras ganar más dinero está claro que vas a construir en cemento, sólo los pobres construyen en uralita. Vete de casa en casa y verás quien ha triunfado. Y mejor aún si puedo construir varias plantas. Yo por eso quiero que me ayudéis a obtener el visado: si construyo en cemento ya me puedo morir»* (S. Diallo, esclavo, Horongalou –fotos 07-09)

En lo que se refiere a la participación comunitaria, entendida desde una perspectiva financiera, si bien en tanto que barrios o poblados todos los entrevistados se posicionan como capacitados para financiar el centro y por ende en una posición hegemónica, en tanto que individuos los diferentes actores sociales se posicionan de modo subalterno, demandando asistencia. Asistencia reclamada a los que representan para ellos una posible fuente de recursos: la investigadora, el estado y/o los inmigrantes. Respecto a la gestión, la comunidad se reapropia de las instancias de participación a partir de sus propias concepciones de quién debe detentar el poder y de cómo éste debe delegarse y transmitirse. El Hadji Almamy Dramé respeta de nuevo los circuitos tradicionales de toma de decisiones (el jefe del poblado delega en él) y reparto de poderes (en función de la clase social, de la edad, del sexo, del barrio y del poblado de pertenencia). Y ello le permite a su vez gestionar las rivalidades internas del sistema, actualizadas por la inmigración. Por clases sociales y barrios, atribuye todos los puestos del Comité a nobles de Dramané, en su mayoría de Walisoxodé. Todos ellos de la clase de edad de los ancianos, salvo Massamba Yatabaré. Y todos de sexo masculino. En el Consejo de Gestión, coloca a una mayoría de nobles salvo el comisario contable que es un esclavo y el secretario de organización que es hombre de casta. Dichas funciones corresponden con su rol tradicional: un noble normalmente no puede gestionar el dinero, salvo si es juez (*mangé*). Los zapateros (*garanké*) organizan los diferentes eventos de la vida social: bautismos, bodas, entierros, etc. El esclavo que ejerce de contable posee el plus añadido de ser un antiguo inmigrante letrado (lo que aumenta su estatus social) conocido por su honradez. Asimismo la atribución respeta los poderes tradicionales: presidencia para los Bathily, vicepresidencia para los Dramé. Los cuatro poblados están representados: dos puestos (uno de ellos la presidencia) en manos de Makhadougou, cuatro en Makhalagaré, uno en Toubaboukané (a pesar de ser el más poblado de los tres Makhaná), tres en Dramané (repitiendo funciones el vicepresidente y el tesorero). Y

esta vez aparece una mujer. Participación femenina exigida por las autoridades y que nuestro interlocutor ha gestionado atribuyéndole un puesto subalterno. Modelo de atribución que no sólo es característico de Dramané sino que es extensible al resto de la región. Así Kanté et al.(1999:6) en un estudio realizado en 12 CSCOM-Centros de salud comunitarios de las regiones de Kayes, Ségou y Mopti comenta que *«si bien el 80% de sus usuarios son mujeres y sus niños, el 90% de los puestos son ocupados por hombres»*, lo cual vendría a confirmar la desigualdad de género que caracteriza a esta sociedad.

La no renovación de las instancias de participación desde su fundación emana de la concepción tradicional del poder, que se pierde únicamente por defunción. La ya citada rivalidad con Toubaboukané es gestionada a través de la atribución de un sólo puesto, que le sitúa de este modo en una posición subalterna, al mismo nivel que el de las mujeres. La Asamblea reproduce el consejo del poblado, reforzando con ello el poder de los *kagumé*, de los ancianos de cada poblado: de nuevo, jóvenes y mujeres quedan excluidos. El cambio de la presidencia del Consejo por un inmigrante puede ser interpretado como un intento de los jóvenes por ganar nuevas parcelas de poder. Asimismo hemos visto cómo algunos actores sociales reclaman la monetarización de su participación en el Consejo y Comité, lo cual es acorde con los principios que rigen tradicionalmente el intercambio de bienes y servicios en esta sociedad, incluidos los relacionados con la salud. Si bien con las redes sociales próximas dicho intercambio, según la terminología de Polanyi (1977) se rige por el principio de la reciprocidad, tanto más generalizada cuanto mayor sea el parentesco, con el estado esta sociedad intenta imponer el principio de mercado. Y para ellos el centro de salud es una instancia que representa al estado. Medio éste que permitiría a los ancianos, mediante su participación en las instancias del centro, no sólo obtener poder, sino también dinero, es decir riqueza con la que de nuevo reforzar su posición social fragilizada por la inmigración. Pero los principios de la participación comunitaria no lo permiten, pues conciben la participación como gratuita.

El choque conceptual existente entre la población en estudio y las autoridades estatales actualiza un nuevo tipo de fractura social: la existente entre la población soninké y el poder central, sito en Bamako, representado en este caso por las autoridades sanitarias de Kayes. Hemos visto en el capítulo de marco etnosociocultural cómo, si se realiza una lectura histórica de Dramané y de los tres Makhaná, podemos retener que se trata de poblaciones que siempre se han mostrado desconfiadas respecto al poder central, en el pasado en manos de otras etnias rivales.

En el discurso cotidiano, se acusa a menudo al Estado maliense de haberles olvidado, a pesar de que desde la independencia numerosos ministros y jefes de Estado son originarios de Kayes²⁶⁷. Esto ha sido igualmente comentado por autores como Diarra (1998:78) en lo referente al periodo en que este país se encontró bajo la dictadura militar del coronel Moussa Traoré: «*En Malí, la primera región (región de Kayes) ha estado abandonada por el poder desde 1968 a 1991*». Y se justifica en muchos casos la inmigración de la población soninké de la región de Kayes debido a dicho abandono. Se asiste a una cierta desconfianza, incluso rechazo del estado y de todo que lo represente su concepción del poder: la escuela de Dramané no ha podido ser abierta oficialmente hasta agosto de 2004. El alcalde tiene muchas dificultades para ser reconocido. La Asamblea, el Comité y el Consejo emanan de una concepción estatal de la participación que choca con la concepción del sistema social en estudio. El que la población tenga que construir el centro y financiarlo supone para esta comunidad un nuevo ejemplo de desinterés estatal. Esta no implicación es aún más chocante en el seno de una población que ha interiorizado la concepción que sobre el sistema de salud y la protección sociosanitaria han importado sus parientes inmigrantes. Esta concepción, la francesa, en donde existe un estado que se responsabiliza de al menos una parte de los gastos de salud a través de un sistema de protección social que corresponde al modelo de la seguridad social (Rodríguez 2004:27), y en donde la participación social no se traduce en que la población tenga que construir con sus propias manos sus centros de salud. Los inmigrantes, en situación de hegemonía, transmiten dichas concepciones, que sus parientes en el poblado interiorizan y anhelan.

Hemos visto que las diferentes categorías de actores sociales (barrios, poblados, grupos sociales) se valen del proceso de institucionalización para regular el cambio generado por la inmigración. Para finalizar resulta interesante analizar cómo un actor concreto gestiona dicho cambio y ello a través de nuestro protagonista, El Hadji Almamy Dramé. EHA. Dramé, principal marabú de Dramané, habría perdido parte de su poder debido a la inmigración. Su historia vital nos muestra cómo durante años estuvo instalado en Kayes y se dedicaba, además de a su labor de marabú, a ser el principal anfitrión (*djati*)²⁶⁸ en la capital regional. En su casa acogió durante años

²⁶⁷ Entre otros, Modibo Keita (1960-1968), primer presidente de la independencia provenía de Kayes así como el primer presidente de la democracia: Alpha Oumar Konaré (1992-2002), actual presidente de la UA -Unión Africana.

²⁶⁸ La hospitalidad es como ya hemos dicho un valor fundamental en esta sociedad. Así, los soninké poseen en las principales ciudades destino de su éxodo uno o varios anfitriones o *djati*. Sus

todo enfermo, todo joven que esperaba marchar a Bamako para obtener su visado para Francia, toda persona de paso por Kayes, no sólo originarias de Dramané sino incluso procedentes de Senegal, Costa de Marfil o Mauritania. Al mismo tiempo ejerció como banco del poblado²⁶⁹: prestaba dinero a las familias del área sanitaria hasta que sus parientes inmigrantes lo enviaran desde París. Pero *«muchacha gente no me pagó, y como son mis parientes, no puedes decir nada, Allah juzgará»*. Y así a principios de los noventa su situación económica comenzó a degradarse teniendo que regresar definitivamente a Dramané en 1998. Con su clientela como marabú reducida por la inmigración, así como por su ruina económica, EHA. Dramé había visto parte de su poder reducido. La creación del centro de salud le permitiría reequilibrar su posición social a través de la movilización de otro de sus capitales: el de sus relaciones sociales, pudiendo ganar prestigio y poder a través de su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención. La creación de un centro de salud conforme a la política sanitaria le propiciaba esta oportunidad, convirtiéndose en el alma mater de su proceso de institucionalización.

Resulta especialmente interesante analizar cómo fundamenta nuestro informante su implicación. En su discurso se autoatribuye el carácter de un visionario que, siendo profeta en su barrio, Horongalou, tardó en ser *«profeta en su poblado»*. Sustenta la legitimidad de su iniciativa en su educación, en lo divino, en los ancestros, en el estado. Esta caracterización queda reforzada si la relacionamos con el mito de origen de los Dramé, que se consideran descendientes del profeta Mahoma e islamizadores del África Occidental: *«Hemos venido de Medina, del Profeta, en aquella época aquí era la oscuridad total para el Islam. La persona que vino de allí se llamaba Fakoli Moussa, y sus descendientes Souleyman Farsina Dramé»* (El Hadji Abdou Dramé, noble, Horongalou). Su discurso parece dividir el poblado, a través de los Dramé, en dos categorías: el de los que quieren el centro y buscan la unión (Horongalou) que él mismo encarna, y el de los que sólo buscan su propio interés y prestigio (Walisoxodé). Su frase *«un solo pueblo, un solo jefe, un solo doctor...un solo centro de salud (...) Un solo jefe, un solo imam»* nos hace recordar la divisa del país: un solo pueblo, un solo objetivo, una sola fe. Nuestro interlocutor se atribuiría la misión de hacer triunfar la solidaridad versus el individualismo, la unión versus la división. Males, el del individualismo y la división, que la inmigración habría actualizado y que

concesiones alojan no sólo a los enfermos sino también a los jóvenes que esperan poder emigrar, o los inmigrantes llegados del extranjero y que se encuentran de paso hacia el poblado.

podrían derivar en la peor de las enfermedades sociales, la de la fractura del sistema social.

5.4. Algunas conclusiones

En la línea de lo defendido por Lavigne (1991), la inmigración se ha convertido en un fenómeno estructural entre los soninké, contribuyendo de modo remarcable al cambio social continuo que afecta al área sanitaria de Damané. Los diferentes actores sociales se identifican con distintas categorías de pertenencia (clan, linaje, clase social -nobles, de casta o esclavos-, poblados y barrios, anciano o cadete, hombre o mujer) en función de sus intereses, y desde sus posiciones de hegemonía y/o subalternidad intentan gestionar dicho cambio. Una de las estrategias en este proceso sería la medicalización. El proceso de institucionalización del centro de salud de Damané, «mostrado en sueños» a su alma mater El Hadji Almamy Dramé, ha sido el escenario más propicio para observar la interacción entre todos los diferentes intereses y estrategias. Asimismo nos ha mostrado la heterogeneidad interna de esta cultura que al mismo tiempo se define como única.

Damané, que se ha plegado a las condiciones definidas por la política sanitaria estatal, habría podido mejorar el antiguo puesto de salud gracias sólo al dinero de la inmigración, tal y como lo hicieron otros poblados de su área de influencia: Sobokou o Gakourá²⁷⁰. Sin embargo, el proceso de institucionalización de su centro de salud responde a una estrategia tanto comunitaria como individual de reequilibrio de poderes y gestión de conflictos. Esto está en la línea de lo analizado por Fassin en un suburbio de Dakar (Senegal) en donde el autor nos muestra que *«la salud es una cosa que va más allá del marco de las instituciones sanitarias donde a menudo se le confina, que pone en juego intereses, estrategias y recursos sin relación con la medicina»* (1992:339).

Damané supo aprovechar la posibilidad que las autoridades sanitarias le propiciaron, redefiniendo las condiciones impuestas por el estado así como el concepto de participación comunitaria. Al modificar estos últimos según sus situaciones e intereses, el proyecto de centro de salud comunitario se ve lastrado por una serie de objetivos ajenos a su función original hasta el punto de hacerlo prácticamente inoperante. Así, por ejemplo, las instancias oficiales de participación del

²⁶⁹ El impacto de la migración en Damané es tal que el 21 de junio de 1999 una caja de ahorros y de crédito abrió oficinas en el poblado. Un lugar en donde no hay agua corriente, ni luz, ni carreteras ni mercado.

centro (Asamblea, Consejo y Comité) fueron transformadas por los actores sociales en terreno de manejo y lucha de poderes en donde la cuestión principal que se debate no es de naturaleza sanitaria sino política. La atribución de puestos de responsabilidad, y en definitiva, de espacios de hegemonía/subalternidad, se realizó sobre la base de las «desigualdades estratificadas» (Menéndez 1996:37) que atraviesan esta sociedad: entre hombres libres y esclavos, nobles/artesanos, marabúes/comerciantes, ancianos/jóvenes, hombres y mujeres. La exigida participación de la mujer a dichas instancias, al haber sido negociada por el sexo masculino que les ha relegado de nuevo a una posición subalterna, ha hecho perder a las mujeres soninké, a pesar de desearlo, un espacio privilegiado en el que poder negociar y poner en práctica su conquista del espacio público.

Otro aspecto destacable de este proceso de institucionalización fue la actualización de valores clave para la reproducción social, como el prestigio o la solidaridad, que debido a la dependencia respecto de la migración no encontraban los vehículos tradicionales de expresión. Este fenómeno adquiere su verdadera dimensión si tenemos en cuenta que, como ya señalamos en el marco teórico, en la sociedad soninké *«el que da adquiere una imagen revalorizante, donde se mezclan generosidad y éxito, siendo la capacidad de redistribuir una manifestación del poder: «dar no es signo de generosidad necesariamente, sino sobre todo la activación social de los bienes que actúan como medios de reproducción social»* (Meillassoux 1977:156). Nos encontramos ante la ejemplificación de una de las aportaciones clave de Marcel Mauss (1924) a la Antropología Económica: el presentar al don como una estrategia individual y colectiva en la que el donante busca ante todo su reconocimiento social como superior, en la que el beneficio (en este caso obtenido a través de la inmigración) se redistribuye y transforma en prestigio.

Por su parte la política sanitaria maliense obtuvo igualmente su propio interés: evaluar la posibilidad de desarrollar un sistema sanitario basado en la atención primaria y en la participación comunitaria; ya que se trataba al mismo tiempo de una de las condiciones *sine qua non* impuestas por las instituciones y países donantes de fondos a este país. Si no se cumplía con dicha evaluación no podían ser asignados los fondos necesarios para el desarrollo sociosanitario del país, lo cual era especialmente importante en un país que, recordemos, era considerado en el momento de inicio de nuestra investigación el cuarto más pobre del mundo (PNUD 2003:244) según el

²⁷⁰ Sobokou o Gakourá, al contrario de Dramané, han desarrollado desde el primer momento su asistencia sanitaria sin adscribirse a la política gubernamental.

Índice de Desarrollo Humano. Este hecho nos muestra la trascendencia para el análisis del proceso de medicalización en una sociedad dada, de su contextualización, teniendo en cuenta tanto la dimensión histórica como el contexto económico o la influencia del fenómeno de globalización actual pues el proceso de medicalización se ve posibilitado y adquiere características particulares «según las condiciones de desarrollo capitalista de los diferentes contextos» (Menéndez 1990b:92).

Hemos podido igualmente verificar que la inmigración ha ejercido su influencia en el proceso de implantación de los centros de salud, influencia que afecta igualmente a las concepciones que la población del área sanitaria tiene de lo que debe ofertar un sistema sanitario, pudiendo poner en riesgo su perennidad. En nuestro caso, la población, que ha interiorizado los discursos y experiencias de sus parientes inmigrantes en Francia, reclama un sistema sanitario con las características estructurales del Modelo Médico Hegemónico (*ibidem*: 83) y en especial queriendo reconocerse en la complejidad de la tecnología y el saber biomédico. Además consideran que el estado debe acompañar el desarrollo del dispositivo sanitario de un sistema público de protección social que permita en términos de Vuarin (1993:300) una «socialización de los gastos de salud». Las autoridades sanitarias por su parte abogan por un enfoque preventivista en donde el sistema se organiza de modo piramidal, y en el que se devuelve a la comunidad la responsabilidad financiera de una buena parte de los gastos de salud. Este choque de concepciones es el que, como veremos en los capítulos siguientes, lleva a la población del área sanitaria de Dramané al posterior salto de nivel que se convierte así en una estrategia de manejo del cambio producido por el fenómeno migratorio. Choque que al mismo tiempo deja traslucir la progresiva medicalización de la sociedad soninké.

Tras la presentación de la génesis del CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané, damos paso al análisis del éxodo de sus enfermos hacia la capital, Bamako. En su itinerario hacia la «tierra prometida», la ciudad de Kayes aparece como el desierto, como el «no lugar»²⁷¹.

²⁷¹ Este término lo tomamos de Marc Augé (1992) aun cuando como veremos no lo vamos a utilizar en el mismo sentido del autor. Él denomina así a ciertos espacios de anonimato característicos de la sociedad actual y que serían todo lo contrario de un «lugar» propio y constructor de relaciones sociales. Es el caso de las instalaciones relacionadas con los desplazamientos acelerados de personas y mercancías (estaciones y aeropuertos entre otros), los medios de transporte (coches, trenes, aviones), las grandes cadenas hoteleras, etc. En nuestro caso denominamos a la ciudad de Kayes como un no-lugar no en el sentido de anonimato de Augé, de ausencia de relaciones sociales, sino como un lugar presente, significativo a nivel social, que habiendo adquirido hegemonía, es evitado por parte de la población del área sanitaria en estudio como parte de una estrategia para recuperar su antigua posición preeminente.

Capítulo Sexto

KAYES: EL NO LUGAR

En el capítulo anterior hemos comprobado que el proceso de institucionalización del CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané fue posible gracias a la confluencia de una serie de factores internos y externos, entre los cuales estaba la voluntad de trabajar juntos expresada tanto de la parte de la población del área sanitaria de Dramané como de las autoridades sociosanitarias de Kayes. Sin embargo, tras este primer momento de colaboración, la realidad fue muy distinta. Actualmente, los enfermos raramente hacen uso de las estructuras sanitarias de Kayes (CSREF-Centro de salud de referencia provincial y/o Hospital Regional) en su éxodo terapéutico. Por otro lado, según los miembros del Comité de gestión y los agentes sanitarios de Dramané, los responsables sociosanitarios de Kayes raramente cumplen con su obligación de supervisar el centro de salud²⁷². Nuestra investigación en Kayes ha venido a corroborar dicho fenómeno de salto de nivel, y de «salto de supervisión», y ello tanto a través de sus «ausencias» como de sus «presencias».

Recordemos que, según lo dispuesto en el sistema sanitario maliense, en caso de que un CSCOM-Centro de salud comunitario como el de Dramané no pueda dar respuesta a un problema sanitario, el enfermo debe ser enviado por el sanitario tratante al CSREF-Centro de salud provincial de referencia correspondiente, situado en nuestro caso en la ciudad de Kayes. Es lo que técnicamente ha venido en llamarse «la derivación». Ésta concierne el ámbito de «*médico, quirúrgico, ginecológico-obstétrico incluidas las intervenciones quirúrgicas*»²⁷³ (MS 2000:17). Para ello debe contar con los medios técnicos adecuados (incluido un laboratorio, un servicio de radiología y ecografía), así como con el personal sanitario mínimo. A su vez el CSREF puede derivar al enfermo hasta el Hospital Regional si así lo considera necesario.

6.1. Enfermos y anfitriones: los grandes ausentes en Kayes

Confirmando los testimonios recogidos tanto en Dramané, como en Bamako y París, los primeros «ausentes» en Kayes son los enfermos del área sanitaria de Dramané. En el momento de nuestro paso (octubre y diciembre del 2002) sólo encontramos un enfermo. Su perfil: un joven noble del barrio de Horongalou cuyo hermano inmigrante en París se responsabilizaba de su tratamiento. Un amigo le

²⁷² La política sanitaria maliense prevé que todo CSREF-Centro de salud de referencia provincial debe supervisar trimestralmente cada uno de los CSCOM-Centros de salud comunitarios que se encuentren en su radio de acción con el fin de asegurar la calidad de los cuidados del PMA-Paquete Mínimo de Actividades (MS 2000) así como el respeto de la pirámide sanitaria.

²⁷³ Asimismo los CSREF-Centros de salud provincial además de sus misiones relacionadas con la derivación y la supervisión ejercen una misión de salud pública, de gestión del SIS-Sistema de información Sanitaria, de formación del personal, y de medicina legal.

acompañaba e incluso pernoctaba con él en el Hospital Regional. Como ya señalamos en la metodología, su estado no le permitía hablar, con lo cual no pudo ser directamente entrevistado, sirviéndonos de informante su acompañante y amigo, K. Yatabaré:

«Mi amigo lleva varios meses enfermo. La médico de Dramané nos ha enviado a Gakourá para hacerle una radiografía. Allí lo han puesto en tratamiento y le han dicho de operar. Su hermano en París estaba de acuerdo en pagar, pero la operación se ha complicado y al final lo hemos tenido que traer corriendo al Hospital Regional. Menos mal que conozco al hermano de uno que trabaja allí. En Malí la medicina no vale la pena. ¿Porqué Gakourá no ha dicho de venir directamente a Kayes en vez de complicar la cosa de este modo? (...) En Kayes, no, ni se nos pasó por la cabeza ir al centro provincial, no, allí no hay nada, vete, vete a verlo».

La ausencia de enfermos nos fue confirmada por el único anfitrión entrevistado en Kayes: A. Dramé de Horongalou, hijo de El Hadji Almamy Dramé, nuestro informante privilegiado en Dramané: *«Ya desde la época de mi padre, a la gente ni se le ocurre ir al centro de salud de Kayes, allí no hay nada. Los que realmente están muy enfermos van directamente al hospital. Otros cogen en Kayes el tren y se van a Bamako, sobre todo las mujeres. Ya ves que hoy en casa no hay nadie. Y eso que mi padre es el primer anfitrión de Kayes. Y es así en todas las casas de Kayes, sí, en cambio las casas de Bamako están a rebosar de mujeres enfermas y jóvenes de Dramané que esperan la ruta para Francia».* Nuestras dos estancias en Kayes nos confirmarían cómo efectivamente los anfitriones del área sanitaria instalados en Kayes apenas acogen enfermos, no recibiendo en sus casas más que *«a la gente que está de paso, ya sabes si vas a Bamako y tienes que esperar el tren, pues vienen a mi casa y tampoco te creas que muchos ni por mucho tiempo, lo justo para coger el tren. A veces hay gente como Massamba Yatabaré o Samba Tirera²⁷⁴ que vienen a hacer papeles o a reuniones para el centro de salud, o para la cooperativa, y se quedan aquí sino a los enfermos raramente los vemos»* (A. Dramé, noble, Horongalou). Los agentes sanitarios entrevistados en Kayes confirman dicho hecho: *«En Kayes los enfermos de Dramané se quedan o directamente en el hospital o en casa de Almamy*

²⁷⁴ Como ya señalamos en el capítulo anterior ambos son miembros del Comité de Gestión del CSCOM- Centro de salud comunitario de Dramané. Samba Tirera es igualmente el tesorero de la cooperativa.

Dramé, bueno de su hijo, pero cada vez verás menos pues todos van para Bamako. Y si se quedan aquí es porque están hospitalizados» (Mr Doumbia, director del Servicio Social provincial de Kayes).

Esta primera «ausencia de Kayes» protagonizada por los enfermos y sus anfitriones resulta aún más significativa si se tiene en cuenta que, como ya señalamos en el capítulo de marco etnosociosanitario, Kayes hasta fechas recientes y desde la finales del siglo XIX durante la época colonial, ha sido un punto de «emigración», de carácter iniciático y temporal, entre los soninké de la región en estudio. Así habría existido toda una red de concesiones destinadas a la acogida de dichos jóvenes. A este respecto, Monteil (1953:105) comenta: *«Los jóvenes se desplazan en la estación seca e incluso durante la estación de lluvias a Kayes. Realizan pequeño comercio, ceras, confección de zapatos. Los ingresos sirven para ayudar a los parientes en el poblado, o para los gastos de transporte para viajes al extranjero. Viven en casa de amigos o parientes directos. En general viven en la familia como miembro dependiente ya que cotiza cada día por la comida»*. Recordemos que procesos similares de migración campo-ciudad en el contexto africano derivados del proceso de colonización han sido analizados por Barou (2002) quien interpreta la inmigración como un rito iniciático propio de todos los pueblos migrantes. Un ejemplo de ello en un contexto cercano serían las migraciones temporales de los hombres jóvenes mossi de Burkina Faso a Costa de Marfil durante la época colonial.

6.2. Gakourá: la presencia no prevista

El caso del enfermo nos confirma a su vez la presencia en el itinerario de los enfermos del área sanitaria de Dramané de recursos intermedios, «no previstos por la política sanitaria». Se trata de centros de salud privados como el de Gakourá o el ya analizado de Sobokou, contruidos por los inmigrantes y no acogidos a la política sanitaria. A finales de los años ochenta los inmigrantes de Gakourá residentes en París decidieron construir un centro de salud en su poblado de origen, situado a 16 km. de Dramané al otro lado del río Senegal. Pero, ¿cuáles son las razones que justifican su elección por parte de los enfermos del área sanitaria en estudio? ¿Por qué incluso la médica-jefe de Dramané realiza la derivación hacia Gakourá en lugar de hacia Kayes cómo dicta la política sanitaria? ¿Por qué este centro nunca ha querido acogerse a la política sanitaria como lo hiciera Dramané?

Para la mejor comprensión de dicho problema nos valdremos del testimonio del único agente sociosanitario que, habiendo asistido a la creación del centro de

Gakourá, así como participado en el lanzamiento del centro de salud de Dramané en 1994, continúa trabajando en Kayes: Mr Doumbia, asistente social, encargado de la animación comunitaria del centro de salud de Dramané y actual director del Servicio Social de la provincia de Kayes. Nuestro encuentro tuvo lugar en los locales de la Dirección Provincial de la Solidaridad anexos al CSREF-Centro de Salud de Referencia. Recordemos que el servicio social colabora con los agentes sanitarios a la política sanitaria incluida la animación comunitaria de los centros de salud comunitarios. El diálogo resultó especialmente fluido pues ya era ésta nuestra tercera visita a Kayes. Además entre el año 1999 y el año 2000 habíamos tenido la ocasión de trabajar juntos desde París en relación con varios casos de inmigrantes soninké que, previamente asentados en el área metropolitana de París, habían retornado a sus poblados de origen en la provincia de Kayes:

«Ya ves, a pesar de la sensibilización comunitaria realizada primero por mí, y más tarde por los sucesivos médicos-jefes del centro de Dramané, la población no frecuenta mucho Dramané, y tampoco se les ve por Kayes. Bueno a veces por el Hospital. Pero si pueden se van hasta Bamako... y normalmente se dan una vuelta antes por Gakourá. Si quieres encontrar enfermos de Dramané, no los busques aquí sino en Gakourá o en Bamako, allí están todos, sobre todo las mujeres que tienen a su marido en Francia. Mira, si se van a Gakourá es porque los soninké quieren que se les hagan radiografías y ecografías, y eso lo pueden encontrar en Gakourá. Incluso el otro día una señora vino diciendo: "quiero una radio. Hasta que no me hagan una radio, no puedo curarme". Además para ellos todo lo que es bueno es caro, y como ni en Dramané ni aquí los cuidados cuestan caros, pues no lo valoran. En cambio como Gakourá es privado y si pides una radiografía te la van a hacer porque eso supone ganar dinero (...) Es cultural lo de los soninké. Ha habido incluso programas de radio de una mujer que va a hablar de las ventajas de recibir la atención sanitaria de proximidad, de contar con un centro de salud comunitario y utilizarlo. De respetar la pirámide sanitaria y venir a Kayes (...) Es en realidad un problema de analfabetismo, los soninké comprenden al revés, hay la incomprensión entre aquí y allí, entre nosotros los agentes sociosanitarios y la población».

Este discurso coincide con el de todos los agentes sanitarios entrevistados, tanto en Dramané como en Kayes: «La gente va porque allí hay eco, labo, ordenador.

Aquí en Dramané hay gente que si no se siente acomplejada. Así que les envío allí sobre todo para eco, las mujeres te reclaman tres, cuatro o más ecografías durante el embarazo y yo las envío. Gakourá es un París en pequeño, es lujoso, tienes habitación individual, climatizador... Y a la gente hay que darle satisfacción» (Dra. Traore, médica-jefe de Dramané 2000-2003). El director del centro de salud provincial, Dr. Yoroté, añade «el gusto por hacerse operar» como razón de dicha elección por parte de la población de Dramané: *«Gakourá es una referencia para los soninké de la zona, incluidos los de Dramané, y ello porque allí hacen cirugía, y eso es un negocio que funciona. El acto más barato cuesta 80.000 fcfa, 2.000 la consulta, 10.000²⁷⁵ la ecografía, y eso les encanta. La gente de Dramané, o de Yelimané, te dirá que la cuestión del salto de nivel es una cuestión técnica, que en su poblado no tienen los medios técnicos que necesitan, ni tampoco en nuestro centro provincial. Mira, el CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané es un centro que ha tenido siempre un personal cualificado, siempre médicos. La calidad de cuidados en principio está asegurada, pero quieren que el médico sea un médico que opere y que tenga mucho material, por eso van a Gakourá, que está muy cerca y que tiene un bloque quirúrgico, y un doctor que opera aunque no sea cirujano y hace ecografías y eso les encanta. (...) Para la población la calidad de la atención sanitaria está asegurada: el médico opera y tienen material sofisticado»*. El resto del personal del centro de salud de Kayes confirma el discurso de su médico-jefe añadiendo que los enfermos de poblados soninké como Dramané *«piensan que ir a Gakourá, al Hospital Regional o a Bamako es mejor. No es sólo que en Gakourá el médico te opere, no. Consideran un placer tomar el tiempo necesario para curarse, para reposarse en Gakourá o en Bamako. Y eso es propio del medio soninké»* (Dr. Démbélé, médico-jefe-adjunto, CSREF).

Sin embargo, la supuesta falta de competencia como cirujano por parte del médico jefe de Gakourá es cuestionada por algunos actores sociales. La población del área sanitaria de Dramané afirma que se trata de un cirujano: *«¿Quién te ha dicho que el médico no está habilitado? Eso es lo que algunos dicen pero es pura envidia. Con las máquinas que tiene ¿cómo no puede ser cirujano? Además si hasta los blancos vienen para ayudarle, hasta Pasqua²⁷⁶ ha venido. En cambio mira nosotros»* (A. Tirera, noble, inmigrante, Horongalou). Sin embargo, la DRS-Dirección Regional de la Salud de Kayes opina como el Dr. Yoroté que se trata de *«un usurpador. Incluso el Colegio Médico ha sido informado del problema pues no es cirujano, tiene sólo una tesis en*

²⁷⁵ El equivalente a 122, 3 y 15 euros respectivamente.

²⁷⁶ Hace referencia a Charles Pasqua, ex ministro francés.

cirugía y está operando. Pero estamos a la espera de una decisión judicial. El problema está en que este médico pertenece a la familia reinante en la zona, los Cámara y no hay quien le toque» (Dr. Sangaré, subdirector regional, DRS). En Bamako, el Dr. Touré, antiguo Director Regional de la salud de Kayes actualmente en puesto en la OMS, nos hizo saber que «es la ONG francesa Santé-Sud quien le apoya igualmente. Yo tuve mucho problemas al denunciarle al Colegio de Médicos por ejercer sin ser cirujano, incluso me acusó de ser envidioso».

Asimismo nuestro informante, Mr Doumbia, confirma que desde el principio el centro de salud de Gakourá se ha resistido a una posible adhesión a la política sanitaria maliense en los términos de lo realizado por Dramané:

«Efectivamente, Gakourá fue elegido como candidato a ser el centro de salud rural test de la política sanitaria maliense, incluso antes que Dramané, pero su rechazo fue rotundo. En aquella época, 1994, yo estaba de asistente social de base, no de director del Servicio Social de Kayes como ahora. Y me tuve que ocupar tanto de evaluar la posible adhesión de Gakourá como la de Dramané (...) Fue el jefe del poblado de Dramané quien envió a Almamy Dramé para negociar la transformación del dispensario en Centro de salud comunitario. Era la época en que se estaba intentando poner en marcha la nueva política sanitaria, y Bamako nos pidió que eligiéramos dos centros de salud urbanos y uno rural para servir de test. En un principio pensamos en Gakourá, pues ya tenían un centro bien equipado, mejor equipado que los de Kayes incluso, pero cuando se lo propusimos, el Dr. Cámara lo rechazó a la primera y los inmigrantes con él. Así que cuando la gente de Dramané tomó la iniciativa de venir a Kayes, ante la falta de colaboración de los inmigrantes de Gakourá... pues elegimos Dramané. El año pasado de nuevo hemos intentado su adhesión pero no ha funcionado. Son el Dr. Yoroté y mi colega Diakité quienes se han ocupado directamente».

Según el Dr. Yoroté, médico-jefe del centro de salud de referencia las razones del rechazo a ser convertido en centro comunitario habría que buscarlas en el beneficio que obtiene la gente del poblado, los inmigrantes y en especial el personal socio-sanitario de su no-adhesión: *«El problema es el médico, es él quien bloquea. Gakourá no ha querido nunca integrar el área sanitaria de Dramané, ni ninguna otra, ni crear la suya. Si no, tenían un doctor y locales antes incluso que Dramané, todo ello*

pagado por los inmigrantes. Habría sido más fácil de hacer el CSCOM test allí que en Dramané pero la población lo ha rechazado y por eso se hizo en Dramané. Doumbia estaba presente en aquel momento. Aún peor, el año pasado los inmigrantes y la población han escrito al Ministerio para pedir permiso para poder erigir un hospital rural. Imagínate un hospital en un poblado de apenas 1.500 habitantes²⁷⁷. El Ministro ha escrito al Gobernador civil y éste ha contactado la Dirección Regional que me ha enviado allí con Diakité el asistente social. Hay incluso cimientos. Les hemos explicado, con reuniones, el jefe del poblado estaba presente, pero han dicho no. El problema: el interés financiero del doctor. Además la población y los inmigrantes han reflexionado sobre su propio interés, si eso puede influirles financieramente, y sí, ganarían menos. De un lado tendrían que respetar la derivación y enviarnos los enfermos de poblados como Dramané. De otro está el problema de los medicamentos, ellos venden medicamentos en especialidad y con nosotros están obligados a vender sólo los medicamentos genéricos, y son mucho más baratos... Ellos dicen que no valen para nada, ya sabes no quieren ni oír hablar de los genéricos y un centro de salud comunitario es eso, la política de los genéricos. Así que me volví a Kayes, he informado a la Dirección Regional. Luego he vuelto a Gakourá pues pensaba que quizás la población no había comprendido lo que es un CSCOM, he vuelto con Diakité y hemos hecho otra reunión con todo el poblado pero nos han dicho que ellos no pueden decidir nada sin los inmigrantes. Y hasta hoy. Pero yo creo que el bloqueo viene sobre todo del doctor. Ése no quiere perder su negocio».

La DRS-Dirección Regional de la Salud confirma dicho discurso, evocando algunas de las consecuencias sanitarias de la evocada actitud de rechazo: «Gakourá es una referencia para los soninké de la zona. A nosotros nos dan las cifras de las consultas curativas, pero no para el preventivo, y eso es grave ya que los niños no son vacunados. Incluso la Dirección Regional ha propuesto darles las vacunas gratuitamente pero nada. No han querido hacerse con un frigo. Y no es porque no tengan dinero para ello. Se trata no lo olvides de uno de los poblados más conocidos por el impacto de la migración. Hasta Pasqua, ya sabes el ministro francés, ha venido para apoyar lo del hospital rural. El problema es que la gente inmigrante está habituada a los cuidados de Francia y además siempre habrá alguien allí, alguna ONG dispuesta a ayudarles a construir el hospital...y así el sistema sanitario no puede funcionar» (Dr. Traoré, responsable de departamento, DRS).

²⁷⁷ Gakourá cuenta con una población de 1.596 habitantes según el último censo (MEF-DNSI 2001).

Cabe señalar que, si bien hubiese sido necesario desplazarse a Gakourá con el fin de conocer en qué medida dichos discursos se ajustan con la realidad y con la percepción que de la misma tienen los actores sociales de este poblado no nos fue posible debido a un problema de tiempo. Con el fin de corroborar dichas informaciones se trató asimismo de consultar los informes realizados sobre el centro de de salud de Gakourá por las autoridades sanitarias de Kayes, lo cual tampoco fue posible. La razón: *«Todo el dossier de Gakourá se encuentra a nivel del Colegio de Médicos y de los Tribunales. Hasta que se acabe el proceso contra el doctor Cámara todo está allí»* (Dr. Sangaré, subdirector regional, DRS).

La «presencia» no prevista por la política sanitaria maliense de Gakourá como recurso terapéutico de los enfermos del área sanitaria en estudio, es un buen ejemplo del ya citado choque de concepciones existente entre los soninké de la zona, y las autoridades sociosanitarias de Kayes, en este caso en torno a las prestaciones (locales, material, tecnología, personal sanitario, medicamentos) que debe ofertar el primer nivel de la pirámide sanitaria maliense. La concepción de la población, influenciada por los parientes en inmigración, muestra que los soninké han aceptado sin problemas e interiorizado los cuidados de la medicina alopática la cual va tomando una posición hegemónica en la zona, pudiéndose hablar de medicalización creciente de esta población. Asimismo se deja traslucir la importancia dada por los «soninké a las condiciones de acogida» así como la concepción de que «lo caro es lo bueno».

La adhesión comunitaria aparece como un factor indispensable para la creación de un CSCOM-Centro de salud comunitario en Malí. Sin embargo, para poder comprender el rechazo de una comunidad a su adhesión a la política sanitaria pública, es imprescindible tener en cuenta la dimensión histórica y desvelar el juego de intereses y de poder político y económico subyacentes, así como el rol jugado por los terapeutas en ello en la línea del análisis realizado por Fassin (1992:41-112) en el contexto senegalés. Así la posición de rechazo del médico-jefe de Gakourá, independientemente de que ello le proporcione mayores ingresos, ha de contextualizarse teniendo en cuenta que dicho doctor pertenece al clan Cámara reinante en el reino de Guidimakha cuya capital es Gakourá. Este clan es un rival histórico del clan Soumaré que reina en Kayes: *«En el Guidimakha, la familia Cámara reina aun cuando haya usurpado el poder. El primero en instalarse fue un Soumaré: Maka Male Dono, el cual reinaba sobre los miembros de su clan y los del clan Dyabira,*

*todos repartidos en cinco poblados*²⁷⁸. Tras ellos los Cámara, expulsados por los moros descendieron del Tagant. Todos se acuerdan que los Cámara se han impuesto pacíficamente (...) Así tenemos noticia del origen del poder de los Cámara en la región» (Quiminal 1991:28). Por otro lado el no respeto de la pirámide sanitaria por parte de la médica-jefe de Dramané se entiende mejor si se tiene en cuenta su entorno social inmediato: *«El hermano del Dr. Cámara de Gakourá es uno de los mejores amigos de mi marido y su hermano es el chofer que conduce la camioneta que une Dramané con Gakourá. Todas las noches duerme aquí en el centro de salud. Además los dos formamos parte de la misma ONG francesa, Santé-Sud a la cual pertenece igualmente mi marido»*. Todo ello se vería legitimado por el apoyo de actores externos, como son las ONGs y el sector público de ayuda al desarrollo, que como vemos no siempre se coordina con autoridades del país beneficiario de la ayuda y en algunos casos pone incluso en peligro las políticas sanitarias públicas, y con ello la salud de la población, en especial de los más desfavorecidos.

Sin embargo, la elección de Gakourá como recurso terapéutico preferencial por parte de los enfermos, al reforzar la posición hegemónica de dicho poblado en la zona, parece contradecir el que históricamente los poblados del área sanitaria en estudio sean rivales de Gakourá. Los primeros en tanto que sede del poder político del reino de Gadiaga, el segundo del de Guidimakha. Y en especial Dramané que veía en Gakourá un rival comercial en la época colonial: *«En 1900 el "Informe agrícola y comercial de Kayes" señala la presencia de 37 establecimientos comerciales en la ciudad (...) A la misma fecha son 50 los de trata existentes en la provincia. Son gestionados por agentes africanos dependientes de casas europeas (...) En aval del río se encuentran los de Dramané, Gakourá, Ambidedi, Gagni, Somankidi, Medina»* (N'diaye 1972a:96). Todos ellos luchaban por ser el puesto comercial preferente de los colonos.

6.3. Las «ausencias» del CSREF-Centro de salud de referencia de Kayes

El caso del enfermo entrevistado en Kayes nos confirma a su vez otra carencia: la de la utilización del CSREF-Centro de salud de referencia provincial, previamente a su hospitalización en el Hospital Regional. Ni el enfermo ha recurrido a esta estructura, ni el médico tratante le ha derivado a ella cómo dicta la política sanitaria maliense. La justificación de ambos: *«La ausencia de medios técnicos en Kayes»* (Dra.Traore, médica-jefe de Dramané 2000-2003). Nuestro trabajo de campo ha mostrado cómo

²⁷⁸ Incluido el de Gakourá.

dicho fenómeno de salto de nivel afecta en Kayes principalmente al centro de salud provincial, ya que según todas las categorías de actores sociales entrevistados *«en caso de estar verdaderamente muy grave sí que vamos al Hospital, sí. Si esperas a llegar a Bamako te has muerto»* (K. Yatabaré, noble, Horongalou).

Pero ¿cuáles son las razones que justifican su no-elección? ¿Por qué evitan los enfermos el centro de salud provincial? ¿Por qué la derivación no ha seguido el esquema establecido por la política sanitaria? A continuación veremos cómo justifican los actores sociales entrevistados dicho salto de nivel y si ello se corresponde con carencias reales del centro de salud provincial respecto a lo previsto por la política sanitaria. Recordemos que a las citadas razones de tipo técnico, las mujeres del área sanitaria entrevistadas en Bamako y Dramané añaden una supuesta falta de competencia quirúrgica del personal del centro provincial: *«El médico es “fuerte” un poco, sólo un poco, es un médico que no opera. Si quieres un médico fuerte tienes que ir a Gakourá o a Bamako, sí mejor a Bamako, allí el médico opera»* (Mme D. Dramé, noble, Horongalou). Otros actores del área de Dramané evocan experiencias previas fallidas así como el uso de medicamentos genéricos: *«Mi hijo fue a Kayes por paludismo y lo dejaron morir hace dos años. Y mira que yo le había enviado cajas y cajas de savarina, Ha muerto en el centro provincial. Además allí no utilizan la savarina, sino uno de esos genéricos ¿Cómo quieres que vuelva por allí?»* (W. Dramé, inmigrante de paso, noble, Horongalou). La «ausencia» del centro de salud provincial como recurso terapéutico es asimismo confirmada por los responsables sociosanitarios de Kayes. Para su mejor comprensión nos dejaremos guiar por el discurso de su director y médico-jefe desde el año 2000, el ya citado Dr. Yoroté. Los diferentes encuentros tuvieron lugar en su consulta. Fue precisamente el citado Mr Doumbia, director del Servicio Social quien nos facilitó la primera entrevista:

«Pero ¿cómo quieres que los enfermos vengan a un centro como el nuestro si se encuentra en tal estado de degradación? Ya ves, los locales en los que te recibo se remontan a la época de la colonización. Los franceses crearon aquí una maternidad. Los locales se fueron ampliando, pero no fue hasta el año 2001 cuando las autoridades de Bamako le pusieron la etiqueta de centro de salud de referencia para la provincia de Kayes. Y digo etiqueta pues ello no ha venido acompañado de los medios humanos, materiales y financieros necesarios para una estructura como ésta, de segundo nivel según la pirámide sanitaria. La población no viene. Y eso que en el

momento de dicha transformación hicimos con la ayuda del servicio social varias acciones de información sobre nuestro nuevo rol, sobre las diferentes instancias previstas para la participación comunitaria, sobre la diferencia con el Hospital. Pero la gente sigue saltándose nuestro centro y va directamente al hospital Regional o a Bamako. La población es consciente, sobre todo los que tienen parientes en la inmigración, ya sabes la mayoría de los soninké, pues aquellos les cuentan como funciona en Francia y quieren que aquí sea lo mismo (...) Tienen razón pues se nos ha dado la etiqueta de centro de segundo nivel, sin darnos los medios (...) el laboratorio funciona con dificultades, el personal es escaso, un desastre».

El resto del personal del centro de referencia provincial da mayor importancia a los factores culturales y al impacto de la inmigración como posibles razones del salto de nivel: *«Mira, muchos saltan no para curarse mejor sino para recibir más dinero, sobre todo los soninké. Si van al Hospital Regional van a recibir de sus parientes emigrantes dinero que van a poder emplear en gastos de prestigio. Pero recibirán aún más si van a Bamako. Eso se ve mucho entre coesposas, sobre todo las mujeres, sí y especialmente cuando el inmigrante viene de vacaciones. La gente va del poblado a la capi, saltando Kayes por una cuestión de dinero, así tienen dinero y cómo les gusta gastarlo, sí. Ya ves esto no pasaba en Baguinda²⁷⁹, donde yo trabajaba antes. Allí no tienen ningún pariente en el extranjero que les costee los viajeitos. En algunos poblados incluso se han establecido medidas punitivas para evitar el salto de nivel y que se respete la referencia pero el que tiene dinero sigue saltando, paga la multa y sigue yendo. Son gente que tiene dinero...y que si algo no cuesta pues no les gusta»* (Dr. Démbele, médico-jefe-adjunto, CSREF).

Por su parte, los responsables de la DRS-Dirección Regional de la Salud reconocen que, si bien el CSREF-Centro de salud de referencia no tiene medios suficientes, la población también tiene una parte de responsabilidad en dicho fenómeno de salto de nivel al mostrarse incapaces para comprender la diferencia entre el Hospital y el CSREF: *«El problema del centro provincial es que la población no ha comprendido bien la diferencia entre el hospital y ellos, muchos siguen yendo directamente al Hospital Regional donde hay más medios aun cuando su afección no lo necesite. Y si se trata de los que tienen parientes en inmigración ni eso, salvo que estén muy graves, ellos van a Bamako. Y eso que hemos hecho una sensibilización en el momento de su apertura»* (Dr. Traore, responsable de departamento, DRS). La

evocada falta de medios del centro de salud provincial es confirmada por el director del Hospital Regional, Dr. Cissouma y según él no exclusiva a este centro: *«El problema es su bloque quirúrgico que es mínimo, si no todo se pasaría allí. Ellos nos avisan por radio y nosotros acogemos al enfermo. Pero la mayoría de las veces el enfermo viene directamente del poblado tras haber dado una vuelta por centros privados como los creados por los inmigrantes. (...) Los Centros de salud de referencia se ha dicho que van a ser así o asao. Lo que se ha escrito, salvo en Bamako, donde se ha hecho, ningún centro de referencia corresponde con lo escrito. La infraestructura no ha acompañado (...) Si tienes los medios como los soninké, pues te vas a una clínica privada, a nuestro hospital o a Bamako».*

Respecto al rol de estructura de referencia que ha de jugar el CSREF, el Dr. Yoroté nos expuso sus dificultades y cómo el sistema de derivación acababa de ser organizado:

«Esta falta de medios y personal quirúrgico nos impide cumplir nuestro rol de derivación quirúrgica, aunque aseguremos más o menos la derivación médica y ginecológica propia de un centro como el nuestro. Al final el Hospital Regional está cumpliendo también nuestro rol al nivel de cirugía. Y eso que el Hospital Regional se remonta igualmente a la época colonial. Pero a ellos les han dado los medios necesarios (...) A pesar de dicha falta de medios, este mismo año hemos podido organizar la referencia en nuestra provincia. El enfermo tras ser visto en el CSCOM, es referido al CSREF. Para la peri-natalidad se ha creado un sistema de cajas de solidaridad en las que participan las ASACO-Asociaciones de Salud Comunitaria, el estado, la comunidad y el CSREF. Con ello esperamos aumentar la afluencia de enfermos. Cada ASACO, es decir cada área sanitaria, tiene que cotizar 205.000 fcfa²⁸⁰ por trimestre. Por ejemplo en el caso del área de Dramané son cuatro poblados los que componen la Asociación de salud comunitaria, pues dividen los 205.000 entre cuatro, y así pagan cada uno 50.500 fcfa²⁸¹. Dramané paga lo mismo que Kayes N'di aunque se encuentre a 70 km. y Kayes N'di esté en el mismo Kayes. Así el enfermo sólo tiene que pagar 39.000 fcfa cuando es hospitalizado y tiene todo incluido durante tres días. Eso es realmente un adelanto».

²⁷⁹ Poblado bámbara cercano a la capital Bamako.

²⁸⁰ Equivalentes a 312, 5 euros

²⁸¹ Equivalentes a 76,3 euros.

Si bien todos los agentes sanitarios consideran dicha organización «*como un adelanto*» (Dr. Démbele, médico-jefe adjunto, CSREF), la población del área sanitaria en estudio, incluida la residente en Kayes, no es de la misma opinión llegando a afirmar que dicho sistema consigue el efecto contrario e incluso propicia el salto de nivel: «*El problema es que hay que pagar para la referencia. Ya pagamos en tanto que poblado y además el enfermo tiene que pagar 39.000 fca²⁸² por tres días. Encima si hay una complicación son los parientes quienes van a tener que volver a pagar, ¿te imaginas si eso fuera así en Francia? Además puede que pagues y cómo no tienen los medios en el centro al final tengan que llevarte al hospital y allí te toca pagar de nuevo. Así que la gente prefiere ir al hospital y pagar una sólo vez*» (A. Dramé, noble, Horongalou). Según el Comité de Gestión esta nueva organización puede llevar incluso a una escisión del área sanitaria: «*Este nuevo sistema de caja de solidaridad no es cómo el de las vacunas²⁸³ sino que todos los poblados pagamos lo mismo independientemente de la población de cada uno. Y esto puede llevarnos a que Toubaboukané se retire del área sanitaria, pues los inmigrantes de ese poblado, que son los que pagan, se niegan a cotizar lo mismo que Dramané pues según ellos su población es un tercio de la nuestra (...) Antes ya amenazaban con construir su propio centro y ahora ya han encontrado una excusa*» (M. Yatabaré, noble, secretario al abastecimiento, Horongalou).

Una simple visita de las estructuras del CSREF de Kayes permite detectar el vetusto estado de sus instalaciones (foto 10), empezando por la consulta-despacho de nuestro informante el Dr. Yoroté (foto 11). Nuestro interlocutor nos paseó por los diferentes servicios del centro de salud de referencia pudiendo comprobar que sólo el departamento de imaginería médica cuenta con tecnología propia de su nivel: radiografía y ecografía. Asimismo nos presentó a la mayoría del personal sanitario, que en el momento de nuestro paso, se componía de seis médicos generalistas (uno de ellos cooperante cubano), tres matronas, cinco IDE-enfermeros de segundo ciclo, cuatro IPC-enfermeros de primer ciclo, tres enfermeros obstetricales, un técnico sanitario y dos asistentes sociales, todos ellos pagados por el estado. Ninguno de los médicos era cirujano ni médico «con tendencia quirúrgica»²⁸⁴. Las fuentes documentales consultadas confirman la puesta en marcha en el año 2000 del citado sistema de caja de solidaridad para la referencia: «*Se evacuan las hemorragias del*

²⁸² Equivalentes a 59, 45 euros.

²⁸³ Cada poblado cotiza en función del número de habitantes.

embarazo y distócicas. Las cesáreas son el 75% de las evacuaciones. Se trata de hacer que las Asociaciones de salud comunitarias y los centros de salud de distrito revitalizados-CSAR contribuyan al 50% del costo de la referencia» (MS-DNSP-DRSP Kayes-Centre de santé de Kayes 2000:2).

Otras de las razones citadas por la población del área sanitaria estudiada para justificar el salto de nivel es la utilización de únicamente medicamentos genéricos en el centro de salud provincial, cómo ocurría en el CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané. Para una mejor comprensión de dicho fenómeno nos dejaremos llevar por el discurso del Dr. Démbéle, farmacéutico-jefe del depósito farmacológico del centro de salud de referencia. Dicho interlocutor nos fue presentado por su responsable jerárquico, el ya citado Dr. Yoroté:

«Mira yo soy el gerente de la farmacia desde el año 1995, desde su apertura. Respecto a la aceptación de los genéricos no hay nada que decir, hay ventas, son muy bien aceptados. Bueno, no por todos, el problema son los soninké, sí como los que tú andas estudiando, como los de Dramané, ya que sus parientes en inmigración les traen medicamentos de París. Si no, la población paga sin problemas, aunque a veces les permito dejar a deber. Pero los soninké tienen mucho orgullo, si les prescribes 780 fca²⁸⁵ te van a decir que no tienes ni idea de tu trabajo, que en el centro provincial los médicos no tienen ni idea. Hay que bombardearles, 15.000 fca, 20.000²⁸⁶. En todos los centros de salud comunitarios tienes dos listas: una en genérico, otra en especialidad. Y normalmente los centros de salud comunitaria sólo pueden vender genéricos. Lo que quieren los soninké es poder decir que yo puedo pagar. Un día, aun me acuerdo, un soninké de Sobokou había sido visitado aquí en el centro, y le habían prescrito por un valor de 400 fca²⁸⁷. Iba diciendo: ¡Que vergüenza, tenemos un médico que no sabe nada, mira lo que me ha dado como medicamento! Si el paciente dice eso ¿cómo va a poder curarse? Y en ello la migración juega un rol. Por un lado hay muchos envíos de medicamentos, y normalmente las donaciones son en especialidad en vez de en genérico. Por otro los inmigrantes, los soninké son ricos, son los mejor situados de la región. Y eso que muchos seguro que te dicen que les ayudes, que les envíes medicamentos porque son pobres o porque no hay nada. Mira, la gente salta de nivel porque quieren presumir. Migrar les vuelve vagos. No tienen en

²⁸⁴ Médico generalista que ha realizado un stage de 3 meses con un médico quirúrgico.

²⁸⁵ Equivalentes a 1,19 euros.

²⁸⁶ Equivalentes a 22,86 euros y 30,48 euros respectivamente.

²⁸⁷ Equivalentes a 61 céntimos de euro.

la cabeza más que para ir a París, en Sikasso²⁸⁸ es la productividad (...). Y lo peor es que hemos optado por los genéricos. Tienen genéricos que en diez años no pueden consumir y después hay que destruir y eso es dinero perdido. (...) Están divididos, es la división clánica, nacen con ello y no pueden prescindir. Y así la mayor parte de los CSCOM están en déficit y no les llega para pagar al personal. El sistema funciona donde los inmigrantes deciden pagar el personal.(...) Podemos meter la gallina en la jaula pero no la cola».

El personal sanitario prescriptor del CSREF-Centro de referencia confirma dicha aceptabilidad de los genéricos por parte de toda la población salvo los soninké quienes recurrirían al sector farmacéutico privado para su abastecimiento en especialidades: *«Podemos decir que la farmacia es muy frecuentada salvo por los soninké. Sí, yo prescribo unas sesenta recetas por día con una media de tres productos por receta y un costo medio de 3.000 fcfa²⁸⁹...Y la gente lo paga. Pero los soninké siempre te piden en especialidad. Y nosotros no podemos prescribir en especialidad. Así que acaban yéndose de aquí o pasando por una farmacia privada en donde les sustituirán el genérico por una especialidad»* (Dr. A. Démbele, médico-jefe adjunto, CSREF). El sector farmacéutico privado lo confirma: *«La gente acepta los genéricos, pero los soninké menos, por eso son nuestros principales clientes»* (Mr M. Traore, delegado médico, Multi-M).

A su vez, la farmacia del centro de salud provincial debe jugar el rol de referencia farmacológica como único abastecedor de medicamentos de los CSCOM-Centros de salud comunitarios, incluido Dramané. Sin embargo, el Dr. Démbele nos señalaría que incluso a este nivel la población de Dramané les evita:

«Normalmente Dramané está obligado a abastecerse sólo de genéricos y sólo en nuestro depósito. Pero ellos van a abastecerse a una central privada de genéricos que se ha instalado en Kayes: Multi-M. Tenemos problemas con ellos, son menos caros y la gente de los centros de salud comunitaria sólo busca su interés. La unidad de gestión de Multi-M es menos cara: 1,10%. Les conozco desde su apertura hace tres años, en 1999. Multi-M son menos caros y tienen medios de transporte. Son muy

²⁸⁸ Región situada al sur del país, a la cual pertenece Yoroso, el que fue escenario test de nuestra investigación.

²⁸⁹ Equivalentes de 4,57 euros.

fuerter. El CSCOM aumenta un margen del 1,2 o 1,3% sobre todos los medicamentos en función de la distancia de Kayes al centro de salud. Por ejemplo, la amoxicilina de 28.000 fcfa pasa a 33.000²⁹⁰. No es para ayudar a la población, no, sino el interés del Comité de Gestión y del equipo sanitario pues si bien el precio de compra a Multi-M es menor, el precio de venta al enfermo es el mismo que si lo hubiesen comprado dónde nosotros. Además Multi-M se desplaza de poblado en poblado y con nosotros son los del poblado los que tienen que venir a Kayes para abastecerse. Y así la PPM²⁹¹ y nuestro depósito repartidor pierde los clientes. Y el centro de salud de referencia se financia en parte gracias a las entradas por venta de medicamentos, así que... ».

Esta situación es confirmada por todo el personal sociosanitario de Kayes: «Dramané, como otros muchos poblados, desde que Multi-M se instaló en Kayes y fueron haciendo campaña de pueblo en pueblo se han ido donde ellos. Eso sí que es la venta ambulante, y ahora los centros cómo Dramané ya no quieren suministrarse aquí pues les resulta más caro» (Dr. Sangaré, subdirector, DRS). También lo confirman los miembros del Comité de gestión así como los agentes de salud: «Desde la llegada de la doctora Traore²⁹² compramos donde Multi-M. Son más baratos y te traen los medicamentos hasta aquí. Cuando se enteraron los de Kayes se enfadaron mucho con nosotros. Pero si son más baratos, nadie nos puede obligar» (Mme Dramé Ba Diallo, gerente de la farmacia, Walisoxodé).

Con el fin de contrastar dicho discurso respecto al rol jugado por Multi-M se optó por entrevistar a sus responsables en Kayes: «Hemos barrido el terreno con misiones por todos los centros de salud comunitarios incluido Dramané. Pero eso no es venta ambulante, ojo. Es marketing y una profunda preocupación por la accesibilidad al medicamento. Nosotros distribuimos, nos llaman del centro diciendo qué les falta, y sino cada tres semanas llevamos los productos de poblado en poblado. Tenemos un calendario bien definido. Hacemos diferentes rutas: Kayes-Niolo-Kayes, Kayes-Diboli-Kayes, Kayes-Gousselá-Sobokou-Dramané-Kayes, Kayes-Kenieba-Kayes. Además Multi-M tiene un precio standard en todo Malí y eso sale beneficioso para la población. Pero no, no trabajamos con el centro de salud de referencia, sólo con el centro de salud comunitario. Además los CSCOM nos prefieren porque en el

²⁹⁰ Equivalentes de 42,68 y 50,30 euros respectivamente.

²⁹¹ Recordemos que la PPM-*Pharmacie populaire du Malí* es la central estatal de elaboración y distribución de productos farmacológicos.

²⁹² La doctora Traoré llegó a Dramané en enero de 2000.

depósito del centro de salud de referencia a menudo están en ruptura de stock, y nosotros no, se nos va en ello la credibilidad y el negocio».

El Dr. Démbelé niega dicho fenómeno y señala una supuesta falta de legalidad de la parte de Multi-M, poniendo incluso en duda la calidad de sus productos:

«No es cierto que tengamos roturas de stock, no. Al principio, en 1995, la situación era muy difícil, sufríamos a menudo de rupturas de stock en genéricos. Pero actualmente esto es raro. La media es de unos 2 o 3 productos en ruptura a la semana, pero siempre podemos echar mano del stock de seguridad. Aunque a veces la ruptura se encuentra a nivel de Bamako, por ejemplo la nistamina²⁹³ en comprimido, como nos pasa ahora. Ahora bien nosotros nos proveemos en el depósito regional de la Pharmacie populaire du Mali, situado aquí en Kayes (...) Otro problema con Multi-M que antes se me ha olvidado decirte es que este mayorista no está autorizado en Kayes sólo en Sikasso. Tenemos muchos problemas, están en práctica ilegal. Incluso hay doctores en los CSCOM que dicen haber constatado que ciertos jarabes no son eficaces, para la tos necesitas 3 o 4 botellas en vez de una. Podemos incluso dudar de su calidad. En Bamako están al corriente pero no hacen nada por el momento».

Por su parte, los responsables de Multi-M en Kayes niegan las acusaciones sobre la calidad de sus productos: *«Poseemos todas las autorizaciones, hemos pasado todos los controles. Traemos productos de laboratorios europeos, indios, todos autorizados. Hacemos productos que la PPM no tiene, por ejemplo para el lavado vaginal. Somos una SARL²⁹⁴. Distribuimos en Bamako, Mopti, Kayes, Sikasso, Bobo, Niamey. La dirección está en Bamako, es un belga, en asociación con los malienses. La primera sucursal abre en agosto del 2000 en Bamako, después Sikasso y Mopti. En todos los depósitos Regionales hay un farmacéutico como gerente, por ejemplo en Kayes soy yo. Un único mayorista, CAMED, no era suficiente para todo un país. El Centro de salud de referencia te dirá que nuestros productos no valen la pena. Lo que pasa es que ellos así no ganan su parte y además somos más baratos y vamos de poblado en poblado, y eso es importante porque aquí el estado de las pistas es punible»* (Dr. Traore, farmacéutico jefe, Multi-M).

²⁹³ La nistamina es un mediador que interviene en la secreción gástrica, y en ciertas manifestaciones alérgicas.

²⁹⁴ SARL: Sociedad a responsabilidad limitada.

La observación realizada en el depósito farmacéutico del CSREF-Centro de salud de referencia nos permitió verificar la afluencia masiva de enfermos a todo momento del día. A su cargo se encuentran el Dr. Démbele y dos ayudantes. Las estanterías estaban llenas de productos, estando agotado únicamente en el momento de nuestro paso un producto: la nistamina. Algunos documentos confirman sin embargo las citadas dificultades de acceso a Kayes. El ayuntamiento de Kemene Tambo, al cual pertenecen los poblados del área sanitaria en estudio, expone que: *«las poblaciones tienen muchos problemas para llevar sus enfermos a Kayes en caso de urgencia debido al estado del acceso por carretera»* (RK-CK-CRKT 2001:14).

Pero al mismo tiempo que el centro de salud de Kayes es eludido en el itinerario de los enfermos del área sanitaria en estudio, nuestra investigación confirmaría que dicho centro obvia su misión de supervisión de los 25 centros de salud comunitarios que, como el de Dramané, están bajo su responsabilidad²⁹⁵. Sin embargo, ya en nuestra primera estancia en Dramané en 1999, el entonces médico-jefe nos señaló cómo *«Kayes viene raramente a supervisarnos. Al principio, en 1996 cuando yo llegué, no era así pero cada vez las supervisiones se hacen más raras»* (Dr. Mounkoro, médico-jefe 1996-2000). En 2002, el personal sanitario del centro de salud de Dramané atestigua de nuevo dicha ausencia de supervisiones: *«Mira yo he llegado aquí en el año 2000 y no les he visto venir por aquí para supervisarnos»* (Dra. Traore, médico-jefe entre 2000-2003). En Kayes, los agentes sociosanitarios confirmaron dicho problema, y cómo esto no fue así durante el periodo-test de la política sociosanitaria (1994-1998). Mr Doumbia²⁹⁶, nos comenta:

«He seguido todas las etapas del centro de Dramané, pues se me asignó la labor de animación comunitaria del mismo, ya sabes dinamizar y formar a la población para que sean ellos mismos quienes gestionan el centro, la famosa participación comunitaria. (...) En 1993 las cosas ya habían comenzado. La provincia había elaborado una carta teórica, y se realizó una negociación progresiva, nuestro equipo sociosanitario, como era el CSCOM rural test, realizó muchas visitas, al menos una

²⁹⁵ Dichas supervisiones han de ser trimestrales. Además mensualmente el CSREF debe organizar una reunión de monitoreo. Se trata con ello de mejorar la calidad de las prestaciones ofrecidas por las estructuras sanitarias y de racionalizar su utilización.

²⁹⁶ Mr Doumbia, actual director provincial del Servicio Social de Kayes, es el asistente social encargado de la animación comunitaria del CSCOM de Dramané desde su apertura en 1994.

docena de veces²⁹⁷ nos desplazamos al poblado (...) Durante el primer año, cada trimestre me desplazaba para la animación comunitaria y la supervisión. Luego, mi presencia ha ido siendo cada vez menor. Hoy en día, me desplazo que cuando realizamos la gira de supervisiones. Ahora contamos raramente con fondos para su realización así que nos quedamos aquí y en la reunión mensual de monitoraje trabajamos con el médico-jefe cuando se desplaza hasta Kayes».

El equipo sanitario de Kayes justificó dicha escasez de supervisiones en base a una falta de medios financieros para su realización: *«Yo tengo que ir o enviar el equipo para hacer la supervisión cada tres meses, pero para eso nos hacen falta medios. Necesito pagar la gasolina y el salario del chófer. Bueno eso normalmente está previsto en el presupuesto del centro. Pero el problema es el pago del equipo de supervisión. Éste no va a desplazarse y ajustarse al salario mensual, sino que hay que pagarles los per diem, y para eso necesito encontrar un agente externo que lo financie. Si no, no se van a menear pues con el presupuesto que la dirección regional nos da no podemos pagar los per diem de todas las supervisiones».* La Dirección Regional de la Salud confirma dicha situación: *«Al principio, durante la fase test de la política sanitaria, era más fácil realizar las supervisiones pues nos acordaron fondos especiales para ello, pero ahora no llega, no nos llega»* (Dr. Sangaré, subdirector regional, DRS).

En 2002, los miembros del Comité de Gestión de Dramané comentaban que la falta de supervisión jugaría un rol en el fenómeno de salto de nivel de los enfermos del área sanitaria en estudio. Así, Massamba Yatabaré, secretario de abastecimiento del centro de salud comunitario y al mismo tiempo nuestro informante privilegiado en Dramané, nos comentaba: *«Con el Estado tenemos firmada una convención de asistencia mutua. La convención entre el Estado y la población es eso, pero el Estado, Kayes, como siempre no juega su rol. Pueden pasar seis meses, un año sin que vengan a supervisarnos. Normalmente deben hacerse cada tres meses, eso es lo que nos han dicho a los del Comité. La supervisión viene en el trimestre o en los seis meses, pero un año es demasiado. Además si vienen hacen su informe, y a nosotros no nos dan nunca una copia y eso que en el documento no hacen más que hablar de nosotros. Y es por eso que aquí hay cosas que no funcionan. Por ejemplo el hecho de que la médica haga la referencia a Gakourá, si los de Kayes viniesen a decirle algo*

²⁹⁷ Un total de 13 visitas se realizaron para su puesta en marcha según el dossier de creación del CSCOM (Région de Kayes-CK-CSK 1994:2)

para que cumpliera con su obligación... Pero no. Además la población está al corriente, y tenemos la sensación de no contar para el Estado, nosotros tenemos que cumplir, pero ellos no. Y eso los Dramé no lo soportan. Así que muchos pasan de ir a Kayes. Kayes no viene aquí, nosotros no vamos allí (...) Y esto no sólo nos pasa a nosotros sino a casi todos los centros de la provincia. Yo lo sé porque formo parte de la Federación Regional de Asociaciones de Salud Comunitaria, la FERASCOM, y ahí todo se sabe». Sin embargo, ninguno de los agentes entrevistados en Kayes cree que dicha situación influya sobre la problemática del salto de nivel.

Durante nuestra estancia en Dramané pudimos comprobar que únicamente uno de los informes de supervisión realizados, se encontraba disponible en los archivos del centro de salud el cual databa de septiembre de 1996. Tanto el Comité de Gestión como el personal sanitario confirmaron que se trataba del único documento disponible. En los archivos del centro de salud de referencia únicamente se encontraron el ya citado de informe de 1996 así como otros dos correspondientes al año 1997 y 1999. Según los datos puestos a nuestra disposición por la DRS-Dirección Regional de la Salud (SIS 1999, SIS 2000, SIS 2001, SIS 2002) en 1999 Dramané se benefició de cuatro supervisiones y de dos en el año 2000. En el año 2001 ninguna de las cuatro supervisiones anuales previstas había sido realizada. El informe de la única supervisión realizada en el año 2002 se encontraba sin finalizar en el momento de nuestro paso por Kayes.

Efectivamente la puesta en práctica de la política sanitaria maliense no se ha visto acompañada en el caso del CSREF-Centro de salud de referencia de Kayes de los medios técnicos, humanos y financieros necesarios. Este hecho sería uno de los factores condicionantes de la ausencia de dicho recurso en el itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria investigada. Un signo de mejora en la situación nos viene sin embargo apuntado por el hecho de que dicha estructura ha sido una de las primeras en organizar la derivación. Ahora bien, esto no ha llevado a un aumento de su utilización como ha ocurrido en el resto de centros de salud provinciales del país, protagonistas de un fenómeno de saturación: *«La proporción de casos referidos o evacuados a los CSREF respecto al número total de casos referidos o evacuados ha pasado del 147,57% en el 2000 a 209,13% en el 2001. Esta situación se explica por la autoreferencia»* (MS-MDSSPA 2002a:5). E incluso ha actualizado el conflicto existente con uno de los poblados del área sanitaria, pudiendo provocar su escisión.

Estos hechos confirman de nuevo la importancia de tener en cuenta no sólo los factores de orden técnico o financiero a la hora de desplegar una política sanitaria, o

de analizar su éxito o fracaso sino que existen otro tipo de factores, igualmente relevantes, entre los que se encuentra la ya citada lucha de poderes al interior del área sanitaria (respecto a Toubabukané)²⁹⁸ y de éstos con Kayes desde la época colonial. El análisis histórico nos muestra que mientras en la época precolonial los poblados del área sanitaria en estudio ocupaban una posición hegemónica al albergar la capital del reino soninké del Gadiaga, Kayes era *«hasta 1880 un pequeño pueblo»* (N'diaye 1972a:17), que dependía del clan reinante de los Bathily *«cuyo poder se extiende hasta un pequeño río que se une al río inmediatamente después de Medina»* (ibídem 1972b:15). Sin embargo al crear los colonos un mercado en Kayes, y nombrarla capital del Sudán Francés, la riqueza y el poder se desplazan, adquiriendo con ello una posición hegemónica, reforzada por la progresiva instalación de establecimientos comerciales que, como hemos visto, en 1900 ya eran 37 (ibídem:96). Mientras tanto, Damané sólo poseía uno, pasando así a ocupar una posición subalterna. Esta posición central otorgada por los colonos a Kayes se traduce igualmente a nivel sanitario. El proceso de institucionalización de la biomedicina en Malí, comenzó primeramente en Kayes, sede de dos de las instituciones hospitalarias que primero se crearon en el país: el actual CSREF y como veremos, el Hospital Regional. A este respecto N'diaye comenta que, ya a finales de los 60, *«después de Bamako, Kayes es la ciudad que dispone el mayor número de centros médicos»* (ibídem:226). Y eso sin que se hubiera hecho sentir aún el impacto de los inmigrantes, que como hemos visto en el capítulo de marco etnosociocultural no comenzarán a construir centros de salud en esta región hasta mediados de los años 70. Sin embargo, los poblados del área sanitaria ya conocían la biomedicina desde 1698, año en que un monje agustino cirujano, llamado Apollinaire, vino a instalarse tomando el mando del fuerte construido por los franceses en el actual Makhalagaré (Delafosse 1912:384 y 399). El no tener como referente Kayes estaría actuando de estrategia de resistencia frente a su hegemonía creciente.

El rechazo de los medicamentos genéricos ofertados por el CSREF, nos muestra como la accesibilidad financiera y cultural, no bastan para que la población los acepte. El sistema ideológico y de valores soninké nos aportan claves para su comprensión. Los fármacos son empleados no sólo en tanto que sustancias activas sino también como portadores de prestigio, residiendo parte de su eficacia o ineficacia en la fuente que los suministra: lo caro y europeo lo dan, lo barato y maliense no. Asimismo dejan traslucir cómo los intereses financieros de los profesionales y de los

²⁹⁸ Ya analizada en el capítulo anterior.

miembros de los órganos de gestión de los centros de salud pueden entrar en juego. Otro elemento a resaltar de nuevo: el rol de los inmigrantes y de las ONGs, que con sus donaciones de medicamentos ponen en peligro el sistema.

Respecto al impacto de las supervisiones sobre el buen funcionamiento y aceptabilidad de las estructuras sanitarias, éste ya ha sido puesto en relieve por Menéndez (1990b:115) quién en su análisis del despliegue de la biomedicina en los países subdesarrollados nos advierte que: *«El éxito de estos programas se basa en el trabajo comunitario y la supervisión médica constantes, así como en el desarrollo de la tecnología sanitaria simple que pueda ser comprendida y usada con autonomía por la comunidad»*. Su no realización puede ser igualmente «reinterpretada» por la población en términos de rivalidad. Realización que como hemos visto está supeditada a la ayuda al desarrollo.

6.4. El Hospital Regional: la presencia limitada

El recurso, aunque de modo limitado, del Hospital Regional, caracteriza no sólo el itinerario del único enfermo presente en Kayes, sino también el de una buena parte de los entrevistados en Bamako. Para la mejor comprensión de dicha presencia «limitada» nos dejaremos guiar por el testimonio de su director el Dr. Cissouma Natural de Yoroso²⁹⁹, el Dr. Cissouma posee una amplia perspectiva sobre el problema del salto de nivel pues se trata de un responsable sanitario³⁰⁰, que ha trabajado en todos los niveles de la pirámide sanitaria y en casi todas las regiones del país. Los encuentros tuvieron lugar en su despacho del hospital, y se desarrollaron en un clima cordial debido a que durante nuestras estancias previas en Yoroso, habíamos trabado amistad con su familia:

« Sí, el Dr. Yoroté te ha informado correctamente. Nuestro hospital es aún más antiguo que el Centro de salud provincial pero aquí la política sanitaria ha echado el resto... y eso que hubo problemas con el antiguo director, ah, sí (...) Comprobarás en los documentos que te voy a dar que estamos funcionando desde 1883, cuando los militares franceses se instalaron en Kayes. Al alba de la independencia, en 1959 nos

²⁹⁹ Yoroso fue la localidad minianka del sur de Malí que nos sirvió de escenario-test.

³⁰⁰ El Dr. Cissouma ha trabajado como médico generalista en diversos centros de salud comunitaria, como médico jefe de centros de salud de referencia, como Director Regional de la salud, como director adjunto del servicio de urgencias y posteriormente director general del Hospital Nacional Gabriel Touré, como director general del Hospital Nacional Point G, y cómo responsable del Programa de lucha contra el Sida en el PNUD-Malí.

transformaron en hospital secundario y en 1969 en regional. Pero su estado era decadente, y gracias a los italianos el hospital se benefició de un buen lavado de cara en 1987. Pero no basta con tener los medios hace falta que el jefe sea responsable. Y así durante los años noventa el hospital sufrió de un fuerte descenso en su frecuentación. Nada funcionaba, estaba lleno de aguas residuales, no había agua corriente. Y todo por la falta de interés y la mala gestión del anterior director. Ah, sí faltaban camas, médicos... El que me precedió era un mal gestor. ¿Quién ha visto que médicos generalistas te envíen a un hospital donde hay sólo generalistas? Hay que ser atendido por matronas especializadas, médicos especializados, etc. Éste es un hospital sin ginecólogo (salvo el cubano que va a llegar) y un joven que ha hecho una tesis en ginecología. Cosas como ésta. Así que la gente que tenía medios pues iba directamente a Bamako, sobre todo los inmigrantes. Pero en el año 2000, la ministra de la salud me llamó para "salvar el Hospital". Los diputados no estaban contentos, la insultaron en la Asamblea. Incluso el presidente Konaré podía perder su puesto, sobre todo que era natural de Kayes. Y aquí estoy desde... desde el diez de abril del 2000, sí. Mira este sistema sanitario puede funcionar, pero necesita una buena gestión y tener los medios. Lo que falta son los recursos financieros, los recursos humanos, el sistema ha de hacerse cargo de los recursos humanos y no la población. Mira, la ministra tiene que decirnos, toma los medios para hacer tu servicio gineco, toma, haz correctamente la derivación. Y no sólo a nosotros sino también al resto de estructuras especialmente el centro de salud de referencia. Si no el sistema va a pudrirse, si no tienes gineco...si no tienes...tu hospital va a estar obligado de cerrar. A pesar de ello desde mi llegada ha habido un aumento de la notoriedad. Por ejemplo en el servicio de ginecología hay unas cuarenta personas por día».

Los diferentes agentes sanitarios y responsables administrativos entrevistados confirman que «desde la llegada del nuevo director, sí que se nota un fuerte aumento en la afluencia, la gente ha retomado su confianza. Sobre todo los de Yelimané, pues para ellos el acceso con la nueva carretera es más fácil» (Mr Coulibaly, responsable estadístico del Hospital). Sin embargo, el Dr. Cissouma añade otras razones de tipo cultural como posible explicación al uso aún limitado del Hospital por parte de los parientes de inmigrantes soninké:

«Si un enfermo dice, mira ahora la cosa va bien en Kayes, así de vuelta al poblado, la gente va a comenzar a venir de nuevo. El equipamiento no es tan importante, con un estetoscopio y medicamentos se puede curar. Pero hay ciertas zonas en esta región, Kayes, debido a la migración las cosas son mucho más difíciles que en el resto del país. Hay pasta y hay un proceso de comparación, quieren las mismas condiciones que en Francia. Una política realista debería tener en cuenta eso. La gente soninké busca sobre todo el marco, la comodidad, el lujo. Una política realista tendría que tener en cuenta esto. Lo que a los soninké les gusta es el servicio hotelero. Lo hotelero en Francia se cuida, juega un gran rol. El enfermo no sabe si tú eres generalista o especialista, es la acogida, el marco de vida en el Hospital, si hay aire acondicionado, habitación individual, si eso esta bien, pues ya nos encargaremos nosotros de lo técnico (...) La especialización es también que la estructura informe a la población de que han llegado todas esas condiciones al menos a una parte del Hospital. El cambio en Kayes es reciente, desde mi llegada, ahora desde el 2002 ya tenemos un servicio de lujo en el hospital. Pero los inmigrantes y sus parientes no saben aún que tienen esas posibilidades en Kayes y no sólo en Bamako o en París. También es verdad que las mujeres soninké que tienen su marido en el extranjero quieren pasear, salir del poblado, que se les escuche y seguirán prefiriendo ir a Bamako, con la disculpa de que están enfermas (...) El prestigio y la rivalidad cuentan mucho, y si van a Bamako a curarse eso les da prestigio y dinero con el que poder adquirir bienes y rivalizar. Por mucho que mejoremos el Hospital, siempre habrá quienes tengan que ir a la capital para...bueno ya sabes».

El personal del Hospital reitera la importancia acordada por los parientes de inmigrantes al marco de acogida y cómo las mejoras realizadas comienzan a ser conocidas por la población: *«Es increíble como funciona el boca a boca aquí, la gente viene incluso de otras regiones. Se han enterado de las mejoras que ha habido en estos últimos años. Saben que los médicos cubanos hemos venido, que han puesto más especialistas... Incluso saben que hay un servicio para los pudientes, sobre todo para los parientes de inmigrantes»* (Dr. Guido, traumatólogo cubano, Hospital Regional). Nosotros mismos pudimos visitar las instalaciones de «primera clase», dignas de una clínica privada de un país desarrollado.

El Dr. Cissouma evoca igualmente el rol jugado por el empleo únicamente de medicamentos genéricos en el seno del Hospital:

«A todo lo que te acabo de decir hay que añadir el impacto de la política de los genéricos. En una estructura como la nuestra, un Hospital Regional, el Estado nos obliga a prescribir únicamente genéricos con el fin de permitir la accesibilidad financiera de la población. En la farmacia del Hospital, se venden igualmente sólo genéricos. Y funciona. Es verdad que a los que tienen parientes en el extranjero, a los soninké, los genéricos no les gustan. Y verás que muchos soninké no van al centro de salud comunitaria de su poblado o al Centro de salud de referencia debido entre otras razones a los genéricos. Pero aquí cómo normalmente cuando vienen es porque realmente necesitan estar hospitalizados, su estado de salud no les permite andar rechazando el genérico. Aunque sí que es verdad que muchas veces sus acompañantes se van con nuestras recetas a farmacias privadas que les venderán su equivalente en especialidad. Pero eso no disminuye la afluencia, aquí no, ... ».

Los agentes sanitarios del Hospital, incluso extranjeros, se posicionan con el punto de vista de su director: *«La población soninké, sobre todo los inmigrantes y sus mujeres, te van a pedir que les recetas en especialidad. Pero nosotros no podemos hacerlo, es verdad que algunos agentes lo hacen, pero no nos está permitido. Sin embargo este rechazo de los genéricos no va a hacer que no acudan a nuestros servicios, sino que tras haberles recetado se van a ir a una farmacia privada a comprar otro producto. El que tiene dinero elige y en Malí, por lo que yo he podido comprobar desde mi llegada, son ellos los que tienen dinero»* (Dra. Anónima, ORL, Hospital Regional).

El informe de evaluación elaborado en el 2001 por la cooperación italiana y el Ministerio de la Salud maliense (Hospital Regional de Kayes 2002) detalla el discurso del Dr. Cissouma sobre su creación y posterior remodelación: *«Aparte del centro de formación, las casas de visitantes, el servicio de pediatría y el servicio de odontología dentario que han sido construidos en 1999, los otros edificios datan de la época colonial y han sido restaurados en 1987»* (ibídem:19). Así mismo cita que el Hospital fue dirigido de 1991 a mayo del 2000 por el *«Dr. Tidiani Dramé, quien se ocupaba conjuntamente de los roles de médico director y cirujano generalista»* (ibídem:10). El Dr. Cissouma nos hizo visitar las modernas instalaciones del Hospital (foto 12) que

cuenta con catorce pabellones, nueve alojamientos para el personal y los anexos, siendo su capacidad de ciento treinta camas. Respecto al evocado servicio de primera categoría los documentos exponen cómo existe efectivamente *un bloque de hospitalización de primera categoría para todos los servicios que comprende diez habitaciones de hospitalización con baño individual, armario, teléfono, televisión, aire acondicionado y ventilador»* (ibídem:14). Ningún otro hospital público del país, ni siquiera en la capital, posee un bloque de hospitalización de primera categoría ni habitaciones climatizadas. Otros servicios recientemente renovados han sido *«el servicio de entradas que ha sido climatizado, el servicio de ginecología y el de hospitalización. El bloque operatorio acaba de ser renovado, las urgencias también con tres salas de observación climatizadas (hombre, mujer, personalidades) y con baños internos»* (ibídem:16). Sin embargo las habitaciones del bloque gineco-obstétrico *«no tienen ducha en los baños, no hay climatización ni siquiera en los de las consultas»* (ibídem:12). Respecto a la tecnología, tan reclamada por nuestros interlocutores soninké, el Hospital cuenta con *«un servicio de imaginería médica que posee dos ecógrafos, dos negatoscopios, una sonda linear, dos electrocardiógrafos, un aparato nuevo de radiografía y un nuevo ecógrafo. Los documentos consultados confirman que el Hospital «asegura el rol de primera referencia para la provincia de Kayes y los centros de salud de la región así como la segunda referencia para los centros de salud comunitarios de la provincia de Kayes»* (ibídem:10). En dicha evaluación la cooperación italiana y el Ministerio de la Salud maliense, concluyen que *«el Hospital reúne las condiciones necesarias a nivel técnico (...) Queda por únicamente por renovar el mobiliario de oficina que data de más de 10 años»* (Hospital Regional de Kayes 2002:27). Recordemos que el gobierno maliense prevé de todos modos su extensión antes de la finalización del PRODESS-Programa de Desarrollo Sociosanitario en el año 2007 (MS-MDSSPA 2002b:2).

Pero, en caso de gravedad, los enfermos soninké respetan el itinerario previsto por la política sanitaria no poniendo en riesgo su salud. Esta estructura, consciente del perfil de sus clientes ha sabido adaptarse, proporcionando un servicio de lujo que nos desvela la importancia otorgada en dicho sistema cultural al prestigio y la ostentación. Al mismo tiempo resulta ser un ejemplo claro del proceso de medicalización que vive la sociedad soninké, y de la influencia ejercida por la inmigración en ello. Así mismo nos muestra los usos sociales que las mujeres hacen del sistema sanitario, las cuales en su éxodo hacia Bamako encuentran una estrategia para liberarse de los roles que esta sociedad les asigna al interior del grupo doméstico así como una compensación

por la soledad que sufren debido a la ausencia de sus maridos en exilio. De nuevo los medicamentos genéricos son rechazados, pero esta vez ello no frena la utilización del Hospital. En lo que se refiere al impacto de la cooperación, en este caso italiana, al haberse concertado con las autoridades sanitarias, ha permitido una mejora considerable de las prestaciones ofertadas por el Hospital.

6.5. El sector privado en Kayes: el abandonado

En último lugar nos preguntaremos sobre la utilización o no de las estructuras sanitarias privadas situadas en Kayes-capital por parte de los enfermos del área sanitaria de Dramané. Ello resulta especialmente interesante cuando sabemos que en la capital son, como veremos en el capítulo siguiente, el recurso preferido por la población soninké, incluida la procedente del área sanitaria en estudio. Para ello nos dejaremos guiar de nuevo por el discurso del único anfitrión de Dramané entrevistado en Kayes, A. Dramé:

«Antes cuando la gente venía por aquí, sobre todo las mujeres, iban a lo privado. Más concretamente a la Clínica del Dr. Soumaré, pero ahora ya no, pues las cosas han cambiado mucho. Han pasado muchas cosas. Por ejemplo la mujer de mi cuñado ha ido al centro de Dramané diciendo que el niño no se mueve. La doctora le ha dicho que no le pasa nada. El marido ha llegado de Francia y ha dicho que no, que no se oye al niño, que se van a Kayes. Han pagado 20.000 fcfa³⁰¹ por el transporte. Han pasado 3 días en la Clínica Soumaré han pagado otras 200.000 fcfa³⁰² y nada, Soumaré les ha dicho que todo va bien. Pero al final lo tuvieron que trasladar al Hospital Regional en urgencias pues el niño venía mal. Así que ni volver. Además ya ha habido bastantes de ancianos del poblado que han muerto allí. Y aunque antes todos íbamos, ahora ni locos. Y eso todo el mundo lo sabe en el poblado».

Dicha situación nos fue confirmada por los anfitriones entrevistados en Bamako: *«En Kayes en la clínica de Soumaré³⁰³ se cargan a los ancianos de Dramané, así que la gente viene para Bamako. Pero antes sí que íbamos allí»* (M. Tirera, noble, Horongalou). Sin embargo según los agentes sociosanitarios

³⁰¹ Equivalentes 30,48 euros.

³⁰² Equivalentes a 304,88 euros.

³⁰³ Como señalamos en la metodología, se intentó igualmente concertar una cita con el citado Dr. Soumaré, quien no accedió en ninguna de las dos estancias.

entrevistados en Kayes, los soninké continúan yendo a las clínicas privadas de la provincia. *«Mira, a los soninké les gusta lo que cuesta caro y se van a las clínicas privadas. Los de Dramané van normalmente a la Clínica Yonkisaka del D. Soumaré que trabaja mucho con la cooperación francesa»* (Dr. Traore, director regional adjunto, DRS). Respecto al recurso al sector farmacéutico privado ya hemos visto cómo todos los actores sociales confirman cómo éste es ampliamente utilizado por la población del área sanitaria.

Nuestra estancia en Kayes nos permitió comprobar la existencia de múltiples clínicas y farmacias privadas frecuentadas principalmente por la población soninké y el personal expatriado. Las fuentes documentales confirman dicha presencia de numerosos centros privados y ya desde los años setenta: *«Tras Bamako, Kayes es la ciudad que dispone de un mayor número de centros médicos»* (N'diaye 1972b: 226). La ausencia de utilización en Kayes del sector sanitario privado, a pesar de su amplia utilización en el caso de Gakourá o Bamako, y de su desarrollo, apunta de nuevo a la influencia de «otros factores» sobre la utilización de los servicios sanitarios. Como en los itinerarios migratorios más recientes, los itinerarios terapéuticos evitan actualmente los recursos ofertados por la ciudad de Kayes. El efecto grupo funciona: las decisiones que llevan al enfermo y a su grupo doméstico a optar por un recurso o evitarlo se basan tanto en la experiencia como en la información contrastada de la red social, pudiendo evolucionar con el tiempo. La evolución histórica de sus itinerarios, nos muestra que las simbolizaciones y representaciones que rodean los itinerarios terapéuticos *«son reconstruidas en cada momento histórico por cada sociedad, y ello en base a «las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad dada, incluidos sus saberes técnicos»* (Menéndez 1996:3).

6.6. Para finalizar

Paradójicamente, el proceso de medicalización creciente que afecta a esta región estaría en la base de la no utilización de los recursos sanitarios biomédicos existentes en su capital, sede de los principales «templos de la biomedicina»: CSREF-Centro de salud de referencia, Hospital Regional y clínicas privadas. Los enfermos del área sanitaria de Dramané, influidos por la concepción que del sistema sanitario les vehiculan sus parientes inmigrantes, muestran su preferencia e incluso su reivindicación, de la institución hospitalaria, la especialización médica, la tecnología así como de los medicamentos en especialidad y todo ello si es posible acompañado por

un marco de acogida de lujo. Uno de sus principales portavoces serán las mujeres soninké. Esta población evita los recursos sanitarios de la capital regional siguiendo no la lógica de la racionalidad económica o médica, sino la del prestigio, consumiendo bajo una lógica cultural los beneficios obtenidos en el extranjero por sus parientes inmigrantes. Sin embargo dicha «irracionalidad» tiene un límite: la urgencia médica.

Si bien es cierto que el CSREF-Centro de salud de referencia carece de los medios necesarios para el correcto desarrollo de sus funciones, esto no es así en el caso del Hospital Regional, lo cual viene a apoyar la hipótesis de que en la elección de los itinerarios terapéuticos los enfermos del área sanitaria de Damané y sus redes sociales tienen en cuenta otros factores que hemos venido a llamar «usos sociales de la enfermedad». Estos se relacionan tanto con la historia de esta región como con la ideología y valores hegemónicos que sustentan el sistema social soninké. Mientras que en el capítulo anterior pudimos ver cómo la génesis del centro de salud de Damané actualizó las relaciones de carácter conflictivo de este poblado con los de su entorno, en el caso de Gakourá los actores sociales del área sanitaria de Damané, transforman la rivalidad comercial y política del pasado en cooperación. Sin embargo, respecto a Kayes la posición de conflicto se mantiene, traducéndose en evitamiento salvo en caso de enfermedad grave. Ambas estrategias demuestran la flexibilidad con la que los actores sociales manejan sus relaciones y conforman sus itinerarios en función de los intereses en juego en cada momento y situación.

El otro estandarte de la medicalización, el medicamento, es rechazado bajo la influencia de los inmigrantes, cuando se presenta bajo su forma genérica. De su forma en especialidad se valen los actores sociales como elemento de prestigio, en la línea de lo apuntado por Romaní (1995:34), quien comenta: *«Estas sustancias son utilizadas como elementos de prestigio-cuando no sagrados—dentro de sus sociedades en las que acostumbraban a formar parte de los mecanismos de integración social»*. Asimismo sirven como vehículos propagadores de ideologías, incluida la globalización. Pero sobre su uso no sólo influyen las concepciones, opiniones y prácticas de los enfermos sino también los prescriptores. El sistema sanitario maliense actual se ve obligado a hacer frente a una creciente política comercial de los laboratorios farmacéuticos europeos y americanos en favor de las especialidades así como a una fuerte estrategia de marketing por parte de los distribuidores privados de genéricos. Los agentes sanitarios del sector público se debaten entre cumplir con su obligación de prescribir en genérico y la presión de los inmigrantes y de dichos laboratorios. Estos últimos les ofrecen numerosos regalos a cambio de optar por las especialidades:

ordenadores portátiles, viajes al extranjero, formación continua. La expansión del mercado farmacéutico así como la abundancia de estructuras sanitarias en Kayes nos muestran como el Modelo Médico Hegemónico en expansión en Malí, y especialmente en esta región, crea paralelamente un nuevo mercado de trabajo en torno a las industrias de la salud y de la enfermedad al mismo tiempo que cumple funciones de *«control social, normalización, medicalización y legitimación»* (Menéndez 1990b:104).

En este capítulo hemos mostrado igualmente que las políticas sanitarias, en este caso farmacológicas, se ven influenciadas por las actuaciones de agentes internos y externos, cuyo análisis aparece como imprescindible. Tanto la liberación del mercado farmacológico como las donaciones de medicamentos realizadas por los inmigrantes y ONGs afectan la sostenibilidad de un sistema público basado en la política de medicamentos genéricos y en la participación financiera de la población. Asimismo el contexto socio-político-histórico internacional afecta a la disponibilidad de los mismos. Así, en el momento actual, el conflicto desatado en Costa de Marfil el 19 de septiembre de 2002 ha afectado los circuitos tradicionales de distribución de los medicamentos que importados, llegan por vía marítima a Abidján y son llevados por carretera hasta Malí. Dicho conflicto impide su distribución en este país cuya continentalidad supone un grave freno a su desarrollo. Nuevas vías han sido encontradas a través de su transferencia a partir de Dakar (Senegal) en tren vía Kayes.

No hay que olvidar tampoco la influencia de las políticas de cooperación. Éstas deberían concertarse con los diferentes agentes (autoridades sanitarias, población, inmigrantes, resto de agentes de la cooperación) a fin de maximizar su impacto. Impacto, que positivo o negativo, no reduce su radio de influencia en el momento y área sanitaria en el que interviene, sino que incluso puede crear hábitos que frenen la política sanitaria posterior. Así, la intervención de la cooperación francesa en la década de los 80-90, traducida en el pago de un doble salario o *per diem* a los participantes en acciones de formación o supervisión, lleva en nuestro caso a que los agentes sanitarios se nieguen a cumplir sus funciones, en este caso de supervisión, sin un plus, a pesar de percibir su salario y tener las dietas cubiertas. Además esto afectaría a la intervención de otras agentes. Víctor Aguayo³⁰⁴, antiguo director de la ONG americana instalada en Malí Hellen Keller International³⁰⁵ nos comentaba que *«una buena parte de nuestro presupuesto se va en dichos gastos y no se gasta*

³⁰⁴ Actualmente director para toda África del departamento de Nutrición de UNICEF.

directamente en la población. Además el personal sanitario acaba yendo a tal formación o realizando tal supervisión, únicamente por el interés financiero que encuentra en ello, y no por la mejora sanitaria que ello puede conllevar. ¿Hasta cuando vamos a tener que seguir pagando las consecuencias?».

Kayes, capital provincial y regional del área sanitaria en estudio, sede de «los templos» del saber biomédico, aparece así como un no-lugar en el itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria de Dramané. Un no-lugar, no en el sentido de anonimato, de ausencia de relaciones sociales, que da a este término Augé³⁰⁶ (1992), sino como un lugar presente, significativo a nivel social, que habiendo adquirido hegemonía, es evitado por parte de la población del área sanitaria en estudio como parte de una estrategia para recuperar su antigua posición preeminente. Asimismo su no uso puede facilitar como veremos, y en especial en el caso de las mujeres, el acceso a otros recursos sanitarios, redes sociales, bienes y espacios deseados, iniciando un éxodo que les llevará hasta la tierra prometida: Bamako.

³⁰⁵ Esta ONG interviene en el ámbito sanitario, siendo el principal partenaire del gobierno maliense, a excepción de las agencias de cooperación bilateral o de las de Naciones Unidas.

³⁰⁶ Con este término de «no lugar» Marc Augé (1992) denomina a ciertos espacios de anonimato característicos de la sociedad actual y que serían todo lo contrario de un «lugar» propio y constructor de relaciones sociales. Es el caso de las instalaciones relacionadas con los desplazamientos acelerados de personas y mercancías (estaciones y aeropuertos entre otros), los medios de transporte (coches, trenes, aviones), las grandes cadenas hoteleras tipo «Formule 1» o los campos de refugiados.

Capítulo Séptimo

BAMAKO: LA TIERRA PROMETIDA

Hemos ido viendo en los capítulos precedentes que una de las principales características del fenómeno de salto de nivel entre la población del área sanitaria de Dramané es la elección de Bamako como destino final de su itinerario terapéutico. Según los agentes sociosanitarios entrevistados en Dramané y Kayes, tanto en la fase previa (1998-2001) cómo durante el tiempo de nuestra investigación (2002-2003), dichos enfermos vienen a la capital, preferentemente durante la estación seca, para ser tratados de dolencias que en principio el centro de salud comunitario del poblado o las estructuras sanitarias de Kayes deberían haber podido dar respuesta. Sin embargo, los enfermos optan por venir a la capital y ser tratados en los servicios de alguno de los dos Hospitales Nacionales (Gabriel Touré y Point G) o bien acuden a clínicas privadas que encuentran en la población soninké y en los expatriados sus principales clientes. Durante su estancia en la capital se alojan en la concesión de algún pariente del poblado, y más concretamente en casa de su primer anfitrión. Sin la implicación de dichos anfitriones así como de los parientes en inmigración, la presencia y el hacerse cargo de dichos enfermos en la capital resultaría casi imposible y con ello su itinerario terapéutico y los usos sociales del mismo se verían comprometidos.

En el presente capítulo trataremos de descubrir hasta dónde dicho perfil y problemática se corresponde con la realidad. Para ello nos dejaremos llevar por el discurso de Mamadala Tirera, primer y principal anfitrión. Éste reside en la capital desde el 28 de noviembre de 1949, siendo el primer dramaninké o habitante de Dramané en haberse instalado en ella. No sólo todos los actores sociales le reconocen como interlocutor válido al ser el más veterano de los anfitriones y llevar acogiendo enfermos desde hace más de cincuenta años, sino que el hecho de ser noble y de la clase de edad de los ancianos le confiere autoridad. Ésta es reconocida por su propia comunidad ya que es considerado cómo el jefe del poblado de Dramané en Bamako, a pesar de no pertenecer al clan fundador de Dramané (el clan Dramé). Su posición social le permite una visión «desde dentro» pero al mismo tiempo con una cierta perspectiva. Se trata asimismo de un traditerapeuta (*jaaranda*) de conocido prestigio especializado en fracturas y al mismo tiempo marabú. Sus capacidades de curación en el ámbito de la traumatología son reconocidas no sólo por la población sino también por los agentes sanitarios de Bamako, quienes le derivan pacientes con fracturas que la biomedicina no ha sabido dar respuesta. Sirve igualmente de intermediario entre los inmigrantes y el poblado, no sucediendo nada en el área sanitaria de Dramané sin su

conocimiento y permiso. Sin su participación nos hubiera sido muy difícil acceder al resto de los anfitriones y enfermos.

Las diferentes entrevistas tuvieron lugar en el porche de recepción de su concesión situada en el barrio de Sabalibougou. Dicho porche es utilizado al mismo tiempo como plaza pública (*misida*) y lugar de oración por toda la comunidad dramaninké instalada o de paso en Bamako. Aun cuando su manejo del francés es casi perfecto, siempre está acompañado de alguno de algunos de los enfermos o personas de paso instalados en su casa, así como de numerosos niños (foto 13).

7.1. De la masiva presencia de enfermos en la capital

Nuestro informante privilegiado vino efectivamente a corroborar la presencia masiva de enfermos del área sanitaria en Bamako, y en especial durante la estación seca:

«Ni contar puedo. Pero en la estación seca hay alrededor de 250 enfermos en casa, sobre todo mujeres. Es increíble. Son sus parientes en París quienes les dicen de venir aquí. Imagínate, y no sólo yo recibo enfermos sino que todos los originarios de Dramané que tenemos casa en la capital, los 9 recibimos enfermos, más o menos, pero todos recibimos enfermos».

La totalidad de los anfitriones del área sanitaria de Dramané instalados en Bamako afirman la presencia de enfermos de todo origen social en sus concesiones: *«Yo en casa acojo un montón de enfermos (...) Nobles, de casta, de todo. Durante la estación seca hay un montón de mujeres, ni contarlas puedo. Pero Mamadala que es el primero en haberse instalado aquí recibe más que todos nosotros juntos»* (M. Greu, casta, Walisoxodé). Los enfermos entrevistados desmienten sin embargo que su presencia sea mayor en la estación seca: *«Es la segunda vez que vengo a curarme a Bamako, y siempre está lleno. No es cuestión de estación seca o de lluvias, cuando estás enfermo eso no influye. Los enfermos vienen en todo momento, aquí puedes sentirte como en casa pues te encuentras con un montón de mujeres de tu barrio y de todo el poblado. Bueno por lo menos en casa de mi anfitrión, de Kúmpara Dramé. Sobre todo allí verás muchas enfermas...»* (Mme W. Dramé, noble, Walisoxodé). Los inmigrantes del área sanitaria instalados en París corroboran que la mayoría de los enfermos presentes en la capital son de sexo femenino: *«Los soninké somos así. Aunque veas hombres, niños, son sobre todo las mujeres quienes van a curarse a la*

capital. Sí, somos así, sobre todo si el marido está aquí en Francia la mujer va a hacer todo para ir a Bamako» (A. Tirera, noble, Horongalou).

Por su parte, los agentes sanitarios y personas recurso entrevistadas en Bamako, sostienen que el éxodo de enfermos a la capital no es propio únicamente del área sanitaria en estudio, sino de toda la etnia soninké. Asimismo confirman la existencia de una temporalidad: *«En nuestro servicio de ORL³⁰⁷ son sobre todo las mujeres jóvenes soninké cuyos maridos están en Francia las que vienen, a partir de los cuarenta, cuarenta y cinco años ya no les gusta viajar. Es así entre todos los soninké y no sólo en el caso de Dramané. Y a ellas las verás venir durante la estación seca pues hay menos trabajo agrícola. Y siempre están cansadas. En cambio los hombres cuando vienen es porque realmente necesitan de nuestros cuidados especializados y en ese caso no pueden elegir entre venir en la estación seca o la lluviosa» (Dr. Yalcouyé, ORL, HGT³⁰⁸).*

Durante nuestra observación participante en las concesiones de Mamadala Tirera y de Coronel Gaye, pudimos comprobar dicha presencia y perfil, corroborado por la muestra de enfermos entrevistados en Bamako (tabla XXIII). De los 34 enfermos entrevistados en la capital, 26 eran de sexo femenino (76.47%) y 8 de sexo masculino (23.53%). 18 de las mujeres (52.94%) estaban en edad de procrear (15-45).

Tabla XXIII: Perfil de los enfermos entrevistados en Bamako.

ENTREVISTADOS	EDAD			TOTAL
	Menos de 15 años	15-45 años	Más de 45 años	
HOMBRES	3	2	3	8
MUJERES	2	18	6	26
TOTAL	5	20	9	34

En lo que se refiere a su origen social, 7 de los hombres eran nobles (87.5%) y 1 de casta (12.5%). Entre las mujeres, 21 son de origen noble (80.77%). 4 de ellas son mujeres provenientes de castas (15.38%) y 1 de origen esclavo (3.84%). La totalidad de los 34 enfermos entrevistados tienen parientes en Francia (marido, hijo, padre, hermano o hermana), gracias a los cuales han podido desplazarse a Bamako para ser tratados de sus dolencias. En el caso de las 24 mujeres casadas o que lo han estado, 19 tienen su marido en Francia (79.17%), 4 son viudas (16.67%) y sólo 1 tiene su esposo viviendo aún en Dramané (4.16%). 16 de las 18 jóvenes enfermas (88.88%)

³⁰⁷ORL: Otorrinolaringología.

han venido a la capital en compañía de sus hijos menores de 6 años (28 niños acompañantes). El resto de los encuestados (personas mayores de ambos sexos, niños y adultos de sexo masculino) han venido acompañados de una persona adulta (16 adultos acompañantes).

Respecto a la supuesta temporalidad en la presencia de los enfermos en Bamako, los registros internos del área sanitaria apuntan hacia la existencia de un mayor salto de nivel durante la estación seca ya que el centro de salud es menos frecuentado durante esa época:

Tabla XXIV: Distribución de las consultas curativas realizadas en el CSCOM de Dramané (1999-2002).

AÑO	1999	2000	2001	2002
1 ^{er} TRIMESTRE	375	527	772	579
2 ^{er} TRIMESTRE	348	506	638	405
3 ^{er} TRIMESTRE	584	554	601	412
4 ^{er} TRIMESTRE	850	736	672	/
TOTAL	2.157	2.323	2.683	1.396

Fuente: Registros internos del centro de salud comunitaria de Dramané.

Nuestra investigación reafirma el perfil evocado por los diferentes entrevistados en el área sanitaria de Dramané, Kayes, Bamako y París. Se trata efectivamente de mujeres en edad de procrear de todo origen social cuyo marido o un pariente de primer grado ha inmigrado a Francia. Salvo ellas mismas, los demás actores sociales confirman que su presencia en la capital es mayor durante la estación seca que resulta ser la de menor trabajo agrícola en el poblado y al mismo tiempo en la que los cereales, base de su alimentación cotidiana son más caros.

En base a dichos elementos nos preguntamos: ¿Hasta qué punto el éxodo de los enfermos del área sanitaria de Dramané se corresponde o no con la necesidad de ser tratados de enfermedades que precisan de una atención sanitaria a las que las estructuras sanitarias de primer nivel (CSCOM-Centro de salud comunitario) y/o de segundo nivel (CSREF-Centro de salud de referencia y Hospital Regional de Kayes) no han podido dar satisfacción?. Según Mamadala Tirera:

«Los enfermos de nuestra zona que yo acojo en mi concesión, vienen sobre todo a causa del paludismo, diarreas, tos. Y cómo en Dramané y Kayes no hay nada para esas enfermedades pues se ven obligadas de venir hasta Bamako. También es

³⁰⁸ HGT: Hospital Gabriel Touré.

verdad que hay gente que viene a mi concesión por fracturas. Ahora mismo hay una mujer y un niño con una fractura. Al niño lo ha enviado su padre desde Abidján, imagínate. Eso es porque yo tengo un don que Allah me ha dado para las fracturas. Incluso los doctores del Hospital Point G y de Katí me envían casos de fracturas. También es verdad que por lo de las fracturas son sobre todo gente que no proviene de mi poblado. Los de Dramané y alrededores vienen por lo que te he dicho, y cómo no han podido ser curados ni en Dramané ni en Kayes, pues acaban en mi concesión».

El resto de anfitriones confirman su discurso añadiendo que muchas de las mujeres vienen por *«ya sabes, por sus problemas de mujeres. Las mujeres a menudo vienen que si les duele la tripa, que si no consiguen tener hijos... bueno tú eres mujer y me comprendes»* (M. Greu, casta, Walisoxodé). Por su parte, los enfermos entrevistados, hombres y mujeres, afirman haber venido a la capital ya que ni en el poblado ni en Kayes han encontrado satisfacción: *«Ni en el poblado ni en Kayes han podido curarme el palu (dismo). Es terrible lo desatendidos que estamos, no como nuestros parientes en Francia. Ellos sí que están bien atendidos»* (Mr M.S. Bathily, noble, Makhadougou). Las mujeres aseguran que los síntomas duran desde hace mucho tiempo, incluso años: *«Ya estaba harta. Hace unos diez años, un guisante se me metió en el ojo mientras cultivaba. Y desde entonces me duele, y como con lo que me dieron en Dramané no se me ha curado... aquí estoy»* (Mme G. Dramé, noble, Horongalou).

Los agentes sanitarios y personas recurso confirman igualmente el perfil epidemiológico de los enfermos pero desmienten su supuesta gravedad y el hecho de que sean enfermedades no tratables en el primer y segundo nivel de la pirámide sanitaria: *«Los soninké vienen por casos no graves, al contrario del resto de los enfermos, que son pobres y vienen por enfermedades graves y en estado final. Vienen por catarros, paludismo, diarreas, ya sabes dolencias menores, sobre todo las mujeres. Vienen por las mismas dolencias que constituyen el perfil tratado en el centro de salud del poblado, y a las que el centro de salud comunitario puede dar respuesta. Digamos que un 40% de los enfermos soninké son verdaderos enfermos el resto, especialmente las mujeres, vienen por otras razones. Además no sé si has visto, en Kayes, en el Hospital Regional ahora el servicio ORL está muy bien, hay también una médico cubana, así que raramente se justifica su venida hasta Bamako»* (Diarra, ORL, HGT). Y ello independientemente del servicio y de la estructura: *«La gente viene por*

casos de gravedad, salvo los soninké» (Dramé, Medicina Interna, HPG³⁰⁹). En las urgencias de la capital reciben hasta enfermas «imaginarias»: «Incluso encontramos comas imaginarios, las mujeres soninké padecen incluso de falsas enfermedades. Son capaces de todo con tal de venir a la capital» (Dr. Nouhoum, Urgencias, HGT). En el sector privado el perfil es idéntico predominando las enfermedades de tipo ginecológico: «Los soninké vienen por casos de palu, tos. Algunos hombres por la tensión, úlceras. Pero sobre todo es nuestro servicio de ginecología el que está abarrotado de mujeres soninké. Las mujeres de otras etnias no vienen, salvo las funcionarias» (Dr. Símpara, Medicina General, Clínica Farakó). Algunos agentes comparan, en su comportamiento frente a la enfermedad, los soninké a los intelectuales: «Los soninké son como los intelectuales, no dejan que una enfermedad se desarrolle. Rápidamente vienen a Bamako» (Dr. Sylla, Ginecología, Clínica Kabala).

Nuestra investigación en Bamako vino a ratificar el discurso de los agentes sanitarios poniendo en duda el de anfitriones y enfermos. La tabla XXV nos muestra que es necesario distinguir entre los adultos de sexo masculino y los de sexo femenino. Los primeros junto a los niños y las mujeres de más de cuarenta y cinco años sufren de enfermedades difícilmente tratables en el centro de salud comunitario o en las estructuras de segundo nivel de Kayes (cáncer, lepra, dolencia ocular grave).

Tabla XXV: Enfermedades de las que sufren los enfermos entrevistados en Bamako

ENFERMEDAD	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Cancer	1	0	1
Lepra	1	1	2
Ocular	3	3	6
Fractura	2	0	2
Dolor en extremidades	0	2	2
Hipertensión	1	1	2
Migrañas	0	3	3
Úlcera	0	1	1
Partos	0	1	1
“La enfermedad de mujeres”	0	11	11
Paludismo	0	3	3
TOTAL	8	26	34

En ocasiones la elección viene determinada por las capacidades como traditerapeuta y marabú de Mamadala Tirera. Sin embargo, las mujeres en edad fértil

³⁰⁹ HPG : Hospital Point G.

padecen enfermedades tratables en el primer nivel de la pirámide sanitaria (migrañas, paludismo, embarazo, etc.). 11 de las 26 mujeres enfermas (42.31%) dicen sufrir de la citada *«enfermedad de mujeres»*. Según todos los agentes sanitarios entrevistados ésta corresponde *«a trastornos menstruales, dificultad para tener hijos, posesión por un djin³¹⁰ y/o enfermedades imaginarias»* (Goumané, Reanimación, HGT).

De nuevo la investigación apunta a la existencia de otras razones más allá de las médicas para venir a tratarse a Bamako. Pero, ¿quién ha tomado la decisión de la necesidad de tener que ser tratados en la capital. Aunque la organización del sistema sanitario maliense prevé que la derivación hacia una estructura de tercer nivel debe ser decidida por un agente sanitario del segundo nivel de la pirámide sanitaria, y no por el propio enfermo o sus parientes, Mamadala Tirera nos muestra que la realidad es otra:

« ¿Que quien ha enviado el enfermo a Bamako? No, no es el médico. Es el propio enfermo o el pariente inmigrante que financia su estancia y tratamiento. Si es un hombre él mismo. Si es una mujer depende de quién detente la autoridad en la concesión en dónde reside y de la confianza existente entre el jefe de la familia en el poblado y el inmigrante que financia. Tradicionalmente debería ser el kagumé quien decide pero ahora es el que envía el dinero, su cadete, el inmigrante, quien decide».

El resto de anfitriones así como los enfermos corroboran esto: *«La derivación es raramente fruto de la iniciativa médica. Son los parientes en París quienes las envían hasta aquí para que se curen»* (B. Sacko, esclavo, Walisoxodé). Son los inmigrantes quienes refieren al enfermo aun cuando no siempre están seguros de su conveniencia: *«Cuando estás en el exterior no puedes saber si el médico del poblado es bueno o no. Si lo que te dice tu mujer sobre su enfermedad necesita ser tratado en Bamako. Primero consultas con el jefe de la familia, el kagumé. Y aunque no sea verdad que tu mujer necesite ir a Bamako para curarse, como no quieres tener historias con ella, pues que vaya»* (Mr Al. Dramé, noble, Horongalou). Sin embargo los actores sociales entrevistados en Dramané afirman que esto no siempre es así. Según nuestro anfitrión en el poblado, M. Yatabaré: *«Depende de quién detente en realidad la autoridad en la familia, en nuestro caso es el kagumé, aunque pague el inmigrante».*

³¹⁰ Los djins son espíritus del agua capaces de provocar enfermedades (Gibbal 1982:113).

Los agentes sanitarios entrevistados en Bamako consideran de nuevo que dicha situación es propia no sólo del área sanitaria de Dramané sino de los soninké con parientes inmigrantes en general: *«Los soninké bueno, si comienzan un tratamiento y ven que no va como ellos piensan y que no le liberas pronto, él mismo toma la iniciativa de venir a Bamako. Ciertamente es que a veces pasan primero por centros de salud privados creados por los inmigrantes. Hay muchos que vienen a Bamako sin el papel de la derivación (...) Son los soninké que tienen parientes en Francia para poder pagar su viaje, y parientes en Bamako donde alojarse, son ellos los que vienen»* (Diarra, ORL, HGT). Asimismo señalan que el inmigrante toma muchas veces la decisión de modo obligado pues un «no» puede causarles un conflicto comunitario e incluso la expulsión de la comunidad: *«Si un inmigrante se niega a llevar a su mujer a Bamako, la presión social va a acabar con él, se la acusará de no ocuparse de su mujer y de su familia, es su fin»* (Dr. Diallo, Medicina Interna, HPG).

Sólo 3 de los 34 enfermos entrevistados (8.82%) dicen haber sido referidos a una estructura de Bamako por un agente sanitario, y concretamente por la médica-jefe de Dramané. Se trata de un niño, un hombre adulto y una anciana. En el resto de casos los enfermos han venido a Bamako a iniciativa del pariente en inmigración que se responsabiliza del tratamiento (1 hombre adulto, 22 mujeres y 4 niños) o a iniciativa propia (3 ancianos y 1 anciana). 25 de los enfermos (73.53%) ha recurrido previamente al centro de salud de Dramané. Es decir, las decisiones en torno al itinerario terapéutico son tomadas en la red social próxima del enfermo. Asimismo se vislumbra la existencia de un conflicto de autoridad entre los jefes de cada concesión que son quienes tradicionalmente toman las decisiones relativas a los procesos de salud/enfermedad/atención de sus miembros dependientes, y los inmigrantes que al ser quienes financian los gastos del enfermo reclaman la responsabilidad en dicha toma de decisiones. Se trata como vemos de un nuevo terreno de lucha por la hegemonía familiar entre ancianos y cadetes derivado del cambio social producido por la inmigración.

Mamadala Tirera nos informa asimismo de los lugares de tratamiento habituales y de cómo dichas estructuras son elegidas:

« Los enfermos cuando llegan, muchos vienen donde mí y me preguntan dónde pueden ir. Otros van directamente al hospital o a la clínica que les ha dicho su marido. Si vienen donde mí, si la enfermedad no es muy grave, les llevo al centro de salud

comunitario de mi barrio, de Sabalibougou. Si es más grave pues vamos al centro de referencia de Quartier Malí del que nosotros dependemos. Y ya si es muy, muy grave, pues al Hospital Gabriel Touré o arriba, al Point G. Ahora bien cuando vas al hospital algunos médicos dicen que no tienen tiempo, que mejor que vayas a su clínica privada. Y eso es un robo, pura corrupción. Mira el caso de mi hermano. Vino de Dramané para hacerse tratar en el Hospital y el médico le ha enviado a Magnambougou a su clínica privada y eso nos ha costado 625.000 fcfa. Primero hemos adelantado 250.000 fcfa³¹¹, y cómo no ha funcionado hemos añadido el resto pero al final no se ha curado y hemos vuelto a la pública. Los privados no hacen más que aprovecharse de los enfermos. De que ven a un soninké, ven dinero».

Todos los anfitriones afirman acudir siempre a las mismas formaciones sanitarias, públicas o privadas, que eligen en función de la gravedad de la enfermedad o de la demanda del enfermo que normalmente es orientado por su pariente en inmigración. Se trata de estructuras situadas a proximidad de la concesión del anfitrión: «Muchos llegan aquí diciéndote ya dónde quieren ir, es el inmigrante quien decide pues es el que paga el tratamiento. Si no, si me preguntan, yo siempre les llevo aquí en el barrio, a la clínica de un amigo médico» (M. Greu, casta, Walisoxodé). Los enfermos confirman el discurso de sus anfitriones matizándolo pues según ellos la elección del recurso también varía en función de la dolencia ya que ciertas clínicas tendrían mayor reputación respecto a ciertas enfermedades: «La policlínica Helal, la de los iranés, todo el mundo sabe hasta en Dramané, en todo Kayes, que ellos son muy buenos para los pies» (Mme J. Kanouté, noble, Horongalou). El único ámbito en el que cuenta con mayor reputación el sector público biomédico es el oftalmológico: «El IOTA³¹², ellos sí que pueden curarte mejor que cualquier clínica, sino...» (S. Tirera, noble, Horongalou). Tantos los anfitriones como los enfermos se consideran satisfechos con los cuidados recibidos en la capital.

Los agentes sanitarios ratifican que el anfitrión dirige al enfermo a uno u otro recurso terapéutico en función de su lugar de residencia. El hecho de hablar soninké juega un rol importante: «En mi clínica hablamos soninké y ello facilita la relación con las enfermas que a menudo vienen acompañadas de su casero y tienen vergüenza de hablar delante de ellos, ya que se trata de hombres. Así que muchas veces el anfitrión les lleva a una clínica donde cómo aquí les hablamos en soninké» (Dr. Dramé,

³¹¹ Equivalentes a 952,74 y 381,09 euros respectivamente.

Ginecología, Clínica La Paix). En caso de ser el inmigrante quien ha optado por una clínica, éste incluso llama directamente al agente sanitario privado para prevenirle de la llegada de su pariente enfermo: *«Hay parisinos que te llaman para decir que su mujer va a pasar por aquí, que si... ya sabes que les des un trato de favor. Y el cliente cómo paga es rey»* (Dr. Dabo, Medicina General, Clínica Le Relais). Aquellos agentes sanitarios que trabajando en el sector público tienen al mismo tiempo una consulta privada niegan las acusaciones de Mamadala Tirera: *«Si yo les mando a mi consulta es porque considero que allí cuento con más tiempo y medios que aquí en el hospital. No lo hago por obtener un beneficio, no»* (Dr. Diallo, Medicina Interna, HPG).

El recurso a un terapeuta de la tradición africano-animista (*jaaranda*) o a uno de la árabe-musulmana (*marabú*) aparece como última elección y siempre tras el fracaso de la biomedicina: *«Tras haber sido tratada dos veces en la Clínica de Djikoroni, no me he curado y he ido al traditerapeuta, ya sabes el que hay en la carretera de Koulikoro. He pagado 50.000 fcfa³¹³ una sola vez y ya está. Ahora espero que con las hierbas que me ha dado me cure»* (Mme W. Dramé, noble, Walisoxodé). Una sóla enferma evoca el recurso a la medicina tradicional por motivos económicos: *«El tratamiento al Hospital Gabriel Touré es muy caro, así que he ido a lo tradicional»* (Mme F. Dramé, noble, Horongalou).

La tabla XXVI nos muestra que los enfermos son dirigidos por sus anfitriones preferentemente al sector privado biomédico (58.88%), y en especial los de sexo femenino (69.23%).

Tabla XXVI: Derivación de los enfermos entrevistados

EDAD Y SEXO DEL ENFERMO		SECTOR PUBLICO				SECTOR PRIVADO
		CSCOM	CSREF	HGT	HPG	
15 AÑOS Y MENOS	HOMBRE	1	1	1	0	0
	MUJER	0	0	0	0	2
DE 16 A 45 AÑOS	HOMBRE	0	2	0	0	0
	MUJER	0	2	3	1	12
MAS DE 45 AÑOS	HOMBRE	0	0	2	0	1
	MUJER	0	0	1	0	4

³¹² Recordemos que el IOTA-Instituto Oftalmológico del África Occidental sirve de referencia quirúrgica y académica para toda la Subregión.

³¹³ Equivalentes a 76,22 euros.

Las estructuras de primer nivel de Bamako son las menos utilizadas (2.94%). El Hospital Nacional Gabriel Touré es sin embargo el principal recurso (20.6%) tras las clínicas privadas (55.88%). La documentación consultada en sendos hospitales públicos parece corroborar lo anterior. Aunque los informes ministeriales no identifican a los usuarios en función de la etnia ni de la región de procedencia, en los informes del Hospital Point G se expone que en el año 2001 los servicios que han obtenido más del 100% de los ingresos previstos son los de urgencias (161%), enfermedades contagiosas (106%), imaginería médica y radiología (102%) y nefrología. Justamente los más demandados por los clientes soninké.

La decisión de venir hasta la capital ha sido principalmente tomada por los parientes inmigrantes, pero la elección del recurso terapéutico a utilizar en la capital es delegada en su mayoría a los anfitriones del enfermo. En esta ocasión, anfitriones e inmigrantes, se sitúan en el seno de relaciones de cooperación. Los anfitriones de Bamako eligen principalmente estructuras biomédicas situadas en su entorno social, existiendo toda una red de relaciones sociales tejida entre éstos y los agentes sanitarios desde hace años, con lo cual aumenta su capital social y con ello su prestigio. La biomedicina aparece así en una situación clara de hegemonía facilitada por los recursos inyectados por la inmigración, y en ello juega un rol clave la tecnología médica. Ahora bien, es el sector privado biomédico el que ocupa un lugar hegemónico potenciado por la creencia de que «lo caro es mejor». Esta preferencia por el sector privado en el contexto africano ya ha sido señalada por autores como Fassin (1992:55) quien comenta que en la capital senegalesa los dispensarios privados llegan a tener hasta tres veces más de enfermos que el sector público.

La preferencia del soninké por lo oneroso, facilitada por los recursos adquiridos en el extranjero, es conocida por toda la sociedad maliense hasta tal punto que se identifica *«soninké: caro: posible fuente de dinero»*. De esto sacan beneficio los diferentes actores implicados en su éxodo, incluidos los terapeutas e incluso los agentes de la red ferroviaria maliense como bien nos comentaba nuestro responsable en el INRSP, el Dr. Kanté, él mismo soninké: *«El soninké que va a Bamako, o el inmigrante que viene de París y coge el tren para Kayes, llega a la estación, y si no ha reservado, en vez de pagar los 10.000 fca que cuesta, y por no cansarse haciendo cola, pues siempre hay algún agente que le llama y le propone que si paga 50.000³¹⁴ fca no tiene que esperar, y que además tendrá la mejor plaza. La población les conoce, y ellos alardean, así que todo el mundo se aprovecha»*.

Por otro lado, a pesar de tratarse de una sociedad con una fuerte presencia de especialistas de la salud (curanderos y marabúes), el recurso a estos tipos de sistemas médicos (medicina popular y medicina tradicional) es subalterno conformando el Modelo Médico Alternativo Subordinado. Únicamente el rol jugado por Mamadala Tirera como curandero parece ocupar una posición hegemónica respecto a las afecciones traumatológicas. Esto se derivaría no sólo de la eficacia real de sus intervenciones terapéuticas que, cómo hemos señalado, es reconocido incluso por el sector biomédico sino que está relacionado igualmente con el hecho de pertenecer a un clan noble, los Tirera, cuyos miembros se han dedicado tradicionalmente al conocimiento de la fitoterapia y a la caza, dominios ambos que legitiman su práctica pues como señala Fassin (1992:219) para el caso senegalés: *«El saber terapéutico de los curanderos proviene de las plantas y la caza»*. A ello se une el prestigio adquirido por el hecho de haber viajado durante años por Francia y por diferentes países africanos, viajes que confieren poderes y actúan como rituales de iniciación terapéutica, hecho ya señalado en el seno de la sociedad maliense por Barges (1996:303): *«Un verdadero terapeuta tiene que haber viajado»*. Además su autoridad no se reduce al dominio de la enfermedad sino que *«toca a todos los ámbitos»* (Fassin 1992:323): el político, el religioso, el económico y el social. Es el jefe del poblado de Dramané en Kayes, actúa de imam teniendo lugar la oración del viernes, la más importante para un musulmán, en el porche de su casa. Los inmigrantes le confían su dinero, y en su concesión se desarrollan las principales reuniones y actos del poblado: bodas, bautizos o funerales se preparan en su casa. Mamadala Tirera envía siempre los enfermos que no sufren de dolencias traumatológicas al sistema biomédico.

Por su parte, las mujeres, principales protagonistas del éxodo terapéutico, dicen sufrir en su mayoría de una enfermedad denominada culturalmente *«la enfermedad de mujeres»*, curiosamente relacionada con la salud sexual y reproductiva, ámbitos a los que a menudo se las quiere delegar en el seno de una sociedad en la mujer adquiere prestigio *«por el hecho de tener hijos»* (Fainzang y Journet 1988:10). Si bien de ella nace la voluntad de venir a la capital, la decisión es tomada por el adulto masculino del que dependa, ocurriendo igualmente a la hora de decidir el recurso a emplear en Bamako. Esto contradice lo señalado por Menéndez (1992:7), de que *«la investigación socioantropológica vuelve a constatar que es la mujer y básicamente la que desempeña el rol de esposa/madre la (...) que toma parte en las decisiones o directamente decide, de la continuidad del tratamiento. Esto*

³¹⁴ Equivalentes a 15,24 y 76,22 euros respectivamente.

aparece además como una pauta universal». Esta sería otra de las expresiones de su situación de subalternidad en el seno de la sociedad soninké.

7.2. La hospitalidad de sus anfitriones

Ahora bien, dichos enfermos precisan para poder ser tratados en la capital de un lugar de residencia, salvo que estén hospitalizados. De esta manera, los enfermos son acogidos en Bamako por un anfitrión (*djiatigi*) que les aloja durante toda su a menudo larga estancia en la capital. Pero ¿quiénes son dichos anfitriones?. ¿Cuáles son las razones de su elección? ¿En qué se traduce la costumbre soninké del primer anfitrión (*djiatigi*)? ¿Qué posibilidades tiene un enfermo de ser acogido en otra casa? Mamadala Tirera, nos presenta dicha figura, de la que él mismo es un claro ejemplo:

«Llegué a Bamako en 1949, el 28 de noviembre de 1949. Entonces tenía sólo veintitrés años. En aquella época no había nadie de Dramané instalado en Bamako, todavía me acuerdo. Si alguien iba para Francia o estaba enfermo iba a Dakar y allí era acogido por mi padre. Luego vinieron otros, hoy en día somos nueve los inmigrantes de Dramané instalados en Bamako. Bueno instalados o que tenemos casa en Bamako. Algunos cómo mi hermano viven permanentemente en París, y yo me ocupo de gestionar su casa. Pero yo soy el primer anfitrión. A través mío pasan todos los asuntos del poblado. Antes de marchar de Dramané fui doce años a la escuela coránica, donde Simbaye Dramé y mi padre me enseñaron los secretos para sanar ciertas enfermedades. Luego vine a Bamako. Llegué al barrio de Niarela a casa de uno que se apellida Sacko y pagaba 805 céntimos de alquiler. Luego estuve hasta 1951 en Bobo³¹⁵ trabajando como tejedor. Tras ello volví para casarme a Dramané y al regresar a Bamako decidí hacer el comercio de la kola³¹⁶ con la Costa de Marfil. Con los beneficios me fui a Sierra Leona a comerciar con diamantes. De vuelta, en 1953, nos marchamos de Niarela y nos instalamos en el barrio de Medina Koura. Yo soy el único de los anfitriones de Dramané que ha ido cambiando de concesión, el resto siguen en la primera que construyeron o alquilaron. Es cierto que no soy instruido pero “he hecho la Francia”³¹⁷, fui uno de los primeros, adonde marché en 1957. También he estado en el Congo, en Centroáfrica... En Bamako, me he dedicado a la agricultura y a

³¹⁵ Se refiere a la ciudad de Bobo-Dioulasso situada en Burkina Faso.

³¹⁶ Grano del árbol del Kolatier (familia de las esterculiaceae), originario del África Tropical. Sus virtudes terapéuticas como estimulante físico, sexual e intelectual son conocidas desde la antigüedad.

³¹⁷ Expresión que significa haber sido inmigrante en Francia.

la venta de mantas. Tengo un campo a unos 8 kilómetros de aquí, de está concesión a dónde me trasladé el 9 de agosto de 1976, la noche del viernes del catorceavo día de la cuaresma. Primero compré el terreno y luego construí, pagué veinte kolas y 100 fcfa pero como estaba muy contento le di al jefe del barrio 15.000 fcfa³¹⁸. En el 81 volví a París para comerciar un poco y ganar dinero para mantener esta concesión pues mis hijos eran aún muy jóvenes. En el 83 volví a Bamako. Hice un nuevo viaje a Francia y el 5 de marzo de 1987 me instalé definitivamente aquí donde me ves. Tuve que quedarme pues tenía que acoger a la gente, he sabido que mi sitio era éste, Allah ha querido que sea así. Además Dramané me eligió su jefe aquí así que ya no me pude marchar. Todo lo que tú me digas soy yo quien lo va a transmitir a Dramané y a París. Yo soy el primer anfitrión, el primero a instalarse en Bamako, luego vino Oumar Dramé pero su casa de Faguilá ha sido destruida al construir la carretera, ello supone que todos los enfermos o aquellos que esperan la ruta para emigrar se quedan en mi casa. También los que han venido a Bamako para tratar asuntos privados o que vienen de París y van hacia el poblado. Todos, bueno, algunos se quedan en otras casas pero están obligados a ponerme al corriente y soy yo quien les da la autorización. Y las mujeres siempre van a donde les diga su marido, al anfitrión de su marido. Ya te digo, hasta 250 enfermos puedes encontrar en esta casa en algunos momentos. Vienen de Dramané, de Makhana, de Sobokou, Tafasirga, incluso de Senegal vienen a alojarse en mi casa desde los años setenta ya que en esa época yo era el único de la zona instalado en Bamako (...) y no olvides que los Dramé y los Bathily estamos juntos desde siglos. Es Allah quien hace que la gente me siga así».

Todos los anfitriones de Bamako reconocen a Mamadala Tirera como primer anfitrión para todo el Gadiaga: «En casa de Tirera está todo el mundo pues fue él el primero en instalarse en Bamako, y eso para todo el Gadiaga. Además es él nuestro jefe en Bamako» (B. Sacko, esclavo, Walisoxodé). Asimismo afirman que los enfermos no pueden residir en casa de otro anfitrión sin haber advertido previamente a nuestro informante, y ello independientemente del origen social: «Yo acojo en casa gente de todo el Gadiaga (...) Nobles, de casta, de todo. Primero han pedido autorización a Mamadala y luego yo he tenido que acogerles. Hay que ir primero donde Mamadala, sino al marchar vas a tener que disculparte. Las mujeres residen en casa del anfitrión de su marido» (M. Greu, casta, Walisoxodé). Los enfermos señalan a Mamadala como primer anfitrión y el hecho de que ellas van a casa del anfitrión de su marido: «Maliki

³¹⁸ Equivalentes a 0,15 y 22,86 euros respectivamente.

es mi pariente más cercano. Pero si me quedo aquí es sobre todo porque es el anfitrión de mi marido» (Mme N. Greu, casta, Walisoxodé). Todos los actores sociales, incluidos los sanitarios confirman la obligación de residir dónde el primer anfitrión salvo que éste autorice el residir en casa de otro: *«Hay que ir donde tu pariente más próximo pero primero has de respetar al que ha sido tu primer anfitrión. Si quieres ir donde otro tienes que ir a pedirle permiso»* (Diarra, ORL, HGT).

Mamadala justifica la obligación de acoger a los enfermos del modo siguiente:

«Sí, es Allah quien hace que la gente me siga de este modo. Además estás obligado, nuestros antepasados lo han hecho, nosotros tenemos que hacerlo, nuestros hijos lo harán. Nadie puede negarse a acoger. Como te niegues, una maldición caerá sobre ti, Allah te castigará. Además los Dramé de Dramané son fuertes en el marabutaje y no te puedes negar a acogerlos. Acoger forma parte de nuestra cultura. Hasta el nombre “marká”³¹⁹ en bámbara quiere decir el que acoge la gente. Todo el mundo va donde los “marká”. No es uno mismo quien toma la responsabilidad es Allah quien te ha dado esa misión. Allá donde vayas el primero en haber llegado es un “marká”. Los que llegan después, hasta que conocen la ciudad se quedan donde los “marká”, incluso en Francia. Los otros no vuelven pero los soninké permanecemos siempre juntos y volvemos siempre donde el primer anfitrión».

El resto de anfitriones está de acuerdo: *«Estás obligado, cuando llegas a un sitio, si alguien viene tienes que acogerlo. Allah lo quiere así, nuestra sociedad lo quiere así»* (S. Tounkara, casta, Walisoxodé). Este comportamiento aprendido desde la infancia *«y del que nadie debe recordarte su obligación pues ya nuestro padre acogía, por lo que desde pequeño sabes que es bueno»* (D. Dramé, noble, Walisoxodé), se extiende más allá del parentesco, estando obligados los anfitriones a acoger a todo el poblado: *«Es un deber moral. Para poder venir a la ciudad tienes que conocer a alguien. Incluso si no eres de la misma familia, basta que seas del mismo poblado para que te veas obligado de acogerle»* (M. Greu, esclavo, Walisoxodé). Asimismo está en relación con el concepto de *Kabila*³²⁰: *«Somos de la misma familia, Greu, Yatera, Tounkara. Si alguien confía en tí en el poblado, tienes que mostrarles*

³¹⁹ Nombre con el que la etnia malinké denomina a los soninké (Fainzang y Journet 1988:16).

³²⁰ Entidad propia de la sociedad soninké constituida por un linaje fundador de un poblado al cual se asocian una serie de linajes relacionados en base a una serie de derechos y deberes específicos.

que todos somos iguales. Los Tounkara son acogidos en nuestra casa Greu porque en ella acogemos desde 1997 cuando la acabé de construir y hemos venido a instalarnos. Antes íbamos a casa de Maliki Greu. Si en el poblado un kagumé va a poner el techo del tejado a su casa, todos los jóvenes de la kabila son convocados. Las mujeres vendrán para cocinar. Allí y aquí todos debemos ayudarnos» (S. Tounkara, casta, Walisoxodé). Los enfermos justifican el derecho a ser acogidos sobre la base de las obligaciones sociales derivadas del parentesco: *«Somos parientes, no pensamos en el dinero, somos parientes, es una obligación que nos acojan»* (Mme J. Kanouté, noble, Horongalou).

Los agentes sanitarios soninké entrevistados aseveran la existencia de dicha costumbre entre los soninké. *«No es cosa de Dramané, es cosa de los soninké. Cuando un enfermo viene es porque hay una red social detrás. Si coges un poblado soninké de Kayes, siempre tienen su representante en Bamako, alguien que ha hecho Francia. Que ha hecho algo de dinero y se ha instalado en Bamako para el comercio. Es una gran familia y puede recibir la gente del poblado. Con ellos es mucho más fácil»* (Dramé, Medicina Interna, HPG). Negar la acogida es inconcebible en esta sociedad: *«Son nuestros parientes, no te puedes negar, sino van a volver al poblado diciendo que eres un ingrato, un malvado, y eso va a estropear toda tu imagen, aunque seas un médico reputado como yo. Además puedes ser castigado»* (Dr. Cissoko, Psiquiatría, HPG). Obligación que de nuevo va más allá del parentesco: *«Basta con que alguien sea soninké como tú, ni siquiera del mismo poblado para que tengas que acogerle. Si no tienen a nadie en Bamako estás obligado. Pero bueno estamos acostumbrados acoger es cultural»* (Dramé, Medicina Interna, HPG). Las personas recurso lo atestan: *«Acoger es cultural, es la solidaridad. Si desde pequeña cuando tienes un caramelo tu madre te lo quita diciéndote que lo tienes que compartir con los otros, con el niño que acaba de llegar... Si has nacido así no puedes actuar de otra manera. Además se trata de parientes. Bueno parientes es muy amplio pues cómo nos casamos entre nosotros»* (Mme A. Dramé, Técnica de laboratorio, INRSP). Ahora bien, algunos agentes sanitarios señalan cómo los hábitos ciudadanos de ciertas zonas de Kayes frenan la acogida: *«En Nioro, es diferente. No vienes así de repente en la familia. La razón está en que Nioro es una gran ciudad soninké pero con hábitos más ciudadanos»* (Dr. Nouhoum, Urgencias, HGT).

Los diferentes actores sociales confirman asimismo cómo el rol del primer anfitrión no se limita a acoger sino que Mamadala actúa efectivamente *«cómo intermediario entre nosotros, los inmigrantes de París y la gente del poblado»* (K.

Dramé, noble, Walisoxodé). Asimismo los agentes sanitarios reconocen sus capacidades como traditerapeuta: *«Incluso los médicos de nuestro Hospital, del Point G, y de Kati le envían los enfermos en caso de fractura»* (Goumané, Reanimación, HGT). Otro de los anfitriones, B. Sacko, esclavo de origen, ejerce un rol especializado en la acogida no sólo de enfermos, sino de todos las personas originarios del área sanitaria muertos en exilio: *«Soy el único en Bamako a ejercer un rol social de este tipo...y lo hago por amor, me gusta hacerlo. Voy al aeropuerto a buscar el cadáver, me desplazo con los muertos hasta el poblado. Son los inmigrantes quienes se encargan de los gastos. Y Allah me lo premiará un día»* (B. Sacko, esclavo, Walisoxodé).

La función de primer anfitrión es muy valorada por la población del área sanitaria en estudio. Mamadala Tirera cuenta cómo fue celebrado con grandes honores su paso por Dramané en el verano del 2003:

« Acabo de llegar de ver a mi hermano que está muy enfermo en Dramané. Y ha sido impresionante. Desde mi llegada ha sido impresionante, la gente ha matado muchos toros. Todos los poblados del Gadiaga han pasado, no podía ni salir de casa. La gente venía a agradecerme el acogerles en casa, el haberles curado, gente de todo Gadiaga. Impresionante».

En cuanto al perfil de los anfitriones instalados en Bamako, se trata de un total de 9 anfitriones de sexo masculino (100%), todos ellos originarios de Dramané (100%). De los 9 anfitriones, 6 son origen noble (66,66%), 2 de casta (22,22%) y 1 (11,11%) de origen esclavo. Todos ellos tienen más de 50 años. Como bien señalara Mamadala Tirera, la mayoría de los anfitriones, un total de 6, residen en Francia (66,6%), delegando la gestión de la casa a alguno de sus hijos o a Mamadala. 2 de los 3 anfitriones (22,22%) residentes permanentes en Bamako, han emigrado a dicho país y a otros países africanos (Burkina Faso, Senegal, Costa de Marfil, Sierra Leona y/o República Centroafricana) previamente a su instalación en Bamako. El único residente permanente sin haber emigrado (M. Greu) resulta ser también el único intelectual entre los anfitriones (ingeniero de telecomunicaciones) así como de todo el poblado de Dramané. 5 de los anfitriones (55.55%) son originarios del barrio de Horongalou, 4 de Walisoxodé (44.45%). No existe ningún anfitrión originario de los tres Makhana. El primero en llegar a Bamako fue efectivamente Mamadala Tirera en 1949. Tras él llegó Maliki Greu en 1962. Hasta 1987 no llegará Bouley Sacko. El resto de anfitriones se

han instalado en la capital a partir de 1993. 8 de las 9 concesiones (88.88%) se hayan situadas en la orilla izquierda del Níger, 4 de ellas en el mismo barrio que Mamadala Tirera: Sabalibougou (foto 14). De los 34 enfermos, 8 (23.53%) residen en casa de su primer anfitrión, es decir de Mamadala Tirera. El resto ha pedido permiso a Mamadala para ir a otra concesión, cuyo anfitrión resulta ser en todos los casos un pariente directo.

Nuestra investigación viene así a corroborar la actualización, a nivel de Bamako y en relación con los procesos de salud/enfermedad/atención, de la costumbre soninké del primer anfitrión o *djatigi* ya señalada en el capítulo de marco etnosociocultural. Dicha implicación solidaria parece adquirir un carácter internacional, evolucionar según los contexto socioeconómicos y ser propia de ciertos segmentos de linaje. Así en la primera etapa del fenómeno migratorio soninké hacia Francia (antes de 1974), Dakar era el punto de partida hacia Europa ya que el viaje se realizaba por vía marítima y por lo tanto era en esta ciudad en donde se encontraban la mayoría de anfitriones de los jóvenes en espera de un barco hacia la metrópoli. Dakar albergaba igualmente una red sanitaria pionera en el África Occidental frente al carácter incipiente de la existente en Malí ya analizado en el capítulo de marco etnosociosanitario. De ahí que los enfermos malienses capaces de asumir los gastos de traslado y estancia, como era el caso de los soninké con parientes en inmigración o grandes comerciantes, se trasladaban a la capital senegalesa para recibir atención sanitaria adecuada. El principal anfitrión en dicha ciudad era el padre de Mamadala Tirera que había ejercido como cocinero en los barcos de la armada francesa antes de la independencia. Años más tarde su hijo Mamadala heredaría la función de su progenitor pero esta vez en el nuevo punto neurálgico de la inmigración soninké: Bamako, punto lugar de obtención de los visados para Francia y sede de los principales establecimientos hospitalarios del país.

La solidaridad de los anfitriones con los enfermos nos muestra como una de las principales expresiones del don en el seno de la sociedad soninké es la hospitalidad. Ésta, de carácter obligatorio, se enraíza en la ideología religiosa soninké, y muestra la inserción de los donantes y de los receptores, enfermos o no, en un ciclo vital del cual entran a formar parte las generaciones anteriores y futuras en la línea de lo expuesto por Karsenti (1994:41) quien comenta que: *«La manera en la que un individuo está obligado en el régimen del don no corresponde a la obediencia de una regla, o a una pluralidad de reglas fijadas de antemano, sino al hecho de que entra en un ciclo –al modo del que entramos en una danza- toma lugar en él y se encuentra llevado por la*

dinámica que le anima. Que en el caso del parentesco se traduce en el ciclo de la vida con la sucesión de generaciones de un modo libre y obligatorio». En nuestro caso, el don de la hospitalidad no se reduce al parentesco sino a todo extranjero de paso, reproduciéndose independientemente del contexto. Así Bredeloup (1994) señala en su estudio de los diamanteros soninké senegaleses instalados en Brazzaville como, «fieles a la tradición musulmana acogen a sus hermanos recién llegados (...) Les ponen en contacto con los pasantes de diamantes, les obtienen salvoconductos e incluso les ayudan financieramente en caso de querer continuar su viaje (...) En Brazzaville, entre los soninké de Malí, es Mamadou Sacko quien les alberga (...) otro tomará el relevo».

Los inmigrantes del área sanitaria de Dramané invierten a su vez una parte de los beneficios obtenidos en inmigración en la construcción de concesiones en la capital que servirán a su vez para alojar a sus parientes (foto 15). El sistema encuentra así su modo de reproducción. Este hecho ya ha sido señalado por autores como Fassin (1992:48) que comenta la existencia de casas o pisos construidos en el barrio Pikine de Dakar por los inmigrantes soninké residentes en París que son alquiladas a familias recién llegadas a la capital senegalesa. Blion y Verriere (1998:7) llegan a la conclusión de que esta práctica afecta «al 8% de los inmigrantes malienses y senegaleses ».

7.3. Las condiciones de la acogida

Pero, ¿cuáles son las condiciones de vida de dichos enfermos en Bamako?, ¿Por qué llegan en algún caso a justificar el salto de nivel en la pirámide sanitaria sobre la base de dichas condiciones? Mamadala Tirera comenta:

«Los nueve anfitriones de Dramané acogemos enfermos. Y eso que no es nada fácil. Te he dicho que llego a acoger hasta doscientos cincuenta enfermos en mi concesión y no te exagero. Y ya ves tú que mi concesión no es enorme. La casa es de adobe, fue construida en 1976 y no tenemos ni agua ni electricidad. Llegamos a esta casa el nueve de agosto de 1976, todavía me acuerdo. Tengo únicamente quince habitaciones y en ellas acojo a mi familia, los enfermos y todo el resto. No puedo ni contar la gente, hasta los jóvenes no quieren volver al poblado porque allí hay que trabajar. Eso a veces suma unas 300 personas. Ya en mi familia somos unos treinta: mis tres esposas y dieciocho de mis veintidós hijos pues los otros cuatro viven en París. Por eso es imposible que en las habitaciones sólo haya enfermos. En total he

dejado seis habitaciones para los extranjeros incluidos los enfermos, así que la gente se ve obligada a dormir en el patio, en el trastero y en el porche donde te recibo. Ya sé, sería mejor para la salud de tener habitaciones sólo para los que vienen a curarse pero yo no puedo ofrecerles otra cosa. El reparto la hacemos por sexos (...) También sería necesario preparar aparte para alguno de los enfermos, pero mi mujer como comprenderás tampoco puede ponerse a hacer comidas especiales ni nada de eso pues tiene que dar de comer a veces a más de 200 personas. Preparamos cuatro grandes platos comunes. Y además los jóvenes que viven donde Idrissa, ya sabes mi hermano, el que alquila las habitaciones, vienen a comer aquí, a pasar el día, a orar. Y muchas de las mujeres que viven aquí, como están enfermas no ayudan. Sólo ayudan las que son parientes directos, ya sabes las que tienen el mismo abuelo o abuela que alguna de mis mujeres o que yo, si no ni siquiera se levantan a barrer el patio, esas sí que están de vacaciones (...) En otras concesiones no es así pues tienen menos gente. Pero yo soy el primer anfitrión y todo el mundo viene donde mí».

Tanto el resto de anfitriones cómo los enfermos entrevistados refuerzan lo expuesto por nuestro informante: *«En casa de Mamadala, llegas y te meten donde hay un sitio libre. Con tanta gente no se puede andar dando satisfacción a los enfermos. Sin embargo, yo por ejemplo acojo menos enfermos y muchas veces puede ponerles con sus acompañantes en una habitación para ellos solos»* (D. Dramé, noble, Horongalou). Los enfermos se alojan además con sus acompañantes.

Los agentes sanitarios soninké entrevistados llegan a señalar la presencia en su propia concesión de *«más de cuarenta enfermos»* (Dr. Cissé, Pediatría, HGT). Respecto a las comidas, el plato se comparte con las personas sanas salvo si el enfermo no puede desplazarse: *«Nada de nada, todos en el mismo plato³²¹, si no es imposible. Si puedes andar, comes en el plato común. Bueno si hay algún enfermo que no puede desplazarse si que se le lleva un plato especial para él»* (K. Dramé, noble, Walisoxodé). En una de las concesiones, la de I. Tirera, hermano de Mamadala, el enfermo paga un alquiler al propietario y cada arrendatario prepara su comida: *«Aunque estoy enferma tengo que preparar para mí y mis hijos»* (Mme C. Dramé, noble, Horongalou). En ningún caso los hombres cocinan.

Los agentes sanitarios y las personas-recurso corroboran la inexistencia de disposiciones particulares para los enfermos y ello les inquieta: *«Si hay veinte, treinta*

³²¹ Hace referencia a la costumbre de comer en una misma fuente. Eso sí, hombres y mujeres comen separadamente.

enfermos en tu concesión, imagínate si uno tiene la tuberculosis. Además ¿cómo hacer para respetar una dieta? » (Diarra, ORL, HGT). Esto es reconocido incluso en el poblado. Según nuestro informante privilegiado en Dramané, EHA. Dramé: «Ah, a casa de Mamadala, todas las enfermas van, es el primer propietario, pero allí viven hacinadas y caen enfermas. Incluso la enfermedad esa que hay en el mundo actual³²², ya sabes... ». A pesar de ello, todos los actores sociales entrevistados en Bamako consideran que las condiciones de vida en la capital, incluido el alojamiento, son mejores que en el poblado e incluso algunas mujeres lo citan como razón del salto de nivel: «Claro que las condiciones aquí son mejores que en Dramané, es ésa la razón por la cual yo me he venido hasta aquí. Ni en Dramané, ni en Kayes puedes reposarte. Y si no tienes un buen lugar donde reposarte no puedes curarte» (Mme M. Cámara, noble, Horongalou). Uno sólo de los 34 enfermos entrevistados critica las condiciones de vida en la capital, justamente la que vive en alquiler: «Aquí derrochas mucho dinero, no haces más que gastar y no haces nada durante el día. He venido hasta aquí y ni siquiera logro engordar» (Mme N. Dramé, noble, Horongalou). Sin embargo todos los enfermos dicen que si tuvieran que elegir entre el poblado y Bamako, optarían por residir en el poblado: «Sí, es verdad que aquí las condiciones son mejores pero para vivir todo el tiempo se está mejor en Makhaná. Allí está la mamá, el papá, y eso que allí tengo que cocinar y no me puedo reposar como aquí» (Mme N. Greu, casta, Walisoxodé).

Durante nuestro trabajo de campo pudimos comprobar *in situ* las condiciones de acogida de cada una de las concesiones (Tablas XXVII, XXVIII y XXIX). De las 9 existentes en Bamako, 2 (22.22%) han sido construidas en adobe. 3 (33.33%) no cuentan con agua potable. 6 (66.66%) poseen únicamente letrinas comunes. Sólo 2 de las concesiones acogen menos de 10 personas. Las concesiones más antiguas albergan entre 21 y 30 personas.

Tabla XXVII: Habitantes en las concesiones

NUMERO DE PERSONAS POR CONCESIÓN	NUMERO DE CONCESIONES
Menos de 10 personas	2
11-20 personas	2
21-30 personas	2
31-40 personas	1
41-50 personas	1
Más de 50 personas	1
TOTAL	9

³²² Nuestro interlocutor se refiere al SIDA.

La mayoría de las concesiones visitadas acoge al menos 10 enfermos en el momento de nuestro paso.

Ninguna concesión posee habitaciones especiales para los enfermos. El número de habitaciones medio por concesión es de 7,3. Los extremos van de 3 a 15 habitaciones. 32 de los 34 enfermos (94.12%) comparten su habitación con otros. 25 de ellos duermen con al menos otras 4 personas (73.53%). Uno de ellos duerme con otras 10.

Tabla XXVIII: Enfermos en las concesiones

NUMERO DE ENFERMOS POR CONCESIÓN	NUMERO DE CONCESIONES
1 sólo enfermo	2
2-5 enfermos	3
6-10 enfermos	3
11 –15 enfermos	0
16-20 enfermos	0
Más de 20 enfermos	1
TOTAL	9

Tabla XXIX: Número de personas en cada habitación

NUMERO DE PERSONAS POR HABITACIÓN	NUMERO DE ENFERMOS EN DICHA SITUACIÓN
El enfermo sólo	2
De 2 - 3 personas	7
De 4 - 5 personas	14
6 personas y más	11
TOTAL	34

Asimismo se confirman los datos aportados por Mamadala Tirera respecto a las características de su concesión que es la que acoge mayor número de enfermos del área sanitaria. Se trata efectivamente de una concesión de adobe, sin agua corriente ni electricidad. En las quince habitaciones de la concesión conviven las treinta personas que componen su familia, una media de veinte jóvenes que esperan su partida hacia Francia como inmigrantes y en algunos momentos hasta doscientos enfermos. En total dispone de tres letrinas que sirven al mismo tiempo de ducha.

A pesar de que los actores sociales entrevistados se consideran satisfechos de las condiciones de acogida en Bamako, éstas no reúnen un mínimo de confort pudiendo incluso favorecer la propagación de ciertas enfermedades. Este hecho nos advierte de nuevo de los posibles usos sociales del itinerario terapéutico de los enfermos de Dramané. En caso de mediar un alquiler en la acogida, la enferma

reproduce su rol en el poblado, debiendo dedicarse a cocinar, en ningún caso un enfermo de sexo masculino realizará esta tarea. Si la hospitalidad es gratuita, la mujer puede abandonar dicho rol, salvo si media una relación de parentesco directo con el anfitrión. La única estrategia que le queda a la mujer es alojarse en casa de un pariente que no sea de primer grado. Ésta cuenta en su favor con la obligatoriedad y características del don de la hospitalidad: a un extranjero, no se le puede pedir una contraprestación, el contradon es voluntario. En su contra estaría la obligación de alojarse en casa del anfitrión de su adulto de sexo masculino del cual dependan: marido, hijo o padre.

7.4. Los costes y duración de la estancia

La estancia en Bamako de dichos enfermos así como su tratamiento conlleva toda una serie de gastos, sobre todo si tenemos en cuenta la amplitud de los periodos durante los cuales los enfermos se quedan en la capital. Según Mamadala Tirera:

« A veces no me llega para poder pagar la comida de todos, de los enfermos, de los jóvenes en espera de la ruta para París, de mi propia familia. Cada dos días consumimos un saco de arroz. Además yo no les reclamo nada, cada uno sabe lo que puede o no dar, bueno cada uno no, pues es el pariente en inmigración quien normalmente paga. A veces te dan 500 fcfa³²³ por día. Digamos que eso es lo que en nuestro poblado se da. Pero es voluntario, yo no reclamo nada. En la concesión de mi hermano Idrissa él ha instaurado un alquiler, pero es el único. Los arrendatarios dan el dinero a un oficial de justicia que lo ingresa en una cuenta. Además tiene una habitación reservada para él y sus hijos, el resto le pagan un alquiler. Algunos inmigrantes te envían los 500 fcfa u otra cantidad pero algunas mujeres se lo quedan y nunca vuelves a ver ese dinero».

El resto de anfitriones asegura cómo Mamadala Tirera que los enfermos no tienen ninguna obligación de contribuir, siendo el anfitrión quien en principio asume los gastos de alojamiento, comida y transporte aunque sí que existe un consenso no dicho que cifra la contribución diaria en unos 500 fcfa. Esto resulta a su parecer insuficiente: *«La gente raramente contribuye y si lo hace te dan 500 fcfa por día. Es Allah quien va a pagarte porque ¿con los 500 fcfa que puedes hacer?»* (D. Dramé, noble,

Horongalou). Según otro de los anfitriones esta situación no sería extensible a todos los poblados: *«Esto sólo pasa con la gente de Dramané y con los de Makhaná. Los primeros cuando están en el extranjero se creen por encima de todo. Los segundos son nuestros reyes, y no les puedes exigir nada, sobre todo a los de Toubaboukané. Pero en Sobokou es diferente, los inmigrantes te envían mensualmente 15.000 o 20.000 fcfa³²³. Yo creo que ello se debe a que en Sobokou hay escuela desde 1965 y la gente tiene educación. Pero en Dramané siempre han rechazado la escuela. En Dramané soy yo el único funcionario, en Sobokou hay varios. En nuestro poblado cada cual busca su interés, no el del poblado y ello es porque son analfabetos, no comprenden»*. (M. Greu, casta, Walisoxodé). En caso de alquilar, dicha contribución diaria no ha lugar. La estancia de tanta gente en una misma concesión conlleva asimismo otra serie de gastos para el anfitrión: *«Estoy harto. Hay tanta gente aquí que cada mes estoy obligado a pagar un camión para desatascar las letrinas»* (K. Dramé, noble, Walisoxodé). Sin embargo, los enfermos afirman contribuir y no sólo en el caso de los acogidos bajo el régimen de alquiler:

Los agentes sanitarios soninké entrevistados refuerzan el discurso de los anfitriones del área sanitaria de Dramané. Los de origen soninké, independientemente de su zona de origen, se ven igualmente en la obligación de acoger y responsabilizarse de los enfermos de su poblado y zona de influencia: *«Los enfermos, sobre todo las mujeres llegan sin prevenir, los acojo, compro los condimentos, el arroz, la carne... Ellas raramente ayudan a mi mujer a cocinar. Cada día está obligada a preparar 20kg de arroz. Dice que ya no puede más. Ahora ha dicho que ya no cocina más si no pido a los enfermos que contribuyan. Y eso que ella es soninké. Mis hijos también me dicen que están hartos, que por qué no nos vamos a vivir a una casa de las de los funcionarios y así estaré obligado a limitar la acogida. Pero yo no puedo, no puedo por respeto a mi padre. El lo hizo así, mis hijos tendrán que continuar es su obligación»* (Dr. Goumané, Reanimación, HGT). Además el anfitrión no se atreve a reclamar el dinero: *«A veces el pariente de Francia hace un gesto, te envía algo. Pero si no es la solidaridad. No soy yo quien va a pedirles algo, son ellos los que pueden hacer un gesto y darnos algo»*. (Diarra, ORL, HGT). Algunos agentes del sector privado dicen haber encontrado un sistema de contribución: *«He puesto una palangana a la entrada y todo el mundo antes de salir de la casa tiene la ocasión de contribuir»* (Dr. Símpara, Medicina General, Clínica Farakó).

³²³ Equivalente a 76 céntimos de euro.

³²⁴ Equivalentes a 22,86 y 30,48 euros respectivamente.

Respecto a los gastos de tratamiento, los anfitriones afirman tener que asumir igualmente su pago al menos hasta que el pariente en inmigración envíe el dinero. Esto puede crearles serias dificultades económicas: *«La mayoría de las veces nos toca avanzar el dinero para pagar al médico, las medicinas. A veces incluso ni te pagan. Mira el otro día he ido con mi sobrina al médico pues acababa de llegar de Dramané enferma. He ido con 100.000 fcfa y he vuelto con 5.600³²⁵. No me quedaba nada y yo no soy rico como su marido que vive en Francia, no. Yo sólo tengo mi jubilación»* (B. Sacko, esclavo, Walisoxodé). Sin embargo los enfermos afirman que la totalidad de los gastos, tanto los de estancia como los de tratamiento son asumidos por el pariente en inmigración: el marido para las mujeres casadas, el hijo o hermano para las viudas, el padre para los niños.

La cantidad enviada directamente al enfermo oscila entre 12.500 fcfa y 50.000³²⁶ fcfa mensuales: *«Mi marido me envía 50.000 fcfa por mes para que yo prepare el desayuno para mí, mi hijo, el hermano de mi marido y uno de sus sobrino que están esperando el visado para emigras. El resto de las comidas corren a cargo del propietario y además no pago un alquiler, es un pariente de mi marido»* (N. Greu, casta, Walisoxodé).

Respecto a los agentes sanitarios se puede distinguir entre los que son soninké y acogen ellos mismos enfermos, y los que no lo son. El discurso de los primeros confirma el de los anfitriones. Los segundos coinciden con el discurso de los enfermos: *«Son los parientes inmigrantes quienes pagan, no el anfitrión. Incluso a veces nos llegan a ofrecer dinero para que les atendamos más rápido y mejor. Los inmigrantes quieren sobornarnos. El otro día vino uno de ellos, un soninké de Kayes diciéndome que puede darme 1.000.000 fcfa³²⁷ y claro muchos doctores pican, pero yo no. Como yo no pasé por ahí, el tipo se ha ido con su mujer enferma a una clínica privada»* (Keita, Reanimación, HPG). Las personas recurso entrevistadas añaden que las personas que van a visitar al enfermo realizan igualmente su contribución: *«Mira aquí en Malí no tenemos como vosotros la Seguridad Social. Lo social es gestionado por nosotros mismos, por la familia, por la gente que viene a visitar al enfermo. Si por ejemplo yo vengo a ver cómo vas, te doy 5.000 fcfa. Y con este dinero vas a poder ir al médico»* (Dramé, Ginecología, Clínica La Paix).

Existiría todo un sistema de envío de dinero organizado desde París a través de los comerciantes del Gran Mercado de Bamako evitando así las agencias tipo

³²⁵ Equivalentes a 152,44 y 8,54 euros respectivamente.

³²⁶ Equivalentes a 19,05 y 76,22 euros respectivamente.

«Western Union» debido a su elevado coste: *«El inmigrante te llama y te dice de ir al Gran Mercado a buscar el dinero, donde un amigo de Tafasirga. Claro que no utilizamos Western Union, es muy caro, muy caro. Si es mucho dinero, pues esperamos a que algún inmigrante llegue de Francia y lo traiga»* (S. Tounkara, casta, Walisoxodé). Esto ya había sido detectado por Blion y Verriere (1998:6) quienes en su estudio de las prácticas de ahorro de los inmigrantes malienses y senegaleses en Francia comentan que éstos utilizan *«para sus envíos hacia el país de origen otros circuitos que los puestos en marcha por las instituciones bancarias y postales»*.

A pesar de todas las dificultades que rodean la asunción de la estancia y el tratamiento de los enfermos desplazados a Bamako, ésta es siempre asegurada en el seno de la comunidad ante la inexistencia de un sistema público de protección social generalizado: *«Verdaderamente es muy poco frecuente ver a un soninké dirigirse al asistente social, siempre hay un pariente dispuesto a pagar su tratamiento, eso raramente lo ves en las otras etnias. Con ellos tenemos menos problemas ya que todos tienen alguien en el extranjero. Por ejemplo, cualquier poblado soninké de Kayes, siempre tiene sus anfitriones, sus representantes en Bamako. Alguien que ha hecho la Francia, que tiene un poco de dinero como para construir en la capital y reinstalarse. En todo caso siempre hay alguien que va a ocuparse de los gastos hasta que un pariente inmigrante pague. En todos los poblados soninké es así. Gracias a ello tenemos menos problemas que con el resto de enfermos. Date cuenta lo pobre que es nuestro país y la medicina se paga y cara»* (Dramé, Medicina interna, HPG).

Mamadala Tirera apunta igualmente que los anfitriones se ven obligados a acompañar al enfermo hasta las estructuras sanitarias:

«Otro problema y otro gasto es que también me toca acompañar a los enfermos al hospital, y eso supone mucho dinero y mucho tiempo, y yo ya soy viejo para eso. Son mis hijos quienes acompañan a los enfermos. Te toca muchas veces avanzar el dinero de los medicamentos y de la consulta, y a veces el inmigrante no te lo paga. Además de los jóvenes también me tengo que encargar yo. Ahora es el egoísmo, no se ve el ascensor volver. En el pasado, la sociedad soninké era una sociedad formidable. Acoger era como una inversión. Ahora es el egoísmo, es una sociedad que está a punto de estallar: les ayudas, les acoges, pero no ves el ascensor

³²⁷ Equivalentes a 1524,39 euros.

volver. Los valores morales no cuentan. Es el egoísmo, la rivalidad, el individualismo, es el gusto por lo material lo que cuenta y la gente emigra por eso».

Si el anfitrión es una persona mayor, como es el caso de nuestro informante, es uno de sus hijos quien acompaña a los enfermos, o alguno de los jóvenes en espera de migrar presentes en la concesión de acogida. Todos los anfitriones lo confirman: *«Soy yo quien acompaña a los enfermos, si no es mi tercera mujer que habla francés o bien confío los enfermos a alguno de los jóvenes que andan por aquí. Pero en el caso por ejemplo de Kumpara Dramé, como él ya es anciano, pues es su hijo, quien acompaña. Es su trabajo digamos, y por ello algunos inmigrantes le dan una pequeña retribución. Yo me ocupo también de los enfermos del mismo Kabila, ya sabes los enfermos que están en casa de Yatera y Tounkara. Y al final no es lo que gastas, sino el tiempo que pierdes»* (M. Greu, casta, Walisoxodé).

Los agentes sanitarios añaden otras dificultades en relación con el acompañamiento de los enfermos por sus anfitriones, como puede ser el absentismo al trabajo: *«Al menos la primera vez, tienes que acompañarles al médico. Y así todos los días, pues todos los días tienes alguna enferma que llega, de modo que a menudo llego tarde al trabajo»* (A. Dramé, Técnica de Laboratorio, INRSP). Estas dificultades son especialmente significativas si tenemos en cuenta no sólo la cantidad de enfermos acogidos, sino también la duración de su estancia en la capital. Mamadala Tirera comenta:

«Además cuando vienen a Bamako, los enfermos se quedan muchos meses. Si les preguntas hasta cuándo tienen pensado quedarse te dicen que poco tiempo, justo el tiempo de ponerse bien. Pero al final te encuentras con enfermas que pueden llegar a estar hasta un año por un paludismo. Cuando les acompañas al médico, éste te dice que no, que ya están curadas pero ellas, sobre todo las mujeres insisten en que tienen que quedarse más tiempo en mi casa porque aún no están recuperadas. Y con los jóvenes que esperan la ruta para emigrar es lo mismo, pueden quedarse durante años. Aquí no tienen que trabajar como en Dramané dónde están obligados a ir a los campos a ayudar al kagumé. Y yo no les puedo exigir que se vayan o que me ayuden pues son mis extranjeros, no, el extranjero es rey».

El resto de los anfitriones confirma dicha presencia durante largos periodos: *«Sí, pueden quedarse meses, sobre todo las mujeres enfermas»* (D. Dramé, noble,

Horongalou). Los enfermos justifican su larga estancia por necesidad terapéutica, llegando algunos a poder calcular cuanto tiempo durará su enfermedad: *«Llevo varios meses a cuenta de mi úlcera y no me marcharé hasta que no me haya curado. Calculo otro año para curarme y reposarme adecuadamente»* (Mme N. Dramé, noble, Walisoxodé). Esto nos era confirmado por los actores sociales entrevistados en el poblado y Kayes quienes daban su propia justificación. Así nuestro anfitrión, M. Yatabaré en Dramané afirma que *«el dinero que un enfermo puede obtener de su pariente en el extranjero es menor si se queda aquí en Dramané, o si va a Kayes. En Kayes puedes quedarte unas semanas pero no más. Tienes que ir hasta Bamako para obtener mucho, mucho dinero. Además puedes reposarte, hacer compras y quedarte mucho tiempo»*.

Tanto los agentes sanitarios como las personas recurso consideran injustificada dicha duración y creen igualmente que tras ello se esconden otras razones: *«Mira no es cuestión de que un palu (dismo) te tome un año, no. La cuestión es que cuánto más tiempo te quedes en Bamako, más dinero te va a enviar tu pariente inmigrante»* (Diallo, Medicina Interna, HPG). La tabla XXX aporta elementos sobre la duración de los enfermos en la capital, corroborando el discurso de nuestros informantes. La totalidad de enfermos entrevistados llevan al menos un mes en Bamako. Un tercio de los casos lleva más de un año (37.5% de los hombres y 30.77% de las mujeres).

Tabla XXX: Repartición de los enfermos entrevistados en Bamako en función del sexo y de la duración de su estancia

DURACIÓN DE LA ESTANCIA	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
1 a 2 meses	3	8	11
2 a 3 meses	1	4	5
4 a 5 meses	0	4	4
6 a 7 meses	1	2	3
8 a 12 meses	0	0	0
Más de 12 meses	3	8	11
TOTAL	8	26	34

Vemos por tanto que dicha duración, especialmente en el caso de las mujeres, no parece corresponderse con el perfil epidemiológico de la muestra entrevistada. Ante dichas dificultades Mamadala Tirera propone:

«Habría que construir una casa de acogida donde cada uno se ocupara de su propia alimentación. Mi padre ha hecho eso para los jóvenes que esperan para ir a Francia. El problema es que en Dramané le han criticado mucho diciendo que si se está enriqueciendo, que si va a apropiarse de la casa y dejársela a nosotros sus hijos en herencia. Aquí en Bamako yo lo he propuesto pero los inmigrantes, que son quienes la tendrían que financiar, se han opuesto».

El resto de anfitriones apoya dicha propuesta, a la que algunos añaden la necesidad de separar los enfermos del resto de visitantes en habitaciones repartidos por sexos *«poniendo como gerente a un miembro de la comunidad instalado ya en Bamako que conozca mucha gente y tenga muchas relaciones»* (M. Greu, casta, Walisoxodé). Todos los anfitriones de Dramané insisten sobre el rechazo de dicha solución por parte de los parientes en inmigración. Estos se niegan *«pues si además tenemos que pagar una casa... Encima si tu mujer está enferma y no se queda en la concesión de mi anfitrión, ¿quién va a ayudarla para hacer la comida, o llevarla al médico?»* (A. Tirera, noble, Horongalou). Los enfermos se oponen igualmente: *«No, esa solución no está bien, pues entonces tendríamos que cocinar, barrer, hacer las compras y nos cansaríamos»* (G. Dramé, noble, Horongalou). Los agentes sanitarios consideran sin embargo dicha idea como adecuada y hacen referencia a la necesidad de implicar al estado maliense: *«Hay que crear un sistema de seguridad social y no sólo para los funcionarios»* (Dr. Sylla, Ginecología, Clínica Kabala).

Uno de nuestros informantes privilegiados en Bamako, el Dr. Touré que, como vimos fue el responsable del lanzamiento del centro de salud comunitaria de Dramané, denuncia que tras dicha solidaridad se escondería todo un sistema de intereses en el cual el anfitrión también obtiene el suyo propio: *«Tanto aquí como en Kayes, no es el enfermo quien va a dirigirse al servicio sanitario, no. Es su anfitrión, que tiene múltiples relaciones sociales, incluso con agentes sanitarios a los que les va a pedir un favor, de tratar bien tal enferma, que si es su pariente. Y este anfitrión siempre es un soninké. El anfitrión llama a París al pariente del enfermo y le dice que tal médico por hacer pasar a tu mujer la primera me ha pedido tanto, exagera un poco y así se queda con una parte. Porque la gente cuando llega a Bamako tiene en la cabeza, como sus parientes en París, que curarse en la capital necesita de grandes cantidades de dinero incluso en el sector público. El jefe del poblado que tiene 80 personas en su concesión. Si varias vienen a Bamako van a darle una parte. El anfitrión obtiene otra parte. La mujer*

enferma obtiene la suya. El inmigrante si bien pierde dinero, gana prestigio. Todos obtienen su beneficio. Y al mismo tiempo el anfitrión entretiene y teje nuevas relaciones sociales y eso también es un capital. Un gran capital sobre todo en nuestra sociedad. Relaciones sociales y beneficios que nosotros como técnicos tenemos que tener en cuenta, sítenemos que tenerlo en cuenta».

Nuestra observación participante, tanto en la concesión de Mamadala Tirera como en la de Coronel Gaye, vino a confirmar el elevado gasto que supone para un anfitrión la continua y prolongada presencia de enfermos y otros visitantes en su concesión. Las mujeres de la familia se ven obligadas a cocinar y limpiar las habitaciones de los visitantes. Los hombres, a acompañar a los enfermos. Algunos parientes envían los citados 500 fcfa diarios, otros contribuyen con regalos enviados desde Francia: móviles, productos de belleza, ropas. Entre otros, pudimos asistir al don de varios inmigrantes de Dramané que cotizaron en común para comprar un coche de segunda mano a la mujer de uno de los anfitriones. Asimismo se acompañó al hospital en varias ocasiones a varios de los enfermos de dichas concesiones, comprobando cómo todas las veces era el anfitrión quien adelantaba los gastos hasta la llegada del dinero desde París. Y en ningún momento la concesión se encontraba vacía de «extranjeros»: unos se iban, otros llegaban.

7.5. Notas finales

Los anfitriones de Bamako a través de su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes enfermos acogidos en su concesión actualizan los circuitos tradicionales de solidaridad, en el seno de una etnia cuya mayor solidaridad frente al enfermo ya ha sido comentada en otras investigaciones realizadas en el ámbito de la ciudad de Bamako: *«En las familias soninké, son más solidarios... mientras que los bámbaras, no ves eso jamás. No hay todo un mundo de envidias»* (Barges 1996:286). Este medio urbano favorecería la expresión de la solidaridad como ya señalara Djibal (1975:215) quien considera la hospitalidad como una estrategia *«enraizada en la cultura africana, ofreciendo la inserción en el medio urbano una ocasión de manifestarse con gran fuerza»*. Dicha solidaridad, que como hemos visto tiene un carácter obligatorio y no se reduce al parentesco, toma, conforme a la clasificación realizada por Godelier (1991) diversa naturaleza: hospitalidad, servicios (acompañar al enfermo) o bienes (alimentarlo, adelantar el pago de su tratamiento e incluso asumirlo completamente). A su vez su fundamentación en el

Islam, nos muestra que el ámbito de lo religioso constituye uno de los ejes que sustenta el orden social y los valores soninké.

Ahora bien, la hospitalidad y los bienes y servicios asociados a ella, es vivida en muchos casos como una carga adquiriendo un carácter peligroso, debido a la inversión de tiempo y dinero que conlleva. Sin embargo detrás de la noción de «primer anfitrión» y de su carácter no sólo gratuito y peligroso, sino incluso oneroso, parecen esconderse a menudo intereses económicos no confesados. Además a través de ella los anfitriones, ellos mismos protagonistas de una migración, en este caso campo-ciudad, conseguirían otro tipo de beneficios, que podríamos denominar sociales: reconocimiento individual, así como mantenimiento de las redes sociales de pertenencia. Su objetivo sería la unión como ya apuntara Titmuss (1972:73) para cualquier tipo de don. El poblado aparece así inmerso en una red nacional e internacional que juega un rol clave en el mantenimiento de las relaciones entre el campo y la ciudad. A su vez, la hospitalidad con el enfermo supone una estrategia de integración de los anfitriones en el contexto urbano al enriquecer su entorno social con miembros de otras etnias y en especial el personal biomédico. Asimismo podemos interpretar la hospitalidad en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad ya que como señala Menéndez (1984:91) lo importante no es lo que se da y devuelve sino el hecho de estar en disposición de dar y devolver. Esta capacidad refuerza la posición social de los anfitriones, que la situación de migración ha podido delegar a una situación de subalternidad respecto a los ancianos del poblado, debido a su no presencia in situ en «lo social».

La hospitalidad soninké con el enfermo, tal y como es ejercida por los anfitriones de Bamako, es al mismo tiempo reveladora de la existencia en esta comunidad de un sistema de protección social que, aunque nacido de un modo espontáneo y caracterizada por su vivacidad, no parece ajustarse completamente con la categoría de sistema popular enunciada por Vuarín debido a su carácter no excluyente. Sin embargo, el impacto de la urbanización y de la crisis económica en la cual está sumergido el país, especialmente desde los acontecimientos de la Costa de Marfil comienza a sentirse y así algunos anfitriones manifiestan desear que la hospitalidad adquiriera un carácter excluyente y más restringido, reclamando incluso la monetarización de los servicios ofrecidos, lo cual supondría bascular del principio de reciprocidad al de mercado. Esta tendencia a restringir el carácter generalizado del don de la hospitalidad en la ciudad de Bamako, ya ha sido señalada por Ag Bendeck et al. (1997:364) en su estudio del impacto de la devaluación sufrida por el franco cfa

en 1994: *«La devaluación (...) se traduce en medio urbano en la voluntad de las familias de reducir el numero de personas acogidas, de sus comensales y centrarse así en la familia restringida».*

El acompañamiento del enfermo que es siempre realizado por un hombre, supone una alteración de la división sexual de los roles que acompañan los itinerarios terapéuticos en esta sociedad, ya que tradicionalmente es la mujer quien acompaña a los miembros enfermos de la comunidad. Esta modificación se relaciona con la situación de analfabetismo de las mujeres soninké, las cuales en su mayoría no comprenden el bámbara y menos aún el francés que resultan ser las lenguas hegemónicas en el sistema biomédico de la capital. Su exclusión del ámbito educativo refuerza de nuevo su situación de dependencia, privándoles de la posibilidad de moverse en cualquier espacio público, sanitario o no, autónomamente y con ello avanzar en la conquista de la igualdad de género. Esto confirma no sólo la hegemonía de la biomedicina en los itinerarios terapéuticos de los enfermos del área sanitaria de Dramané, sino que el fenómeno de medicalización afecta de modo distinto al sexo masculino y al femenino. El perfil epidemiológico de las enfermas entrevistadas en Bamako nos hace sospechar que más allá de un mal físico, de lo que sufren es de un malestar social que, derivado de su posición subalterna en la estratificación social, ha sido actualizado por la inmigración. Malestar social del que buscarían salvarse en *«el paraíso de Bamako»*.

Capítulo Octavo

BAMAKO: EL PARAÍSO DE LAS MUJERES

En el capítulo anterior hemos podido comprobar que la población tipo de enfermos del área sanitaria de Dramané presentes en Bamako es el de las mujeres, en edad de procrear, de todo origen social, cuyo marido ha emigrado a Francia. Éstas vienen a la capital por enfermedades que pueden ser tratadas en el primer o segundo nivel de la pirámide sanitaria, y que a veces incluso son «imaginarias». Para su tratamiento en Bamako acuden preferentemente a clínicas privadas elegidas por su anfitrión (*djiatigi*) o por el pariente en inmigración que financia su tratamiento. Su presencia en la capital es mayor durante la estación seca, ausentándose largos periodos del poblado de origen sin que ello responda verdaderamente a una exigencia terapéutica. En base a dicho perfil poblacional y epidemiológico nos podemos preguntar cuáles son las necesidades sentidas y reales no satisfechas, de tipo sanitario o no, que no cubiertas en el CSCOM-Centro de salud comunitario del poblado supuestamente encuentran satisfacción en Bamako.

Para su mejor comprensión nos dejaremos llevar por el discurso de una de las enfermas entrevistadas en la capital: Fatoumata Dramé (foto 16), esposa de Alkase Dramé inmigrante residente en París. Ésta se encontraba en Bamako desde hacía 7 meses en la concesión del anfitrión habitual de su marido, Kúmpara Dramé, situada en el barrio de Djelibougou. La pertinencia de su elección reside no sólo en responder al perfil tipo de enferma sino también en el hecho de que en su itinerario terapéutico ha visitado todos los escenarios evocados en nuestra investigación: Dramané, Gakourá, Kayes y Bamako. Asimismo, como ya apuntamos en el capítulo de Kayes, tuvimos la ocasión no planificada de volver de Kayes a Dramané con ella y su marido asistiendo al punto final de su éxodo. Su marido es a su vez uno de los sobrinos de nuestro informante privilegiado en Dramané, El Hadji Almamy Dramé del barrio de Horongalou, bajo cuya autoridad vive en el poblado en ausencia de su marido. El hecho de ser ella misma coesposa, nos permite acercarnos a la influencia de la poliginia en el fenómeno en estudio. A ello se une el interés derivado de su pertenencia a la Asociación de Mujeres de Dramané (*O na xaran na safa*). Las entrevistas tuvieron lugar en la habitación que ocupaba junto a sus dos hijos en Bamako y siempre en presencia del hijo de su anfitrión, Issoumaila Dramé, quien se encarga de su acompañamiento en la capital.

8.1. Las razones técnicas del itinerario

Fatoumata Dramé nos expone a continuación su itinerario terapéutico así como las razones de su éxodo hasta Bamako, que son principalmente de tipo técnico:

« Ya llevaba yo tiempo diciéndole a mi marido que tengo sofocos. Tengo la enfermedad del diablo, ya sabes el cuerpo te arde cuando tienes la regla... además siento una fatiga enorme. Cuando mi marido se enteró me dijo de ir a Gakourá. Mira que se lo llevaba yo diciendo, que tengo que ir a Gakourá, o a Bamako, que tengo la cabeza ardiendo, que no puedo más de sofocos cuando tengo la regla. Luego se me pasa. Pero todos los meses vuelve. Yo estaba casi segura que en Gakourá me iban a curar pues con todos los aparatos que tienen... hay ventilador, fax y todas esas cosas pero nada. De allí marché a Kayes, al Hospital Regional, y menos aún. (...) ¿La clínica Soumaré de Kayes? Ni loca, mi marido iba allí, pero ahora dice que son unos asesinos, que ya han matado varios viejos. Y al centro de referencia tampoco, todo el mundo sabe que allí no hay nada de nada. Y al final he llamado a mi marido y le he dicho que no vale la pena seguir gastando dinero, que mejor ir a Bamako como había ido mi coesposa en el 2000, que a ella en un año le curaron del paludismo. Así que cogí el tren y me vine aquí a casa de Kumpara, donde viene siempre mi marido. Aquí se está bien pues el hijo de Kumpara, Issoumaila, me acompaña siempre al médico. Mi marido djo a Issoumaila de acompañarme a la clínica Hamdallaye, donde el Profesor Dolo, que trabaja también en el Hospital Point G (...) Y aquí estoy en tratamiento desde marzo, desde hace siete meses... (...) Claro que fui al centro de salud de Dramané, pero ya sabes lo que pasa allí. Vas una vez, otra y otra y no te curas pues pierdes la confianza. Antes iba por mis hijos, bueno aún voy para sus vacunas, pero para el resto nada de nada. El Hadji Almamy³²⁸ me dice de ir pero cuando tú misma ves que las cosas no funcionan no vale la pena volver. Además aquí es un paraíso, hay de todo. Si no, ni en Dramané ni en Kayes puedes estar a gusto, te puedes pudrir porque no tienen nada. Si los locales no reúnen las condiciones desde luego que no puedes curarte adecuadamente. Aquí sí que te puedes curar bien, en la clínica Hamdallaye es todavía mejor que en la de Gakourá: tienes tele, aire acondicionado, ordenadores, fax, cómo en Francia, una maravilla. Yo cuando mi coesposa vino contándome cómo era aquí, quise enseguida venir a curarme»

³²⁸ Se refiere a su kagumé, El Hadji Almamy Dramé, que como hemos señalado fue nuestro informador clave en Dramané al ser el alma mater del CSCOM-Centro de salud comunitario.

El resto de enfermas así como el conjunto de anfitriones entrevistados aluden cómo Fatoumata a experiencias previas fallidas en el CSCOM-Centro de salud comunitaria de Dramané para justificar su presencia en Bamako: *«Una vez fui con mi hijo, pero no se curó, así que nunca volví a ir. Si ves que la cosa no mejora, si has tomado la buena dosis, te vas y no vuelves»* (Mme W. Dramé, noble, Walisoxodé). Todos ellos invocan igualmente la falta de confort en los locales del CSCOM de Dramané: *«En Bamako, hay ventilador, aire acondicionado, es más relajante en las clínicas de aquí. Eso es lo que necesitamos en Dramané para podernos curar: una habitación climatizada, fax, ordenador, ventilador, como en París. Nuestras hermanas que están allí sí que tienen suerte»* (Mme N. Greu, casta, Walisoxodé). Sus anfitriones añaden cómo en caso de visita al poblado tampoco frecuentan el CSCOM: *«Yo no vivo allí pero oyes a las enfermas que vienen, tu hermano que vive en el poblado te cuenta que si no supieron tratarle, tal inmigrante de paso dice que de poco lo matan. Al final cuando vas al poblado, si te pones enfermo, ni se te ocurre ir por allí. Te coges la camioneta y te vuelves a Kayes a coger el tren para Bamako, o te vas a Gakourá»* (M. Greu, casta, Walisoxodé).

Mientras que sobre la importancia dada al marco de acogida por las mujeres soninké todos los agentes sanitarios dicen estar de acuerdo (incluidos recordemos los entrevistados en Kayes), en lo referente a la influencia de supuestas experiencias previas fallidas en el centro de salud del poblado, las opiniones divergen entre los que ejercen en el sector privado y los del sector público. Los primeros confirman el discurso de las enfermas y de sus anfitriones: *«A fuerza de ir al puesto de salud y no ser curado, pues al final cogen la maleta y se vienen a Bamako. Esto lo oímos de nuestras enfermas soninké un montón de veces. Esa es una de las razones por las que las clínicas cómo la nuestra son tan necesarias. Son un negocio que funciona y muy bien»* (Dr. Sylla, Ginecología, Clínica Kabala). Sin embargo la mayoría de los agentes sanitarios del sector público (diez de los once entrevistados) piensan que la realidad es otra: *«Te dirán que si no les ha ido bien en el poblado, que si allí no encontraron satisfacción. En realidad la cuestión de la salud es la puerta para otra cosa»* (Dr. Diallo, Medicina Interna, HPG).

Pero en Dramané, salvo justamente el personal sanitario y los miembros del Comité de Gestión, todos nuestros interlocutores evocan las experiencias fallidas previas cómo una de las razones del éxodo hasta Bamako: *«Vas una, dos, tres veces y no te curas. Pues te vas a otro sitio. Por eso yo envié a mi hija a Bamako. Ya sabes*

Aminata Sacko³²⁹, la joven que encontraste en casa de mi hermano Bouley» (Bi. Sacko, esclavo, Walisoxodé). Respecto al marco de acogida del CSCOM, todos inciden en la importancia que las mujeres otorgan a unos locales limpios, confortables y si es posible «de lujo». Los miembros del Comité de Gestión añaden ciertos problemas en la concepción de las instalaciones que pueden frenar la afluencia de las mujeres al centro de Dramané: «El hecho de que la sala posparto sea la misma que la de hospitalizaciones nos acarrea muchos problemas. Los recién nacidos están mezclados con los enfermos, además ya sabes somos musulmanes y los hombres no deben vivir en la misma habitación que las mujeres aun cuando estén enfermos» (Mr M. Dramé, noble, presidente del Comité, Walisoxodé). De hecho, una nueva maternidad ha comenzado a construirse durante el verano del 2004, financiada por los inmigrantes

Durante nuestra observación en el centro de salud comunitario pudimos verificar el estado de los locales. No existe ningún sistema de climatización ni de ventilación, lo cual no es de extrañar en un poblado que, como vimos en el capítulo de marco etnosociocultural, carece de agua y electricidad. Una jarra llena de agua se encuentra a disposición de la gente y las letrinas están en buen estado. En cambio numerosos papeles y cajas están por el suelo excepto en la consulta del enfermero. Ahora bien el equipamiento mínimo previsto por las autoridades sanitarias está presente y las características de los locales se adecuan desde su apertura a lo previsto por las autoridades sanitarias³³⁰.

Fatoumata Dramé, relaciona dichas experiencias fallidas con un problema de falta de personal y tecnología adecuada:

«Además en Dramané no hay médicos de verdad... El mismo enfermero o lo que sea te mira para tus problemas, mira a los viejos, a los niños, todos el mismo. Y encima a veces te trata con prisas y mal. Y si vas de noche, ni te ve. Aquí en cambio es diferente. Tienes médicos para todo. Y si vas a lo privado te tratan muy bien, te escuchan, se ocupan de ti. Encima: ¿cómo puede saber el doctor de Dramané lo que

³²⁹ Se trata efectivamente de una de las enfermas entrevistadas en Bamako.

³³⁰ En el momento de institucionalización del CSCOM-Centro de salud comunitario, la población no pudo decidir sobre las características de los locales ya que éstas son reguladas por la política sanitaria: «El nuevo edificio se compone de una sala de espera, una consulta para el médico, otra para la planificación familiar, la consulta prenatal, una sala de inyecciones, una sala preparto, otra para partos, otra para post-parto, y un depósito de venta de medicamentos genéricos. La sala de post-parto es utilizada igualmente para hospitalizaciones» (Región de Kayes-CK-CSK 1994:3).

tienes si no hay aparatos, no te saca sangre, no tiene eco, ni radiografías? Mi hermana que vive en París me cuenta cómo le hacen a ella y claro, ¡menuda diferencia!. Y eso en Bamako lo puedes tener. Aquí en la clínica me han hecho ya varias ecografías y me han enviado a hacer otras pruebas al Hospital Point G. En Bamako hasta tienes scanner: ¿Porqué no nos envía uno a Dramané?».

Las enfermas, anfitriones, así como el personal sanitario del sector privado entrevistados en Bamako estiman que el personal del centro de salud comunitario de Dramané carece efectivamente de las competencias necesarias para el correcto ejercicio de sus funciones. Algunos llegan a afirmar que «no hay ni siquiera un generalista, ella dice que es médico pero es enfermera, ¿una mujer médico? Eso no existe». Otras desconfían de sus competencias profesionales: «No es un buen médico, en Bamako los médicos son fuertes, hay médicos para los problemas de mujeres, hay médicos para el corazón, para la cabeza. Pero en nuestro poblado no, estamos obligadas a venir a la capital» (Mme Bakayoko, noble, Walisoxodé). Algunas enfermas añaden que ciertas prácticas frenan la afluencia al centro de salud favoreciendo el salto de nivel: «Nos hace falta un personal bien preparado. El que tenemos nos fatiga en el momento del parto y no quiere lavar los niños. Por eso muchas mujeres piden a sus maridos venir a Bamako. Vienen unos meses antes del parto y se reposan un poco. Aquí en la privada te cuidan, te lavan al niño y tú puedes descansar, sino de que vuelves a casa te tienes que poner a trabajar» (Mme G. Dramé, noble, Horongalou). Los agentes del sector privado consideran que una buena acogida del paciente es efectivamente muy importante: «Todo depende de la relación médico-paciente. Hay que dar tiempo al enfermo, escucharle, explicarles. Sobre todo a las mujeres soninké pues están muy solas con su marido en el extranjero. Ellas sí que necesitan ser escuchadas» (Dr.Dabo, Generalista, Clínica Le Relais). La falta de tecnología médica adecuada en el poblado es igualmente confirmada por todos ellos, considerándola el personal biomédico del sector privado imprescindible para todo diagnóstico: «El soninké gusta de los buenos resultados. Y no confían en el centro de salud comunitaria. Sin ecografía, sin radio, sin laboratorio, ¿cómo puedes diagnosticar? Es imprescindible tener a tu disposición un buen aparato de rayos x o un laboratorio» (Dr. Démbéle, ORL, Clínica Umu Dili).

Mientras tanto, los agentes biomédicos del sector público desmienten dicha falta de competencias de sus colegas: «Mira los médicos que ves en medio rural, han recibido la misma formación que nosotros. Aquí en la uni o al exterior con una beca, ya

sea en Francia, Canadá o Rusia. Lo que pasa es que en Kayes quieren tener un ginecólogo o u cardiólogo en cada poblado donde hay inmigrantes. Son ellos los que meten esas ideas en la cabeza de las mujeres» (Diarra, ORL, HPG). Asimismo consideran que la tecnología médica no siempre es imprescindible, y menos en un dispensario: «¿Has visto tú alguna vez en Francia un scanner en un pueblo de 3.000 habitantes? Pues eso es lo que las mujeres soninké reclaman» (Dr. So, Nefrología, HPG).

En el poblado, los *kagumé* de las concesiones de procedencia de dichas enfermas consideran al igual que ellas que el personal sanitario en Dramané es insuficiente y no está capacitado para ejercer sus funciones. La acogida dejaría mucho que desear: «El doctor es un poco bueno. Pero no muy bueno. Aquí no hay doctor, es un enfermero. El doctor como va a ser doctor si no opera. Además de noche si vas no te hacen ni caso. Así que al final tuve que enviarla a Bamako. Niumā³³¹ estaba de acuerdo y su marido también. El doctor no es cómo vosotros, un doctor blanco» (S. Greu, casta, Walisoxodé). Enfermas y anfitriones aluden igualmente a la falta de tecnología adecuada: «Mira ni siquiera tenemos un aparato para las ecografías, ni un scanner. Es terrible en Dramané» (S. Tounkara, casta, Walisoxodé). Las mujeres la consideran imprescindible: «Las eco (grafías), las pequeñas eco, son necesarias y aquí no tenemos. Menos mal que la doctora nos envía a Gakourá. Nosotras queremos una radio, una eco aquí. Nosotras queremos saber si es niño o niña, ya sabes que no saberlo es peligroso» (Mme S. Yatabaré, noble, presidenta de la Asociación de mujeres, Horongalou).

Sin embargo, los miembros del Comité de gestión del CSCOM-Centro de salud comunitario así como la totalidad de sus agentes sanitarios desmienten la falta de competencias: «El doctor que acaba de marcharse es médico, el que está ahora también. Bueno es comprensible, poco a poco irán comprendiendo, poco a poco... No comprenden que todos los médicos son iguales, que todos han recibido una formación universitaria. El de antes en Ucrania, la de ahora en Bamako» (T. Coulibaly, matrona, 1997-2002). Todos los miembros del Comité y del equipo sanitario consideran que efectivamente existe una concepción de lo de los blancos cómo bueno: «Sí, la gente, sobre todo las mujeres, creen que si un médico es blanco, es bueno. Si es negro no es médico. Es un problema de analfabetismo, de no haber viajado. Pero yo espero que esto poco a poco ya a cambiar. Hay médicos buenos blancos y negros, sí» (S. Tirera, tesorero adjunto, Horongalou). En lo que respecta a la acogida, niegan que ésta sea

deficiente o que en ocasiones los enfermos no sean recibidos: *«Claro que reciben las urgencias, es obligatorio. Además para eso viven en el mismo centro»* (M. Yatabaré, secretario al abastecimiento, Horongalou).

Todo el personal sanitario entrevistado, tanto en Dramané, como en Kayes o Bamako, coincide en afirmar que los soninké, especialmente las mujeres, son los malienses que mejor han integrado la biomedicina: *«Mientras no hayas hecho una radiografía o una ecografía ellas no están contentas, pues no se lo pueden hacer en el poblado. Y eso no te pasa con el resto de población. Los soninké saben lo que quieren, están muy medicalizados»* (Dr. Cissé, Ginecología, Clínica Lac Tele). El Dr. Touré, antiguo director Regional de Kayes, considera que dicho proceso de medicalización estaría ejerciendo una influencia negativa sobre el sistema sanitario maliense, teniendo en parte de responsabilidad los agentes sanitarios de los centros de salud comunitarios que en la zona soninké: *«El soninké compara el servicio sanitario francés con lo que pasa en su país. Son ellos los que desnaturalizan la calidad de los cuidados y de los servicios malienses. Yo estaba de médico en Kayes, y luego de director y justamente los primeros médicos que han tenido grandes medios son los de esta región. Sí, gracias a los inmigrantes (...) Están muy medicalizados, sobre todo las mujeres, aunque no saben ni leer ni escribir conocen lo que es un scanner, una ecografía, y lo quieren en su pueblo. Pero el centro de salud comunitario ha sido concebido como la estructura de primer contacto, a fin de ofrecer cuidados preventivos, los cuidados curativos de primer nivel y si no hacer la derivación. El médico, y los del poblado van a reclamar que les pongan un laboratorio, la radiología, un bloque operatorio, un scanner... y ello independientemente de la formación sanitaria: les da lo mismo si es un CSCOM o un Hospital, ellos te van a pedir todos esos medios. Pero el sistema no puede responder a esta demanda de la población (...) Desgraciadamente en la filosofía de los soninké, en especial de las mujeres y de sus maridos en el extranjero, en cuanto vemos centro de salud con una cruz lo transformamos en estructura sanitaria si es posible de segundo o tercer nivel. Y el médico se encierra detrás de su mesa, y lo que le importa es el número de personas vistas, que le paguen, el número de recetas hechas, pues es eso lo que le da prestigio. El médico cómo la enferma también busca su prestigio. Y la primera decepción la vemos cuando los enfermos dejan el poblado para venir a Gakourá y a Bamako, pues según su comprensión el centro de salud comunitario debe ofrecer los mismos cuidados que el Hospital Nacional Gabriel Touré. Y ello falsea todo el sistema»*.

³³¹ Se refiere a Niuma Greu, una de las enfermas entrevistadas en Bamako.

El personal sanitario del centro, tanto durante nuestras estancias de 1999, de 2001 como en 2002, se componía de un médico, un auxiliar de clínica, una matrona y una gerente de farmacia. Dicha composición se encuentra por encima de lo previsto por la política sanitaria: un enfermero, una matrona, un gerente de farmacia, y ello es así desde el año 1996³³². El proceso de selección lo lleva a cabo la población a través del Comité de Gestión, sirviéndose de sus redes sociales para reclutar al personal. Como señala nuestra informante, desde el momento de lanzamiento del CSCOM el personal fue formado por el centro de salud de referencia de Kayes³³³ con el fin de permitirles asegurar correctamente el PMA-Paquete Mínimo de actividades (Région de Kayes-CK-CSK1994:6). Diversas formaciones continuas han tenido lugar posteriormente. Nuestra propia experiencia durante la observación participante desarrollada en el centro de salud comunitaria nos desvela que sin embargo la acogida de dicho personal puede ser mejorada. La doctora así como la matrona reciben con prisas a los enfermos y no hablan soninké, con lo que algunas mujeres no logran expresar adecuadamente su dolencia. Todo el personal entrevistado supo definir correctamente sus funciones en base al organigrama expuesto en la sala de espera. Los soportes de información son adecuados: el calendario de vacunas así como los horarios del centro están expuestos en la sala de espera habiendo sido previamente negociados con la población a través de la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria.

Respecto a la tecnología médica disponible, Dramané se adecuaba desde su apertura³³⁴ a lo previsto por la ley, encontrándose en el momento de nuestro paso en buen estado. El único problema estaría en el material pequeño: estetoscopio, termómetro y tensiómetro ya vetustos. Para su sustitución³³⁵ fue enviada una lista en el año 2001 por la Dra. Traore a la Asociación de mujeres de Dramané en París. A pesar de contar con los fondos necesarios, dicho material no ha sido aún a fecha de

³³² Ya en el momento de apertura en 1994 la voluntad de la población, y en especial la de los inmigrantes, fue la de contratar un médico como jefe del puesto de salud. Y así tras dos enfermeros (Mr Touré y Mr Togolá), el primer médico llegó en julio de 1996 (el ya citado Dr. Mounkoro). Le sustituyó la Dra. Traore en enero del 2000. Desde su muerte accidental en enero del 2003 el Centro de salud es dirigido por un enfermero.

³³³ Dicha formación fue posible gracias a la participación financiera de UNICEF por un valor de 1.500.000 fcfa, equivalentes a 2286,58 euros.

³³⁴ Los diferentes documentos consultados confirman que el centro de salud fue abierto cumpliendo los requisitos legales a nivel de equipamiento y tecnología: «Fue equipado siguiendo la lista standard elaborada por el Ministerio de la Salud, y según lo correspondiente a su nivel en la pirámide sanitaria. El equipamiento inicial por un valor de 5.136.284 fcfa fue ofrecido gratuitamente por el Estado a través de UNICEF con una pequeña participación del Comité Local de Desarrollo» (Région de Kayes-CK-CSK 1994:6).

septiembre de 2005 enviado. El único servicio previsto para todo centro de salud comunitario del que no se dotó al de Dramané, ni se la ha dotado aún, es el de un laboratorio en el que realizar la albúmina, analizar la glucosa y la gota espesa³³⁶. La población en ningún momento ha mostrado interés por su instalación.

Como hemos visto, todos los actores sociales entrevistados, salvo los agentes sanitarios del sector público de Bamako, Kayes y los del centro de Dramané así como su presidente honorario y el Comité de Gestión, justifican la venida a la capital de dichas enfermas sobre la base de experiencias previas fallidas, la inadecuación de los locales o carencias de tipo técnico supuestamente existentes en el centro de Dramané. Sin embargo tanto nuestra observación como las fuentes documentales consultadas lo desmienten. Si bien ciertas prácticas de puericultura así como la distribución de los enfermos sin distinción de sexo, pueden chocar con las concepciones locales y religiosas, y a nivel de limpieza y acogida el centro puede mejorar, los requisitos técnicos exigidos para un centro de su nivel se cumplen. El centro de salud comunitario cuenta con el personal sanitario, los locales adecuados, el material y tecnologías previstas por la política maliense para un centro de salud de primer nivel de la pirámide sanitaria.

Detrás de todo ello se situaría, entre otras cosas, un choque de concepciones entre las prestaciones ofertadas y las deseadas, entre dos modelos médicos en definitiva. Éstas se encuentran influenciadas por las transmitidas por sus parientes inmigrantes que residen en París, habituados a que el modelo médico con el cual interactúan es el Modelo Médico Hegemónico con sus grandes hospitales y tecnología médica avanzada que es la que confieren su vez validez al diagnóstico, y donde el marco de acogida es cuidado en la medida que trata de aislar a los enfermos. Sin embargo, en el poblado la biomedicina se ha desarrollado dando importancia a la atención primaria con el apoyo de una tecnología básica. Las concepciones transmitidas por los inmigrantes, son adoptadas en un proceso comparativo con éstos, frente a los que se consideran en posición de subalternidad. Disfrutar del mismo modelo les acercaría a ese estatus tan deseado. Asimismo les aportaría el prestigio que envuelve a la «medicina de los blancos», cuya imagen local es la de grandes instituciones hospitalarias, equipadas de scanner, radiografía o ecógrafos. Su concreción en miniatura: Gakourá. Esta postura se vería legitimada por el apoyo del

³³⁵ A este respecto la política sanitaria maliense prevé respecto al material y la tecnología sanitaria que: «Su mantenimiento debe ser financiado a través del Sistema de recubrimiento de costos, con las recetas provenientes de las vacunas, la circuncisión y las transferencias desde la caja de medicamentos».

³³⁶ Este método de concentración se utiliza para la detección del paludismo, principal motivo de consulta.

sector biomédico privado. Apoyo detrás del que parece esconder no sólo un interés médico sino también financiero.

La medicalización creciente de la población del área sanitaria de Dramané, no estaría en contradicción con las prácticas del Modelo Médico Alternativo Subordinado existentes en el poblado: medicina popular y tradicional, como lo demuestra el que los traditerapeutas del clan Sacko, al ser entrevistados, compartan dichas concepciones y envíen a sus enfermas a la capital. Esta situación de complementariedad entre sistemas ya ha sido señalada por Menéndez (1990b:84) quien comenta que *“en todos los contextos se genera conflictivamente la expansión del Modelo Médico Hegemónico y dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el Modelo Médico Hegemónico y las otras prácticas y saberes”*.

8.2. Los medicamentos «bastardos»

Al final de su discurso Fatoumata Dramé invoca una supuesta falta de medicamentos adecuados:

«En Dramané, la enfermera me dio esas pastillas que tienen unas flechas. Y me puse peor, te lo juro, peor. Allí las pastillas son todas iguales. Las que yo tomo cambian un poco, pero si no todas vienen en su plástico³³⁷. En cambio en Francia mira cómo las tomáis en caja, y esas sí que curan (...) En Bamako te dan un montón de medicamentos diferentes. En Dramané uno, dos, con tan pocos no puedes curarte. A demás a menudo ni hay medicamentos. Y ni aunque lo pidas te dan una inyección, sólo pastillas y saben tan mal... Y no sólo eso los de Dramané son tan baratos que no te puedes fiar. Si no cuesta nada ¿cómo puedes curarte? Eso es porque lo han fabricado mal. Si no sería caro. Es como una tela para un boubou³³⁸, en función de su calidad es más o menos cara y te dura más o menos. Y en Dramané cada vez pagaba 500 fca, 1.000 fcfa. Aquí pago 10.000, 15.000³³⁹. Así que cuando mi marido se enteró me dijo de irme a tratar a otro sitio».

³³⁷ Nuestra interlocutora hace referencia a la presentación en blister de los medicamentos genéricos.

³³⁸ Boubou: túnica.

³³⁹ Equivalentes a 15,24 y 22,86 euros respectivamente.

Tanto las enfermas como los anfitriones entrevistados en Bamako aluden a una supuesta penuria y falta de calidad de los medicamentos prescritos y adquiridos en el centro de Dramané. Asimismo denuncian su presentación en blister³⁴⁰ y no en caja cómo es el caso de las especialidades: *«En Dramané no tenemos casi productos, siempre faltan. En Bamako se trata de medicamentos en caja, y esos sí curan. Los de Dramané son de los falsos, de los que vienen en bolsa y te los cuentan. En Bamako hay los de caja, los medicamentos de los blancos. En Dramané nos tenemos que conformar con los de bolsa, con los de los negros, los de los pobres»* (Mme W. Dramé, noble, Walisoxodé). Asimismo cuatro de las enfermas entrevistadas en Bamako (15.38%) hacen referencia a la cantidad de medicamentos prescritos y su forma farmacéutica: *«Con uno o dos medicamentos es imposible curarte. Además en Dramané no te dan inyecciones, sólo a los niños y eso sí que es un problema. Menos mal que en Bamako, nos dan inyecciones, porque las pastillas no valen para nada»* (Mme N. Dramé, noble, Walisoxodé). Ninguno de los anfitriones comenta este último factor. Sin embargo la totalidad de enfermas entrevistadas en Bamako así como la mayoría de los anfitriones (siete de los nueve) consideran que los medicamentos para ser eficaces tienen que ser caros: *«Las enfermas vienen a Bamako porque aquí hay medicamentos de los blancos, de los de caja, los de los ricos. En Dramané hay medicamentos para los negros, para los pobres. Con los medicamentos de aquí tardamos más en curarnos. Los de Dramané pueden calmar pero no curan»* (M. Tirera, noble, Horongalou).

Los agentes sanitarios del sector privado entrevistados se alinean con la opinión de las enfermas y anfitriones poniendo en duda la eficacia de los genéricos y añadiendo cómo numerosas enfermas se quejan igualmente de su color: *«Muchas mujeres soninké, te dicen que los medicamentos que les dan en el poblado son rojos y ese color las hace vomitar. Ellas ya vienen pidiéndote los medicamentos de caja cómo los que vienen de Francia. En parte tienen razón porque la calidad de la especialidad es mayor y además el cliente soninké la cree mayor. Mira yo creo como ellas que hay un problema de baja dosificación en los genéricos. En el sector privado hay que pegar fuerte y bien. Hace falta la eficacia y con la especialidad la eficacia está asegurada. Sino en genérico en el mercado de Malí hay de todo, medicamentos que vienen de India, Nigeria...imagínate»* (Dr. Dabo, Generalista, Clínica Le Relais). La gerente del depósito de genéricos del CSCOM-Centro de salud comunitaria de Dramané nos lo

³⁴⁰ Los medicamentos vendidos en el CSCOM de Dramané, como en todas las estructuras sanitarias públicas o comunitarias del país son medicamentos genéricos que para abaratar su precio son vendidos

confirmaba: *«Seguro que te han dicho las enfermas que todos los medicamentos del CSCOM son iguales. El problema es que son analfabetas. La gente no comprende, dicen que aquí todos los medicamentos tienen el mismo color y que cómo pueden curar si tienen el mismo color (...) Es verdad que muchos se parecen: butil y cloroquina son parecidos, paracetamol jarabe o polivitamina, cloranfenicol³⁴¹, todos son parecidos. Además tradicionalmente el color rojo equivale al mal, a lo malo, lo negro a la tristeza. Y las mujeres siempre te dicen que los genéricos les hacen vomitar, que los comprimidos rojos, los negros, las hacen vomitar»*. Contrariamente a los agentes del sector privado, los del sector público consideran que los genéricos son igualmente eficaces siendo los parientes inmigrantes de dichas mujeres los que están influenciando en las enfermas: *«Esa idea es falsa... Los medicamentos genéricos que nosotros prescribimos han pasado todos los controles. Pero las hay que (...) Bueno de eso tienen la culpa los inmigrantes. Y ello hace que mucha gente se vaya del poblado para venir a la capital. Los medicamentos genéricos y las especialidades son lo mismos. Los de París están habituados a las especialidades y piensan que los medicamentos de aquí no sirven... y cuando vienen a instalarse a Malí o de vacaciones, no los quieren, dicen que no, que no son buenos medicamentos. Hay también gente de aquí que te dicen que los genéricos no son buenos pero los inmigrantes son los peores, son los que dicen que los genéricos no son medicamentos. Eso crea problemas, sobre la frecuentación del centro también (...) Las clínicas yo las entiendo, ellas ganan un margen prescribiendo en especialidad, y el cliente encima exige la especialidad así que si quieres que vuelva...»* (Diarra, ORL, HGT).

En lo referente a la preferencia de las mujeres soninké por las formas inyectables así como por el mayor número de medicamentos prescritos las opiniones de todos los agentes sanitarios están de acuerdo: *«Las mujeres soninké prefieren que les des cuatro medicamentos mejor que tres. Si les das para una enfermedad sólo tres tipos van a decirte que qué es eso, que con tres no te puedes curar. Además prefieren las inyecciones, por ejemplo el quinimax³⁴² en inyección. Hay muchas pacientes que van a la consulta y quieren que en la receta haya un suero. Si no, va a decir que no la has atendido, va a decirte yo quiere un suero»* (Dramé, Medicina Interna, HPG). Lo mismo ocurre en lo que respecta a la preferencia por el medicamento más caro: *«Sí,*

por unidad y envueltos en una bolsita de aluminio de polietileno que se denomina «blister»

³⁴¹ Butil: antiespasmódico; cloroquina: antipalúdico; paracetamol: antiantalgico y analgésico; polivitamina: complejo vitamínico; cloranfenicol: antibiótico.

los soninké, especialmente las mujeres, te reclaman que les prescribas varios medicamentos. Además la gente prefiere que la receta sea más cara. Como te había dicho tres categorías de medicamentos bastan para un paludismo. Pero si ves que el prescriptor no te da lo que tú quieres... El médico ha prescrito tres, el paciente va poner en su cabeza pero bueno eso qué es. Un día, un comprimido, y sin inyecciones, vamos ya basta, aquí no tienen ni idea, me voy... Bueno, la gente es así. El jefe de puesto en el poblado, la clínica de Bamako, todos debemos conocer la población, si queremos que el centro sea frecuentado, hay que conocer la población y hacer lo que ella te pide, cómo hacemos nosotros en el sector privado» (Dr. Dramé, Ginecología, Clínica La Paix).

Con el fin de conocer el comportamiento real de los agentes sanitarios de la capital respecto a los genéricos analizamos las recetas de las enfermas entrevistadas, tratándose en su mayoría de especialidades (82%). Cinco de los agentes (62.5%) que trabajan en las clínicas privadas de la muestra, prescriben sólo en especialidad. Los otros tres (37.5%) en función de lo que reclame el cliente. Los agentes del sector público afirman prescribir sólo en genérico como manda la política sanitaria. Sólo uno de ellos reconoce prescribir en especialidad: *«Ya lo sé, no soy un buen patriota, pero qué quieres, mis pacientes soninké piden especialidades»* (Dramé, Medicina Interna, HPG). Una médico especialista cubana que trabaja en el mismo hospital confiesa estar asustada *«de ver como en un país tan pobre casi siempre se prescribe en especialidad»* (Dra. Maryam, Neumología, HPG). La media de productos prescritos en la capital era de 2.75 en el sector público, 4.23 en el sector privado y 2.6 en los dispensarios del sector confesional. El análisis del coste medio de las recetas de las enfermas entrevistadas en Bamako era de 6.620 fcfa para las expedidas en el sector público, 6.135 fcf para las prescritas en el privado y 2.200 fcfa³⁴³ para las del sector confesional. Estos datos se alinean con los obtenidos en 1998 a nivel nacional por REMEDE (1998:3), en lo que respecta el comportamiento de los agentes del sector público que prescribirían en más del 80% de los casos medicamentos genéricos. Sin embargo, contradicen los referentes al sector privado en donde más del 50% de los agentes lo prescribirían. Asimismo y según dicho estudio el precio medio de las recetas expedidas en el sector público era inferior a 3.000 fcfa, de 4.000 fcfa³⁴⁴ en el privado (*ibídem*:5), netamente inferiores a los recogidos en nuestra investigación. Este

³⁴² Medicamento antipalúdico.

³⁴³ Equivalentes a 10.09, 9.35 y 3.35 euros respectivamente.

³⁴⁴ Equivalentes a 4,57 y 6,1 euros respectivamente.

estudio muestra igualmente que la poliprescripción (4 medicamentos o más por receta) concierne entre el 10 y 15% de las mismas (*ibídem*:4).

La influencia de la inmigración se expresa igualmente a través de la existencia de todo un sistema organizado desde las clínicas privadas de envío de las recetas por fax a farmacias de Francia, a petición del cliente soninké: *«Los soninké son nuestra clientela principal y tienen una mentalidad especial. Nosotros prescribimos especialidades sobre todo a los soninké. Además la mayoría de las recetas que hacemos aquí las faxeamos a la farmacia francesa que el inmigrante pariente del enfermo nos indica. Incluso el farmacéutico en Francia te llama para confirmar. Las faxeas y al día siguiente la enferma te trae el producto que es enviado por un sistema de correo urgente, o con un pariente que viaje ese día a Bamako. Muchos inmigrantes hacen pasar luego la receta por la seguridad social cómo si fuera para ellos en vez de para su mujer. Nosotros ponemos el nombre del inmigrante en vez del de la enferma y ya está. Los médicos de Francia que son conscientes de las dificultades que tenemos aquí para obtener especialidades colaboran. Además a las mujeres les gusta retornar al poblado con medicamentos en caja pues ello les da una fuerza moral. Si les das un genérico los van a tirar al salir por la puerta»* (Dr. Símpara, Medicina General, Clínica Farakó). Para las enfermedades crónicas el envío de recetas a Francia es práctica habitual incluso en el sector público: *«Si se trata de una enfermedad crónica para la que los medicamentos son muy caros, pues les decimos de enviar la receta a Francia. Por ejemplo la hipertensión que es un tratamiento de por vida. La familia te pide que le prescribas para al menos seis meses de tratamiento, que se lo van a mostrar a su hijo en Francia. Creo que es buena esta práctica para tratamientos crónicos...eso ayuda. Para la diabetes no tenemos un medicamento genérico y el tratamiento es muy caro. Para la hipertensión, sí tenemos, el genérico cuesta 200 fcfa, o le das el Metildopac que cuesta 750 fcfa³⁴⁵ para diez días de tratamiento. Ahora para la diabetes es diferente. Por ejemplo un paciente bajo insulina. Actualmente un paquete de insulina de cien unidades cuesta 6.000 fcfa, y necesitas dos paquetes, lo que asciende a 12.000 fcfa³⁴⁶ al mes. Y eso es un problema reciente porque si no antes la insulina, el insulatac, que podías comprar aquí, el paquete de cuarenta unidades, eran 2.600 fcfa³⁴⁷ o algo así. Y necesitas dos o tres al mes. Pero está claro que era mucho más barato que ahora. Y todo porque la política de venta de la insulina ha cambiado, porque en Francia ha cambiado. En Francia ya no se utiliza más los de cuarenta*

³⁴⁵ Equivalentes a 1,14 32 euros.

³⁴⁶ Equivalentes a 9,15 y 18,29 respectivamente.

unidades, se usa los de cien. Ya no fabrican jeringas de cuarenta unidades, sino de 100 unidades internacionales, y estamos obligados a adaptarnos a ello. Lo que se decide allí, estamos obligados de conformarnos a ello. Y esto cambia todo el tiempo» (Dramé, Medicina Interna, HPG).

Todos los agentes, tanto del sector público como del privado consideran que el rechazo de los genéricos es propio de esta etnia pues el resto de la población toma lo que le prescribe el agente, genérico o especialidad: *«No les queda otro remedio vistos sus medios económicos y además no conocen la diferencia entre ambos, no están influenciados por el exterior, por los inmigrantes. Pero en Dramané como en toda la región soninké ése ha sido el problema desde el principio»* (Dr. Boundy, director nacional adjunto, DNS).

Pero veamos hasta dónde se corresponde el discurso de las enfermas con la realidad que ellas han dejado en el poblado. Los miembros del Comité de Gestión así como los agentes sanitarios desmienten la supuesta falta calidad de los medicamentos genéricos así como la existencia de rupturas en el inventario del CSCOM-Centro de salud comunitario, desvelando al mismo tiempo ciertas prácticas de prescripción no conformes con la política sanitaria: *«El problema no es que no tengamos medicamentos aquí, no. Es muy raro que haya una ruptura de stock. En caso de ruptura ésta puede durar una semana. El medicamento que a menudo está en ruptura es el butil inyectable. Llevo aquí desde 1992 y siempre se ha reemplazado rápidamente. El problema es que sólo utilizamos genéricos. Y las mujeres y sus maridos en París rechazan los genéricos. Además la nueva doctora nos receta a menudo los dos tipos de medicamentos, los genéricos y las especialidades. Y así estamos obligados a ir donde su amigo el doctor de Gakourá. O donde su marido el doctor de Sobokou. Aquí los medicamentos no son caros pero la doctora nos envía allí. Además cómo ambos pertenecen al sector privado ella recibe un tanto por ciento prescribiendo esas especialidades»* (M. Yatabaré, secretario al abastecimiento, Horongalou). Al ser entrevistada a este propósito la doctora Traore responde: *«Ya sabes el doctor de Gakourá es un colega estamos en la misma ONG Santé Sud y bueno les envió allí. Las especialidades son mejores, y las mujeres te las reclaman y si quieres tener al cliente contento...»*. La gerente del depósito de la farmacia nos confirma la preferencia de las mujeres por los medicamentos caros: *«Mira, ellas prefieren los caros y aquí las afecciones más habituales se pueden curar por muy*

³⁴⁷ Equivalentes a 3,96 euros.

poco. Un paludismo, entre 500 y 1.000 fcfa³⁴⁸, las IRA³⁴⁹ entre 2.500/3.000³⁵⁰, una diarrea unos 1.000. Si te vas a comprar a Gakourá una especialidad ya el viaje sólo te cuesta 1.500 fcfa. A Kayes 3.000³⁵¹ fcfa, y debes contar ida y vuelta. No, no se trata de un problema de accesibilidad financiera, no. El problema es que las mujeres van a reclamarte los caros» (Mme Dramé Badiallo, noble, gerente de la farmacia del CSCOM, Walisoxodé).

Nuestro informante en Dramané, EHA. Dramé considera igualmente que el problema de fondo es no la calidad de los medicamentos de Dramané, ni su presentación sino la inexistencia de especialidades y la considera cómo un error de concepción influenciado por los inmigrantes: *«Son los de París los que meten esas ideas a nuestras mujeres. Los hay que creen que esos medicamentos, los genéricos, son bastardos. Que no son buenos. Los del farmacéutico, los que vienen de la farmacia, éstos son los que son buenos. Los de Gakourá también, ellos colaboran con alguien en Francia, una ONG, ellos reciben medicamentos, o los compran en Kayes, en Bamako, no importa dónde y nosotros no podemos hacer eso. Nosotros estamos obligados a comprar genéricos. Sabes, los que dicen que no hay medicamentos en nuestro centro son unos saboteadores. Los que han creado los centros de salud comunitarios son más inteligentes que los de París, sí lo son. Así que mejor seguirles. Nosotros hemos constatado que con los medicamentos del centro de salud comunitario nos curamos y más barato»*. La preferencia de los inmigrantes por los medicamentos en especialidad es confirmada por éstos, denunciando únicamente uno de ellos la actitud de sus parientes: *«Somos los inmigrantes quienes decimos a nuestras mujeres que los genéricos no valen nada. Sí, somos incluso peores que los del poblado»* (B. Yatabaré, noble, Horongalou). Nuestra observación nos desveló cómo a pesar de su discurso pro-genéricos algunos miembros del Comité de Gestión en su vida cotidiana prefieren no utilizarlos: *«Sí, estoy enfermo... la fiebre... sumaya³⁵²... No, no tomo los medicamentos del centro. Voy a esperar a ver qué pasa. Bueno hay una planta que...Pero ¿no tenéis vosotros algún medicamento de Francia, alguna especialidad?»* (M. M. Dramé, noble, tesorero del CSCOM, Walisoxodé).

Otro aspecto del impacto de la inmigración son las múltiples donaciones de medicamentos que tienen lugar en la Región de Kayes bajo la creencia de que, o bien no existen medicamentos en el poblado o bien que los medicamentos en especialidad

³⁴⁸ Equivalentes a 0,76 y 1,52 euros respectivamente.

³⁴⁹ IRA: Infecciones respiratorias agudas.

³⁵⁰ Equivalentes a 3,81y 4,57 euros respectivamente.

³⁵¹ Equivalentes a 2,29 y 4,57 euros respectivamente.

son mejores. Esto nos fue comentado por los agentes sanitarios de Bamako y verificado in situ. Así no sólo la población nos reclamaba en numerosas ocasiones el envío de medicamentos, sino que también durante nuestra estancia en el poblado pudimos asistir a la recepción de una donación de medicamentos en especialidad traídos desde París por un inmigrante Mr M. Cámara, padre a su vez de uno de los enfermos entrevistados en Bamako: M. Cámara. Como ocurre cada vez que hay una donación, los medicamentos fueron entregados al Comité de Gestión, el cual se encargó de realizar su inventario con el médico. Las cajas abiertas se apartaron y el producto se lo quedó el personal o se recetó a los más pobres del poblado. El resto se vende al precio de su equivalente en genérico. En el caso concreto al que asistimos la mayor parte de las cajas estaban ya abiertas y tenían una fecha de caducidad menor de seis meses. Se trataba de medicamentos que los inmigrantes habían podido recoger gracias a la colaboración de algunas farmacias francesas conocidas.

Nuestras tres estancias en Dramané desmienten la supuesta escasez de medicamentos. Durante nuestro trabajo de campo asistimos a uno de los inventarios, comprobando que únicamente dos medicamentos se encontraban en ruptura de stock (butil inyectable y Balimbo³⁵³), llegando incluso los agentes sanitarios a estar obligados de quemar una gran cantidad de medicamentos ya caducados cada final de año. La explotación de balances anuales desde 1999 hasta 2001 nos muestra cómo la caja de medicamentos ha sido siempre excedentaria frente a la de tarificación por consultas que es deficitaria. En Dramané nuestra observación nos mostró igualmente cómo la doctora Traoré prescribe efectivamente dos recetas, una en genérico y otra en especialidad aconsejando al enfermo de desplazarse hasta Gakourá al centro de su amigo el Dr. Cámara o a Sobokou donde trabaja su marido. Ella misma reconoció haber sido quien pusiera los pósteres de publicidad farmacéutica que cubren las paredes de la sala de espera del centro de salud de Dramané: Nitropyl, Clinogel³⁵⁴... La explotación de las recetas expedidas por la doctora nos muestra que el costo medio diario es de 5.783 fcfa. Si en la receta se incluye el suero el precio se eleva a 10.000 fcfa³⁵⁵. También pudimos constatar a través de los registros internos del centro de salud que la afluencia había aumentado entre 1999 y 2002. El médico que se encontraba en 1999 prescribía únicamente genéricos, la citada doctora hacía incluso publicidad de las especialidades. Respecto a la forma farmacéutica más presente en el

³⁵² Sumaya: paludismo en bámbara.

³⁵³ Balimbo: antitusivo.

³⁵⁴ Nitropyl: oxigenador cerebral; clinogel: tópico vaginal.

³⁵⁵ Equivalentes a 10,09, 9,35 y 3,35 euros respectivamente.

depósito de farmacia del centro de Dramané era la inyectable, lo cual contradice el discurso de nuestras informantes. En el momento de nuestro trabajo de campo había concretamente cinco formas en pomada (8.62%), diez en jarabe (17.24%) y cuarenta y tres en inyectable (74.14%). Los medicamentos más utilizados son según su gerente: *«El quinimax inyectable, la cloroquina en comprimido y en jarabe, el paracetamol, el cloranfenicol y los antibióticos amoxicilina y Balimbo»*. Durante nuestro trabajo de campo en el poblado revisamos la lista completa de medicamentos existentes en el centro así como sus precios. Los cuatro medicamentos más caros son: el ácido ascórbico (2.000 fcfa), la ciproloxacina³⁵⁶ (2.700 fcfa), la Multivitamina (2.000 fcfa) y el salbutamol³⁵⁷ aerosol (1.750 fcfa³⁵⁸). Tanto durante nuestra observación en el centro de salud comunitario como durante nuestras visitas a las diferentes concesiones de Dramané y Bamako, el medicamento más solicitado es un jarabe multivitaminas fabricado en España: Multiorix del laboratorio *Almirall*. Las mujeres nos comentan que *«hace engordar y luego tu marido cuando viene de Francia está muy contento, más contento que con la otra coesposa: ¿no tendrás tú un jarabe de esos?»* (Mme B. Greu, casta, Walisoxodé).

Asimismo las fuentes documentales corroboran los datos de nuestra observación, confirmando la existencia de medicamentos en el centro desde su origen, pero genéricos: *«En el momento de su apertura el estado dotó al centro a través de UNICEF con medicamentos por valor de 2.400.000 fcfa³⁵⁹. Se trata de medicamentos genéricos conforme a la lista de enfermedades prioritarias. Se trata de este modo que el medicamento esté accesible para toda la población»* (Région de Kayes-CK-CSK 1994:5). La ASACO-Asociación de Salud Comunitaria se comprometió desde su apertura a no utilizar especialidades, aumentando en un 1.5% el precio de compra, y estando obligados a abastecerse únicamente en el depósito repartidor del CSREF-Centro de salud de referencia de Kayes como ya analizamos en el capítulo dedicado a Kayes. Dicha obligación como vimos sólo fue respetada hasta la llegada de la Dra. Traore en el 2000. A partir de su instalación, el centro comenzó a abastecerse en el distribuidor privado de genéricos denominado Multi-M.

De nuevo, enfermas, anfitriones, *kagumés* y agentes biomédicos del sector privado, se acuerdan para justificar la presencia masiva en la capital de las mujeres soninké en torno a una supuesta falta de medicamentos adecuados: léase,

³⁵⁶ Ciprofloxacina: antibiótico.

³⁵⁷ Salbutamol: antiasmático.

³⁵⁸ Equivalentes a 3.05, 4.12, 3.05 y 2.67 euros respectivamente.

³⁵⁹ Equivalentes a 3658,54 euros.

especialidades en caja, si es posible inyectables, de precio elevado y a tomar en gran cantidad. Se trataría de otro aspecto del mismo problema de choque de concepciones y expectativas entre lo ofertado en el centro de salud y lo deseado, entre un modelo que prima la Atención Primaria y el hospitalario, influenciado todo ello por los inmigrantes y facilitado por el apoyo de las ONGs, como hemos visto en el caso de Gakourá y de las donaciones.

Otra clave de comprensión del posicionamiento de las mujeres soninké frente a los medicamentos genéricos puede encontrarse a partir de su análisis como fenómenos socioculturales. Éstas utilizan los medicamentos no sólo en tanto que sustancias farmacológicamente activas sino que se trataría de sustancias «*con poderes*», capaces de aportar prestigio en función de la fuente de abastecimiento y la forma de presentación. Las especialidades, al ser en su mayoría producidas en Occidente, distribuidas por los inmigrantes o en las estructuras privadas y/o confesionales, es decir, en territorio de los blancos y con actores blancos, se encuentran envueltas de prestigio. Además, la publicidad, que le dan los inmigrantes refuerza dichas concepciones, actuando como un poderoso marketing. Los genéricos, en su mayoría procedentes de países en vías de desarrollo como India, Pakistán o Nigeria, y prescritos en el sector público por médicos en su mayoría autóctonos parecen perder su eficacia. La influencia de la fuente del medicamento sobre su eficacia ya ha sido señalada en el contexto de África del Este por Reynolds (1998:4). De este modo, los medicamentos en especialidad, los «de los blancos» se situarían en una posición de hegemonía reforzando el proceso de medicalización de esta sociedad y en especial el de uno de sus grupos sociales más subordinados: las mujeres.

Asimismo, los prejuicios de las mujeres soninké respecto a ciertos colores o formas de presentación de los genéricos son comprensibles que si las contextualizamos respecto al sistema cultural soninké, pues como señala Van der Geest (1988:7), «*la gente da significados particulares a los medicamentos en términos de lo que es generalmente significativo en otros aspectos de la cultura (...) Por ejemplo el color o el gusto de los medicamentos puede ser significativo por sus connotaciones particulares dadas a un color o sabor en una cultura dada*».

De nuevo, la posición de defensa de las especialidades adoptada por el sector biomédico privado, parece estar relacionada no sólo con la eficacia de uno u otra forma, sino con intereses económicos, que llevan a que éstos realicen toda una política de marketing de las mismas. Incluso su estrategia de recetar a las mujeres soninké «preferentemente especialidades» parece fruto de un «estudio de mercado».

Autores como Fassin (1992:86) han señalado igualmente como en Senegal la importancia simbólica del medicamento en especialidad es *«eficazmente entretenida a la vez por las prácticas de los médicos y por las políticas de los laboratorios farmacéuticos»*.

Asimismo se observa la influencia del contexto internacional sobre la política farmacéutica de este país. Malí sufre las aleas del mercado farmacéutico debiendo adaptarse a las mismas por ejemplo a nivel de formas farmacéuticas o de precios. Se ve afectado igualmente por el hecho de que para las enfermedades crónicas emergentes no se cuenta aún con genéricos. El citado flujo transnacional de recetas es posibilitado por la implicación de los inmigrantes así como de los profesionales sanitarios malienses y franceses en dicho circuito (médicos y farmacéuticos). Ello acentúa las desigualdades existentes en este país pues únicamente los grandes comerciantes, hombres políticos o familias de inmigrantes pues pagar sus desorbitados precios así como acceder a dicho circuito.

Asimismo cabe decir que la accesibilidad geográfica al centro de salud de Dramané y por ende a los medicamentos resulta asegurada según los criterios oficiales ya que el centro se encuentra a una distancia máxima de 15 km. Sin embargo Bamako se sitúa a 500 km., y aún así ciertas mujeres justifican su venida a la capital, sin pasar por Kayes, en base a una supuesta falta de accesibilidad a los cuidados de la biomedicina: ¿Qué otras razones existirían detrás de su desplazamiento?, ¿Qué usos sociales estarían realizando las mujeres soninké con parientes en inmigración de sus itinerarios terapéuticos?

8.3. Las otras razones

Sin embargo, más allá del choque de concepciones entre las prestaciones que el sistema sanitario establece para un centro como el de Dramané y de lo esperado por la población, tenemos que descubrir si no existen otros motivos que justifiquen la presencia de las enfermas en la capital. Para su mejor comprensión nos dejaremos llevar en este caso por el discurso del Dr. Touré, antiguo Director Regional de la salud en Kayes, que trabaja en la OMS de Bamako. La pertinencia de su elección reside en el hecho de haber sido el responsable sanitario de la creación del CSCOM-Centro de salud comunitario de Dramané. Además hasta llegar a su puesto actual ha trabajado en todas las Regiones del país, pudiendo comparar las realidades sociosanitarias y culturales del resto de Regiones con la de Kayes y en especial con las de los poblados soninké afectados por la inmigración. Las entrevistas tuvieron lugar en su despacho de

la OMS. Fue el Dr. Boundy, director nacional adjunto de la salud y antiguo director provincial de Kayes, a quien habíamos conocido en 1999, quien nos facilitó el contacto. El Dr. Touré comenta:

«El problema de las enfermas soninké es más complicado... Y aunque crees cien centros en la zona, seguirán viniendo a la capital, sí. Aunque les equipes con ecografías, laboratorio, con todo, y les des especialidades seguirán viniendo a Bamako. Por ejemplo, tal mujer, tiene su marido en Francia, quiere conseguir algo de dinero, pues lo único que puede decir a su marido es que está enferma, si no, no se lo va a enviar. Si el marido dice no, ella no va a ir a Bamako, si el marido dice sí, ella viene a Bamako. Además están cansadas de cocinar, no quieren preparar, ni trabajar en el campo. Como su marido no está, pues van a decir que están enfermas. En el poblado, aunque el marido está ausente tiene que cocinar para toda la concesión cuando es su turno. Aquí en Bamako van a poder reposarse, pasear, hacer compras. Además si una de tus esposas ha venido a Bamako hace unos meses, puedes estar seguro, que la otra caerá dentro de poco enferma. Y así podrá volver cargada al poblado de cacerolas, telas con los que rivalizar con su rival, y con el resto de mujeres de la concesión. Y como el marido no está aquí y no quiere historias...»

Únicamente dos de las enfermas entrevistadas en Bamako reconocen este tipo de razones cómo determinantes en la elección de su itinerario terapéutico. El testimonio de una de ellas fue casi una confesión favorecida por el clima de confianza existente. No sólo conocíamos a su marido en Francia sino que su lugar de residencia en Bamako se encontraba en la misma calle que nuestra oficina en el INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública por lo que a menudo comíamos juntas: *«La verdad es que por lo de mi ojo, ya sabes lo del guisante que me entró, me podía haber ido hace tiempo o haberme hecho tratar en Kayes, pero aquí puedo reposarme. Además así mi marido y mi hermana me envían dinero desde Francia. Ya casi he reunido lo que necesito para el ajuar de mis dos gemelas que se van a casar dentro de poco³⁶⁰. Si le digo a mi marido que necesito dinero para el ajuar no me lo va a enviar o me va a enviar muy poco pero con la disculpa de la enfermedad... Además quiero*

³⁶⁰ Dicha enferma se encontraba efectivamente acompañada de sus dos hijas de 14 años gemelas quienes a finales de 2003 fueron casadas con el hijo de un hermano del padre y con el hijo de una hermana de la madre, ambos en residentes en Francia.

comprar cosas para mí, telas, joyas, pero sobre todo cacerolas... Los modelos de Bamako no los puedes encontrar en Dramané» (Mme G. Dramé, noble, Horongalou).

Asimismo únicamente uno de los anfitriones, él mismo antiguo inmigrante jubilado, considera que el objetivo de las enfermas presentes en la capital es el de reposarse y conseguir dinero: *«Son los maridos que están en Francia quienes dan su permiso para que vengan a curarse a Bamako. La enferma escribe a su marido inmigrante, pero en realidad no es por la enfermedad. Vienen a comprar su material de cocina, sobre todo cacerolas con las que rivalizar con sus coesposas. El inmigrante a fuerza de viajar, ve que la manera de curar allí y aquí no es la misma y de oficio piensan que no es bueno, así que dan permiso a su mujer para venir a la capital y ellas aprovechan para ir a los supermercados, de tiendas, como hacen sus parientes de París. Y si una de tus esposas está en Francia la otra se va a morir de envidia y claro, se va a poner enferma» (K. Dramé, noble, Walisoxodé).* Cuestionadas las enfermas sobre si han recibido o no bienes de sus parientes en inmigración desde su llegada a Bamako, todas ellas lo confirman, tratándose especialmente de dinero.

Mientras que los agentes sanitarios del sector privado niegan estos usos de la enfermedad, los del sector público de la capital, en especial cuando ellos mismos son de origen soninké, confirman dicho análisis, subrayando la influencia de los inmigrantes: *«El otro día he tenido que reenviar al poblado a una sobrina que decía estar enferma. Si vuelves con un papel del médico diciendo que tu enfermedad no puede ser tratada en el poblado, OK, yo te vuelvo a acoger, sino te vas de vacaciones a otro sitio. Aquí decía estar enferma, pero lo único que hacía era comer, reposarse, recibir el dinero de su marido e ir de compras, mientras mi mujer no para de trabajar y yo de pagar. ¿Qué acentúa este fenómeno?, nuestros parientes en inmigración, eso es claro. Si cortas el grifo, ninguna va a venir» (Diarra, ORL, HGT).* Las personas recurso consideran igualmente que las razones socioculturales predominan en el fenómeno del salto de nivel: *«A la gente le gusta ser tratado bien. Y no ven la diferencia entre el guardián del centro de salud comunitario, un médico o la enfermera. Para ellos, son todos «pequeños doctores». Hay que ir a Bamako para ver a un gran doctor. Además, allí van a darse la gran vida y comprar. Quieren chulearse. Hay mucho de cultural y de analfabetismo» (Mr Doukuré, soninké, AMAP³⁶¹).*

Los agentes del sector privado consideran que el único factor sociocultural que podría estar influyendo en el fenómeno de salto de nivel es la poligamia: *«Las mujeres*

³⁶¹ AMAP: Association Malienne de Publicité. Se trata del organismo paraestatal que realiza los spots publicitarios de la única cadena de televisión existente en Malí.

soninké polígamas, ésas sí que le echan cuento, incluso hacen comas imaginarios (...). En Bamako manejan dinero y pueden gastarlo sin el control de los padres de su marido. El marido, si tiene varias esposas no puede darle a una sí y a la otra no. Pero si está enferma... Y al poblado vuelven con cacerolas, telas para enseñárselos a la coesposa y así mostrar el grado de amor del marido, que el marido la prefiere, no hacen más que rivalizar» (Dr. Keita, Generalista, Clínica Le Relais). Como ya evocamos, los medicamentos en especialidad juegan un rol en este sentido: «Además a las mujeres les gusta retornar al poblado con medicamentos en caja pues ello les da una fuerza moral. Si les das un genérico lo van a tirar al salir por la puerta. Si les das una caja lo van a llevar al poblado para mostrársela a su rival aunque nunca se tomen el medicamento, van a dejar la caja a la vista de todo el mundo, especialmente de su coesposa» (Dr. Símpara, generalista, Clínica Farakó). Dicha rivalidad no se restringe a la existente entre coesposas sino que afecta igualmente a las relaciones con otras mujeres del poblado: «Las mujeres soninké son extravagantes: les gusta decir yo valgo más que tú, tengo más que tú. Eso se muestra con cacerolas, joyas, ropas, y por ello se desplazan a Bamako» (Dr. Dramé, Ginecología, Clínica La Paix).

El prestigio y la rivalidad, valores fundamentales en esta sociedad, entran efectivamente en juego: «Les gusta poder decir: “yo tengo los medios, mi marido tiene los medios, nosotros somos mejores que la familia X que deja a sus parientes curarse en el poblado”. Venir a Bamako les da importancia. Viajar les da importancia, visitar tal clínica, poder decir que han dado a luz con aire acondicionado, que les han hecho tantas ecografías, eso las hincha de orgullo» (Dr. Diallo, Medicina Interna, HPG). Esto era confirmado todos los agentes biomédicos del sector público. Uno de ellos, que ha ejercido durante años en país soninké nos cuenta: «Trabajando en Kayes he visto un soninké que para curar a su mujer, y sólo para alardear delante de las otras familias, ha hecho traer un auxiliar de clínica desde Kayes, para que los del poblado viesen que tiene medios. Y eso que en el poblado estaba yo» (Dr. Yalcouyé, ORL, HGT).

Recordemos que este factor era igualmente señalado por los agentes sociosanitarios de Kayes: «La rivalidad, el prestigio, cuentan mucho en esta sociedad. El objetivo no es la salud, es poder alardear. Las mujeres soninké buscan volantes de derivación y los parientes en el poblado son cómplices ya que si el emigrante no envía suficiente dinero para gastar y adquirir prestigio, de este modo consiguen algo más. Te dicen que quieren una ficha de evacuación para Bamako, así el marido va a enviar,

200.000, 300.000 fcfa³⁶² y ella va a compartir una parte con el pariente del poblado. Sí, eso del prestigio también cuenta mucho, mira el caso que me ocurrió la semana pasada en el aeropuerto de Bamako. Había una mujer que tenía que volver a Yelimané³⁶³ tras pasar varios meses en Bamako para curarse de una enfermedad. Pero no había vuelos Bamako-Yelimané, así que tenía que coger el vuelo a Kayes y ella se negaba. Cuando le pregunté por qué no viene a Kayes y luego coge allí el autobús, me ha respondido que no tiene a nadie en Kayes para quedarse a dormir, así que me he ofrecido. Ella se ha negado y al final me ha dicho que mi marido exige que yo llegue en avión a Yelimané para que sepan que tenemos los medios y que él se ocupa bien de mí. Y así los parientes van a saber que mi marido ha triunfado y lo mucho que me quiere» (Dr. Cissouma, director, Hospital Regional de Kayes). Otros de los agentes sanitarios de la capital señala la venida a Bamako como un modo de escapar al control social al que está sometida la mujer en el poblado: «Al mismo tiempo, al venir a Bamako pueden escapar a la autoridad del suegro y de la suegra. Sin el marido al lado es muy difícil. Siempre estás vigilada. Sin salir, sólo trabajar y trabajar» (Goumané, Reanimación, HGT).

Sin embargo los *kagumés* y mujeres entrevistadas en Dramané niegan estas «otras razones» aludiendo principalmente como hemos visto a factores de tipo técnico. Sólo dos de las mujeres entrevistadas en el poblado señalan los usos sociales de los itinerarios terapéuticos de sus parientes enfermas en Bamako. Se trata justamente de mujeres que viven en concesiones en las que el *kagumé* dice estar contra el salto de nivel: «Las otras mujeres van a Bamako supuestamente para tratarse, cómo su marido está en Francia le dicen que les envíe el dinero para el tratamiento, pero en realidad mis hermanas van a gastar ese dinero en otras cosas. Si van a la capital donde mi tío Mamadala³⁶⁴ es para reposarse, engordar, no hacer nada, pasearse. El marido te envía dinero, puedes comer aloko³⁶⁵, patatas fritas, pescado, ateke³⁶⁶. Puedes comprar telas, cacerolas. En cambio aquí hay mucho trabajo, está una siempre cansada, no puedes engordar. Cuando vine de Abidján para casarme en Dramané, pasé un año en Bamako en casa de mi tío, y todas las mujeres estaban allí para descansar y comer bien. Mientras la mujer de Mamadala y yo trabajando para ellas

³⁶² Equivalentes a 304, 89 y 457,51 euros respectivamente.

³⁶³ Yelimané es la capital de la provincia del mismo nombre. Situado a una centena de kilómetros de Kayes, resulta ser una de los principales focos de migración hacia Francia.

³⁶⁴ Se trata de Mamadala Tirera, nuestro informante clave en Bamako.

³⁶⁵ Aloko: denominación en bámbara de los plátanos fritos, no disponibles en Dramané.

³⁶⁶ Se trata de un plato a base de cereales típico de Costa de Marfil e imposible de adquirir en el poblado.

pues decían estar enfermas, y un enfermo no trabaja, así que... » (Mme F. Dramé, noble, Horongalou).

Los miembros del Comité de Gestión del centro de salud de Dramané, así como los agentes sanitarios son muy conscientes de este problema: *«Las mujeres trabajan mucho y les gustaría poder reposarse y comunicar con su marido. Ella envía una cassette con algún inmigrante de vuelta a París. El marido llama, el suegro y la mujer se ponen de acuerdo y el kagumé confirma la gravedad de la enferma. Así él obtiene un dinero y ella va a Bamako para poder ir a descansar y comer mejor. Sin embargo, me imagino que has podido ver cómo viven allí, viven hacinadas y algunas atrapan enfermedades. El 90% de las enfermas tiene el marido en Francia. Si se ponen enfermas en el poblado es el kagumé quien paga. Si vas a Kayes vas a poder llamar a Francia y el marido va a enviarte un poco de dinero y te dirá que regreses rápido al pueblo, pero si vas a Bamako te va a enviar mucho dinero y al kagumé le sale gratis. A veces incluso recibe su parte» (Dra. Traore, médica-jefe 2000-2003).* La gerente de la farmacia, ella misma casada en el poblado con un inmigrante residente en París, y originaria de otra zona del país nos comenta: *«Aquí la vida es dura, el marido no te da el precio de los condimentos, con lo que estás obligada a trabajar en el campo. El jefe de la casa, el kagumé, te va a dar justo el precio de la receta. En cambio en el resto de Malí el marido te da también el costo de los condimentos, y puedes trabajar menos. Si vas a Kayes vas a llamar y el marido va a enviarte mucho dinero. Aquí con lo que el marido va a enviarte puedes comprar cinco telas, dos mantas, una cacerola. Además son de los que traen los vendedores ambulantes que van de poblado en poblado que no están a la moda. Si vas a Bamako podrás comprarte muchas más, pues el marido va a darte 50.000, 150.000 fcfa. Gastas 10.000³⁶⁷ para el médico y el resto es para tí».*

El ya comentado control sobre las mujeres se extiende a la esfera sexual como bien nos señala El Hadji Almamy Dramé: *« ¿Ir a Bamako? Ah, son las mujeres con su marido en Francia quienes van cuando quieren obtener dinero y no cocinar. Y en realidad allí les “ponen los cuernos”. Tú eres mujer, tu marido está en Francia, sin papeles, hace años que no viene, ves a las otras mujeres con sus maridos y tú estás sola y les escuchas lo que hacen en la habitación y eso te pone enferma. Así si de vez en cuando vas a Bamako, allí no hay tanto control social como en el poblado y bueno, ya me entiendes, en el poblado la religión no lo permite. Y el marido que es consciente y tiene un buen corazón, te permite ir a Bamako. Van a Bamako a reposarse. Y en*

Bamako se reposa y se calma... tú ya me entiendes (...) Y el kagumé no puede decir nada. Mira el caso de Fatoumata³⁶⁸ a quien tú has visto en Bamako. Yo no he podido decir nada pues su marido estaba de acuerdo... Ya sabes, te dicen que les duele la tripa, que si la enfermedad de mujeres. Esta enfermedad ha venido en nuestra región con Francia, la mayoría de las mujeres que ves en Bamako con esta enfermedad son soninké y son sus maridos quienes las han enviado. Y si van a la capital pueden... están tan solas... ».

Nuestro anfitrión en Dramané, Massamba Yatabaré es categórico a este respecto: *«Si van a la capital es para desfogarse y de eso tiene la culpa la inmigración. Dicen que si les duele abajo, que si... y claro ningún hombre se atreve ni a cuestionarlo ni a comprobarlo, pues no somos médicos, y además de esas cosas sólo se habla con el marido. Si fuera otra enfermedad pues bueno, puedes aún opinar, poner en duda que realmente esté enferma pero con «la enfermedad de mujeres», ningún kagumé lo cuestiona. Y todos piensan que para curarlo se necesita un gran doctor como los que hay en Bamako. Pues qué más quieres... ellas marchan para la capi y nadie lo cuestiona. Y allí, ¿quién va a controlarlas si están 200 en casa de Mamadala?. Y encima con dinero, eso sí que son vacaciones. Mientras, sus maridos no han comprendido ni la organización del sistema sociosanitario maliense ni las razones reales del desplazamiento de sus coesposas, así que siguen enviando el dinero. Mientras ellos sigan abriendo el grifo, nuestras mujeres continuarán yendo hasta la capital y continuarán gastando en tonterías el dinero de nuestros hermanos. Peor que eso, seguirán... y el SIDA visitará Dramané. Cuando eso pase será grave, aquí entre los Dramé, los grandes defensores del Islam... ese día será terrible... se habrá acabado... será el infierno».*

Mientras, una de las enfermas nos comentaba: *«Aquí es como un paraíso, puedo dormir, comer, reposarme, hacer lo que quiera cuando quiera, nadie me controla, no tengo que rendir cuentas al padre de mi marido, ni trabajar para sus esposas. Sí, llevo muchos meses enferma aquí en Bamako y mi marido lleva más de 20 años en París, Pero... aprovechando que me puse enferma: ¿has visto todos los juegos de cacerolas que me he comprado con el dinero que mi marido gana en Francia?.. Voy a ser la envidia de Dramané»* (Mme N. Dramé, noble, Walisoxodé –foto 17).

³⁶⁷ Equivalentes de 76.22, 228.66, 15.24 euros respectivamente.

³⁶⁸ Se trata de Fatoumata Dramé, nuestra interlocutora en Bamako.

Efectivamente, pudimos comprobar que el dinero enviado por los inmigrantes era utilizado para comprar, además de o en vez de los medicamentos, bienes diversos: telas, joyas, cacerolas. Esta «desviación» ya había sido señalada por Garnier (1990:16-17) respecto al dinero enviado por los inmigrantes para bienes de consumo en general, llegando a afirmar que son finalmente las mujeres quienes han visto mejorada su situación económica gracias a la inmigración: *«Una parte de los envíos a las mujeres, inicialmente destinados a las necesidades de consumo, son reafectados en inversiones (animales, oro)... son finalmente las mujeres las que tienen mayor independencia económica»*. La mayoría de las mujeres, al invitarte a su casa en Dramané o a su habitación en la capital, lo primero que hacen es mostrar con orgullo múltiples juegos de cacerolas «comprados en Bamako». Asimismo se ven numerosas cajas de medicamentos en especialidad expuestas al sol en las ventanas de sus habitaciones. Es común ver a éstas pasearse al interior de la concesión con boubous realizados en telas de gran calidad, tipo «wax primera calidad»³⁶⁹, que muestran con orgullo, aclarando que *«lo compré en Bamako cuando estuve enferma»* (foto 18). Éstas poseen baúles en los que almacenan las telas compradas en la capital, llegando incluso a contabilizar 200 piezas de tela. Los joyeros del poblado nos comentaban igualmente como sus principales clientas son las esposas de inmigrantes, especialmente las polígamas. Éstas constituyen al mismo tiempo una forma de inversión *«ya que el precio del oro aumenta regularmente. Así un pendiente de oro costaba en 1984 12.500 fcfa, cuesta en 1990, 20.000»*³⁷⁰ lo que supone un interés del 15%: *¿qué más se puede pedir?* » (ibídem:18).

Vamos a finalizar el presente capítulo con el testimonio del único informante que supo ofrecernos una visión global del problema, así como posibles soluciones. Se trata del ya citado Dr. Cissouma, director regional del Hospital de Kayes:

«Las cosas son muy simples. Las mujeres tienen razón yendo a Bamako, tienen sus propias razones, y los demás, maridos, kagumés, anfitriones y personal sanitario todos, se aprovechan de ello. Las mujeres quieren un sistema de salud como el que sus maridos, coesposas, hermanas y demás parientes tienen en París. No quieren conformarse con menos... Y, ¿con qué se encuentran?... Es por eso que a menudo los encuentras en las clínicas privadas de Bamako y que raramente les ves

³⁶⁹ El precio del metro de wax de primera calidad puede llegar a alcanzar 5.000 fcfa equivalentes a 7,62 euros. El salario medio en este país en 2001 era de 12.500 fcfa, es decir, 19,05 euros.

en Kayes. Ahora bien, todo el mundo se aprovecha de ello, los que les acogen, los que les llevan al hospital, todos ganan su dinero en el asunto. Y se aprovechan. Además la mayoría de las veces el objetivo principal de las enfermas no es sanarse sino gastar el dinero, y el de los otros, el del personal sanitario, el de los anfitriones, acabar con su dinero. Y en el poblado los kagumés también ganan su parte, sí. Y el inmigrante, que se siente culpable de haber dejado a sus mujeres, sus hijos, paga todo. Y aunque gaste dinero adquiere prestigio, y se mantiene unido a su gran familia,... La inmigración les ha dado esta posibilidad, pero al mismo tiempo ha traído desventajas especialmente a las mujeres. La inmigración ha pesado demasiado sobre las mujeres, más trabajo, más soledad... Habría que encontrar un medio para que éstas pudieran reposarse, tener acceso al dinero, salir... Pero sin necesidad de tener que ponerse enfermas... Y eso no se en un día... Eso no quita para que el sistema sanitario no tenga que ser mejorado, no. Las cosas son muy simples. Malí ha pensado un buen sistema de salud. Pero éste ha sido cortado en dos, en su organización, funcionamiento, consecuencias, todo está bien escrito. Pero en su posibilidad de aplicación todo es falso, no ha sido reflexionado, pues aquí no hay dinero. Y en el momento de su aplicación se ha ido al garete... En Dramané, entre los soninké puede funcionar, porque los inmigrantes van a enviar el dinero pero si no... Los PPTE³⁷¹ han venido a paliar ese problema. Los CSREF se ha dicho que van a ser así o asao. (...) Este sistema sanitario puede funcionar, pero necesita los medios, faltan los recursos financieros, los recursos humanos, la financiación de los recursos humanos, y un sistema público de seguridad social o algo así (...) Los países desarrollados, nos dicen de funcionar así o... pero ¿cómo una máquina va a funcionar si no tiene las piezas que necesita? Por ejemplo las formaciones en Salud Pública, nos dicen que los médicos deben especializarse en Salud Pública para tener un puesto. No te formas para los enfermos sino para tener un buen puesto. La sub frecuentación es debida a varios factores. Primero, una cosa es lo que los enfermos esperan, y no obtienen. También cuenta la conducta del personal: su presencia, acogida, las condiciones. Si el jefe del centro se cree patrón y la población tiene otra visión... La población quiere que los trabajadores socio-sanitarios se pongan a su disposición, que les sirvan. Nosotros debemos ocuparnos de los enfermos, pero el Estado debe ponernos las condiciones. Por ejemplo yo llego a Dramané hoy, llego, empiezo a correr detrás de la chica que el tesorero también ama. Yo sé que el Dr. está en su casa, a tal hora, pues, el tesorero

³⁷⁰ Equivalentes a 19,05 y 30,49 euros respectivamente.

viene a casa de ella y le da el salario al médico y le dice mira yo soy el jefe. Y como el tesorero es el hijo del jefe del poblado pues echan al doctor. La solución: los PPTTE son una solución, el Dr. no tiene que ver... Pero hace falta que el doctor sea formado. Hacen falta unos protocolos. Si estoy en casa del jefe del poblado, cómo comportarse, hace falta una formación social, cultural, hecha por alguien que conozca "las maneras de", es este aspecto el que nos falta en el nivel periférico. En el nivel regional la gente debe ser recibida tenga o no dinero. Y la especialización. Si un caso dice, mira ahora la cosa va bien en Kayes, y así de vuelta al poblado, la gente va a comenzar a venir. Y el sistema podrá funcionar, sí. Y claro, sin olvidar el problema de las mujeres... ».

Es decir, las enfermas entrevistadas se encuentran en Bamako, no sólo para curarse de enfermedades difícilmente tratables en Dramané o en Kayes sino también con el fin de intentar manejar ciertas dificultades socioculturales y económicas, realizando un uso social de sus itinerarios terapéuticos. Se trataría en definitiva más que de sanarse de una enfermedad «física», de poder descansar, engordar, seguir la moda en lo referente a la vestimenta, los utensilios de cocina o las joyas, conseguir dinero para preparar el ajuar de sus hijas, escapar al control social de los suegros, rivalizar entre coesposas o con otras mujeres, medir el grado de interés y amor de su marido ausente o adquirir prestigio.

Ahora bien, dichos usos sociales se deben no sólo de la situación de subordinación a la que el sistema cultural delega tradicionalmente a la mujer soninké, sino que resulta ser igualmente una estrategia para manejar los cambios producidos por la migración de sus maridos. El fenómeno migratorio habría trastocado el orden social correspondiéndose sus itinerarios terapéuticos con la definición dada por Augé (1994:180) como «una búsqueda de sentido individual en la cual lo corporal y el reestablecimiento del vínculo social no están disociados y que a su vez se corresponde con un estado de la sociedad en el que las señas de identidad y de las relaciones ya no son evidentes».

8.4. Ideas claves

En una sociedad donde la familia abarca varias decenas de miembros (incluso más allá de la centena) que comparten una misma concesión o *ka*, unidad de

³⁷¹ Hace referencia al grupo de países más endeudados del planeta, entre los que se encuentra Malí, que por su condición han podido beneficiar de ciertas ventajas respecto al pago de su deuda.

producción, consumo y reproducción, y donde la división del trabajo establece que las cargas de la casa estén en manos de sus miembros femeninos (quienes en la época de lluvias participan igualmente en las labores del campo), las mujeres para poder descansar encuentran como única razón aceptable culturalmente la enfermedad. Además, la inmigración habría venido a aumentar la participación de la mujer en el trabajo agrícola, lo cual incrementa dicha necesidad de descanso. A este propósito Quiminal (1991:19) comenta como *«la participación de las mujeres en el trabajo sobre el gran campo ha aumentado mucho. A veces cultivan también sobre su propio campo con el fin de completar el granero familiar. No han tenido la posibilidad de emigrar y aguantan doblemente la crisis»*. ¿Cómo manejar dicha crisis? ¿Cómo descansar? Poniéndose enfermas. Lógicamente la época de mayor afluencia a Bamako es la estación seca cuando las labores agrícolas han cesado y les resulta más fácil poder desplazarse sin que el kagumé se oponga en razón de *«que es necesaria para trabajar en el campo familiar»*.

La residencia virilocal que rige el sistema soninké establece que la mujer viva en la concesión (ka) de origen de su marido. Una vez que éste se encuentra en el extranjero, queda bajo la autoridad del kagumé y bajo las órdenes directas de su suegra. Ambos ejercen un fuerte control social sobre ella ante la ausencia del marido. La mujer no sólo ve aumentada con la inmigración su citada participación en el trabajo agrícola, sino que su suegra delega en ella un mayor número de labores del hogar en condiciones extremadamente difíciles (foto 19). Su marido no puede mediar en ello. La enfermedad aparece así como estrategia liberadora en la línea de lo defendido por Herzlich (1984:203) quien sostiene que: *“La enfermedad es liberadora si se percibe como una ocasión para escapar de un rol social que ahoga la individualidad.”*.

Por otra parte, las leyes restrictivas de los países de acogida de los inmigrantes establecen que el único modo para que un inmigrante irregular adquiera sus papeles es pudiendo demostrar su estancia durante largos años en el país de acogida (diez años en el caso de Francia según la legislación en vigor). Y durante este tiempo el inmigrante no puede regresar a su país quedando su mujer sola. El hecho de que en el seno de la sociedad soninké la mujer sólo sea reconocida y respetada cuando tiene hijos, agrava su soledad. Con el marido en el extranjero, la función reproductiva de la mujer es difícilmente realizable, con lo cual la inmigración refuerza su situación subalterna, viviendo las mujeres soninké cuyos maridos se encuentran en el extranjero en *«una miseria afectiva y sexual extrema, aun más dolorosamente vivida ya que su estatuto depende del número de hijos que traen al mundo»* (Quiminal 1995:27).

Algunas esposas encuentran en la posibilidad de ir a la capital como enfermas una excusa para satisfacer sus necesidades sexuales. En caso de quedar embarazada, el marido en exilio se verá forzado a aceptar dicho hijo como propio. Así la «enfermedad de mujeres» aparece de nuevo como una liberación, no sólo de ciertos roles sociales, sino también de su situación sexual, previendo el sistema cultural el manejo de sus posibles consecuencias no deseadas.

Si bien cuando el inmigrante está presente, es éste quien maneja el dinero y decide su uso, al estar en exilio, es el kagumé quien tiene el control directo sobre el mismo, y no siempre decide de modo que beneficie a las mujeres. Ir a la capital las va a proporcionar el control directo conquistando el estatus de rica, en una sociedad en la que es justamente la riqueza uno de los principales criterios de reconocimiento social simbolizando la gran ciudad, la puerta de acceso a éste (Louvel 1996:132). Una vez en Bamako, el dinero enviado por su marido para sufragar los gastos relacionados con los procesos de salud/enfermedad/atención, puede ser directamente manejado por la mujer, lo cual le proporciona una mayor independencia económica y por ende una modificación de la situación de desigualdad de género. A ello se une la posibilidad de acceder en la capital a bienes diversos, no disponibles muchas veces en el interior del país. Así la mujer dedicará una buena parte de dicho dinero a su cuidado personal, justificándolo muchas veces como *«un hacerse atractiva para su marido y para poder rivalizar con las otras mujeres»*. Esto vendría sin embargo a reforzar su rol de esposa, su identidad en tanto que «esposa de». Este comportamiento no estaría reservado a las mujeres soninké de origen rural sino que Louvel, considera que en Bamako *«los gastos en ropa, zapatos y embellecimiento por parte de las mujeres ocupan el segundo puesto en los gastos familiares tras la comida, y muy lejos de la educación la salud, el tiempo libre o los transportes»* (ibídem:133).

Asimismo, las mujeres rivalizarían a través del número, calidad y conformidad con las tendencias de moda de ciertos bienes materiales, sólo asequibles gracias al dinero enviado por el pariente en inmigración. Las mujeres soninké, en especial las polígamas, atribuirían a ciertos bienes materiales (telas, joyas, cacerolas, alfombras) un valor simbólico en tanto que signos exteriores de riqueza. En Malí, en el caso de la etnia senoufo, Jaffre (1999:197) comentaba que *«los utensilios de cocina en esmalte y las marmitas de aluminio confieren a quien los posee un status de mujer que ha triunfado»*. Este fenómeno ya ha sido observado por Fassin (1990c:113), quien comenta como entre las familias soninké de Senegal la posesión de un salón es *«un signo exterior de riqueza (...) al mismo tiempo revelador de la adhesión a una cultura*

dominante». Este comportamiento parece repetirse en Dramané, donde su posesión es igualmente un signo de ascensión social (foto 20). Y así, como las mujeres no realizan tradicionalmente actividades lucrativas, éstas no encuentran otra estrategia para adquirir dichos bienes que poniéndose enfermas, único caso de control directo del dinero de sus maridos.

Estos bienes proporcionan al mismo tiempo prestigio, valor clave en esta sociedad, que es obtenido igualmente por las mujeres a través de su estancia en clínicas equipadas con tecnología médica avanzada o con la adquisición de medicamentos en especialidad. Por su parte, los hombres lo adquieren pagando los cuidados sanitarios de su familia -si es posible en la clínica más cara y con medicamentos en especialidad- o con la construcción de los centros de salud comunitarios o gracias al envío de especialidades. Pero al mismo tiempo, a través de los dones recibidos de su marido gracias a «su enfermedad», las mujeres ven reforzada su posición de subalternidad respecto a éste, pues como bien nos indica Donati (2004:237) la reciprocidad generalizada se encuentra relacionada con la estratificación social: *«El desequilibrio económico es la clave del despliegue de generosidad, en el que la reciprocidad generalizada aparece como un mecanismo de arranque de la jerarquía y el liderazgo»*.

En esta sociedad fuertemente islamizada, dónde la poligamia es un estatus envidiable y realizable gracias a los bienes adquiridos en la inmigración, el único modo para que una esposa se distinga de su rival o coesposa respecto a los favores de su marido, y poder medir el grado de amor de su cónyuge, es la enfermedad. Al ser la gordura el ideal de belleza femenina soninké, al mismo tiempo que una expresión del cuidado del marido hacia su esposa, las mujeres hallan en su desplazamiento a Bamako un medio para poder no comer en el plato común y comprar así alimentos que engorden y medicamentos estimulantes del apetito. Además, dado que la rivalidad entre coesposas, entre familias y poblados es un rasgo propio de esta cultura, su «enfermedad de mujeres» sería una estrategia de individualización frente a la ideología igualitaria en la que les encierra el matrimonio poligámico (foto 21). Al mismo tiempo les permitiría gestionar las relaciones sociales de rivalidad entre coesposas de ella derivadas. Estrategia ésta ya señalada por Fainzang y Journet quienes analizarían en dichos términos las enfermedades de las mujeres soninké inmigrantes relacionadas con la reproducción. La medicalización de su malestar social, constituirían otra de las estrategias puestas a su disposición para en términos de Fainzang y Journet (1988:13) manejar *«la reducción de su feminidad a un modelo reproductor»*.

En definitiva, las mujeres soninké, influidas por las concepciones que de la biomedicina les transmiten los inmigrantes, y al estar al mismo tiempo sumidas en una situación de triple subordinación como mujeres, como mujeres de inmigrantes, y como mujeres polígamas, encontrarían en el uso social de la enfermedad, en su búsqueda de lo biomédico, en definitiva en su medicalización, una estrategia de resistencia a dicha situación de subalternidad en la estructura social y las relaciones de género, contribuyendo al mismo tiempo a su liberación del control social, familiar, económico y sexual al que se ven sometidas, y que la inmigración habría agravado. Al mismo tiempo su desplazamiento a la capital, permitiría a las mujeres conquistar nuevos espacios públicos, suponiendo un avance en su situación de desigualdad de género. Además, los itinerarios de estas mujeres estarían cumpliendo un rol de ritos iniciáticos, de consagración social, y de adquisición de prestigio, como puede ser la inmigración al extranjero para sus maridos: iniciación a la vida urbana y a una situación de mayor independencia.

Pero dicha estrategia no sería posible sin la implicación solidaria, no sólo de los anfitriones que las acogen en la capital, sino también de sus parientes inmigrantes en París, la fuente del maná³⁷².

³⁷² Recogemos esta expresión de Cedric Garnier (1990:13), quien la emplea para referirse a los envíos monetarios de los inmigrantes soninké hacia sus poblados de origen.

Capítulo Noveno

PARÍS, LA FUENTE DEL MANÁ

El inmigrante soninké llega a Francia con un proyecto individual, pero principalmente familiar y comunitario. Su misión: ayudar a su familia, su linaje, su clan, su grupo de edad, su barrio o su poblado de origen, es decir, a sus diferentes redes sociales de pertenencia. Estas redes han asegurado su supervivencia hasta su marcha del poblado e incluso han participado al pago de su viaje. El inmigrante se ocupará una vez en Francia de asegurar su supervivencia. Una de sus principales concreciones es su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes en el poblado, tanto de modo individual cómo colectiva. En el presente capítulo analizaremos las causas, el cómo, las finalidades y el futuro de dicha implicación. Para ello nos dejaremos guiar por el testimonio de dos de los inmigrantes de Dramané que primero se instalaron en París: Abdoulay Tirera y Kortoum Dramé.

Abdoulay Tirera, nacido en Dramané en 1942, lleva en Francia desde 1967. Su elección se basa por un lado en la profunda amistad que tenemos con él desde 1998, habiendo sido quien ha facilitado nuestras diferentes estancias en el poblado desde 1999 (foto 22). Asimismo fue gracias a él que su primo paterno, Mamadala Tirera, nos acogió en Bamako y nos abrió las puertas del resto de los anfitriones de enfermos asentados en la capital. El hecho de ser noble y no Dramé, del barrio de Horongalou y perteneciente a la clase de edad de los ancianos, le permite una posición desde dentro pero con una mayor perspectiva y posibilidad de crítica. Se trata asimismo de uno de los inmigrantes que más tiempo llevan en Francia. Es igualmente uno de los iniciadores y miembros más activos de la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria del centro de salud comunitaria de Dramané en París ocupando el puesto de secretario de relaciones exteriores. Y es también miembro de las diferentes cajas de solidaridad del poblado (*Keesi N'leme*) y de varias asociaciones que van más allá del marco del poblado de Dramané: IDS-Sahel³⁷³ y la *Association de la Ville de París*³⁷⁴. Los diferentes encuentros tuvieron lugar en su apartamento de París XVIII donde reside con su esposa francesa y un hijo de un primer matrimonio en el poblado.

Kortoum Dramé, es una mujer originaria de Dramané perteneciente al linaje fundador del poblado: Soumailosoxodé. Su elección se basa no sólo en la sólida amistad que mantenemos con ella desde nuestro primer viaje a Dramané en dónde la encontramos de vacaciones (foto 23), sino que al mismo tiempo se trata de una de las

³⁷³ IDS-Sahel: *Institut Développement Sahel*. Esta ONG, ya nombrada en el capítulo de marco etnosociocultural, reagrupa a más de setecientas asociaciones de inmigrantes procedentes del valle del Senegal.

primeras mujeres del poblado que se instaló en París (la tercera concretamente), a donde llegó por reagrupación familiar en 1975. Es asimismo de una de las fundadoras de la Asociación de mujeres de Dramané en Francia (*M.D.M.F.D.D.F.-Association Main dans la main-Femmes de Dramané en France*). En dicha asociación ocupa el puesto de tesorera principal, siendo hermana de uno de los dos hombres que controlan la asociación, Lassana Dramé, y cuñada del otro, Sémbala Dramé. Nuestra informante nos recibió en su apartamento situado en uno de los barrios periféricos de París rodeada siempre de alguno de sus hijos.

9.1. El porqué de la implicación solidaria de los inmigrantes

El itinerario migratorio de nuestro informante privilegiado en París, A. Tirera nos desvela cómo su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes se inscribe en un proyecto individual y colectivo:

«El que viene a Francia, viene para trabajar, para enviar dinero al poblado, responder a las necesidades de su familia extensa y luego economizar un poco para él. ¿Qué sentido tiene venir aquí si cuando tu esposa te llama desde Kayes diciéndote que está enferma no puedes ayudarla? Por ejemplo, yo estoy aquí, casi todos los meses envío dinero a mi hermano Harouna que es el kagumé de nuestra concesión³⁷⁵, a través de una persona de confianza, y Harouna se ocupa de las necesidades de nuestra concesión, incluido si alguien se pone enfermo. Y ya sabes tú que eso pasa todo el tiempo (...) Cuando yo era joven y vivía en Dramané también era así. Mi tío, el hermano de mi padre enviaba el dinero al viejo. Mi padre no vino a París, ni se instaló en ningún otro país africano pues era un gran marabú como su padre, y el abuelo decidió que debía quedarse en el poblado. Y mandó a su otro hijo Mamadou hasta Francia y era él quien enviaba el dinero. Esta solidaridad continúa y debe continuar, es la razón de la inmigración. Sin ella la gente en el poblado se moriría sobre todo tras las sequías de finales de los sesenta. Es a partir de entonces que verás muchos más de nuestra zona aquí, sí. Sin nosotros para ayudarles con el granero, para pagar las bodas, los bautizos, los entierros o cuando están enfermos, sería muy, muy difícil».

³⁷⁴ Esta asociación está constituida por trabajadores del ayuntamiento de París, en donde nuestro informante trabajaba como barrendero hasta jubilarse en el año 2002.

³⁷⁵ Fue en dicha concesión que residimos en nuestra estancia del 2001 acompañadas de nuestro informante Abdoulay Tirera.

Los inmigrantes entrevistados en París lo confirman: «*Tanto los mayores como Abdoulay o los jóvenes como yo, todos estamos aquí para ayudar a nuestra familia. Si se ponen enfermos, si el granero está vacío, para construir en cemento... Nadie ha venido para estudiar, o para sí mismo, nadie*» (L. Dramé, noble, Horongalou).

Dicha implicación es vivida por nuestro informante como una obligación con fundamentos religiosos relacionada al mismo tiempo con el parentesco:

«*La ley coránica ha dicho que si tienes algo no des la espalda a tu familia. Así que tengo obligaciones. Primero por hacer el bien. Segundo, si tienen hambre, si están enfermos, todo el mundo me señala a mí. Ves, tengo obligación (...) Si la persona tiene medios, no. No tengo por qué compartir con él, por ejemplo mi hermana Haby. No, ella está casada, vive aquí en Francia y trabaja. Ella tiene su capital y yo el mío. Si no, sí que estoy obligado. Si me llaman diciéndome que mi tía está enferma y ella no tiene marido o un hijo en exilio, estoy obligado. Como cuando, no sé si os acordáis, aquella tía mía que se murió y que en vuestro viaje del 99 os había dado su receta para la hipertensión³⁷⁶ (Paz a su alma). El Corán lo dice, ayudar a la viuda, el huérfano... Es muy, muy importante. Se trata no sólo de un vínculo con los de tu concesión, con los de tu kunda³⁷⁷ o con los de tu barrio, no. Los soninkés, por todas partes aparece nuestro deseo de mantener los lazos familiares, los lazos de amistad, de solidaridad. Sobre todo entre la gente de Dramané es muy importante... Es muy importante porque, acabo de citar algunos ejemplos, porque que tú seas Dramé no quiere decir que yo Tirera no sea tu familia, o un Kanouté (...) Incluso un nyakhamala, los herreros, los zapateros, los, hablando vulgarmente, esclavos, sí, hay un lazo de parentesco entre algunos esclavos y nobles. Es una historia de Corán, lo que se llama Charia, que dice que un esclavo, su maestro puede volverle noble (...) Así que somos todos familia. Luego, cuando se es familia, es muy importante mantener los vínculos. Y un modo de mantenerlo es ayudando a tu familia si están enfermos si el granero está vacío. Tu no estás sólo y no eres nadie solo (...) Como decimos en soninké: Si tú no puedes hacer la carrera solo más vale que le enseñes a correr al otro, así haréis la carrera juntos. Y para ello el otro tiene que estar en buen estado de salud, ¿no?... ».*

Curiosamente, su esposa, francesa de origen y cristiana de religión, señala que la elaboración de su discurso basándose en elementos religiosos es reciente: «Antes

³⁷⁶ Caso expuesto en los antecedentes.

³⁷⁷ Kunda: segmento de linaje.

mi marido me decía que tenemos que ayudar a tal persona que está enferma, que hay que cotizar para la caja del dispensario... decía que lo hacía porque es normal, a él le han ayudado ahora es su turno. Pero de unos años para acá no sé qué fervor religioso le ha entrado, que todo, todo, es debido a la religión, en fin...» (N. Tirera, francesa). Todos los inmigrantes entrevistados coinciden en que se trata de un medio para poner en práctica uno de los valores fundamentales de la etnia soninké, la solidaridad, sin la cual dicha cultura no podría perdurar: *«El verdadero fundamento de nuestra sociedad es la solidaridad. Tú eres la hija de mi hermano, eres el primo de mi tío, no te puedo dejar sufrir por el hecho de estar a muchos kilómetros. Si lo hago, no soy un soninké. Es así como nos lo han enseñado los antepasados. Es lo que a ellos les ha permitido perdurar»* (Mr L. Dramé, noble, Horongalou).

Pero ¿de quién ocuparse en el seno de la sociedad de referencia? A. Tirera retrata quiénes son los beneficiarios de la ayuda de los inmigrantes en caso de enfermedad y cómo dicha elección se basa en el parentesco y en las obligaciones derivadas del propio itinerario migratorio:

«La solidaridad no ha cambiado. Y menos cuando hablamos de ocuparse de alguien enfermo. Por ejemplo, para que un joven llegue a Francia es su grupo de edad y la familia quienes van a cotizar conjuntamente para pagar su transporte. Luego una vez en Francia, será tu turno de ayudar a su familia y a la familia de los que participaron en el pago de tu billete. Como fue en mi caso (...) Soy yo el responsable de los de mi concesión. La comida, la ropa, si alguien se pone enfermo... la dote de las niñas, los impuestos, todo. Y además ayudo a la familia de Mamadou y Fodié, pues ellos me ayudaron a venir aquí. Y cómo Mamadou murió...pues yo envío dinero para su viuda y sus hijos. Somos todos hermanos, somos todos del mismo kunda. Yo a su vez he contribuido para que dos de sus hijos vengan y ahora contribuyen ellos. Así que ya no envío dinero si hay alguien enfermo de su concesión. Bueno algo de dinero envío pero es para la carne ritual, un cuarto. Otra cosa es si hay una desgracia, la enfermedad grave de algún anciano, en ese caso todo el kunda de aquí se moviliza, todo el kunda juntos, aquí y allí, en lo malo y en lo bueno».

Los inmigrantes entrevistados lo corroboran y añaden el rol jugado por la poligamia: *«Los primeros a los que vas a ayudar para todo, si se ponen enfermos también, son los miembros de tu concesión, de tu ka. Tras ello, las familias de quienes*

han contribuido a la posibilidad de que vengas hasta París así como los miembros de la misma puerta. Pero no todo el poblado. Si se ponen enfermos ayudas a tu padre, tu madre, tus hermanos. Con tus tías y tus hermanas no tienes mucha obligación, están casadas. Bueno si están casadas con gente que no tiene muchos medios, si ves que sufren y tú tienes medios puedes darle algo. Si ves que su marido prefiere ocuparse de su otra esposa, pues la ayudas. Si no al resto los ayudas indirectamente a través de la asociación del dispensario» (Mr T. Sawané, noble, Walisoxodé).

Además los inmigrantes se responsabilizan de los recién llegados a Francia de su propia concesión, mientras no encuentren un trabajo: *«Estamos obligados a trabajar para la familia, los amigos, para todos aquellos que han contribuido a que estemos aquí (...) Y no sólo pagamos lo de los de allí sino también a los que no tienen trabajo aquí. Por ejemplo en nuestra familia hay aquí seis que trabajan y dos que no. Todos los días les damos 2 euros para gastos de bolsillo y para la comida del mediodía. A la noche comemos todos en el plato común. Si uno se pone enfermo le enviamos al médico con nuestra cartilla y luego pagamos entre los seis que trabajamos. Cuando yo llegué mis hermanos, Oumar, Idrissa hicieron así conmigo, ¿cómo no voy a hacer eso yo ahora?»* (B. Yatabaré, noble, Horongalou). Otro de los inmigrantes compara el rol jugado por ellos al de la seguridad social: *«Si uno se pone enfermo, tienes que enviar inmediatamente dinero. El kagumé de tu concesión te informa del estado del enfermo y del dinero que se necesita. Nosotros confiamos en lo que nos dice. Aquí te inquietas mucho, pues no puedes estar al lado del enfermo y lo más rápido posible, a través de alguno que vaya para Bamako o de los comerciantes del Gran Mercado, enviamos el dinero. Y así el enfermo puede venir rápidamente a la capital, pues, bueno tú misma has podido ver que en Dramané la atención sanitaria no vale la pena. Allí ya te puedes pudrir, no hay nada, ni hospital, ni seguro, nada. Así que somos nosotros los que nos ocupamos de los gastos. Vamos un poco lo que hace el estado aquí»* (M. Bathily, noble, Makhalagaré).

Nuestro interlocutor añade que dicha solidaridad, incluida su implicación en los PSEA-Procesos de salud/enfermedad/atención de sus familias, sólo finaliza al jubilarse, al entrar en la clase de edad de los ancianos, que permite cambiar los deberes por los derechos:

«Yo ahora ya estoy más tranquilo, estoy jubilado desde enero. Si continúo ayudando es porque quiero. Ya nadie me puede decir que es mi obligación si no se quién está enfermo, no. Ahora si ayudo es porque quiero ayudar. Es el turno de

nuestros hijos. Otra cosa es en la asociación que al tener más tiempo pues me podré consagrar más».

Pero veamos cómo *las mujeres inmigrantes* del área sanitaria en estudio declinan su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención. Éstas tratan igualmente de dar respuesta a los problemas de salud que viven sus parientes en el poblado. Como ellos, su implicación solidaria en los procesos de salud/enfermedad/atención, se realiza tanto de modo individual como colectivo. El itinerario migratorio de nuestra informante en París, Kourtum Dramé nos desvela cómo dicha implicación se inscribe asimismo en un proyecto propio de su género:

«Yo llegué en 1975. Fui la tercera mujer de Dramané en llegar a Francia. Nosotras las mujeres estamos en Francia sólo desde 1973. Bueno, para nosotras son los maridos quienes pagan nuestro billete para venir. No venimos aquí por el mismo motivo que los hombres. Ellos vienen para enviar dinero al poblado.. Nosotras hemos venido porque nuestro marido está aquí. Esa es la verdadera razón: construir una familia, tener hijos, ocuparnos de nuestro marido. No verás a ninguna mujer soninké que haya venido sin estar casada aquí. Ahora bien, una vez estás aquí y te ocupas de tu marido, de tus hijos, sí que puedes ayudar a los que están en el poblado. Estamos también obligadas como ellos, aunque menos, a contribuir a las necesidades de nuestras familias. Al llegar en 1975 no había más que dos mujeres de Dramané y era muy difícil. Mi marido no quería pero me he puesto a trabajar, si no te vuelves loca sin salir de casa. En África estás todo el día en la calle, aquí los franceses te miran mal si sales. Aquí es la cárcel, no ves a nadie y sin embargo he encontrado trabajo enseguida. Veintiséis años ya de trabajo. En aquella época las mujeres africanas no, no trabajaban, ahora la cosa ha cambiado. Pero trabajas para los de tu casa. No estás obligada a contribuir para el resto de la concesión o para tu familia de origen».

El discurso de Kortoum es confirmado tanto por los hombres como por las mujeres entrevistadas: *«Claro que para las mujeres es diferente. Mira mi esposa. Ella vino porque yo estaba aquí. Y ahora tiene un trabajito y el dinero puede gastárselo en lo que quiera. Si quiere puede ayudar a su familia, si su madre se pone enferma, contribuir al ajuar de sus sobrinas... Pero sino, no»* (T. Sawané, noble, Walisoxodé).

Pero ¿de quién ocuparse cuándo se es mujer? Kortum retrata quiénes son los beneficiarios de la ayuda individual de las mujeres inmigrantes:

«Nosotras no estamos obligadas. Pero la solidaridad es también un valor muy importante. Si por ejemplo tu hermana se pone enferma, y no tiene su marido en Francia pues te toca a ti pagar su tratamiento. Sólo estás obligada a hacerlo si su marido no está aquí, o está viuda y no tiene ningún hijo en el extranjero. También lo puedes hacer por la hermana de tu marido si ella está en una situación así. Una mujer desde el momento que se casa pertenece a la familia de su marido. Tu marido está obligado de ayudar a su familia, pero también lo puedes hacer tú si estás en el extranjero y ganas dinero pues eso es muy, muy bueno. A los hombres una mujer no les puede ayudar, no: ¿cómo vas a ser tú mujer quien ayude a un hombre? Yo sí que ayudo a las mujeres de mi familia y a las de la familia de mi marido y a los niños, pero si no, me lo gasto en otras cosas. Por ejemplo, a iniciativa mía, yo participo con mis hermanos para mi madre y mis hermanas solteras. También pago la leche, el biberón, los medicamentos de las gemelas de mi hermana que ha muerto. Pero también he construido una villa en Abidján, me he comprado bastantes joyas. Intento ayudar pero también vivir bien, bueno dentro de lo que una puede, pues cuando eres inmigrante te pagan tan poco. Sobre todo a nosotras que trabajamos en el servicio doméstico».

El resto de mujeres inmigrantes afirman, como Kourtum, ayudar a sus parientes de sexo femenino del poblado cuando se ponen enfermas, aunque no estén obligadas. El aspecto religioso es igualmente evocado: *«No, a los de la Kabila no, sólo a los más cercanos, ni siquiera si eres de la misma puerta o vives en el mismo ka. Ayudas a tus padres, hermanas. Si no tienen a nadie les pagas los medicamentos, el médico en Bamako. Por ejemplo con mi salario de 9.000 ff yo pago el alquiler con mi marido que son ya 3.000³⁷⁸, él paga la ropa, los impuestos, de aquí y de allí. Es dentro de poco el Ramadán y hay que enviar algo de dinero. El otro día mi hermana se puso enferma y es viuda, pues te llama y tú le envías algo. Yo estoy aquí por mi marido pero no puedo olvidarles. Si tengo los medios, voy a darles algo, y eso es para Allah. Es gracias a nuestros parientes que hemos llegado hasta aquí, no podemos olvidarles. Yo estoy aquí desde hace veinticinco años, no vale pena trabajar para uno sólo, no, hay que trabajar para los otros también. Si pasas de los otros, Allah va a pasar de ti»* (Mme

M.S. Dramé, noble, Walisoxodé). En ningún caso las mujeres recién llegadas son ayudadas por sus hermanas ya asentadas en exilio: «*Nunca ayudas a otra mujer que acaba de llegar porque está su marido aquí*» (Mme A. Dramé, noble, Horongalou).

Ninguna de las mujeres hace referencia a la poligamia. Todas ellas señalan que, como en el caso de los hombres, la entrada en el estatus de persona anciana, les exime de ser solidarias incluido respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes en el poblado: «*Dentro de poco estaré jubilada, y bueno, aquí hay la seguridad social, si no normalmente es a mí a quien hay que ayudarme y no yo quien ayude a los otros*» (Mme M. S. Dramé, noble, Walisoxodé).

Nuestra investigación corrobora el discurso de los diferentes actores sociales entrevistados tanto en París como en el poblado, Kayes y Bamako. Son los inmigrantes quienes efectivamente se hacen cargo del coste de los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes en el poblado. Hombres y mujeres participan aunque de modo diferente y siempre en relación con el objetivo de su proyecto migratorio que cómo comenta Quiminal (1995:26), «*se sitúa en el poblado y no en Francia*».

Para los hombres se trata de una obligación, no pudiendo «*dejar su familia en el poblado cuando se es soninké que con la intención de ayudarla*» (Quiminal et al. 1987:10). Los beneficiarios serán los miembros de su red social más inmediata: su concesión, su segmento de linaje (*kunda*), el grupo de edad así como las familias que han participado al pago de su viaje hasta Francia. Para las mujeres se trata de un acto voluntario y únicamente dirigido hacia los miembros de sexo femenino de su concesión de origen, y/o de la de su marido, que no cuenten con un inmigrante de sexo masculino que pueda responsabilizarse de sus gastos sanitarios. En ambos casos se confirma lo comentado por Weigel (1982:11) para la circulación de bienes en general en el seno de la sociedad soninké: «*Ésta se efectúa según redes de parentesco y alianza, según relaciones de clientelismo y dependencia estatutaria*».

El carácter voluntario del don femenino ha sido considerado en numerosas conversaciones informales por los inmigrantes de sexo masculino como ventajoso para la mujer pues en inmigración, y a pesar de disponer como los hombres de dinero adquirido a través de su trabajo, no están obligadas a contribuir, pudiendo darle un fin de carácter más personal. Este hecho ya había sido observado en el medio urbano por Fainzang y Journet (1988:24), quienes comentan que «*las mujeres soninké pueden ejercer ciertas actividades comerciales, cuyo salario les beneficia*». Sin embargo nos

³⁷⁸ Equivalentes a 1371,95 y 457,32 euros respectivamente.

advierten que en caso de abandono del marido o de paro prolongado del mismo «*ya no hablaremos de beneficio personal ya que se ven obligadas a mantener a sus hijos*». Tendrán que esperar a que crezcan éstos para poder de nuevo trabajar o comerciar para su propio beneficio.

El análisis del sujeto de la ayuda en caso de enfermedad nos desvela igualmente las relaciones de hegemonía/subalternidad existentes en esta sociedad, en la que el estatus social del enfermo y las relaciones de dominación/dependencia relacionadas predetermina quién ayuda a quién, así como la importancia de los recursos movilizados, como ya constatará Sidiki Tinta (1993:213) en otra etnia de Malí: los dogón. Las mujeres dependen siempre de un hombre, las casadas y en inmigración poseen un status superior a las solteras o viudas. Los lazos de leche y por alianza tendrían una posición hegemónica respecto a los de sangre, fruto del carácter diferenciado que tienen el parentesco del lado paterno y materno (Fassin 1992:170). Mientras que sobre los envíos para la subsistencia alimentaria, el kagumé, tiene el control sobre toda la concesión, y por lo tanto primaría en términos de Polanyi, el principio de redistribución, en caso de enfermedad es el principio de reciprocidad que emerge como ya lo señalaran Pollet y Winter (1978:349) para los casos de necesidad: «*Si hay déficit, emerge un sistema subsidiario dependiente del principio de reciprocidad por el que daría a cada miembro en función de sus necesidades*».

La situación de crisis económica actual parece no haber afectado este principio de solidaridad que continúa reproduciéndose en el caso de los inmigrantes recién llegados de sexo masculino. Este hecho ya había sido señalado por Barou (1990:12) a finales de los ochenta: «*Las dificultades económicas crecientes encontradas por los trabajadores instalados en las residencias han alterado apenas la tradición de solidaridad que favorece la aceptación y responsabilización de los gastos de los recién llegados*».

El acceso al trabajo es vivido por las mujeres inmigrantes de este poblado no sólo como un medio para acceder al dinero y con ello poder adquirir bienes de prestigio o implicarse solidariamente, sino también como un factor de integración social que permite superar el aislamiento en el que viven en la sociedad de acogida. Este aislamiento se deriva en buena parte del modo de vida francés caracterizado por su individualismo y en donde las relaciones sociales no se desarrollan en la calle sino en espacios privados: domicilio, asociaciones. En este aspecto la mujer soninké, perteneciente a una cultura en el que la vida al exterior de la casa y el cultivo de las relaciones sociales son ejes fundamentales, manifiesta encontrarse en una peor

situación que en el poblado de origen a pesar de haber avanzado en la conquista del espacio público laboral.

Para ambos sexos la causa de dicha implicación solidaria se encuentra en los principios solidarios que rigen el Islam y otros propios de la etnia relacionados con el parentesco. Como estudiara Fainzang (1986:17) entre los bisa de Burkina Faso: *«El Islam ha venido a sustituir los sacrificios por dones. El régimen endogámico de alianzas lleva a una situación en la que todo individuo es pariente de otro, habiendo trasgredido en cierto modo y gracias al Islam la estratificación social por clases»*. Para ambos sexos su obligación cesa en el momento de entrar en la clase de edad de los ancianos que coincide en la situación de inmigración con la jubilación.

9.2. El cómo: de la ayuda individual a la ayuda colectiva

Acabamos de ver que cuando el infortunio, incluida la enfermedad, afecta a alguna de las redes de pertenencia del inmigrante la respuesta de éste es en un primer momento individual. Sin embargo, a medida que crece la comunidad proveniente de un poblado, la implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención comienza a organizarse colectivamente: en cajas de solidaridad primero, en asociaciones después. Abdoulay Tirera nos cuenta cómo ha tenido lugar este proceso en Dramané:

«Cuando yo llegué éramos muy pocos y poco a poco nos fuimos organizando. Los primeros de Dramané llegaron aquí en los años cuarenta. Luego en los sesenta vinimos bastantes. Y ahora fíjate todos los que somos, casi cuatrocientos. Los que vivimos en familia y los que viven en residencia, los que estamos en París y los de Troyes. Todos juntos, como en el poblado. No sólo ayudas a tu familia cuando tal persona está enferma, no. Eso lo sigues haciendo pero además ayudamos de modo colectivo a todo el poblado y de modo indirecto tu familia se beneficia. Cotizamos todos juntos en cajas de solidaridad para hacer cosas, proyectos en el poblado, como cuando creamos el centro de salud. Eso creo que fue en 1995 o 96, antes ya habíamos cotizado colectivamente para la mezquita y para la cooperativa en los años setenta. Luego tuvimos la gran idea de crear el dispensario, y Dramané se benefició³⁷⁹».

³⁷⁹ Recordemos que en Dramané son los residentes en el poblado quienes se atribuyen ellos el ser el alma mater del proceso de institucionalización del centro de salud.

Esto fue corroborado por todos los inmigrantes: *«Sí, cuando yo vine en 1963 cada uno ayudaba por su lado, luego nos dimos cuenta que todos juntos podíamos ayudar mejor así que creamos la asociación del dispensario con los de Makhaná. Pero en los años setenta, no, no era posible pues éramos aún pocos»* (Mr T. Sawané, noble, Walisoxodé). Efectivamente, la implicación colectiva se traduce primeramente bajo la forma de cajas de solidaridad, entre ellas la que daría lugar a la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria del centro de salud. Su organización es la siguiente:

«Todo hombre nacido u oriundo de Dramané, mayor de 18 años e independientemente de si vive en residencia o en apartamento, debe inscribirse en la keesi N'leme, ya sabes la caja común y cotizar. Cada linaje controla que sus miembros que trabajan coticen. Ahora bien, si no trabajas o te jubilas dejas de cotizar. Hay diferentes cajas y una de ellas es la del dispensario. Por ejemplo mañana hay en la residencia de Charonne la reunión de la caja de Siresoxodé. Bueno de Siresoxodé y Soumailosoxodé. Antes estaban separadas pero desde hace una quincena de años, las hacemos juntos, todo el barrio junto, todo Horongalou. Es una caja de solidaridad en caso de que alguien muera, o para las fiestas envías dinero para comprar los toros o los corderos. También hay una caja para todo el poblado de Dramané. Y luego hay las cajas de las asociaciones. Bueno la de la asociación de los jóvenes de Horongalou, la de los jóvenes de Walisoxodé y la asociación del dispensario y la de la cooperativa».

Algunos de los interlocutores señalan la existencia de cajas de solidaridad al nivel de cada *Kabila*³⁸⁰: *«Tenemos un caja de solidaridad en cada kabila. Cotizamos por ejemplo para la comida. Si hace falta alguna cosa, pues cada uno de los que estamos aquí ponemos 1.000 ff el mes próximo. Así puedes enviar 6.000, 5.000 ff³⁸¹ al poblado»* (T. Sawané, noble, Wallisoxodé). Otro de los entrevistados considera sin embargo que la existencia de una caja de *kabila* es una agresión a la unidad del poblado: *«Nunca hemos querido que se coticie por Kabila. No puede ser un proyecto de Kabila para las mezquitas o para el centro de salud, no. La casa de Dios, la salud son para todo el poblado (...). Las cajas son para todos. Pero ahora el mundo ha*

³⁸⁰ La *kabila* es una agrupación de clanes nobles con una serie de derechos y obligaciones derivados de su historia de instalación en el poblado.

³⁸¹ Equivalentes a 152.44, 914.63, 762,19 euros respectivamente.

comenzado a cambiar y hay una asociación de jóvenes por cada barrio. Y eso es la división. Y esta división nadie la ha querido. En Dramané hay un solo jefe de poblado, no puede haber dos. Si empezamos así igual acabamos haciendo dos asociaciones para el dispensario, y para...al final eso va a llevar a la división del poblado (...) Y eso es el fin, nuestros antepasados han estado siempre juntos, sí, juntos» (L. Dramé, noble, Horongalou).

La gestión de las cotizaciones hace aflorar otra serie de conflictos existentes al interior de la comunidad. Veamos el discurso de A. Tirera:

«Por ejemplo para la caja del barrio, son 15 ff mensuales, 25 ff para la del poblado, 50³⁸² para la del dispensario, pero la gente pasa de cotizar. Tenemos muchos problemas. Y no sólo en la Asociación del dispensario, no. Hay muchos Dramé³⁸³ que no cotizan. Es una cantidad miserable pero hay gente que no cotiza. Yo he dicho que hay que aumentar a 100ff, 200 ff³⁸⁴ mensuales para el dispensario. Así igual hasta podemos construir un gran hospital cómo Gakourá (...) Para el centro de salud hemos cotizado primero para poder instalar la asociación. Para cada caja, para cada asociación primero cotizamos para poder ponerla en marcha. Si, es así. Primero hacemos una caja común y si es necesario como lo fue para el centro de salud la transformamos en una asociación. Fue la ley quien nos obliga a transformarla en asociación. Cada fin de mes cada uno cotiza. Además para que las ONG nos ayuden, así ven que nosotras también hacemos algo, pues te piden que participes, que tengas los papeles, no pueden pagarte todo ellas. Además hay todo un debate para decidir quién debe cotizar, todavía ni en eso hemos avanzado y ya llevamos desde el 95 cómo asociación del dispensario. Discutimos a menudo si los sin papeles deben cotizar. La gente dice que sí. Es lo que te acabo de decir, el soninké, se apiada de ti sólo si no tienes nada. Pero si consigues algo, si llegas a su nivel no tienen piedad. Y no sólo con los extranjeros. Sobre todo entre nosotros hay muchas envidias y rivalidades. Hay quienes dicen que tienen que contribuir pues ganan dinero e incluso algunos van chuleándose de que han construido en el poblado. Yo lo veo lógico que coticen (...) Somos casi cuatrocientos y hay unos ochenta, siempre los mismos que no

³⁸² Equivalentes a 2.29, 3.81, 7.62 euros respectivamente.

³⁸³ Dramé: nombre del clan fundador del poblado de Dramané.

³⁸⁴ Equivalentes a 15.24, 30.5 euros respectivamente.

pagan. ¿Puedes comprenderlo? El otro día ya le he dicho al jefe del poblado, venimos para una cosa, la gente no cotiza para el centro de salud y vosotros pasáis la reunión a tiraros los platos a la cabeza. Todos los problemas de este barrio, los del otro salen sobre la mesa. Y nos vamos cuatro horas después sin haber pagado. Es completamente ridículo. Así que ninguna de las cosas que necesitamos mejorar en el centro puede avanzar (...) Para hacer algo en colectividad es muy difícil, muy difícil».

Uno de los inmigrantes reinstalado en el poblado comentaba incluso un problema de falta de fondos en la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria de París: *«En la caja de la ASACO en París ya no hay un duro pues han hecho gastos fastuosos cuando vino la doctora Traore en julio del 2002. Y ahora no tienen ni un duro para pagar los salarios. No podemos pagar el salario de la doctora³⁸⁵. En vez de hacer esos gastos fastuosos mejor que aseguraran el salario mensual, que llenen la caja. Y luego las mujeres no han querido ser menos y han dado otro tanto a la doctora. Y encima al parecer hay muchos que no cotizan»* (EH. Cissoko, esclavo, Makhadougou).

Las reuniones se realizan en las residencias, afianzando su rol como punto neurálgico de la vida en inmigración. La distribución de responsabilidades reproduce la estructura social del poblado. Abdoulay Tirera comenta:

«Las reuniones de la asociación del centro de salud se realizan en la residencia de Charonne. Como las del resto de las cajas de cotización y de las asociaciones. Para los de Dramané se hacen la mayoría de las veces en Charonne. Los de Dramané estamos sobre todo en dos residencias Charonne y Quai de la gare. Hay Tirera, Dramé, todos. Todos vamos allí (...) El presidente de la asociación es Mamadou, Mamadou Bathily, el del Comité de Gestión M. Dramé. Quien lleva el cuaderno de cotizaciones, el responsable no es un Dramé. Generalmente somos nosotros los Tirera, los Yatabaré, los camaradas de los Dramé, somos los nobles guerreros quienes controlamos. No, el jefe del poblado, no. . En Dramané es Samba Tirera, aquí es Moussa Yatabaré. Un nyamakala jamás, un komé aún menos. A veces los Dramé cogen el cuaderno y controlan que hay tanto dinero, que has hecho bien tu trabajo».

³⁸⁵ Dicha dificultad para el pago del salario de la doctora nos fue confirmada por ella misma durante nuestra estancia en Dramané: *«Sí, son los de París quienes pagan mi salario, pero desde septiembre no me han pagado y estoy pensando en irme»* (Dra. Traore, médica-jefe del CSCOM entre 2000 y 2003).

Los inmigrantes confirman la distribución de puestos según la estructura tradicional, la cual fue al parecer decidida tras una ardiente lucha entre los del poblado y los inmigrantes: *«Cuando se hizo la asociación, Almamy nombró en el poblado quien iba a participar. Aquí también quiso hacerlo, el jefe del poblado en Dramané le dio permiso. Pero los inmigrantes de aquí quisimos, bueno los ancianos de aquí que eran jóvenes cuando aquello, quisieron ser ellos quienes deciden pues somos nosotros quienes pagamos. Todo, todas las reuniones se han celebrado en la residencia, entre Charonne, Quai de la Gare y Aubervilliers donde están los Bathily. Los jóvenes fuimos testigos, aunque no pudimos intervenir»* (B. Yatabaré, noble, Horongalou). Nuestro interlocutor señala igualmente que la gestión corriente de la asociación de salud comunitaria es dificultada por el individualismo de algunos de sus miembros: *«Se trata de bien trabajar por el poblado, por el país. No hay que ser sectarista, hay que querer hacer algo por la colectividad. Desgraciadamente en las reuniones te das cuenta que hay muchos que son sectaristas, algunos de los miembros y algunos de los responsables. Los soninké están en retraso debido a eso. El retraso es el individualismo, sálvese quien pueda. No podemos hacer nada colectivamente. Verás muchas cajas, asociaciones, pero luego nos cuesta hacer algo de concreto de modo colectivo. Las reuniones sirven para otra cosa. Los puestos se ocupan para otra cosa., (...) Algunos están en la asociación para tener su nombre escrito y decir que yo soy...y frenan los proyectos porque piensan que si hago tal cosa puede ser una ventaja para el otro así que mejor no lo hago. Pero el Islam nos dice de hacer el bien colectivo»*.

Como en el caso de los hombres, a medida que crece la comunidad de mujeres provenientes de Dramané y residentes en Francia, su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención comienza a organizarse de modo colectivo. Kourtum Dramé nos cuenta cómo ha tenido lugar la institucionalización de dicha implicación:

«La primera en llegar fue la mujer de Kumpara Dramé, la presidenta de nuestra asociación, ella lleva aquí desde 1973. En cambio nuestros maridos, los primeros inmigrantes de Dramané llevan desde los años cuarenta o cincuenta, veinte, treinta años antes que nosotras. Así que no nos hemos organizado hasta hace unos dos o años. Antes cada una ayudaba a su familia de su lado. Ahora nos hemos organizado. Bueno, seguimos haciéndolo de modo individual pero ahora lo hacemos también de modo colectivo. Pero antes que nosotras, nuestras hermanas de Dramané ya habían

creado una asociación (...) Eso creo que fue en 1997 o 98 (...) Así que cuando nos hemos enterado que ellas se han organizado, nos hemos querido organizar».

Otra de las mujeres nos cuenta más detalles sobre el proceso de creación de la M.D.M.F.D.D.F.-Asociación de Mujeres de Dramané en Francia: *«Ha sido Seydou Dramé³⁸⁶ antes de morir quien nos ha organizado. Nos ha reunido en la residencia de Chevaleret, hemos hecho una gran reunión allí, y estábamos todas de acuerdo. Luego ha llamado a Diariatou Sawané, la mujer de Kumpara³⁸⁷, el más anciano de los hombres, que ha sido la primera que ha venido en Francia. Ha dicho, mira, han dicho que como eres tú la más anciana de nuestro país, tú vas al ayuntamiento te van a dar los papeles, tu los rellenas y hacemos una asociación. Diaretou es su marido quien es el más viejo, es su mujer quién está delante. Seydou Dramé nos ha dicho de crear la asociación porque nuestras hermanas nos necesitan»* (Mme M.S. Dramé, noble, Walisoxodé). Uno de los inmigrantes entrevistados, *alma mater* de la Asociación de mujeres en Dramané, confirma que fue a petición de la asociación del poblado que las mujeres se han organizado: *«La asociación de Dramané la hemos comenzado en 1995 con los cursos de soninké. Luego montamos el huerto (...) Las mujeres de aquí acaban de crear una asociación a petición de las mujeres del poblado para que les ayuden desde aquí. Y ha sido Seydou quien se ha encargado»* (B. Yatabaré, noble, Horongalou -fotos 24 y 25). Las mujeres en Dramané lo aseveran: *«Es este año, que las mujeres de París han empezado a menearse, ya era hora porque los hombres de París no nos hacen ni caso»* (S. Yatabaré, noble, Horongalou).

Los documentos internos de la asociación consultados exponen cómo ha sido en el año 2001, *«el 7 de febrero del 2001 que la declaración ha aparecido en el Boletín Oficial con sede social en París. Su objetivo es ayudar al desarrollo del poblado de Dramané y a la integración de las familias de Dramané en Francia»* (M.D.M.F.D.D.F. 2001:1). *«Son las mujeres del poblado quienes nos han enviado una cassette para incitarnos a crear aquí una asociación que reagrupe todas las mujeres del poblado que viven en Francia en lugar de continuar a cotizar de modo individual en las cajas de barrio tradicionales»* (M.D.M.F.D.D.F.2004:1). Curiosamente la asociación de mujeres en Dramané, no ha sido reconocida oficialmente hasta el doce de diciembre de 2001.

³⁸⁶ Se trata de un inmigrante soninké del reino de Guidimakha muy activo a nivel asociativo en Francia y vecino de Mousokoro Dramé, una de nuestras informantes.

³⁸⁷ Hace referencia a Kumpara Dramé inmigrante y al mismo tiempo uno de los anfitriones entrevistados a Bamako.

Kortoum nos explica la organización de la Asociación que contrariamente al caso de los hombres, no es específica para el ámbito sanitario. Ésta es el resultado de la fusión de las dos cajas de solidaridad de barrio preexistentes:

«Formamos parte todas las mujeres casadas en Dramané aunque no hayamos nacido en Dramané. Las nacidas en Dramané cuyo marido es de otro poblado no se pueden afiliar. Ahora ya tenemos nuestra inscripción oficial. Antes no teníamos el papel y había dos, eran cajas de solidaridad, una por barrio, una para Horongalou, una para Walisoxodé. Ahora estamos juntas, nos ocupamos de todo tipo de problemas, no sólo del hospital. Para ello cotizamos 7 euros cada dos meses, la mitad que ellos».

Las mujeres entrevistadas lo confirman: *«Seydou Dramé ha dicho que todas nosotros debemos ir juntas, Walisoxodé, Horongalou, todas juntas. Si no, nosotras, las de Horongalou, teníamos una caja de solidaridad. Wallisoxodé, ellas tenían la suya. Cada una de su lado»* (M. S. Dramé, noble, Walisoxodé).

Respecto a los criterios de pertenencia a la asociación el estudio de los estatutos confirma que las diecinueve mujeres miembros de la directiva están casadas en Dramané. Seis de las mujeres han nacido fuera de Dramané: una en Digokory, una en Kayes, una en Samé, una en Senegal, una en Costa de Marfil y una en Francia (M.D.M.F.D.D.F. 2001:2-6). En la reunión del 29 de septiembre del 2001 se tomó la decisión de permitir a una mujer divorciada de un originario de Dramané continuar en la asociación *«pues tiene varios hijos varones en el poblado»*.

Las reuniones tienen lugar en una sala del ayuntamiento de París sita en el barrio XIX, en la misma urbanización que la casa de su presidenta. La distribución de responsabilidades y gestión se realiza de nuevo de modo tradicional:

«El ayuntamiento de París, gracias a Abdoulay Tirera, nos ha dejado esta sala. Aquí estamos más tranquilas que en la residencia. Además allí es para los hombres. Además aquí no estamos solas. Lassana y Sémbala Dramé están con nosotras. Los dos hombres han presentado la asociación al jefe de Dramané en París: Bakary Dramé de Fresnes. El jefe nos ha dado su acuerdo y animado. Un casete ha sido enviado al jefe del poblado para informarle por respeto (...) A las mujeres, no sé, no sé si se la dejaron escuchar... Mira la presidenta, es de Walisoxodé, ya sabes la primera

esposa de Kumpara³⁸⁸. Pero quien dirige realmente son Sémbala y Lassana. Así tiene que ser. Hay dos hombres con nosotras. Es necesario que dirijan ellos (...) La convocatoria se hace por barrios y es una garanké llama por teléfono».

Las mujeres entrevistadas atestan que fue «Seydou Dramé quien ha nombrado presidenta a Diaretou, sí. En aquella época su marido, bueno el hermano de su marido era jefe del poblado, era el más viejo. Así que la tocaba a ella ser presidenta a pesar de que está muy enferma y es muy mayor, tiene más de sesenta años. «Ya sabes los riñones... Todo el día con la diálisis. Seydou Dramé ha elegido a las personas. Ha elegido los miembros de la dirección. Pero Diaretou no estaba de acuerdo. Ha dicho que es ella quien debe dar los nombres, quien va a elegir las personas. Eso ha provocado muchas discusiones porque estaba mal hecho. Lo hemos respetado pero estaba mal hecho. En la dirección sólo hay nobles. Seydou nos dijo que sí, que podías ser miembro de la dirección aunque fueras komé (...) Es la cabeza, la inteligencia la que te permite estar en la dirección. Pero ellos, Dramané, dices, mira yo... mi marido es más grande que el tuyo, así que soy yo soy quien va a ocupar ese lugar. Es eso lo que hace que tengamos tantos problemas. Luego cómo había que elegir algún hombre para que nos acompañe pues se ha elegido a Lassana y a Sémbala; su hijo y su yerno. Todas las mujeres estaban de acuerdo. Seydou ha elegido únicamente mujeres y las mujeres no estaban de acuerdo, querían hombres en la dirección (...) Diaretou ha elegido a su hijo y a las suyas» (Mme M.S. Dramé, noble, Walisoxodé)

El sistema de comunicación lleva en ocasiones a problemas en la asistencia a las reuniones: «Damos una tarjeta de teléfono y se llama a las mujeres por barrios. Es una komé o una garanké para cada barrio quien hace la comisión. Es así para todos los eventos. El problema es que a veces si la garanké de un barrio no llama por una u otra razón, pues van a faltar la mitad de las mujeres. Aquí vivimos en barrios diferentes y muchas veces no te enteras de lo que pasa» (A. Dramé, noble, Horongalou).

Pero, para una de las mujeres, bámbara de origen pero casada en Dramané, detrás de dichos problemas de comunicación se esconde la ya evocada división entre barrios: «No te convocan y así las cosas no avanzan. Detrás está el problema de la rivalidad entre barrios. No sé cómo explicarte. Dicen que es la misma familia pero si te fijas bien, como tú dices, están partidas (...) Y aquí cada cual defiende su barrio. Muchas reuniones transcurren así, discutiendo. Dramané es muy complicado, muy

³⁸⁸ Se refiere a Kumpara Dramé uno de los anfitriones de Bamako.

complicado. A veces es frustrante porque si hace treinta años que vives con ellos, que te has casado con uno de ellos y siguen diciendo que tú no conoces nuestros modales, que te calles que eres una extranjera (...) Hay cosas que no podemos decir, por ejemplo que estamos divididas» (Mme MS. Dramé, noble, Walisoxodé).

Nuestra interlocutora alude a la existencia de cierto nivel de individualismo, el cual, cómo entre los hombres, frena la realización de proyectos a nivel colectivo:

«En este momento en Dramané para lo que es de interés general, hay muchas dificultades. Bueno yo diría que, el hecho de hacer las cajas, nuestra Asociación de Mujeres para ayudar en Dramané, eso corresponde al interés general. Eso es bueno. Porque el dinero que se coge de aquí, este dinero es productivo... Por ejemplo el dinero que los hombres han enviado para la nueva maternidad... es importante, es del interés general. Hay que continuar. Creo que los sabios piensan bien todas esas cosas Pero al mismo tiempo veo que entre nosotras, entre las soninkés es un poco limitado, eso es lo que es una pena. A menudo podríamos ir más allá pero pasamos el tiempo discutiendo en las reuniones. Muchas no piensan más que en ganar dinero. Eso es lo que nos limita, el que cada uno sólo piense en su propio beneficio».

Las restantes mujeres asienten: *«Rivalizamos mucho entre nosotras. Los hombres lo hacen y nosotras somos peores» (M. S. Dramé, noble, Walisoxodé).*

El análisis de los diferentes documentos constitutivos de la Asociación nos muestra cómo la mayor parte de los puestos de responsabilidad están en manos de mujeres (diecisiete de los diecinueve miembros de la directiva) de las cuales nueve pertenecen al clan Dramé. Hay igualmente tres Sawané, dos Kanouté, una Cámara y una Karaguera. Los dos hombres miembros son del clan Dramé: uno de Horongalou, el otro de Walisoxodé. Según el Cuaderno de Cotizaciones de la Asociación de mujeres un total de ciento y once mujeres cotizan de las cuales once viven en Troyes. Todas las mujeres residentes en Francia están afiliadas salvo ocho. De las ciento y once, cuarenta y tres son Dramé por alianza (38.74%). Los dyamu más representados tras los Dramé son Cámara con diez mujeres (9%), Tirera con siete miembros (6.3%), Yatabaré y Sawané con seis (5.4%) y cuatro del clan Kanouté (3.6%).

Respecto al grupo de edad al cual pertenecen las mujeres miembros de la directiva, doce de las diecisiete han nacido en 1960 o antes (70.59%) perteneciendo a la clase de edad de las ancianas. Los dos hombres pertenecen a la de los jóvenes pues han nacido en 1968. La más mayor es la presidenta que ha nacido en 1940. La más joven,

nacida en 1977, resulta ser la única miembro de la directiva nacida en Francia (M.D.M.F.D.D.F. 2001:2-6), y que debido a su nivel de escolarización fue elegida. Varias reuniones con la ONG GRDR³⁸⁹ han tenido lugar, a iniciativa de los dos hombres de la asociación con el fin de formar a las mujeres en sus funciones directivas.

La implicación de los inmigrantes, tanto hombres como mujeres, en los procesos de salud/atención/enfermedad no sólo se realiza a nivel individual sino también a nivel colectivo. Esta voluntad de organizarse colectivamente en inmigración ya había sido remarcada por Birama Sissoko (1996:98) quien en su trabajo entre el gremio de carniceros de Bamako comenta: «*No importa en que medio se integren, los soninké se reagrupan rápidamente en estructuras modernas como cooperativas o asociaciones*». Este proceso de organización solidaria colectiva va ligado a la propia evolución del fenómeno migratorio entre los soninké, dándose primero entre los hombres pues estos llegaron previamente. La institucionalización de las cajas de solidaridad bajo la forma jurídica francesa de *Association Loi 1901* responde al interés por poder acceder a las subvenciones y ayudas, tanto del país de acogida como del de origen. Se trataría de un claro ejemplo de lo que ha venido en llamarse codesarrollo y que como Démbélé señala (1993:37) se estarían convirtiendo «*en actores a parte entera de la cooperación internacional*».

Las cajas de solidaridad «*funcionan sobre el modelo de las estructuras sociales del poblado de origen*» (Kanté 1986:30), siendo reproducido este modelo al ser transformadas en asociaciones. Como ocurriera en Dramané en el momento de institucionalización del CSCOM-Centro de salud comunitario, la institucionalización de dichas cajas permite a los inmigrantes reproducir las relaciones de hegemonía/subalternidad existentes en el seno de esta sociedad entre linajes y clases sociales. Así la distribución de puestos en el interior de ambas asociaciones reproduce el orden social tradicional otorgando el poder en función del clan de pertenencia y de la clase de edad. Poder que como vimos en el capítulo de marco etnosociocultural confiere al mismo tiempo prestigio.

Respecto a la pertenencia a las mismas, mientras que en el caso de los hombres ésta está determinada por el hecho de ser de sexo masculino, mayor de edad nacido en Dramané o descendiente de una familia de este poblado, en el caso de las mujeres, la pertenencia viene dada no por filiación sino por alianza, es decir por

³⁸⁹ GRDR: *Groupe de Recherche et de réalisations pour le développement rural*. Esta ONG se ocupa, tanto en la región parisina como en la de Kayes, de proyectos de tipo sanitario, agrícola, hidráulico.

el hecho de estar casada con un nativo de Dramané, y se pierde por divorcio. Esto no sería más que otra de las expresiones del estatuto de subalternidad en el que viven las mujeres en el seno de esta sociedad. Si bien, la creación de la Asociación de mujeres ha dado la oportunidad a éstas de crear un espacio decisorio propio y autónomo, éstas han optado, e incluso reclamado, la presencia con poder de decisión de dos hombres. Y ello a pesar de contar como dos aliados de peso: la sociedad de acogida que no permite jurídicamente una asociación de mujeres dirigida por hombres, y un anciano soninké que cuenta con el respeto de todos los hombres del poblado. Este hecho nos cuestiona hasta qué punto las mujeres obtienen o no un beneficio de su situación de dependencia, y si verdaderamente son conscientes de su situación subalterna. Al mismo tiempo nos muestra la diversidad del colectivo de mujeres, y cómo éste se encuentra, como toda la sociedad soninké, atravesado de diferencias que crean desigualdades de acceso al poder. Asimismo las asociaciones reproducen la ocupación diferencial del espacio por sexos propia de los soninké, a través de la realización de las reuniones en lugares distintos. Simbólicamente las de los hombres tienen lugar en las residencias, punto neurálgico de la reproducción de la vida en el poblado. La de las mujeres en un local asociativo, propio de la sociedad francesa.

La trayectoria migratoria más antigua de los hombres les permite asimismo conocer mejor las reglas del juego asociativo en Francia, sin necesidad de apoyos externos de la parte de asociaciones como el GRDR. Así nos lo comenta Lavigne (1991:32): *«Los hombres han descubierto previamente a través del sindicalismo y de sus luchas contra los alquileres usureros de las residencias, las reglas de la acción colectiva organizada»*.

Mientras que entre los hombres la solidaridad en el sector salud ha tomado una forma específica, espejo a su vez de la asociación de salud comunitaria del poblado, entre las mujeres la asociación creada intenta dar respuesta a todo tipo de necesidades, aunque siempre en relación con las demandas expresadas por sus hermanas del poblado organizadas igualmente bajo la forma asociativa. El funcionamiento de ambas asociaciones se ve entorpecido por la utilización de las reuniones como lugar de actualización de las rivalidades existentes entre barrios. Esto no sería exclusivo de los inmigrantes soninké de Dramané sino extensible al resto de los soninké en exilio, sirviéndoles, *«para arreglar colectivamente problemas que no pueden ser gestionados de modo individual»* (ibídem:170).

Asimismo bajo su forma solidaria se escondería un creciente individualismo, una de cuyas expresiones es la dificultad para que sus miembros coticen. La negación

de cotizar, de realizar en definitiva un don de carácter colectivo, conlleva sus sanciones. Sin embargo no ha sido hasta junio de 2005 que se ha decidido de poner en práctica un sistema de sanciones. Dicha sanción se concreta en la imposibilidad para el inmigrante deudor y para su concesión, tanto en el exilio como en el poblado, de participar a las ceremonias y rituales de iniciación: bautismos, bodas, funerales, circuncisiones. Se trata de la muerte «social» del individuo y de su familia. Actualmente se ha delegado a dos jóvenes, uno por cada barrio de Dramané instalados en Francia para recaudar, sin intereses, los fondos retrasados. No sabemos si dicha sanción se pondrá en práctica visto que una gran parte de los morosos pertenecen al clan Dramé detentor del poder en el poblado.

9.3. Las realizaciones colectivas

El fin al que se destina el dinero cotizado ha ido evolucionando en función de lo demandado por el poblado. Sólo recientemente los inmigrantes han tomado la iniciativa. Abdoulay Tirera nos relata:

«Antes el dinero que cotizábamos servía para pagar por ejemplo la repatriación del cuerpo. Ahora cada uno tiene su seguro. El dinero de la caja ahora sirve para reparar la mezquita, si hay que comprar una piragua, o poner nuevos los tapices para la mezquita. En lo que se refiere a la caja del dispensario cada año sirve para algo diferente. Al principio sirvió para pagar los edificios. Luego, desde 1996, ha servido para ir pagando el salario del médico como querían los del poblado. Pero estos dos últimos años tenemos problemas. Problemas entre la caja de la cooperativa y la del dispensario. Por ejemplo, el nuevo edificio que se ha hecho para que duerman los médicos, se ha hecho con el dinero de la cooperativa lo cual no es normal (...). Es completamente ridículo. Así que ninguna de las cosas que necesitamos mejorar en el centro puede avanzar, fíjate el problema de la gita del muro del dispensario, hace cinco o seis años que necesitamos arreglarla y no nos ponemos de acuerdo. El otro día tuvimos que hacer una aportación extraordinaria pues nos han pedido 20.000 ff³⁹⁰ los de Dramané. Se los hemos dado a Mamadou Bathily, ya sabes el presidente del dispensario. Así se va a poder agrandar el centro de salud. Poner más salas, habitaciones para los visitantes (...) Espero que no suceda como con la cooperativa que en el poblado han recibido el dinero y Alá sabe qué es lo que han hecho con ello.

Sí, tenemos muchas sospechas de los de allí. De gente importante, sí. El día que va a ser descubierto esto... Además se trata de algún Dramé y la cosa va a estallar... »

Todos afirman ser ellos quienes pagaron la construcción y mantenimiento del centro de salud incluida la reciente cotización con el fin de construir una nueva maternidad: *«Al principio cuando se construyó fuimos nosotros quienes pagamos. Ahora para la nueva maternidad también. El hecho de que la sala post-parto sea la misma que la de hospitalizaciones acarrea muchos problemas. Los recién nacidos están mezclados con los enfermos, además ya sabes somos musulmanes y los hombres no deben vivir en la misma habitación que las mujeres aun cuando estén enfermos»* (B. Yatabaré, noble, Horongalou). Durante nuestra estancia en París en abril del 2005 tuvimos conocimiento de que los inmigrantes habían acabado de financiar la nueva maternidad (MDEAFH-DNUH-DRUH 2003), habiéndose comenzado su construcción durante el verano del 2004. En Dramané los miembros del Comité de Gestión afirmaban que los inmigrantes contribuyeron no desde el principio sino más tarde, una vez que la gente del poblado ya se había implicado. En cambio sí que reconocieron que son sus parientes en el exilio quienes pagan el salario del médico-jefe, aunque con dificultades como hemos visto. Asimismo, la ASACO-Asociación de Salud Comunitaria de París no ha dado aún respuesta a la petición (ya expuesta en el capítulo anterior) de equipar el centro con un laboratorio realizada por su médico jefe la Dra. Traore. La realidad nos muestra que son igualmente escasas las realizaciones de la Asociación de mujeres:

«Nosotras apoyamos lo que la asociación de mujeres de allí está haciendo. Por ejemplo, en Dramané las mujeres han creado un huerto, nosotras hemos participado para la compra del molino. Hasta este año, en 2001 no hemos empezado a hacer proposiciones. Pero no logramos ponernos de acuerdo. Ahora es la salud de nuestras hermanas lo que nos inquieta. Ahora que hemos obtenido los papeles de la asociación nuestro primer proyecto va a ser construir un hospital de verdad, con scanner y médicos de verdad, de los que operan... Dicen que el centro de Dramané es suficiente, pero no, mira Gakourá, tienen desde hace años un verdadero hospital, es un pequeño París, con eco, un médico que opera...ventilador. Lassana y Sémbala dicen que es mejor que construyamos una estación de gasolina pues eso da mucho dinero. Pero nosotras creemos que es mejor un hospital. Bueno ahí andamos

³⁹⁰ Equivalentes a 3048,78 euros.

discutiendo. Hay algunas que nos quieren sabotear la idea del hospital. Dicen que no es nuestro tema. Que no vamos a ser nosotras las que vamos a acabar lo que los hombres han comenzado y no han terminado... También he traído el otro día cuando he llegado de Dramané una lista de material que la doctora me ha dado. Pero la primera esposa de Yougou dice que es un asunto de hombres. Hay mujeres que dicen que cuando se trata de la salud de sus familias es también asunto de ellas, que es algo que nos concierne a todos, hombres y mujeres. Al parecer la lista no ha sido bien transmitida y los hombres se han enfadado con nosotras y con la doctora. El doctor no debía habérmela dado a mi sino pasar por el presi de la Asociación de salud comunitaria, Magigi. Magigi tendría que habérsela dado al jefe del poblado de Dramané y éste se lo habría enviado al de aquí. De ese modo habrían sido los hombres quienes habrían sido implicados. Es imposible ponernos de acuerdo».

El resto de mujeres señalan además ciertos problemas de corrupción, que estarían ejerciendo de freno: *«En Dramané el dinero de la parcela colectiva no está siendo bien utilizado por las mujeres (...), está siendo comido por una u otra familia. La bomba extractora de agua se ha roto de nuevo. Cheikné ha enviado una mujer a Bamako para comprar una nueva con el dinero que nosotras les enviamos. Y ¿sabes lo que ha hecho esa mujer? Ha comprado una vieja, y ha guardado parte del dinero y se ha comprado un montón de boubous y joyas para ella»* (Mme MS. Dramé, noble, Walisoxodé). Otra parte del dinero recaudado por la Asociación se ha empleado para realizar la ya evocada donación a la médica-jefe del centro de salud con ocasión de su paso por París en el verano de 2002: *«Cuando la doctora vino se llevo 1.700 francos, 1.000 de los hombres y 700³⁹¹ de las mujeres (...) Se reunió con los hombres... con nosotras vino luego y no íbamos a ser menos que los hombres».* (A. Dramé, noble, Horongalou).

Mme Malgogne, observadora en las reuniones de la asociación, nos comenta: *«Las mujeres no se ponen de acuerdo. Se pasan el tiempo discutiendo entre familias, entre barrios, sin tomar ninguna decisión. En todas las reuniones se discute si la salud corresponde a las mujeres o no. Si hay que construir un nuevo hospital, si hay que enviar la lista de material (...) Y al final no se hace nada».* Sémbala Dramé añade al respecto: *«Mira ya somos oficiales y las mujeres necesitan una realización concreta ya. Quieren hacer un gran, gran hospital (...) Necesitan poder decir, mira, esto lo hemos hecho nosotras».* La citada lista para la sustitución del pequeño material fue

efectivamente enviada el once de agosto del 2001. A fecha de hoy no ha sido dada al centro de salud ninguna respuesta

El análisis de las diferentes Actas de las Reuniones habidas entre el momento de su oficialización en el año 2001 y abril del 2005 nos muestra que, aparte de la compra del molino para la asociación de mujeres de Dramané, el dinero enviado para reparar la bomba extractora de agua del huerto y la citada donación a la doctora, no ha habido ninguna otra realización de la Asociación. El proyecto más evocado en las actas es efectivamente el de construir un gran hospital. También se cita la posibilidad de realizar un perímetro irrigado para cultivar arroz, financiar una nueva bomba para el huerto, instalar el agua corriente, un mercado, un teléfono, un camión frigorífico, la apertura de una tienda o la construcción de una sala de reuniones por valor de 230.000 ff³⁹². Las fuentes de financiación evocadas, complementarias de las cotizaciones y de las posibles subvenciones, son la organización de una fiesta así como la puesta en marcha de un taller de costura.

Es decir, sólo los hombres han llegado a concretar colectivamente su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes en el poblado. El deseo de las mujeres de contribuir al sector salud no ha podido ser realizado aún, no sólo debido a las rivalidades existentes entre sus miembros, o a una supuesta corrupción de ciertas mujeres pertenecientes a su homónima en el poblado, sino también por el hecho de que dicha implicación ha puesto sobre la mesa la discusión en torno a si la salud corresponde a un ámbito del que tienen que ocuparse las mujeres o los hombres. Mientras que la implicación femenina a nivel individual no ha provocado ningún conflicto, la colectiva cuestiona los fundamentos de la división sexual en esta sociedad paralizando su capacidad de intervención. Al mismo tiempo se adivina la rivalidad existente entre hombres y mujeres en la adquisición de prestigio social a través del don realizado a la doctora. Otra de las rivalidades que atraviesan esta comunidad es la existente entre los dos barrios del poblado, Horongalou y Walisoxodé, cuya naturaleza ya fue analizada a través del proceso de institucionalización del CSCOM de Dramané. Esta rivalidad no ha hecho más que trasladarse al contexto migratorio, encontrando los actores sociales un lugar adecuado para su manejo en el espacio de las reuniones.

Asimismo ambas asociaciones desean encontrar el modo de hacer realidad en Dramané su concepción de las prestaciones que debe ofertar un centro de salud

³⁹¹ Equivalente a 259.15, 152.44 y 106.71 euros respectivamente.

³⁹² Equivalentes a 35.060,97 euros.

comunitaria como el de su poblado. Se trataría de trasladar las propias de un hospital parisino a Dramané. El ejemplo a seguir, e incluso mejorar, es el del ya citado centro de Gakourá, que como dijimos trata de convertirse en un hospital rural gracias a la implicación de los inmigrantes, de los poderes públicos así como de ciertas ONGs francesas, aun cuando ello vaya contra la política sanitaria maliense y ponga en riesgo la continuidad de los centros que como el de Dramané se encuentran en su radio de acción. Todo ello nos muestra como los inmigrantes han interiorizado el Modelo Médico Hegemónico y tratan de vehicularlo a sus contextos de origen, sin coordinarse esta vez, con la política sanitaria maliense.

9.4. Los para qué de la implicación solidaria

Para los inmigrantes soninké una de sus principales preocupaciones en el exilio es mantener los lazos de unión con la sociedad de origen. Una de las estrategias para su consecución es justamente su implicación solidaria, individual y colectiva, en los procesos de salud/enfermedad/atención. Abdoulay Tirera comenta a este respecto:

«Se trata de asegurar la permanencia del lazo con el poblado respondiendo a las peticiones de los parientes de allí. A las peticiones del kagumé de tu concesión: que si tal mujer está enferma... que si hay que llevarla hasta Bamako para que la curen. También debemos responder a lo que el consejo de los notables del poblado nos pide. Por ejemplo el tema de construir la nueva maternidad o cuando nos piden medicamentos (...) Es uno de los modos de mantener los lazos con el poblado. Si los rompes: ¿qué te queda? ¿Quién eres? ¿Para qué has venido hasta aquí? Pierdes tu identidad (...) Y ¿cómo te mantienes unido? Pues yendo a la residencia a visitar tus hermanos, casando tu hija nacida aquí con uno de sus primos de Dramané, ayudando a los enfermos de tu concesión o pagando a la asociación para mejorar el dispensario».

El resto de interlocutores confirma el discurso de Abdoulay: «Si no te mantienes unido con los del poblado: ¿qué sentido tiene tu vida?... Los lazos familiares, la unión con los de allí se construye con las bodas. Pero también siendo solidario con los que has dejado allí (...) En los soninkés el principio de toda cosa es el lazo familiar. Es eso lo primero en los soninké. Un modo de mantenerlo es las alianzas. Otro la reagrupación familiar. Otro la solidaridad, especialmente ante la

enfermedad, la muerte. Cojamos un ejemplo a nivel de Malí, los soninkés están mejor, tienen más ventajas porque han guardado siempre un lazo familiar y un cordón que une siempre, ese cordón es la solidaridad. Los soninké están por delante en este aspecto. Puedes tener jóvenes soninké en la mierda pero siempre hay la familia o los otros del poblado que han creado alguna cosa para ayudarle, la comida, dónde dormir, los medicamentos. Llegas a Bamako y siempre tienes alguien, llegas a París y lo mismo, llegas a Dakar parecido, Nueva York, por todos los sitios. Siempre hay alguna forma de cotización para comer juntos, para hacer las cosas juntas automáticamente, para que si te pones enfermo puedas ir al médico. Y eso permite continuar en la dignidad» (L. Dramé, noble, Horongalou). Otro de los inmigrantes añade: «Cuando llegas aquí, y trabajas, ayudar a tu familia te permite estar seguro de que sigues existiendo. Ese es el sentido de todas tus penurias en este país. Además, la gente de aquí, con sus miradas, con sus comportamientos, con sus leyes te repite que tú no eres de aquí, En el poblado eres un noble, aquí no eres nada. Si permaneces unido con los de allí, la cosa es más llevadera hasta tu vuelta definitiva al poblado» (B. Yatabaré, noble, Horongalou). Los interlocutores pertenecientes al clan Dramé señalan que la importancia de mantenerse unidos con el poblado es mayor cuando se es del clan fundador: «Sí, es importante el hecho de que soy del linaje fundador del poblado. Sí, es quizás hasta más importante guardar los lazos con el poblado y mi rol aquí y allí que para alguien de una familia de nyamakala o de komé. Y ayudándoles, tú o en la asociación, refuerzas esos lazos y te haces presente» (S. Dramé, noble, Walisoxodé).

Las mujeres reconocen que el implicarse en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus familiares en el poblado les permite continuar unidas a sus orígenes. Veamos el discurso de Kortoum:

«Puedes tener amigos aquí, pero tu sitio está en Dramané, es allí donde tienes tus raíces, tu identidad. Cuando participas en la asociación, cuando ayudas a los gemelos de tu hermana, saben y sabes que sigues unida, que no te has perdido. Los sabios que ya se han ido han bendecido esta manera de hacer. Han dicho que lo que separa es maldito, que si no te ocupas de los de allí, te maldecirán. La maldición es cuando aquí no te van las cosas bien, y no puedes dormir pensando que estás lejos de Dramané, que no puedes ayudar a un tal que está enfermo. El que busca separar no tendrá la bendición. Nunca hay que intentar destruir. Incluso en religión, no es bueno destruir la familia. Es importante, para ti y para la familia ayudarse, si no es cada uno

para sí y Dios para todos, y eso no está bien. Queremos seguir unidos, si el otro tiene un problema ayudarle... es por eso que no queremos que cambie. Hay que ayudar a los que se han quedado en el poblado y eso te ayuda a ti a saber que sigues teniendo tu lugar allí. Si estás aquí y te ocupas de tu familia allí, la unidad se mantiene. Además esto es muy importante sobre todo si se es de buena familia. Una buena familia, ya sabes una familia noble. No sé es algo que se tiene en la sangre, que se quiere que permanezca. No sé cómo explicártelo. Siempre hemos estado dispersos, en el exilio los soninké, pero siempre hemos ayudado a los del poblado, siempre. Un modo son las alianzas (...) Los antiguos veían lejos, nosotros no vemos que al lado, y lo que dicen es cierto».

El resto de mujeres insiste en ello: «Cuando ves que tu hermana se ha podido ir a curar a la capital porque tú la has ayudado, te sientes bien y no sólo por ella, sino también por ti. Te das cuenta de que sigues unido, que sigues siendo importante para alguien. Que estar aquí no es cortar, que sigues unida. Y eso es especialmente importante cuando eres Dramé» (Mme M. S. Dramé, noble, Walisoxodé).

Al mismo tiempo que la comunidad inmigrante soninké trata de reproducir el orden social tradicional, y de escapar a la desafiliación, se produce inevitablemente un proceso de aculturación. Otra de las finalidades de la implicación de los inmigrantes en el proceso de salud/enfermedad/atención es su integración en la sociedad de acogida. Nuestro informante, Abdoulay Tirera expone su visión al respecto:

«Cuando llegas aquí, intentas vivir como en Dramané. Tratas de ayudar a los tu concesión, al poblado. En el trabajo es difícil que te mezcles con los franceses ya que en esta sociedad cada uno vive para sí. Bueno yo estoy casado con una francesa y eso me ha abierto muchas puertas. Pero antes de ello, yo creo que el implicarte en las asociaciones del poblado también te ayuda a integrarte aquí. Un ejemplo, gracias a que yo participo a la asociación del dispensario he conocido un montón de franceses. Cuando te movilizas para conseguir fondos, o medicamentos... Trabajas con ONGs, con PIMED, REMEDE³⁹³, con el alcalde de París, y eso ayuda a no sentirse una mierda en esta sociedad. Cuando vienes de un poblado en dónde eres noble y llegas

³⁹³ Ambas ONG han sido ya citadas en la Introducción. La primera se dedica a promover una información médica ética y el desarrollo. La segunda está constituida por una red internacional de profesionales de la salud que trabajan en torno a la mejora en la accesibilidad, calidad y buen uso del medicamento en África

aquí y te ves limpiando el metro, los retretes de las oficinas, las cabinas telefónicas, haciendo un trabajo de mujeres o de esclavos, es muy, muy duro. Es raro que un francés te invite a su casa, con la asociación he conocido a un montón. Y poco a poco te vas integrando, te entran ganas de perfeccionar tu francés. Y vas haciendo contactos qué quién sabe, pueden beneficiarte en el futuro. Las relaciones sociales, son muy importantes y con los franceses también».

Otro de los inmigrantes, presidente de la asociación UJOGA-Unión de jóvenes originarios de Gadiaga creada por los jóvenes de Dramané, y miembro del Consejo directivo de la Asociación de Mujeres nos comenta: *«El lazo familiar es lo primero y luego está eso de “yo vengo de tal poblado, mi casa está allí”. Cuando vives fuera, tu casa... sigue siendo tu familia, tu poblado, pero al final donde vives acaba siendo tu casa. Y el estar en las asociaciones te ayuda mucho pues te haces visible para esta sociedad. Conoces gente, aprendes a vivir aquí»* (L. Dramé, noble, Horongalou)

A las mujeres, su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus familias les permite igualmente una mejor integración en la sociedad de acogida:

«Con lo poco que ganas ayudas a tu hermana cuando está enferma y cotizas a la asociación para ayudar a las mujeres de allí. Todo esto te permite mantenerte unida con tu origen, con lo que realmente tiene sentido. Pero también te permite conocer a la gente de aquí. Si trabajas, o cuando llevas los niños al médico o al colegio conoces a otras madres, incluso a madres francesas y te relaciones con la gente de aquí, mujeres de otras asociaciones, trabajadoras sociales, la gente del ayuntamiento. Y eso ayuda, no sólo a la asociación, sino a ti también, te sientes menos sola y poco a poco empiezas a entender mejor por qué las cosas son tan diferentes aquí».

Todas las mujeres están de acuerdo: *«Sí, parece cómo que te miran mejor si saben que eres la secretaria, la tesorera de una asociación, como que vales algo más. Y eso ayuda porque en el poblado eres alguien y aquí no eres nada, una mujer de la limpieza más»* (Mme MS. Dramé, noble, Walisoxodé).

El poder reproducir el orden social tradicional así como mantener los lazos con la comunidad de origen, base de la identidad de cada individuo en esta sociedad, son dos de las finalidades explícitas reconocidas y buscadas por los inmigrantes, hombres y mujeres, a través de su implicación solidaria ante el infortunio de sus parientes en el poblado. A ello se une el reconocimiento social del inmigrante cuya identidad se ha

visto cuestionada por el exilio y que trata de reinscribir su estatus en la jerarquía social a través de la redistribución de la riqueza adquirida en inmigración, la cual *«se legitima y no tiene interés social que si cada uno redistribuye una parte y lo puede exhibir»* (Gregoire y Lavase 1993:91). Las donaciones individuales o colectivas de los inmigrantes, al ser públicas permitirían dicha legitimación, reforzando la estratificación social tradicional. A su vez serviría y de modo indirecto cómo estrategia de integración en la sociedad de acogida. Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres su implicación y finalidad se relaciona principalmente con el poblado de origen en el seno de un proyecto de retorno al mismo. Esto contradice lo comentado por Quiminal (1995:29-30) quien considera que si bien en el caso de los hombres esto sería cierto, en el de las mujeres no, ya que éstas lo que tratarían es de *«responder a los problemas de la vida cotidiana en la sociedad de acogida»*.

9.5. El futuro de su implicación

Todos los inmigrantes entrevistados, hombres y mujeres, ancianos y jóvenes, nobles, de casta o esclavos, se preocupan por el futuro de su implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención. Dos son los factores clave señalados: el cierre de fronteras y el comportamiento de la segunda generación nacida e instalada en Francia. Veamos que nos cuenta a este respecto Abdoulay Tirera:

«Bueno me preocupo ahora que estoy jubilado porque mi hijo no puede responsabilizarse él sólo toda la concesión. Y además él es un poco toubabou³⁹⁴, un poco como los blancos. Pero si un día se le ocurre casarse con una blanca, el ayudar al poblado, no se yo si va a continuar. Así que ahora en nuestra concesión lo que nos urge es que otros jóvenes vengan. Otros jóvenes que tengan nuestros valores, que sepan lo importante que es ayudar a los del poblado. Además, si nosotros nos vamos jubilando poco a poco y no hay nuevos jóvenes que vengan y coticen, no sólo ya no podremos ayudar a nuestras familias sino que tampoco podremos enviar dinero de forma colectiva a través de las asociaciones. ¿Quién va a pagar al médico del centro si eso ocurre? ¿Quién va a pagar las cotizaciones para la vacunación? Porque si estamos esperando a que el estado maliense lo asuma como en Europa...Ahora el problema son nuestros hijos, bueno ya lo hemos hablado antes, es la época de los

³⁹⁴ De la palabra árabe «tuba», que significa sabio, nace la palabra «*toubib*» (médico) y «*toubabou*» (el blanco) (Fassin 1992:33).

toubabous. Nosotros decimos vulgarmente toubaboukie, que quiere decir el momento de los blancos y nuestros hijos no buscan los lazos familiares y es por eso que muchos rechazan casarse con uno de Dramané o que no quieren cotizar para el poblado, por ejemplo para el dispensario. Incluso si le pides a uno de los jóvenes que ayude a su prima para que pueda ir a Bamako a curarse te van a decir que no, que ellos tienen que comprarse esto o lo otro, ir de vacaciones o a las discotecas... ».

Dicho miedo a la perdurabilidad del sistema era evocado igualmente por los actores sociales entrevistados en Dramané. Así lo confirma Harouna, el hermano pequeño de nuestro informante, residente en el poblado: *«Yo soy el kagumé aquí. Abdoulay acaba de jubilarse y su hijo ha vivido allí desde la edad de seis años, y es casi como los blancos. ¿Quién va a asegurar nuestro futuro? Los pocos jóvenes como Djibril no encuentran la ruta para Francia: ¿qué va a ser de nosotros? Son los de Francia los que pagan el arroz, los medicamentos, todo. ¿Qué va a ser de nosotros?».* (H. Tirera, noble, Horongalou). Preguntado a este respecto Alfonsinou, el hijo de nuestro interlocutor, afirma haber comenzado a cotizar para el poblado y a enviar dinero a los miembros de la concesión: *«Para la boda de la hija de Harouna he contribuido. Hay que ser solidarios entre nosotros, con nuestros primos de África. Para el viaje de Sekou para que venga en Francia todo el mundo ha participado en los gastos. Yo me he criado en eso así que creo que es normal enviar dinero a la familia cuando falte la comida, los medicamentos. He cotizado para el poblado. He dado 300 ff. No son 300 ff³⁹⁵ los que me van a impedir llegar a fin de mes. Y lo he hecho de corazón, no, no me han obligado. Yo sé que ese dinero sirve para hacer dispensarios, para pagar el dispensario, las escuelas, la mezquita. Es como los franceses que ayudan en las ONGs. No hay que esperar a que nos ayuden los otros. Tenemos que avanzar nosotros mismos. Tiene un sentido, no es un dinero que se envía y no saben dónde va. Hay resultados... Antes era un poco la oveja negra pues no hablo soninké, no practico la religión. Pero ahora ven que respeto la tradición, que voy a la residencia a visitarlos, que participo en las bodas, que contribuyo cuando alguien se pone enfermo, que cotizo en la caja del dispensario. Ven que estoy unido, que no soy un hijo perdido»* (Al. Tirera, noble, Horongalou).

Otro de los inmigrantes nos comenta: *«Quién va a ayudar a los hijos de mi hermano cuando yo muera? ¿Quién? África va a sufrir con nuestros hijos que han*

³⁹⁵ Equivalentes a 45,73 euros.

nacido y vivido siempre aquí. Yo apenas llego con lo que gano aquí pero me preocupo de los de allí, de los enfermos, de la casa. Cuando gano algo lo divido por dos y envío una parte a Dramané. ¿Tú crees que un día mi hijo va a hacer así? Te va a decir que no les ha visto nunca, que no les conoce, que... » (T. Sawané, noble, Walisoxodé).

Uno de los actores sociales, inmigrante retornado y miembro del Consejo de Gestión del centro de salud comunitario, considera que en el futuro hay una posible solución si la municipalidad comienza a implicarse en el ámbito sanitario: *«La descentralización que Malí está copiando de aquí, va a cambiar las cosas...si llegamos a soportarlo va a cambiarlas (...) Por el momento no hemos hablado de médicos, pero creo que a este nivel también va a cambiar. Mira el caso de Dramané, hasta hoy es Dramané quien paga al doctor, bueno los parientes de aquí. El estado no paga al doctor. Como ahora han dicho que con la descentralización el alcalde va a pagar a los profesores, yo creo que el año que viene vamos a hablar para que los alcaldes paguen también los doctores» (E. H. Cissoko, esclavo, Makhadougou).*

El miedo ante el futuro es igualmente compartido por las mujeres inmigrantes:

«No hay muchos jóvenes nacidos aquí que hagan algo por el poblado. Los jóvenes de Dramané que acaban de llegar como Noa el hijo de Oumar Yatabaré, sí. Él si tiene un trabajo va a participar. Pero es porque él tiene nuestra mentalidad, ha vivido siempre en Dramané. Nuestros hijos nacidos aquí tienen tendencia a que en vez de ayudar se les mantenga a ellos. Tienes que pagarles las vacaciones en la playa, el ir aquí o allí... Y no te tienen respeto. Y el problema es que ya es muy difícil conseguir un visado, ni con tres o cuatro millones³⁹⁶ pueden conseguir el visado, así que cada vez habrá menos jóvenes de Dramané que vendrán para poder ayudar al poblado, y nosotros comenzamos a estar viejos. No sé. Los jóvenes de aquí... Bueno también es verdad que los jóvenes quieren montar una asociación. Bueno, ya la han montado con Sémbala, a ver si eso les abre un poco los ojos (...) Sí eso está bien, es por eso que hemos dicho que eso está bien, muy bien. Quizás les haga reflexionar que nuestras costumbres son así y que no hay que olvidar nuestras costumbres, que hay que ayudar a sus parientes en el poblado. Esa es una de los objetivos de la asociación de jóvenes (...) Y a los del poblado, no les queda otra solución para venir que casándose con alguna de nuestras hijas aquí».

La respuesta es unánime: *«El otro día mismo hablaba yo eso con mi marido ante el comportamiento de nuestros hijos que han nacido aquí. Por eso es importante que ellos vayan de vacaciones al poblado, para que vean cómo se pasa allí, cómo somos solidarios. También es importante que vengan con nosotros a la residencia, a las reuniones, que vean cómo nos preocupamos por tal persona que está enferma. Que si ellos aquí no pueden tener todo lo que quieren, comprar las máquinas esas, es también porque estamos ayudando a sus primos en el poblado. Yo no quiero cotizar toda la vida... Eso me relajaría. A los ancianos les inquieta mucho»* (Mme M. S. Dramé, noble, Walisoxodé).

Durante nuestra investigación pudimos contrastar cómo efectivamente el doce de agosto del 2000 se había creado oficialmente la citada Asociación UJOGA-Unión de Jóvenes originarios de Gadiaga en Francia con sede en casa de su presidente, Simballa Dramé, hijo de la presidenta de la Asociación de mujeres. El consejo ejecutivo está formado por doce miembros de los cuales ocho son mujeres (66.66%). La presidencia y la vicepresidencia están en manos de hombres, que son justamente los miembros de mayor edad al haber nacido ambos en 1968. Ocho de los doce componentes han nacido después de 1980 (66.66%). La mitad de sus miembros pertenecen al clan Dramé. Ocho de los miembros de la junta directiva (66.66%) han nacido en Francia y uno sólo en Dramané (8.33%), concretamente el presidente (UJOGA 2001:5-6). A pesar de tener un alcance para todo el Gadiaga, ningún joven Bathily forma parte. Su objetivo es *«favorecer la inserción de los jóvenes de Gadiaga en Francia y realizar proyectos de desarrollo económico social y cultural en los poblados de Gadiaga de Malí y de Senegal»* (ibídem:1). En el momento de abandonar Malí (junio 2004) dicha asociación no había realizado aún ningún proyecto.

La continuidad de la implicación solidaria de los y las inmigrantes en los procesos de salud/atención/enfermedad de sus parientes enfermos así como en el mantenimiento del, como hemos visto, deseado desarrollo de la biomedicina en el poblado, es puesta en peligro por las actuales políticas migratorias, siendo un claro ejemplo de cómo la globalización extiende sus tentáculos a través de todo el planeta. El cierre de fronteras que vive Europa desde 1974, agudizado en estos últimos años, frenando el relevo generacional de dicha ayuda. Las únicas vías de entrada en la fortaleza europea son la inmigración clandestina vía patera o el matrimonio con jóvenes del poblado que posean la nacionalidad francesa. Es por ello que al mismo tiempo que se asiste en estas comunidades a un aumento de la inmigración hacia

³⁹⁶ Equivalentes a 4573.17 y 6097.56 euros respectivamente.

países como España o Italia, se ha producido una explosión de matrimonios endogámicos y un aumento desorbitado de la dote de aquellas chicas que originarias de Dramané poseen dicha nacionalidad, o un trabajo y un alojamiento propios que les permita acceder a la reagrupación familiar. De nuevo las redes sociales pueden constituir un elemento clave en el relevo generacional.

El otro pilar de dicho relevo lo constituye la denominada «segunda generación», la cual estaría igualmente en una situación de fragilidad. Los jóvenes nacidos en el exilio o llegados al país de acogida desde pequeños, a pesar de haber vivido en el seno de su familia el *modus vivendi* tradicional, se han visto igualmente influenciados por la sociedad de acogida caracterizada por un fuerte individualismo, paralelo a un grado elevado de desarrollo del Estado de Bienestar social incluido en su vertiente sanitaria. Esta segunda y tercera generación situada entre dos culturas se encuentra entre la difícil decisión de hacer como los jóvenes de su generación, dedicando sus ingresos a su propio disfrute, o hacer como sus padres y tomar así el relevo en su implicación solidaria con sus parientes en el poblado. Cuando deciden asociarse lo realizan a través de asociaciones que sobrepasan el marco del poblado como es el caso de la ya citada Asociación UJOGA. Si bien la distribución de responsabilidades en ella, reproduce las desigualdades existentes en dicha sociedad en base al clan, clase social y edad, la mayor presencia de mujeres en sus instancias, es expresión de un avance en la igualdad de género en esta segunda generación.

Nos encontraríamos en definitiva en un periodo de transición social en palabras de Godelier (1991:7), situación de *impass* que inquieta especialmente a los inmigrantes más ancianos, como ya ocurriera en los años 80 en el momento en que las cajas de solidaridad pasaron a ser asociaciones, en la que la solidaridad se institucionalizó: «Los más sabios entre los ancianos quieren pasar el relevo a las asociaciones pero a condición de tener garantías sobre la dirección tomada» (Diarra 1998:76).

9.6. Reflexiones finales

En la línea de lo defendido por Castells (1975) el carácter estructural de la migración, en este caso la soninké, ha venido a ser confirmado. Resituarse a la mujer soninké en el seno de dicho fenómeno supone situarla dentro de un proyecto familiar: su llegada es siempre fruto de la reagrupación familiar, que si bien deseada, ha sido

decidida por su marido, independientemente de la posición social de ambos en la sociedad de origen. Si el objetivo de la migración masculina es el de ser solidario, el de la femenina es constituir o reconstruir una familia, asumiendo sus roles sexuales y de reproducción que la sociedad le asigna tradicionalmente. La incorporación de estas mujeres al trabajo les permite avanzar en su conquista del espacio público aunque no siempre de un modo significativo, debido no sólo a la presión masculina sino también y entre otras cosas al individualismo de la sociedad de acogida.

Nuestra investigación ha venido igualmente a mostrarnos como los dones, individuales o colectivos, realizados por los hombres y mujeres inmigrantes de Dramané, con carácter obligatorio o no, pueden ser calificados de generosidad obligada según la definición dada por Castel (1995:39), ya que no son fruto de *«la iniciativa personal sino efecto obligado del lugar ocupado en un sistema de interdependencia»*. Si bien, las mujeres inmigrantes incorporadas a la actividad productiva derivan una parte de sus beneficios a la financiación de los gastos relacionados con los procesos de salud/enfermedad/atención, esto tiene un carácter subalterno, ya que la mayoría de los gastos son asumidos por los hombres, ya sea individual o colectivamente. Este hecho vendría a contradecir a Menéndez (1990a:179) cuando afirma que en los países dependientes es la mujer *«la mujer la que financia con sus ingresos la mayoría de las actividades de autoatención»*. El pilar de la solidaridad realizada por ambos sexos en base al Islam y al parentesco, nos muestran de nuevo la posición hegemónica de los sistemas religiosos y del parentesco en la construcción del orden social soninké, especialmente en Dramané que recordemos es un polo neurálgico del Islam en la zona.

Asimismo hemos podido ver que el cambio social derivado de la inmigración no sólo afecta al contexto de origen sino también a los inmigrantes y a la sociedad de acogida. Los y las inmigrantes, que tratan de reproducir su comunidad de origen y mantener la cohesión social, encuentran en el mantenimiento de la lengua³⁹⁷, la religión, las alianzas y la solidaridad sus principales estrategias. Contrariamente a lo señalado por Barou (1990:11), la inmigración sí es vivida entre los habitantes de Dramané *«como un peligro de explosión de la comunidad de origen o como un riesgo de pérdida de las raíces»*. Sin embargo la solidaridad, especialmente frente al infortunio, les permite encontrar un nuevo equilibrio. El inmigrante a través de sus

³⁹⁷ «Según las investigaciones llevadas a cabo por el CERPL, laboratorio de investigación lingüística de la universidad de París-V sobre el futuro de las lenguas minoritarias en Dakar, el soninké sería una de las lenguas que resistiría mejor a la atracción del wolof que tiende a ser dominante en esta ciudad en las relaciones cotidianas fuera de la escuela» (Barou 1990:11).

dones, individuales y/o colectivos, buscaría “*el reconocimiento social individual*” (Lavigne 1991:104) así como posicionarse en una situación hegemónica respecto a los ancianos de su concesión. Este uso del don ya sería mostrado por Mauss (1924:114) quien, recordemos, analiza los dones de la ceremonia del kula en la sociedad trobriandesa como una expresión de que «*dar es manifestar su superioridad, ser el que más, el magíster, aceptar sin devolver o devolver sin dar más es subordinarse, volverse cliente y servidor, transformarse en el pequeño, en el de más abajo: minister*». Es por todo ello que es necesario que los dones sean públicos, ocurran delante de la comunidad como es el caso de los relacionados en caso de enfermedad.

Su puesta en práctica a través de asociaciones respeta la organización social jerárquica, actualiza las relaciones de hegemonía y subalternidad existentes entre nobles y esclavos, ancianos y jóvenes, hombres y mujeres, movilizand o al mismo tiempo las redes sociales tradicionales: concesión, *kunda*, barrio, poblado, región, grupo de edad y/o *kabila* (fotos 26 y 27). Todo ello contribuye a la reproducción del orden social. Paralelamente, las estructuras asociativas bajo las cuales se expresa dicha implicación son escenario, como ocurre en el poblado a nivel del CSCOM-Centro de salud comunitario, de la actualización en el exilio de las rivalidades existentes en el seno de esta sociedad, principalmente entre los dos barrios que constituyen Dramané: el fantasma de la división amenaza. Dicho uso social de la implicación en los procesos de salud/enfermedad/atención bloquea al mismo tiempo la operatividad asociativa y con ello el desarrollo del poblado.

En el caso de las mujeres, el análisis de su incipiente organización asociativa no parece dejarnos concluir como Quiminal (2000) que su objetivo principal sea «*conquistar un nuevo espacio local urbano, espacio de residencia. Y al mismo tiempo construir las bases necesarias para un cambio de estatus a la cual aspiran*», sino que como en el caso de las asociaciones de los hombres se trata más bien de «*participar en las transformaciones económicas y políticas que vive su región de origen, valorizando al máximo su movilidad*». Algunas de sus miembros, concretamente aquellas que se encuentran en situación subalterna (las más jóvenes), tratarían a través de su crítica a la distribución de responsabilidades en el seno de la Asociación, de utilizar ésta, como «*un lugar donde constituir un espacio de mujeres susceptibles de hacer cambiar las relaciones de fuerza entre ellas y los hombres, entre ellas y la familia de su marido, entre ellas y la sociedad francesa*» (ibídem 1995:30).

A su vez los y las inmigrantes soninké se ven confrontados en la sociedad de acogida a un nuevo sistema social, y todo ello en posición de subalternidad

independientemente de su estatus en la sociedad de origen. Éstos, a través de su colaboración con el sector humanitario y con las ONGs de la sociedad de acogida, encuentran *«una nueva relación con la sociedad francesa»* (Quiminal et al. 1987:10), un medio de integración a la misma, y a su vez de revalorización. Daum (1993:13) nos advierte sin embargo que la actividad de estas asociaciones es aún *«poco conocida y reconocida en Francia»*, aun cuando la participación desde 1997 de las asociaciones de inmigrantes en el grupo «Migraciones y poblaciones en movimiento», de la Comisión interministerial de cooperación al desarrollo del gobierno francés, traduce un reconocimiento institucional de su implicación solidaria. Dicha implicación estaría permitiendo al mismo tiempo el encuentro de las sociedades civiles del Norte y del Sur. Así Diarra (1998:82) considera que *«gracias a los lazos que los inmigrantes han podido tejer y a las redes que han creado en el seno de la sociedad francesa, un nuevo actor interviene hoy en el espacio de la solidaridad internacional. Con la implicación de las colectividades territoriales (ayuntamientos, diputaciones, y regiones) al lado de los inmigrantes y de las ONGs, el encuentro entre las dos sociedades civiles, la del sur y la del norte esta garantizado»*.

Ahora bien, en algunos casos dicho encuentro se vería viciado por los intereses y usos sociales del país de acogida. Éste, por razones morales, religiosas o a veces incluso económicas, necesitaría ser solidario con el inmigrante y con África. En el ya citado coloquio³⁹⁸ *«Para mejorar la calidad de las donaciones de medicamentos»* organizado en París en abril del 2000, varios participantes preguntaron a los conferenciantes, entre ellos al médico de Dramané: *«Si en África, como es el caso de Dramané, no se necesitan nuestras donaciones de medicamentos, ni que construyamos hospitales rurales, ¿qué van a hacer nuestros voluntarios para sentirse útiles? Y nuestras farmacias, ¿van a aceptar convertirse en simples depósitos de medicamentos no utilizados, perdiendo con ello su rol altruista?»*³⁹⁹

³⁹⁸ Ver Introducción.

³⁹⁹ Conviene señalar que tras este coloquio, la rama francesa de la ONG «Farmacéuticos sin Fronteras» se escindió en dos. Según una de las tendencias, habría que continuar recogiendo y enviando medicamentos a África y a otros lugares, pues siempre hay alguien que los necesita, encontrando los eventuales problemas derivados del envío una solución a nivel local. Según la otra tendencia, si la necesidad no existe, ¿porqué enviar medicamentos? Asimismo el Colegio de Farmacéuticos de Francia optó *«por el mantenimiento de las donaciones de medicamentos no utilizados con el fin de que los farmacéuticos franceses no se conviertan en simples basureros (...) El Colegio defiende públicamente las donaciones, en contradicción con el artículo cinco de sus principios. En la práctica el citado Colegio no parece capaz o deseoso de persuadir a los farmacéuticos sin el aspecto humanitario que valoriza el trabajo de las oficinas entre ellos y a los ojos del gran público. No resulta anodino que el Colegio comporte una sección de farmacéuticos industriales»* (PIMED 2000:2)

Debido al cierre de fronteras y a la posición de la denominada segunda generación, los y las inmigrantes soninké se cuestionan sobre el futuro de dicha implicación solidaria. Éste es igualmente uno de los principales interrogantes que han planteado al gobierno francés Blaum y Witeska (1998:46) en su análisis sobre los mecanismos de ahorro existentes entre los inmigrantes malienses y senegaleses instalados en Francia: *«Podemos suponer que en función de la duración de su estancia y de los escasos proyectos de retorno realmente llevados a cabo o programados, que los inmigrantes malienses y senegaleses entren progresivamente en la vía de una instalación definitiva en Francia, y que esta instalación se acompañará de una disminución y con ello de un estancamiento de los envíos de fondos hacia el país de origen»*. Este hecho es especialmente relevante si tenemos en cuenta que el sistema sanitario maliense ha alcanzado un cierto grado de desarrollo en la región de Kayes gracias a la participación financiera de los inmigrantes, viniendo éstos a suplir las carencias dejadas por el estado que no ha acompañado dicho sistema sanitario de un sistema público de protección social que financie los gastos de salud. Estos son, como hemos visto, asumidos, individual o colectivamente, por los inmigrantes cuya contribución ha sido calificada por Diarra (1998:74) de *«seguridad social»*.

En nuestro caso, consideramos que este sistema de protección social organizado en el seno de la comunidad soninké en exilio, si bien a nivel individual puede ser calificado como un «sistema popular de protección» en términos de Vuarín (1993:301), en el caso de las cajas de solidaridad y asociaciones se trataría más bien de un «sistema público de protección», pero no identificando el término «público» con lo estatal sino con lo comunitario, debido a que no son los fondos públicos quienes lo financian sino los comunitarios. La calificación de «seguridad social» no se correspondería con la existencia de un Estado, que *«regularía un sistema de seguros obligatorios con cobertura asociada a la actividad productiva»* (*ibídem* :300), sino con una categoría de miembros de la comunidad en posición hegemónica debido a los bienes adquiridos en inmigración, que regularían un sistema de envíos, obligatorios en el caso de los hombres, asociados a la pertenencia a una determinada categoría social definida como asistible por la comunidad.

Y así, sin la implicación solidaria de los inmigrantes de ambos sexos en los procesos de salud/enfermedad/atención de sus parientes en el poblado, el sistema sanitario maliense se ve amenazado en sus pilares, por lo que podemos afirmar que dicha implicación se ha convertido en uno de los factores clave de la transformación de

la inmigración en un fenómeno estructural en el seno de esta sociedad en plena mutación. Como bien nos decía nuestro interlocutor Abdoulay Tirera: *«Si nuestros hijos no continúan nuestra labor o bien el estado maliense no comienza a ayudar a nuestras familias, se aproximan tiempos muy, muy difíciles. Los jóvenes del poblado ya no quieren cultivar, las mujeres menos y se ponen enfermas para no tener que hacerlo. Nosotros somos viejos y nuestras pensiones son muy pequeñas. ¿Quién va a continuar a enviar dinero? ¿Quiénes van a pagar los gastos de nuestras familias cuando se pongan enfermas? ¿Quién va a construir los hospitales que necesitamos y comprar los medicamentos que nos salven la vida? La fuente del maná se está agotando: ¿dónde encontrar la solución? ¿Conoces tú la respuesta?».*

CONCLUSIONES

La medicalización y las migraciones, he aquí dos temas de plena actualidad, que si bien han sido estudiados la mayoría de las veces de forma separada, en la presente tesis han constituido un único objeto de estudio, vertebrado en torno a los siguientes aspectos:

- El modo de aproximación: mediante el análisis de cómo la población soninké de la región de Kayes (Malí) se vale de la medicalización para regular el cambio social producido por las migraciones.
- Los protagonistas: la población soninké del área sanitaria de Dramané, sus parientes inmigrantes y su entorno social; el sistema sanitario maliense, sus responsables y agentes sociosanitarios.
- Los escenarios: el área sanitaria de Dramané, Kayes, Bamako y el área metropolitana de París.
- Nuestras estrategias y técnicas: la metodología cualitativa en base a entrevistas, historias de vida, la observación participante y la consulta de fuentes bibliográficas diversas.
- Sus logros: desvelar los usos sociales que los enfermos y su red social dan a su éxodo terapéutico hasta Bamako así como los beneficios que los inmigrantes soninké, asentados en Bamako y París, obtienen a través de su implicación solidaria en los procesos de salud/enfermedad/atención.

Nuestra investigación ha venido a confirmar que la sociedad soninké no es ajena al proceso de medicalización general existente a nivel mundial. Las imágenes que a menudo nos llegan de los denominados países en vías de desarrollo estereotipan nuestras concepciones sobre el posible grado de implantación de la biomedicina en ellos, identificándolos a menudo con la posición hegemónica de los sistemas médicos conocidos como medicina popular o tradicional. Aunque el despliegue sanitario en ellos sea deficiente, y la accesibilidad financiera y geográfica de sus ciudadanos deje mucho que desear, no significa que sus poblaciones no hayan integrado la biomedicina en sus concepciones y prácticas, sino que en algunos casos es su principal recurso terapéutico. Esto es especialmente cierto entre sus élites urbanas (clase política, intelectuales, funcionarios, grandes comerciantes) y entre los expatriados instalados en ellas: cooperantes, personal de embajadas, etc. Malí, como decimos, no se sitúa al margen de este fenómeno, sino que además ha añadido a las élites tradicionales descritas la nueva categoría poblacional constituida por los inmigrantes soninké de la Región de Kayes y sus familias.

En el marco etnosociocultural, hemos podido comprobar que la inmigración, que cuenta con una larga tradición en esta comunidad, se ha convertido en un proceso estructural que ha afectado a sus pilares fundamentales. Desde que los primeros inmigrantes soninké de esta región llegaron a Francia durante la Primera Guerra Mundial como mecánicos de la marina de guerra, el flujo migratorio no ha cesado, organizando en torno a él «*el conjunto de la vida social*» y «*convirtiéndose así en un dato estructural*» (Lavigne 1991:37). Como era previsible, el conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y sus problemas asociados, así como el conjunto de prácticas específicas para su tratamiento y prevención (en definitiva, su sistema médico) no se ha salvado de las consecuencias de dicho impacto. En la actualidad, y tras casi un siglo de migraciones hacia su antigua metrópoli, Francia, asistimos a un proceso de medicalización creciente de la población soninké, y en especial de sus mujeres, producido gracias a los recursos aportados por los miembros de su comunidad asentados en el extranjero.

Si podemos hablar de proceso de medicalización creciente es porque la biomedicina es el sistema médico hegemónico en esta región⁴⁰⁰. El análisis de los itinerarios terapéuticos de los enfermos del área sanitaria de Dramané, así como de los procesos de salud/enfermedad/atención que éstos movilizan, nos ha mostrado que «*la mirada biomédica ha conquistado los saberes populares soninké*», invadiendo campos cada vez más amplios de su vida personal y de sus relaciones personales, pudiéndose llegar a afirmar que incluso han patologizado el modo de afrontar el cambio social derivado de las migraciones.

En este proceso de medicalización han influido diversos factores de carácter tanto externo como interno. Entre los primeros tenemos que citar el rol jugado por la colonización, los sucesivos gobiernos tras la independencia y la ayuda exterior.

Si bien en la región de Kayes (y en Malí en general) la ideología hegemónica popular es la religiosa, sus políticos y responsables sanitarios -formados en muchos casos en el extranjero- se identifican con las categorías científicas que posibilitan la expansión de la biomedicina, como ocurriera en Occidente a finales del siglo XVIII. En el marco etnosociosanitario vimos cómo la colonización introdujo la biomedicina en este país con su razonamiento biocientífico y el valor dado a la objetividad. Particularmente, el primer punto de contacto en este proceso fue la Región de Kayes.

⁴⁰⁰ Eso no quiere decir que la medicina de tradición animista con sus curanderos (*faaranda*) y la de tradición árabe musulmana con sus marabúes, no exista, sino que en el momento histórico actual ocupan una posición subalterna, conformando lo que Menéndez denomina el Modelo Médico Alternativo-

Además, desde la independencia, los diferentes gobiernos socialistas o capitalistas han apoyado la institucionalización de la concepción biomédica. La biomedicina encontró así un aliado privilegiado en un Estado recientemente independiente, en vías de progresiva democratización y descentralización. La institucionalización de las profesiones medico-sanitarias a través de un sistema estatal de homologaciones y la liberación del ejercicio de las mismas y del mercado farmacéutico ayudaron a dicho fenómeno.

Pero el elemento clave ha sido la nueva organización sanitaria puesta en marcha por el PRODESS-Programa de Desarrollo Socio-Sanitario en 1998, ya testada desde 1994, en la Región de Kayes, y más concretamente en el CSCOM-Centro de salud comunitario aquí en estudio: el de Dramané. Esta organización se basa en la Atención Primaria y el principio de la Participación Comunitaria y jerarquiza al mismo tiempo el sistema sanitario, dando prioridad en la distribución de recursos de carácter público a la institución hospitalaria y al equipamiento tecnológico de los mismos. Hospital, tecnología y medicamentos vertebran de este modo un proceso de creciente hegemonía de la biomedicina a pesar de la valorización, reglamentación e incluso institucionalización de las prácticas de la medicina popular y tradicional. Vemos por tanto que en Malí el sistema sanitario se estructura en una doble vertiente. Por un lado, el Estado trata de desarrollar en el medio urbano un sucedáneo de modelo de tipo hospitalario; y por otro, en el medio rural, los CSCOM o Centros de salud comunitarios basados en la atención primaria no especializada, con una tecnología médica básica y la participación comunitaria. En todos los niveles de la pirámide sanitaria la terapéutica se basa en los medicamentos genéricos y, de modo subalterno, en los tradicionales. En cualquier caso, para poder acceder al sistema sanitario la población maliense, que recuérdese es considerada la cuarta más pobre del planeta, debe asumir la totalidad de los gastos sanitarios. Únicamente un pequeño porcentaje está cubierto por el INPS-Instituto Nacional de Previsión Social o por una mutualidad, embriones de un sistema de protección social más propio de un sistema liberal de seguros privados que del modelo de seguridad social con el que el estado maliense lo etiqueta. Justamente, la población afiliada es la que conforma la élite del país: clase política y funcionarios, incluido el personal sanitario. Mientras que los gastos necesarios para el funcionamiento de los Hospitales y CSREF-Centros de salud de referencia, es decir, las estructuras urbanas, son asumidos en su mayoría por el

Subordinado, cuyas relaciones con la biomedicina, es decir con el Modelo Médico Hegemónico, tienen como hemos comprobado un carácter de complementariedad.

estado gracias a la ayuda exterior; en el caso de los CSCOM-Centros de salud comunitarios, son justamente los PAE-Planes de Ajuste Estructural del BM-Banco Mundial y del FMI-Fondo Monetario Internacional, los que han impuesto el SRC-Sistema de Recubrimiento de Costes que se traduce en el hecho de que sea la población quien «participe» asumiendo hasta recientemente el 50% de los gastos.

Sin embargo, en la región de Kayes, el proceso de medicalización además de acompañar la evolución de la ciudad principal de Kayes, se desarrolla con fuerza inesperada en las zonas rurales de mayoría soninké. Kayes, capital de la región homónima, resulta ser tras Bamako, la ciudad con más estructuras biomédicas de Malí, tanto privadas como públicas. Esta ciudad cuenta no sólo con un CSREF-Centro de Salud de Referencia sino también con un Hospital Regional, dotado del único servicio de lujo existente en el país. Paralelamente, y gracias a la ayuda aportada por los inmigrantes y ONGs se asiste a una creciente multiplicación de centros de salud rurales, acogidos o no a la política estatal en función de los intereses de los diferentes actores sociales implicados: población, inmigrantes y ayuda exterior. Pero para explicar esta proliferación, tenemos que prestar igualmente atención a factores internos de la sociedad soninké y en concreto a cómo la inmigración tanto a Europa por un lado, como a la capital maliense por otro, ha instrumentalizado la medicalización inscribiéndola en un complejo contexto de concepciones y prácticas sociales tradicionales que al mismo tiempo que la han hecho posible en un grado completamente desproporcionado a la realidad demográfica amenazan con poner en peligro su continuidad.

En primer lugar, la inmigración aporta a la sociedad soninké toda una serie de representaciones relacionadas con los procesos de salud/enfermedad/atención. Los inmigrantes, que residen en su mayoría en París, conocen del sistema sanitario francés sobre todo sus grandes hospitales equipados de alta tecnología médica o las consultas del sector privado⁴⁰¹ en donde la praxis terapéutica se basa principalmente en medicamentos en especialidad; es decir el Modelo Hospitalario Occidental. Para su acceso al mismo se benefician del sistema de protección social que caracteriza el Estado de Bienestar francés y que corresponde al modelo de seguridad social. En caso de no estar cubiertos, como ocurre con los inmigrantes ilegales, siempre queda la protección de los Servicios Sociales. Los inmigrantes en Europa, durante sus

⁴⁰¹ En Francia, son escasos los ambulatorios, siendo los médicos, generalistas o especializados, quienes atienden directamente a la población en sus consultas privadas. La mayoría de estos profesionales han suscrito una convención con el estado francés, quien reembolsa a los usuarios posteriormente una parte de sus gastos sanitarios.

vacaciones en el poblado de origen, o los numerosos expatriados que visitan el medio rural (cooperantes, investigadores, amigos), portan como consecuencia de sus experiencias en el extranjero las concepciones de la biomedicina junto a sus mejores «representantes»: los medicamentos, generalmente en especialidad, que muestran con orgullo y reparten entre la población en un gesto altruista. El mito de que «lo de los blancos» es mejor, de que los médicos, la tecnología y los medicamentos «nacidos» y «vestidos» en Occidente (véase las especialidades en caja) tienen un mayor poder, además de la actual posición hegemónica de los inmigrantes en el seno de dicha estructura social, facilitan la asunción de las representaciones de la biomedicina entre sus parientes subordinados (ancianos, jóvenes y mujeres del poblado), quienes las interiorizan desde su posición subalterna como «*lo que debe ser un sistema sanitario que puede sanar*». A su rápida transmisión contribuye también la facilidad con la que las ideas se propagan a través de la multiplicidad de redes sociales existentes en una cultura basada en la oralidad.

En segundo lugar, nuestra investigación nos ha llevado a descubrir que el impacto de la inmigración sobre el proceso de medicalización de la sociedad soninke se ha visto muy favorecido por su propia estructura social, por un sistema cultural atravesado de múltiples desigualdades traducidas en rivalidades y todo ello en pleno proceso de cambio social debido al impacto de la migración. Esta sociedad está, como hemos visto, fuertemente jerarquizada en torno a la triple desigualdad existente entre hombres libres y esclavos, ancianos y cadetes, hombres y mujeres. El poder se define en relación al orden de llegada sobre un territorio, el clan de pertenencia (noble, de casta o esclavo), la fuerza o la riqueza. En este contexto, la inmigración se ha convertido en la principal fuente de recursos y con ello las bases de la riqueza, y por tanto del poder, han cambiado. De ser tradicionalmente el control de la tierra y la fuerza de trabajo, han pasado a serlo los ingresos de la emigración, de modo que el estatus social y nivel de vida ya no van en correlación, alterando las relaciones de hegemonía/subalternidad existentes entre barrios (Horongalou/Walisoходé), poblados (Dramané/los tres Makhaná/Sobokou/Gousselá/Gakourá), entre éstos y el poder central representado por Kayes y Bamako; así como entre clanes (Dramé/Bathily), linajes (Bathily tunka /Bathily mange, Dramé marabúes/Dramé comerciantes), clases sociales (nobles/artesanos/esclavos) viejos y jóvenes (ancianos e inmigrantes), hombres y mujeres. Las alteraciones ocurren indistintamente en todos estos niveles y han producido todo un proceso de luchas por la hegemonía y el prestigio social con envites desde todos los frentes, tanto de los que desean mejorar su posición relativa

como de los que buscan recuperar o mantener su posición hegemónica. Por ejemplo, un poblado, tradicionalmente dependiente de otro, como es el caso de Toubaboukané respecto al resto de poblados del área sanitaria, puede pretender adquirir poder e independencia gracias al dinero enviado por los inmigrantes. Un barrio, como Horongalou en Dramané, al que la inmigración ha hecho perder su posición hegemónica, quiere reconquistarla tomando la iniciativa de construir un centro de salud. En otro nivel, un esclavo puede llegar a ser más rico que su antiguo propietario, ocupar un puesto de responsabilidad en una asociación del poblado o gastar en el mismo en bienes de ostentación. Tradicionalmente cada concesión o *ka*, que constituye una unidad de residencia, producción, consumo y reproducción, es dirigida por el hombre de más edad, el jefe o *kagumé*. Sin embargo, los jóvenes al emigrar pasan a asegurar la supervivencia de la concesión e incluso protagonizan la toma de decisiones, incluidas las referentes a los procesos de salud/enfermedad/atención.

A esta situación hay que añadir que la búsqueda de prestigio social y las prácticas ostentatorias que lo demuestran son motores de la cultura soninké y se ven facilitadas y reforzadas por la inmigración. El dinero obtenido en el extranjero es reinvertido en indicadores de prestigio de muy diferente naturaleza. Los ancianos del poblado materializan tal prestigio yendo, si es posible, a hacerse tratar en el sector biomédico privado, en la clínica más cara de la capital y comprando medicamentos en especialidad, o también implicándose en las instancias de participación del CSCOM- Centro de salud comunitario del poblado que son convertidas en un terreno de lucha en donde se actualizan y gestionan las rivalidades. Los inmigrantes residentes en Bamako, logran el prestigio poniendo en práctica otro valor fundamental de este sistema cultural, la solidaridad, a través de su hospitalidad con los enfermos. Por su lado, los inmigrantes lo materializan de modo individual mediante el pago de los gastos de salud (entre otros) de sus parientes enfermos, o de modo colectivo mediante la construcción en el poblado de un centro de salud, mejor todavía, de un hospital, si es posible más grande y mejor equipado que el de los poblados rivales, o a través de las donaciones de medicamentos.

También hemos visto que al mismo tiempo que la inmigración favorece el desarrollo de la biomedicina, pone en peligro su continuidad. El CSCOM de Dramané, como otros muchos de la región contruidos gracias a la ayuda de los inmigrantes y las ONGs, cuentan con el personal, tecnología, locales y medicamentos necesarios para el buen cumplimiento de sus funciones (tal y como aparecen descritas en el PMA- Paquete Mínimo de Actividades previsto por la política sanitaria maliense). Y, sin

embargo, existe un problema de infrautilización, comprobándose que la población se desplaza con frecuencia directamente a los hospitales de la capital nacional. Si la accesibilidad geográfica, financiera y cultural se cumplen: ¿cómo explicar dicho fenómeno de salto de nivel? Nuestra investigación confirma que un factor determinante del problema es el choque de concepciones existentes entre por un lado los inmigrantes y sus parientes, que querrían desarrollar en sus poblados el modelo hospitalario francés, y por otro, las autoridades sanitarias, que proponen el modelo basado en la atención primaria de los CSCOM. ¿Qué posibilidad le queda al enfermo no satisfecho con la asistencia recibida a nivel local, que no responde a sus expectativas importadas de los inmigrantes? Comenzar un éxodo terapéutico hasta llegar a aquel lugar del sistema sanitario en que «reconozca» lo que él considera *«que debe ser»*: un hospital, con tecnología médica avanzada, especialistas, medicamentos en especialidad y un marco de acogida cuidadosamente mantenido y si es posible de lujo. La inmigración vendría a posibilitar dicho éxodo, hasta la capital del país, Bamako.

El papel de los inmigrantes en este fenómeno es múltiple: por un lado se hacen cargo personalmente de algunos de los gastos sanitarios de sus familiares en los poblados de origen y entre ellos los gastos de desplazamiento; por otro, ejercen como agentes de codesarrollo catalizando en ocasiones diversas iniciativas de ayuda internacional. La ayuda exterior se ve facilitada por la red de relaciones tejida por el inmigrante en su sociedad de acogida, sin por ello comulgar muchas veces con la política sanitaria maliense ni responder a verdaderas necesidades sanitarias de los poblados soninké. Su intervención como agentes de codesarrollo, en muchas ocasiones reforzada por el apoyo de ONGs diversas, de la cooperación descentralizada de los gobiernos regionales, ayuntamientos y empresas varias, viene a legitimar así como a facilitar, la puesta en práctica de la citada concepción de la biomedicina que tienen los inmigrantes y sus parientes en el poblado, como es el caso del centro de salud y posiblemente futuro hospital rural privado de Gakourá. De esta manera estas intervenciones por parte de los inmigrantes o de la cooperación favorecen simultáneamente la proliferación de centros de salud en la zona de inmigración y también el éxodo de los enfermos a donde «el sistema funciona», es decir, a Gakourá o a Bamako. Paradójicamente esto pone en peligro la totalidad del sistema sanitario maliense debido a que su financiación se sustenta en gran parte, como hemos dicho, a través del Sistema de Recubrimiento de Costes, es decir del pago por parte del enfermo de las prestaciones y medicamentos. Si un centro de salud

comunitario no es frecuentado, el sistema se bloquea: el personal no puede ser pagado, la farmacia no puede ser abastecida, ni el material o los locales renovados. Lo mismo ocurriría con los CSREF-Centros de salud de referencia provinciales aun cuando en este caso el personal sea pagado por el estado. En consecuencia los hospitales de Bamako se enfrentan a un problema de saturación que afecta a la calidad de los cuidados ofertados debido a la escasez de personal biomédico, y donde las clínicas y farmacias privadas constituyen un negocio floreciente en plena expansión. Inmigración y cooperación internacional estarían jugando así un doble rol: por un lado, posibilitan el proceso de medicalización y potencian concepciones que lo aceleran y por otro, lo frenan a través de esas mismas representaciones de lo biomédico que transmiten así como de su implicación solidaria que podríamos calificar de «mal entendida y mal coordinada».

Por otro lado, los mismos actores sociales fueron quienes vinieron a señalarnos cómo, además de las posibles deficiencias del sistema sanitario maliense o del choque de concepciones evocado, los enfermos del área sanitaria de Dramané emprenden su éxodo terapéutico hacia la capital por otras razones que hemos venido en llamar «usos sociales». Su perfil epidemiológico unido al hecho de que la presencia de enfermos sea mayor durante la estación seca, es decir, durante el paro en las actividades agrícolas y de mayor precio de los víveres en el poblado, y la ausencia de Kayes en sus itinerarios terapéuticos a pesar de contar con un centro de salud de referencia (que aunque deficientemente funciona) y un Hospital Regional único en el país por su equipamiento y por el servicio de lujo ofertado, lo vinieron también a confirmar. Los principales protagonistas de este éxodo terapéutico son las mujeres soninké. De nuevo la comprensión de este fenómeno, que podemos calificar de proceso creciente de medicalización femenina, no fue posible hasta que consideramos las desigualdades que atraviesan la estructura social soninké, en la que las mujeres ocupan la posición más subalterna⁴⁰². Con la inmigración y las sequías las cargas agrícolas han variado y la participación de la mujer es mayor. Lo mismo ocurre con las labores domésticas, que han aumentado debido a la presión de la familia política. Mientras que el hombre, es decir los jóvenes, tienen la posibilidad de salir del poblado y con ello escapar al control social de los ancianos, a través de la emigración o bien al desplazarse para gestionar asuntos fuera de su comunidad, la mujer no es autorizada a salir del poblado más que para visitar a su familia, seguir un tratamiento médico o acompañar a un enfermo. En cambio, si cae enferma, su marido le envía dinero para

comprar medicamentos y poder desplazarse a la capital para ser tratada⁴⁰³. Este éxodo terapéutico confiere prestigio a la enferma al poder adquirir medicamentos en especialidad y beneficiarse de los cuidados de los templos de la biomedicina o ser tratada con la tecnología de los blancos. Al mismo tiempo la libera de sus roles habituales, que más que de ama de casa podrían denominarse de esclava de concesión, y ello independientemente de la clase social: nobles, de casta o esclavas; ya que todas ellas participan de dicha desigualdad.

La institución poligámica refuerza su situación subalterna, pero esta institución es favorecida a su vez por la inmigración, ya que permite adquirir el dinero necesario para nuevos matrimonios que revierten en un mayor prestigio social para el hombre. La ideología igualitaria de este tipo de alianza no deja a la mujer otra solución para diferenciarse de su/s coesposa/s, y ganar así los favores del marido, aunque sea sólo económicos, que «enfermar». En ocasiones, ciertas mujeres gastan una parte del dinero enviado por el marido para los gastos de salud en la compra de ropa, joyas, tapices y utensilios de cocina «a la moda» con los que rivalizar con su coesposa y resto de mujeres de la concesión; o en preparar el ajuar de sus hijas, confiriendo a éstas prestigio delante de la familia política. La inmigración habría igualmente sumido a la mujer soninke en una situación de soledad e insatisfacción sexual prolongada, que el desplazamiento a Bamako podría hacer más llevadero. Este hecho se vería agravado por las políticas de cierre de fronteras de los países europeos que llevan a que el marido pueda estar ausente hasta 10 años o más⁴⁰⁴. La prolongada ausencia del marido les impediría así mismo cumplir su función reproductiva ya que el tener hijos, y cuantos más mejor, es la principal fuente de reconocimiento social de la mujer en esta sociedad y suponen un «sistema popular de protección social» para el futuro. ¿Dónde encuentran entonces una vía de escape a dicha situación de subordinación agravada por la inmigración? Enfermando. Las mujeres no hallan otra forma de alivio de su situación que hacer un uso social de la enfermedad, que patologizar, medicalizar en definitiva su malestar social, principalmente a través de la denominada «enfermedad de mujeres». Esta enfermedad pertenece a un terreno, el reproductivo, propio de su género, y les permite un cierto margen de actuación ya que los hombres de los que dependen no osan «verificar» la realidad de dicho mal, no sólo por su posible falta de competencias médicas sino también por la constelación de tabúes que

⁴⁰² Esta posición se ha visto agravada aún más por la ausencia de sus maridos en inmigración.

⁴⁰³ El hecho de que la decisión del lugar de tratamiento sea tomada por los hombres, kagumé o marido en exilio, es una nueva expresión de su situación subalterna.

rodea en la ideología musulmana el ámbito de la sexualidad. Además si el marido se encuentra en el extranjero, al sentirse en cierto modo culpable de abandono de su mujer/es e hijos, acepta el traslado a la capital de su mujer, sin cuestionarse sobre la enfermedad o sobre la posibilidad de ser tratada en el poblado o en Kayes. Los *kagumé*, en muchos casos refuerzan su propio interés ya que las mujeres les dan una parte del dinero enviado por sus maridos a cambio de su autorización para viajar a Bamako. Y en Bamako el sistema social ha previsto que ciertos miembros de la comunidad tengan como función acoger a toda persona de paso. Los requisitos están cumplidos: autorización, servicio de alojamiento y gastos de estancia cubiertos, hospitales, clínicas, tecnología y medicamentos en especialidad accesibles. El resultado para las mujeres: un incremento de prestigio social y un alejamiento temporal de las responsabilidades y restricciones de la vida en el poblado de origen.

Paralelamente, si bien el desarrollo de la biomedicina en el medio rural a través de la creación de CSCOM-Centros de salud comunitarios ha permitido a ciertas categorías sociales manejar las desigualdades del sistema social soninké a través de su participación en las instancias de decisión (Asamblea, Consejo y Comité de Gestión), en el caso de las mujeres, la aplicación del principio de la Participación Comunitaria, ha sido una oportunidad perdida para mejorar su situación de desigualdad de género. Su presencia mínima, y decidida por los hombres bajo presión de las autoridades sanitarias o de los actores de la cooperación, no hace más que reforzar el orden social tradicional. Dicha participación comunitaria no ha sido gestionada de igual modo en otros ámbitos como puede ser el caso de la Asociación de mujeres de Dramané, o de su homónima en París. Si bien, en ambas, las mujeres han reproducido el orden social en la distribución de puestos de responsabilidad (por edad, clan, linaje, clase social) y los hombres tienen voz y en muchos casos de modo oficioso, voto. Sus miembros son en su mayoría mujeres, e incluso se escuchan algunas voces que reclaman una nueva distribución de responsabilidades en función no de la posición social sino de las capacidades. Esto parecería comenzar a plasmarse en la inmigración en el surgimiento de la asociación de jóvenes, UJOGA.

Específicamente, en lo que se refiere a la situación de las mujeres soninké en inmigración, nuestra investigación ha venido a mostrarnos que aunque su proyecto migratorio depende de su marido y su objetivo es la reproducción familiar, éstas han logrado conquistar nuevos espacios públicos gracias a su incorporación laboral y al

⁴⁰⁴ Según la legislación francesa actual se necesitan más de 10 años para poder ser regularizado, en caso de haber entrado y haberse mantenido de modo ilegal sobre el territorio francés.

contacto con las instituciones sanitarias, escolares y sociales de la sociedad de acogida. Asimismo, su participación asociativa, les ha puesto en relación con otros actores sociales como ayuntamientos, asociaciones u ONGs, favoreciendo su integración social. Como consecuencia, su acceso al trabajo les ha otorgado una cierta independencia económica, que por el hecho de no tener que destinar este dinero, salvo ausencia del hombre o a voluntad propia, a los gastos domésticos ni a ser solidario con sus parientes en el contexto de origen, lo cual les permite una cierta autonomía así como acceder a ciertos bienes que tradicionalmente eran del dominio masculino, como comprar una casa en Bamako, Dakar o Abidján.

Finalmente, los propios inmigrantes, actores donantes del dinero o responsables de las estructuras de acogida en este escenario, realizan igualmente un «uso social» de la medicalización de sus parientes en el poblado. Tanto el itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria de Dramané, y en especial de las mujeres, como el de la venida de los jóvenes y de las mujeres a Europa, se vería comprometida sin dicha implicación solidaria de sus parientes inmigrantes instalados en Bamako y en el área metropolitana de París. Son ellos quienes con sus donaciones, que se traducen como hemos visto en forma de hospitalidad, dinero o servicios, los que mantienen el sistema. Estos dones tienen un carácter obligatorio en el caso de los hombres y adquieren expresiones distintas en Bamako y en París. Los inmigrantes del área sanitaria de Dramané instalados en Bamako acogen en sus concesiones a aquellos jóvenes que esperan una oportunidad para ir a Europa, a las esposas que esperan que la embajada dé la autorización de reagrupación familiar, así como a toda persona de paso en su itinerario entre Francia y el poblado. Sin embargo, sus principales «huéspedes» son las mujeres enfermas. Su solidaridad con ellas toma carácter de hospitalidad al asegurar el alojamiento y manutención con carácter indefinido, y sin obligación de participar financieramente ni tampoco en las labores domésticas, salvo parentesco directo. Asimismo, los dones de sus anfitriones se traducen en el acompañamiento hasta las estructuras sanitarias y en muchas de las ocasiones, en el pago de los servicios médicos o al menos su adelanto. Todo ello respondería a un principio de reciprocidad. Siguiendo la calificación dada por Vuarin sobre los sistemas de protección social en Malí, los anfitriones estarían ejerciendo las funciones de lo que este autor denomina sistema popular (1993:301), al que nosotros hemos añadido la calificación de pseudo-sistema popular ya que, como hemos visto, no tiene un carácter excluyente, sino que los anfitriones soninke acogen, en Bamako, París o cualquier lugar donde se hayan instalado, a todo extranjero de paso, sea o no

de su poblado, de su etnia, o de su país. Sus dones al mismo tiempo que actualizan una de los pilares fundamentales de esta sociedad, que es la solidaridad, permiten movilizar una multiplicidad de redes sociales, ampliando el entorno social de anfitriones y huéspedes, lo que incrementa su capital social y al mismo tiempo su prestigio. Otro de los beneficios indirectos de dicha solidaridad es el hecho de que los reinscribe en el marco de la sociedad de origen, permitiendo la cohesión social a pesar de la distancia. Así mismo, y teniendo en cuenta que dar es un signo de superioridad, su solidaridad les sirve de estrategia para conquistar espacios de hegemonía perdidos por su larga ausencia del poblado. Cabe señalar que nunca el anfitrión es una mujer, y el hecho de que la solidaridad de los anfitriones de Bamako no toma una forma colectiva como ocurre en el poblado o en París, no por falta de voluntad de los anfitriones, sino por oposición de parte de los inmigrantes, y de huéspedes.

La solidaridad de los y las inmigrantes residentes en Francia, por otro lado, no sólo tiene un carácter diferenciado por sexo (obligatoria para el hombre, voluntaria para la mujer), sino que sus beneficiarios no son los mismos. Los del hombre son todos aquellos miembros dependientes de su concesión (kagumé, jóvenes y mujeres), segmento de linaje (*kunda*), o familias y grupo de edad que contribuyeron a su viaje al extranjero. La solidaridad femenina en ningún caso puede ir dirigida a un hombre, salvo si es un niño, y se centra en las mujeres de su concesión de origen que no tienen un varón en el extranjero que se responsabilice de ellas. En ambos casos, la solidaridad ha adquirido con el tiempo un carácter organizado, primero a través de las cajas de solidaridad, posteriormente a través de la creación de asociaciones. Sus donaciones se aproximan al tipo de sistema de protección social que Vuarin denomina sistemas públicos de protección social (1993.300) pero en este caso no se han socializado los gastos de salud a través del estado, sino a través de la comunidad en el exilio, de modo que tiene lugar una redistribución del beneficio adquirido en el extranjero. Al situarse el proyecto migratorio de los hombres en el poblado, sus dones, incluidos los movilizados en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención, se asemejarían a un sistema de redistribución hacia aquellos que primero contribuyeron a su posibilidad de estar en el extranjero (kagumés y jóvenes de su grupo de edad), así como hacia las personas que dependen de ellos (jóvenes, mujeres, hijos). En este caso, primaría el principio de reciprocidad. A nivel asociativo estas agrupaciones reproducen el orden social tradicional y sirven de terreno de lucha para gestionar las rivalidades que atraviesan esta sociedad, lo cual frena su operatividad. Las mujeres no son ajenas a ello. Los inmigrantes no sólo logran a través de su implicación

reconocimiento social, así como reforzar su posición hegemónica frente a los ancianos del poblado (alterando con ello el orden social tradicional), sino que al mismo tiempo les permite reproducir el orden social, mantenerse en cohesión con el contexto de origen y en definitiva luchar contra el fantasma de la fractura social que la inmigración actualiza. Al mismo tiempo, y de la misma forma que las mujeres, los hombres a través de su participación asociativa encuentran un medio para su integración en la sociedad de acogida, a través de sus proyectos conocen nuevos interlocutores y su posición subalterna de inmigrantes queda revalorizada. La sociedad de origen, como hemos visto, ve igualmente cubierta su necesidad de ser solidaria, aunque ello no siempre tenga resultados positivos y, en ocasiones, ejerza como un nuevo vehículo de dominación, participando con los inmigrantes en la integración de sus poblados en un contexto de globalización que tiene uno de sus mayores ejemplos y armas en la expansión, en muchos casos a cualquier precio, de la biomedicina. Sus mejores agentes: inmigrantes, cooperantes y sector biomédico privado. Mientras tanto, la sociedad soninké no sólo es medicalizada, sino que ella misma medicaliza sus comportamientos y se sirve de la medicalización para gestionar el cambio social derivado del fenómeno migratorio. Y el sistema biomédico migra, los actores de la cooperación migran, los medicamentos migran, las enfermas migran...

Ahora bien, si este sistema funciona es debido justamente a la contribución de los diferentes actores, y en especial a la de los inmigrantes. ¿Qué ocurriría si como nos advertían nuestros interlocutores, la situación cambiara? Si los inmigrantes envejecen cobrando unas pensiones mínimas que nos les permiten ayudar al mismo nivel a sus parientes, si sus hijos optan por no contribuir al mismo nivel, si las puertas de la inmigración se cierran, si los inmigrantes de Bamako, comienza a querer monetarizar su contribución⁴⁰⁵... Nos encontramos probablemente ante un periodo de transición social en cierto modo similar al momento en que Francia decidió abolir la esclavitud, privando a los nobles soninké de su principal fuente de ingresos junto al comercio y a la agricultura. En aquel momento, los soninké encontraron una salida en la inmigración: ¿dónde encontrarla ahora?

Por el momento, se observa que dos son las estrategias prioritarias: diversificar los destinos (España, Italia, Estados Unidos...), así como reforzar el sistema endogámico de las alianzas matrimoniales, es decir, casar a sus hijas con

⁴⁰⁵ La situación de crisis económica actual del país, que se cifra en un empobrecimiento generalizado de la población debido a la devaluación del franco fca introducida por el Fondo Monetario Internacional en 1994, está provocando que algunos de los anfitriones reclamen una monetarización de los servicios de acogida y una restricción a la familia más restringida.

nacionalidad francesa o a las que tienen un trabajo y un alojamiento adecuado con jóvenes del poblado. Las consecuencias comienzan a sentirse: el ansiado proyecto de los inmigrantes de retorno al poblado una vez jubilados se ve frustrado, los inmigrantes envejecen en el seno de residencias en condiciones de salud penosas, incremento de matrimonios forzados con la consecuente indignación de la sociedad de acogida y expresión de una nueva forma de subordinación de la mujer, encarecimiento de sus dotes así como del gasto generado por la migración al cerrarse las posibilidades de venir vía visado: bodas y pateras son la única solución. Asimismo Bamako estaría empezando a perder su carácter de lanzadera hacia Europa adquiriéndolo la población de Gao, en el Este del país, de donde los inmigrantes comienzan un nuevo éxodo que les llevará hasta el Estrecho, con las dificultades de entrada en España y las consecuencias que todos conocemos. Y ni que decir tiene que menos inmigrantes significa menos posibilidades económicas para poder, entre otras cosas, venir hasta la capital en caso de enfermedad o para poder mejorar el centro de salud. Y ello sin que se vea acompañado de una verdadera responsabilización del Estado por asegurar la protección sociosanitaria. Si en Occidente el Modelo Médico Hegemónico ha entrado como dijimos en la crisis del Estado del Bienestar, impulsándose estrategias como el volver a responsabilizar a la comunidad e implantar políticas que potencien la familia con el fin de devolver responsabilidades al grupo doméstico, ¿dónde va a delegar el Estado Maliense esas responsabilidades, si justamente es el grupo doméstico, el Modelo de Autoatención el que también está entrando en crisis?

En el futuro resultará interesante analizar las estrategias desarrolladas por los soninké, no ya para gestionar el cambio social derivado de la inmigración sino justamente para gestionar el cambio social derivado del freno de la inmigración. ¿Daré paso esto a una pérdida de hegemonía de la biomedicina en favor de los otros sistemas médicos? ¿Perderán clientes las clínicas y farmacias privadas? ¿Se verá acompañado todo ello de un incremento de la ayuda al desarrollo? ¿Cómo gestionarán los diferentes actores sociales la probable pérdida de la posibilidad de medicalizar las tensiones sociales? ¿Y las mujeres? ¿Qué otras estrategias desarrollarán? ¿Qué cambios en la estructura familiar llevará consigo el hecho de que en el caso de las alianzas con jóvenes francesas soninké, la residencia se haya transformado en uxorilocal, siendo la mujer quien se encuentra en una posición de hegemonía, ya que es ella la que al menos durante el primer periodo trabaja? ¿Se reconstruirá en Gao la red social de anfitriones existente en Bamako? ¿Cómo encontrará el sistema social nuevas estrategias para mantenerse cohesionado si la solidaridad, el prestigio, las

relaciones de hegemonía/subalternidad se han visto y probablemente se verán alteradas?

Interrogantes sin respuesta en este momento. Mientras tanto, continuaremos observando, como Godelier (1996:111) propusiera para el análisis de los periodos de transición social, *«si las modificaciones que provocan son tan sustanciales como para implicar la desaparición de una forma de sociedad»*, en nuestro caso la soninké.

GLOSARIO

DAMBE:	manera de ser y hacer de cada clase social.
DEBEGUME:	jefe de poblado.
DJIATIGI:	anfitrión.
DYAMANE:	entidad política bajo la autoridad de un clan dirigido por un rey.
DYAMU:	clan. Se utiliza igualmente para denominar el apellido.
DYARE:	clan libre de la casta de los griots.
GARANKÉ:	clan libre de la casta de los zapateros.
GESERE:	clan libre de la casta de los tradicionalistas.
GHANA:	país del oro.
HANKAMAN:	clan libre noble de los guerreros.
HOORE:	clanes nobles.
IMAM:	jefe religioso musulmán que preside la oración.
JAARANDA:	traditerapeuta.
KA:	concesión.
KABILA:	entidad conformada por cada linaje fundador y la serie de linajes guerreros asociados.
KAGUMÉ:	jefe de cada concesión (Ka).
KAMANAGARE O KAMANUGO:	apelación con la que cada familia de esclavos continúa llamando a su maestro.
KEESI N'LEME:	caja común de cada poblado.
KOME:	esclavos de trata.
KOUDA:	barrio.
KOUDAGUMÉ:	jefe de barrio.
KUNDAS:	segmento de linaje, denominado coloquialmente puerta.
MANGÉ:	clan noble de jueces tradicionales.
MEDERSA:	escuela coránica.
MISIDA:	plaza pública.
NYAKHAMALA:	clan libre de casta o artesanos.
NYINYA-GUME:	clan noble al que pertenece la tierra.
SOXODÉ:	descendencia.
TAGE:	clan libre de la casta de los herreros-joyeros.
TUNKA:	rey.
TUWANA:	apelación dada al curandero cuando se vale de la adivinación y que significa «hombre de saber».

BIBLIOGRAFÍA

- ACAME (2000)** *Troisième Assemblée générale de l'Association africaine des centrales d'achats de médicaments essentiels. Rapport Général des travaux*. Harare: OMS Afrique.
- Ackernecht, E. (1945a)** "On the collecting data concerning primitive medicine" *American Anthropologist*, XLII: 427-432.
- Ackernecht, E. (1945b)** "Primitive medicine" *Transactions of the New York Academy of Science*: 26-37.
- Ackerknecht, E. (1971)** *Medicine and Ethnology*. Berna: Huber.
- Adams, A. (1977)** *Le long voyage des gens du fleuve*. Paris: Maspero.
- ADR (2004)** *Projet d'aménagement d'un périmètre irrigué á Dramané (Kemene-Tambo)*. ADR : documento interno.
- Ag Bendeche M., Chauliac M., Gerbouin-Rerolle P., Kanté N., Maly D.J.M. (1997)** "Dévaluation du franc CFA et stratégies alimentaires des familles á Bamako (Mali)" *Cahiers Santé*, 7: 361-371.
- Ag Iknane, A., Kadjoke, M., Camara, I., Camara, M. (2000)** *La Santé Communautaire au Mali: Aspects juridiques, réglementaires et Economie Politique*. Bamako: ORSTOM.
- A.M.A.D.E.S. (1989)** *La dimension culturelle de la maladie. Quelques approches. Actes de la journée scientifique d'Anthropologie Médicale. Saint-Étienne*. Toulouse: A.M.A.D.E.S.
- A.M.A.D.E.S. (1999)** *Achats groupés des médicaments Essentiels*. Harare: Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- Amselle, J.-L. (1990)** *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*. Paris: Payot.
- Andriamirado, S. (1985)** *Le Mali aujourd'hui*. Paris: les éditions j.a.
- Anthias, F., Lazaridis, G. (2000)** *Gender and migration in Southern Europe. Women on the move*, Oxford and New York : Berg.
- Arrêté Interministériel n° 94-5092/MSSPA-MATS-MF** *fixant les conditions de création des CSCOM et les modalités de gestion des services socio-sanitaires de cercle, de commune, des CSCOM*.
- Arrêté Interministériel n° 03-1726/MS/MSSPA** *portant création et fonctionnement des Organes de Coordination, élaboration et de suivi de la phase II du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2008*.
- Auge, M. (1975)** *Théorie des pouvoirs et idéologie: étude de cas en Cote d'Ivoire*. Paris: Herman.

- Auge, M. (1986)** "L'Anthropologie de la maladie". En Pouillon, J. (ed.), *Anthropologie. Etat des lieux*. Paris: Le livre de poche.
- Augé, M. (1992)** *Non-lieux*. Paris:Seuil.
- Augé, M. (1994)** *Le sens des autres*. Paris: Fayard.
- Augé, M., Herzlich, C. (1984)** *Le sens du mal*. Paris: Editions des Archives Contemporaines.
- Balandier, G. (1967)** *Anthropologie Politique*. París: P.U.F.
- Balandier, G. (1974)** *Anthropologiques*. Paris: PUF.
- Balandier, G. (1988)** *Le désordre: éloge du mouvement*. Paris: Fayard.
- Barges, A. (1996)** "Entre conformismes et changements: le monde de la lèpre au Malí". En Benoist, J. (ed) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala: 281-313.
- Barou, J. (1990)** "Les soninké d'hier á demain" *Hommes & Migrations*, 1131: 9-12.
- Barou, J. (1992)** "Familles, enfants et scolarité chez les africains immigrés en France" *Migrants-Formation*, 91:12-23.
- Barou, J. (1999)** "Les pères africains en France et leur rôle traditionnel", *L'école des parents*, 6:34-39.
- Barou, J. (2002)** *Les logiques modernes de l'inmigration*. En <http://www.africultures.com>.
- Bartulo, T. (2004)** "Malí es ya el primer exportador de inmigrantes subsaharianos a España" *El País*, 24 de julio del 2004. En <http://www.elpais.es>
- Bataille, G. (1967)** *La part maudite: précédé de La notion de dépense*. Paris: Minuit.
- Bateson, G. (1971)** *Interacción familiar: aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Bathily, A. (1975)** *Imperialism and colonial expansion in Sénégal*. Birmingham: University of Birmingham.
- Bathily, A. (1989)** *Les portes de l'or: le royaume de Galam (Sénégal) de l'ère musulmane au temps des négriers (VIIIe-XVIIIe siècles)*. Paris: L'Harmattan.
- Baudrillard, J. (1976)** *L'échange symbolique et la mort*. Paris: Gallimard.
- Baum, F. (1997)** "Investigación cualitativa en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas" *Revisiones en Salud Pública* 5 : 175-193.
- Benoist, J. (1980)** *Les carnets d'un guérisseur réunionnais*. St Denis de la Réunion: Fondation pour la recherche.
- Benoist, J. (1996)** *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.

- Bijlmakers, L., Kanté, N., Keita, N., Marres, D., Ramde, F., Sanogo, N. (1998)** *Rapprochement des services de santé de premier niveau aux populations des zones éloignées du Malí*. Bamako: INRSP.
- Blanco, C. (2000)** *Las migraciones contemporáneas*. Madrid: Alianza.
- Blion, R., Verriere, V. (1998)** "Epargne des migrants et outils financiers adaptés. Pratiques des immigrés maliens et sénégalais résidant en France" *Migrations-Etudes*, 82.
- Blion, R., Witeska, S. (1998)** "Transferts d'économies des Immigres Maliens et sénégalais en France" *Hommes & Migrants*, 1214: 38-46.
- Boserup, E. (1970)** *Women's role in economic development*. Saint Martin's Press.
- Bott, E. (1957)** *Family and social network*. Londres: Tavistock.
- Bott, E. (1990)** *Familia y Red Social*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. et al. (1993)** *La misère du monde*. Paris: Seuil.
- Bourgeois, M. (2000)** *Les actions sociosanitaires des immigrés vivant en France dans la Région de Kayes. Mémoire DESS Paris XII*. Paris:Faculté Administration et Echange.
- Bredeloup, S. (1994)** "L'aventure contemporaine des diamantaires sénégalais" *Politique Africaine* 56: 77-93.
- Bruijin, M., Van Dijk, H. (1997)** *Peuls et mandingues. Dialectique des constructions identitaires*. Paris: Karthala.
- Brunet-Jailly, J. (1989)** *Etude de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*. Bamako: INRSP.
- Brunet-Jailly, J. (1993)** *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM.
- Brunet-Jailly, J., Rougement, A. (1989)** *La santé en pays tropicaux*. Paris: Doin.
- Canals, J. (1992)** "La autoatencion y los grupos de ayuda mutua dentro de los procesos asistenciales sanitarios y sociales". *Jornadas Los grupos de ayuda mutua y las personas mayores*: 25-44.
- Canals, J. (1996)** "La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua". En Contreras, J. (ed.) *Reciprocidad, cooperación y organización comunal: desde Costa a nuestros días*. Zaragoza: Instituto Aragonés de Antropología-FAAEE: 43-55.
- Canals, J. (2003)** "Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias" *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3,1: 71-81.

- Canals J., Romaní, O. (1996)** *Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing*, Archipiélago 25: 51-62.
- Castel, R. (1995)** *Les Métamorphoses de la question sociale. Une Chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- Castells, M. (1975)** *Movimientos sociales urbanos (grassroots movements)*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Castells, M. (1988, 2001)** *L'ère de l'information*. Paris: Fayard.
- Cathebras, P. (1989)** "Le champ de l'Anthropologie Médicale". En A.M.A.D.E.S. *La dimension culturelle de la maladie. Quelques approches. Actes de la tournée scientifique d'Anthropologie Médicale. Saint-Étienne*. Toulouse: AMADES: 13-22.
- Cercle de Yoroso (2000a)** *Plan Quinquennal de Développement 2000/2004. Pour un mieux être*. Yoroso: Cercle de Yoroso.
- Cercle de Yoroso (2000b)** *Première mouture du Plan Quinquennal du Développement Sociosanitaire de Yoroso*. Yoroso: Commune Rurale.
- Cercle de Yoroso (2000c)** *Première mouture du Plan Quinquennal du Développement Sociosanitaire de Yoroso*. Yoroso: Commune Rurale.
- Chastanet, M. (1997)** "Crises et régulation en pays soninké (Sénégal) depuis le milieu du XIX siècle" *Cahiers ORSTOM Sci. Hum.* 27 (7-2): 131-145.
- Chrisman, N. J. (1977)** "The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness" *Culture, Medicine and Psychiatry* 1 (4): 351-379.
- Chrisman, N. J., Johnson, T.M. (1990)** "Clinically Applied Anthropology". En Johnson T.M., Sargent, C.F. (eds.), *Medical Anthropology : contemporary theory and method*. New York: Praeger: 93-114.
- Cisse, M. (1993)** "Un pari: créer un centre de santé" *Hommes & Migrations*, 1165:30-32.
- CMDT-Secteur de Yoroso (2002a)** *Résultats des carrés de rendement de cultures: campagne 2001/2002*. Yoroso: documento interno.
- CMDT-Secteur de Yoroso (2002b)** *Fiches techniques de relevés d'octobre: Campagne 2001/2002-version corrigée*. Yoroso: documento interno.
- Colectivo (1996)** *On ne ramasse pas une pierre avec un seul doigt. Organisations sociales au Mali: un atout pour la décentralisation*. Bamako: Fondation Charles Léopold Mayer.
- Comas D'Argemir, D. (1996)** "Economía, cultura y cambio social". En Prats, J., Martínez, A. (eds) *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel: 104-113.

- Comelles J. M. (1985a)** "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales" *Revista Jano*, 655-H: 71-83.
- Comelles J. M. (1985b)** "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales" *Revista Jano*, 655-H: 357-372.
- Comelles, J. M. (1993)** "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria" *Revisiones en Salud Pública*, 3: 169-192.
- Comelles, J. M. (1996)** "Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico" *Revista Della Societa italiana di antropologia medica*, 1-2: 43-73.
- Comelles, J. M. (2003)** "El regreso de los cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el s. XXI" *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3,1: 6-21.
- Comelles, J. M., Martínez Hernández, A. (1993)** *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.
- Comelles, J. M., Martínez Hernández, A. (1996)** "Paradojas de la antropología médica europea" *Nueva Antropología*, 52/53: 187-209.
- Condé, J., Diagne, P. S. (1986)** *Les migrations internationales sud nord. Une étude de cas: les migrants maliens mauritaniens et sénégalais de la vallée du fleuve Sénégal en France*. Paris: OCDE.
- Condon S. (2000)** "Replacer les femmes migrantes dans l'histoire de l'immigration en France : l'apport des données d'une enquête nationale par questionnaire". En Condon S., Bozon M., Locoh T. (eds.), "Démographie, sexe et genre: bilan et perspectives" *Dossiers et Recherches, INED*, 83.
- Coulibaly, S., Keita, M. (1993)** *Les comptes nationaux au Malí*. Bamako: INRSP.
- Coulibaly, S., Diarra K. (1993)** "Analyse des comptes nationaux de la santé". En Brunet-Jailly, J (ed.), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM: 231-246.
- CPS (1997)** *Cartes sanitaires du Malí*. Bamako: documento interno.
- CPS-MS (2002)** *PDDSS-Annexe 3. Rapport Technique 2001 et Programmation Technique 2002. Région de Sikasso*. Sikasso: DRS.
- Cros, M. (1996)** *Les maux de l'autre. La maladie comme objet anthropologique*. Paris: L'Harmattan.
- CSREF de Yoroso (2001a)** *Rapport d'activités de Cercle: périodes du 01.01.01.-31.03.01*. Yoroso: documento interno.

- CSREF de Yoroso (2001b)** *Rapport d'activités de Cercle: périodes du 01.04.01.-30.06.01.* Yoroso: documento interno.
- CSREF de Yoroso (2001c)** *Rapport d'activités de Cercle: périodes du 01.07.01.-30.09.01.* Yoroso: documento interno.
- CSREF de Yoroso (2002)** *Rapport d'activités de Cercle: périodes du 01.10.01.-30.012.01.* Yoroso: documento interno.
- Curtin, P.D. (1975)** *Economic change in pre-colonial Africa.* Wisconsin: The University Press of Wisconsin.
- Davidson, B. (1973)** *Afrique Ancienne.* Paris: Maspero.
- Daum, C. (1993)** "Quand les immigrants construisent leur pays" *Hommes & Migrations* 1165: 13-17.
- Daum C. (1995)** *Contribution des immigrants au développement de leur pays: le cas des Maliens de France.* Paris: OCDE.
- Daum, C. (1998)** *Les associations de Maliens en France. Migration, développement et citoyenneté.* Paris: Ed. Karthala.
- Décision n°0332/MS-SG** *portant création d'une équipe nommée Groupe Ad Hoc Santé, chargé de la préparation de la phase II du plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.*
- Décret n°76-383 du 29 avril de 1976** *relatif aux conditions d'entrée et de séjour des membres de famille des étrangers autorisés à résider en France.*
- Décret n°01-115/PM-RM du 27/02/01** *portant création des organes d'orientation, de coordination, et d'évaluation du Programme de Développement Sanitaire et Social.*
- Décret n°02-314/P-RM du 04 juin 2002** *fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de Santé.*
- Delafosse, M. (1912, 1972)** *Haut- Sénégal -Niger: Le pays, les peuples, les langues.* Paris: Maisonneuve & Larose.
- Dembele, Y. (1993)** "Un an après où en sommes-nous?" *Hommes & Migrations*, 1165: 37-38.
- Diagana, A. (1990)** *Chants traditionnels du pays soninké: Mauritanie, Malí, Sénégal.* Paris: Harmattan.
- Diakitè, B. D., Diarra T., Traore, S. (1993)** "Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni". En Brunet-Jailly, J. (ed.), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales.* Paris: Karthala-ORSTOM: 155-175.
- Diallo, A. (1998)** *Monographie du Cercle de Yoroso.* Yoroso: Cercle de Yoroso.

- Diarra, H. (1998)** "Associations d'immigres et développement: le point sur deux décennies d'intervention" *Hommes & Migrations*, 1214: 74-84.
- Diarra T. (1993)** "Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni". En Brunet-Jailly, J. (ed.) *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM: 177-191.
- DIFCOM (2001)** *La lettre du Mali*. Paris: DIFCOM.
- Djibal, J. M. (1975)** *Citadins et villageois dans la ville africaine. L'exemple d'Abidjan*, Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- DNPFS (1989)** *Rapport d'évaluation du système de recouvrement des coûts dans la zone K-B-K du PDS*. Bamako: documento interno.
- Dominguez Gomez et al. (2004)** *Inmigración y salud. Aproximación desde la sociología*. En [http:// www.uhu.es/siis](http://www.uhu.es/siis).
- Donati, P. (2004)** "La relation comme objet spécifique de la sociologie" *Revue du MAUSS*, 24 : 233-254.
- Dozon J. P. et al. (1985)** "Développement, sciences sociales et logiques paysannes en Afrique Noire". En Boiral J.-F. et al.(eds.) *Paysans, experts et chercheurs en Afrique Noire*. Paris: Karthala : 67-80.
- Dubresson, A. (1975)** "Les travailleurs soninké et toucouleurs dans l'Ouest parisien" *Cahiers ORSTOM, Sér. Sci. Hum.*, XII, 2: 189-208.
- Epstein, A. L. (1964)** "Urban Communities in Africa". En Gluckman M. (ed.), *Closed Sistem and Open Minds*. Edimburg : Aldine P.Co.
- Esteban, M. L. (2003)** "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud" *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3,1: 22-39.
- ETC-PIH (2002)** *Programme de Développement Sanitaire et Social. Mission d'évaluation externe. Rapport Provisoire*. Bamako: CPS.
- EUROSTAT (2000)** Base de datos sobre migraciones laborales. En <http://www.ilo.org>.
- Evans Pritchard, E. E. (1937)** *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford: Oxford University Press.
- Fainzang, S. (1986)** *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris: L'Harmattan.
- Fainzang, S., Journet, O. (1988)** *La femme de mon mari. Anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*. Paris: L'Harmattan.
- Fainzang, S. (1996)** "D'une société ouest africaine a un groupe d'anciens buveur". En Cros, M. (ed.) *Les maux de l'autre. La maladie comme objet anthropologique*. Paris: L'Harmattan : 19-27.

- Fassin, D. (1988)** *Thérapeutes et malades dans la ville africaine. Rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar. Thèse de doctorat.* Paris: EHESS.
- Fassin, D. (1990a)** « Maladie et médecines ». En Fassin, D., Jaffre, Y., *Sociétés, développement et santé.* Paris: Ellipses/AUPELF: 39-49.
- Fassin, D. (1990b)** « Décrire. Entretien et observation ». En Fassin, D., Jaffre, Y., *Sociétés, développement et santé.* Paris: Ellipses/AUPELF: 87-106.
- Fassin, D. (1990c)** « Analyse ». Variables et questions. En Fassin, D., Jaffre, Y., *Sociétés, développement et santé.* Paris: Ellipses/AUPELF: 107-125.
- Fassin, D. (1992)** *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar.* Paris: PUF.
- Fassin, D. et al. (1986)** "Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine" *Sciences Sociales et santé*, 4: 205-221.
- Fassin, D., Jaffre, Y. (1990)** *Sociétés, développement et santé.* Paris: Ellipses/AUPELF.
- Finch J., Mason J. (1993)** *Negotiating Family Responsibilities.* Londres: Routledge.
- Frankenberg, R. (1980)** "Medical anthropology and development. A theoretical perspective" *Social Sciences & Médecine*, 148: 197-207.
- Foucault, M. (1963, 1978)** *Naissance de la clinique.* Paris: PUF.
- Foucault, M. (1974, 1990)** "Historia de la Medicalización". En Foucault, M., *La vida de los hombres infames.* Madrid: La Piqueta: 121-152.
- Gallego Ranedo, C. (2001)** *La inmigración africana en Zaragoza. Espacio, discurso y memoria de los procesos migratorios en Aragón.* Tarragona: URV-DAFITS.
- Garnier, C. (1990)** "Migration, flux monétaires et économie villageoise" *Hommes & Migrations*, 1131: 13-18.
- Gastellu, J.M. (1979)** ". . . Mais, où sont donc ces unités économiques que nos amis cherchent tant en Afrique". En *Colloque Groupe de recherche pour l'amélioration des méthodes d'investigation en milieu rural africain (Amira)*: 1-4.
- Geertz, C. (1973, 1987)** *La interpretación de las culturas.* Barcelona : Gedisa
- Gérard, E. (1994)** *La lettre et le individu. Instruction, marginalisation et recherche d'intégration des jeunes diplômés bamakois au chômage, en processus d'individualisation dans les villes ouest-africaines.* Paris : GREMOVIA/CNRS/ORSTOM.
- Gibbal, J. M. (1982)** *Tambours d'eau.* Bamako: Le sycomore.
- Gibbal, J. M. (1994)** *Génies of the river Niger.* Chicago: University of Chicago Press.

- Giménez Romero, C. (1993)** *Inmigrantes extranjeros en Madrid*. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid.
- Gluckman, M. (1964)** *Closed Sistem and Open Minds*, Edimburg: Aldine P.Co.
- Godbout, J. T. (1992)** *L'esprit du don*. Paris: La découverte.
- Godelier, M. (1984, 1989)** *Lo ideal y lo material*. Madrid:Taurus.
- Godelier, M. (1991)** *Transitions et subordinations au capitalisme*. Paris: Maison des Sciences de l'Homme.
- Goffman, E. (1961, 1970)** *Internados. Ensayo sobre la condición social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Escudero, E. (1999)** *Redes sociales, comunicación y procesos de movilidad y asentamiento de los emigrantes magrebíes en Alicante: 1985-1995*. Barcelona: UAB.
- González Fernández, E., Gondar, M. (1996)** "Antropología Psiquiátrica: una aldea (na) gallega en urgencias de un hospital" *Monografías de psiquiatría VII, 1*: 15-26.
- González Fernández, E. (1998)** "La agorafobia de Carlota". En Benavente, J.L., Vazquez-Noguerol, R. (coord.), *Casos clínicos psiquiátricos en la cultura gallega*. Vigo: Feito.
- Good, B. (1994)** *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goody, J. (1985)** *La domesticación del pensamiento salvaje*. Madrid: Akal.
- Goody, J. (1992)** "Culture and its boundaries: a european view" *Social Anthropolgy*, 1(1A): 9-32.
- Gouldner, A. W. (1979)** *La sociología actual: renovación y critica*. Madrid. Alianza.
- Gramsci, A. (1971)** *Selections From the Prison Notebooks of Antonio Gramsci*. Traducido por Quintin Hoare y Geoffrey Nowell Smith. New York: International Publishers
- Green, E. C. (1999)** *Théories of contagious disease*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Grégoire, E., Labazee, P. (1993)** *Grands commerçants d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala.
- Hagege, C. (1985)** *L'homme de paroles*. Paris: Fayard.
- HAI AFRICA (1999)** *Moving in from the margin. Increasing consumer involvement in the formulation and implémentation of national drug policies*. Amsterdam: HAI Europe.
- Hampate Ba, A. (1972)** *Aspects de la civilisation africaine*. Paris: Présence Africaine.
- Hannerz, U. (1986)** *Exploración de la ciudad*, México: F.C.E.
- Hahn, R. A., Kleinman, A. (1983)** "Biomedical practice and Anthropolgical theory" *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-333.

- Haraway, D. (1991)** *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reivindicación de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Herzlich, C. (1984)** "Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant sociale". En Auge, M., Herzlich, C., *Le sens du mal*. Paris: Editions des archives contemporaines.
- Hôpital Régional de Kayes (2002)** *Nota de présentation de l'Hôpital Régional de Kayes*. Kayes: documento interno.
- INRSP (1990)** *Cahier Spécial de l'INRSP: N°1*. Bamako: INRSP.
- INRSP (1991)** *Présentation de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)*. Bamako: INRSP.
- INRSP (1993)** *Projet de recherche multidisciplinaire sur l'usage rationnel des médicaments: Rapport technique de l'enquête pre-test*. Bamako: INRSP.
- INRSP (1995)** *Projet de recherche sur l'usage rationnel des médicaments: Résultats de l'étude qualitative sur l'usage rationnel des médicaments*. Bamako: INRSP.
- INRSP (1999)** *Problématique de la mise en place du fonctionnement et gestion des ASACO dans 3 régions couvertes par le PSPHR: Kayes, Ségou et Mopti*. Bamako: INRSP.
- INRSP (2001)** *1^{er} Symposium National sur la Recherche en Santé. Définition des priorités nationales de recherche en Santé Publique*. Bamako: INRSP.
- INRSP (por publicar)** *Facteurs influençant sur la recherche sur les systèmes et politiques de santé au Malí*. INRSP: documento interno.
- INRSP/DSC (2003)** *Rapport de Mission sur la rencontre annuelle de la Fédération Mondiale des Associations de Santé Publique. Genève 17-24 mai 2003*. Bamako: INRSP.
- INSEE 2004** *Recensement de la population*. En <http://www.insee.fr>.
- Jaffre, Y. (1999)** *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: PUF.
- Kane, F., Lericollais, A. (1975)** "L'émigration en pays soninké" *Cahiers ORSTOM, sér. Sci. Hum*, vol. XII, 2: 177-187.
- Kanté, N. (1986)** *Contribution a la connaissance de la migration soninké en France. Thèse de troisième cycle de Sociologie*. Paris: Université de Paris VIII.
- Kanté, N. (1992)** *Projet d'étude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes dans 4 villages colons de la zone d'hyper-endémie bilharzienne de l'Office du Niger au Mali: Volume II. Environnement socio-économique, culturel et sanitaire des femmes (extrait): Village de Cocody*. Bamako: INRSP.

- Kanté, N. (1997a)** *Etude sur les causes de la faible fréquentation du Centre de Santé Revitalisé de Sokolo. Rapport final, Avril 1997.* Bamako : INRSP.
- Kanté, N. (1997b)** *Evaluation de la qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la Région de Koulikoro.* Bamako:INRSP.
- Kanté, N. (1997c)** *Evaluation de la qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la Région de Koulikoro. Annexe n° 4: Résultats de l'entretien avec le conseil de gestion du CSCOM de Moribabougou.* Bamako: INRSP.
- Kanté, N. (1997d)** *Evaluation de la qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la Région de Koulikoro. Annexe n° 7: Résultats de l'entretien avec le conseil de gestion du CSCOM de Keniegue.* Bamako: INRSP.
- Kanté, N., Niangaly, A., Agnou, A. (1999)** "Problématique de la mise en place, du fonctionnement et de la gestion des Associations de Santé Communautaire dans trois Régions couvertes par le PSPHR: Kayes, Ségou et Mopti". *Conferencia Internacional: Health System and social development: an alternative paradigm in Health Systems Research. Maastrich.* Bamako: INRSP
- Kanté, N. et al. (2000)** "Qualité de soins dans les CSCOM de la Région de Koulikoro" *Psychologie clinique*, 10.
- Kanté, N., Diarra, A. (2001)** *II Journées Scientifiques de l'INRSP du 18 au 20 décembre 2000: Etude sur les causes de la faible fréquentation du centre de Santé Revitalisé de Sokolo: Cercle de Niono.* Bamako: INRSP.
- Kanté, N. (2003)** *Historique de la participation communautaire au Mali.* Bamako : manuscrito.
- Karsenti, B. (1994)** *Le don perdu.* Paris: PUF.
- Kawanishi, Y. (1992)** "Somatization of Asians:An artifact of western medicalization?" *Transcultural Psychiatric Review*, 29: 5-36.
- KBK (1989)** *Rapport d'évaluation du système de recouvrements de coûts dans la zone KBK du PDS.* Bamako: documento interno.
- Keita, A., Dombia, O. (1990)** *La médecine traditionnelle.* Bamako: Centre Djoliba.
- Keita, M. (1961)** *Appel a la Nation.* Bamako: Primature.
- Keita, A. (1996)** *La problématique de l'émigration des soninkés de Kayes (Malí).* Laval: Centre Sahel.
- KIT (2000)** *Assistance technique à la Mission d'Appui au Développement des Ressources Humaines (MDRH) au Mali: Rapport de mission: Revue Documentaire (version provisoire).* Bamako: MS.

- KIT (2001a)** *Assistance technique à la Mission des Ressources Humaines (MDRH) au Mali: La Formation Initial Étude des Instituts d'Enseignement*. Amsterdam: KIT.
- KIT (2001b)** *La Mission d'appui au Développement des Ressources Humaines (MDRH) au Mali: Rapport de mission: Etude Qualitative*. Amsterdam: KIT.
- Kleinman, A. (1980)** *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Krika, N. (1998)** "Institutionnels, relais et migrants dans la démarche de santé communautaire: la réalité du terrain (expérience de Migrations Santé)" *Migrations Santé*, 93: 104-119.
- Kroeber, A.L. (1953, 1965)** *Anthropology today*. Chicago: University Press.
- Kropotkin, P. (1902)** *Mutual Aid: a factor in evolution*. Londres: Heineman.
- Kropotkin, P. (1970)** *El apoyo mutuo: un factor en la evolución*. Mostoles: Madre Tierra.
- Larrea, C. (1995)** "Cosas de mujeres y cosas de hombres: género y reciprocidad en el ámbito domestico sub-urbano de Guayaquil" *Ecuador Debate*, 56. En <http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/debate/paginas/debate543.htm>
- Latouche, S. (1992)** *La Occidentalizacion del mundo*. Paris: PUF.
- Lavigne, P. (1991)** *La rizière et la valise. Irrigation, migration et stratégies paysannes dans la vallée du fleuve Sénégal*. Paris: Syros Alternatives.
- Lee, S. (1977)** "WHO and the developing or the contest for ideology". En Cunningham, A., Andrews, B. (eds.), *Western medicine as contested knowledge*. Manchester and New York: Manchester University Press.
- L'Essor (1997)**, periódico del 14 de abril de 1997.
- L'Essor (2002)**, periódico del 23 de mayo de 2002.
- Loi n°81-17 du 31/03/81** *modifiant ordonnance 86-04/PG-RM du 13/02/86*.
- Loi n°96-059 du 11 de novembre de 1996** *portant création des communes*.
- Lovell, A. (1998)** *Pratiques médicales profanes dans un contexte transnational: les femmes africaines en France*. En [http:// www.europrofem.org](http://www.europrofem.org)
- Louvel, R. (1996)** *L'Afrique noire et la différence culturelle*. Paris: L'Harmattan.
- Maiga, M. et al. (1991)** *Evaluation des besoins socio-sanitaires du cercle de Koulikoro et des acquis du Projet Santé/ Développement/ Koulikoro (SA.DE.KO)*. Bamako: INRSP.
- Malgogne, A. (2000)** *Enfant perdu. Etre ici et de là-bas: une transition difficile pour des parents soninkés*. Monographie DHEPS. Montrouge: Collège Coopératif de Paris.
- Malinowski, B. (1986)** *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona: Península.

- Mallart i Quimera, L. (1977)** *Medecine et Pharmacopée Evuzok*. Nanterre: Laboratoire d'Ethnologie et de sociologie comparative.
- Mallart i Guimera, L. (1983)** *La dansa als esperits. Itinerari Iniciatic d'un medecinaire africa*. Barcelona: Hogar del libro.
- Mallart i Quimera, L. (1986)** *Soy hijo de los Evuzok*. Barcelona: Ariel.
- Martínez Hernández, A. (1996)** "Antropología de la salud. Una aproximación genealógica". En Prat, J., Martínez, A. (eds.), *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel: 369-381
- Mauss, M. (1924)** "Essais sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques" *Année Sociologique*, 2da série, 1923-1924.
- Mauss, M. (1960, 1991)** *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF.
- MDEAFH-DNUH-DRUH (2003)** *Devis estimatif de construction d'une maternité pour le village de Dramané commune rural de Kemene-Tambo-Kayes*. Kayes: documento interno.
- M.D.M.F.D.D.F. (2001)** *Déclaration d'Association*. Paris: documento interno.
- M.D.M.F.D.D.F. (2004)** *Présentation du village de Dramané et de l'Association des Femmes de Dramané*. Paris: documento interno.
- M.D.S.S.P.A.-ODHLP-PNUD-BM (2001)** *Aide, endettement, pauvreté. Rapport national sur le développement humain durable 2000*. Bamako : PNUD.
- MEFP (1986)** *Résultats du recensement général des travailleurs régis par le Code du Travail (avril 1984)*. Bamako: MEFP.
- MEF-DNSI (2001)** *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (avril 98). Tome 4: Répertoire du village*. Bamako: DNSI.
- MEF-DRPS (2001)** *Quelques données statistiques de la Région de Kayes 2000*. Kayes: MEF-DRPS.
- Meillassoux, C. (1977)** *Terrains et théories*. Paris: Anthropos.
- Meillassoux, C. (1982)** *Femmes, greniers et capitaux*. Paris: Maspero.
- Mendiguren, B. (2003a)** *Etude monographique et sanitaire de Yoroso*. Bamako : INRSP.
- Mendiguren, B. (2003b)** *Etude monographique de l'aire sanitaire de Dramané*. Bamako: INRSP.
- Mendiguren, B. (2003c)** *Situation sociosanitaire de l'aire de santé de Dramané*. Bamako: INRSP.
- Mendiguren, B. (2003d)** *Les causes du traitement des ressortissants de l'aire de santé de Dramané à Bamako*. Bamako: INRSP.

- Menéndez, E. L. (1981)** *Poder, estratificación y salud*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. L. (1982)** *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*. México: Cuadernos de la Casa Chata 57.
- Menéndez, E. L. (1983)** *Hacia una practica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) de la salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata 86.
- Menéndez, E. L. (1984)** "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia la fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud" *Arxiu d' Etnografia de Catalunya*, 3: 83-119.
- Menéndez, E. L. (1988)** "Violencia y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes" *Relaciones* 74, XIX: 35-72.
- Menéndez, E. L. (1989)** "La automedicación como nivel primario de la atención" *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7.
- Menéndez, E. (1990a)** *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Mexico: CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1990b)** *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E. L. (1992)** "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo" *Cuadernos Médico Sociales* 59: 3-18.
- Menéndez, E. L. (1994)** "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades* 4(7): 71-83.
- Menéndez, E. L. (1996)** "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular". En González Alcántud y Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar*. Granada: Diputación Provincial: 31-61.
- Menéndez, E. L. (1998)** "Estilos de vida y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes" *Estudios sociológicos*, 46: 37-67.
- Monteil, C. (1915)** *Les khashsonke: monographie d'une peuplade du Soudan français*. Paris: Larose.
- Monteil, C. (1953)** "La légende de Ouagadou et l'origine des Soninké" *Mélanges ethnologiques, mémoire de l'IFAN*, 23. Dakar.
- Monteil, C. (1964)** *L'islam noir*. Paris: Seuil.
- Moore, H. L. (1991)** *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.
- Morfaux, L. M. (1980)** *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. París: Armand Colin.

- Moukoro, S. (2000)** *Impact des dons de médicaments dans la Région de Kayes*. Bamako: Ministère de la Santé-DNSP.
- MS (2000)** *Guide de supervision*. Bamako: documento interno.
- MS-CPS (2002a)** *Malí: Enquête Démographique et de Santé 2001. Rapport de synthèse*. Bamako: CPS.
- MS-CPS (2002b)** *Comité Technique du PRODESS: Présentation des Directions Administratives et Financières*. Ségu: documento interno.
- MS-CPS (2002c)** *Comité Technique du PRODESS: Présentation de la Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière: Reforme Hospitalière*. Ségu: documento interno.
- MS-CPS (2002d)** *Comité Technique du PRODESS: Présentation de la Mission d'Appui au Développement des Ressources Humaines: Rapport de l'Atelier Spécifique sur les Ressources Humaines*. Ségu: documento interno.
- MS-CPS (2002e)** *Comité Technique du PRODESS: Mission d'Appui au Développement des Ressources Humaines: Institut de Formation en Science de la Santé*. Ségu: documento interno.
- MS-CPS (2002f)** *Comité Technique du PRODESS: Renseignements Généraux sur l'IOTA*. Ségu: documento interno.
- MS-CPS (2002g)** *Comité Technique du PRODESS: Laboratoire National de la Santé*. Bamako: documento interno.
- MS-CPS (2002h)** *Comité Technique du PRODESS: Présentation de la Direction de la Pharmacie et du Médicament*. Bamako: documento interno.
- MS-CPS (2002i)** *Comité Technique du PRODESS: Mission Conjointe de Suivi. Rapport Provisoire*. Ségu: documento interno.
- MS-CPS (2002h)** *Comité Technique du PRODESS: Présentation de L'Hôpital Point G*. Ségu: documento interno.
- MS-DAF (2003)** *Présentation de la DAF du Ministère Santé. Comite de Suivi*. Bamako: MS.
- MS-DNSP-DRSP Kayes-Centre de santé de Kayes (2000)** *Cadre conceptuel /organisation système reference-evacuation du cercle de Kayes*. Kayes: CSREF.
- MS-HGT (2001)** *Note de présentation de l'Hôpital Gabriel Touré*. Bamako: documento interno.
- MS-HPG (2001)** *Note de présentation de l'Hôpital du Point G*. Bamako: documento interno.

MS-MDRH (2002) *Formation des assistants médicaux: spécialité Santé Publique. Les déterminants de la sous fréquentation des CSCOM de Ourikela, Kifosso, Koumbia, Boura.* Yoroso: documento interno.

MS-MDSSPA (2002a) *Programme de Développement Sanitaire et Social 1998-2002. Rapport d'activités 2001 du PRODESS. Synthèse Nationale. Version du 17 janvier 2002.* Bamako: Documento interno.

MS-MDSSPA (2002b) *Programme de Développement Sanitaire et Social 1998-2002. Programme Opérationnel 2002 du PRODESS. Synthèse Nationale. Version du 17 janvier 2002.* Bamako: Documento interno.

MS-SG (2002a) *Revue a mi-parcours du PRODESS.* Bamako: Documento interno.

MS-SG (2002b) *Composante Santé et Population du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.* Bamako: Documento interno.

MS-SG (2002c) *Rapport de suivi de la Composante Santé et Population du CSLP- Rapport 2002. Etat d'avancement 2003 et perspectives 2004-2006-DRAFT 4.* Bamako: documento interno.

MS-SG (2003) *Comite de Suivi du PRODESS. Synthèse de l'état d'exécution des recommandations de mars 2003.* Bamako: documento interno.

MS-SG-DNS (2002a) *Rapport de mise en oeuvre du PRODESS.* Bamako: documento interno.

MS-SG-DNS (2002b) *Plan Stratégique National en Santé Mentale. 2002-2006.* Bamako: Documento interno.

MSSPA (1995) *Présentation de la situation des ressources humaines dans le secteur de la santé.* Bamako: Documento interno.

MSSPA-CNP (1997) *Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social: 1998-2007. Draft 1.* Bamako: Documento interno.

MSSPA, INRSP, DNSP, DRSP-Segou, KIT, Université d'Amsterdam, SSP-Segou. (1993) *Projet de Recherche multidisciplinaire sur l'usage rationnel des médicaments. Rapport technique de l'enquête pre-test.* Bamako: INRSP.

MSSPA-PSPHR-IDA (1990) *Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population.* Bamako: Documento interno.

MSPAS (1964) *1^{er} Séminaire de la Santé Publique et des Affaires Sociales.* Bamako: Documento interno

Nash, M. (1997) "Antropología económica" *Enciclopedia internacional de las Ciencias Sociales*, vol I: 425-429.

- Ndaw, A. (1997)** *La pensée africaine-recherches sur les fondements de la pensée négro-africaine*. Dakar: Les nouvelles éditions africaines du Sénégal et de l'Agence de la Francophonie.
- N'diaye, R. (1972a)** *Kayes et le Haut Sénégal: Les étapes de la croissance urbaine. Tome I*. Bamako: Populaires.
- N'diaye, R. (1972b)** *Kayes et le Haut Sénégal: La ville de Kayes. Tome II*. Bamako: Populaires.
- N'diaye, R. (1972c)** *Kayes et le Haut Sénégal: Kayes et sa région. Tome III*. Bamako: Populaires.
- NEPAD (2005)** *Le NEPAD en bref*. En <http://www.nepad.org>
- Nicollet, A. (1992)** *Femmes d'Afrique noire en France*. Paris: CIEMI-L'Harmattan.
- Nicollet, A. (1999)** "Jeunesse sans pagnes ni tambours" *Migrations Sociétés*, 11.
- Nichter, M. (1998)** "Understanding medication in the context of social transformation". En Van der Geest, S (dir.) *The art of medical Anthropology. Readings*. Amsterdam : Het Spinhuis : 335-346.
- OIT (2004)** *Base de datos sobre Migraciones Laborales Internacionales (ILM)*. En <http://www.ilo.org>
- Olivier de Sardan, J. P. (1990)** "Sociétés et développement". En Fassin, D., Jaffre, Y. (dir.) *Sociétés, Développement et santé*. Paris: Ellipses/AULPELF: 28-37.
- OMS (2000a)** *Plan Stratégique pour la Recherche en Santé 1999-2003 pour la Région africaine de l'OMS*. Zimbabwe: OMS.
- OMS (2000b)** *Troisième Assemblée Générale de l'Association Africaine des centrales d'achats de médicaments Essentiels. 13-17 juin 2000, Cotonou, Bénin*. Harare: 2000.
- OMS (2004)** *Rapport sur la santé dans le monde 2004*. En <http://www.who.int/whr/2004/fr>.
- OMS (2005)** *Rapport sur la santé dans le monde 2005*. En <http://www.who.int/whr/2005/fr>.
- OMS/TRM/98.1 (2000)** *Situación reglamentaria de los medicamentos herbarios. Una reseña mundial*. Ginebra: OMS.
- ONU (2002)** *Objectifs du millénaire pour le développement*. En <http://www.un.org/french/millenniumgoals>.
- OPS (1986)** *Carta de Ottawa para la promoción de salud*. Washington DC: OPS.
- Park, M. (1980)** *Voyage dans l'intérieur de l'Afrique*. Paris: Maspero.
- Perdiguero, E., Comelles, J. M. (2000)** *Medicina y cultura*. Barcelona: Bellaterra.

- PIMED (2000)** *Acte du Colloque du 1^{er} avril 2000 «Pour améliorer la qualité des médicaments »*. Paris: PIMED.
- Phizaclea, A. (1998)** *Gender, migration and globalisation*. London: Sage.
- Pitre, G. (1896)** *Medicina Popolare Siciliana*. Palermo: Biblioteca delle Tradizioni.
- PNUD (2002a)** *Grandes lignes du Programme PNUD-MALI 2003-2007. Document interne*. Bamako: PNUD.
- PNUD (2002b)** *Rapport Mondial sur le développement humain 2002: Approfondir la démocratie dans un monde fragmenté*. Bruselas: De Boeck.
- PNUD (2003)** *Rapport Mondial sur le développement humain 2003*. Bruselas: Económica.
- Poiret, C. (1996)** *Familias africanas en France*. Paris: CIEMI / L'Harmattan.
- Polanyi, K. (1957)** "The economy as instituted process". En Polanyi, K., Arensberg, C. M., Pearson, H.W. (eds.), *Trade and Markets in the early empires*. Glencoe: The Free Press : 250-256.
- Polanyi, K. (1977, 1994)** *El sustento del hombre*. Barcelona : Biblioteca Mondadori.
- Pollet, E., Winter, G. (1971)** *La société Soninké (Dyahunu, Malí)*. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles.
- Pollet, E., Winter, G. (1978)** "The social organisation of agricultural labour among the soninké (Dyahunu, Mali)". En Seddon, D. (eds) *Relations of production: marxist approaches to economy*. London: Frank Cass : 331-356.
- Portes, A., Borocz, J. (1992)** "Inmigración contemporánea: perspectivas teóricas sobre sus determinantes y modos de acceso", *Revista ALFOZ*: 20-33.
- Quiminal, C. (1990a)** "Du foyer au village. L'initiative retrouvée" *Hommes & Migrations*, 1131:19-24.
- Quiminal, C. (1990b)** "Les Soninké en France et au Mali: le Débat sur les Mutilations Sexuelles" *Droit & Cultures*, 20: 183-192.
- Quiminal, C. (1991)** *Gens d'ici, gens d'ailleurs, migrations soninké et transformations villageoises*. Paris: Bourgois.
- Quiminal, C. (1995)** "La famille soninké en France" *Hommes & Migrations*, 1185:26-31.
- Quiminal, C. (1996)** "L'autre immigration: initiative associative des femmes africaines" *Migrants-formation*, 105: 130-148.
- Quiminal, C. (2000)** "Construction des identités en situation migratoire: territoire des hommes, territoire des femmes" *Autrepart*, 14: 107-120. París : IRD. En [http://www.bondy.ird.fr/autrepart/Resumes_articles/2000 \(14\) 6](http://www.bondy.ird.fr/autrepart/Resumes_articles/2000 (14) 6).

- Quiminal, C. (2002)** "Femmes réveillées hommes inquiets: le système de genre en milieu soninké en France" *VEI enjeux, Migrants-formation*, 136.
- Quiminal, C., Cordeiro, A., Re, A., Da Silva, F. (1987)** *Les nouveaux comportements dans la crise*. Paris: MIRE.
- Redfield, R. (1941)** *Yucatán: una cultura en transición*. México: Fondo de Cultura Económica.
- REMEDE (1998)** "Prescription et dispensation des médicaments essentiels et génériques : enquête dans 6 pays d'Afrique" *Réseau Médicaments & Développement*, 20: 1-6.
- Reynolds, S. (1998)** "Pharmaceuticas as folk medicina". En Van der Geest (eds) *The art of medical Anthropology. Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis : 319-335.
- Rivers, W. H. (1924, 1927)** *Medicine, Magic and Religion*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co.
- RK-CK-CRKT (2001)** *Programme de développement économique, social et culturel de la commune rurale de Kemene-Tambo 2002-2004*. Ambidedi: Cercle de Kayes.
- Región de KAYES-CK-CSK (1994)** *Projet de création du CSCOM de Dramané*. Kayes: documento interno.
- Rodriguez, E. (2004)** *Proyecto docente Salud Comunitaria I*. Leioa: UPV.
- Roger, M. (1993)** "Sumaya dans la region de Sikasso". En Brunet-Jailly, J. (ed.) *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM: 83-126.
- Romani, O. (1991)** "Sida y drogas. De la sobreestigmatización a la racionalización del problema" *Jano* 8-14: 63-74.
- Romani, O. (1995)** "Intervención comunitaria en drogodependencias. Etnografía y sentido común" *Toxicodependencias*, 2: 33-42
- Romani, O., Comelles, J. M. (1991)** "Les contradictions liées á l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendance" *Psychotropes*, Vol. II.3: 39-54.
- Rouland, N. (1990)** *Anthropologie juridique*. Paris: PUF.
- Sabelli, F. (1993)** *Recherche anthropologique et développement*. Paris: Maison des sciences de l'homme.
- Sahlins, M. (1983)** *Economía de la edad de piedra*. Madrid: Akal.
- Sahlins, M. (1988)** *Islas de historia*. México: Gedisa.
- Samuel, M. (1978)** *Le prolétariat africain noir en France*. París: Maspéro.

- Sayad, A. (1991)** *L' Immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Sayad, A. (1999)** *La double absence*. Paris: Seuil.
- Schumacher, R. (1993)** "¿Qu'est-ce que « mara » ? Une approche ethnomédicale au BéléDougou". En Brunet-Jailly, J. (ed.) *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM: 49-81.
- Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración (2005)** *La inmigración en España*. En <http://www.mtas.es>
- Seyni Ndione, E. (1994)** *L'économie urbaine en Afrique: le don et le recours*. Paris : Karthala-Enda Graf.
- Service Sociosanitaire de Kayes (1996)** *Evaluation du CSCOM de Dramané*. Kayes: documento interno.
- Service Sociosanitaire de Kayes (1997)** *Rapport de Supervision CSCOM de Dramané (Kayes)*. Kayes: documento interno.
- Service Sociosanitaire de Kayes (1999)** *Rapport de mission de supervision évaluative du CSCOM de Dramané*. Kayes: documento interno.
- Sindzingre, N., Zempleni A. (1982)** "Anthropologie de la maladie" *Bulletin d'ethnomedicine*, 15: 3-22.
- SIPI, R. (2004)** África Subsahariana y sus mujeres. En <http://www.revistapueblos.org>.
- SIS (1998)** *Région de Kayes*. Kayes: documento interno.
- SIS (1999)** *Région de Kayes*. Kayes: documento interno.
- SIS (2000)** *Région de Kayes*. Kayes: documento interno.
- SIS (2001)** *Région de Kayes*. Kayes: documento interno.
- SIS (2002)** *Région de Kayes*. Kayes: documento interno.
- Sissoko, B. (1996)** "Les bouchers de Bamako. Une catégorie ethnoprofessionnelles bien spécifique". En Colectivo (eds.), *On ne ramasse pas une pierre avec un seul doigt. Organisations sociales au Mali: un atout pour la décentralisation*. Bamako: Fondation Charles Léopold Mayer.
- Sontag, S. (1980)** *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- Soumare, A. et al. (1999)** *Etude des facteurs socioculturels influençant la couverture vaccinale chez les enfants de moins de 5 ans en milieu périurbain de Bamako*. Bamako: INRSP.
- Sylla, A. (2001)** *L'impact socioéconomique de l'émigration sur le Kaarta. Mémoire de Thèse de 2ème cycle*. Bamako: FLASH.
- Taussig, M. (1995)** *Un gigante en convulsiones*. Barcelona: Gedisa.

- Tylor, E. B. B. (1871, 1977)** *Cultura primitiva*. Madrid: Ayuso.
- Taylor S., Bogdan, R. (1986)** *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Terray, E. (1995)** *Une histoire du royaume abron du Gyaman, des origines à la conquête coloniale*. Paris: Karthala.
- Thomas, W. I., Znanieki, F. (1958)** *The polish peasant in Europe and America*. Nueva York: Dover.
- Timera, M. (1996)** *Les soninke en France: d'une histoire à l'autre*. Paris: Karthala.
- Timera, M. (1997)** "Les associations de femmes africaines: un creuset d'intégration" *Revue française des affaires sociales. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Documentation française*, 51.
- Tinta, S. (1993)** "Les services de santé du cercle de Bandiagara". En Brunet-Jailly, J. (ed.) *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM: 211-228.
- Titmuss, R. M (1972)** *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*. New York: Vantage Books.
- Traoré, D. (1983)** *Médecine et magie africaines, ou comment le noir se soigne-t-il?* Paris: Présence Africaine.
- Traore, S. (1989)** *Etude de la consommation medicamentouse dans le quartier a Bankoni. Thèse de médecine*. Bamako: Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.
- Traore, S. (1994)** "Les modèles migratoires soninke et poular de la vallée du fleuve Senegal" *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 10: 61-82.
- Trincaz, J. (1973)** "Mythes, sens et représentations de la maladie chez les Mancagne de Casamance (Sénégal)" *Psychopathologie africaine*, IX, 1.
- Trincaz, J. (1975)** "Le pouvoir thérapeutique des Ba-pena (Casamance). Initiation et pouvoir libérateur" *Psychopathologie africaine*, XI, 3: 323-362.
- Trincaz, J., Trincaz, P. (1983)** "L'éclatement de la famille africaine. Religions et migrations, dot et polygamie" *Cah. O.R.S.T.O.M., sér. Sci. Hum.*, XIX, 2: 195-202.
- Tylor, E. (1871)** *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art and Custom*. London: H. Murray.
- Turner, V.W. (1972)** *Les tambours d'affliction: analyse des rituels chez les ndembu de Zambie*. Paris: Gallimard.
- Turner, V. W. (1967)** *The forest of symbols*. Ithaca y Londres: Cornell University Press.
- Twumasi, P. (1975)** *Medical systems in Ghana*. Accra: Ghana Publishing Corporation.

- UJOGA (2001)** *Proces Verbal de l'Assemblée Générale de constitution*. Paris : documento interno.
- Van der Geest S., Reynolds, S. (1988)** *The context of medicines in developing countries*. Dorderetch: D. Reidel Publ. Company.
- Van der Geest S., Reynolds, S., Hadrón, A. (1996)** "The anthropology of pharmaceuticals. A biographical approach" *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-178.
- Van der Geest (1998)** *The art of medical Anthropolgy. Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Verhoven, M. (1994)** "La valeur des contes das un espace urbain occidental : les soninké á París" *Migrations Santé*, 83-84: 325-349.
- Verrière, V. et al (1998)** "Epargne des migrants et outils financiers adaptés. Pratiques des immigrés maliens et sénégalais résident en France" *Migrations-Etudes*, 82: 1-14.
- Vieitez, M.S. (2004)** Africa subsahariana y género : Teorías de la reproducción. IV Congres d'Estudis Africans del mon Iberic. Barcelona. En <http://www.africa-catalunya.org/congres/pdfs/vieitez.pdf>
- Vuarin, R. (1993)** "Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie? ". En Brunet-Jailly, J. (ed.) *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM: 299-316.
- Vuarin, R. (2000)** *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation*. Paris: L'Harmattan.
- VV.AA. (2002)** *Hacia el codesarrollo. 1ras Jornadas sobre Inmigración y cooperación*. Bilbao, 12-13 de diciembre de 2002. Vitoria: Gobierno Vasco-Departamento de Vienda y Asuntos Sociales.
- Wallerstein, I. (1974, 1979)** *El moderno sistema mundial*. Madrid: Siglo XXI.
- Weber, M. (1971)** *Economie et société*. Paris: Plon.
- Weigel, J.-Y. (1982)** "Migration et production domestique des Soninké au Sénégal" *Travaux et documents de l'ORSTOM*, 146: 9-18.
- Weiner, A. B. (1977, 1983)** *La richesse des femmes ou comment l'esprit vient aux hommes*. Paris: Seuil.
- Werner, J. F. (1996)** "De un itinéraire a l'autre ou les incertitudes du savoir ethnographique". En Benoist, J. (ed) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala: 363-388.
- WHO (1978)** *Primary health care: Alma Ata 1978*. Ginebra: WHO.

WHO (1997) *Seven Consultative comité on organization of health systems based on primary health care: Primary health care systems and services for the 21st century.* Ginebra: WHO.

WHO/TRM/91.4 (1991) *Guidelines for the assessment of Herbal medicines.* Geneva: WHO.

Zempléni, A. (1966) "La dimension thérapeutique du culte des rab, Ndop, Tuuru et samp. Rites de posesión chez les Lebou et les Wolof" *Psychopathologie Africaine II*, 3: 295-439.

Zempléni, A. (1975-1976) "Mal de soi, mal de l'autre" *Autrement*, 4: 209-216.

Zempléni, A. (1982) "Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique" *Archives des sciences sociales et des religions LIV (1)* : 5-19.

Zempléni, A. (1985) "La maladie et ses causes" *L'Ethnographie*, LXXXI, 96-97: 13-45.

ANEXOS

Anexo 1

ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS

Anexo 1.1.

ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS EN BAMAKO

ANEXO 1.1.1.

ENFERMOS PROVENIENTES DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ (1ª VUELTA)					
<i>NOMBRE DEL ENFERMO</i>	<i>NOMBRE DEL ANFITRIÓN</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad (2002)</i>	<i>Posición social</i>	<i>BARRIO EN DRAMANÉ</i>
Mme W.DRAMÉ	Mr K. DRAMÉ	F	42	Noble	WALISOXODE
Mme F. DRAMÉ		F	30	Noble	HORONGALOU
Mr DRAMÉ		M	44	Noble	HORONGALOU
Mme F.Y.Y. DRAMÉ	Mr M. TIRERA	F	NS/NC (30)	Noble	HORONGALOU
Mme Y. DRAMÉ	Mr I. TIRERA	F	35	Noble	HORONGALOU
Mme A. SACKO	Mr B. SACKO	F	NS/NC (18)	Esclava	WALISOXODE
Mme J. KANOUTE	Mr B. DRAMÉ	F	69	Noble	HORONGALOU
Mr CAMARA	Mr D. DRAMÉ	M	15	Noble	HORONGALOU
Mme N. GREU	Mr M. GREU	F	25	Casta	WALISOXODE
Mme G. DRAMÉ	Mr L. DRAMÉ	F	NS/NC (40)	Noble	HORONGALOU
Mme D. TOUNKARA	Mr S. TOUNKARA	F	70	Casta	WALISOXODE
ENFERMOS PROVENIENTES DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ (2ª VUELTA)					
<i>NOMBRE DEL ENFERMO</i>	<i>NOMBRE DEL ANFITRIÓN</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad (2002)</i>	<i>Posición social</i>	<i>BARRIO EN DRAMANÉ</i>
Mr S. BATHILY	Mr K. DRAMÉ	M	70	Noble	TOUBABOUKANÉ
Mr M. BATHILY		M	15	Noble	TOUBABOUKANE
Mme F. DRAMÉ		F	19	Noble	HORONGALOU
Mme M. TIRERA	Mr M. TIRERA	F	NS/NC (50-60)	Noble	HORONGALOU
Mme BAKAYOKO		F	NS/NC (30-40)	Noble	WALISOXODE
A. BAKAYOKO		F	10	Noble	WALISOXODE
S. BAKAYOKO		F	6	Noble	WALISOXODE
I. TIRERA		M	10	Noble	HORONGALOU
M. DRAMÉ		M	18	Noble	HORONGALOU
Mme DIAWARAGA		F	NS/NC (30-40)	Noble	WALISOXODE
Mme N. DRAMÉ	Mr I. TIRERA	F	36	Noble	HORONGALOU
Mme C. DRAMÉ		F	NS/NC (40)	Noble	HORONGALOU
Mme YATABARÉ TIRERA		F	NS/NC (60)	Noble	HORONGALOU
Mme C. DRAMÉ	Mr B. SACKO	F	NS/NC (30)	Noble	WALISOXODE
Mme J.KANOUTE	Mr B. DRAMÉ	F	70	Noble	HORONGALOU
Mr S. TIRERA	Mr D. DRAMÉ	M	53	Noble	HORONGALOU
Mme H. DIAWARAGA		F	NS/NC (40)	Noble	WALISOXODE
Mme CAMARA		F	30	Noble	HORONGALOU
Mr B. GREU	Mr M. GREU	M	70	Casta	WALISOXODE
Mme GREU		F	NS/NC (30)	Casta	WALISOXODE
Mme DRAMÉ		F	NS/NC (30)	Noble	HORONGALOU
Mme G. DRAMÉ	Mr L. DRAMÉ	F	NS/NC (30)	Noble	HORONGALOU
Mme D. TOUNKARA	Mr S.TOUNKARA	F	71	Casta	WALISOXODE

ANEXO 1.1.2.

ANFITRIONES DEL AREA SANITARIA DE DRAMANÉ RESIDENTES EN BAMAKO					
NOMBRE DEL ANFITRIÓN	Sexo	Edad (2002)	Posición social	LUGAR HABITUAL DE RESIDENCIA	BARRIO DE ORIGEN EN DRAMANÉ
Mr K. DRAMÉ	M	73	Noble	PARIS	WALISOXODE
Mr M. TIRERA	M	77	Noble	BAMAKO	HORONGALOU
Mr I. TIRERA	M	57	Noble	PARIS	HORONGALOU
Mr B. SACKO	M	63	Esclavo	BAMAKO	WALISOXODE
Mr B. DRAMÉ	M	68	Noble	PARIS	HORONGALOU
Mr D. DRAMÉ	M	60	Noble	PARIS	HORONGALOU
Mr M. GREU	M	50	Casta	BAMAKO	WALISOXODE
Mr L. DRAMÉ	M	51	Noble	PARIS	HORONGALOU
Mr S.TOUNKARA	M	59	Casta	PARIS	WALISOXODE

ANEXO 1.1.3.

AGENTES SOCIO SANITARIOS RELACIONADOS CON LA PROBLEMÁTICA DEL SALTO DE NIVEL					
NOMBRE	ESTRUCTURA SANITARIA	SERVICIO	Sexo	ETNIA	HA TRABAJADO EN KAYES
S E C T O R P Ú B L I C O					
Mr DIARRA	HOSPITAL GABRIEL TOURÉ	ORL	M	Soninké	Si
Dr. YALCOUYE		ORL	M	Dogón	Si
Dr. DANSOKO		ORL	M	Soninké	Si
Dr. CISSE		Pediatría	M	Soninké	No
Mr GOUMANE		Reanimación	M	Soninké	No
Dr. NOUHOUM		Urgencias	M	Soninké	No
Mr DRAMÉ	HOSPITAL POINT-G	Medicina interna	M	Soninké	No
Dr. DIALLO		Medicina interna	M	Soninké	No
Dr. CISSOKO		Psiquiatría	M	Soninké	Si
Dr. SO		Nefrología	M	Soninké	No
Dr. KEITA		Reanimación	M	Maure	Si
S E C T O R P R I V A D O					
Dr. DABO	CLÍNICA LE RELAIS	Generalista	M	Soninké	Si
Dr. KEITA		Generalista	M	Soninké	Si
Dr. DEMBELE	CLÍNICA UMU DILI	ORL	M	Soninké	No
Dr. DRAMÉ	CLÍNICA LA PAIX	Ginecología	M	Soninké	No
Dr. SYLLA	CLÍNICA KABALA	Ginecología	M	Soninké	No
Dra. RICHARD	CLÍNICA FARAKO	Ginecología	F	Peul	No
Dr. SIMPARA		Generalista	M	Soninké	No
Dr. CISSE	CLÍNICA LAC TELE	Ginecología	M	Soray	No

ANEXO 1.1.4.

OTRAS PERSONAS RECURSO DE BAMAKO RELACIONADAS CON LA PROBLEMÁTICA DEL SALTO DE NIVEL					
Nombre	Estructura sanitaria	Sexo	Etnia	Ha trabajado en Kayes	Trabaja con población soninké
Mme GREU	ONG Asdap	F	Bámbara	Si	Si
Mme D. A. DRAMÉ	INRSP	F	Soninké	Si	Si
Dra. MARYAM	HPG	F	Cubana	No	Si
Dr. DOMINGO	CSREF NIORO	M	Cubana	Si	Si
Mr DOUKURE	AMAP	M	Soninké	Si	Si

ANEXO 1.1.5.

AGENTES SOCIO SANITARIOS DE BAMAKO RELACIONADOS CON LA CREACION DEL CSCOM DE DRAMANÉ					
Nombre	Estructura sanitaria	Sexo	Etnia	Ha trabajado en Kayes	Trabaja con población soninké
Dr. BOUNDY	DNS	M	Malinké	Si	Si
Dr. TOURÉ	OMS	M	Soray	Si	Si

Anexo 1.2.

ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS EN KAYES

ANEXO 1.2.1.

ENFERMOS DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ RESIDENTES EN KAYES					
<i>Nombre del enfermo</i>	<i>Nombre del anfitrión</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Posición social</i>	<i>Barrio en Dramané</i>
Mr K. DRAMÉ	Mr A. DRAMÉ	M	30	Noble	HORONGALOU

ANEXO 1.2.2.

ANFITRIONES DEL AREA SANITARIA DE DRAMANÉ RESIDENTES EN KAYES					
<i>Nombre del anfitrión</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad (2002)</i>	<i>Posición social</i>	<i>Lugar habitual de residencia</i>	<i>Barrio de origen en Dramané</i>
E.H. A. DRAMÉ	M	69	Noble	DRAMANÉ	HORONGALOU

ANEXO 1.2.3.

AGENTES SOCIO SANITARIOS RELACIONADOS CON EL CSCOM DE DRAMANÉ EN EL MOMENTO DE SU CREACIÓN Y/O EN EL MOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN				
<i>Nombre</i>	<i>Estructura sanitaria</i>	<i>Función</i>	<i>Sexo</i>	<i>Etnia</i>
N I V E L P R O V I N C I A L				
Mr DOUMBIA	DDAS-Dirección Provincial Acción Social	Director provincial	M	Malinké
Dr. YOROTÉ	CSREF-Centro de Salud de Referencia Provincial	Médico jefe	M	Dogón
N I V E L R E G I O N A L				
Dr. SANGARE	DRS-Dirección Regional de la Salud	Subdirector regional	M	Bámbara
Dr. TRAORE		Responsable de departamento	M	Bámbara
Dr. CISSOUMA	Hospital Regional	Director	M	Minianka

ANEXO 1.2.4

AGENTES SOCIO SANITARIOS DE KAYES PRESCRIPTORES Y/O DISPENSADORES DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS				
Nombre	Estructura sanitaria	Función	Sexo	Etnia
N I V E L P R O V I N C I A L				
Dr. A. DEMBELE	CSREF-Centro de Salud Provincial	Medico jefe adjunto	M	Minianka
Dr. A. D. DEMBELE		Farmacéutico jefe	M	Soninké
N I V E L R E G I O N A L				
Dr. TRAORE	DRS-Dirección Regional de la Salud	Responsable de departamento	M	Bámbara
S E C T O R P R I V A D O				
Dr. TRAORE	MULTI M	Farmacéutico	M	Bámbara
Mr M. TRAORE		Visitador medico	M	Bámbara

ANEXO 1.2.5.

PERSONAS RECURSO RELACIONADAS CON LA PROBLEMÁTICA DEL SALTO DE NIVEL				
<i>Nombre</i>	<i>Estructura sanitaria</i>	<i>Función</i>	<i>Sexo</i>	<i>Etnia</i>
DR. GUIDO	Hospital Regional	Traumatólogo	M	Cubano
DRA. Anónima		ORL	F	Cubana

ANEXO 1.2.6.

OTRAS PERSONAS RECURSO EN EL ÁREA DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y/O EL DESARROLLO				
<i>Nombre</i>	<i>Estructura</i>	<i>Función</i>	<i>Sexo</i>	<i>Etnia</i>
Mr K. MACALOU	CCC	Director	M	Soninké
Mr O. TRAORE	PADRK	Subdirector	M	Bámbara
Mr S. SYLLA	ONG-GRDR	Director	M	Soninké

ANEXO 1.2.7.

OTRAS PERSONAS RECURSO				
<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad (2002)</i>	<i>Posición social</i>	<i>Barrio de origen en Dramané</i>
Mme F. DRAMÉ	F	19	Noble	HORONGALOU
Mr A. DRAMÉ	M	40	Noble	HORONGALOU

Anexo 1.3.

ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS EN EL ÁREA
SANITARIA DE DRAMANÉ

ANEXO 1.3.1.

KAGUMÉS DE LOS ENFERMOS ENTREVISTADOS EN BAMAKO EN EL 2002					
<i>Nombre del Kagumé</i>	<i>Nombre</i>	<i>Parentesco con el enfermo</i>	<i>Sexo</i>	<i>Posición social</i>	<i>Barrio en Dramané</i>
Mr B. B. DRAMÉ	Mme W. DRAMÉ (VIUDA)	Padre	M	Noble	WALISOXODE
E. H. A. DRAMÉ	Mme F. DRAMÉ	Tío de su marido	M	Noble	HORONGALOU
Mr M.S.DRAMÉ	Mme M. DRAMÉ	Tío paterno	M	Noble	HORONGALOU
Mr B. S. Y. SAWANE	Mme F. Y. Y. DRAMÉ casada con A. S. SAWANE	Tío abuelo paterno de su marido	M	Noble	HORONGALOU
Mr M.DRAMÉ	Mme Y. DRAMÉ CASADA CON D. DRAMÉ	Padre de su marido	M	Noble	HORONGALOU
Mr Bl. SACKO	Mme A. SACKO casada con A. DRAMÉ	Padre	M	Esclavo	WALISOXODE
Mr S. K. DRAMÉ-	Mme J. KANOUTÉ casada con D. DRAMÉ	Hermano del marido	M	Noble	HORONGALOU
E.H. CAMARA	M. CAMARA hijo de M. CAMARA	Abuelo	M	Noble	HORONGALOU
Mr S. GREU	Mme N. GREU casada con B. GREU	Tío paterno	M	Casta	WALISOXODE
E.H. S. DRAMÉ	Mme G. DRAMÉ casada con B. DRAMÉ	Padre de su marido	M	Noble	HORONGALOU
Mr B. TOUNKARA	Mme D. TOUNKARA casada con S. TOUNKARA	Primo paterno	M	Casta	WALISOXODE

ANEXO 1.3.2.

KAGUMÉS DE LOS ANFITRIONES ENTREVISTADOS EN BAMAKO EN EL 2002					
<i>Nombre del Kagumé en Dramané</i>	<i>Nombre del anfitrión en Bamako</i>	<i>Parentesco con anfitrión</i>	<i>Sexo</i>	<i>Posición social</i>	<i>Barrio en Dramané</i>
Mr B. B. DRAMÉ	Mr K. DRAMÉ	Padre	M	Noble	WALISOXODE
Mr O. TIRERA	Mr M. TIRERA	Tío paterno	M	Noble	HORONGALOU
Mr O. TIRERA	Mr I. TIRERA	Tío paterno	M	Noble	HORONGALOU
Mr Bl. SACKO	Mr B. SACKO	Hermano	M	Esclavo	WALISOXODE
Mr B. DRAMÉ	Mr B. DRAMÉ	Padre	M	Noble	HORONGALOU
Mr B. S. DRAMÉ	Mr D. DRAMÉ	Hermano	M	Noble	HORONGALOU
Mr S. GREU	Mr M. GREU	Tío paterno	M	Casta	WALISOXODE
Mr A. F. DRAMÉ	Mr L. DRAMÉ	Tío paterno	M	Noble	HORONGALOU
Mr B. TOUNKARA	Mr S. TOUNKARA	Padre	M	Casta	WALISOXODE

ANEXO 1.3.3.

AGENTES SOCIO SANITARIOS DEL CSCOM DE DRAMANÉ				
<i>Nombre</i>	<i>Función</i>	<i>Cargo ejercido desde</i>	<i>Sexo</i>	<i>Etnia</i>
Dra. TRAORE	Medico-jefe	01/01/2000	F	Malinké
Mr D. CISSOKO	Auxiliar de clínica	1/02/2002	M	Malinké
Mme T. COULIBALY	Ex-matrona	07/07/1997	F	Bámbara
Mme N. KANE	Matrona	01/11/2002	F	Bámbara
Mme DRAMÉ (Ba DIALLO)	Gerente del depósito de medicamentos	1994	F	Bámbara

ANEXO 1.3.4.

MIEMBROS DEL COMITÉ DE GESTION DEL CSCOM DE DRAMANÉ				
<i>Nombre</i>	<i>Función</i>	<i>Cargo ejercido desde</i>	<i>Sexo</i>	<i>Barrio en Dramané</i>
Mr M. DRAMÉ	Presidente	1994	M	WALISOXODE
Mr M. M. DRAMÉ	Tesorero	1994	M	WALISOXODE
Mr S. TIRERA	Tesorero adjunto	1994	M	HORONGALOU
Mr M. YATABARÉ	Secretario al abastecimiento	1994	M	HORONGALOU

ANEXO 1.3.5.

OTRAS PERSONAS RECURSO				
NOMBRE DEL KAGUMÉ	Numero de personas entrevistadas en la concesión por sexos		Posición social	Barrio en Dramané
	M	F		
B. YATABARÉ	4	3	Noble	HORONGALOU
W. YATABARÉ	2	3	Noble	
A. TIRERA	3	3	Noble	
S. TIRERA	1	0	Noble	
SE. TIRERA	1	0	Noble	
B. KANOUTE	1	1	Esclavo	
L. CAMARA	2	1	Noble	
CAMARA	1	1	Noble	
S. SAWANE	2	0	Noble	
B. S. SAWANE	2	1	Noble	
DIALLO	1	0	Casta	
B. DRAMÉ	2	0	Noble	
B. S. DRAMÉ	2	1	Noble	
M. DRAMÉ	1	0	Noble	
M. F. DRAMÉ	1	0	Noble	
M. S. DRAMÉ	0	2	Noble	
E.H.S. DRAMÉ	0	1	Noble	
E.H.A. DRAMÉ	3	1	Noble	
E.H.AB. DRAMÉ	1	1	Noble	
YA. DRAMÉ	1	1	Noble	
S. DRAMÉ	0	1	Noble	
SE. DRAMÉ	1	0	Noble	
A. F. DRAMÉ	2	1	Noble	
A. DRAMÉ	2	0	Noble	WALISOXODE
S. K. DRAMÉ	1	1	Noble	
M. DRAMÉ	1	0	Noble	
M.M.DRAMÉ	2	1	Noble	
A. F. DRAMÉ	0	1	Noble	
A. B. DRAMÉ	1	0	Noble	
S. KARE DRAME	0	1	Noble	
B. DRAME	0	2	Noble	
D. DRAME	0	1	Noble	
DJ. DRAME	0	1	Noble	
M. F. DRAMÉ	0	1	Noble	
B. SY SAWANE	1	2	Noble	
M. BA	1	0	Esclavo	
SACKO	1	1	Esclavo	
E. H. S. SIDIBE	2	1	Esclavo	
SIMAGA	1	0	Casta	
TOTAL: 82	47	35	/	/

ANEXO 1.3.6.

ASOCIACION DE MUJERES DE DRAMANE «O NA XARAN NA SAFA»				
<i>Nombre (N. Soltera)</i>	<i>Estado civil</i>	<i>KAGUMÉ</i>	<i>Posición social</i>	<i>Barrio de residencia</i>
Mme S. YATABARÉ (YATABARÉ)	casada con M. YATABARÉ	W. YATABARÉ	Noble	HORONGALOU
Mme A. YATABARÉ (YATABARÉ)	casada con Ma. YATABARÉ	B. YATABARÉ	Noble	HORONGALOU
S. YATABARÉ	Soltera	B. YATABARÉ	Noble	HORONGALOU
Mme Am. YATABARÉ (YATABARÉ)	casada con B.YATABARÉ	B. YATABARÉ	Noble	HORONGALOU
Mme J. YATABARÉ (YATABARÉ)	casada con I.YATABARÉ	B. YATABARÉ	Noble	HORONGALOU
Mme M. YATABARÉ (BAKAYOKO)	casada con M.YATABARÉ	B. YATABARÉ	Noble	HORONGALOU
D. DRAMÉ	Soltera	E.H.A. DRAMÉ	Noble	HORONGALOU
G. DRAMÉ	Soltera	A. DRAMÉ	Noble	HORONGALOU

ANEXO 1.3.7.

PERSONAS RECURSO DE LOS 3 MAKHANA				
<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Función social</i>	<i>Posición social</i>	<i>Poblado</i>
Mr M. S. BATHILY	M	Jefe poblado	Noble	MAKHADOUGOU
Mr M. BATHILY	M	Ex-inmigrante	Noble	MAKHADOUGOU
Mr M. FOFANA	M	Inmigrante de paso	Esclavo	MAKHADOUGOU
Mme CISSOKO	F	Mujer de ex-inmigrante	Esclavo	MAKHADOUGOU
Mr B. K. BATHILY	M	Jefe poblado rey gadiaga	Noble	MAKHALAGARE
Mme A. BATHILY	F	Nuera del jefe del poblado	Noble	MAKHALAGARE
Mr M. BAKAYOKO	M	Alcalde y director escuela secundaria	Esclavo	MAKHALAGARE
Mr M. KONE	M	Director escuela primaria	Casta	MAKHALAGARE
Mr S.S. BATHILY	M	Jefe poblado	Noble	TOUBABOUKANE
Mr J. BATHILY	M	Hijo del jefe poblado	Noble	TOUBABOUKANE
Mme M. BATHILY	F	Nuera del jefe poblado	Noble	TOUBABOUKANE

ANEXO 1.3.8.

MIEMBROS DEL COMITÉ Y/O CONSEJO DE GESTION DEL CSCOM DE DRAMANÉ RESIDENTES EN LOS 3 MAKHANA				
<i>Nombre</i>	<i>Función</i>	<i>Cargo ejercido desde</i>	<i>Sexo</i>	<i>Barrio en Dramané</i>
E.H. CISSOKO	Comisario de cuentas del consejo	1994	M	MAKHADOUGOU

Anexo 1.4.

ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE PARÍS

ANEXO 1.4.1.

INMIGRANTES PARIENTES DE LOS ENFERMOS ENTREVISTADOS EN BAMAKO					
<i>Nombre del inmigrante</i>	<i>Nombre del enfermo</i>	<i>Parentesco con enfermo</i>	<i>Sexo</i>	<i>Posición social</i>	<i>Barrio en Dramané</i>
Mme M.S.DRAMÉ	Mme W.DRAMÉ	Hermana	F	Noble	WALISOXODE
Mme A. DRAMÉ	Mme G. DRAMÉ	Hermana	F	Noble	HORONGALOU
Mr T. SAWANE	Mme F. Y. Y. DRAMÉ	Hermano de su marido	M	Noble	WALISOXODE
Mr Al. DRAMÉ	Mme F. DRAMÉ	Esposo	M	Noble	HORONGALOU

ANEXO 1.4.2.

INMIGRANTES PARIENTES DE LOS ANFITRIONES ENTREVISTADOS EN BAMAKO					
<i>Nombre del inmigrante</i>	<i>Nombre del anfitrión en Bamako</i>	<i>Parentesco con anfitrión</i>	<i>Sexo</i>	<i>Posición social</i>	<i>Barrio de origen en Dramané</i>
Mme K. DRAMÉ	Mr K. DRAMÉ	Sobrina materna	F	Noble	HORONGALOU
Mr S. DRAMÉ	Mr K. DRAMÉ	Hijo	M	Noble	WALISOXODE
Mr L. DRAMÉ	Mr K. DRAMÉ	Yerno	M	Noble	HORONGALOU
Mr AL. TIRERA	Mr M. TIRERA o COLONEL GAYE	Sobrino	M	Noble	HORONGALOU

ANEXO 1.4.3.

OTRAS PERSONAS RECURSO PROCEDENTES DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ			
<i>Nombre del inmigrante</i>	<i>Sexo</i>	<i>Posición social</i>	<i>Barrio de origen en Dramané</i>
Mr A. TIRERA	M	Noble	HORONGALOU
Mr B.YATABARÉ	M	Noble	HORONGALOU

ANEXO 1.4.4.

MIEMBROS DEL CONSEJO DE GESTIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ DE PASO EN PARÍS				
<i>Nombre</i>	<i>Función</i>	<i>Cargo ejercido desde</i>	<i>Sexo</i>	<i>Barrio</i>
E.H.A DRAMÉ	Presidente honorario	1994	M	HORONGALOU
E.H. CISSOKO	Secretario	1994	M	MAKHADOUGOU

ANEXO 1.4.5.

OTRAS PERSONAS RECURSO DE ORIGEN FRANCES			
<i>Nombre</i>	<i>Nacionalidad</i>	<i>Relación con el área sanitaria</i>	<i>Sexo</i>
Mme N. TIRERA	Francesa	Esposa de Mr A.Tirera - HORONGALOU	F
Mme A. MALGOGNE	Francesa	Investigadora	F

Anexo 2

GUIONES DE ENTREVISTA

GUIÓN 1: ENFERMOS DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ

1. IDENTIFICACIÓN:

- DISTRITO
- BARRIO
- NOMBRE Y APELLIDO DEL ANFITRIÓN
- SEXO/EDAD/ETNIA/POSICIÓN SOCIAL
- POBLADO DE ORIGEN
- NÚMERO DE ESPOSAS-COESPOSAS
- NÚMERO DE HIJOS
- NÚMERO DE HIJOS QUE SE HAN QUEDADO EN EL POBLADO
- LUGAR DE RESIDENCIA DEL MARIDO/ESPOSAS
- NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN FRANCES
- DURACIÓN DE ESTANCIA EN BAMAKO
- PARENTESCO CON EL ANFITRIÓN
- PARIENTE MÁS CERCANO EN BAMAKO
- RAZONES DE ALOJARSE EN ESTA CASA
- NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE COMPARTE HABITACIÓN
- MODO DE PARTICIPACIÓN DE LOS GASTOS DEL ANFITRIÓN:
 - Contribución financiera mensual (cantidad)
 - Alquiler
 - Participación a los trabajos de casa
 - Regalos enviados por los parientes del enfermo en el extranjero
- ¿QUIÉN PAGA LOS GASTOS DEL ENFERMO?

2. ITINERARIO TERAPÉUTICO:

- ENFERMEDAD DE LA QUE SUFRE
- DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD
- DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO ANTES DE BAMAKO (INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES)
- QUIÉN HA TOMADO LA DECISIÓN
- QUIÉN LE ACOMPAÑA
- QUIÉN HA PAGADO LOS GASTOS
- TOTAL DE GASTOS
- RAZÓN DE VENIR A TRATARSE A BAMAKO
- ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE VIENE A TRATARSE A BAMAKO?
- SU COESPOSA, ¿HA VENIDO YA A TRATARSE A BAMAKO? ¿HA JUGADO ESTE HECHO UN ROL EN SU VENIDA A BAMAKO?
- DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO EN BAMAKO (INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES)
- QUIÉN HA TOMADO LA DECISIÓN
- QUIÉN LE HA ACOMPAÑADO
- QUIÉN HA REALIZADO LOS GASTOS
- TOTAL DE LOS GASTOS SANITARIOS
- ¿PIENSA IR A TRATARSE A OTRO LUGAR? ¿POR QUÉ?

3. CONOCIMIENTOS Y OPINIONES:

- ¿HAY UNA DIFERENCIA ENTRE LOS MEDICAMENTOS DISPONIBLES EN EL CSCOM DE DRAMANÉ Y LOS DE LA FORMACIÓN SANITARIA EN DONDE ESTA USTED EN TRATAMIENTO EN BAMAKO? ¿CUÁL?
- DESDE SU LLEGADA A BAMAKO, ¿SUS PARIENTES EN FRANCIA LE HAN ENVIADO MEDICAMENTOS? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES?

- ¿PUEDE ENSEÑARME LAS RECETAS, MEDICAMENTOS, FICHAS DE EVACUACIÓN QUE ESTAN EN SU PODER?
 - ¿HAY ALGUNA DIFERENCIA ENTRE EL PERSONAL TRATANTE DE DRAMANÉ Y EL QUE LE TRATA EN BAMAKO? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL? ¿POR QUÉ?
 - ¿ESTA SATISFECHO CON EL TRATAMIENTO QUE HA RECIBIDO EN BAMAKO?
 - ¿ESTA SATISFECHO DE SUS CONDICIONES DE VIDA EN BAMAKO?
 - ¿ESTA SATISFECHO DE SU ALOJAMIENTO? JUSTIFÍQUELO.
4. DIFICULTADES:
- ¿CUÁLES SON LAS DIFICULTADES QUE HA ENCONTRADO EN DRAMANÉ?
 - EN CASO DE HABER VISITADO OTRAS ESTRUCTURAS, ¿CUÁLES SON LAS DIFICULTADES QUE HA ENCONTRADO?
 - ¿CUÁLES SON LAS DIFICULTADES QUE HA ENCONTRADO EN BAMAKO?
5. DIFERENTES BIENES RECIBIDOS DE SUS PARIENTES INMIGRANTES.
6. DIFERENTES BIENES COMPRADOS POR EL ENFERMO DESDE SU LLEGADA A BAMAKO.
7. PROPOSICIONES:
- ¿QUÉ HABRIA QUE HACER PARA QUE LA GENTE DE DRAMANÉ PUDIESE SER TRATADA EN EL POBLADO SIN VENIR A BAMAKO?

GUIÓN 1 Bis: ENFERMOS DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ (2ª VUELTA)

1. IDENTIFICACIÓN Y CONDICIONES DE ACOGIDA:
- NOMBRE Y APELLIDO DEL ENFERMO
 - NOMBRE Y APELLIDO DEL ANFITRIÓN
 - BARRIO EN DRAMANÉ
 - SEXO
 - EDAD
 - POSICIÓN SOCIAL
 - DURACIÓN DE ESTANCIA EN BAMAKO
 - ACOMPAÑADO POR
 - PARENTESCO CON EL ANFITRIÓN
 - PARIENTE MÁS CERCANO EN BAMAKO
 - POR QUÉ SE ALOJA AQUI
 - NÚMERO DE PERSONAS EN LA HABITACIÓN

GUIÓN 2: ANFITRIONES ORIGINARIOS DE DRAMANÉ Y RESIDENTES EN BAMAKO

1. IDENTIFICACIÓN:
- DISTRITO
 - BARRIO
 - NOMBRE Y APELLIDO DEL PROPIETARIO SI NO ES USTED MISMO
 - SEXO/EDAD/ETNIA/POSICIÓN SOCIAL
 - POBLADO DE ORIGEN
 - DURACIÓN EN BAMAKO
 - ANTIGUO INMIGRANTE EN:

- NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN FRANCES
 - ESCUELA CORANICA DURANTE AÑOS
 - PROFESIÓN
2. DATOS SOBRE LAS CONDICIONES DE ACOGIDA:
- PROPIETARIO/INQUILINO
 - TIPO DE ALOJAMIENTO
 - NÚMERO DE HABITACIONES
 - ELECTRIFICAD
 - AGUA POTABLE EN LA CONCESIÓN:
 - Pozo tradicional
 - Moderno
 - NÚMERO DE BAÑOS:
 - Tradicional
 - Moderno
 - NÚMERO DE DUCHAS MODERNAS
 - JEFE DE FAMILIA
 - NÚMERO DE ESPOSAS
 - NÚMERO DE HIJOS
 - NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU FAMILIA:
 - Visitantes
 - Visitantes en tratamiento
 - Personal de servicio
 - MODO DE PARTICIPACIÓN A LOS GASTOS DEL ANFITRIÓN:
 - Contribución financiera mensual (cantidad)
 - Alquiler
 - Participación a los trabajos de casa
 - Regalos enviados por los parientes del enfermo en el extranjero
 - ¿HAY HABITACIONES RESERVADAS PARA LOS ENFERMOS?
 - ¿LOS ENFERMOS COMEN SOLOS?
3. CONOCIMIENTOS Y OPINIONES:
- OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS EN DRAMANÉ
 - OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS EN BAMAKO
4. DIFICULTADES:
- DIFICULTADES EN LA GESTIÓN DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO
 - ¿POR QUÉ ACOGER A LOS ENFERMOS?
- 5- PROPOSICIONES

GUIÓN 2 Bis: ANFITRIONES ORIGINARIOS DE DRAMANÉ Y RESIDENTES EN BAMAKO (2ª VUELTA)

1. IDENTIFICACIÓN Y ACOGIDA:
- NOMBRE Y APELLIDOS
 - NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CONCESIÓN
 - NÚMERO DE RESIDENTES:
 - Familia directa
 - Personal de servicio
 - NÚMERO DE ENFERMOS
 - NÚMERO DE PERSONAS ESPERANDO EMIGRAR

- NÚMERO DE PERSONAS DE PASO HACIA EL POBLADO
- NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU CONCESIÓN POR OTRAS RAZONES

GUIÓN 3: AGENTES SOCIO SANITARIOS Y OTRAS PERSONAS-RECURSO

1. IDENTIFICACIÓN:
 - NOMBRE Y APELLIDO
 - SEXO/EDAD/ETNIA
 - PROVINCIA Y REGIÓN DE ORIGEN
 - PROFESIÓN
 - SERVICIO PARA EL QUE TRABAJA Y PUESTO OCUPADO
 - DURACIÓN EN BAMAKO
2. CONOCIMIENTOS Y OPINIONES:
 - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LOS ENFERMOS
 - TIPO DE ENFERMEDADES
 - TIPO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS
 - LAS RAZONES DE HACERSE TRATAR EN BAMAKO-ITINERARIO
 - COSTE MEDIO DE LOS TRATAMIENTOS DE LAS TRES ENFERMEDADES MÁS HABITUALES
 - PAGO DEL COSTE DEL TRATAMIENTO, EL DESPLAZAMIENTO Y LA ESTANCIA EN BAMAKO
 - OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS ORIGINARIOS DE LA REGIÓN EN ESTUDIO
3. DIFICULTADES Y PROPUESTAS:
 - DIFICULTADES ENCONTRADAS POR LOS AGENTES DE SALUD EN EL TRATAMIENTO CON PERSONAS PROVENIENTES DE LA REGIÓN DE KAYES
4. PROPUESTAS DE MEJORA

GUIÓN 4: PERSONAS RECURSO QUE PARTICIPARON EN LA CREACIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ

1. IDENTIFICACIÓN:
 - NOMBRE Y APELLIDO
 - SEXO/EDAD/ETNIA
 - PROVINCIA Y REGIÓN DE ORIGEN
 - PROFESIÓN
 - SERVICIO PARA EL QUE TRABAJA Y PUESTO OCUPADO
 - DURACIÓN EN SU PUESTO ACTUAL
- 2- CREACIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ:
 - PROCEDIMIENTO DE CREACIÓN
 - DIFICULTADES EN SU PUESTA EN MARCHA: PERSONAS IMPLICADAS
 - RAZONES DE LA ELECCIÓN DE DRAMANÉ COMO CENTRO DE SALUD PILOTO
 - CÓMO SE DECIDIÓ EL ÁREA SANITARIA
 - QUÉ METODO DE APROXIMACIÓN COMUNITARIA SE UTILIZÓ

- 3- CONOCIMIENTOS Y OPINIONES SOBRE LOS ENFERMOS DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ:
 - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS
 - TIPO DE ENFERMEDADES
 - TIPO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS
 - LAS RAZONES DE HACERSE TRATAR EN BAMAKO Y/ KAYES-ITINERARIO
 - COSTE MEDIO DE LOS TRATAMIENTOS DE LAS TRES ENFERMEDADES MÁS HABITUALES
 - ¿QUIÉN PAGA EL COSTE DEL TRATAMIENTO, DEL DESPLAZAMIENTO Y DE LA ESTANCIA?
 - OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS ORIGINARIOS DE LA REGIÓN EN ESTUDIO
- 4- ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE LOS ENFERMOS DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ (INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES):
 - ROL DE GAKOURÁ Y SOBOKOU
 - ROL DE KAYES
 - ROL DE BAMAKO
- 5- ESTADO DE LA CUESTIÓN
 - ¿EXISTEN OTRAS INVESTIGACIONES RESPECTO A ESTE TEMA?

GUIÓN 5: DATOS DEL SIS-SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA (1999-2002)

1. EXISTENCIA O NO DE CSCOM EN LA REGIÓN DE KAYES:
 - NÚMERO DE ÁREAS SANITARIAS PREVISTAS/FUNCIONALES
 - NÚMERO DE ESTRUCTURAS DE PRIMER NIVEL: EXISTENTES/PREVISTAS/TASA DE REALIZACIÓN
 - NÚMERO DE ESTRUCTURAS PRIVADAS
 - POBLACIÓN CON ACCESO AL PMA-PAQUETE MINIMO DE ACTIVIDADES EN UN RADIO DE MENOS DE 5KM./15KM./MAS DE 15KM.
2. LOS CSCOM SON O NO FRECUENTADOS:
 - ESTADILLOS DE ACTIVIDAD DEL ÁREA SANITARIA
3. EXISTENCIA O NO DE PERSONAL SANITARIO:
 - RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA SANITARIA
4. EXISTENCIA O NO DE MATERIAL ADECUADOS:
 - RECURSOS MATERIALES DEL ÁREA SANITARIA
5. EXISTENCIA O NO DE MEDICAMENTOS:
 - DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN LAS ESTRUCTURAS DE PRIMER NIVEL, EN EL CSREF Y EN EL HOSPITAL REGIONAL
6. LA POBLACIÓN FRECUENTA O NO EL NIVEL PROVINCIAL Y/O REGIONAL:
 - ESTADILLOS DE ACTIVIDAD DEL CSREF/HOSPITAL REGIONAL
 - NÚMERO DE REFERENCIAS

- NÚMERO DE EVACUACIONES
- 7. LA POBLACIÓN SALTA DE NIVEL O NO EN ENFERMEDADES QUE PUEDEN SER TRATADAS EN EL PRIMER NIVEL DE LA PIRAMIDE SANITARIA:
 - ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES A NIVEL DEL CSCOM
 - 8. O QUE PUEDEN SER TRATADAS EN EL CSREF O EN EL HOSPITAL REGIONAL:
 - ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES A NIVEL DEL CSREF/HOSPITAL REGIONAL
 - 9. EXISTE O NO UNA TEMPORALIDAD EN LA VENIDA A BAMAKO PARA CURARSE:
 - ESTADILLOS DE ACTIVIDAD: DESGLOSE POR TRIMESTRE Y AÑO (1999-2002)

GUIÓN 6: ENFERMOS DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ EN TRATAMIENTO EN KAYES

1. IDENTIFICACIÓN:
 - BARRIO
 - NOMBRE Y APELLIDO DEL ANFITRIÓN
 - SEXO/EDAD/ETNIA/POSICIÓN SOCIAL
 - POBLADO DE ORIGEN
 - NÚMERO DE ESPOSAS-COESPOSAS
 - NÚMERO DE HIJOS
 - NÚMERO DE HIJOS QUE SE HAN QUEDADO EN EL POBLADO
 - LUGAR DE RESIDENCIA DEL MARIDO/ESPOSAS
 - NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN FRANCES
 - DURACIÓN DE ESTANCIA EN KAYES
 - PARENTESCO CON EL ANFITRIÓN
 - PARIENTE MÁS CERCANO EN KAYES
 - RAZONES DE ALOJARSE EN ESTA CASA
 - NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE COMPARTE HABITACIÓN
 - MODO DE PARTICIPACIÓN A LOS GASTOS DEL ANFITRIÓN:
 - Contribución financiera mensual (cantidad)
 - Alquiler
 - Participación a los trabajos de casa
 - Regalos enviados por los parientes del enfermo en el extranjero
 - ¿QUIÉN PAGA LOS GASTOS DEL ENFERMO?
2. ITINERARIO TERAPÉUTICO:
 - ENFERMEDAD DE LA QUE SUFRE
 - DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD
 - DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO ANTES DE KAYES(INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES)
 - QUIÉN HA TOMADO LA DECISIÓN
 - QUIÉN LE ACOMPAÑA
 - QUIÉN HA PAGADO LOS GASTOS
 - TOTAL DE GASTOS
 - RAZÓN DE VENIR A TRATARSE A KAYES
 - ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE VIENE A TRATARSE A KAYES?
 - SU COESPOSA, ¿HA VENIDO YA A TRATARSE A KAYES? ¿HA JUGADO ESTE HECHO UN ROL EN SU VENIDA A KAYES?

- DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO EN KAYES (INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES)
 - QUIÉN HA TOMADO LA DECISIÓN
 - QUIÉN LE HA ACOMPAÑADO
 - QUIÉN HA REALIZADO LOS GASTOS
 - TOTAL DE LOS GASTOS SANITARIOS
 - ¿PIENSA IR A TRATARSE A OTRO LUGAR? ¿POR QUÉ?
3. CONOCIMIENTOS Y OPINIONES:
- ¿HAY UNA DIFERENCIA ENTRE LOS MEDICAMENTOS DISPONIBLES EN EL CSCOM DE DRAMANÉ Y LOS DE LA FORMACIÓN SANITARIA EN DONDE ESTA USTED EN TRATAMIENTO EN KAYES? ¿CUÁL?
 - DESDE SU LLEGADA A KAYES, ¿SUS PARIENTES EN FRANCIA LE HAN ENVIADO MEDICAMENTOS? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES?
 - ¿PUEDE ENSEÑARME LAS RECETAS, MEDICAMENTOS, FICHAS DE EVACUACIÓN QUE ESTAN EN SU PODER?
 - ¿HAY ALGUNA DIFERENCIA ENTRE EL PERSONAL TRATANTE DE DRAMANÉ Y EL QUE LE TRATA EN KAYES? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL? ¿POR QUÉ?
 - ¿ESTA SATISFECHO CON EL TRATAMIENTO QUE HA RECIBIDO EN KAYES?
 - ¿ESTÁ SATISFECHO DE SUS CONDICIONES DE VIDA EN KAYES?
 - ¿ESTÁ SATISFECHO DE SU ALOJAMIENTO? JUSTIFIQUELO.
4. DIFICULTADES:
- ¿CUÁLES SON LAS DIFICULTADES QUE HA ENCONTRADO EN DRAMANÉ?
 - EN CASO DE HABER VISITADO OTRAS ESTRUCTURAS ¿CUÁLES SON LAS DIFICULTADES QUE HA ENCONTRADO?
 - ¿CUÁLES SON LAS DIFICULTADES QUE HA ENCONTRADO EN KAYES?
5. DIFERENTES BIENES RECIBIDOS DE SUS PARIENTES INMIGRANTES DESDE SU LLEGADA A KAYES.
6. DIFERENTES BIENES COMPRADOS POR EL ENFERMO DESDE SU LLEGADA A KAYES.
7. PROPOSICIONES:
- ¿QUÉ HABRIA QUE HACER PARA QUE LA GENTE DE DRAMANÉ PUDIESE SER TRATADA EN EL POBLADO SIN VENIR A KAYES Y SIN TENER QUE IR A BAMAKO?

GUIÓN 7: ANFITRIONES ORIGINARIOS DE DRAMANÉ Y RESIDENTES EN KAYES

1. IDENTIFICACIÓN:
- BARRIO
 - NOMBRE Y APELLIDO DEL PROPIETARIO SI NO ES USTED MISMO
 - SEXO/EDAD/ETNIA/POSICIÓN SOCIAL
 - POBLADO DE ORIGEN
 - DURACIÓN EN KAYES
 - ANTIGUO INMIGRANTE EN
 - NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN FRANCES
 - ESCUELA CORANICA DURANTE AÑOS
 - PROFESIÓN
2. DATOS SOBRE LAS CONDICIONES DE ACOGIDA:

- PROPIETARIO/INQUILINO
 - TIPO DE ALOJAMIENTO
 - NÚMERO DE HABITACIONES
 - ELECTRIFICADO
 - AGUA POTABLE EN LA CONCESIÓN:
 - Pozo tradicional,
 - Moderno
 - NÚMERO DE BAÑOS:
 - Tradicional
 - Moderno
 - NÚMERO DE DUCHAS MODERNAS
 - JEFE DE FAMILIA
 - NÚMERO DE ESPOSAS
 - NÚMERO DE HIJOS
 - NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU FAMILIA:
 - Visitantes
 - Visitantes en tratamiento
 - Personal de servicio
 - MODO DE PARTICIPACIÓN A LOS GASTOS DEL ANFITRIÓN:
 - Contribución financiera mensual (cantidad)
 - Alquiler
 - Participación a los trabajos de casa
 - Regalos enviados por los parientes del enfermo en el extranjero
 - ¿HAY HABITACIONES RESERVADAS PARA LOS ENFERMOS?
 - ¿LOS ENFERMOS COMEN SOLOS?
3. CONOCIMIENTOS Y OPINIONES:
- OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS EN DRAMANÉ
 - OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS EN KAYES
 - OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS EN BAMAKO
4. DIFICULTADES:
- DIFICULTADES EN LA GESTIÓN DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO
 - ¿POR QUÉ ACOGER A LOS ENFERMOS?
5. PROPOSICIONES

GUIÓN 8: PERSONAS RECURSO DE KAYES

1. IDENTIFICACIÓN:
- NOMBRE Y APELLIDO
 - SEXO/EDAD/ETNIA
 - PROVINCIA Y REGIÓN DE ORIGEN
 - PROFESIÓN
 - SERVICIO PARA EL QUE TRABAJA Y PUESTO OCUPADO
 - DURACIÓN EN KAYES
2. CONOCIMIENTOS Y OPINIONES SOBRE LOS ENFERMOS DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ:
- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LOS ENFERMOS
 - TIPO DE ENFERMEDADES
 - TIPO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

- LAS RAZONES DE HACERSE O NO HACERSE TRATAR EN KAYES-ITINERARIO(INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES)
 - LAS RAZONES DE HACERSE O NO HACERSE TRATAR EN BAMAKO
 - COSTE MEDIO DE LOS TRATAMIENTOS DE LAS TRES ENFERMEDADES MÁS HABITUALES
 - PAGO DEL COSTE DEL TRATAMIENTO, EL DESPLAZAMIENTO Y LA ESTANCIA EN KAYES
 - OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS ORIGINARIOS DEL ÁREA EN ESTUDIO
3. DIFICULTADES Y PROPUESTAS:
- DIFICULTADES ENCONTRADAS POR LOS AGENTES DE SALUD EN EL TRATAMIENTO CON PERSONAS PROVENIENTES DEL ÁREA EN ESTUDIO
 - PROPUESTAS DE MEJORA

GUIÓN 9: PRESCRIPTORES Y DISPENSADORES DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

1. IDENTIFICACIÓN:
- NOMBRE Y APELLIDO
 - SEXO/EDAD/ETNIA
 - PROVINCIA Y REGIÓN DE ORIGEN
 - PROFESIÓN
 - SERVICIO PARA EL QUE TRABAJA Y PUESTO OCUPADO
 - DURACIÓN EN SU PUESTO ACTUAL
- 2- CONOCIMIENTOS Y OPINIONES SOBRE LOS ENFERMOS DEL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ:
- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LOS ENFERMOS
 - TIPO DE ENFERMEDADES
 - TIPO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS
 - DE LA DISPONIBILIDAD EN STOCK
 - DE SU ACCESIBILIDAD FINANCIERA
 - COSTE MEDIO DE LOS TRATAMIENTOS DE LAS TRES ENFERMEDADES MÁS HABITUALES
 - ¿QUIÉN PAGA EL COSTE DEL TRATAMIENTO, DEL DESPLAZAMIENTO Y DE LA ESTANCIA?
 - DE SU ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA
 - DE SU ACCESIBILIDAD CULTURAL
 - LAS RAZONES DE SU ACEPTACIÓN O RECHAZO: ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
 - OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS ORIGINARIOS DE LA ZONA EN ESTUDIO
- 4- ITINERARIOS TERAPÉUTICOS (INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES):
- ROL DE GAKOURÁ, SOBOKOU
 - ROL DE KAYES
 - ROL DE BAMAKO

GUIÓN 10: PERSONAS RECURSOS RELACIONADAS CON EL AMBITO DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y/O DE LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO

1. IDENTIFICACIÓN:
 - NOMBRE Y APELLIDO
 - SEXO/EDAD/ETNIA
 - PROVINCIA Y REGIÓN DE ORIGEN
 - PROFESIÓN
 - SERVICIO PARA EL QUE TRABAJA Y PUESTO OCUPADO
 - DURACIÓN EN SU PUESTO ACTUAL
- 2- CONOCIMIENTOS Y OPINIONES
 - RELACIÓN CON DRAMANÉ Y LOS POBLADOS DE SU ÁREA SANITARIA
 - CUÁL HA SIDO SU PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL AYUNTAMIENTO AL CUÁL PERTENECE DRAMANÉ
 - ¿QUÉ DIFICULTADES HA PRESENTADO DRAMANÉ RESPECTO A LA DESCENTRALIZACIÓN? ¿A QUÉ SE HA DEBIDO?
 - ¿CÓMO CONSIDERA LAS RELACIONES DE DRAMANÉ CON EL AYUNTAMIENTO? ¿Y CON LA PROVINCIA? ¿Y CON LA REGIÓN? ¿Y CON EL ESTADO? ¿Y CON LAS ONGS?
 - ¿CUÁL ES EL ROL DE LOS INMIGRANTES EN DICHAS RELACIONES?

GUIÓN 11: KAGUMÉS DE LAS FAMILIAS DE RESIDENCIA DE LOS ENFERMOS ENTREVISTADOS EN BAMAKO

1. IDENTIFICACIÓN:
 - NOMBRE Y APELLIDO DEL KAGUMÉ
 - SEXO/EDAD
 - BARRIO DE DRAMANÉ
 - POSICIÓN SOCIAL
 - PARENTESCO CON EL ENFERMO
2. UTILIZACIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ:
 - UTILIZAN EN SU FAMILIA EL CSCOM
 - RAZONES DE UTILIZACIÓN O NO
 - DIFICULTADES
3. ITINERARIO TERAPÉUTICO DEL PARIENTE ENFERMO:
 - ENFERMEDAD DE LA QUE SUFRE
 - DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD
 - DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO ANTES DE BAMAKO (INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES)
 - QUIÉN HA TOMADO LA DECISIÓN
 - QUIÉN LE HA ACOMPAÑADO
 - QUIÉN HA PAGADO LOS GASTOS
 - RAZÓN DE IRSE A TRATARSE A BAMAKO
 - ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE VA A TRATARSE A BAMAKO?
 - QUIÉN LE HA ACOMPAÑADO
 - QUIÉN HA REALIZADO LOS GASTOS EN BAMAKO
 - HAY OTRAS PERSONAS ENFERMAS EN BAMAKO

- ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
- 4. DATOS SOBRE LAS CONDICIONES DE ACOGIDA EN BAMAKO:
 - NOMBRE DEL ANFITRIÓN EN BAMAKO
 - POR QUÉ SE QUEDAN DONDE EL
 - PARENTESCO CON EL ANFITRIÓN
- 5. DATOS SOBRE INMIGRACIÓN:
 - MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN FRANCIA
 - MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN OTROS PAISES
 - JOVENES EN ESPERA DE EMIGRAR EN BAMAKO
 - LUGAR DE ALOJAMIENTO DE DICHOS JOVENES

GUIÓN 12: KAGUMÉS DE LAS FAMILIAS DE RESIDENCIA DE LOS ANFITRIONES ENTREVISTADOS EN BAMAKO

1. IDENTIFICACIÓN:
 - NOMBRE Y APELLIDO DEL KAGUMÉ
 - SEXO/EDAD
 - BARRIO DE DRAMANÉ
 - POSICIÓN SOCIAL
 - PARENTESCO CON EL ENFERMO
2. UTILIZACIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ:
 - UTILIZAN SU FAMILIA EL CSCOM
 - ¿POR QUÉ?
 - DIFICULTADES
 - PROPUESTAS DE MEJORA
3. ITINERARIO TERAPÉUTICO DEL PARIENTE ENFERMO ENTREVISTADO EN BAMAKO:
 - ENFERMEDAD DE LA QUE SUFRE
 - DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD
 - DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO ANTES DE BAMAKO(INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABUS)
 - QUIÉN HA TOMADO LA DECISIÓN
 - QUIÉN LE HA ACOMPAÑADO
 - QUIÉN HA PAGADO LOS GASTOS
 - RAZÓN DE IRSE A TRATARSE A BAMAKO
 - ES LA PRIMERA VEZ QUE VA A TRATARSE A BAMAKO
 - QUIÉN LE HA ACOMPAÑADO A BAMAKO
 - QUIÉN HA REALIZADO LOS GASTOS
 - HAY OTRAS PERSONAS ENFERMAS DE LA FAMILIA EN BAMAKO
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
4. DATOS SOBRE LAS CONDICIONES DE ACOGIDA EN BAMAKO:
 - NOMBRE DEL ANFITRIÓN EN BAMAKO
 - POR QUÉ EL ENFERMO SE QUEDA DONDE EL
 - USTED TAMBIEN SE QUEDA EN CASA DE DICHO ANFITRIÓN
 - PARENTESCO CON EL ANFITRIÓN

5. DATOS SOBRE INMIGRACIÓN:

- MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN FRANCIA
- MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN OTROS PAISES
- JOVENES EN ESPERA DE EMIGRAR EN BAMAKO
- LUGAR DE ALOJAMIENTO DE DICHOS JOVENES

GUIÓN 13: AGENTES SOCIO SANITARIOS DEL CSCOM DE DRAMANÉ

1- IDENTIFICACIÓN:

- NOMBRE Y APELLIDOS
- ETNIA
- LUGAR DE NACIMIENTO/PROVINCIA/REGIÓN
- SEXO
- EDAD
- PROFESIÓN
- FORMACIÓN
- EXPERIENCIA PROFESIONAL
- FECHA DE LLEGADA AL CSCOM DE DRAMANÉ
- SU FUNCIÓN EN EL CSCOM

2- CONDICIONES DE TRABAJO:

- PAGO DE SALARIOS
- PAGO DEL ALOJAMIENTO.

2. SOBRE EL CSCOM:

- CONOCIMIENTOS SOBRE LA CREACIÓN DEL CSCOM
- SITUACIÓN DEL CSCOM A SU LLEGADA
- LAS TRES ENFERMEDADES MÁS HABITUALES Y PRECIO MEDIO DEL TRATAMIENTO
- RELACIONES CON EL PERSONAL/CON EL COMITÉ/CON EL CONSEJO/CON LA COMUNIDAD

3- EN TORNO A LA FRECUENTACIÓN DEL CSCOM:

- EVOLUCIÓN DESDE SU LLEGADA
- QUIÉN ACUDE-NO ACUDE/RAZONES
- QUIÉN PAGA EL TRATAMIENTO EN DRAMANÉ
- DE LA ACCESIBILIDAD FINANCIERA
- QUIÉN HA FIJADO LOS PRECIOS
- DE LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA
- DE LA ACCESIBILIDAD CULTURAL
- DEL RECURSO A LOS TRADITERAPEUTAS Y/O MARABÚES
- EXISTENCIA Y ROL DE RIVALIDAD ENTRE BARRIOS
- EXISTENCIA Y ROL DE RIVALIDAD ENTRE CLASES SOCIALES
- EXISTENCIA Y ROL DE RIVALIDAD ENTRE POBLADOS
- ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES

4. EN TORNO A LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS:

- OPINIÓN Y ACTITUD DE LA POBLACIÓN RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS
- QUIÉN PAGA EL TRATAMIENTO
- FUENTES DE APROVISIONAMIENTO
- DE LA FRECUENCIA DE RUPTURAS EN EL STOCK

- ¿SE REALIZA UN INVENTARIO REGULARMENTE?
 - ¿RECIBEN DONACIONES DE MEDICAMENTOS?: ¿DE LA PARTE DE QUIÉN?
5. DEL SALTO DE NIVEL:
- ¿SE PRODUCE EL FENOMENO DEL SALTO DE NIVEL?: RAZONES
 - ITINERARIOS TERAPÉUTICOS (INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES)
 - ROL DE SOBOKOU
 - ROL DE GAKOURÁ
 - ROL DE KAYES
 - QUIÉN PAGA LOS GASTOS DE TRATAMIENTO Y ESTANCIA EN DICHOS LUGARES
 - RAZONES DE TRATAMIENTO EN BAMAKO
 - QUIÉN VA A BAMAKO
 - QUIÉN PAGA LOS GASTOS
 - QUIÉN TOMA LA DECISIÓN
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
6. PRESENTE Y FUTURO DEL CSCOM:
- PROBLEMÁTICAS MÁS IMPORTANTES
 - SOLUCIONES
 - POSIBILIDADES DE CAMBIO
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES

GUIÓN 14: MIEMBROS DEL COMITÉ DE GESTIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ

- 1- IDENTIFICACIÓN:
- NOMBRE Y APELLIDO
 - SEXO/EDAD
 - BARRIO DE DRAMANÉ
 - POSICIÓN SOCIAL
 - FUNCIÓN EN EL COMITÉ
 - MIEMBRO DEL COMITÉ DESDE
- 2- PROCESO DE CREACIÓN DEL CSCOM:
- HISTORIA DE CREACIÓN DEL CSCOM
 - ADHESIÓN DE OTROS POBLADOS
 - ESTABLECIMIENTO DE LA COMPOSICIÓN DEL COMITÉ/DEL CONSEJO/DE LA ASAMBLEA
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
- 3- SITUACIÓN ACTUAL DEL COMITÉ:
- DE LA REALIZACIÓN DE LAS REUNIONES
 - PROBLEMÁTICAS MÁS IMPORTANTES
 - PROBLEMAS CON PERSONAL
 - PROBLEMAS CON LOS OTROS POBLADOS
 - RELACIONES CON EL CSREF
 - RELACIONES CON EL HOSPITAL REGIONAL
 - RELACIONES CON EL AYUNTAMIENTO
 - RELACIONES CON EL ESTADO
- 3- EN TORNO A LA FRECUENTACIÓN DEL CSCOM:
- EVOLUCIÓN DESDE SU NOMBRAMIENTO

- QUIENES ACUDEN-NO ACUDEN/RAZONES
 - ACEPTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN DCI
 - DE LA ACCESIBILIDAD FINANCIERA
 - QUIÉN HA FIJADO LOS PRECIOS
 - DE LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA
 - DE LA ACCESIBILIDAD CULTURAL
 - EXISTENCIA Y ROL DE RIVALIDAD ENTRE BARRIOS
 - EXISTENCIA Y ROL DE RIVALIDAD ENTRE CLASES SOCIALES
 - EXISTENCIA Y ROL DE RIVALIDAD ENTRE POBLADOS
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
4. DEL SALTO DE NIVEL:
- ¿SE PRODUCE EL FENOMENO DEL SALTO DE NIVEL?
 - ITINERARIOS TERAPÉUTICOS (INCLUIDO TRADITERAPEUTAS Y MARABUS)
 - ROL DE SOBOKOU
 - ROL DE GAKOURÁ
 - RAZONES DE TRATAMIENTO EN BAMAKO
 - QUIENES VAN A BAMAKO
 - QUIÉN PAGA LOS GASTOS
 - QUIÉN TOMA LA DECISIÓN
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
5. PRESENTE Y FUTURO DEL CSCOM:
- PROBLEMÁTICAS MÁS IMPORTANTES
 - SOLUCIONES
 - POSIBILIDADES DE CAMBIO
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES

GUIÓN 15: PERSONAS RECURSO RESIDENTES EN EL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ

1. IDENTIFICACIÓN:
- NOMBRE Y APELLIDO DEL KAGUMÉ
 - SEXO/EDAD
 - BARRIO DE DRAMANÉ
 - POSICIÓN SOCIAL
- 2- UTILIZACIÓN DEL CSCOM:
- ¿ACUDE SU FAMILIA?
 - ¿POR QUÉ?
 - DIFICULTADES
- 3- DEL SALTO DE NIVEL:
- ENFERMOS EN BAMAKO
 - POR QUÉ
 - QUIÉN DECIDE
 - QUIÉN PAGA
4. DATOS SOBRE EL CONDICIONES DE ACOGIDA EN BAMAKO:
- NOMBRE DEL ANFITRIÓN EN BAMAKO
 - POR QUÉ SE QUEDAN DONDE EL
 - PARENTESCO CON EL ANFITRIÓN

5. DATOS SOBRE INMIGRACIÓN:

- MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN FRANCIA
- MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN OTROS PAISES
- JÓVENES EN ESPERA DE EMIGRAR EN BAMAKO
- LUGAR DE ALOJAMIENTO DE DICHOS JOVENES

GUIÓN 16: LA ASOCIACIÓN DE MUJERES DE DRAMANÉ

1. IDENTIFICACIÓN:

- NOMBRE Y APELLIDO
- BARRIO
- SEXO/EDAD/ETNIA/POSICIÓN SOCIAL
- ESPOSA DE
- LUGAR DE RESIDENCIA DEL MARIDO
- SI INMIGRANTE, DESDE CUANDO EN FRANCIA
- NÚMERO DE COESPOSAS
- NÚMERO DE HIJOS

2- UTILIZACIÓN DEL CSCOM:

- ACUDE SU FAMILIA
- POR QUÉ
- DIFICULTADES
- POSIBLES RAZONES PARA NO ACUDIR

3- DEL ITINERARIO TERAPÉUTICO:

- CUANTAS VECES HA ESTADO EN BAMAKO PARA HACERSE TRATAR
- POR QUÉ
- SU COESPOSA HA ESTADO
- HAY ALGUIEN EN BAMAKO DE SU CASA
- DONDE SE ALOJA
- POR QUÉ

4- ROL DE LAS MUJERES EN LOS ÓRGANOS DEL CSCOM:

- PARTICIPAN LAS MUJERES EN EL COMITÉ Y/O CONSEJO DE GESTIÓN
- DESEO O NO DE PARTICIPAR MAS ACTIVAMENTE

5- FUTURO DEL CSCOM:

- PROPOSICIONES DE MEJORA

GUIÓN 17: INMIGRANTES PARIENTES DE LOS ENFERMOS ENTREVISTADOS EN BAMAKO

1. IDENTIFICACIÓN:

- NOMBRE Y APELLIDO
- SEXO/EDAD
- AÑO DE EMIGRACIÓN
- TIPO DE ALOJAMIENTO: RESIDENCIA O EN FAMILIA
- BARRIO EN DRAMANÉ
- POSICIÓN SOCIAL
- PARENTESCO CON EL ENFERMO

2. UTILIZACIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ:
 - ¿UTILIZAN SUS PARIENTES EL CSCOM??
 - ¿UTILIZA USTED MISMO EL CSCOM CUANDO VA AL POBLADO
 - RAZONES DE UTILIZACIÓN O NO
 - DIFICULTADES
3. ITINERARIO TERAPÉUTICO DEL PARIENTE ENFERMO:
 - ENFERMEDAD DE LA QUE SUFRE
 - DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD
 - DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO ANTES DE BAMAKO (INCLUIDOS TRADITERAPEUTAS Y MARABÚES)
 - QUIÉN HA TOMADO LA DECISIÓN
 - QUIÉN LE HA ACOMPAÑADO
 - QUIÉN HA PAGADO LOS GASTOS
 - RAZÓN DE IRSE A TRATARSE A BAMAKO
 - ES LA PRIMERA VEZ QUE HA IDO AA TRATARSE A BAMAKO
 - QUIÉN LE HA ACOMPAÑADO
 - QUIÉN HA REALIZADO LOS GASTOS EN BAMAKO
 - HAY OTRAS PERSONAS ENFERMAS EN BAMAKO
4. DATOS SOBRE EL CONDICIONES DE ACOGIDA EN BAMAKO:
 - NOMBRE DEL ANFITRIÓN EN BAMAKO
 - POR QUÉ SE QUEDA EL ENFERMO DONDE EL
 - LUGAR DE ALOJAMIENTO CUANDO VISITA BAMAKO
 - PARENTESCO CON EL ANFITRIÓN
5. DATOS SOBRE MIGRACIÓN:
 - MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN FRANCIA
 - MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN OTROS PAISES
 - JOVENES EN ESPERA DE EMIGRAR EN BAMAKO
 - LUGAR DE ALOJAMIENTO DE DICHOS JOVENES

GUIÓN 18: INMIGRANTES PARIENTES DE LOS ANFITRIONES ENTREVISTADOS EN BAMAKO

1. IDENTIFICACIÓN:
 - NOMBRE Y APELLIDO
 - SEXO/EDAD
 - AÑO DE EMIGRACIÓN
 - TIPO DE ALOJAMIENTO: RESIDENCIA O EN FAMILIA
 - BARRIO EN DRAMANÉ
 - POSICIÓN SOCIAL
 - PARENTESCO CON EL ENFERMO
2. UTILIZACIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ:
 - ¿UTILIZAN SUS PARIENTES EL CSCOM?
 - ¿UTILIZA USTED MISMO EL CSCOM CUANDO VA AL POBLADO
 - RAZONES DE UTILIZACIÓN O NO
 - ¿QUIÉN TOMA LA DECISIÓN DEL ITINERARIO TERAPÉUTICO A SEGUIR?

- ¿QUIÉN PAGA LOS GASTOS?
- DIFICULTADES
- 3. DATOS SOBRE EL CONDICIONES DE ACOGIDA EN BAMAKO:
 - NOMBRE DEL PARIENTE ANFITRIÓN EN BAMAKO
 - POR QUÉ SE QUEDAN LOS ENFERMOS DONDE EL
 - LUGAR DE ALOJAMIENTO CUANDO VISITA BAMAKO
 - PARENTESCO CON EL ANFITRIÓN
- 5. DATOS SOBRE INMIGRACIÓN:
 - MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN FRANCIA
 - MIEMBROS DE LA CASA EMIGRANTES EN OTROS PAISES
 - JOVENES EN ESPERA DE EMIGRAR EN BAMAKO
 - LUGAR DE ALOJAMIENTO DE DICHOS JOVENES

GUIÓN 19: MIEMBROS DEL COMITÉ DE GESTIÓN DEL CSCOM DE DRAMANÉ DE PASO POR PARÍS

- 1- IDENTIFICACIÓN:
 - NOMBRE Y APELLIDO
 - SEXO/EDAD
 - BARRIO DE DRAMANÉ
 - POSICIÓN SOCIAL
 - FUNCIÓN EN EL COMITÉ
 - MIEMBRO DEL COMITÉ DESDE
 - RAZONES DE SU ESTANCIA EN PARÍS
- 3- SITUACIÓN ACTUAL DEL COMITÉ:
 - DE LA REALIZACIÓN DE LAS REUNIONES
- 3- EN TORNO A LA FRECUENTACIÓN DEL CSCOM:
 - EVOLUCIÓN DESDE SU NOMBRAMIENTO
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
- 4. DEL SALTO DE NIVEL:
 - ¿SE PRODUCE EL FENOMENO DEL SALTO DE NIVEL?
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES
- 5. PRESENTE Y FUTURO DEL CSCOM:
 - PROBLEMÁTICAS MÁS IMPORTANTES
 - SOLUCIONES
 - POSIBILIDADES DE CAMBIO
 - ROL DE LOS PARIENTES INMIGRANTES

Anexo 3

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO 3.1.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS EN BAMAKO	
<i>TIPO</i>	<i>DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN</i>
INSTITUCIÓN PÚBLICA MALIENSE	+MINISTERIO DE LA SALUD (Consejería técnica, DNS-Dirección Nacional de la Salud, Dirección Regional de Bamako, Dirección Regional de la Acción Social de Bamako, INRSP, CSREF de Koulikoro, CSREF de Kangaba, CSCOM de Modibabougou) +MINISTERIO DE LA EDUCACIÓN +MINISTERIO DE LA ADMINISTRACIÓN TERRITORIAL +MINISTERIO DE LA ECONOMÍA (Dirección Nacional de la Estadística y de la Informática)
INSTITUCIÓN PRIVADA MALIENSE	+Observatorio de Lucha contra la Pobreza +FENASCOM-Federación Nacional de Asociaciones de Salud Comunitaria
INSTITUCIÓN EXTRANJERA	+PNUD +OMS +Misión Médica Cubana +ONG Hellen Keller International +Centro Cultural Francés +Centro Cultural Djoliba +Embajada de Francia (Servicios culturales)

ANEXO 3.2.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS EN KAYES	
<i>TIPO</i>	<i>DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN</i>
INSTITUCIÓN PÚBLICA MALIENSE	+MINISTERIO DE LA SALUD (Hospital Regional, DRS-Dirección Regional de la Salud, CSREF, DRAS-Dirección provincial de la Acción Social) +MINISTERIO DE LA ECONOMÍA (DRSI-Dirección Regional de la Estadística y de la Informática)
INSTITUCIÓN PRIVADA MALIENSE	+CCC-Centro de Consejos Comunales +ONG-GRDR
INSTITUCIÓN EXTRANJERA	+OMI-Oficina de Migraciones Internacionales +PADRK-Programa de Apoyo al Desarrollo de la Región de Kayes-Célula Migración y Desarrollo +Misión Médica Cubana de Kayes

ANEXO 3.3.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS EN EL ÁREA SANITARIA DE DRAMANÉ	
<i>TIPO</i>	<i>DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN</i>
INSTITUCIÓN PÚBLICA MALIENSE	+CSCOM-Centro de salud comunitario +Escuela pública de Makhalagaré +Ayuntamiento de Kemene Tambo
INSTITUCIÓN PRIVADA MALIENSE	+Archivos históricos tradicionales de Dramané
INSTITUCIÓN EXTRANJERA	+No existe ninguna institución extranjera asentada en el área en estudio.

ANEXO 3.4.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS EN PARÍS	
<i>TIPO</i>	<i>DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN</i>
INSTITUCIÓN PÚBLICA FRANCESA	+Biblioteca Nacional Francois Mitterrand.
INSTITUCIÓN PRIVADA FRANCESA	+Instituto Panos.
FONDO PRIVADO	+El propio de Mme Malgogne

