

---

# LOS EFECTOS DEL TRABAJO SOCIAL CON POBLACIÓN EMIGRANTE: EL CASO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN MALÍ

BERTA MENDIGUREN\*

---

## RESUMEN

*Migraciones, salud y desarrollo, he aquí tres conceptos cuya interrelación trataremos de problematizar en el presente artículo a través del análisis del impacto, a menudo indeseable, de las acciones de codesarrollo emprendidas por la migración subsahariana más antigua y emblemática del territorio francés: la maliense de etnia soninké. Dos ejemplos del ámbito sanitario nos permitirán mostrar al lector la necesidad de contextualizar toda acción de desarrollo, así como de reflexionar sobre sus posibles efectos colaterales.*

## ABSTRACT

*Migrations, health and development, there are three concepts whose interrelation we will try to problematize in this article through the analysis of the impact, often undesirable, of co development's actions undertaken by the older and emblematic sub-Sahara migration in France: the ethnic group Malian soninké. Two examples of the sanitary scope will allow us to remember the necessity to contextualize all action of development, as well as to reflect on their possible collateral effects.*

## RÉSUMÉ

*Migration, santé et développement, voilà trois concept dont l'interrelation va être analysée dans cet article à partir de l'étude de*

---

\* Berta Mendiguren es Doctora en Antropología de la Medicina por la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona y Master en Cooperación Internacional Descentralizada: Paz y Desarrollo por la Universidad del País Vasco-EHU. Es experta en migraciones, salud y desarrollo.

*l'impact, parfois non désirable, des actions de co-développement mises en pratique par la migration africaine plus ancienne et emblématique du territoire français: celle de l'ethnie soninké du Mali. Deux exemples du domaine sanitaire nous permettront montrer au lecteur la nécessité de contextualiser chaque action de développement, et de réfléchir sur les possibles effets collatéraux.*

## Introducción

El presente artículo se enmarca dentro de una investigación<sup>1</sup> cuyo corpus central se ha desarrollado entre enero de 2002 y junio de 2004 en el seno del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INRSP) de Malí. Uno de los objetivos principales ha sido analizar los efectos de la inmigración maliense de etnia soninké instalada en Francia sobre el sistema socio sanitario de su país, especialmente a través de su intervención como agentes de codesarrollo<sup>2</sup>.

Partimos de una problemática, la baja frecuentación de los centros de salud comunitarios y el escaso uso de los medicamentos genéricos en los poblados soninké de la región migratoria de Kayes, que nos llevó a considerar pertinente poder problematizar las acciones de codesarrollo de los inmigrantes soninké, cuyo resultado intentaremos aquí ejemplificar a través de los casos de Dramané y Gakoura<sup>3</sup>.

Analizar el impacto de dichas intervenciones nos habrá de proporcionar pistas de reflexión sobre el devenir de las acciones de codesarrollo que los inmigrantes subsaharianos presentes en España han comenzado ya, aunque de modo incipiente, a desarrollar en sus zonas de origen. La experiencia francesa, en la que como veremos la migración maliense de etnia soninké data de casi un siglo y en la que dichas acciones se vienen realizando desde hace más de tres décadas, puede servirnos de ejemplo, especialmente si tenemos en cuenta que la comunidad científica internacional estima que la etnia soninké es la que simboliza “más fuertemente las migraciones de mano de obra provenientes del sur del Sahara”<sup>4</sup>.

---

1. Investigación en base a la cual realizamos la tesis doctoral titulada “Inmigración, medicalización y cambio social entre los soninké: el caso de Dramané (Malí)”, que fue defendida “cum laude” en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona en enero de 2006.

2. Las razones de elección de dicho objeto de estudio se sitúan en la experiencia previa como trabajadora social con población inmigrante subsahariana tanto en España (1992-1996), como en Francia (1996-2000), así como a dos estancias previas en Malí (1999 y 2001).

3. Nuestro trabajo de campo tuvo un carácter itinerante, coincidiendo con los escenarios del itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria de Dramané: Dramané, Gakoura, Kayes, Bamako y París.

4. En palabras del sociólogo francés Jacques Barou (1990) : “Les soninké d'hier à demain”, *Hommes & Migrations*, n° 1.131, 1990, p. 9.

## Malí-Francia, la ruta migratoria tradicional

Malí, con una extensión más de dos veces superior a la española (1.240.192km<sup>2</sup>), y una población de 10.021.651 habitantes<sup>5</sup>, está constituido de múltiples etnias<sup>6</sup>, entre las cuales se encuentra la soninké que ocupa el valle del río Senegal, a caballo entre dicho país, Mauritania y Senegal.

Los soninké fundaron hacia el año 300 d.c. la primera entidad política de la Región del Alto Senegal-Níger: el imperio de Wagadu. Su capital se situaba en Koumbi-Saleh, extendiéndose del Océano Atlántico hasta Tombuctú y su repartición geográfica actual está relacionada con la historia de dispersión de dicho reino<sup>7</sup>. Uno de sus principales asentamientos coincide con los límites de la actual región de Kayes, al oeste de Malí.

La inmigración cuenta con una larga tradición entre los soninké, que tienen reputación de ser grandes viajeros, ya desde la época del imperio de Wagadu y actualmente se ha convertido en un proceso estructural que ha afectado a los pilares fundamentales de su sociedad. Los primeros inmigrantes soninké de esta región llegaron a Francia durante la Primera Guerra Mundial como mecánicos de la marina de guerra. Desde entonces el flujo migratorio no ha cesado; “el conjunto de la vida social soninké (...) se ha convertido en definitiva en un dato estructural”<sup>8</sup>.

### Cuadro 1. Cuestión de cifras

En 1962, y según un informe del Gobierno civil de la Seine, sobre un total de 17.787 subsaharianos, el 70% de los inmigrantes eran soninké<sup>9</sup>. Alain Dubresson<sup>10</sup> estima que “en 1970, el 85% de los inmigrantes del África negra instalados en Francia eran originarios de Malí, Mauritania o Senegal”, constituyendo los soninké según Francine Kane y André Lericollais<sup>11</sup> “el 70% de los

5. Según el último censo general efectuado en el país: MEF-DNSI: *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (avril 98)*, DNSI, Bamako: 2001.

6. La obra clave es la monografía de POLLET, Eric y WINTER, Grace: *La société Soninké (Dyahumu, Malí)*, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 1971.

7. Para un magnífico estudio de su historia: BATHILY, Abdoulay: *Les portes de l'or: le royaume de Galam (Sénégal) de l'ère musulmane au temps des négriers (VIIIe-XVIIIe siècles)*, L'Harmattan, Paris, 1989. y MONTEIL, Claude: “La légende de Ouagadou et l'origine des Soninké” *Mélanges ethnologiques, mémoire de l'IFAN*, Vol. 23, 1953.

8. LAVIGNE, Philippe: *La rizière et la valise. Irrigation, migration et stratégies paysannes dans la vallée du fleuve Sénégal*, Syros Alternatives, Paris, p. 37.

9. En: KANTE, Nianguiry : *Contribution a la connaissance de la migration soninké en France. Thèse de troisième cycle de Sociologie*, Université de Paris VIII, Paris, 1986, p. 7.

10. DUBRESSON, Alain: “Les travailleurs soninké et toucouleurs dans l'Ouest parisien”, *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*, XII, n° 2, 1975, p.: 189-208.

11. KANE, Francine, LERICOLLAIS, André : “L'émigration en pays soninké”, *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*, vol. XII, n°2, 1975, p. 177.

inmigrantes africanos instalados en Francia”. Según Christophe Daum<sup>12</sup> en 1982 “el 93,5% de los inmigrantes malienses asentados en Francia son originarios de la región de Kayes y esencialmente de las provincias de Kayes y Yelimané”. Julián Conde y Pap Syr Diagne<sup>13</sup> (1986:58) analizan el impacto de la inmigración en Francia estimando que a principios de los años 80, el 70% de los inmigrantes de Mauritania, Malí y Senegal eran de etnia soninké. El último censo francés que data de marzo de 1999<sup>14</sup>, calcula que sobre los 400.000 inmigrantes regulares procedentes del África subsahariana (43% más que en 1990), los malienses alcanzan los 37.693 y los senegaleses los 53.900, constituyendo la migración subsahariana más antigua aun cuando su progresión se ha ralentizado desde los 90.

Presencia histórica y tradición migratoria que se han traducido desde los años 70 en numerosas acciones de codesarrollo.

## Francia-Malí, la nueva ruta de la solidaridad tradicional

Nuestra investigación ha venido a desvelar como una de las principales características de la inmigración maliense soninké reside en su voluntad expresa de mantener la cohesión social entre sus miembros en el exterior, los instalados en Bamako y los residentes en los poblados de origen. El mantenimiento en exilio de la lengua (el soninké), la religión (el Islam), las alianzas matrimoniales (endogámicas y poligínicas) o la solidaridad tradicional constituyen sus estrategias preferentes. Una de sus expresiones privilegiadas es justamente la organización de cajas de solidaridad (*Keesi N'leme*), en un primer tiempo regionales, que con el aumento del número de originarios de un mismo poblado se van a convertir en cajas de cada poblado.

Las cajas comunes consisten en un fondo en el que cotizan todos los inmigrantes que trabajan, y que ejerce de “seguridad social” frente al infortunio, tanto para los parientes en el poblado como para los instalados en el extranjero. La primera caja soninké en Francia data de 1965<sup>15</sup>. Éstas son una expresión del proyecto individual, familiar y comunitario con el que los inmigrantes llegan a las sociedades de acogida: ayudar a su familia, su linaje, su clan, su grupo de edad, su barrio, su poblado, es decir, a sus diferentes redes sociales de pertenencia. Éstas han asegurado su supervivencia e incluso han participado

12. DAUM, Christophe: *Contribution des immigrés au développement de leur pays: le cas des Maliens de France*, OCDE, París, 1995, p. 78.

13. CONDE Julián y DIAGNE: *Les migrations internationales sud nord. Une étude de cas: les migrants maliens mauritaniens et sénégalais de la vallée du fleuve Sénégal en France*, OCDE, París: OCDE, 1986, p.58.

14. INSEE: *Recensement de la population*, 2004. En <http://www.insee.fr>.

15. KANTÉ, Nianguiry: *Contribution a la connaissance de la migration soninké en France*. Thèse de troisième cycle de Sociologie, Université de Paris VIII, París, 1986, p. 29.

en el pago de su viaje. Una vez en el extranjero, el inmigrante se ocupará de dar respuesta a sus necesidades ya sea de modo individual, a través del envío de dinero a su familia, o de modo colectivo mediante proyectos asociativos.

Su organización bajo la forma de asociaciones<sup>16</sup> data de los años 70 produciéndose una explosión en los 80. La asociación más antigua de inmigrantes soninké malienses en Francia data de 1973 llegando a afirmar Daum que “alrededor del 71% de los inmigrantes de cada poblado soninké forman parte”<sup>17</sup>. Se da el caso igualmente de la creación de federaciones de asociaciones<sup>18</sup>. Las formadas por mujeres surgen a partir de 1993-94 debido a su posterior presencia sobre el suelo francés que data únicamente de la década de los 70.

Sus actividades se han referido primeramente a la construcción y mantenimiento de las mezquitas de los poblados de origen. Tras ello, han comenzado a ocuparse de la realización de perímetros irrigados, cooperativas, escuelas, dispensarios y maternidades. El primer centro de salud creado en la región de Kayes por los inmigrantes data de 1976, siendo “1987 el año medio de realización de centros de salud por parte de los inmigrantes (...) Éstos tienen como partenaires privilegiados diversas ONG (...) Numerosas donaciones son realizadas desde Francia en particular de medicamentos o material hospitalario sin que se esté en medida de juzgar ni su impacto ni su costo”<sup>19</sup>. Se trataría de un claro ejemplo de lo que ha venido en llamarse codesarrollo<sup>20</sup> y de como los inmigrantes soninké se estarían convirtiendo gracias a dichas acciones “en actores a parte entera de la cooperación internacional<sup>21</sup>”. Veamos su concreción real a través de los poblados de Dramané y Gakoura.

## **Dramané-Gakoura: un contexto común...**

Dramané y Gakoura son dos poblados soninké situados en la Región de Kayes y más concretamente en la provincia del mismo nombre, a unos 70 km de la capital regional. Aun cuando sólo distan entre sí 16 km, el río Senegal ejerce de frontera natural.

16. Acogidas al régimen jurídico general francés regido por la ley de 1901.

17. DAUM, Christophe: *Contribution des immigrés au développement de leur pays: le cas des Maliens de France*, OCDE, París, 1995, p. 17.

18. Los dos referentes son las federaciones IDS-SAHEL y RADVFS. La primera creada en 1992 reagrupa a más de 700 asociaciones de inmigrantes del valle del Senegal. La segunda surge en 1993 tras el encuentro interafricano de asociaciones de inmigrantes malienses, senegaleses y mauritanos, organizado por el Instituto PANOS París.

19. DAUM, Christophe: *Contribution des immigrés au développement de leur pays: le cas des Maliens de France*, OCDE, París, 1995, p. 25.

20. En Francia, el punto de inflexión en el análisis de las acciones de codesarrollo lo constituye el seminario organizado en París en 1999 por el ya citado Instituto Panos: “Les immigrés, acteurs du développement Nord-Sud”, *Migrations Sociétés*, vol 12, n° 67, enero-febrero 2000, pp. 33-128

21. DÉMBELE, Youssouf : “Un an après où en sommes-nous ? », *Hommes & Migrations*, n° 1.165: p. 37.

Ambos pertenecen históricamente a dos reinos soninké interdependientes y en numerosas ocasiones rivales: Dramané al de Gadiaga con sede a 3 km en los poblados de Makhadouyou, Makhalaré y Toubaboukané, Gakoura al de Guidimakha del cual es centro político. Con una población<sup>22</sup> de 3.766 y 1.596 habitantes respectivamente, dependen administrativamente del municipio rural de Ambidedi.

El primer inmigrante de Dramané llegó a Francia en 1946, la primera mujer en 1973. Como ocurriera entre el resto de inmigrantes malienses instalados en Francia, los originarios de Dramané se constituyeron primeramente como caja de solidaridad y a partir de 1970 en asociación. La institucionalización de la asociación de mujeres data de 2001. En la actualidad 305 hombres cotizan<sup>23</sup> en la Asociación de residentes de Dramané en Francia y 111 mujeres forman parte de la Asociación de mujeres.

En el caso de Gakoura, el éxodo hacia la metrópoli comenzó en 1939. El número de inmigrantes supera igualmente los 300, repartidos entre la región de Alsacia y el área metropolitana de París. Sin embargo, no es hasta 1988 que la caja de solidaridad se transformó en una asociación, cuya particularidad reside en el hecho de contar con la presencia de numerosos miembros de la sociedad de acogida.

### **...Para dos ejemplos de codesarrollo con resultados dispares**

La primera intervención de la Asociación de residentes de Dramané en Francia fue la construcción en 1972 de la mezquita de los viernes<sup>24</sup>. La segunda, en 1985, fue una cooperativa de alimentación a través de la cual comprar al por mayor víveres de primera necesidad. Tras ello construyeron una escuela franco-árabe de primer ciclo.

En el caso de la asociación de Gakoura su primera realización fue la construcción en 1989 de un dispensario, una maternidad y un depósito farmacéutico abastecido principalmente de donaciones de medicamentos en especialidad. Si bien la financiación corrió a cargo de la asociación, contaron con la asesoría de un doctor alsaciano, así como con el apoyo de la embajada de Francia en Bamako a la hora de elegir al que aún hoy es su médico, el Dr.

---

22. Según el ya citado último censo general: MEF-DNSI: *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (avril 98)*, DNSI, Bamako, 2001, p. 5.

23. Al sólo cotizar los que trabajan regularmente, habría que añadir la dicha cifra los parados, los recién llegados y jubilados, lo cual elevaría su número hasta unos 400.

24. Cada barrio tiene su propia mezquita, pero los viernes (día festivo del Islam) todos los fieles oran juntos.

Cámara, primer maliense en dirigir un centro de salud en medio rural. A pesar de existir una política sanitaria en Malí, en ningún momento hubo concertación alguna con las autoridades sanitarias de la región.

En lo que se refiere a Dramané, sus inmigrantes, alentados por la experiencia de su vecina y rival Gakoura, decidieron en 1992 enviar el dinero necesario para construir una primera maternidad y dispensario en arcilla. La mano de obra recayó sobre el poblado. En el momento de apertura contrataron un enfermero y una matrona para cuya búsqueda contaron con la ayuda de los responsables sociosanitarios de Kayes.

Ambos centros de salud desarrollaban de modo independiente sus actividades cuando, en 1994, las autoridades sociosanitarias les contactaron con el fin de proponerles convertirse en el centro rural piloto de la nueva política sociosanitaria. Se trataba de evaluar durante un período de cuatro años la viabilidad a nivel nacional de los centros de salud comunitarios-CSCOM por lo que el Gobierno maliense optó por realizar una experiencia primera en la región de Kayes, buscando para ello tres centros de salud voluntarios, dos en zona urbana y uno en zona rural. A nivel rural, las autoridades propusieron dicha posibilidad a los dos centros aquí en estudio. Dicha posibilidad fue discutida en cada poblado y con los inmigrantes. Sólo Dramané decidió aceptar, a pesar de que las autoridades sanitarias consideraron en todo momento más idónea la elección de Gakoura, ya que sus instalaciones eran mejores.

#### **Cuadro 2.** El sistema de salud pública de Malí

Con el fin de hacer frente a la dramática situación sociosanitaria de este país<sup>25</sup> así como de coordinar todas las acciones sanitarias desplegadas a lo largo y ancho de su territorio (públicas, privadas, las realizadas por los inmigrantes o por la cooperación exterior), Malí adopta en 1990 la «Declaración de Política Sectorial de Salud y Población». Siguiendo las directrices de la OMS, opta por la lógica de la Atención Primaria de Alma Ata y de la Iniciativa de Bamako. Asimismo se establece una nueva pirámide sanitaria compuesta de tres niveles:

- Los Centros de Salud Comunitarios (CSCOM) que se ocupan de la atención primaria debiendo abarcar una población de unos 10.000 habitantes situados en un radio de 15 km.
- Los Centros de salud de Referencia (CSREF) encargados de la atención provincial.

25. Malí es considerado en el momento de comenzar nuestra investigación el cuarto país más pobre del mundo según el Índice de Desarrollo Humano: PNUD, *Rapport Mondial sur le développement humain 2003*, Económica, Bruselas, 2003, p. 244. En el 2005 continúa ocupando la misma posición.

- El tercer nivel es cubierto por los Hospitales Regionales y Nacionales.

En 1994 comienza un período test que finalizaría en 1998 al poner en marcha el Programa Decenal de Desarrollo Social y Sanitario (PRODESS) que deberá finalizar en 2007.

Si bien durante el régimen socialista de Modibo Keita (1960-1968) la sanidad fue gratuita, los sucesivos regímenes (dictatoriales y democráticos) bajo presión del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial, ampliaron progresivamente la participación comunitaria hasta llegar a la situación actual en la que todo acto médico, material o medicamento corre a cargo del enfermo. Es lo que se denomina el Sistema de Recubrimiento de Costes o SRC.

Y es así que en diciembre de 1994 fue construido en Dramané un nuevo dispensario que incluía una maternidad y un depósito de medicamentos genéricos. Éste habría de dar cobertura<sup>26</sup> igualmente a los poblados de Makhadougou, Makhalagaré y Toubaboukané, así como los asentamientos de Kolingoté y Guemou. El Estado corrió a cargo de la ingeniería civil y aportó la primera dotación de medicamentos genéricos y vacunas. Asimismo se comprometió a asumir la formación continua del personal. Sin embargo, los salarios continuarían siendo pagados por la población, así como el mantenimiento y el material. En 1996, los inmigrantes optaron por contratar un médico.

En la actualidad ambos centros continúan en funcionamiento, pero con resultados muy dispares. El centro de Gakoura ha sido ampliado<sup>27</sup>. En él se realizan intervenciones quirúrgicas y se prevé contratar un segundo facultativo. Su financiación se cubre a través del pago de los actos médicos y de los medicamentos. Los inmigrantes contribuyen igualmente, así como varios partenaires franceses<sup>28</sup> y son habituales las donaciones de medicamentos en especialidad. 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. Su fama se extiende más allá de las fronteras malienses, recibiendo enfermos incluso de países limítrofes, como Mauritania o Senegal. Incluso Charles Pasqua<sup>29</sup> se desplazó en los 90 hasta Gakoura con el fin de financiar la construcción de un hospital rural equipado con moderna tecnología. Actualmente, las obras se encuentran paralizadas por el Gobierno maliense al ser consideradas inadecuadas para un poblado de apenas 1.500 habitantes.

26. Si bien el centro de salud está situado en Dramané, la ley obliga a que todo CSCOM cubra una población de unos 10.000 habitantes en un área de un máximo de 15km de distancia. Es por ello que fue necesario asociar al mismo a dichos poblados vecinos.

27. Con un segundo edificio, un bloque operatorio, una sala de enfermería, una nueva consulta para el médico, una maternidad, un ecógrafo, un laboratorio de análisis y una sala de rayos X.

28. La ONG Aide Médicale et Développement, la Mutualité Française y el Gobierno de Alsacia.

29. Antiguo ministro francés.



En lo que respecta a Dramané, el centro continúa presentando un problema de infrautilización, así como de rechazo de los medicamentos genéricos allí prescritos y puestos en venta. Sin embargo, y por decisión comunitaria ha visto ampliadas sus instalaciones<sup>30</sup> en 2005. Desde octubre de 2006, Dramané cuenta con un ecógrafo donado por un hospital francés “para poder hacernos muchas fotos durante el embarazo”. Su presencia, no autorizada por las autoridades sanitarias malienses<sup>31</sup>, se enfrenta a un problema de no utilización por falta de personal formado.

Dos acciones de codesarrollo con características muy semejantes pero con éxitos dispares. Cabe preguntarse dónde reside la clave del éxito de Gakoura y sobre todo dónde están los enfermos del área sanitaria de Dramané. Pues bien, nuestra investigación vino a mostrarnos cómo los enfermos de Dramané y su área sanitaria se encontraban ni más ni menos que en... Gakoura o en alguna de las numerosas clínicas privadas de la capital. Asimismo se les pudo encontrar en los servicios de urgencias de Bamako. Y ello sin que se correspondiera en la mayoría de los casos ni con afecciones que precisaran tal nivel de atención, ni con una incapacidad del CSCOM de Dramané<sup>32</sup> para su atención. El análisis cualitativo de los datos recogidos vino a desvelarnos que dicho fenómeno se alimentaba de razones principalmente socioculturales que entraban en juego en un contexto sociosanitario concreto<sup>33</sup>, siendo clave para su comprensión un fenómeno que en el presente artículo hemos denominado el “efecto multiplicador del codesarrollo”.

## **El efecto multiplicador del codesarrollo: factores facilitadores**

El análisis exhaustivo de la génesis de ambos centros ha venido a mostrarnos la existencia de un fenómeno de interdependencia. La creación del centro de salud de Dramané, desde el primer dispensario y maternidad, respondió no

30. En agosto de 2005 y también gracias al dinero de los inmigrantes se ha dado comienzo a la construcción de un segundo bloque en el que poder hospitalizar separadamente a hombres y mujeres. Sin embargo, si bien el personal sanitario reclama desde 1996 la construcción de un laboratorio de análisis, éste aún no ha sido realizado.

31. La política sanitaria prevé equipar con ecógrafos, no a poblados que carecen incluso de agua y luz, sino a los servicios provinciales, regionales y nacionales.

32. El centro se encuentra suficientemente equipado y en un estado de conservación correcto, el personal sanitario es el adecuado. Asimismo el depósito de medicamentos genéricos es continuamente abastecido y se encuentran en buen estado de conservación.

33. Entre los factores generadores podemos enumerar: la lucha de poderes tradicionales en el seno de la etnia soninké; la búsqueda de prestigio a nivel individual a través de la utilización del sector biomédico privado; el desarrollo de la liberación de la mujer (el salto de nivel se da sobre todo en la categoría poblacional de mujeres soninké en edad de procrear) en el ámbito rural maliense y las rivalidades entre coesposas derivadas de la poliginia, que se ven acentuadas por la ausencia del marido en la migración; el conflicto entre diferentes concepciones de la biomedicina (la que quiere desarrollar el Estado bajo la supervisión del FMI y los países donantes y la transmitida por el testimonio de los inmigrantes) o la necesidad de los emigrantes en Europa y en la capital maliense de mantenerse en contacto con sus poblados de origen a través las acciones de codesarrollo. Todos estos aspectos han sido desarrollados en nuestra tesis doctoral, pero superan los límites del presente artículo.

sólo a un interés de la población por dar respuesta a las necesidades sanitarias del poblado, sino que se trata igualmente de una clara expresión de lo que denominaremos “efecto multiplicador del codesarrollo”, es decir, la realización de una acción de codesarrollo en un poblado provoca un efecto de bola de nieve en los otros poblados de su área de influencia”<sup>34</sup>. Así la fama adquirida por el centro de Gakoura llevó a los poblados próximos de Dramané, Sobokou o Gousela a crear el suyo propio.

Pero dicho efecto multiplicador fue posible no sólo debido al evidente e imprescindible apoyo financiero de los inmigrantes, que entra en juego en un momento histórico (años 90) de casi total inexistencia de estructuras sociosanitarias y en una zona extremadamente pobre, sino también a otros dos elementos a menudo ignorados al evaluar o intentar implantar una acción sanitaria: el efecto facilitador derivado de las relaciones históricas de rivalidad existentes entre los poblados de la zona así como el papel desempeñado por ciertos valores claves de la sociedad soninké: el prestigio y el gusto por la ostentación.

Nuestra investigación nos desveló como el Gadiaga y el Guidimakha son dos reinos rivales desde la dispersión de los soninké en el siglo XII. El poder político en el Gadiaga reside en el clan Bathily, instalado en los poblados de Makhadougou, Makhalagaré y Toubaboukané. En el Gadiaga, en el clan Cámara<sup>35</sup>. El poder religioso lo detenta Dramané sobre ambos reinos. A nivel comercial Dramané y Gakoura son rivales desde la época colonial<sup>36</sup>, siendo ambos centros comerciales especializados en la venta de esclavos. Al abolir los franceses la esclavitud, la inmigración pasó a ser la principal fuente de riqueza y con ello de poder, de modo que estatus social y nivel de vida ya no iban en correlación, alterando las relaciones entre reinos, poblados, clanes y linajes. Un poblado, tradicionalmente dependiente de otro, puede así pretender adquirir poder e independencia gracias a las acciones de codesarrollo. Y a ello no son ajenos los poblados aquí en estudio. Como bien afirmaran nuestros informantes “Dramané no podía ser menos que Gakoura, nosotros también somos capaces de tener un centro. Siempre hemos sido más importantes que ellos, somos los grandes marabúes de Dramané. Y la inmigración no va a cambiar eso, no”.

---

34. Este fenómeno ha sido ya observado desde los años 70 respecto a la creación en cadena de escuelas, oficinas de correos o dispensarios y “se inscribe en el marco de la rivalidad histórica entre poblados soninké”. En: KANTE, Nianguiry: *Contribution a la connaissance de la migration soninké en France. Thèse de troisième cycle de Sociologie*, Université de Paris VIII, Paris, 1986, p. 38.

35. QUIMINAL, Catherine : *Gens d'ici, gens d'ailleurs, migrations soninké et transformations villageoises*, Bourgois, Paris, 1991, p. 28.

36. N'DIAYE, Rokiatou: *Kayes et le Haut Sénégal: Les étapes de la croissance urbaine. Tome I*, Populaires, Bamako, 1972, p. 96.

Asimismo, dicho efecto multiplicador se vio facilitado por los valores que sustentan la cultura soninké. El hecho de poseer un centro de salud, y en especial de contar con los medios necesarios para su construcción, otorga prestigio al poblado-sede permitiendo reequilibrar las relaciones históricas de hegemonía-subalternidad existentes entre poblados, que la inmigración había venido a alterar.

El gusto por la ostentación les llevará a intentar construir el centro más grande y mejor equipado de la zona. Así, Gakoura ha intentado en todo momento contar con la tecnología más avanzada de la provincia, las mejores condiciones de alojamiento y medicamentos en especialidad. Así mismo ha favorecido la colaboración y en numerosas ocasiones presencia de cooperantes, que junto al precio elevado de sus prestaciones han incrementado su prestigio. El efecto multiplicador de dicha situación se traduce en el hecho de que los centros de salud de su área de influencia, como es el caso de Dramané, se han lanzado igualmente a dicha carrera: "Si Gakoura tiene eco, y medicamentos de esos que vienen en caja y que usáis los blancos, nosotros no podemos ser menos. Por el momento hemos podido ampliar el centro, ahora sólo nos falta equiparlo bien, poner aire acondicionado, fax, ordenador, hasta con un scanner. A ver si viene algún médico vuestro". Un espectador externo podría quitar importancia a este fenómeno de fuga de enfermos, pudiendo llegar incluso a considerar que nos encontramos ante dos acciones ejemplares de codesarrollo y que se trataría simplemente de un claro ejemplo del derecho a elegir itinerario terapéutico que debe poseer todo usuario de los servicios sociosanitarios, tanto en nuestras sociedades desarrolladas como en países altamente empobrecidos, como es el caso de Malí. Sin embargo la realidad, o más bien, sus consecuencias, son otras.

## **Los daños colaterales del codesarrollo**

Si como acabamos de ver la correcta comprensión de la génesis y evolución de ambas acciones de codesarrollo precisa de un análisis conjunto, el estudio de sus consecuencias lo necesita igualmente así como de su contextualización en el seno del conjunto de la política sociosanitaria maliense.

Los centros de salud de Gakoura y Dramané no desempeñan su labor de modo aislado, sino que se sitúan en el seno de un país en el que, como ya hemos señalado, la financiación del sistema sanitario se sustenta en dos pilares fundamentales: los fondos aportados por la ayuda exterior y la participación comunitaria a través del pago de las prestaciones recibidas, así como de los medicamentos prescritos. Este sistema tiene su concreción en cada nivel de la

pirámide sanitaria. Así, un CSCOM puede hacer frente a sus gastos de mantenimiento, material y personal a través de los ingresos obtenidos por el cobro de los actos médicos así como de los medicamentos. Si no hay enfermos que lo frecuenten, no hay ingresos y su existencia se verá cuestionada.

En el caso de Dramané, la fuga de enfermos hacia Gakoura provoca un fenómeno de infrautilización, que como es de suponer reduce los ingresos del centro, llegándose incluso a dar el caso de no poder pagar el salario del médico o hacerlo con retraso de más de tres meses, o que las campañas de vacunación no puedan llevarse a cabo por no poder adquirir el combustible necesario para que el enfermero se desplace por los diferentes poblados que componen el área de salud. Como consecuencia de dicha situación, las autoridades sanitarias llevan planteando su cierre desde la finalización del período piloto de la política sanitaria, es decir desde 1998<sup>37</sup>. A dicho cierre la comunidad se ha opuesto rotundamente intentando hacer frente mediante un aporte creciente de los inmigrantes. Asimismo, desde su creación se ha intentado buscar otras posibles fuentes de financiación, reclamando en numerosas ocasiones, incluso al investigador, el apoyo complementario de alguna ONG como en el caso de Gakoura.

La baja utilización supone una menor prescripción de medicamentos genéricos que, unido a las donaciones recibidas o a la opción de poder comprar especialidades en Gakoura, ha llevado a que desde 1996 el personal sanitario se vea obligado a final de cada año a incinerar amplios contingentes de genéricos con la consiguiente problemática ecológica y riesgo sanitario para el poblado. Por otro lado, reduce la entrada de ingresos que en principio están destinados al abastecimiento del depósito de medicamentos, su mantenimiento y al pago del salario de su gerente.

El desplazamiento hasta Gakoura supone igualmente un gasto añadido para cada familia, tradúzcase para los inmigrantes: gastos de desplazamiento y transporte, elevado precio de los actos médicos y de los medicamentos en especialidad. Así por ejemplo, mientras que en Dramané el precio de la consulta es de 250 fcfa, en Gakoura se eleva a 10.000 fcfa<sup>38</sup>. Las radiografías y ecografías cuestan 50.000 fcfa, mientras que en el CSREF de Kayes su precio habría sido de 1.000 fcfa<sup>39</sup>. Un medicamento en especialidad puede llegar a costar mínimo el doble de su precio en genérico.

---

37. Especialmente los responsables sanitarios nacionales bajo presión del FMI y la BM, que exigen un criterio de rendimiento para el mantenimiento de su ayuda al desarrollo.

38. Equivalentes a 0,38 y 15,24 euros respectivamente.

39. Equivalentes a 76,22 y 1,52 euros respectivamente.

Pero quizás la más importante de las consecuencias sea de carácter sanitario pues el salto hasta Gakourá implica la imposibilidad de realizar un seguimiento terapéutico adecuado por parte del personal sanitario de Dramané. Se ha llegado incluso a la muerte del enfermo en espera de recibir el dinero necesario para poder desplazarse hasta Gakoura (o Bamako) o de poder obtener en Francia el medicamento en especialidad prescrito en genérico. Asimismo se han observado situaciones de riesgo sanitario<sup>40</sup> en relación con las especialidades donadas a Gakourá y Dramané o aportados por sus inmigrantes ya que a menudo no respetan las directrices de la OMS para las donaciones de medicamentos<sup>41</sup>. Incluso, y según el discurso de las autoridades sanitarias nacionales y regionales, existiría un expediente contra el médico-jefe de Gakoura por realizar intervenciones quirúrgicas sin tener tal titulación.

La situación resulta aún más preocupante si tenemos en cuenta que la presencia del centro privado de Gakoura, o de otros creados por los inmigrantes y que no se encuentran bajo el control de las autoridades sanitarias, como los de Sobokou o Gousela, drena usuarios a los restantes CSCOM de la provincia<sup>42</sup>. También pudimos comprobar cómo fagocita enfermos al CSREF de Kayes, que al financiarse no sólo gracias a los fondos aportados por el Estado, sino también a través del SRC, ve su perennidad afectada. Y es así como el sistema sanitario maliense estaría resintiendo en su totalidad de lo que hemos calificado como efectos indeseables del codesarrollo.

## Concluyendo...

Los ejemplos de Dramané y Gakoura nos han mostrado el efecto multiplicador que una acción de codesarrollo puede provocar en su contexto inmediato, mejorando con ello de modo exponencial la accesibilidad de la población a los cuidados sanitarios. Pero al mismo tiempo hemos podido constatar cómo, paradójicamente, pone en peligro la sostenibilidad del sistema en su totalidad.

En nuestro país, en donde la presencia de inmigrantes es reciente, incluidos los malienses y/o soninké, y en donde este tipo de acciones aún son limitadas, los ejemplos aquí analizados han de ponernos sobre aviso de los posibles efectos indeseables del codesarrollo, ahora tan de moda. Es por ello que

40. Así el médico jefe de Dramané expone: "¿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?", en: MOUNKORO, Sina, *Impact des dons de médicaments dans la Région de Kayes*, Ministère de la Santé-DNSP, Bamako, 2000, p. 3.

41. OMS, *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments*, Geneve, 1996.

42. Un total de 24 en el momento de finalizar nuestra investigación.

estimamos imprescindible, a la hora de implementar o apoyar una experiencia de este tipo, un análisis previo de su contexto micro y macrosocial desde una perspectiva holística, relacional e histórica. Asimismo creemos haber justificado lo engañoso que puede resultar el reducir la evaluación de su impacto al análisis individual de cada intervención. Una acción en principio necesaria y benéfica como es la construcción de un centro de salud bien equipado en una zona rural subdesarrollada, si se contextualiza puede desvelarnos toda una serie de “contraindicaciones” que cuestionan su pertinencia.

En contextos como el maliense, con escasez de recursos y sin un sistema de seguridad social que tome a cargo los gastos sanitarios, resulta imprescindible una gestión eficiente y coordinada de los existentes, incluidos los aportados desde el exterior por los inmigrantes y/o ONG. No vale aquello de que “todo está tan mal que toda ayuda es buena”. Cabe preguntarse si la ayuda externa no debería dirigirse primeramente hacia la mejora de los servicios provinciales, ya que su impacto cubriría una mayor población con un coste menor. O si no se debería incluso prohibir la posibilidad de desarrollar centros de salud privados mejor equipados que los públicos. Se trataría de poner límites y condiciones al desarrollo. La primera: coordinarse con el sistema sanitario público, pues en el ámbito de la salud ninguna acción es inocua.

Por último, si el sistema sanitario maliense funciona actualmente es gracias a la contribución de los diferentes actores, incluida la de los inmigrantes. ¿Qué ocurriría si como nos advertían nuestros interlocutores, la situación cambiara? Si los inmigrantes envejecen cobrando unas pensiones mínimas que no les permiten ayudar al mismo nivel a sus parientes, si sus hijos nacidos al extranjero optan por no contribuir en las asociaciones y las puertas de la inmigración se cierran? En España, nuevo destino de los malienses ¿seguirán siendo posibles acciones como las de Dramané y Gakoura?, ¿adoptarán los inmigrantes malienses estrategias solidarias como las analizadas en el caso francés?

Tal vez, la creciente escasez de recursos y de posibilidades migratorias conlleve un nuevo efecto multiplicador en el que migración, salud y desarrollo encuentren una nueva ruta, esta vez sin “sus efectos indeseables”.