



CIEA7 #40:

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

Almudena Marí Sáez^o

bonagandigi@gmail.com

Honor, economía y poder. El menor acceso a la salud de las mujeres peul borgoubé¹

El pluralismo médico hace referencia a la diversidad de formas de explicar la salud, la enfermedad y los recursos terapéuticos en un contexto sociocultural, político, económico y ambiental preciso. Los peul, según sus interpretaciones de la enfermedad y de sus ideales del cuerpo sano hacen uso de los sistemas terapéuticos presentes en esta región africana. Las mujeres, especialmente las que están en periodo reproductivo y residen en las zonas rurales, tienen un acceso diferencial a estos procesos de salud/enfermedad/atención por su situación como sujeto social, político y económico en la cultura, por su menor participación en la toma de decisiones y por su economía inestable.

En el caso de las mujeres peul borgoubé el concepto de senteene: el pudor, la vergüenza interviene en la construcción de la persona en esta sociedad, media en sus discursos y prácticas sobre el cuerpo y en los accesos a los dispositivos de atención.

Pluralismo médico, África, Honor, Mujer.

^o Doctoranda en Antropología Social y Cultural Universidad de Granada; AFRICAInES.

¹ Las mujeres y los hombres peul de la región de Nikki en la República de Benín se llaman y distinguen de otros peul como borgoubé o macairabe. Con ellos he vivido 6 meses durante el trabajo de campo. Anteriormente había residido 5 años en la región.

INTRODUCCIÓN

La investigación del pluralismo médico en África desde diversas disciplinas ha constituido un marco de estudio de la trama que las representaciones sobre las enfermedades, la salud y los tratamientos constituyen. Entre ellas la antropología del cuerpo y de género son las vertebran mi trabajo.

Mi interés por el pluralismo médico nace del escenario de multiplicidades sanitarias en la comarca de Nikki, la aparente superposición de etiologías respecto a las enfermedades, los distintos sistemas curativos y los itinerarios terapéuticos de los sujetos en busca del mejor tratamiento y cura.

Los procesos de salud/enfermedad/atención de esta zona son similares a los de otras regiones y países de África Occidental, estudiados desde la antropología de la salud². También la presencia de distintos sistemas médicos: biomédicas, de la medicina tradicional africana animista y de la tradición árabe musulmana (Mendiguren, 2005: 75, 96) y el acceso a los medicamentos a través de los vendedores ambulantes o de la compra-venta en los mercados.

En esta comunicación presento el diferente acceso y trayectorias sanitarias de las mujeres al sistema de salud. En ella estudio cómo el *senteene*, el concepto peul de vergüenza, honor que interviene en la construcción de la persona en esta sociedad, media en sus discursos y prácticas sobre el cuerpo y en los accesos a los dispositivos de atención. La comunicación forma parte de la investigación que realizo para mi tesis doctoral entre las mujeres borgubé.

Varias razones hacen que las mujeres de las zonas rurales estén en el centro del análisis: el poder de diagnosticar tiene que ver con la edad y el rol en la sociedad, sólo mujeres y hombres mayores y experimentados diagnostican las enfermedades de otros. La toma de decisiones sobre el acceso a los sistemas sanitarios y los tratamientos, muchas veces no depende de ellas sino del padre, del marido, de la madre o de la suegra. Por otra parte, la economía de las mujeres peul (basada en la venta de leche y de los excedentes de grano) les permite un acceso reducido a la atención de la salud y a menudo éste queda limitado a la compra de medicamentos.

Consultar a un marabout (según el tratamiento) o la asistencia en un centro de salud son más costosos y el gasto lo efectúa el padre o el marido. Hay que tener en cuenta además que los medios de transporte están en manos de los hombres. Una de las estrategias que

² Oliver de Sardan, J.P. (1999) Les représentations des maladies : des modules ? en Jaffré, Y. y Oliver de Sardan J.P. (dir) La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Presses Universitaires de France, Paris, pp.15-40.

las mujeres utilizan es regresar a su casa paterna a realizar un tratamiento para asegurarse la atención médica y el pago de los costes derivados. Además, las mujeres se ocupan de la atención de los enfermos en el hogar, y en el hospital son las principales cuidadoras, aunque también pueden verse a hombres ejerciendo este rol.

Es imposible, cuando se quiere analizar cualquier aspecto de la vida de los peul, no hacer referencia al *Pulaaku*³. Este término ha sido tratado por la mayoría de los científicos sociales que han trabajado con los peul⁴.

Para la primera generación de científicos sociales que trabajó con los peul (Stenning, 1959; Dupire, 1970 o Riesman, 1977), el término *pulaaku* es traducido e interpretado como un rasgo de la identidad o como un código de vida. Una segunda generación de autores, como Thomas Bierschenk (1992; 1995) y Philip Burnham (1991), hacen hincapié en la necesidad de contextualizar histórica, política, ambiental y socio-culturalmente el uso del término *pulaaku* para evitar la esencialización. Para el caso beninés, tanto Bierschenk (1995) como Martine Guichard (1990, 1993) debatieron sobre la utilización que las elites políticas hicieron del término *pulaaku* (como un rasgo de identidad y un código de conducta) en la construcción de la etnicidad peul. Los trabajos de Elisabeth Boesen (1998, 1999) en la República de Benín son así mismo pertinentes por su análisis del concepto de *pulaaku* desde el cuerpo, como práctica de la vergüenza y la belleza.

Mi experiencia entre los peul borgubé me ha permitido observar dos acontecimientos en los que aparece de forma central el *pulaaku*: uno es el *lawru* o ceremonia de imposición del nombre, y otro es el trenzado del *saangol* que se realiza a las mujeres en el primer embarazo. En ambas se le otorga el significado de código de conducta y vergüenza entendida como pudor o reserva. La paciencia, valentía y sabiduría, además del *senteene* (vergüenza) son las actitudes que han señalado otros autores como Dupire (1970) y Riesman (1970) para los peul de Wodaabé del Níger y los Djegolbé de Burkina Faso. La sabiduría, la paciencia y el pudor son conceptos cambiantes, que inciden en la vida cotidiana, en los gestos y actitudes dentro y fuera del campamento y también en los procesos de salud y enfermedad. He comprobado cómo la referencia a la vergüenza, a la reserva y al pudor están íntimamente ligadas a la cuestión del cuerpo. Eso me hace pensar en la hipótesis de la incidencia que el concepto de *senteene* tiene en los procesos de salud y enfermedad y en el acceso a las estructuras sanitarias (aunque no sea la única variable que lo condicione).

³ Para una crítica al concepto de *pulaaku* como rasgo central y generalizado de la identidad peul ver Breedveld, A. y De Bruijn, M. (1996) *L'image des Fulbé*, Cahier d'études Africaines, 144, XXXVI-4, 791-821.

⁴ Para una aproximación consultar Leblon, A. (2006) *Le pulaaku. Bilan critique des études de l'identité peule en Afrique de l'Ouest*, Collection «Clio en @frique », n°20, Aix-en-Provence.

Ver por ejemplo los costes, las distancias, los medios de desplazamiento o el trato recibido). Porque como señalaba Kate Hampshire (2000:95) en un estudio comparativo de tres sociedades nómadas en Chad, es el código de conducta peul el que hace que la enfermedad forme parte de la esfera privada de las mujeres, que casi no se hable de ella con otros miembros del hogar de residencia y que las mujeres peul tenga menos conocimiento sobre las enfermedades que otras mujeres para las que ésta forma parte de la esfera pública.

A continuación proporcionaré unas notas sobre el contexto geográfico, sanitario y político en el cual se sitúan los peul para después discutir específicamente el concepto de persona y enfermedad. En las últimas secciones me dedicaré a presentar el pluralismo médico y las trayectorias sanitarias presentes en la región y cómo las mujeres peul tienen un acceso limitado a las mismas.

CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y SANITARIO

La República de Benín tiene una superficie de 112.620 km². Hace frontera al norte con el río Níger, al oeste con Burkina Faso y Togo, al este con Nigeria y al sur con el océano Atlántico. Su población es de 7.300.000 millones de habitantes de los que un 55% residen en zonas rurales. Los peul representan el 4% de la población.⁵

Antigua colonia francesa, obtuvo la independencia en 1960. En 2006 se celebraron las últimas elecciones presidenciales otorgando el poder a un nuevo presidente, Yayi Boni.

El idioma oficial es el francés, hablado por los funcionarios, el personal de la administración y las personas que han recibido enseñanza obligatoria⁶. Hay alrededor de 20 lenguas diferentes extendidas a lo largo del país, entre ellas el fulfulde hablado por los peul.

La economía del país se sustenta principalmente en el comercio fronterizo con Nigeria y la agricultura.

El sistema sanitario en la República de Benín es semipúblico, lo que resulta gravoso para los ciudadanos. El Estado se ocupa de las instalaciones sanitarias y los salarios del personal mientras que la población cubre otra parte de los gastos pagando antes de tener acceso a las prestaciones médicas.

Actualmente la sanidad está financiada en un 52,1% por los hogares, un 30,8% por el Estado, un 16,5% por la cooperación internacional y el 0,6 restante por otros. El sistema

⁵ <http://www.unhcr.org/refworld/country,,MRGI,,BEN,,4954ce26c,0.html> consultado en línea el 3 de agosto de 2010.

⁶ La tasa neta de escolarización infantil de 6 a 12 años entre 2006 y 2007 era de 72,6% (78,3 niños y 73,9 en las niñas), el porcentaje infantil de finalización de la escolarización primaria es de 65% <http://www.bj.undp.org/New%20Docs/rapport%20omd%20final%20version%20web.pdf>.

sanitario está organizado en tres niveles: (1) central; el Ministerio de Sanidad y la Secretaría General; (2) departamental: hospitales y la facultad de medicina. Y (3) periférico: zonas sanitarias que cubren una media de 210.000 habitantes cada una. El sector privado está compuesto en su mayoría por centros confesionales y de organizaciones no gubernamentales.

La extensión del municipio de Nikki es de 4.100 km² y cuenta con 99.067 habitantes según el último censo disponible de 2002. El término municipal está dividido en 7 distritos: Nikki el único urbano, Biro, Gnonkourokale, Ouenou, Serekale, Suya y Tasso. Cada distrito reagrupa a una serie de pueblos, granjas y campamentos repartidos por la sabana.

Las infraestructuras de servicios en el término municipal son: 72 colegios (tres privados pertenecientes dos a particulares y uno a una congregación religiosa), dos CEG (centros de educación secundaria), dos centros de alfabetización para adultos, un centro de salud comunitario, un hospital de zona, tres centros municipales de salud, dos dispensarios aislados, cinco farmacias, un centro de atención primaria.

En el municipio de Nikki hay una serie de circunstancias que inciden en los datos epidemiológicos y en los índices de morbilidad y mortalidad elevados: por un lado el acceso al agua potable escaso (en la ciudad los abonados a la empresa de suministro de agua, las fuentes y pozos, en las zonas rurales los pozos y fuentes), la inexistencia de un tratamiento de los desechos, la cría en libertad de los animales y la escasa evacuación de aguas sucias. A lo que se añaden las grandes distancias a los centros de salud, el coste elevado de los servicios y el trato recibido por los agentes de salud.

Las principales enfermedades son: el paludismo, la tuberculosis, el VIH/SIDA, las enfermedades no transmisibles como el cáncer, y la malnutrición de niños de menos de cinco años.

El mayor índice de mortalidad está entre las mujeres, los jóvenes y los niños. La tasa de mortalidad asociada a los embarazos y partos es elevada, de 216 muertes por cada 100.000 partos en la maternidad o el hospital, la mortalidad materna a nivel nacional es de 400 muertes por 100.000 nacimientos vivos en 2006⁷.

Y en África Occidental la más elevada del mundo con 1.100 defunciones por cada 100.000 nacimientos vivos⁸. Teniendo en cuenta que estos datos sólo reflejan los casos acontecidos en los servicios sanitarios, y que en el municipio de Nikki un 50% de las mujeres sigue dando a luz en sus casas, las cifras pueden ser mucho más elevadas.

⁷ EDSB-III (encuesta demográfica y de salud en Benín).

En España la tasa es de 5 % según la Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro_esp_spain.pdf

⁸ Progreso para la infancia. Un balance sobre la mortalidad materna. N° 7, septiembre 2008. UNICEF, pp.:15.

Los terapeutas tradicionales son en su mayoría de origen bariba, dendi o gando⁹. Los tratamientos utilizados por ellos son a base de plantas, cortezas y raíces de los árboles con los que hacen infusiones para el consumo o para el baño, emplastos o inciensos. Están diseminados en toda la geografía de la comarca y tienen un representante en el consejo de gestión del hospital Suno Sero de Nikki. Los marabout, tras seguir una formación religiosa musulmana, recorren los campamentos y pueblos ofreciendo sus remedios. Para elaborarlos utilizan versos del Corán, plantas, raíces, cortezas y encantaciones.

Los ministros cristianos también ejercen un rol terapéutico mediante sus rituales: oraciones, bendiciones, unciones, aspersiones, etc.

Aunque las trayectorias curativas pueden tener recorridos diversos, en la mayoría de los casos el dispensario y el hospital son los últimos recursos.

Cuando tras haber seguido los tratamientos de la medicina biomédica, de los terapeutas tradicionales y de los religiosos la persona continúa enferma puede recibir un nuevo diagnóstico: el origen de su malestar está en el bun¹⁰ que la ha elegido como adepta de una de las cofradías de la Religión Tradicional.

DE DIKKO¹¹ A BORGUBE: ORGANIZACIÓN SOCIOECONÓMICA

Los peul son un pueblo seminómada. Están presentes en gran parte de los países de África Subsahariana, desde Centroáfrica hasta Senegal.

Hoy nombrados como makairabe o borgubé, los peul de Nikki en sus relatos orales remontan su origen al emirato de Macina y sitúan su llegada a la región hacia el siglo XVIII. Varios autores¹² fechan la llegada de los peul a la región del Borgou también en el siglo XVIII, pero con orígenes en latitudes diferentes de Burkina Faso y Nigeria.

Durante siglos han vivido en un “sistema de cohabitación” Djedjebi, T. (2009: 34) con los otros pueblos de la región. Desde su arribo al Borgou su actividad principal ha sido la

⁹ En la provincia del Borgou y especialmente en la comarca de Nikki conviven pueblos de orígenes diversos. Los bariba son agricultores, su instalación en el Borgou se estima hacia el S. XIV, realizaron pactos con los Wasangaris (conquistadores llegados de Nigeria) repartiéndose los poderes político, religioso y el poder de la tierra. Fundan el reino de Nikki que continúa vigente hasta nuestros días representado en el soberano Sero Kora III y su consejo de ministros. Los gandos son de origen servil, antiguos esclavos de los peul y los bariba. Accedieron a la libertad con la llegada de la colonización. Aún hoy es posible encontrar gandos que reconocen lazos de servitud con sus señores peul. Los dendis, que originariamente atravesaban esta región con las caravanas comerciales se fueron instalando en ella con puntos de avituallamiento. Véase: Lombard, J. (1965) *Structures de type "féodal" en Afrique noire*, Mouton, Paris.

¹⁰ Espíritu que habita en la cabeza de las personas, mayoritariamente mujeres. Hoy tres cofradías los Sambanis, Bukakarís y Sankpoto están presentes en la región de Nikki.

¹¹ Con este nombre se conoce a los peul originarios de Macina en Mali.

¹² Lombard, J. (1965) *Structures de type "féodal" en Afrique noire*, Mouton, Paris, pp.:95; Baldus, B. *Responses to dependence in a servile group: The Machube of northern Benin*, en Mier, S. and Kopytoff, I. (1977) *Slavery in Africa*, University of Winconsin Press, Winconsin, pp.: 439; Bierschenk, T. y Le Meur, J-Y (1997) *Trajectoires peules au Bénin*, Karthala, Paris, pp.: 12.

ganadería, cuidando los rebaños de otros hasta hacerse con el suyo propio. Esta tarea les llevó a establecerse en campamentos en la sabana alejados de los pueblos y ciudades.

Hasta la llegada de la administración colonial (S. XIX) los peul hacían cultivar la tierra a sus esclavos gando. Con la abolición del sistema esclavista fueron adecuando y combinando su actividad productiva principal de ganaderos con la de agricultores. Otras dos circunstancias, al menos, contribuyen a la adaptación de la actividad productiva de los peul. La primera es la comercialización del ganado destinado a la alimentación de las tropas (Djedjebeti, 2009: 39). La segunda es el impulso que, ya desde el periodo colonial, se dio al cultivo del algodón y el cual supuso el principal motor del desarrollo en las regiones del norte de Benín.

Desde que han contado con un rebaño importante, tradicionalmente y en la actualidad, una parte de la familia, los matrimonios más jóvenes, se marchan en trashumancia con el ganado, mientras los adultos permanecen en el campamento sedentario. Algunos de ellos se han instalado en otras partes de Benin o en distintos países como Togo o Ghana buscando pastos y agua para los animales. Otros practican dos trashumancias anuales una al principio de la estación seca a finales de Enero y otra de regreso a principios de la estación de lluvias a comienzos de Junio.

Esta actividad productiva es la principal fuente de conflicto con los agricultores. Para preservar el bienestar del ganado viven en campamentos retirados de los pueblos. Lejos de los servicios educativos, biomédicos y administrativos. El medio de transporte más utilizado es la moto aunque en todas las casas hay una bicicleta. Las mujeres realizan gran parte de sus trayectos a pie. Para las grandes distancias utilizan los taxis comunitarios.

Conviven en este territorio con otros pueblos, los bariba y los gando. Ambos agricultores, los primeros son los pobladores más antiguos de la comarca.

Establecieron acuerdos con los conquistadores Wasangaris¹³ que instalaron una jefatura en Nikki y regían el poder político. Los baribas salvaguardaron el poder religioso y de la tierra. Esta organización se mantiene hasta nuestros días; aún hoy los *Tem Yero*, los Jefes de la tierra, son los que gestionan la tierra cultivable y realizan los sacrificios para proteger a la gente de las enfermedades y malos farios, para agradecer por los primeros frutos de las cosechas, pedir la lluvia en tiempos de sequía, salvaguardar el ganado de epidemias, etc. Los hombres y mujeres baribas son reconocidos como los maestros de la tierra, pueden controlar las fuerzas que hay en ella, se comunican con los espíritus. Llaman *Gusuno* al Dios creador que vive alejado de los hombres, para comunicarse con ellos tiene los espíritus: *wereku* son los que habitan los árboles y piedras. Los *bun* toman el cuerpo de las personas como habitáculo y los *Goribu* son los espíritus de los muertos.

¹³ Lombard (1965) fecha estos acuerdos hacia el siglo XIV.

Los Gando fueron esclavos de los baribas y de los peul. Su convivencia con los agricultores les permitió acceder a los saberes terapéuticos y de intermediarios con los espíritus.

La coexistencia de los peul con ambos ha ido modificando sus concepciones y prácticas místicas. Acuden a los otros pueblos para que hagan de mediadores cuando quieren instalarse en un nuevo campamento o proteger a su ganado. De origen musulmán llaman a los espíritus del bosque *Djin* y reconocen que pueden ser transmisores de enfermedades. Sin embargo los peul practicantes y fervientes de su fe islámica, prestan poca relevancia a la Religión Tradicional, a los ritos divinatórios y a los sacrificios.

La economía de la mujer y del hombre peul

La jornada en el campamento está regida por la luz solar. Comienza a las 6.30 y finaliza a las 20.30 horas.

Las actividades están divididas entre las que realizan los hombres y las que realizan las mujeres. Ellos, todo lo relacionado con el cuidado del ganado, el ordeño, el mantenimiento y la preparación de los campos de cultivo, la siembra y recogida de la cosecha, la construcción de las casas con la ayuda de los gando, el tejido de las pajas para las cubiertas de los tejados, entre otras. Ellas se encargan del abastecimiento de agua y leña, la recogida de las cosechas, los cultivos de pequeños huertos con verduras que utilizan en la preparación de la salsa, la cría y cuidado de gallinas y pequeños rumiantes, el mantenimiento de la limpieza del patio y las habitaciones, la colada, la limpieza de utensilios de cocina, la preparación de las comidas, la molienda del grano y el cuidado de los niños y de los enfermos.

La vida social presenta del mismo modo esferas separadas entre hombres y mujeres. Unos y otras asisten por separado al mercado, a las ceremonias, los hombres rezan en el exterior y las mujeres en el interior de la casa. Durante el día descansan en lugares diferentes y cuando se desplazan lo hacen unos alejados de otros.

Al igual que la mayoría de los pueblos con los que conviven, en Nikki y sus alrededores, con los bariba o los gando, los hombres y las mujeres peul tienen separadas sus economías. Esto quiere decir que, en cuanto a la manutención de la familia, el hombre se encarga de aportar la base de la dieta: el grano, el ñame, la sal y la carne los días de fiesta, la mujer se ocupa de proveer lo necesario para la salsa: verduras, legumbres, condimentos, etc. Además del aporte de agua, leña, la molienda del grano (si tienen posibilidades económicas en el molino, si no a mano en un mortero). La compra del vestido corre a cargo de cada uno y la mujer suele encargarse de la de sus hijos e hijas. En

ocasiones el marido puede hacer algún regalo a su mujer o a sus hijos. En general las mujeres disponen de menos recursos económicos que los hombres.

Tanto los ingresos del hombre como de la mujer están basados en el comercio informal. Los hombres practican una agricultura de renta, por ejemplo de soja y maíz, además de vender una parte de los excedentes de ñame. La venta de animales debe ser concertada en familia. El ganado para los peul representa un capital simbólico, es la herencia que se transmite de generación en generación, provee de animales para realizar las ceremonias que marcan los ciclos vitales: el bautizo, el compromiso, la boda, y los nacimientos.

Siempre que se dispone de dinero suficiente se invierte en la compra de una vaca o un toro para aumentar el rebaño, a veces las mujeres envían el dinero a su padre o hermanos para que le adquieran el animal y lo guarden junto a los otros que permanecen en el rebaño paterno. Este es un capital del que dispone la mujer en caso de necesidad o para ayudar a su progenie.

Las mujeres de los campamentos encuentran en la venta del excedente de leche su principal fuente de beneficios, muy variables según la estación y la presencia o ausencia del rebaño en la casa. La leche es el alimento central en la dieta de los peul. Su consumo diario muestra la riqueza de la familia porque tiene la posibilidad de dejar una parte del rebaño en el campamento sedentario para el consumo del hogar. En los ideales sobre el cuerpo los peul hacen referencia a la necesidad de beber leche para tener una salud sólida. Otras actividades comerciales que practican de forma más modesta son: la venta de nueces de anacardo y de karité, el excedente de mandioca, de mijo, de maíz o el cultivo y venta de la soja. No se definen a ellas mismas como comerciantes.

El ideal del parto entre las mujeres peul es sola. Como otras mujeres de la región, las peul, vuelven junto a la mujer que se ocupó de su educación, su madre (biológica, su tía, su abuela) para los primeros partos. Esto le permite salvaguardar su *senteene* en un clima de confianza. Del hombre se espera que pague los gastos del parto si éste se diera en la maternidad o en el hospital y el resto de gastos derivados de los cuidados sanitarios. En la práctica, la mayoría de las mujeres se queja de que son ellas mismas las que tienen que hacerse cargo de los costes de salud propios y de sus hijos. En el campamento he podido observar como la adquisición de medicamentos en el mercado o a los comerciantes ambulantes es individual, así como la consulta al marabout.

En la visita a los dispensarios la constatación ha sido que la asistencia puede ser individual (por ejemplo para las vacunas del recién nacido) o acompañada del marido (cuando es ella la que está enferma o un hijo) y en el hospital siempre acompañada del marido o algún otro miembro de la familia.

INDIVIDUO Y ENFERMEDAD

El concepto de individuo es controvertido en esta región africana por la diversidad de elementos que lo componen, los rituales y las redes sociales que entretienen su identidad¹⁴. Cuando tomamos como unidad de análisis la familia y la importancia que tiene la comunidad el individuo queda diluido en ambas.

La enfermedad desencadena una tensión entre ambas realidades: individual y colectiva. Pone de manifiesto las redes y conexiones que ligan al individuo con su comunidad, su familia, su contexto histórico social, medioambiental, religioso, cultural, a través de los procesos de diagnóstico, tratamiento y cura.

Al mismo tiempo, puede ser germen de cambios y resistencias que se alejen de los ideales y actualicen las tradiciones.

El malestar afecta a los ideales del cuerpo de los peul: ser esbelto¹⁵, firme, que busca la hermosura (tatuajes, abalorios, peinados), por el que circula la sangre y de piel brillante. Y a sus usos: fuerza y resistencia física para los trabajos, belleza de las mujeres como icono de la cultura peul. En ambos casos sería interesante profundizar sobre la incidencia que el código social peul tiene y cómo se ve alterado o mantenido en la recuperación de esos ideales y prácticas del cuerpo. Y que está relacionado con el lugar que ocupa la mujer en la sociedad, en función de su edad y del control que se ejerce sobre su cuerpo durante las mismas, el poder de decisión que la mujer tiene del cuerpo: del sano, del enfermo, del gestante, etc.

La persona Peul

El bebé al nacer permanece una semana en la choza. La recién parida no sale a buscar leña y ni agua, sus actividades durante este tiempo de reposo quedan reducidas al baño y la limpieza de los utensilios de cocina gracias al trabajo de las co-esposas o hermanas jóvenes. Su espacio queda reducido a la habitación y al patio de la casa. Siete días después del nacimiento se celebra el don del nombre, llamado *lawru*¹⁶.

Esta ceremonia de *lawru* es un reconocimiento público de la paternidad y de pertenencia al linaje, que introduce al individuo en la comunidad musulmana y en la peul.

¹⁴ Véase, por ejemplo: Bastide, R. (1973) *La notion de personne en Afrique Noire*, L'Harmattan, Paris.

¹⁵ Este es uno de los ideales que están en cambio, aunque la mayoría de los peul y las peul son esbeltos a menudo preguntan qué hacer para estar gordos. La gordura es un símbolo de riqueza y éxito social. Este ideal de gordura relacionado con la riqueza es compartido por gran parte de la población de Benin y de África occidental. Consultado en línea el 04 Agosto 2010 : <http://www.jeuneafrique.com/Articles/Dossier/ARTJAJA2585p020-027.xml0/alimentation-sport-cancer-urbanisationpourquoi-l-afrique-grossit.html>

¹⁶ Los bariba y los gando presentes en la región también realizan esta ceremonia de don del nombre que en bariba se conoce con el nombre de Suna y es una ceremonia musulmana.

Por la mañana los hombres de la familia materna y paterna del bebé se reúnen junto a los Alfas para elegir el nombre del bebé, rezar y bendecirlo. Si es el primogénito o la primogénita el padre está obligado a entregar un toro. Para los siguientes un cordero es suficiente. Después de la oración se sacrifica el animal y se reparte la carne entre los asistentes y se envía a aquellas personas que no han podido participar. Al caer la tarde las mujeres de la casa se reúnen para afeitarse la cabeza al bebé y untarle la frente con la nata de la leche. Este acto le introduce en la comunidad peul y le marca con la vergüenza, con el *senteene*: una de las actitudes capitales de un peul y de su código de conducta el *pulaaku*.

A partir de este momento comienza el proceso de educación y socialización en función de los roles que se esperan de cada individuo y de su sexo. La persona, a través del proceso de generización, aprenderá los espacios que debe ocupar, las tareas que debe realizar, las actitudes que debe observar: no fijar la mirada a nadie, no comer en público, controlar el cuerpo (necesidades físicas que autores como Elisabeth Boesen, 1994:94 llevan incluso al plano de las necesidades materiales y del reconocimiento social Boesen, 1999: 94), respetar a sus familiares y en especial a los ancianos. Si es una mujer mantener una actitud pudorosa delante de los hombres que no son miembros de la familia directa, actuar con recato durante las consultas prenatales y no mostrar los genitales a los agentes de salud, volver a la casa paterna en los primeros partos para salvaguardar su *senteene* y código de conducta, entre otras.

En la infancia los niños y las niñas pasan gran parte del día juntos, jugando o acompañando a sus madres en las tareas domésticas, salvo aquellos que van al colegio.¹⁷

A la edad de nueve años, cuando ya comienzan a ser más autónomos para los desplazamientos y el trabajo, las esferas se separan, los hombres y los niños por un lado, las mujeres y las niñas por otro lado.

El sistema de residencia es virilocal, las mujeres al casarse se van a vivir a casa del marido. El matrimonio es preferencial con el primo cruzado patrilateral para salvaguardar el ganado y el grupo humano.

A lo largo de las etapas vitales los chicos y las chicas van conociendo a los miembros de su familia, su linaje, su clase de edad, etc. Estas redes sociales cobran importancia durante las celebraciones (bautizos, bodas, funerales, flagelación o las *haraka*), donde se afianzan los lazos y son útiles durante los trayectos de la trashumancia y para el acceso a tratamientos y a los cuidados de salud. Es en la edad adulta, a partir de los 45 años, cuando la persona se reconoce como sabia, es respetada por todos los miembros de

¹⁷ La tasa neta de escolarización en la provincia del Borgou está entre un 59.8 y 69.7 % y a nivel nacional 76,2% según el PNUD Benin:
<http://www.bj.undp.org/New%20Docs/rapport%20omd%20final%20version%20web.pdf>

la familia y la opinión de las mujeres es tenida en cuenta. Morirse a la edad adulta, dejando mucha descendencia y un gran rebaño es el objetivo de todo hombre y mujer peul.

La enfermedad forma parte del destino de las personas

La selva y los genios que la habitan aparecen como elementos centrales en la explicación de la enfermedad para los peul, que clasifican las enfermedades en: enfermedades de la selva¹⁸ (poliomielitis, tétanos, epilepsia, anemia, abscesos, alergia, oncocercosis, drepanocitosis, edemas, hernias inguinales, ictericia), enfermedades vergonzosas (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y eclampsia) y otras (la conjuntivitis, enfermedades de la piel, enfermedades estomacales, la tos, el paludismo, la rubéola), según el trabajo inédito de Blandine Chevrol, “Représentations de la maladie et de la santé chez les peul au Nord- Bénin”, realizado en 1992 y que ha sido inspirador en el proceso inicial de mi investigación. Además apunta claves sobre otros aspectos socioculturales ligados íntimamente a la concepción de la enfermedad como la brujería o las trasgresiones de las normas sociales.

A través de mi trabajo de campo he podido ir observando y analizando otros aspectos que son relevantes en la concepción, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad para los peul. El primero de ellos es que, como en otras lenguas de África, el interés por la salud y por el bienestar del cuerpo está presente en los saludos. Un buen cuerpo es un cuerpo sano, gordo, donde corre la sangre, bello o embellecido según la edad. Para ello es necesaria una buena alimentación. Los alimentos preferidos por los peul son la leche, la papilla de mijo y maíz y el ñame. También conceden importancia al baño que activa la sangre. Se adorna con collares fabricados por las chicas, pulseras, brazaletes y tatuajes.

Hay cambios que se alejan de estos ideales y alertan sobre la enfermedad: la delgadez, la palidez, la pérdida de fuerza, los dolores musculares, la inestabilidad (vértigos). Despojarse de los adornos (collares, brazaletes, pulseras e incluso a veces de las perlas que las mujeres llevan en la cintura) es un signo de que la persona está enferma. El cuerpo enfermo no se muestra públicamente, el *senteene*, la vergüenza a ser visto enfermo, hace que la persona enferma pasa gran parte del día en la choza. Si es una mujer joven no se maquilla, no se baña o si lo hace forma parte ya del tratamiento, no participa en las tareas del hogar, ni en los trabajos agrícolas o ganaderos.

El destino tiene mucha importancia en la vida de las personas. Durante los procesos de enfermedad, y cuando la muerte acontece, los hombres y las mujeres atribuyen estos hechos al destino de la persona. Se nace con él y no puede hacerse nada por cambiarlo.

¹⁸ Los síntomas recogidos por Blandine Chevrol son: los edemas, las convulsiones o el decaimiento generalizado del cuerpo.

La palabra hace “visible”, materializa la enfermedad. Habitualmente son hombres y mujeres adultos y ancianos, “los que han visto”, quienes pueden identificar por los síntomas, la enfermedad que padece el enfermo. La edad confiere sabiduría, poder y legitimidad a las personas. Por eso son ellos los actores privilegiados para diagnosticar, para proponer los tratamientos e influenciar las decisiones de las personas influyentes tales los padres o los maridos, para perpetuar las tradiciones y ejercer un control social de las personas y las costumbres.

Como señalábamos anteriormente, los genios del bosque son transmisores de enfermedades. Los bebés, los niños y las niñas y las mujeres se protegen de ellos con talismanes, especialmente cuando tienen que atravesar la selva o cuando van a por agua al río.

La muerte de las personas o de los animales conlleva un abandono y cambio de campamento.

TRAYECTORIAS Y ESTRATEGIAS CURATIVAS

La convivencia entre pueblos de orígenes diferentes, como los bariba, los gando, los peul o los dendi durante siglos, ha hecho que muchas concepciones y prácticas de salud estén compartidas en la provincia del Borgou, lo que queda de manifiesto en trabajos de Carolyn Sargent (1982; 1989) y hemos constatado también en nuestra propia experiencia en la zona.

Entre los peul de las áreas rurales hemos observado que un momento preliminar es la protección con talismanes y escarificaciones para no contraer una enfermedad e inhibir las enviadas por terceras personas.

Como en cualquier lugar del mundo, cuando aparecen los malestares se comienza por la auto atención, con plantas, raíces y cortezas. La mayoría de la gente conoce remedios fitoterapéuticos para los dolores de cabeza, diarreas, dolores musculares e incluso paludismo. Además es habitual tener fármacos en casa que se compran por unidades en el mercado o cuando los vendedores ambulantes visitan el campamento. Éstos ofrecen paracetamol, ibuprofeno, aspirina y viagra, comprimidos asociados al dolor de dientes, al dolor de cabeza, a la fiebre o la impotencia.

Si se trata de heridas, dolores musculares, estados febriles, dolores musculares y cansancio los peul se sirven de los “dokotoros”. Son personas que tienen leves conocimientos de diagnóstico y tratamiento por haber trabajado en algún centro de salud o tener habilidades. Éstos compran medicamentos en las farmacias de las ciudades y las

revenden en los pueblos. Además ponen inyecciones y realizan pequeñas curas. Aluden a la ventaja de la proximidad (física y simbólica) y a los costes, para su consumo.

Asimismo, los peul se dirigen a sus vecinos gando y bariba representantes de proyectos de salud pública como el Proyecto Palu- Alafia financiado por el FMI¹⁹. Hay una persona del pueblo que hace de intermediario entre los coordinadores del proyecto y la población. Vende los tratamientos para el paludismo en su casa, se avitualla en la ciudad e informa de la marcha del proyecto.

Para la enfermedad de la selva o enviada por los genios del bosque se consulta al marabout. Los visitan o reciben en su casa. Los tratamientos son variados: por ejemplo escribe versos del Corán en una pizarra, los lava con agua y se la da a beber a la persona enferma, confecciona talismanes también con versos del libro sagrado y realiza encantaciones. Tradicionalmente el pago no era obligado, aunque el enfermo ofrecía regalos al marabout y al curandero: animales, alimentos o paños. Un buen sanador reconoce haber recibido su poder de Dios (*Gusuno*, Alla) para ponerlo al servicio de su comunidad.

No es muy habitual que los peul se acerquen a los lugares de culto cristiano buscando remedio. Solo lo hacen cuando han tenido testimonios directos de curaciones, la enfermedad persiste y piensan que el poder de los ministros puede mejorar su salud y curarles de la selva.

Los terapeutas tradicionales o *timgibu*²⁰ son las personas a las que se les reconoce el poder de sanar o de envenenar, conocen las plantas y los remedios. Cómo explica Sargent, “su poder reside en ambos, en la sustancia y en la persona que manipula la sustancia ya que la mayoría de las plantas tiene propiedades y usos beneficiosos y nocivos, dependiendo del modo de utilización” (Sargent, 1982:56). Solicitan sus cuidados para las fracturas de huesos, las enfermedades de la vista, las enfermedades del hígado, las enfermedades de la piel, la picadura de serpiente y la locura entre otros. Estos utilizan la fitoterapia y los sacrificios en sus tratamientos.

Normalmente atienden a sus pacientes en sus casas y si el tratamiento se prolonga la persona vuelve regularmente a buscar los productos. Se les ofrecen regalos en agradecimiento.

Los centros de salud periféricos en los distritos y su personal no gozan de buena reputación entre los peul que acuden a ellos, lo que suele suceder generalmente cuando el malestar persiste tras días de auto atención y otras terapias evocadas anteriormente. Algunas de las razones que expresan son: el maltrato que reciben, el engaño en los costes

¹⁹ Más información detallada. Consultado en línea el 4 de Agosto de 2010:
<http://www.bj.undp.org/docs/UNDAF.pdf>

²⁰ Terapeutas tradicionales en lengua bariba.

de los tratamientos y la poca profesionalidad de los trabajadores²¹. En ocasiones aprovechan las visitas semanales al mercado para ir al dispensario si tienen síntomas del tipo: cansancio, estados febriles, diarrea, y las mujeres para la consulta prenatal.

No es el caso del “Dispensario Luis Amigó” dirigido y gestionado por la congregación católica de las Hermanas Terciarias Capuchinas²², sobre el que hay buena opinión. El buen trato recibido y el bajo coste de los cuidados son las razones que apunta la población que frecuenta este dispensario. Este centro cuenta asimismo con un grado de prestigio frente a otras formaciones sanitarias por el servicio de cuidados para prematuros, del centro de recuperación nutricional infantil, la subvención de tratamientos prestada en algunos casos y el hecho de ser occidentales.

Los casos graves de enfermedad son los que conducen a los peul al hospital Suno Sero²³. Es el hospital de la zona sanitaria. Para la gente el hospital está asociado con la gravedad y el riesgo, los grandes desembolsos de dinero, el maltrato por parte del personal y la muerte.

Buena parte de las mujeres peul que participan de los rituales de la Religión Tradicional lo hacen cuando la enfermedad permanece a pesar de las trayectorias curativas y se diagnostica que no es una enfermedad de blancos, ni del bosque, sino que es el espíritu (el *bun*) el que la ha elegido para formar parte de sus adeptas. Para ellas esta práctica no está reñida con la religión musulmana.

EL ACCESO A LA SALUD DE LAS MUJERES PEUL BORGOUBÉ

Lo que los peul entienden por enfermedad condiciona sus prácticas curativas, corporales y sus códigos de conducta.

Al inicio de esta comunicación señalaba que las mujeres están en el centro de mi interés porque son marginadas de las toma de decisiones y ven limitado su acceso a las cuestiones de salud. La economía y las redes sociales están en la base de los tratamientos y solo las personas con éxito económico pueden decidir qué trayectorias curativas seguir.

²¹ He sido testigo del trato o maltrato que reciben los peul por ser percibidos como “salvajes” y “gente de la selva”, se les grita en lenguas que no comprenden, se les recetan inyecciones y grandes cantidades de medicamentos “porque sino no están contentos”. En ocasiones me han utilizado como intermediaria para recibir un mejor trato, “a una blanca no la van a tratar mal”.

²² Las Hermanas Terciarias realizan actividades de sensibilización y medicina preventiva (el agua, la alimentación, el paludismo, el VIH/SIDA, la malnutrición) en algunos pueblos bariba y campamentos peul con las mujeres (el agua, la alimentación, el paludismo, el VIH/SIDA, la malnutrición).

²³ La construcción de este centro la impulsó la asociación de desarrollo de Nikki Su tii dera “Ayudémonos nosotros mismos” con la ayuda de la cooperación suiza y holandesa tanto en las infraestructuras como en el personal médico. Inicialmente privado de carácter asociativo pasó a ser Hospital de Zona por un acuerdo con el Ministerio de la Salud en 1998.

Pero para las mujeres de las zonas rurales es casi imposible esto, por la dimensión de su economía y por la presión social y las críticas que va a recibir por ser una consentida, una débil o haber embrujado al marido si éste accede a pagar los cuidados.

Por eso regresan a sus hogares paternos, para asegurarse el tratamiento y el pago de los tratamientos. Lejos del marido y de la familia de éste evitarán las presiones sociales que hasta entonces controlaban sus movimientos. Entre su familia el *senteene* está salvaguardado, no se expone a las miradas de otros, de la familia política. En algunos casos puede modificar el tratamiento aludiendo que los cuidados recibidos hasta ahora no mejoraron su situación.

El *senteene* hace que el individuo incorpore una serie de usos del cuerpo, cuando está enfermo queda relegado a la esfera privada²⁴, el cuerpo no se muestra y se aleja de los ideales. Esta condición ejerce una vigilancia social a través del control sobre los cuerpos y coarta el acceso a los cuidados. Algunos de los límites se constatan en los discursos y prácticas de las mujeres durante las consultas prenatales, los cuidados obstétricos o el parto, negándose a mostrar su sexo, a los tactos y otro tipo de exámenes, dado que su *seteene* no se lo permite.

El personal sanitario de los centros de salud y del hospital es consciente de que sus centros son el último recurso para los enfermos y sus familiares. Para ellos la causa principal es el retraso en la toma de decisiones, en manos de quién está decir si se va o no al centro de salud o al hospital. El segundo es el retraso generado por la falta de medios económicos y porque las mujeres no disponen de medios de transporte. Otros son la ignorancia para detectar los signos de peligro, la acogida y el trato que dan a los pacientes.

Pero las estrategias puestas en marcha por el sistema público se limitan al problema del acceso y no intervienen en otras causas, las señaladas como principales, de demoras: la menor posibilidad de toma de decisiones de las mujeres, la división sexual del trabajo y la organización de la economía, el menor acceso a medios de transporte, etc. En definitiva, las desigualdades sociales y culturales que surgen dentro de un sistema cultural regido por un código de honor general, el *senteene*, que afecta de diferente manera a los hombres y a las mujeres.

He observado algunos cambios en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y del código de conducta peul en los jóvenes que han recibido enseñanza obligatoria y que han cambiado de residencia, dejando el campo por la ciudad. La proximidad a los centros de salud, el prestigio de vivir en la ciudad y de haber abandonado el campo, de imitar las prácticas occidentales hace que se incorpore un discurso positivo hacia la medicina

²⁴ Según lo señala Kate Hampsire en *Networks of nomads : negotiating access to health resources among pastoralist women in Chad.*, Social science medicine., 54 (7). pp. 1025-1037.

biomédica y de poca eficacia para la medicina tradicional. Aunque cuando se miran los comportamientos se constata que las prácticas tradicionales y de consulta a los marabúes se siguen manteniendo.

Por último otra de las estrategias observadas es el ingreso de algunas mujeres peul en las cofradías de la Religión Tradicional.

Mujeres que después de largos procesos de enfermedad se incorporan a estos cultos. Algunas de ellas viudas o divorciadas que manifiestan haber encontrado ahí la calma. Además del aspecto económico que rodea a las ceremonias donde las iniciadas y sus familiares ofrecen dinero y regalos a las adeptas, queremos indagar en el cariz de contestación al control sobre sus cuerpos, que pasan de la esfera privada a la esfera pública, religiosa.

BIBLIOGRAFÍA

- Bastide, R. (1973) *La notion de personne en Afrique Noire*, L'Harmattan, Paris.
- Bierschenk, T. (1992) *The ethnicisation of Fulani society in the Borgou province of Benin by the ethnologist*, *Cahiers des Etudes Africaines* 127, XXXII, Paris, pp. 509-520.
- (1995) *Rituels politiques et construction de l'identité ethnique des Peuls du Bénin*, *Cahiers des Sciences Humaines* 31 (2), pp. 457-484.
- Boesen, E. (1999) *Pulaaku. Sur la foulanéité*, en Botte, R., Boutrais, J. y Schmitz, J. (1999) *Figures peules*, Karthala, Paris, pp. 84-97.
- (1998) *Identité culturelle et espace culturel : les Fulbe entre brousse et village*, en Boesen, E., Hardung, C. y Kuba, R. (ed.) *Regards sur le Borgou. Pouvoir et altérité dans une région ouest africaine*, L'Harmattan, Paris.
- Burnham, P. (1996) *The politics of cultural differences in northern Cameroon*, *Smithsonian institution press*, Washington.
- Chevrol, B. (1992) *Representations de la maladie et de la sante chez les peuls au Nord-Bénin*, *Licence en ethnologie*, Université Lyon II-Lumière.
- Djedjetebi, T. (2009) *Pastoralistes et la ville au Bénin : Livelihoods en questionnement*, Tesis, Universidad de Leiden, Holanda.
- Guichard, M. (1990) *L'ethnicisation de la société peule du Borgou (Bénin)*, *Cahiers d'Etudes Africaines*, 30, pp. 17-44.
- (1992) *Réponse à Thomas Bierschenk*,: *Cahiers d'Etudes Africaines*, 127, XXXII-3, pp.: 521-522.
- Hampshire, K. (2002) *'Networks of nomads: negotiating access to health resources among pastoralist women in Chad*, *Social science & medicine*, 54 (7), pp.1025-1037, accedido el 1 Julio 2010 en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00078-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00078-8).
- Leblon, A. (2006) *Le pulaaku. Bilan critique des études de l'identité peule en Afrique de l'Ouest*, *Collection «Clio en @frique »*, n°20, Aix-en-Provence.
- Lombard, J. (1965) *Structures de type "féodal" en Afrique Noire. Etude des dynamismes internes et des relations sociales chez les Bariba du Dahomey*, Mouton & Co and Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris.
- Mendiguren, B. (2005) *Inmigración, Medicalización y cambio social entre los soninké: El caso de Dramané (Mali)*, Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgil, Tarragona.
- Oliver de Sardan, J.P. (1999) *Les représentations des maladies : des modules ?* en Jaffré, Y. y Oliver de Sardan J.P. (dir) *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Presses Universitaires de France, Paris, pp.15-40 .
- Sargent, C. F. (1982) *The cultural context of therapeutic choice. Obstetrical care decisions among the bariba of Benin*, D.Reidel Publishing Company, Holanda.
- Sargent, C. F. (1989) *Maternity, medicine and power. Reproductive decisions in urban Benin*, University of California Press, Berkeley.
- Sheper-Huges, N. y Lock, M. (1997) *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1. (Mar., 1987), pp. 6-41.