



CIEA7 #40:

PLURALISMO MEDICO: PERSPECTIVAS UTILITARIAS EN LA INTERACCIÓN
ENTRE MEDICINAS EN ÁFRICA.

Berta Mendiguren[©]

mendigurenberta@yahoo.es

El caleidoscopio del pluralismo médico en país soninké: actores, lógicas y utilidades de una práctica multiseccular

Desde que en 1698, el reino soninké de Gadiaga tuviera su primer contacto estable con la biomedicina a través de la instalación en terrenos de su capital (Makhana) del fuerte negrero de Saint Joseph dirigido por el cirujano Apollinaire, sus habitantes han tratado de dar respuesta a la enfermedad en el seno de un abanico plural de sistemas médicos en el que la biomedicina vino a insertarse en un contexto en el que la medicina popular de tradición africana-animista y la árabe- musulmana ya coexistían desde hacía siglos. Sistemas médicos que han continuado interactuando hasta la actualidad en un contexto global (trata, colonización, migraciones, políticas sanitarias, etc) que ha llevado a su evolución constante y permeabilidad mutua.

Actores sociales que realizan un uso combinado de dichos sistemas más allá de su eficacia terapéutica o accesibilidad. Actores soninké que construyen sus itinerarios terapéuticos en base a lógicas sociales y utilidades en las que lo político, lo religioso, lo social, las desigualdades de género, los agentes exteriores o el fenómeno migratorio han jugado y siguen jugando un rol clave.

Pluralismo Médico, Usos sociales, Soninké, Historia.

[©] SACUDA-ARDA-GEA.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo aborda varias de las ideas clave de la investigación-acción¹ que desde 1998 desarrollamos entre las poblaciones migrantes subsaharianas de mayor tradición migratoria hacia Francia, las de etnia soninké² que nos llevó a residir en el área sanitaria de Dramané (Malí) entre enero de 2002 y junio de 2004³ y a continuar nuestra investigación entre su diáspora hasta hoy en día. Una investigación-acción que nació a petición de las propias poblaciones migrantes soninké residentes en París y que fue respaldada por las autoridades sanitarias malienses, en concreto por el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INRSP)⁴. Su objetivo: llegar a comprender porqué las zonas de dicho país con mayor éxodo hacia Europa (los poblados de etnia soninké de la región de Kayes) resultaban ser aquellas en las que, si bien se contaba con un mayor número de centros de salud⁵, la utilización de los recursos biomédicos del sistema público así como de los medicamentos genéricos era inferior⁶. Paralelamente se asistía a un fenómeno de saturación de los servicios de urgencia de los Hospitales de la capital y de las clínicas y farmacias del sector privado así como a un reclamo y consumo creciente de medicamentos en especialidad. Sus protagonistas: los parientes de inmigrantes soninké residentes en Francia, y en especial las mujeres. Y todo ello en el seno de unos itinerarios plurales en los que la auto-atención, la medicina popular de tradición animista y la de tradición árabe-musulmana continuaban presentes, aunque de modo subalterno.

Es así que para la adecuada comprensión del caleidoscopio actual del pluralismo médico existente en Malí, y en especial en país soninké, resultó imprescindible el realizar previamente un análisis diacrónico de la historia de esta región, de este pueblo inmerso en un contexto ya globalizado desde la Antigüedad y abierto permanentemente a la incorporación de sistemas médicos, de sus actores y lógicas específicas. Un pasado que nos llevaría a comprender un presente en el que la hegemonía creciente de la biomedicina respondería en gran parte a los diversos usos sociales que de su proceso de

¹ Esta ha dado lugar a la tesis doctoral "Inmigración, medicalización y cambio social entre los soninké: el caso de Dramané (Malí)", la cual obtuvo el Premio Extraordinario de Doctorado 2006-2007 de la URV-Tarragona (España).

² En la bibliografía en español se utiliza el término saraholé, aún cuando en francés se use el de soninké. Optaremos por éste último al ser con el que autodenominan los miembros de dicha comunidad.

³ Dicha investigación es igualmente fruto de una nutrida experiencia como trabajadora social con inmigrantes subsaharianos iniciada en España en 1992, continuada en Francia desde 1996 y retomada como antropóloga a la vuelta de Mali en julio de 2004. Además se ha visto complementada por varias estancias de duración más corta en dicho país.

⁴ Bajo la dirección del Dr. Nianguiry Kanté.

⁵ En 1997, en el momento de diseñarse la actual política sanitaria, Kayes contaba con el 17, 93% de los centros del país. Tras Mopti, era la región con mayor número. CPS (1997) *Cartes sanitaires du Malí*. Bamako: documento interno.

⁶ En el año 2001, en el momento de preparar nuestra estancia Kayes contaba con la tasa nacional más baja: «un 9% y con tendencia a la baja», Coulibaly, S., Keita, M. (1993) *Les comptes nationaux au Malí*. Bamako: INRSP, p. 11.

institucionalización han podido ir haciendo los diferentes actores implicados. Unas utilidades que les estarían permitiendo el poder gestionar, más allá de su eficacia terapéutica, el “mal-estar social” derivado del fenómeno estructural de la migración ya secular de este pueblo hacia Europa. Pero *miremos al pasado para comprender el presente...*

TRAZOS DE HISTORIA ABRIENDO PASO A UN CRECIENTE CALEIDOSCOPIO DE SISTEMAS MÉDICOS (S. IV-1698)

Según la tradición histórica⁷, la etnia soninké, proveniente del Mediterráneo, fundó hacia el año 300 d.c. la primera entidad política de la Región del Alto Senegal-Níger: el Imperio de Wagadu. Su capital se situaba en Koumbi-Saleh (actual Mauritania), extendiéndose del Océano Atlántico hasta Tombuctú. 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. Koumbi-Saleh, carrefour de culturas y saberes - incluidos los relativos a la salud y la enfermedad-, fue un gran depósito de sal y oro cuyos habitantes se dedicaban al lucrativo comercio de esclavos.

Los bereberes, con el fin de acapararse de sus riquezas, comienzan su persecución en el **s. VIII** y en **1076**, la armada almorávide ocupa la capital pasando los principados dependientes de Wagadu a constituirse como pequeños reinos independientes. Posteriormente los almorávides deciden aliarse con el Imperio naciente de Malí y en **1240** el Imperio de Wagadu cae definitivamente en sus manos. Sus poblaciones, organizadas por clanes y linajes, deciden emigrar hacia el sur (incluida la zona aquí analizada), mezclándose con otros pueblos y fundando en ocasiones «*reinos autónomos como el del Gajaaga, Gidimaxa y más al este, los de Jafunu, Mema, Kingi y Giyune*»⁸. De ahí que desde el s. XI los soninké ocupen una banda de unos 800 km. «*entre Matam (Senegal) y Sokolo (Malí)*»⁹.

Uno de sus principales asentamientos coincide con los límites de la actual región de Kayes, al Oeste de Malí, en donde se sitúan los poblados de Dramané y Makhaná en donde se desarrolla nuestra investigación desde 1998. Los 3 poblados que componen a su vez Makhaná (Makhadougou, Makhalagaré y Toubaboukané) continúan siendo la sede del poder político del citado reino de Gajaaga o Gadiaga, ostentado por el clan guerrero «*Sempera-Bathily que dirigirá el país desde fines del siglo VIII*»¹⁰. Pero ¿qué respuesta daba esta sociedad al infortunio en el pasado?

⁷ Para un magnífico estudio de su historia: Bathily, A (1989) *Les portes de l'or: le royaume de Galam (Sénégal) de l'ère musulmane au temps des négriers (VIII-XVIII siècles)*, L'Harmattan.

⁸ Barou J. (1990:10) “Les soninké d’hier á demain” *Hommes & Migrations*, 1131:p. 9-12.

⁹ Fainzang, S., Journet, O (1988) *La femme de mon mari*. L'Harmattan, p.16.

¹⁰ Bathily, A. (1989) loc. cit. p. 11.

Pues bien, en dicho periodo, los soninké, como toda sociedad y en toda época histórica, habrían intentado dar respuesta a la salud y la enfermedad a través de la combinación de diferentes sistemas médicos. Según los testimonios recogidos-corroborados por las fuentes históricas consultadas- el más antiguo de los sistemas médicos presentes en la zona en estudio es el denominado por los soninké como **“el camino de las cabezas negras”** o **“imma mbinne nkille”**. Se trata de la que denominaremos como medicina **popular de tradición africana-animista** la cual emanaría del saber popular, habiéndose realizado su transmisión desde la antigüedad por vía oral.

Su lógica: una visión holística que buscaría la promoción global de la persona, en un sistema en donde la salud no es sólo individual sino que supone un equilibrio con la comunidad presente y con la de los difuntos. La enfermedad aparecería como consecuencia de la ruptura del orden social y cósmico, llevando como corolario la noción de culpabilidad del enfermo y su marginación.

Sus actores: el curandero o “jaaranda” que si se vale de la adivinación recibe la apelación de «*tuwana*», «hombre de saber» en soninké. Éste, identifica, explica y trata la enfermedad a partir de la cosmovisión de su sociedad, recurriendo a la adivinación a través de la geomancia (uso de cauris¹¹). Tras determinar el origen de la enfermedad, la clasifica y decide la modalidad terapéutica, basándose principalmente en la fitoterapia. Asimismo existirían otros especialistas subalternos como las matronas o los encargados de tratar todo tipo de roturas y traumatismos.

En todo caso, la presencia de dicho sistema médico no debe hacernos olvidar que el grupo primario habría sido (y continua siendo) el núcleo por el que pasan obligatoriamente todos los procesos de salud/enfermedad/atención, constituyendo la auto-atención un fenómeno estructural.

Nuevos actores llegarían posteriormente al reino de Gadiaga y con ellos su sistema médico. Se trata del clan de marabúes musulmanes Dramé Kandjí el cual se instaló en los terrenos ofrecidos por el clan reinante Bathily al este de su capital Makhaná, fundando el poblado de Dramané. Según Bathily «*un Dramé Kandjí habría solicitado ser el marabú oficial de la dinastía de los Bathily que reinaba en el país (...) Basándonos en la historia general del Gadiaga, la emergencia de esta ciudad se sitúa entre finales de s. XIII y principios del s. XIV*»¹². Cronología e historia que coincide con los testimonios recogidos in situ. Con ellos habría llegado a instalarse permanentemente el Islam, considerándose los pobladores de Dramané 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*» (E.H. Abdou Dramé).

¹¹ Los cauris o *Cypraea moneta*, servían en la época del Imperio de Wagadu de moneda.

¹² Bathily, A. loc. cit. p. 115.

Un Islam que conllevó el desarrollo creciente de un **sistema médico** emergente en la zona: el de tradición árabe-musulmana denominado por los soninké como “**el camino del Corán**” o “**Al Qorane nkille**”. Sistema médico de tradición árabe-musulmana, de carácter urbano y nacido en Oriente Medio que se habría transmitido tanto por vía oral como escrita, teniendo sus principales «centros transmisores» en universidades, escuelas coránicas, y medersas. **Sus representantes:** los marabúes o “*moodi*” que curan a través de versículos del Corán u otros textos del profeta, utilizando igualmente la fitoterapia. Los marabúes tienen otras funciones como las de mediadores familiares o políticos. **Su lógica** no excluye recurrir a los antepasados y a los genios, teniendo igualmente un carácter global e integrador por lo que habría sido fácilmente incorporada por los soninké al conjunto de posibles respuestas ante la enfermedad, engarzándose dinámicamente en el seno de su estructura social. Una cosmovisión en la que según el “*Islam, todo el mundo posee la enfermedad, de modo que el que la padezca en este mundo no la padecerá en el otro*”¹³. Un sistema a combinar con el pre-existente de tradición animista así como con la auto-atención.

Asimismo señalar cómo según los testimonios recogidos, el carácter viajero de este pueblo habría favorecido continuos intercambios, a través de la citada ruta trans-sahariana, con los grandes centros del saber musulmán de la época como habrían sido las Universidades de Tombuctú y Djenné o la ciudad santa soninké de Dia. Unos centros en los que se tenía acceso a los conocimientos científicos de la época en árabe, que estarían a la base de la biomedicina tal y como la conocemos hoy. Es el caso de los escritos del cordobés Averroes, incluida su síntesis de conocimientos médicos¹⁴.

Pero ni los pueblos situados a orillas del Senegal, ni el reino soninké del Gadiaga, ni los poblados del área en estudio habrían evolucionado únicamente dentro del espacio subsahariano o árabe-musulmán, sino que se habrían visto afectados igualmente y sido parte de los cambios habidos a nivel mundial **a partir del s. XV** con el desarrollo de nuevas rutas comerciales (la transatlántica) y la presencia creciente de unos **nuevos actores: los europeos**. De hecho, Makhaná y Dramané constituyen un lugar estratégico a nivel geográfico y comercial desde la Antigüedad habiendo determinado su emplazamiento el rol capital que jugarán en el comercio triangular así como en la posterior penetración militar (y colonización) francesa al interior del África subsahariana.

Es así que la instalación de los portugueses en la costa senegalesa de Arguin a partir de **1445** supuso el comienzo del fin de una época: la de la primacía de las rutas comerciales continentales a las que se dedicaban desde antiguo los soninké. Sin embargo estos

¹³ Barges, A. (1996: 286) “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.

¹⁴ Recordemos que Averroes procedió a una síntesis de los conocimientos médicos existentes en su época cuya traducción latina, el Colliget, fue hasta el s. XVIII referencia clave de las facultades de Medicina del Norte de Europa.

supieron adaptarse a la nueva situación girando su mirada hacia la costa, entrando así a formar parte del comercio triangular a través del suministro de esclavos a los europeos. Un suministro acentuado con la creación en **1659** del *comptoir* permanente de Saint Louis de Senegal por los franceses que supuso la confirmación del desarrollo creciente de la trata. Además los soninké pusieron a trabajar a sus propios esclavos en la producción de mijo y arroz con el fin de venderlos a los franceses para la alimentación de los esclavos que estos atesoraban sobre la costa en espera de su embarque hacia América. Intercambios comerciales en los que se producía igualmente un incipiente conocimiento mutuo de saberes y prácticas, incluidas las sanitarias.

Y CON LAS CABEZAS BLANCAS VINO A INSTALARSE SU SISTEMA MÉDICO... (1698-1960)

Sin embargo no será hasta **1687** que se produce la primera incursión europea en la zona en estudio, siendo la región de Kayes la puerta de entrada de exploradores ingleses y alemanes (Houghton, Mungo Park, Gordon Laing,...) hacia el interior del continente. Tras ellos llegaron los franceses en busca de goma arábiga, oro, caucho, sal, cacahuetes, cereales, algodón y por supuesto, esclavos.

Es así que las fuentes históricas señalan que el **1 de septiembre de 1698**, Brue, director de la Compañía francesa de Senegal, llegó a Dramané «*localidad poblada por comerciantes soninké que profesan el Islam como el rey de Gadiaga*»¹⁵. Éste fundó en el mismo año en Makhalagaré el primer fuerte construido por los franceses en el antiguo Sudán francés, el fuerte Saint Joseph, que los soninké rebautizaron como Toubaboukane o «escala de los europeos». Dicha instalación tenía como objetivo el controlar y mejorar el rendimiento comercial esclavista hasta entonces liderado por los soninké: “*Moderado hasta fines del siglo XVII , es sólo en el siglo XVIII con la instalación de los franceses en el Fuerte Saint Joseph en Galam que la trata se volverá más productiva y lucrativa*”¹⁶ Así Makhana y Dramané se convertirán en una pieza clave del tráfico de esclavos, 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*»¹⁷.

Pero para que la triste mercancía humana de los esclavos tuviera mayor posibilidad de supervivencia en espera de ser enviada hacia la costa, Brue tomó la decisión de poner al frente del citado fuerte Saint Joseph desde el momento de su apertura a un cirujano, el monje Apollinaire, siendo éste probablemente la primera presencia estable en la región de

¹⁵ Delafosse, M. (1912:384) *Haut-Sénégal-Niger:Le pays, les peuples, les langues*. Paris: Maisonneuve & Larose.

¹⁶ Haidara, A. H. (2004) *Saint-Louis du Senegal d'hier á aujourd'hui*. Brinon: Ed Grandvaux.

¹⁷ Adams, A. (1977: 218) *Le long voyage des gens du fleuve*. Paris: Maspero.

los **especialistas del sistema biomédico** y por ende del conjunto de sus saberes y prácticas. Sus conocimientos médicos estaban igualmente al servicio de la aún reducida población europea residente o de tránsito en el Gadiaga.

Se inicia así una etapa de progresiva instalación francesa, acentuada a partir de la segunda mitad del s. XIX debido a la política expansiva Toucouleur, 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, y a 85 de Dramané y Makhana con el fin de proteger la zona. La expansión colonial se acelera a partir de 1876 y en 1880 las colonias adquieren su estatus definitivo con Gallieni. Se constituye así el territorio militar del Alto Senegal Níger instalándose la primera capital del Sudan Francés en Kayes. En 1895 nace la AOF y en 1904 se fijan los límites administrativos de la colonia, dando paso a una nueva época en la que Bamako pasa a ejercer la capitalidad desde 1908, elección derivada del desarrollo de la línea ferroviaria Dakar-Bamako. Asimismo los franceses transformaron los reinos tradicionales como el del Gadiaga en cantones y dividieron estos en distritos. Ambidedi situado a 16 km, y no Dramané o Makhana, fue elegido como sede del cantón. La razón expresada: el paso por dicho poblado de la citada línea ferroviaria. La razón estratégica: desequilibrar el reparto tradicional de poderes en el Gadiaga.

Pero la presencia estable de los actores europeos en la fase colonial conllevó igualmente una nueva organización sanitaria que llevará a un desarrollo creciente del **sistema biomédico** en la zona, eso sí “**reservado**” a tropas, colonos y misioneros. Entre la población local, únicamente tenían acceso aquellos “privilegiados” que realizaban “trabajos forzados”. Las autoridades sanitarias coloniales se limitaban a prevenir epidemias que pudieran afectar a los metropolitanos o a la mano de obra local, con medidas sanitarias contra la peste, la fiebre amarilla o el tifus, siendo la atención gratuita. Unos actores que habrían traído igualmente nuevas enfermedades como la tuberculosis, la neumonía bacilar, o la peste que en 1914 devastó la colonia como lo hiciera la viruela entre los s. XVI-XVIII .

Paralelamente los colonos, gracias a la contribución “forzada” de la mano de obra local comenzaron a construir hospitales, dispensarios y enfermerías. El fin de la trata había traído consigo el abandono del fuerte de Saint Joseph y con ello su rol como centro de saber biomédico. Al haber elegido Ambidedi como sede del cantón, los franceses construyeron un puesto de salud en dicho poblado a pesar de su menor población frente a Dramané o Makhana. De su lado, Kayes, al ser la primera capital del Sudan francés, se benefició del primer Hospital del nuevo territorio que, construido en 1883, es en la actualidad el Hospital

Regional¹⁸. El inicio del s. XX trajo asimismo consigo avances clave que favorecerían la implantación (y aceptación) creciente de la biomedicina, especialmente a partir del descubrimiento de la penicilina en 1897 que vino a visualizar su eficacia terapéutica.

Ahora bien los colonos, conscientes de haber llegado a tierra conquistada por el camino de las cabezas negras y el del Corán, comenzaron a tratar de incorporar al sistema biomédico a sus representantes más subalternos, las matronas tradicionales, incluidas las del área en estudio. Estas, tras un periodo de formación de 6 meses pasaban a actuar como vectores de la biomedicina a través de su labor en los puestos de salud, en nuestro caso el de Ambidedi. Incorporación en todo caso realizada desde una posición hegemónica y utilitaria del saber biomédico que habría despreciado dichos saberes ancestrales y en la que «*la medicina institucional, fruto de la historia colonial (...) fue rápidamente desvalorizadora y defensiva*». De su lado, el interés creciente por la biomedicina mostrado por los escasos “*dogotorow*”¹⁹ “africanos habría sido un modo de adquirir saber, poder y prestigio. Sin embargo, no se tiene conocimiento de que lograran incorporar a curanderos y marabúes quienes eran quienes realmente ejercían el poder sobre las poblaciones. Mientras, éstas habrían continuado dando preeminencia a sus propios “caminos”, aunque no por mucho tiempo...

NUEVOS ACTORES PARA UNA CRECIENTE PRESENCIA DEL SISTEMA BIOMÉDICO: ESTADO, INSTITUCIONES DE BRETON WOODS Y AGENTES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL (1960-s. XXI)

El 22 de septiembre de 1960, la República sudanesa declara su independencia del poder colonial francés y adopta el nombre de República de Malí. Es así que un **nuevo actor** entra en juego a la hora de organizar la respuesta ante la salud y la enfermedad: el **Estado maliense**. Un actor que liga irremediabilmente el destino de los sistemas médicos en el Gadiaga con el del resto del nuevo país, en un proceso en el que la ruptura con la metrópoli no supuso una ruptura con su sistema médico sino que como veremos más bien un camino, no siempre llano, hacia su implementación creciente.

Es así que tras la independencia²⁰, los diferentes gobiernos socialistas o capitalistas apoyaron la institucionalización de la biomedicina frente a los sistemas popular y tradicional,

¹⁸ Esta construcción tuvo lugar que 61 años después de la del 1er Hospital del territorio francés: el de Saint Louis.

¹⁹ 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”*».

²⁰ En 1960, en el momento de la independencia existían 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 Endemias y 1 centro de formación de auxiliares médicos. A nivel de personal contaba con 48 médicos autóctonos, 577 IPC- enfermeros de 1er ciclo, 90 IDE- enfermeros de 2do ciclo, 58 matronas y 3 farmacéuticos. MSPAS (1964) 1^o Séminaire de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Bamako: Documento interno.

encontrando un aliado privilegiado en un Estado independiente, en progresiva democratización y descentralización.

Ya el régimen socialista de Modibo Keita (1960-1968) apostó por una medicina de masas de carácter gratuito creando en **1960** el Ministerio de la Salud y un año más tarde el 1er Plan Quinquenal de Desarrollo 1961-1965 centrado en el desarrollo de un incipiente sistema público de salud, aunque sensible tanto a la realidad social como a las directivas de la OUA que ya en 1965 pronaba la utilización oficial de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud.

La dictadura del General Moussa Traore (1968-1990) no trajo grandes cambios a este nivel, insertando de lleno el país, y con ello la zona en estudio, en el seno de la **agenda global en salud** de la época, liderada por la **OMS**. Es así que en 1978 Malí adopta la lógica de la Atención Primaria de Alma Ata 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, como en la época colonial, en la participación obligatoria de la población a la construcción del puesto de salud así como en 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. Además y como ocurriera antes de la Independencia, en la mayoría de los casos se trataba de especialistas pertenecientes al sistema médico popular de tradición animista que eran “reciclados” por su supuesta impronta en la comunidad, aunque en las zonas fuertemente islamizadas como Dramané ya habían sido delegados a una posición subalterna desde hacia siglos por los marabúes

Dicha incorporación no era ajena tampoco a las preocupaciones de la OMS desde la década de los 60', habiendo participando activamente Malí en su Programa de Medicina Tradicional²¹. Camino reforzado en 1978 con la adopción de la ya citada declaración de Alma Ata que recomienda la inclusión de los sistemas popular y tradicional en las políticas farmacéuticas nacionales. Es así que el estado maliense habría apoyado desde 1974 la constitución en el país de numerosas asociaciones de terapeutas tradicionales²², aunque en país soninké no encontrara adhesiones.

Sin embargo **dos nuevos actores globales** entran en juego poniendo en riesgo el desarrollo del sistema biomédico: el Fondo Monetario Internacional (**FMI**) y el Banco Mundial (**BM**). Es así que si bien Malí tuvo que aplicar un 1er Plan de Ajuste Estructural (PAE) en 1967, en época del aún entonces presidente Modibo Keita, es durante la dictadura de

²¹ 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)

²² Keita, A. y Dombia, O. (1990) *La médecine traditionnelle*. Bamako: Centre Djoliba.

Moussa Traore, en **1982**, que la adopción de un nuevo PAE impuesto por el FMI pone definitivamente fin a la gratuidad del sistema público biomédico. Asimismo trajo consigo una reducción el volumen de gasto asignado al sector salud. Al mismo tiempo Malí recibió una ayuda del BM para reformar su sistema sanitario estableciendo como condición un aumento de la participación comunitaria traducida en el pago por parte de la población de al menos el 50% del coste del sistema. Además fuerza al Estado a suspender el pago de los salarios de los funcionarios, incluidos los sanitarios, provocando el «*abandono o muerte de las formaciones sanitarias existentes*»²³ El sistema biomédico pasaría así por una época de debilidad, compensada por la mirada hacia los “otros caminos”.

Sin embargo la catastrófica situación sanitaria del país lleva al Estado maliense, con la **ayuda de otros actores de la cooperación internacional** (tanto multilateral como bilateral), a definir un nuevo marco para la respuesta institucional ante la enfermedad, adoptando en **1990** 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 hasta la actualidad.

Un marco que se mantendrá a pesar de los cambios políticos habidos desde 1991 que han llevado al país a una progresiva democratización y descentralización. Tras el golpe de Estado de 1991 a mano de Amadou Toumani Touré (ATT), se autoriza el multipartidismo y se organizan las primeras elecciones verdaderamente libres del país. Tras 2 mandatos (1992 y 1997) el antropólogo y profesor de la región de Kayes, Alpha Oumar Konaré, cede el poder al citado ATT que es reelegido presidente en el año 2007 tras una primera victoria en 2002. Konaré adopta dicha Declaración y con el apoyo de la cooperación bilateral (liderada por Francia) y multilateral (en especial BM y Sistema de NNUU) pone en marcha el Proyecto Salud, Población e Hidráulica Rural (PSPHR) que avanzaría en la línea de presencia creciente del sistema biomédico por todo el país.

Es así que en **1994** se legislan por primera vez las condiciones de creación y gestión de los Servicios Socio-sanitarios provinciales, municipales y de los Centros de salud comunitarios (CSCOM)²⁴. Ese mismo año, el gobierno maliense decide analizar su viabilidad tanto en medio rural como urbano, mediante la puesta en marcha de centros de salud piloto. Tres son los centros de salud elegidos en la Región de Kayes, una de las 3 regiones-test del PSPHR: los de Kayes N'di y Kayes Khaso situados en dicha ciudad y uno emplazado en medio rural, el de Dramané-Makhaná.

Tras la fase piloto, el PSPHR dio paso en 1998 al Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y Social - PDDSS I (1998-2007) cuya evaluación viene de ser terminada en 2009

²³ Kanté, N. et al. (1999:5)“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”. *Health System and social development: an alternative paradigm in Health Systems Research. Maastrich*. Bamako: INRSP

²⁴ Arrêté Interministériel n°4-5092.

encontrándose el país en la actualidad en plena elaboración de un nuevo Plan, el PDDSS II (2012-2021).

El citado PDDSS-I se centró de nuevo en el desarrollo creciente del sistema biomédico aunque integraba de modo expreso en su Programa de Desarrollo, conocido como PRODESS 1998-2007, a los restantes sistemas médicos, eso sí desde una posición aún subalterna y utilitaria. Este incluyó la apertura de establecimientos especializados en Medicina Tradicional así como la valorización de las prácticas no dañinas y eficaces²⁵. Además continuó apoyando al Departamento de Medicina Tradicional del ya citado INRSP, centro colaborador de la OMS reconocido por la Unión Africana. En él se continúa realizando «*la explotación industrial de plantas medicinales 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*»²⁶. Dicho departamento cuenta con una delegación en Bandiagara, en país dogón, etnia con una larga tradición de traditerapeutas de fama internacional gracias a las investigaciones del antropólogo Marcel Griaule, en un intento de incorporar sus saberes al sistema biomédico de un modo contextualizado. Asimismo los medicamentos tradicionales mejorados (MTA), producidos en el Departamento de Medicina Tradicional del INRSP forman parte de la lista nacional de medicamentos esenciales y en especial el *Hepatisane* (anti-hepatitis), el *Malarial* (anti-palúdico), el *Balimbo* (anti-tusivo) y el *Cacia Laxa* (anti-diarreico).

Un ejemplo de colaboración entre el sistema biomédico público con especialistas de los restantes sistemas médicos la tenemos en el caso de Mamadala Tirera, traditerapeuta de Dramané, cuyo padre fue un marabú conocido en toda la sub-región. Mamadala, instalado en Bamako desde 1949, es un apreciado especialista en fracturas. Es tal su fama que, a pesar de no pertenecer a ninguna asociación de traditerapeutas, el Hospital Traumatológico Nacional de Kati-Bamako, le redirige pacientes a los que la biomedicina no ha sabido dar respuesta. De su lado él participa de la posibilidad de complementar sus conocimientos empíricos con formaciones biomédicas. En todo caso se trataría de un enfoque, el de las actuales políticas sanitarias, en las que si bien aún desde una posición subalterna, se comienzan a dar **incipientes pasos** a la hora de tomar en consideración el **rol central y la eficacia terapéutica de los restantes sistemas médicos**.

Ahora bien, más allá de la respuesta organizada por las autoridades, ¿cual es el respuesta concreta de sus poblaciones? ¿cual o cuales son los sistemas médicos que

²⁵ MSSPA-CNP (1997:15) *Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social: 1998-2007*. Bamako: Documento interno.

²⁶ OMS/TRM/98.1 (2000: 5) *Situación reglamentaria de los medicamentos herbarios. Una reseña mundial*. Ginebra.

conforman sus itinerarios terapéuticos? ¿cuales sus actores, lógicas y utilidades, en especial en país soninké ?.

LA SITUACIÓN ACTUAL: UN PLURALISMO MÉDICO CON DIFERENTES CARAS SEGÚN LOS ACTORES

Pues bien, nuestra investigación directamente sobre el terreno vendría a mostrarnos cómo en la actualidad, y a pesar del creciente desarrollo del sistema biomédico, la población trata de dar respuesta a la enfermedad a través de itinerarios terapéuticos que si bien diversos, expresan un claro ejercicio de pluralismo que varía según los contextos, y con características propias en país soninké.

De un lado, y más allá del fenómeno estructural de la auto-atención, **a nivel nacional**, el sistema médico popular de tradición animista continúa siendo el primer recurso, especialmente en torno al cuadro de enfermedades más habitual: salud materno-infantil, paludismo, Infecciones respiratorias agudas (IRAs), diarreas y/o traumatología. De otro, en aquellas zonas con una presencia más antigua del Islam, como puede ser la región de Tombuctú, *el camino del Corán* es hegemónico especialmente en caso de dolores menores (de cabeza, estómago o muelas) o procesos febriles (paludismo, neumonía). De su lado, el camino público” de las cabezas blancas”, presente en todo el país especialmente en contextos urbanos, es empleado por las poblaciones en función de su accesibilidad no sólo geográfica y cultural, sino en especial financiera. A este respecto no habría que olvidar que nos encontramos en el quinto país más pobre del mundo según el Índice de Desarrollo Humano 2009²⁷ y que mientras en el caso del sistema biomédico los actos de sus especialistas han de ser pagado en moneda y al momento, en el caso de curanderos y marabúes es posible su pago diferido y/o en forma de ofrenda «*cuya naturaleza y montante no son negociados de antemano y aún menos fijados de forma convencional, pero que sí que dependen de la reputación y del estado de fortuna del paciente*»²⁸. Su concreción: cereales, una gallina, una cabra...

Sin embargo, **otra es la situación en la Región de Kayes** aquí en estudio, asemejándose los itinerarios terapéuticos de una buena parte de su población, en especial la de etnia soninké, al de las élites del país (funcionarios, grandes comerciantes y expatriados) quienes dan prioridad al sistema biomédico, y en especial al sector privado (clínicas y farmacias) así como al empleo de medicamentos en especialidad. En ocasiones incluso se desplazan a Dakar ver Francia para hacerse tratar aunque ello no quita para que

²⁷ PNUD (2009) Informe sobre desarrollo humano 2009: Superando barreras. New York: UNDP.

²⁸ Daum, C. (1995:191) *Contribution des immigrés au développement du pays: le cas des Maliens de France*. OCDE.

complementen sus itinerarios con curanderos y/o marabúes.

Con el fin de dar respuesta a dichos itinerarios, que dan primacía al camino de las cabezas blancas, el sector privado de la biomedicina, tanto clínicas como farmacias, han vivido un auge sin parangón en el país, siendo Kayes tras Bamako, la ciudad con más estructuras biomédicas del país, tanto públicas como privadas. Además, a demanda de la población, Kayes cuenta con el único servicio hospitalario de lujo del país (habitaciones individuales con televisión y aire acondicionado) situado en el ya citado Hospital Regional. Filia por “el camino de las cabezas blancas” que no sólo encuentra expresión en el medio urbano, sino que se desarrolla con fuerza inesperada en las zonas rurales de mayoría soninké, gracias al apoyo recibido de **dos nuevos actores: Ongs e inmigrantes**.

Si nuestro recorrido histórico nos ha mostrado a la región de Kayes como la puerta de entrada en el pasado de “las cabezas blancas y su camino”, este hecho habría continuado siendo una realidad tras la Independencia. No sólo las autoridades han elegido la región para experimentar políticas sanitarias, sino que se trata igualmente de la zona elegida por la cooperación internacional, en especial de la francesa y la italiana. Es así que la multiplicidad de ONGs presentes en la región se habría traducido en la construcción de numerosos centros de salud, su gestión directa, la remarcable presencia de personal expatriado y/o numerosas donaciones de tecnología y medicamentos.

Sin embargo, el actor más característico de esta región en la expansión del *camino de las cabezas blancas*, y diferencial respecto a otras zonas— aunque hasta fechas recientes olvidado— son los propios **inmigrantes**, en contacto ellos mismos en sus contextos de acogida con las expresiones más avanzadas de la biomedicina: la de la asistencia hospitalaria de las grandes urbes occidentales.

No hemos olvidar cómo la colonización marginalizó esta región de los circuitos comerciales que anteriormente dominaba, y la emancipación de los esclavos empobreció las familias nobles. Éstas tuvieron que ponerse a trabajar en la agricultura y a buscar en la migración²⁹ un complemento con el que pagar el impuesto de capitalización establecido por la metrópoli. Migrar acabaría siendo su actividad económica principal hasta llegar a la situación actual en la que tras un siglo migrando hacia Francia, se ha convertido en un fenómeno estructural que «*organiza el conjunto de la vida social soninké. Nobles, cautivos, jóvenes y viejos, hombres y mujeres encuentran su interés*»³⁰.

En la actualidad la **intervención de los inmigrantes** en los itinerarios terapéuticos de sus parientes en origen es múltiple: individualmente costean los gastos de salud de su red familiar y deciden sus itinerarios optando por la biomedicina. De otro y bajo una forma

²⁹ Primero hacia la costa senegalesa teniéndose constancia de la presencia de un príncipe de Makhaná trabajando como marinerero en 1796. Durante la época de expansión agrícola se desplazarán a las plantaciones de cacahuetes.

³⁰ Lavigne, P. (1991: 37) *La rizière et la valisel*. Paris: Syros Alternatives.

colectiva, financian desde los años 70' campañas de vacunación, realizan donaciones de medicamentos y/o costean la construcción y mantenimiento de dispensarios en sus poblados, a través de lo que ha venido en llamar co-desarrollo y que responde a prácticas seculares de solidaridad actualizadas en nuevos contextos y “forzadas” por los límites impuestos por las citadas políticas sanitarias que como hemos visto exigen a la población el costear con dinero y mano de obra el desarrollo biomédico. Así, el 1er centro financiado por los inmigrantes, se encuentra en la región de Kayes y data de 1976 siendo “*el año medio de realización en 1987*”³¹. Unos centros, acogidos o no a la política estatal en función de los intereses de los diferentes actores sociales implicados: población, inmigrantes y ayuda exterior³².

En el caso que aquí nos ocupa, el del **área sanitaria de Dramané**, el centro de salud no ve luz hasta **1992**. Tras la Independencia, las autoridades centrales optaron priorizar al desarrollo de dispensarios en los cantones, en nuestro caso Ambidedi. Ante el rechazo, o en todo caso no respuesta ni implicación estatal para su instalación en Dramané o Makhaná, sus poblaciones acabaron poniendo su mirada en sus parientes residentes en Francia desde hacia décadas. Sin embargo no es hasta el citado año que los migrantes consiguen ponerse de acuerdo³³ y reunir el dinero necesario para levantar una primera maternidad y dispensario en arcilla, recayendo la mano de obra en el poblado. En el momento de su apertura se contrató un enfermero y una matrona, para cuya búsqueda esta vez sí que contaron con la ayuda de las autoridades regionales sanitarias.

Y es así que llegamos a **1994**, año en el que como ya señaláramos, Dramané y Makhaná se presentan voluntarios para testar la nueva política sanitaria estatal. Dicha adhesión permitió la construcción de un nuevo dispensario, esta vez de cemento, una maternidad y un depósito de medicamentos genéricos. Los antiguos locales fueron destinados a vivienda del personal sanitario. El Estado corrió a cargo de la ingeniería civil y aportó la primera dotación de medicamentos genéricos y vacunas con apoyo de UNICEF. Asimismo se comprometió a asumir la formación continua del personal. Los salarios y costes de mantenimiento del centro serían pagados por la población, es decir, por los inmigrantes. Estos optaron en 1996 por contratar a un médico, aún cuando la política sanitaria prevé que un enfermero. A fecha de julio de 2010, y desde el 2004, el puesto es de nuevo ocupado por un enfermero al ser su coste menor que el de un médico. Conforme a la legislación, en el centro sólo se venden genéricos aun cuando a menudo los inmigrantes aportan

³¹ Daum, C. (1995). loc. cit. p. 25.

³² Sobre el impacto, no siempre positivo de las Ongs y del codesarrollo, consultar MENDIGUREN, B. (2008) “Los efectos indeseables del trabajo social con población emigrante”, Revista Desarrollo y Cooperación nº19, IUDC-UCM.

³³ Presentes en Francia desde la entreguerra, los habitantes de Dramané y Makhaná habrían financiado en primer lugar la construcción de la gran mezquita en 1972 y tras ello una cooperativa agroalimentaria y la escuela franco-árabe.

especialidades que son revendidas a precio de su equivalente en DCI.

El centro ha sido ampliado en agosto de 2006 con un segundo bloque de hospitalización. Su financiación ha corrido a cargo de los migrantes que, aunque no contaban con el acuerdo de las autoridades, estimaban inconcebible “para el Islam” el hospitalizar hombres y mujeres en un mismo bloque. Si bien el personal sanitario reclama desde 1996 la construcción de un laboratorio, éste aún no ha sido realizado. Mientras, la población, incluida la diáspora, insiste en la necesidad de un ecógrafo y un aparato de rayos X “*para poder hacernos muchas fotos durante el embarazo*” y “*mejor todavía un scanner como en París*”. Los migrantes se encuentran a fecha de escribir el presente artículo a la búsqueda de un posible donante, y algunas ONGs francesas están valorando dicha posibilidad como ya hicieran en el poblado cercano de Gakourá, cuyo centro, situado a 16 km cuenta con un ecógrafo y rayos X. Mientras, las autoridades sanitarias mantienen su oposición al considerarlo inadecuado para un área de menos de 10.000 habitantes y aún sin electrificar.

Sin embargo, como ya dijéramos en la Introducción, la población de Dramané y Makhaná, y en especial sus mujeres, realiza en la actualidad un uso limitado de su centro de salud que no se traduce en un empleo alternativo y hegemónico de los restantes sistemas, sino más bien en un viaje hacia “rostros más avanzados de la biomedicina”: los de Gakourá, Kayes y mejor todavía: Bamako o París. Y ello que el centro de Dramané cumple con los requisitos de la legislación sanitaria.

Paralelamente, ***el camino de las cabezas negras***, continúa ocupando una posición subalterna en la zona habiendo sido relegado al tratamiento de ciertas afecciones: principalmente roturas, dermatitis e infertilidad. Un número limitado de clanes (Sacko, Tirera, Gakou) sigue ejerciendo el rol de curanderos, incluso en la diáspora, aunque predominan sus funciones sociales sobre las terapéuticas. De su lado el número de parteras, pertenecientes tradicionalmente a linajes artesanos de herreros (Toukara, Greu), habría disminuido, y en caso de migrar hacia Francia dejan de ejercer, haciendo uso ellas mismas de los servicios de protección sanitaria materno-infantil de la sociedad de acogida.

En cuanto al **sistema de tradición árabe-musulmán** habría acabado ocupando igualmente una posición secundaria frente a la biomedicina y ello que Dramané, centro musulmán de gran reputación y capital religiosa del Gadiaga, cuenta con numerosas medersas y marabúes de prestigio internacional entre los clanes nobles Dramé, Sawané, Yatabaré y Tirera. Sin embargo, sus servicios como terapeutas han quedado relegados a un segundo plano manteniendo, como los curanderos, sus funciones políticas y religiosas. E incluso fue el marabú más importante de la región, El Hadj Almamy Dramé, quién en 1994 lideró la institucionalización del centro de salud de Dramané. .

Esta es la foto del caleidoscópico pluralismo médico existente en país soninké a inicios del s. XXI y a cuya comprensión nos hemos dedicado desde 1998. Una foto que saca a la luz numerosos interrogantes y desajustes. Es así que podemos cuestionarnos junto a las autoridades sanitarias, porqué dicha hegemonía del camino de las cabezas blancas, si el de las cabezas negras y el del Corán se encuentran igualmente accesibles en la zona en estudio, *¿responde ésta, así como dicho salto de nivel, únicamente a razones de eficacia terapéutica?. ¿Porqué un eminente marabú lidera un proceso de institucionalización de un sistema que puede venir a drenar su clientela y con ello su poder?* Si el centro de salud de Dramané cumple los requisitos sanitarios para un centro de su nivel *¿porqué dicho salto si su coste financiero es altísimo? ¿Porqué son los propios inmigrantes quienes lo incitan y costean a pesar de ser quienes financian el centro? ¿Porqué son principalmente mujeres sus protagonistas? ¿Porqué cuando éstas van a tratarse a la capital por una afección de 1er nivel (IRAs, dolores menstruales, etc...) se quedan meses e incluso años?....* Pues bien, esta vez la respuesta la encontramos investigando los **paraqués** de la elección preferente de la biomedicina, ahondando en las **utilidades diferenciales** de los diferentes actores implicados.

DE LAS MÚLTIPLES UTILIDADES SONINKÉ DE LA BIOMEDICINA, EN UN CONTEXTO DE PLURALISMO MÉDICO

Es así que nuestra investigación, entre África y Europa, ha venido igualmente a demostrar que tanto la institucionalización de la biomedicina en país soninké como su uso hegemónico en los itinerarios concretos de sus poblaciones han sido, y son posibles, gracias a una confluencia de intereses y utilidades que van más allá de su eficacia terapéutica y/o accesibilidad.

En lo que se refiere al **proceso de institucionalización de la biomedicina en Dramané y Makhaná**³⁴, materializado en 1994 y liderado por el citado marabú, sus intereses y utilidades se sitúan a varios niveles. De un lado, hay que tener en cuenta que dichos poblados, a través de su adhesión y protagonismo en la política sanitaria nacional, buscaban no sólo mejorar las condiciones de su dispensario (que lo hubieran podido hacer únicamente con el apoyo de los inmigrantes) sino que se trataba al mismo tiempo de una **estrategia política** para recuperar parte del **poder** perdido en el Gadiaga con el ya citado establecimiento de la capital cantonal en Ambidedi.

De otro, trataban **recuperar poder** frente a otros **reinos soninké rivales como el de Guidimakhá**, cuya capital, Gakourá, situada a 16 km, había ganado un protagonismo

³⁴ Para mayor detalle consultar Mendiguren, B. (2007) Revista Studia Africa nº 17 titulado "La institucionalización de la biomedicina y las jerarquías locales entre los soninké de Malí"

creciente en la sub-región con la apertura en 1989 del citado centro de salud. Como bien testimoniara El Hadji Almami Dramé, *“Dramané no podía ser menos que Gakourá, nosotros también somos capaces de tener un centro. Siempre hemos sido más importantes que ellos, somos los grandes marabúes de Dramané y los reyes de Gadiaga juntos. La migración no va a cambiar eso, no, nunca”*.

Un centro de salud, el de Gakourá, que no hemos de olvidar viene drenando clientela al de Dramané (como a otros muchos centros de la zona e incluso de Mauritania y Senegal) debido a que cuenta con los ansiados iconos de la biomedicina: tecnología y medicamentos en especialidad. Unos iconos con los que por el hecho de adherir a la política sanitaria, Dramané no ha podido contar. Un drenaje que no sólo afecta a la biomedicina sino que “aprovechando” el desplazamiento hasta Gakourá, algunos pacientes, consultan con los marabúes rivales de Gakourá restando clientela a Dramané.. Además este poblado, de apenas 3.500 habitantes, cuenta con otro **factor simbólicamente atractivo**: la presencia de las mismísimas “cabezas blancas” desde la apertura del centro, gracias al apoyo de la ONG francesa (Santé Sud)³⁵ cuyo contacto habría sido posible a través de sus parientes migrantes en Alsacia. Presencia, que desde el prestigio otorgado por las poblaciones locales a lo que proviene del mundo de los “toubabous”³⁶, favorece a su vez la expansión de la biomedicina.

A otro nivel, las **lógicas sociales** habrían entrado en juego igualmente a la hora de **conformar el área de cobertura sanitaria** del centro de salud de Dramané. Es así que si bien la política sanitaria preveía que el centro diera cobertura a un radio de 15 km y a una población de 10.000 habitantes, finalmente sólo adhirieron 4 de los 6 poblados previstos por la política sanitaria: Dramané, Makhana, Guemou y Kolingoté con una población total que no llegaba a los 7.000 habitantes. Sobokou y Gousela, que formaban parte de la primera carta sanitaria se habrían autoexcluido, de nuevo por **problemas de rivalidad**. Una rivalidad con matices propios pues se trata de dos poblados constituidos mayoritariamente de esclavos a quienes la migración habría dado la posibilidad de conquistar poder³⁷ a través de las remesas. Poder que habrían buscado materializar mediante la construcción de su propio dispensario. Como bien manifestaron sus habitantes, *“si Gakourá y Dramané tienen el suyo, nosotros no vamos a ser menos, ellos siempre quieren controlarnos, pero ya no dependemos de ellos, ahora somos libres y ricos”*. Además en el caso de Gousela vino a

³⁵ Además en el momento de creación contaron con la asesoría técnica de un doctor alsaciano y el apoyo de la embajada de Francia en Bamako para elegir al aún hoy su médico-jefe, el reconocido Dr. Cámara, primer maliense a dirigir un centro de salud en medio rural. En ningún momento hubo concertación con las autoridades sanitarias del país.

³⁶ Se denomina “toubabou” a cualquier persona blanca, término proveniente del árabe toubib que significaría médico.

³⁷ Tradicionalmente el poder se define entre los soninké en relación al orden de llegada sobre un territorio, el clan de pertenencia (noble, de casta o esclavo), la fuerza o la riqueza. La migración habría “democratizado” esta última.

entrar en juego el propio **sistema de concepciones sobre la salud y la enfermedad**. Es así que al encontrarse este poblado al otro lado del río Senegal, aunque a sólo 2 km de distancia de Dramané, su centro de salud resultaría culturalmente inaccesible pues según su sistema de creencias una persona enferma o embarazada puede perecer si cruza un curso de agua.

Pero las **utilidades sociales** se sitúan no sólo a nivel de reinos y poblados sino también de **clanes, linajes e individuos**. Es así que el citado marabú El Hadji Almamy Dramé, habría buscado liderando el proceso de institucionalización del centro de salud de Dramané, recuperar espacios de poder para sí mismo, para su propio barrio Horongalou así como para su linaje, Dramé Kandjí. Un barrio y un linaje fundador que con la inmigración habrían perdido poder ya que en la diáspora los marabúes comerciantes del barrio rival de Walisoxodé habrían hecho mayor fortuna.

Por otro lado, a la hora de **organizar la gestión del centro de salud**, la política sanitaria obligaba y obliga a que ésta sea asumida por varias instancias de participación comunitaria: Asamblea, Consejo y Comité de Gestión. Pues bien a la hora de atribuir los puestos de responsabilidad, y en definitiva, los espacios de hegemonía/subalternidad, El Hadji Almamy se basó, no en una lógica democrática y regida por las capacidades de cada actor, sino determinada por las «*desigualdades estratificadas*» que atraviesan esta sociedad: entre hombres libres y esclavos, nobles/artesanos, marabúes/comerciantes, ancianos/jóvenes, hombres y mujeres. Es así que Almamy decidió de dichos puestos y los dejó en manos de las familias nobles de Dramané y Makhaná, y con el fin de no ser acusado de favoritismo, incorporó a una mayoría del barrio rival de Walisoxodé. Eso sí, todos ellos de la clase de edad de los ancianos, y por supuesto de sexo masculino, que son quienes en esta sociedad gerontocrática y androcéntrica ostentan el poder. Todos salvo M. Yatabare, joven capaz de asegurar las relaciones exteriores del centro.

De su parte, los esclavos de Makhaná y Dramané habrían intentado servirse dicho principio de participación comunitaria y llegar a ocupar un puesto de responsabilidad en alguna de dichas instancias. Sin embargo sólo uno de ellos lo logró, un esclavo de la familia real de Gadiaga, que por su posición de antiguo emigrante en Francia había adquirido poder.. En definitiva, dichas instancias y el propio centro habrían sido utilizados como terreno de gestión y lucha de poderes en donde la cuestión principal que se debatía y se sigue debatiendo no es de naturaleza sanitaria sino política.

Pero más allá de la (re) conquista del poder, el apoyo a la institucionalización de la biomedicina y su posterior hegemonía en los itinerarios concretos de la población, habría servido igualmente para actualizar dos de los principios motores de la cultura soninké: la **búsqueda de prestigio social y las prácticas ostentatorias**. Es así que el dinero obtenido en el extranjero es reinvertido en indicadores de prestigio de muy diferente naturaleza que

encuentran una vía de expresión privilegiada a través de unos **itinerarios** en los que de nuevo se instrumentaliza a la biomedicina.

Es así que los parientes aún residentes en el poblado (ancianos y mujeres en su mayoría) materializan tal prestigio yendo a hacerse tratar en el sector biomédico, si es posible del sector privado, en Gakourá o aún mejor en la clínica más cara de la capital (Kayes o Bamako) así como comprando medicamentos en especialidad. Además si emplean el sistema biomédico, al sólo poder pagar en especies (frente al caso de los restantes sistemas), sus parientes migrantes se ven en la obligación de enviarles dinero. Una cantidad que será mayor cuanto más lejos esté el centro de salud del poblado y de cuanto mayor prestigio goce la estructura elegida. Además una parte del dinero enviado lo podrán dedicar a la compra de otros indicadores de prestigio (boubous, joyas,...), lo cual no les habría sido posible en caso de acudir a curanderos y/o marabúes.

Mientras, los inmigrantes del poblado residentes en Bamako, lograrían dicho prestigio poniendo en práctica otro valor fundamental en esta sociedad, **la solidaridad**, y ello a través de su **hospitalidad** con los enfermos³⁸ que vienen a la capital a hacerse tratar. Además acompañarían a estos a las estructuras biomédicas, cuyos profesionales habrían entrado a formar parte de su propia red de relaciones, en definitiva de su capital social, factor a su vez multiplicador de prestigio.

En lo que respecta a los parientes residentes en Francia, ver en Europa, estos, como ya hemos dicho, actualizan dichos principios mediante la asunción de los gastos de salud de sus parientes, orientando y financiando sus itinerarios. Igualmente su apoyo colectivo a través de las citadas acciones de co-desarrollo, recrea un principio de solidaridad en el que *dar es mostrar su poder*. Su implicación resulta ser de nuevo no sólo una respuesta a la “enfermedad” de sus parientes en origen, sino también una estrategia en busca de prestigio y espacios políticos.

Una implicación solidaria que al mismo tiempo estaría **posibilitando la cohesión social³⁹ y reproducción** de una sociedad que el fenómeno estructural de la migración habría afectado profundamente. En destino, el éxodo es vivido por sus protagonistas como un peligro de explosión de la comunidad de origen y/o como un riesgo de pérdida de las raíces. No hay que olvidar que más allá del flujo material, las migraciones dan lugar a un fluir continuo de concepciones, valores, actitudes y prácticas que cuestionan el orden social así como las relaciones de hegemonía y subalternidad existentes en el seno de la sociedad soninké, generando toda una serie de desequilibrios que amenazan la cohesión social ya

³⁸ Los soninké poseen en las principales ciudades destino de su éxodo uno o varios anfitriones. Sus concesiones alojan no sólo a los enfermos sino también a los jóvenes que esperan poder emigrar, o los inmigrantes llegados del extranjero.

³⁹ Castel, R. (1995: 15) en “*Les Métamorphoses de la question sociale*» la entiende 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».

fragilizada por la distancia. Es así que los inmigrantes tratan de reproducir en exilio su comunidad de origen a través de estrategias como el mantener la lengua (el soninké), la religión (el Islam), las alianzas (sistema endogámico) o la solidaridad⁴⁰ que halla en el ámbito de la salud una expresión privilegiada. El inmigrante a través de sus dones, individuales y/o colectivos, de su preocupación por la salud de sus parientes, se siente en “relación con” al mismo tiempo que busca “el reconocimiento social individual”⁴¹ así como posicionarse en una situación hegemónica⁴² respecto a los ancianos de su concesión, que son los que tradicionalmente han ostentado el poder. Es por ello que es necesario que sus dones sean públicos, ocurran delante de la comunidad, como es el caso del pago de los gastos de salud, la financiación del dispensario o las donaciones de medicamentos. A su vez dicha implicación les estaría permitiendo movilizar una multiplicidad de redes sociales en destino, lo cual incrementaría su capital social y prestigio. Una red social compuesta de autoridades, Ongs y otros actores del desarrollo, posibles cofinanciadores de sus acciones en el ámbito sanitario, y con los que a su vez llega a establecer un nuevo tipo de relación, esta vez más valorizadora que la ya subalterna de “mano de obra”. Relación que favorecería a su vez su integración en el país de acogida.

Pero el **flujo “del camino de las cabezas blancas”** posibilitado por los inmigrantes no se reduce a aspectos materiales, financieros, sino que también discurre por **caminos simbólicos**. Es así que existiría todo un conjunto de concepciones y creencias en torno a la biomedicina que los migrantes estarían vehiculando y posibilitando. Estos, durante sus vacaciones en sus poblados de origen, transmiten a sus parientes sus experiencias en los grandes templos de la biomedicina, en especial los hospitales parisinos, relatando la eficacia de sus especialistas, de su tecnología y pruebas diagnósticas. Asimismo viajan acompañados de sus mejores «representantes»: los medicamentos, generalmente en especialidad, cuyas cajas muestran con orgullo y reparten entre la población en un gesto altruista. Es así que el mito de que «el camino de las cabezas blancas» es el mejor, de que los médicos, la tecnología (rayos x, ecógrafo, scanner) y los medicamentos «nacidos» y «vestidos» en Occidente tienen un mayor poder que los restantes sistemas médicos e incluso que el “rostro maliense” de la biomedicina, condiciona los itinerarios terapéuticos de sus parientes en origen (en su mayoría ancianos, mujeres y niños) quienes interiorizan “*lo que es un sistema médico como Allah manda*”. Hecho reforzado a su vez por la actual posición hegemónica⁴³ de los inmigrantes en el seno de su estructura social. Una eficacia

⁴⁰ 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.

⁴¹ Lavigne, P. (1991) loc. cit. p. 104.

⁴² En la línea de lo mostrado por Marcel Mauss al analizar los dones de la ceremonia del kula en la sociedad trobriandesa para quién dar es manifestar su superioridad, ser el que más, el magister.

⁴³ Cada concesión, unidad de residencia, producción, consumo y reproducción, es dirigida por el hombre de más edad. Pero los jóvenes al emigrar pasan a asegurar la supervivencia de la concesión e incluso a protagonizar las decisiones.

que será de nuevo mayor en apoyo de los inmigrantes actúan agentes de Occidente: ONGs, cooperación descentralizada, gobiernos, etc...

Sin embargo no podemos finalizar el presente artículo sin acercarnos a las **utilidades diferenciales** del principal protagonista del citado fenómeno de salto nivel y principales “fans” del sistema biomédico en país soninké: **las mujeres parientes de migrantes**. Es así que nuestra investigación vino a confirmar dicho salto de nivel así como que en la mayoría de los casos las afecciones por las cuales se desplazaban las mujeres (cefaleas, problemas menstruales, IRAs,...) hubiesen podido ser tratadas en el centro de Dramané, o en su caso en el de Kayes. De nuevo asistíamos a un uso social del sistema biomédico. Un uso cuya lógica habría que encontrarla en la propia estructura social soninké y en los cambios sufridos por ésta a cuenta del fenómeno estructural de la migración.

Una sociedad en donde la familia abarca varias decenas de miembros y la división del trabajo establece que las cargas de la misma estén en manos de sus miembros femeninos⁴⁴. Es así que las mujeres, para poder descansar de sus tareas domésticas, habrían encontrado como única razón socialmente aceptable el ponerse enfermas iniciando un éxodo terapéutico lo más lejos posible de “su centro de trabajo”. Un éxodo en el que además no irían acompañadas de sus hijos menores, salvo que estén en periodo de lactancia. Una vez en Bamako “estarían de vacaciones por enfermedad” y manutención sería responsabilidad otras mujeres: las de la concesión de acogida.

Además ir a Gakourá o a la capital les proporcionaría, no sólo el prestigio asociado al uso de las estructuras biomédicas “más avanzadas”, sino también recordemos un control directo sobre las remesas, que en condiciones normales son recibidas y manejadas por el jefe de la concesión en la cual reside. Es así que una vez fuera del poblado, el dinero enviado por su marido pasa a ser por ella administrado, proporcionándole una mayor independencia económica y por ende una modificación de la situación de desigualdad de género. Además si se desplazan a la capital, se abre la posibilidad de acceder a bienes ostentatorios diversos no disponibles al interior del país: joyas, cacerolas...

Asimismo dedicarían una buena parte del dinero enviado a su cuidado personal, justificándolo muchas veces como «un hacerse atractiva para poder rivalizar con las otras esposas de su marido». Y es que en esta sociedad fuertemente islamizada, dónde la poligamia es un estatus envidiable, el único modo para que una esposa se distinga de su rival respecto a los favores del esposo, y así poder medir el grado de amor de su cónyuge, es la enfermedad. A ello se une el hecho de que al ser la gordura el ideal de belleza y salud soninké, al mismo tiempo que una expresión del cuidado marital, las mujeres hallan en su desplazamiento a Bamako un medio para no comer en el plato común pudiendo adquirir

⁴⁴ La residencia virilocal quiere que el migrante deje a su esposa residiendo con la suegra quien delega en ella un mayor número de labores del hogar.

alimentos que engorden así como medicamentos estimulantes del apetito.

Ahora bien, tampoco hemos de olvidar, como las leyes restrictivas de los países de acogida de sus maridos migrantes establecen que el único modo para que un extranjero adquiriera sus papeles sea demostrando su estancia durante largos años en el mismo (15 años en el caso de Francia según la legislación en vigor). Durante dicho tiempo éste no puede regresar a su país, quedando su/s esposa/s sola/s. Estas encuentran en la posibilidad de ir a la capital como enfermas una excusa para una vez allí, y fuera del control comunitario, satisfacer sus necesidades sexuales. Estrategia que habría acabado siendo asumida socialmente, incluso por los celosos representantes del Islam de su comunidad: en su mayoría suegros o hermanos de las mismas. Un abanico de posibilidades que en caso de haber optado por el sistema médico tradicional o el árabe-musulmán, les habrían quedado vedadas ya que habrían tenido que contentarse con los reputados especialistas de su propio poblado.

Y es así que cada actor soninké encuentra sus propias utilidades de los sistemas médicos. Y ello en un contexto que, si bien de pluralismo, ha optado en la actualidad por dar hegemonía a la biomedicina como una estrategia a través de la cual dar respuesta no sólo a la salud física de sus miembros sino también a los “achaques comunitarios” derivados de rivalidades seculares, de “las desigualdades” de su propia estructura social o de la amenaza contra la cohesión social provocada por el fenómeno estructural de la migración. ¿O quizás las políticas europeas de freno a la inmigración y la crisis económica actual “acaben” con sus fuentes de financiación?

Mientras, los caminos de las cabezas negras, del Islam y de las cabezas blancas siguen siendo recorridos, permeándose mutuamente y porosos a nuevos actores que estarían viniendo a ocupar el espacio geo-estratégico subsahariano, en especial China y su sistema médico tradicional. ¿Asistiremos a nuevos usos, utilidades y re-equilibrios por parte de los soninké? El caleidoscopio de la historia y los itinerarios terapéuticos de sus protagonistas, nos hablarán de ello. IncAllah;