

SISTEMAS MÉDICOS EN MALI EN ZONA DE INMIGRACIÓN: INTERACCIONES PASADAS Y PRESENTES ENTRE LO LOCAL Y LO GLOBAL

DRA. BERTA MENDIGUREN*

Introducción

La presente comunicación aborda una de las conclusiones clave de la investigación-acción¹ realizada por la autora entre las poblaciones migrantes subsaharianas de etnia saraholé² residentes en Europa, y sus comunidades de origen en África Subsahariana:

- la intervención de diferentes actores de la cooperación internacional en materia sanitaria (organismos multilaterales, cooperación bilateral, ONGs, etc.) así como la implicación solidaria de los migrantes en los procesos de salud, enfermedad y atención³ de sus parientes en origen, no es inocua pudiendo convertir en un problema de Salud Pública lo que en principio quería ser una solución al incipiente estado de desarrollo del Sistema Público de Salud en dicho país.

El corpus principal de dicha investigación se ha desarrollado en Malí entre enero de 2002 y junio de 2004⁴, en las zonas de dicho país con mayor éxodo hacia Europa: los poblados soninké de la región de Kayes⁵. Y en especial, en el área sanitaria que en 1994 fuera elegida como centro de salud rural test de la actual política sanitaria: el de Dramané⁶.

Cabe recordar cómo dicha investigación fue igualmente fruto

¹ Esta ha dado lugar a la tesis doctoral en Antropología de la Medicina que titulada "Inmigración, medicalización y cambio social entre los soninké: el caso de Dramané (Malí)", obtuvo el Premio Extraordinario de Doctorado 2006-2007 de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona (España).

² Hace referencia al conjunto de actividades que el entorno social, formal o informal, pone en marcha para ayudar a una persona en situación de desgracia o enfermedad.

³ En el seno del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INRSP), bajo responsabilidad del Dr. Kanté.

⁴ Situada al oeste de Malí, es la región que cuenta con mayor presencia soninké.

⁵ Entre 1992 y 1993 en el Departamento de extranjeros de Cruz Roja-Bilbao y entre enero de 1994 y febrero de 1996 en la Asociación de inmigrantes africanos "Afrovasca". Una vez finalizada la investigación y de regreso a Europa en julio de 2004 se ha continuado colaborando con dicha población a través de diversas asociaciones ("Viceversa" y "Benkadi") e investigaciones universitarias (UPV-EHU y IRD-Malí).

⁶ Se emplearon principalmente técnicas cualitativas: historias de vida, entrevistas, grupos de discusión y en especial la observación participante, residiendo durante dichos años en concesiones soninké de cada uno de los escenarios de la investigación.

de múltiples cuestionamientos surgidos en nuestra práctica profesional previa como trabajadora social dedicada a la acogida de migrantes subsaharianos desde 1992 en España⁷, continuada en Francia desde 1996 y completada por dos estancias previas en Malí (1999 y 2001).

1. Material y métodos

Uno de los elementos claves para la correcta comprensión de la problemática abordada ha sido la estrategia metodológica empleada. Una metodología cualitativa⁸ que se desplazó entre Malí y París, entre al ámbito rural y el urbano, como las rutas migratorias de sus miembros. Se optó así por una investigación itinerante desarrollada en cada uno de los escenarios locales que intervienen en el itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria en estudio: Dramané y su área de influencia sanitaria y religiosa constituida de los poblados de Makhadougou, Makhalararé y Toubaboukané (sedes del poder político y judicial del Reino de Gadiaga⁹), Kayes (nivel secundario y capital regional), Bamako (tercer nivel y capital nacional) así como el área metropolitana de París (principal lugar de residencia al extranjero). Sus protagonistas: la población soninké de dicho área sanitaria y sus parientes inmigrantes en Europa, el sistema sanitario maliense, sus responsables y agentes sociosanitarios, así como los diversos agentes de la cooperación internacional.

El ejemplificar históricamente las interacciones habidas entre sistemas médicos locales y y exo-sistemas, así como el poder mostrar en qué medida los itinerarios terapéuticos a nivel local se ven influenciados por los discursos, prácticas, intereses y/o decisiones de diferentes actores globales y en especial por las de los miembros de dichas comunidades en exilio, ha de proporcionarnos pistas de reflexión sobre el devenir, posible articulación y condicionantes de las recientes acciones de cooperación sanitaria que los actores del desarrollo así como los migrantes subsaharianos presentes en España, han comenzado a desarrollar en dicho país. La experiencia francesa, en la que como veremos la migración maliense de etnia soninké data de casi un siglo y en el que dichas acciones de cooperación y/o codesarrollo se vienen realizando desde hace décadas, puede aportarnos pistas de reflexión para futuras acciones y políticas de cooperación y/o codesarrollo, así como del rol que han de jugar los diferentes actores implicados. Esto resulta especialmente pertinente si tenemos en cuenta que la comunidad científica internacional estima que la etnia soninké es la que simboliza en Europa "más fuertemente las migraciones de mano de obra provenientes del sur del Sahara"¹⁰.

⁷ Los soninké fundaron hacia el año 300 d.c. la primera entidad política de la Región del Alto Senegal-Níger: el Imperio de Wagadu. La dispersión del Imperio en el siglo XIII dio lugar a una oleada de migraciones forzadas hacia el sur (incluida la zona aquí en estudio), mezclándose con otros pueblos. Algunos de los clanes reinantes al desplazarse hacia el valle del río Senegal consiguen fundar nuevos reinos autónomos como es el caso *del Gadiaga*, gobernado por el clan dinástico guerrero de Bathily desde fines del siglo VIII.

⁸ BAROU, Jacques, "Les soninké d'hier á demain" en *Hommes & Migrations*, nº 1131, 1990, ps. 9-12.

⁹ Entendemos por sistemas médicos un conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y sus problemas asociados así como el conjunto de prácticas y especialistas específicos asociados para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención.

¹⁰ El clan Dramé-Kandji, se considera descendiente directo del profeta Mahoma e islamizadores del África Occidental.

2. Desde el pasado: Interacciones entre actores y sistemas médicos locales y globales.

Como toda sociedad, la maliense, incluida la comunidad soninké aquí en estudio, ha dado respuesta en cada momento histórico concreto al infortunio a través de diferentes sistemas médicos¹¹. Actualmente coexisten, como veremos con mayor o menor hegemonía según los contextos, la biomedicina, la medicina tradicional africana animista y la de tradición árabe-musulmana. En todos ellos, independientemente de las etnias y de si se trata de un medio rural o urbano, el grupo primario continúa siendo el núcleo por el que pasan obligatoriamente todos los procesos de salud/enfermedad/atención, constituyendo la auto atención un fenómeno estructural.

Ahora bien para comprender la mayor o menor hegemonía de uno u otro sistema médico es necesaria su ubicación histórica poniendo especial énfasis en las dinámicas habidas entre lo local y lo global. Interacciones que nos desvelan cómo a través de los siglos, las concepciones, discursos y prácticas locales en torno a la salud han sufrido el impacto de ideologías/sistemas sanitarios externos que han venido a imbricarse-ver imponerse, sucesivamente hasta la situación actual de hegemonía biomédica en la zona en estudio. Pero veamos cómo se han dado en el pasado dichas interacciones entre lo local y global.

2.1. La medicina tradicional animista versus la árabe-musulmana

El sistema médico popular de tradición africana-animista, conocido entre los soninké como "el camino de las cabezas negras" (*Imma mbinne nkille*) constituiría el sistema médico más antiguo identificado en dicha comunidad. Éste emanaría del saber popular, transmitiéndose secularmente por vía oral. Su visión holística busca la promoción global de la persona en un sistema conceptual en el que la salud no es sólo individual sino que supone un equilibrio con la comunidad presente y con la de los difuntos. La enfermedad aparecería así como consecuencia de la ruptura del orden social y cósmico. El especialista es el curandero cuya terapéutica se basa en la fitoterapia asociada a la geomancia.

Este sistema local durante siglos hegemónico entre los soninké, incluido el área sanitaria de Dramané aquí en estudio, se vio obligado a interactuar en dicha zona a partir desde finales del s. XIII con un nuevo sistema médico: el de tradición musulmana o camino del Corán (*Al Qorane nkille*) introducido al mismo tiempo que el Islam, ideología globalizadora que llega al Reino de Gadiaga de la mano del clan de marabúes Dramé Kandji¹². Dicho clan vino a instalarse en los terrenos ocupados por los reyes del Gadiaga residentes en el actual Makhadougou, quienes siendo animistas optaron por convertirse al Islam, y deseando contar con la presencia del clan marabútico Dramé Kandji les otorgaron los terrenos que ocupa el actual poblado de Dramané. La profunda y antigua islamización de esta zona, ver de la región de Kayes, trajo consigo todo un conjunto de saberes, prácticas y terapéuticas asociadas, acompañadas de un rechazo de las anteriores consideradas como profanas. Esta tradición de carácter urbano nacida en Oriente Medio se fue transmitiendo tanto por vía oral como escrita, teniendo sus principales "centros

¹¹ La concreción de ésta puede ser en dinero o en especies: una gallina, un cordero, una cabra...

¹² DAUM, Christophe, *Contribution des immigrés au développement de leur pays: le cas des Maliens de France*. Ed. OCDE, Paris, 1995, p. 191.

transmisores” en las escuelas coránicas y medersas que atraviesan los poblados de la zona y en especial Dramané. Sus representantes, los marabúes (*moodi*) curan a través del Corán u otros textos del profeta, utilizando igualmente la fitoterapia. Esta medicina, que no excluye recurrir a los antepasados y a los genios, fue fácilmente aceptada gracias a su fundamentación y a su capacidad para imbricarse con un sistema médico anterior que tenía igualmente un carácter global e integrador.

En ambos sistemas médicos la remuneración de las prestaciones ofertadas equivale a un don. El enfermo no está obligado al pago, como en la biomedicina, si bien puede agradecer al especialista sus servicios a través de una ofrenda¹³ “cuya naturaleza y montante no son negociados de antemano y aún menos fijados de forma convencional, pero sí dependen de la reputación y del estado de fortuna del paciente”¹⁴.

2.2. Sistemas tradicionales versus una incipiente biomedicina

Sin embargo, las poblaciones musulmanas no serían las últimas en venir a instalarse en la zona en estudio. En efecto, ni la sociedad maliense, ni el reino soninké del Gadiaga ni los poblados del área en estudio han evolucionado en el aislamiento. De hecho, constituyen un lugar estratégico a nivel geográfico y comercial desde la Antigüedad habiendo determinado su emplazamiento el rol capital que jugaron en la penetración comercial y militar de los franceses en el antiguo Sudán francés (actual Malí)¹⁵. Es así que la llegada en el siglo XVII de los primeros europeos a la zona amplió este mosaico terapéutico con el conocido como “camino de las cabezas blancas”: el *Imma toubabou nkille*. Las fuentes históricas señalan que el 1 de septiembre de 1698, Brue, director de la Compañía francesa de Senegal, llegó a Dramané, y fundó en Makhalagaré el primer fuerte del Sudán francés que pasaría a ser dirigido por un monje llamado Appollinaire que “era igualmente cirujano”¹⁶. Kayes, al ser la puerta de entrada de los franceses y primera capital nacional, se benefició de las primeras estructuras biomédicas. Así, el primer dispensario creado en el país (1883) es el actual Hospital Regional de Kayes.

Este nuevo sistema médico traído por los colonizadores quedó reservado hasta el fin de la colonización a las tropas, colonos y misioneros. Entre la población local se trataba únicamente de prevenir las grandes epidemias. En los 50’ la metrópoli puso en marcha puestos de salud fijos en el resto de capitales regionales, así como una medicina móvil para hacer frente a la peste, la fiebre amarilla y el tifus que minaban las posibilidades de que la población local pudiera seguir siendo empleada como mano de obra. Y sin embargo, “mientras la medicina institucional, fruto de la historia colonial (...) fue rápidamente desvalorizadora y a la defensiva, la investigación universitaria y el medio farmacéutico y

¹³ La región de Kayes fue la puerta de entrada de las primeras incursiones europeas en la zona realizadas por exploradores ingleses y alemanes (Houghton, Mungo Park, Gordon Laing,...) datando la primera de 1687. Tras ellos llegaron los franceses cuya penetración tenía carácter comercial (en busca de goma arábiga, oro, caucho, sal, cacahuetes, cereales, algodón y esclavos) y militar (ruta directa hacia Senegal y Níger).

¹⁴ DELAFOSSE, Maurice, *Haut- Sénégal -Niger: Le pays, les peuples, les langues*. Paris: Ed. Maisonneuve & Larose, Paris, 1912.

¹⁵ BARGES, A. “Entre conformismes et changements: le monde de la lèpre au Mali” en BENOIST, J. (éd) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Ed. Karthala, Paris, 1996, ps. 281-313.

¹⁶ MSPAS, *1^{er} Séminaire de la Santé Publique et des Affaires Sociales*. Bamako, 1964, p.113.

médico no leprólogo (salud pública) deseará de su lado, desde los años 1940, aliarse a los conocimientos locales”¹⁷.

2.3. La progresiva institucionalización del sistema biomédico

Tras la independencia, los diferentes gobiernos, socialistas o capitalistas, optaron por favorecer la institucionalización de la biomedicina. El camino de las cabezas blancas encontró así un aliado privilegiado en un Estado independiente, en vías de progresiva democratización y descentralización. Sin embargo su “mayor factor de riesgo” vendría del exterior.

En primer lugar el régimen socialista de Modibo Keita (1960-1968) apostó por el desarrollo de un sistema biomédico de carácter gratuito contando para ello con el apoyo ideológico y financiero del bloque soviético que empleaba durante la Guerra Fría su política de cooperación, incluido la sanitaria, como estrategia de influencia. Es así que el sistema biomédico es institucionalizado en 1960 a través de la creación del Ministerio de la Salud viendo un año más tarde luz el I Plan Quinquenal de Desarrollo 1961-1965¹⁸. Mientras, la política maliense se inspiraba en el programa de la OMS “de utilización oficial de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud de los países en desarrollo”. Sin embargo la situación socioeconómica catastrófica, lleva a su presidente a aceptar en 1967 el que sería el I Plan de ajuste Estructural (PAE) de la historia maliense. Un nuevo agente global haría así su entrada en el sector salud: el FMI. Actor global una de cuyas primeras medidas sería obligar al Estado maliense a reducir gastos sanitarios.

En 1978, durante la dictadura capitalista del General Moussa Traore (1968-1990), 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)¹⁹. La gratuidad de épocas anteriores desaparece en lo que respecta a las consultas, sólo los medicamentos se mantienen gratuitos. Paralelamente, y desde 1974, los terapeutas tradicionales comienzan a organizarse en asociaciones ²⁰ y en 1978 Malí adopta la declaración de Alma Ata que recomienda la inclusión de los sistemas popular y tradicional en las políticas farmacéuticas nacionales.

En 1982, el FMI impone nuevos recortes sanitarios especialmente en el sector de la salud femenina e infantil²¹. Paralelamente un nuevo actor global va imponiéndose, el Banco Mundial (BM), quien decide ayudar para la reforma del sistema de salud estableciendo como condición un aumento de la participación comunitaria, que habría de traducirse en el

¹⁷ Este último establece por primera vez la actual noción de área sanitaria, que reagrupa de 6 a 10 poblados cubriendo una población de entre 8.000 y 10.000 habitantes.

¹⁸ KEITA, A. y DOUMBIA, O., *La médecine traditionnelle*. Ed. Centre Djoliba, Bamako, 1990.

¹⁹ AG IKHANE, A., KADJOKE, M., CAMARA, I., CAMARA, M., *La Santé Communautaire au Mali: Aspects juridiques, réglementaires et Economie Politique*. Ed. ORSTOM, Bamako, 2000, p.12.

²⁰ KANTE, N., NIANGALY, A., AGNOU, A., *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*, Ed. INRSP, Bamako, 1999, p.5.

²¹ Ésta tiene como objetivo principal la re-dinamización de la Atención Primaria, a través de la mejora de la accesibilidad geográfica y financiera de la población a los sistemas sanitarios

pago por parte de la misma del 50% de su coste. Forzado por los PAE, el Estado suspende el pago de los salarios de los funcionarios, provocando el “abandono o muerte de las formaciones sanitarias existentes”²². El sistema biomédico veía de nuevo tambalear sus cimientos institucionales gracias a la intervención de dichos agentes globales.

En 1983, tiene lugar la 37 reunión de la OMS en Bamako en la que se adopta la conocida como Iniciativa de Bamako²³, no adhiriendo Malí hasta 1988. En 1984, el gobierno pone en marcha una reforma farmacéutica centrada en la utilización de los medicamentos genéricos, contando con el apoyo de UNICEF que decide aprovisionar los puestos de salud de las regiones de Koulikoro y Mopti. Por primera vez en la historia maliense, diferentes organismos de cooperación bilateral así como ONGs deciden desarrollar proyectos sanitarios por todo el país repartiéndose el país entre las diferentes agentes externos: la cooperación holandesa en Ségou, la suiza en Sikasso, la canadiense en Koulikoro, EEUU en Macina, Médicos del Mundo en Mopti y Médicos Mundi en el Norte del país. Asimismo el Banco Mundial pone en marcha el conocido como Proyecto KBK para el desarrollo sociosanitario de las provincias de Bafoulabe, Kita y Kenieba pertenecientes todas ellas a la Región de Kayes²⁴.

En una de cal y otra de arena, paralelamente a dicha presencia creciente de la cooperación multilateral, bilateral y del sector de las ONG, el FMI obliga al Gobierno Maliense a generalizar el citado Sistema de Recubrimiento de Costes. La región de Kayes se beneficia de nuevo de la atención de los países donantes: el Fondo Europeo para el Desarrollo pone en marcha un proyecto de nuevo en la Región de Kayes, en las provincias de Niore y Diema. Sin embargo, la situación económica del país no deja de empeorar, lo que lleva al gobierno maliense a renegociar un nuevo PAE con el FMI. Fruto de él una nueva ola de privatización (bancos, sociedades y empresas estatales) recorre el país, que ve fuertemente reducido el número de funcionarios sanitarios.

Sin embargo la población deseosa –al menos en el ámbito urbano- de acceder a la biomedicina, pero consciente de la catastrófica situación sanitaria y de las limitadas capacidades de su gobierno, comienza a organizarse y en 1989, sin intervención estatal pero con fondos de la cooperación francesa, pone en pie la primera Asociación de Salud Comunitaria del país²⁵, y el primer Centro de salud comunitario. El sistema biomédico encontraba así uno de sus mejores aliados en la población local.

Mientras, en 1990 el Gobierno maliense adopta la “Declaración de Política Sectorial de Salud y Población” aún vigente en la actualidad y que sirve de marco para los diferentes planes, proyectos y estrategias de desarrollo socio-sanitarios desarrollados desde

²² INRSP, *Projet de recherche multidisciplinaire sur l'usage rationnel des médicaments: Rapport technique de l'enquête pre-test*. Ed. INRSP, Bamako, 1993, p.4.

²³ Dicha asociación denominada ASACOBA está situada en uno de los barrios más desfavorecidos de la capital: Banconi.

²⁴ Como bien se indica en su preámbulo, dicha declaración se enmarca en el seno de la Constitución, las diferentes políticas anteriores, la realidad sociocultural maliense, el concepto de universalidad, la descentralización y las directrices de la OMS.

²⁵ *Arrêté Interministériel n°4-5092*

entonces²⁶. Dicha declaración basada en la lógica de la *Atención Primaria de Alma Ata* y en la Iniciativa de Bamako institucionaliza al sistema biomédico como el hegemónico aun cuando los sistemas animistas y árabo-musulmán sigan presentes.

Con el fin de evaluar la viabilidad de dicha Declaración, el gobierno maliense crea, gracias a la movilización de múltiples fondos especialmente del Banco Mundial, un proyecto de transición, el Proyecto Salud, Población e Hidráulica Rural-PSPHR. Dicho proyecto se experimentará en tres regiones: Kayes, Ségou et Mopti. En él se amplía la participación comunitaria a la construcción y mantenimiento de los centros de salud.

El gobierno de transición de A. A. Touré (1991-1992), y posteriormente los gobiernos democráticos de A. O. Konaré (1992-2002) y A. A. Touré (2002-?) adoptan dicha Declaración y continúan con la ejecución del citado PSPHR. Es en 1994 que por primera vez se legislan las condiciones de creación y gestión de los Servicios Socio-sanitarios provinciales, municipales y de los CSCOM-Centros de salud comunitarios²⁷. En el mismo año, el gobierno maliense decide analizar su viabilidad, mediante la puesta en marcha de centros de salud piloto en el seno de las citadas regiones de Kayes y Ségou. Tres son los elegidos en Kayes: Kayes N'di y Kayes Khaso situados en la ciudad del mismo nombre y uno emplazado en medio rural, el de Dramané. En dicho año el Gobierno maliense se ve obligado a aceptar un nuevo PAE del FMI provocando una devaluación del fcfa del 50 % y con ello entre otros un menor poder adquisitivo de la población.

El PSPHR tomó fin en 1998 dando paso al Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y Social-PDDSS (1998-2007), que conforma el marco actual de la política sociosanitaria y que ha sido operacionalizado a través del Programa de Desarrollo Socio Sanitario conocido como PRODESS. El PRODESS, adoptado por el Gobierno maliense el 10 de junio de 1998, no pudo ser lanzado hasta marzo de 1999, previa presentación y acuerdo de los países donantes que iban a financiar 78 de los 193 millares de fcfa previstos (40.41% de su presupuesto) para su puesta en marcha²⁸. Esta ayuda exterior resultaba imprescindible para un país que a pesar de los PAE (o quizás gracias a ellas) veía su situación económica empeorar alcanzando la deuda exterior en 1998 el 114% del PIB[□]. Una II Fase del PRODESS dio inicio en el 2003 retrasándose su finalización para este año 2009.

Asimismo y a pesar de que el PRODESS, así como gran parte del apoyo externo, se centra en el desarrollo del sistema biomédico en Malí, se tratará en todo momento de integrar los restantes sistemas médicos tradicionales. Es así que el PRODESS previó la apertura de establecimientos especializados en Medicina Tradicional así como la valorización

²⁶ MS, DAF, *Présentation de la DAF du Ministère Santé. Comité de Suivi*. Ed. MS, Bamako, 2003, p.3.

²⁷ M.D.S.S.P.A., ODHLP, PNUD, BM, *Aide, endettement, pauvreté. Rapport national sur le développement humain durable 2000*, Ed. PNUD, Bamako, 2001, p.45.

²⁸ En él se realiza 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, mejora del control de calidad, y adiestramiento en medicina tradicional. Los medicamentos tradicionales mejorados denominados MTA producidos en el Departamento de Medicina Tradicional del INRSP forman parte de la lista nacional de medicamentos esenciales: *Hepatisane* (antihepatitis), *Malarial* (antipalúdico), *Balimbo* (contra la tos) y *Cacia Laxa* (antidiarreico).

de las prácticas no dañinas y eficaces, contando el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública-INRSP con un Departamento de Medicina Tradicional que es un centro colaborador de la OMS reconocido por la Unión Africana[□].

3. Desde el presente: multiplicación de los actores.

Iniciado el s.XXI la biomedicina está presente en todo el país con mayor o menor hegemonía, y estructurada en una doble vertiente. Por un lado, el Estado trata de desarrollar en el medio urbano vistos sus limitados medios, un sucedáneo de modelo de tipo hospitalario; y por otro, en el medio rural, un sistema centrado en la atención primaria. Y todo ello en base a la actual pirámide sanitaria compuesta de tres niveles:

- En cada poblado o barrio urbano, los Centros de Salud Comunitarios (CSCOM) se ocupan de la atención primaria de una población de alrededor 10.000 habitantes.
- En cada capital provincial o distrito urbano, los Centros de salud de Referencia (CSREF) se encargan de la atención especializada
- El tercer nivel es cubierto por los Hospitales Regionales y Nacionales

En todos los niveles la terapéutica se apoya en los genéricos y, de modo subalterno, en los medicamentos tradicionales. Hospital, tecnología y medicamentos vertebran un proceso de creciente hegemonía de la biomedicina a pesar de la valorización, reglamentación e incluso institucionalización de las prácticas tradicionales.

Sin embargo, más allá de dicha interacción “institucionalizada” entre sistemas médicos se observa una clara desigualdad territorial en cuanto a discursos, acceso y desarrollo de la biomedicina según las regiones. Desigualdades en clara relación con el mayor o menor contacto o presencia con los actores de la cooperación internacional y en especial de los inmigrantes provenientes de dichas zonas.

Es así que en la actualidad en casi todo el país, y en especial en las zonas rurales, los sistemas médicos locales (tradicional o musulmán) continúan siendo el primer recurso al que la población acude en caso de enfermedad. Sin embargo nuestra investigación vino a mostrar cómo dicha opción más que fruto de una ideología se debe a menudo a razones de accesibilidad financiera y geográfica, ya que en caso de tener suficientes recursos y cercanía, la población optaría por la biomedicina.

Paralela y paradójicamente, junto con Bamako la región de Kayes ha sido testigo de cómo el citado proceso de medicalización además de acompañar la evolución de la capital regional, se desarrolla con fuerza inesperada en las zonas rurales de mayoría soninké y/o en aquellas con mayor presencia de ONGs u otros actores internacionales (UNICEF, etc.). Kayes, capital de la región homónima, resulta ser tras la capital del país, la ciudad con más estructuras biomédicas de Malí²⁹, tanto privadas como públicas. Asimismo cuenta con el

²⁹ En 1997, Kayes contaba con el 17, 93% de los centros de salud existentes en el país. Tras Mopti, era la región con mayor número. CPS, *Cartes sanitaires du Malí*. Documento interno, Bamako, 1997, p. 1.

único servicio hospitalario de lujo existente en el país, que situado en el ya citado Hospital Regional, nació a demanda de los inmigrantes que reclamaban para sus parientes “una atención de verdad, como en Francia, con habitación individual, aire acondicionado, fax y televisión”. Demanda satisfecha gracias al apoyo de la cooperación bilateral italiana.

Sin embargo en la región, la cooperación internacional se traduce sobre todo en la construcción y gestión directa de centros de salud rurales o en donaciones de medicamentos. Su presencia favorece así la expansión de la biomedicina en lo local, aun cuando como veremos a menudo no siempre se haga conforme a las directrices dictadas por la política sanitaria maliense.

El otro actor clave –aunque a menudo olvidado– en la expansión del “camino de las cabezas blancas” son los inmigrantes. Su intervención es múltiple: de modo individual costean los gastos de salud de su red familiar y deciden sus itinerarios terapéuticos optando mayoritariamente por la biomedicina. De modo colectivo, financian desde los años setenta campañas de vacunación, realizan donaciones de medicamentos o costean la construcción y mantenimiento de centros de salud en sus poblados, a través de lo que ha venido en llamarse codesarrollo. Así, el primer centro de salud maliense financiado por los inmigrantes, se encuentra en la región de Kayes y data de 1976, el de Dramané de 1992, situándose “el año medio de realización en 1987”³⁰.

Pero los flujos asegurados por los inmigrantes (y expatriados) no son únicamente materiales sino también de ideas. Estos favorecen la expansión de la biomedicina a nivel simbólico, al aportar toda una serie de representaciones relacionadas con los procesos de salud/enfermedad/atención. Es así que los inmigrantes durante sus vacaciones en el poblado de origen, o los expatriados que visitan el medio rural (cooperantes, investigadores, amigos), llegan con sus propias concepciones y experiencias del sistema biomédico propio de un país occidental desarrollado. Asimismo viajan con ellos sus mejores “representantes”: los medicamentos, generalmente en especialidad, que muestran con orgullo y reparten entre la población en un gesto altruista. El mito de que “el camino de las cabezas blancas” es el mejor, de que los médicos, la tecnología y los medicamentos “nacidos” y “vestidos” en Occidente (véase las especialidades en caja) tienen un mayor poder, además de la actual posición hegemónica de los inmigrantes³¹ en el seno de dicha estructura social, facilitan la asunción de las representaciones de la biomedicina entre sus parientes subordinados (ancianos, jóvenes y mujeres del poblado), quienes las interiorizan desde su posición subalterna como “*lo que debe ser un sistema sanitario que puede sanar*”. Dicha eficacia y prestigio es aún mayor cuando se ven involucrados agentes de Occidente: ONG diversas, cooperación descentralizada, gobiernos regionales, ayuntamientos y/o empresas varias.

Pero veamos dicho impacto a través de dos ejemplos concretos: los de los centros de salud comunitarios de Dramané y su vecino Gakourá.

³⁰ DAUM, C., *Contribution des immigrés au développement de leur pays: le cas des Maliens de France*. Ed. OCDE, Paris, 1995, p. 25.

³¹ Tradicionalmente cada concesión, que constituye una unidad de residencia, producción, consumo y reproducción, es dirigida por el hombre de más edad. Sin embargo, los jóvenes al emigrar pasan a asegurar la supervivencia de la concesión e incluso protagonizan la toma de decisiones.

4. Dos casos de articulación de lo global con lo local: Los centros de salud de Dramané y Gakourá.

En 1989, la asociación de migrantes de Gakourá³², con el apoyo de un grupo de ciudadanos franceses, financió la construcción del actual dispensario, maternidad y depósito farmacéutico. Contaron igualmente con la asesoría técnica de un doctor alsaciano y con el apoyo de la embajada de Francia en Bamako a la hora de 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.

El impacto de la construcción del dispensario de Gakourá con apoyo “de los toubabou, de los blancos” fue tal en la zona, que los otros poblados de su área histórica de influencia (Sobokou, Gousela, Tafasirga, Dramané, etc.), trataron de copiar su idea. En el caso que aquí nos ocupa, no es hasta 1992 que los migrantes de Dramané consiguieron ponerse de acuerdo y reunir el dinero necesario para levantar una primera maternidad y dispensario en arcilla, recayendo la mano de obra en el poblado. Este primer dispensario, construido sin ningún tipo de apoyo de la sociedad de acogida, fue el embrión del actual centro de salud. En el momento de su apertura se contrató un enfermero y una matrona en cuya búsqueda participaron los responsables sociosanitarios de Kayes.

Ambos centros de salud desarrollaban de modo independiente sus actividades cuando en 1994, las autoridades sociosanitarias de Kayes les contactaron con el fin de proponerles el convertirse en el primer centro rural test de la citada política sociosanitaria que habría de ponerse en marcha en el país en 1998. Dicha adhesión fue discutida en cada poblado así como en exilio entre los inmigrantes. Sólo Dramané decidió aceptar su institucionalización a pesar de que las autoridades sanitarias consideraron en todo momento más idónea la elección de Gakourá ya que sus instalaciones y personal eran más adecuados.

El nombramiento de Dramané como centro de salud rural piloto de la política sanitaria nacional permitió la construcción en diciembre de 1994 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 gracias a UNICEF la primera dotación de medicamentos genéricos y vacunas. Asimismo se comprometió a asumir la formación continua del personal. Los salarios y los costes de mantenimiento del centro serían pagados por la población, es decir en la mayoría de los casos, por los migrantes. Estos optaron en 1996 por contratar a un médico como en Gakourá, aun cuando la política sanitaria prevé un enfermero. A fecha

³² Los protagonistas de nuestra historia, Dramané y Gakourá, son dos poblados soninké situados en la Región de Kayes, y más concretamente en la provincia del mismo nombre. Aún cuando distan entre sí únicamente 16 Km., el río Senegal ejerce de frontera natural, y les sitúa históricamente en dos reinos soninké interdependientes y en numerosas ocasiones rivales: el de Gadiaga y Guidimakha. Dramané constituye desde el s. XIII, la capital religiosa del Gadiaga. De su lado, Gakourá ha ejercido como centro político del Guidimakha desde el mismo siglo. En la actualidad, ambos poblados dependen administrativamente del municipio rural de Kemene Tambo, con sede en Ambidedi. Según el último censo realizado en Malí, Dramané contaba con una población de 3.766 habitantes y Gakourá con menos de la mitad: 1.596. Ambos poblados poseen una larga tradición de migración hacia Francia. El primer inmigrante de Dramané llegó a la región metropolitana de París en 1946, la primera mujer en 1973, fruto de la reagrupación familiar. En el caso de Gakourá el éxodo masculino hacia la metrópoli comenzó en 1939, el femenino en la década de los 70.

de septiembre de 2009, y desde el 2004, el puesto es ocupado por un enfermero al ser altamente costoso pagar un médico.

En la actualidad, los centros de salud de Gakourá y Dramané continúan en funcionamiento y son conocidos -y reconocidos- en Francia como ejemplos exitosos de solidaridad por parte de las ONGs así como de los migrantes.

El centro de Gakourá ha sido ampliado con un segundo edificio, un bloque operatorio, una sala de enfermería, una consulta para el médico, una maternidad equipada de un ecógrafo, un laboratorio de análisis y una sala de rayos X. El bloque de hospitalización cuenta con habitaciones equipadas de ventilador. En el centro se realizan intervenciones quirúrgicas y se prevé contratar próximamente un segundo facultativo. Su financiación se cubre a través del pago por la población de los actos médicos y de los medicamentos. Los inmigrantes contribuyen igualmente así como varios partenaires franceses, entre ellos, la ONG "Aide Médicale et Développement", la Mutua de Seguros "La Mutualité Française" y el Gobierno Regional de Alsacia. Son igualmente habituales las donaciones de medicamentos en especialidad procedentes de Francia. La formación continua es asegurada por otra ONG francesa "Santé-Sud" y son numerosos los alumnos en prácticas de enfermería de la Facultad de Medicina de Brest (Noroeste de Francia) que se desplazan hasta Gakourá.

En lo que respecta a Dramané, 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, aún cuando no contaban con el acuerdo de las autoridades sanitarias, consideraban inconcebible el hospitalizar hombres y mujeres en un mismo bloque, "sobre todo cuando Gakourá tiene bloques separados. Además, el Islam no lo permite". Conforme a la legislación, en el centro sólo se venden genéricos aun cuando a menudo los inmigrantes aportan especialidades que son revendidas a precio de su equivalente en genérico. Si bien el personal sanitario reclama desde 1996 la construcción de un laboratorio éste aún no ha sido realizado. Mientras, la población insiste en la necesidad de un ecógrafo como en Gakourá "*para poder hacernos muchas fotos durante el embarazo*" y "*mejor todavía un scanner como nuestros parientes en París*". Los migrantes se encuentran a la búsqueda de un posible donante en Francia pues las autoridades sanitarias consideran improcedente tal equipamiento a éste nivel (la política sanitaria prevé equipar con ecógrafo, no poblados que como Dramané carecen de electricidad, sino a los servicios provinciales, regionales y nacionales). Varios hospitales y ONGs de la región de París están evaluando dicha posibilidad "*vista la exitosa experiencia de Gakourá*", que incluso ha sido objeto de una exposición en el Festival Internacional 2006 "*Visa pour l'Image*" de Persignan. Mientras, las mujeres de la Asociación de Dramané residentes en Paris están barajando la posibilidad de construir un hospital rural, sin concertación alguna con las autoridades sanitarias ni con los hombres del poblado...

Paralelamente, en el área sanitaria de Dramané, la medicina tradicional animista se habría visto relegada a episodios no graves de determinadas afecciones (dermatitis, infertilidad, roturas) y ciertos linajes del área sanitaria de Dramané (Sacko, Tirera, Gakou) continuarían ejerciendo el rol de curanderos. De su lado, el camino sanador del Corán continuaría siendo empleado pero en caso de dolores menores (de cabeza, de estómago

o de muelas) o procesos febriles (paludismo, neumonía). Dramané continúa siendo en la actualidad un centro musulmán³³ de gran reputación residencia de numerosos marabúes (linajes Dramé, Yatabaré, Sawané) famosos por conocer las “propiedades terapéuticas” del Corán aunque no logren “desbancar” a la biomedicina y aún menos al rostro de la misma que ofrecen Gakourá o la capital del país.

5. Un actor local inesperado: El sistema cultural soninké como favorecedor del sistema biomédico.

Pero nuestra investigación vino a mostrar igualmente como el propio sistema cultural soninké y el impacto sufrido por el fenómeno estructural de las migraciones estarían favoreciendo igualmente la creciente hegemonía biomédica en la zona y sin embargo desplazando al CSCOM de Dramané como recurso terapéutico.

Es así que la búsqueda de prestigio social y las prácticas ostentatorias, motores de la cultura soninké, encuentran un terreno idóneo de puesta en escena en torno a la biomedicina favoreciendo a su vez su uso. El dinero obtenido en el extranjero por los migrantes es reinvertido en indicadores de prestigio de muy diferente naturaleza. Los parientes aún residentes en el poblado (ancianos y mujeres) materializan tal prestigio yendo a hacerse tratar no el centro de salud del poblado sino en el sector biomédico privado, si es posible en Gakourá, o mejor aún, en la clínica más cara de la capital y comprando medicamentos en especialidad. Mientras los oriundos del poblado residentes en Bamako, lo logran poniendo en práctica otro valor fundamental, la solidaridad, a través de su hospitalidad con los enfermos³⁴. Finalmente los residentes en Francia (ver en Europa) lo actualizan mediante la ya citada asunción de los gastos de salud de sus parientes enfermos, o mediante las acciones de codesarrollo tratando de construir en el poblado no sólo un centro de salud, sino mejor todavía, un hospital, si es posible más grande y mejor equipado que el de los poblados rivales. Y esto es lo que estaría ocurriendo en Dramané. Como nos testimoniara el impulsor de dicho centro sanitario, el reconocido marabú El Hadji Almami Dramé, “Dramané no podía ser menos que Gakourá, nosotros también somos capaces de tener un hospital. Siempre hemos sido más importantes que ellos, somos los grandes marabúes de Dramané. Y la inmigración no va a cambiar eso”.

Asimismo nuestra investigación vino a confirmar la elevada presencia en la capital del país de enfermas del área sanitaria de Dramané en edad de procrear. Su perfil epidemiológico³⁵ unido al hecho de que su presencia era mayor durante la estación seca así como la ausencia de Kayes, nivel intermedio de la pirámide sanitaria, en sus

³³ Los poderes de los marabúes de Dramané son conocidos en todo Malí así que a nivel de la subregión. Son numerosos los creyentes de Senegal o Mauritania que se desplazan hasta el poblado para recibir ayuda en torno a todo tipo de infortunios: infidelidad, muerte, pobreza e incluso sobre cómo ganar las elecciones o “encontrar el camino hacia Europa”.

³⁴ 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 que se encuentran de paso hacia el poblado

³⁵ La mayoría de las enfermas entrevistadas se habían desplazado hasta la capital por afecciones que podrían haberse tratado en el centro de salud de Dramané: dolores de cabeza, de vientre, paludismo, infecciones respiratorias,...

itinerarios terapéuticos, reforzaban la hipótesis de un posible uso social del camino de las cabezas blancas. De nuevo la comprensión de dicho fenómeno no nos fue posible hasta que consideramos las desigualdades existentes en el seno de la estructura social soninké, en dónde las mujeres ocupan la posición más subalterna. Situación que el fenómeno migratorio habría venido a agravar. Dicho éxodo terapéutico pro biomedicina al mismo tiempo que confiere prestigio a las mujeres (como a los ancianos y jóvenes), las liberaría de sus roles habituales. Con la inmigración y las sequías, las cargas agrícolas habrían variado y la participación de la mujer sería mayor. Lo mismo ocurriría con las labores domésticas, que habrían aumentado. La mujer no es autorizada a salir del poblado más que para visitar a su familia, seguir un tratamiento médico o acompañar a un enfermo. En cambio, si cae enferma, su marido le enviará dinero para comprar medicamentos y poder desplazarse a la capital en donde debido a su enfermedad se verá exenta de trabajar. A su vez la ideología igualitaria del sistema poligínico soninké no dejaría a la mujer otra solución para diferenciarse de su/s coesposa/s, y ganar así los favores del marido, que “enfermar”. En ocasiones, ciertas mujeres gastarían una parte del dinero enviado por el marido para los gastos de salud en la compra de ropa, joyas, tapices y utensilios de cocina “a la moda” con los que rivalizar con su coesposa y resto de mujeres.

La inmigración habría igualmente sumido a la mujer soninké en una situación de soledad e insatisfacción sexual prolongada, que el desplazamiento a Bamako podría hacer más llevadero. La prolongada ausencia del marido les impediría así mismo cumplir su función reproductiva ya que el tener hijos, y cuantos más mejor, es la principal fuente de reconocimiento social de la mujer en esta sociedad y suponen un “sistema popular de protección social” para el futuro. ¿Dónde encontrar una vía de escape a dicha situación de subordinación agravada por la inmigración? Enfermando. Y si es posible de una enfermedad que no pueda ser tratada en el centro de salud del poblado. Es por ello que muchas de ellas sufren de lo que los agentes sanitarios malienses han venido en calificar la “enfermedad de mujeres” cuyos principales síntomas son los dolores en el bajo vientre, cefaleas y/o incapacidad de quedarse embarazadas. Esta pertenece a un terreno, el reproductivo, propio de su sexo, y les permite un cierto margen de actuación ya que los hombres de los que dependen no osan “verificar” la realidad de dicho mal, no sólo por su posible falta de competencias médicas sino también por la constelación de tabúes que rodea en la ideología musulmana el ámbito de la sexualidad.

6. Efectos globales de las decisiones y prácticas locales.

Paradójicamente dichos flujos materiales (de dinero, medicamentos, material y tecnología médica) y/o de ideas en torno a los sistemas médicos, reforzadas por el sistema cultural, estarían poniendo en peligro la salud de los enfermos así como la del conjunto del sistema sanitario maliense.

De un lado, las numerosas donaciones (de medicamentos en especialidad, camas, ecógrafos, escáneres,...) recibidas gracias a la labor de los inmigrantes y/o Ongs en destino, no se corresponden a menudo con las necesidades del área sanitaria ni de los enfermos. Es así que las donaciones, consideradas por muchos en Occidente como un gesto altruista “para sitios en dónde como no hay nada todo es bueno”, pueden provocar serios problemas de salud pública. Son en todo caso habituales las situaciones de riesgo sanitario como

la evocada por el exmédico jefe de Dramané: “¿Cómo podemos erradicar las epidemias como la lepra o la tuberculosis si en cada familia encontramos cajas donadas de Rimifon que son consumidas a todo momento creando resistencias bacteriológicas?”³⁶ Otro ejemplo es el hecho de que en Dramané el personal sanitario se vea obligado a final de cada año a incinerar amplios contingentes de medicamentos genéricos con la consiguiente problemática ecológica.

De otro las “donaciones de dinero” que posibilitan el éxodo hacia Gakourá y en especial hacia la capital tienen como consecuencia la imposibilidad de realizar un seguimiento adecuado del enfermo. Así, durante nuestra investigación asistimos a varios casos de muerte en espera de recibir el dinero necesario para poder desplazarse hasta la capital o de poder obtener en Europa el medicamento en especialidad prescrito (pero en genérico) en el centro comunitario.

A su vez el citado flujo material y de ideas estaría amenazando la sostenibilidad de la totalidad del sistema sanitario maliense. La explicación habría que encontrarla en el modelo de financiación del sistema público, el citado Sistema de Recubrimiento de Costes. Si un centro de salud comunitario no es frecuentado, el sistema se bloquea pues son los fondos obtenidos a través del pago de los actos médicos y de los medicamentos los que permiten pagar al personal, abastecer la farmacia, realizar las campañas de vacunación o rehabilitar el centro.

Ejemplo de ello es el caso de Dramané en donde el éxodo terapéutico de los enfermos, y en especial de las enfermas, provoca un fenómeno de infrautilización que reduce los ingresos del centro, llegándose incluso a darse el caso de no poder pagar el salario del personal sanitario o hacerlo con retraso de más de tres meses al tener que esperar a que los migrantes envíen el dinero, lo cual afecta a su estabilidad e interés. Ante dichas dificultades, y a pesar de ser el centro de salud rural piloto, las autoridades sanitarias de Kayes llevan planteando su cierre desde 1998 ya que los responsables sanitarios nacionales, bajo presión del FMI y la BM, exigen un criterio de rendimiento. Cierre al que la comunidad se opone rotundamente intentando hacer frente mediante un aporte creciente de los migrantes así como buscando otras posibles fuentes de financiación, reclamando incluso al investigador el apoyo complementario de alguna ONG europea como en el caso de Gakourá.

La baja utilización del centro conlleva igualmente una menor prescripción de genéricos que unido a las donaciones recibidas o a la opción de poder comprar especialidades en Gakourá o en la capital, ha llevado a que desde 1996 el personal sanitario se vea obligado a final de cada año a incinerar amplios contingentes de medicamentos genéricos con la consiguiente problemática ecológica y riesgo sanitario para el poblado. Esto a su vez provoca una menor entrada de ingresos que en principio están destinados al abastecimiento del depósito de medicamentos, su mantenimiento así como al pago del salario del gerente del depósito de farmacia.

³⁶ MOUNKORO, Sina, *Impact des dons de médicaments dans la Région de Kayes*, Ministère de la Santé, DNSP, Bamako, 2000, p.6.

Mientras, centros como el de Gakourá se niegan a adherirse a la política sanitaria, pues ello supondría el tener que conformarse a su política de tarifas, así como de prescripción y/o dispensación exclusiva de genéricos (regida por el principio de accesibilidad financiera). Esto supondría una drástica reducción de sus ingresos y con ello del volumen de ganancias. Consecuencia directa sería el tener que rebajar el salario de su personal, razón por la cual, y según las autoridades sanitarias, el primer freno a la adhesión de Gakourá (o de otros centros financiados desde el exterior) ha sido desde su creación, su médico-jefe. Asimismo señalar que el centro de Gakourá, se niega a concertarse con las autoridades sanitarias a nivel de protocolos. Así por ejemplo, no respetarían el calendario de vacunaciones establecido por las autoridades sanitarias, ni reportarían al sistema de monitoreo y evaluación.

La situación resulta aún más preocupante si tenemos en cuenta que no sólo Dramané y Gakourá se encuentran en dicha situación, si no que existen otros muchos centros de salud creados en la zona gracias a la ayuda aportada por los actores internacionales de la cooperación sanitario y/o por los migrantes. Y es así que el sistema sanitario maliense en su globalidad estaría resintiendo los efectos colaterales del desarrollo y codesarrollo a nivel local.

Concluyendo...

...Cómo frente a una imagen de las sociedades subsaharianas como ajenas al proceso de hegemonía creciente de la biomedicina existente a nivel global, nuestra investigación muestra una sociedad soninké cuya opción preferencial es el camino de las cabezas blancas frente al de las cabezas negras y al del Corán.

...Cómo frente a una visión en la que el fenómeno migratorio aparece a menudo como que únicamente afecta a los sistemas sanitarios en destino, nuestra investigación desvela un continuo flujo material y de ideas que contribuye al desarrollo creciente del sistema biomédico en origen al mismo tiempo que lo pone en peligro

...Cómo toda intervención de desarrollo (ver de codesarrollo) en materia sanitaria no es "inocua" y en contextos como el maliense, con escasez de recursos y sin un sistema de Seguridad Social adecuado, resultaría imprescindible una gestión eficiente y coordinada de los existentes, incluidos los aportados desde el exterior por los inmigrantes y/o actores de la cooperación internacional. No vale aquello de que "todo está tan mal que toda ayuda es buena".

...Cómo se precisa de la concertación de dichos actores (población en origen y migrantes, agentes y responsables sanitarios locales y en su caso agentes de la cooperación exterior), respetando la política y protocolos sanitarios del país de aplicación. De ello depende no sólo su eficacia sino también su uso posterior, y supondría un respeto al mismo tiempo por la capacidad de agencia y soberanía de cada país.

...Cómo se necesita de un estudio previo de viabilidad e impacto de carácter no solo local sino también provincial y regional, pues toda acción de desarrollo y/o codesarrollo tiene un efecto local y global.

...Cómo dicho estudio ha de tener un carácter holístico, relacional e histórico, que permita comprender tanto el contexto micro como macrosocial en el cual va a ser implementado. Se trata de contextualizar los sistemas y estructuras sanitarias en el conjunto del sistema médico y social que los produce y acoge.

Se trataría en definitiva de poner límites y condiciones al desarrollo y al codesarrollo articulando de un modo eficaz lo local y lo global. ¿O quizás la solución esté a nivel estructural, debiendo trabajar migrantes, parientes en origen y sociedad de acogida, Estado y agentes de la cooperación internacional, por el desarrollo conjunto de sistemas sanitarios de calidad acompañados de sistemas de protección social adecuados que sirvan al mismo tiempo como agente de desarrollo local?. Mientras, y como bien nos decía uno de los entrevistados:

“Intentas explicarme que la situación en España no es tan buena como en Francia, que el camino hasta allí puede costarme la vida...Pero si yo no migro, ¿quién va a llenar el granero de nuestra concesión ahora que mi padre que vive en París está ya viejo?. ¿Quién va a pagar las ecografías de mi mujer?. ¿Cómo va a poder ir a la capital? ¿Y las obras de ampliación del centro de salud?¿Tú? ¿Alguna ONG? ¿El estado maliense?... Yo quiero una atención sanitaria como la vuestra, como la que tiene mi padre en Francia. Nosotros también tenemos derecho a la salud.” (M.Yatabaré).

***Berta Mendiguren** es Doctora en Antropología de la Medicina, Máster en Cooperación Internacional y trabajadora social. Desde 1993 investiga sobre las relaciones de los inmigrantes subsaharianos residentes en Europa con sus sociedades de origen, prestando particular atención a sus efectos en la implantación de la biomedicina, los itinerarios terapéuticos desarrollados en contextos de pluralismo médico y su apropiación por la población local. Su experiencia de campo se ha desarrollado entre España, Francia, Malí y Senegal.

R E L A C I O N E S I N T E R N A C I O N A L E S



Revista académica cuatrimestral de publicación electrónica
Grupo de Estudios de Relaciones Internacionales (GERI)
Universidad Autónoma de Madrid, España
www.relacionesinternacionales.info
ISSN 1699 - 3950