



UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

FACULTAD DE HUMANIDADES DE TOLEDO

Alvar Jones Sánchez

Título de la tesis:

**MARCOS FORMALES, RECORRIDOS INFORMALES:
LAS LÓGICAS DEL CONSUMO TERAPÉUTICO EN GUINEA ECUATORIAL**

PLAN DE ESTUDIOS:

El Mundo Hispánico: Patrimonio Intercultural

DIRECTOR DE TESIS: Gerardo Fernández Juárez

Octubre 2015

A los enfermos y cuidadores

A Ana Rosa, cuidadora de excepción

AGRADECIMIENTOS

Los primeros agradecimientos van dirigidos a todos aquellos que a lo largo del trabajo de campo, me han abierto un momento de sus vidas, sus casas y compartido sus dolencias.

Ha sido también inestimable la disposición de todos aquellos sanitarios y actores institucionales, que han facilitado y hecho posible el trabajo de campo, y que han creído que de alguna forma, esta labor constituía una oportunidad para construir.

A Juan Aranzadi por su generosidad intelectual, sus ánimos y su cariño.

A Gerardo Fernández Juárez, por su confianza en este proyecto y en mi capacidad para llevarlo a cabo.

A Ramón Sales, por su disposición, y por la inestimable labor que ha desarrollado en Guinea.

A Zita, por ser y estar.

Índice

INTRODUCCIÓN	7
1. Planteamientos de partida: Sorteando las derivas culturalistas	7
a. Barreras estructurales en el acceso a la atención sanitaria	10
b. Pluralismo terapéutico	11
c. Heterogeneidad y flexibilidad del <i>sentido</i>	14
2. El trabajo de campo:	15
a. Planteamientos éticos y prácticos	15
b. La recogida de datos	19
3. El contexto guineano	21
a. “La paradoja de la abundancia”	21
b. Algunas referencias socio-demográficas	22
c. La ciudad, un espacio sin límites	24
4. Los capítulos	26
<u>PRIMERA PARTE: LA EDIFICACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEI ESPACIO POLÍTICO DE LA SALUD</u>	31
CAPITULO 1: De la salud sin Estado al Estado en la salud: la construcción del espacio político de la salud (1980-2013)	32
1. El imperio sanitario prestado: la gestión española del sistema sanitario guineano (1980-1994)	34
2. Crisis del imperio prestado y estrategias de supervivencia (1994-2000)	39
a. “Redimensionar” la cooperación española con Guinea Ecuatorial.....	39
b. Los pilares de un sistema bajo mínimos	42
i. Asistentes técnicos Sanitarios (ATS) al mando	42
ii. La declinación local de la autogestión	43
3. Los nuevos paradigmas de la tutela internacional (2000-...)	46
a. Primeros refuerzos sanitarios	46
b. Las orientaciones recientes de la ayuda española	48
c. Iniciativas globales, políticas locales	50
i. Los programas verticales de salud relativos a la Malaria y VIH/sida	50
ii. El Fondo de Desarrollo Social (FDS)	52

d. Políticas bajo tutela internacional	53
e. Indicios sanitarios, y prioridades del gasto sanitario nacional	56
4. La estética de la modernidad: la máscara frente al espejo	59
a. La estética del poder	59
b. La retórica del desarrollo	63
c. Las políticas de la compasión	64
d. Administración versus dominación	65
5. Dinámicas globales y transcripciones locales	66

CAPÍTULO 2: Los centros de salud confesionales en el marco de la cooperación sanitaria

española	69
1. De la compasión a la capitalización de recursos	72
a. La producción de la calidad en los centros confesionales	72
b. La moral humanitaria al servicio de las lógicas políticas	74
c. La preeminencia del sector confesional en la adjudicación de subvenciones de la AECID	78
2. El sector confesional en la oferta pública de salud	81
3. ¿Congregaciones versus Cooperación?	85
a. De FERS a FRS:	85
b. De la asistencia humanitaria a la asistencia técnica: el cambio de rumbo de la AECID	86
c. Disposiciones y concepciones encontradas de la ayuda al desarrollo	88
4. El sempiterno debate en torno a la AOD española en Guinea Ecuatorial	93

SEGUNDA PARTE: SABERES, PERCEPCIONES Y MODALIDADES DE USO DE LOS RECURSOS

<u>ASOCIADOS A LA BIOMEDICINA</u>	97
--	-----------

CAPÍTULO 3: El Hospital General: marcos formales y recorridos informales

1. Los primeros pasos en el hospital: desorientación y tiempos de espera	100
2. Discontinuidades permanentes en la cadena terapéutica	103
a. El ingreso: una carrera de fondo	103
b. La beneficencia: un espejismo	105
c. El cese “voluntario” de los cuidados hospitalarios	106
d. La búsqueda de los medicamentos: un recorrido improvisado	108
e. Carencias institucionales, respuestas informales	109
3. “Guineología”: figuras institucionales, guías informales	111
a. “Asistente y vendedor a la vez”	112

b.	La búsqueda de proximidad social.....	114
c.	Distancia social.....	116
d.	Problemas de comunicación entre usuarios y “anfitriones”	119
e.	Condiciones laborales y cultura burocrática	121
f.	La ausencia de mecanismos de control	123
4.	El Hospital General en el itinerario terapéutico.....	124
a.	Recursos previos al ingreso hospitalario	124
i.	Consumo de medicamentos manufacturados sin prescripción	125
ii.	El hospital.....	126
iii.	Los consultorios chinos.....	126
iv.	Las curanderías	127
v.	Otros recursos.....	128
b.	Tiempos transcurridos desde los primeros síntomas hasta el ingreso hospitalario.....	129
c.	El Hospital en el ideario social.....	130
5.	¿Perspectivas de mejora?	132
 CAPÍTULO 4: los centros de salud en la ciudad: éxitos y restricciones en el acceso.....		135
1.	Los centros de salud, una oferta contrastada.....	135
2.	Criterios de valoración y mecanismos de captación.....	136
3.	Principales motivos de consulta y perfil del usuario	139
4.	Recursos previos a la llegada al centro de salud.....	140
5.	El recorrido pautado en los centros de salud	143
 CAPÍTULO 5: Las lógicas del riesgo: las diferentes caras de la oferta biomédica privada.....		150
1.	Clínicas y consultorios guineanos	151
2.	Clínicas y consultorios chinos.....	153
a.	Valoración del acceso a los cuidados: inmediatez y proximidad.....	155
b.	Percepción y valoración de los procedimientos diagnósticos y medicamentosos: el espejismo tecnológico.....	157
c.	¿La invariabilidad del tratamiento independientemente del mal?.....	160
d.	Modalidades de uso asociadas a los establecimientos chinos	162
3.	Las lógicas del riesgo	166
 CAPÍTULO 6: Del triunfo farmacológico a los efectos indeseados del biopoder		168
1.	El mercado del medicamento	169

a.	Farmacias y “vendedores de farmacia”	169
b.	El "Doctor" Eloy.....	172
c.	Motivos y modalidades del consumo de medicamentos sin prescripción	174
i.	“Más barato, más cerca...”	174
ii.	De la gratuidad de los tratamientos subvencionados	175
iii.	El nivel adquisitivo y académico en el consumo de medicamentos sin receta	177
iv.	El consumo farmacológico sin prescripción como test terapéutico.....	177
v.	saberes y prácticas en torno al consumo de medicamentos sin prescripción	179
2.	Los efectos inopinados del biopoder	182
a.	Con o sin intencionalidad	182
b.	¿Recetas implícitas?	184
3.	Ambivalencias del encuentro biomédico.....	187

TERCERA PARTE: SABERES, PERCEPCIONES Y MODALIDADES DE USO DE LOS RECURSOS

DENOMINADOS “TRADICIONALES”, Y DE LA CURA CRISTIANA

1. Heterogeneidad del campo y definiciones interesadas

CAPÍTULO 7: Antiguas y nuevas tradiciones: La figura del *ngengan* y la etiología brujeril en

los itinerarios terapéuticos.....

1. *Ndedé, Mbiri* y tradicionalistas.....

a. El auge de los generalistas y las enfermedades “atadas”

b. El desplazamiento del principio activo del poder terapéutico

2. Los fundamentos modernos de la brujería.....

a. Desigualdades, poder y brujería.....

b. Los síntomas del *kong*.....

3. La crisis de credibilidad de los *bingengan*

a. La designación del culpable

b. Procedimientos diagnósticos en cuestión.....

c. ¿El negocio de la cura?

4. El *ngengan* en el itinerario terapéutico.....

a. La elección del *ngengan*.....

b. Motivos de consulta del *ngengan*.....

i. Enfermedades ligadas a la reproducción y a la sexualidad

ii. Enfermedades infantiles

iii. Justicia, suertes y desgracias

iv.	El <i>ngengan</i> en primera instancia y las afecciones brujeriles graves.....	219
c.	Algunos itinerarios paradigmáticos.....	221
i.	Rosario	221
ii.	Adela	222
iii.	Mario.....	225
d.	cambio de gestores de la terapia y cambios del sentido del mal.....	226
e.	“No es la fé, es necesidad”	228
f.	Cuando la biomedicina reitera la fe en el milagro.....	231
CAPÍTULO 8: La sanación de Dios		233
1.	Las modalidades cristianas de la cura	233
2.	El <i>ngengan</i> en el punto de mira	235
3.	Rivalidades y semejanzas en la cura milagrosa.....	236
CAPÍTULO 9: Evolución y transformación de los saberes populares. El caso del <i>choga</i>.		241
1.	Medicina popular y curanderos de proximidad.....	241
a.	Principales áreas de acción	242
b.	Evolución de los mecanismos de transmisión de los saberes.....	243
2.	Las voces del <i>choga</i> : disonancias y consonancias acerca de una enfermedad popular.....	244
a.	Perspectivas populares sobre el <i>choga</i>	246
i.	El cuadro clínico popular del <i>choga</i>	246
ii.	Origen y etiologías populares del <i>choga</i>	247
iii.	Teorías etiológicas minoritarias del <i>choga</i>	250
iv.	Itinerarios terapéuticos del <i>choga</i>	252
v.	Tratamientos populares del <i>choga</i>	255
vi.	El uso de la tetraciclina en los tratamientos populares.....	258
vii.	Incidencia y sistematización de la respuesta popular	261
viii.	Construcción social del éxito y fracaso terapéutico y otras ventajas comparativas	262
b.	Perspectivas sobre <i>choga</i> desde el sector sanitario	263
i.	La perspectivas del personal sanitario expatriado o la irrelevancia de las representaciones populares.....	264
ii.	La perspectiva de los médicos guineanos: la inoperancia del <i>choga</i> como diagnóstico.....	265
iii.	El <i>choga</i> como diagnóstico: la perspectiva de los asistentes técnicos sanitarios (ATS).....	266
iv.	Enfermeras y auxiliares de enfermería.....	268
v.	La dimensión social de las perspectivas del sector salud	269

c. ¿Posibles consonancias?	270
CONCLUSIÓN: problemas estructurales e iniciativas populares.....	273
BIBLIOGRAFÍA	283
ANEXOS	301
Anexo 1: Guía de entrevistas.....	302
Anexo 2: Informe del seminario de “traditerapéutas” llevado a cabo en Medouneu (Gabón) sobre el <i>kong</i>	304
Anexo 3: Circular del MINSABS en relación a los precios de la consulta y servicios de los curanderos.....	309
Anexo 4: LEY nº4/1985 por la que se crea el Servicio Nacional de medicina Tradicional.....	311

INTRODUCCIÓN

“[...] los sujetos no actúan en un limbo de inconsciencia, sino que son “conocedores prácticos” de la realidad que les toca vivir”.¹

1. Planteamientos de partida: Sorteando las derivas culturalistas

La responsabilización de la población respecto al mal uso o al infra-uso de las infraestructuras sanitarias en Guinea Ecuatorial, es un lugar común entre los agentes nacionales e internacionales que obran en el campo oficial de la salud. De forma más o menos explícita, se postula la permanencia de una inclinación “cultural” de la población hacia otras modalidades de gestión de la enfermedad, (generalmente referidas como “tradicionales”,) como una de las principales problemáticas sanitarias del país. La ignorancia (que propiciaría la falta de reactividad ante la enfermedad, el consumo farmacológico sin prescripción o el recurso a servicios privados sin competencia,) es otra vertiente del mismo discurso.

Esta oscilación entre la representación del zombi cultural, impulsado por las supersticiones, o la de las masas indoctas, que deambulan a ciegas entre alternativas cuyas cualidades y prestaciones no entienden, aún permanece arraigada. Como representante de una ONG internacional en Guinea Ecuatorial, he podido comprobar que esta perspectiva constituye una de las retóricas más manidas entre los diferentes agentes dedicados a la gestión y al desarrollo del sector salud. Desde las instancias de cooperación extranjera y determinados sectores nacionales de la función pública, la persistencia de las problemáticas sanitarias que afectan el país es también achacada, generalmente en privado, a la falta de voluntad política de las autoridades locales. Esta perspectiva no invalida sino que viene a complementar el enunciado que sostiene la ignorancia y las resistencias culturales como problemáticas de salud pública.

La total ausencia de investigaciones que corroboren o desmientan esta perspectiva en Guinea Ecuatorial, constituyen una de las primeras motivaciones de este trabajo. No existe una producción académica respecto al

¹ GRASSI, E. (1996), citado por Tevella, Urcola y Daros (2007).

acceso a los servicios de salud, a la amplitud y a la variedad de la oferta terapéutica, ni sobre las formas en las que las diferentes alternativas son utilizadas e integradas (o no,) en la gestión de la enfermedad. También cabe lamentar escasos planteamientos reflexivos acerca de la gestión política nacional e internacional del sector sanitario en el país (intrínsecamente ligada a la cooperación sanitaria, y especialmente a la cooperación española,) y sobre sus repercusiones en las respuestas formuladas por los agentes sociales frente a la enfermedad.

En vez de partir del supuesto según el cual los individuos y colectivos son presa de representaciones erróneas que ponen en peligro su salud, surge la necesidad de cuestionar qué es lo que saben y piensan acerca de los recursos existentes, cuáles son los más solicitados, y cómo y cuando los utilizan. En definitiva, antes de señalar el carácter problemático de los comportamientos frente a la enfermedad, resulta importante determinar de qué comportamientos se trata, y qué los motiva.

Los médicos y gestores de salud disponen de una perspectiva respaldada por el contacto cotidiano con los enfermos. Desarrollan no obstante una visión sesgada de los comportamientos frente a la enfermedad. En primer lugar, porque el punto de contacto entre los profesionales de las infraestructuras sanitarias, no es sino un momento puntual en los largos recorridos que caracterizan la búsqueda de atención. En segundo lugar, porque la figura del sanitario, a menudo sumada a la del funcionario, supone una inscripción en la estructura social que verticaliza la relación con los pacientes, afecta la calidad de la comunicación, y también determina los discursos de los profesionales sobre los profanos. El estudio de las lógicas de actuación que rigen la selección y utilización de los recursos terapéuticos, debe llevarse a cabo siguiendo y acompañando los individuos y colectivos en sus recorridos respectivos.

El presente trabajo se centra en las formas sociales que adquiere el consumo terapéutico en Bata, capital de la región continental del país. La observación y el estudio etnográfico de trayectorias, situaciones presenciadas y/o narradas vinculadas a la búsqueda o a la producción de atención terapéutica, revela regularidades que delimitan las principales formas en las que se agencian los recursos solicitados o movilizados por la población en la búsqueda de terapia. Mediante las experiencias y expectativas relativas a las diferentes alternativas existentes, se pretende dar cuenta de las modalidades de uso asociadas a los mismos, y de las lógicas que presiden a su representación.

Los trabajos de Fons, meritorios desde el punto de vista etnobotánico, constituyen las únicas investigaciones etnográficas recientes en Guinea Ecuatorial en cuanto a los mecanismos de gestión de la enfermedad.

Describen prácticas social, cultural y étnicamente integradas² de las que parecen excluidos, o en su caso anecdóticos, los recursos biomédicos y las manifestaciones derivadas del contacto con los mismos. Centrados en la esfera vegetal, eluden en definitiva los principales mecanismos de respuesta puestos en marcha por las familias para la gestión de la enfermedad. Suponen una delineación de lo cultural atemporal³, más bien derivada de la mirada del antropólogo que de las prácticas diarias llevadas a cabo para la gestión de la enfermedad.

En la actualidad, la medicina moderna, su terapéutica y sus servicios, han integrado de lleno los mecanismos de gestión de la enfermedad. La biomedicina hace parte de la cultura de la salud y de la enfermedad del conjunto de la población. Cabe interrogarse sobre sus modalidades de integración y utilización, pero no se puede negar su relevancia en las estrategias implementadas para prodigar o solicitar atención.

Los inventarios producidos desde la tradición etnográfica clásica sobre los saberes populares relativos a la salud y a la enfermedad, enmarcados en una perspectiva culturalmente integrada, no suelen mencionar las prácticas y denominaciones adquiridas por el contacto con las instancias sanitarias biomédicas. En la mayor parte de los hogares en Bata, el uso de fármacos industriales prevalece sobre el de preparados vegetales. Asimismo, en la actualidad, “paludismo”, “tifoidea”, “anemia”, “fiebre amarilla”, son términos que marcan el cotidiano guineano, y que integran indiscutiblemente la nosología popular. En este marco, adquieren nuevos significados, algunos en consonancia y otros en disonancia, con los que se generan en el ámbito biomédico.

Desde las ciencias sociales, la desatención de las enfermedades más comunes, que son sin embargo las que marcan el cotidiano de los individuos, también se ha acompañado, de un interés desproporcionado por las manifestaciones de la enfermedad ligadas a la brujería⁴. Atraída por la densidad simbólica de enfermedades pertenecientes a nosologías mágico-religiosas, la antropología ha participado de una visión distorsionada de la realidad de ciertas sociedades, en la que lo extraordinario aparentaría ser ordinario, la lectura

² El estudio de Fons se ha llevado a cabo entre los ndowé, una etnia minoritaria del país, esencialmente afincada en el litoral de la región continental del país.

³ Juan Aranzadi, en un texto por publicar, habla al respecto del “presentismo etnográfico” que caracterizaría este tipo de trabajos llevados a cabo en Guinea Ecuatorial.

⁴ E. Gillies, en un artículo precursor, ya alertaba en 1976 sobre el recurso abusivo desde la antropología de la interpretación sobrenatural de la enfermedad desde la antropología, aludiendo particularmente a E.E. Evans Pritchard y V. Turner (Gillies; 1976). Más recientemente, J.-P. Olivier de Sardan también invita a orientar el análisis hacia las manifestaciones más “prosaicas” de la enfermedad (Olivier de Sardan; 1994).

sobrenatural de la enfermedad constituiría la norma, y la búsqueda del *sentido del mal*⁵ prevalecería sobre la búsqueda de una solución.

Por otra parte, en Bata, las trayectorias estudiadas sugieren la confluencia de determinados comportamientos vinculados a la enfermedad, independientemente de la adscripción étnica, y por lo tanto desvinculados de sistemas médicos homogéneos y delimitados. Si bien es verdad que a la hora de elegir un *ngengan*⁶ cada uno tiende a privilegiar curadores de su propio grupo étnico, no se aprecian grandes diferencias en cuanto a la organización de los recursos a lo largo de los itinerarios terapéuticos y a la percepción de los mismos. Se observan mayores diferencias en relación a determinantes sociales (como el poder adquisitivo, el nivel formativo, la procedencia rural o urbana, el tiempo de instalación en la ciudad etc.) que a la pertenencia étnica. Esta progresiva confluencia no solo deriva del contacto con los servicios asociados a la biomedicina. La renovación dinámica de los saberes que se generan a nivel popular, desborda en permanencia las fronteras étnicas. El caso del *kong* (capítulo 7), uno de los diagnósticos vinculados al mundo invisible más extendidos en toda la subregión, independientemente de la pertenencia étnica, es un buen ejemplo de ello. El carácter transétnico de los saberes es aún más relevante en el ámbito de los cuidados domésticos. La transformación de los mecanismos de transmisión ha propiciado la circulación de las recetas a través de canales sociales, laborales, vecinales, desvinculados de la pertenencia étnica (capítulo 9). Se constituyen en este sentido nuevos saberes, ya no tanto sustentado en la identidad étnica, pero que mantienen el sustantivo identitario “tradicional”.

a. Barreras estructurales en el acceso a la atención sanitaria

Estos últimos años, se han multiplicado los trabajos que desde las ciencias sociales, descartan la preeminencia del factor cultural. Resulta hoy evidente en el continente africano, que el hecho que los pacientes no acudan, o acudan tarde al sistema de salud público, no solo puede imputarse a determinantes culturales, sino también a los disfuncionamientos del propio sistema sanitario. Cabe destacar en este sentido los trabajos pioneros de Hours (1985) en Camerún. Más recientemente, las investigaciones de Brunet de Jailly (1993), Jaffré y Olivier de Sardan (2003), o Monteillet (2005) han puesto en evidencia en diversos contextos africanos, los problemas de acceso y calidad en la prestación de atención sanitaria que padecen la mayoría de los servicios oficiales de salud.

⁵ Según la expresión consagrada por Augé y Herzlich (1984).

⁶ *Ngengan* en fang, o (*nganga* en ndowé,) es el terapeuta especializado en las afecciones ligadas a la brujería, aunque también interviene frente a padecimientos desvinculados de la etiología sobrenatural. Su figura, y el papel que desempeña en los itinerarios terapéuticos serán esencialmente abordados en el capítulo 7.

Observaciones similares se han llevado a cabo en otras latitudes. En un estudio etnográfico respecto al incumplimiento del tratamiento de la tuberculosis entre los residentes de habla Aymara de la ciudad de La Paz (Bolivia), Greene (2004) mostraba la preeminencia de las barreras estructurales sobre los determinantes culturales, para dar cuenta de la inobservancia. Si bien sus informantes mantenían una variedad de creencias y de prácticas relacionadas con la medicina aymara, la mayoría de los pacientes estaban cómodos con el diagnóstico y tratamiento biomédico de la tuberculosis, y mantenían la creencia en su eficacia. No obstante, los problemas relativos al acceso, al coste, y al trato en las infraestructuras sanitarias propiciaban el abandono del tratamiento.

La supuesta resistencia cultural a la biomedicina no constituye un prisma analítico suficiente para dar cuenta de las estrategias que retrasan, eluden, o propician el abandono precoz de las instancias oficiales de salud. Los mecanismos de selección y/o producción de alternativas terapéuticas, atiende a efectos juzgados y valorados por los agentes sociales. Más allá del coste, cabe mencionar otras barreras estructurales inherentes a la oferta sanitaria pública. Las horas de espera, la falta de medicamentos, el mal trato a veces propinado al paciente, las prácticas de corruptela o el absentismo del personal sanitario, impactan ineludiblemente en la calidad del servicio y participan de la erosión de la credibilidad de las instancias sanitarias públicas, y especialmente de la red hospitalaria. Estas cuestiones revelan que las alternativas informales de cuidado no son las únicas que conllevan factores de riesgo. Quizás lo extraño, no es tanto que la población no acuda a los servicios hospitalarios públicos, sino que siga acudiendo a los mismos.

Cabe preguntarse cómo son vividas y afrontadas las discontinuidades en el acceso y la operatividad de la atención, y como impactan en las modalidades de gestión de los itinerarios terapéuticos. Resulta también necesario cuestionar los mecanismos de producción de saberes y estrategias por los agentes sociales, para contornar, superar, o incluso aprovechar las disfunciones existentes.

b. Pluralismo terapéutico

Como gran parte de las urbes africanas, Bata, capital de la región continental, se caracteriza por una oferta terapéutica plural, en la que conviven diversos paradigmas terapéuticos. Los servicios pertenecientes a la red pública de salud, la explosión de la oferta privada, el mercado del medicamento, las terapéuticas señaladas como “tradicionales” que comprenden una heterogeneidad de prácticas y saberes en constante movimiento y que abarcan tanto los conocimientos y actuaciones populares llevados a cabo en el ámbito doméstico (en el que hoy también se inscriben los medicamentos biomédicos), como aquéllos movilizados en las denominadas curanderías, las terapéuticas

cristianas, esencialmente evangélicas pero también católicas... Las diferentes alternativas constituyen un entramado complejo de recursos, un tablero en el que se juegan las principales actuaciones frente a la enfermedad.

La literatura etnográfica ha privilegiado generalmente el estudio de una alternativa determinada, generalmente la denominada “medicina tradicional”, en detrimento de otras, ofreciendo una visión a veces parcial y culturalista. No obstante, la dimensión comparativa y “relacional” de los recursos (Menéndez 2005:59) se revela en permanencia a la observación etnográfica. La elección de uno o varios recursos, implica, de forma más o menos explícita, el descarte provisional de otros. Por otra parte, las estrategias implementadas por los individuos y colectivos frente a la enfermedad raras veces se construyen a partir de una sola alternativa. Quienes acuden a las curanderías⁷, también solicitan en otras ocasiones los centros de salud, el Hospital General o los consultorios chinos; asimismo, pueden generar en determinadas situaciones respuestas domésticas y/o consumir medicamentos manufacturados, sin el respaldo sanitario profesional. Como en todas las urbes africanas, el pluralismo terapéutico da pie al uso selectivo, compaginado y/o alternado de las diferentes alternativas existentes. La cuestión no es tanto plantear el uso o no de un recurso determinado sino el *cómo*, y *él cuándo*.

La habitual oposición entre las nociones de tradición y modernidad en el campo de la terapéutica, deriva en gran medida de la mirada adoptada por determinados enfoques antropológicos. No se desprende tanto de las prácticas llevadas a cabo por los agentes sociales, quienes suelen articular los recursos sin ambages conceptuales. En este sentido, pensar juntos paradigmas terapéuticos diferentes no supone una incompatibilidad conceptual. Resulta a la inversa más acorde con la gestión cotidiana de la enfermedad (Menéndez, 2005: 37,59). Permite dar cuenta de las conexiones entre unos recursos y otros, apreciables tanto en los itinerarios terapéuticos, como en la existencia de prácticas terapéuticas “híbridas” que dan cuenta de la circulación de los saberes.

Los conceptos de “itinerario terapéutico” o “carrera del enfermo” tratan precisamente de dar cuenta de la integración pragmática de recursos diferentes (Janzen, 1978; Augé y Herzlich, 1984, Benoist, 1996, Menéndez, 2005). Permite reintroducir la dimensión de temporalidad y la complejidad que conlleva la combinación y alternancia de diferentes alternativas (Fassin, 1992:114). En otros términos, invita a abordar el carácter dinámico de las prácticas orientadas hacia la gestión de la enfermedad, a concebirlas, no tan solo como actos, sino como un proceso (Menéndez, 2005:59).

⁷ Término utilizado en Guinea Ecuatorial para designar los espacio de terapia en los que opera el *ngengan*. Cuenta generalmente con capacidad para ingresar a los pacientes.

Frente a la multiplicación de contextos en los que conviven, compiten, e interactúan diferentes paradigmas terapéuticos, la conceptualización de los sistemas médicos cultural, social étnica y lingüísticamente integrados, también ha dado paso a concepciones más abiertas, sedimentado la idea de pluralismo terapéutico. Sturzenegger, adoptando la perspectiva de los enfermos, integra en su aprehensión del sistema médico, todas las alternativas utilizadas por un determinado grupo social (Sturzenegger, 1999:58). Otras perspectivas, señalan que la concurrencia de elementos procedentes de diferentes horizontes no solo se opera en las prácticas y concepciones movilizadas por los individuos en busca de terapia, sino que también se aprecia en las que implementan los curadores. Cristina Baraja por ejemplo, rechaza la concepción de sistemas o subsistemas médicos que mantuviesen cierta independencia a pesar de las constantes interacciones que mantienen. Aboga más bien por un modelo de “hibridación constante” de los sistemas médicos, recalcando su carácter dinámico y relacional (Baraja, 2000).

Estos abordajes sugieren que las fronteras entre los comportamientos y prácticas asociados a la medicina moderna y a la medicina tradicional resultan a menudo borrosas y movedizas. ¿Qué decir de las recetas domésticas que involucran componentes vegetales al mismo tiempo que fármacos industriales? ¿Cómo considerar las prácticas de algunos *bingengan*⁸ que inyectan y administran medicamentos manufacturados? ¿De qué lado situar una enfermera del Hospital General también conocida como *ngengan*? ¿Cómo dar cuenta de la utilización de términos biomédicos como “bazo” o “fiebre amarilla” empleados para designar patologías generalmente vinculadas a la nosología popular? Estos usos, figuras y prácticas, recogidas a lo largo del trabajo etnográfico, resaltan el carácter tenue y difuso de las fronteras conceptuales.

Por otra parte, la reducción de las alternativas a una oposición binaria entre medicina tradicional y medicina moderna, otorga cierta homogeneidad a ambas entidades que no se corresponde en absoluto con la realidad. Oculta la extrema complejidad de la oferta actual. Tan solo considerando las alternativas asociadas por la población a la medicina moderna en base al procedimiento diagnóstico y medicamentoso, las alternativas constituyen un amplio espectro de posibilidades, diferenciadas tanto por el coste, el tipo de servicios, el trato, el idioma, la formación del personal, la calidad de las infraestructuras, los tiempos de espera etc. La red pública, de tipo piramidal, es encabezada por el Hospital General y respaldada oficialmente por seis centros de salud de atención primaria. Constituyen una parte importante pero no exhaustiva de las opciones existentes en Bata. Las clínicas y consultorios privados, sujetos a escaso o ningún control, son igualmente alternativas conocidas y utilizadas por gran parte de la población. La llegada de olas sucesivas de migrantes chinos también ha contribuido a la transformación y a

⁸ Plural de *ngengan* en fang.

la diversificación de la oferta terapéutica. Ocupan un lugar de primer orden en la oferta privada. Asimismo las farmacias y otros puntos de venta de medicamentos formales e informales, ofertan un servicio inmediato y de proximidad, a menudo, en detrimento de la calidad. Otras alternativas, de menor incidencia en los itinerarios terapéuticos de gran parte de la población, como el Instituto Nacional de La Seguridad Social (INSESO) o el Hospital privado La Paz, completan el panorama sanitario de sello alopático de la ciudad. Esta versatilidad de la oferta recuerda que la biomedicina no es unitaria y que no se la puede disociar de las formas que revista en la práctica cotidiana.

c. Heterogeneidad y flexibilidad del *sentido*

Las lógicas de exclusión entre unos recursos y otros son escasas. La terapia implementada por los pastores por ejemplo exige el abandono de cualquier vínculo con los *bingengan* y sus prácticas, incluido el porte de amuletos. No obstante, las incompatibilidades en la sincronía parecen disiparse en la diacronía. No es extraño que algunos de los que depositan sus expectativas de sanación en la terapéutica implementada por las iglesias evangélicas, hayan acudido a algún *ngengan* y a una infraestructura pública con anterioridad. La búsqueda de alivio invita a contemplar, especialmente en los recorridos largos, un abanico amplio de posibilidades.

Sturzenegger asegura en relación a los criollos del noroeste de Argentina, que de forma general, no se niega la eficacia de un recurso alegando que sus fundamentos son falsos sin haberlo probado (Sturzenegger, 1999:81). En el contexto que nos ocupa, numerosos interlocutores sí han rechazado a lo largo de las entrevistas, incluso con vehemencia, la posibilidad de consultar determinadas alternativas terapéuticas⁹. No obstante, el enunciado que expresa el rechazo no es en ningún caso un indicio certero de lo que se haría en determinada situación. El rechazo de la explicación sobrenatural por ejemplo, no descarta, una vez agotados los recursos más formales, alternativas que sí parten de esta premisa para la intervención terapéutica.

En este sentido, es preciso recordar que las prácticas no son ni equivalentes ni reductibles a los discursos que se generan sobre ellas. Los discursos tampoco dan sistemáticamente cuenta de los motivos que las inspiran. Esta disociación, a la que invita Fainzang por ejemplo (1997), da pie a reflexionar sobre la falta de sistematicidad entre los conocimientos y los comportamientos, correlación generalmente presupuesta en los programas de educación para la salud. También invita a abordar las lógicas sociales que llevan a asumir determinados riesgos en la gestión de la enfermedad, al

⁹ Los *bingengan* y los establecimientos chinos son las alternativas que más rechazo despiertan.

movilizar por ejemplo recursos cuyos peligros potenciales son conocidos por la población. En el marco del presente trabajo se ha tratado de aprehender los itinerarios terapéuticos en proceso de construcción, centrando el análisis no tan solo en lo que dicen y piensan los sujetos, sino sobre todo en los comportamientos adoptados en determinadas situaciones.

La contemplación pragmática de un abanico amplio de alternativas también revela la necesidad de trascender un esquema rígido, que pone sistemáticamente en relación categorías de enfermedades, sistema de interpretación y tipo de recursos movilizados. Las distinciones entre enfermedades tradicionales versus enfermedades modernas, o enfermedades naturales versus enfermedades vinculadas al mundo invisible, aún al uso en numerosos estudios antropológicos, tratan de fijar una realidad fluida y móvil. La designación de unas y otras, si bien es verdad que condiciona las acciones emprendidas en busca de terapia, cambian y evolucionan a lo largo del mismo itinerario. La movilidad y pluralidad de las representaciones constituye otra de las premisas del presente trabajo de investigación.

2. El trabajo de campo:

a. Planteamientos éticos y prácticos

La escasez de producción académica sobre la historia reciente de Guinea Ecuatorial, y la inexistencia (con contadas excepciones,) de investigaciones etnográficas, contrastan con la abundante literatura generada en los países limítrofes. Estos contrastes se vinculan ciertamente a las diferentes tradiciones investigadoras que mantienen las antiguas potencias coloniales con sus antiguas colonias, y que en el caso francés con Camerún y Gabón, han incentivado la investigación local. No obstante, estos vacíos en Guinea Ecuatorial también se enmarcan en un contexto político poco propenso a facilitar la investigación *in situ*¹⁰. En un régimen político especialmente molesto con la imagen que se vehicula del mismo fuera de sus fronteras, y con la voluntad manifiesta de controlar lo que se dice en su interior, la tradicional sospecha del antropólogo-espía adquiere especial relevancia. Algún compañero de oficio provisto de preguntas y grabadora, ya ha sufrido la hostilidad manifiesta de las autoridades hacia su curiosidad¹¹.

¹⁰ Los trabajos etnográficos más recientes sobre Guinea, han sido mayoritariamente llevados a cabo por investigadores españoles, y esencialmente orientados hacia la literatura oral. Más allá de la tendencia voluntariosamente culturalista en la que se enmarca la investigación, la elusión de la dimensión política, social y económica de los estudios tampoco se puede desvincular de este contexto político.

¹¹ Uno de los más destacados historiadores de Guinea Ecuatorial, fue expulsado hace pocos años de una localidad del interior del país. Su investigación, centrada sobre un periodo específico de la época colonial, se desvinculaba sin embargo de la actualidad social y política del país. En el contexto guineano, el investigador no evoluciona con plena libertad y legitimidad.

Estas circunstancias conllevan toda una serie de inconvenientes a la hora de abordar el terreno, que también plantean cuestionamientos éticos. Gran parte de los contactos con las administraciones públicas del país derivaban de mi desempeño, antes de iniciar la presente investigación, como representante de una organización humanitaria internacional en Guinea Ecuatorial. En determinados contextos, la asociación sistemática de mi persona con la organización, y la falta de énfasis por mi parte por recalcar de forma explícita la finalización de la relación formal con la misma, ha facilitado indudablemente determinadas interacciones. En la práctica etnográfica, se advierte desde el punto de vista ético, un espacio entre la voluntad de informar y la imposibilidad de hacerlo de forma adecuada. Esta brecha es aún mayor cuando supone una amenaza manifiesta para el propio desarrollo del trabajo etnográfico. Aprovechar las ambigüedades de mi identidad en determinados contextos guineanos, como cooperante y/o investigador, se inscribía en este desfase¹². De hecho, ha sido precisamente mí recorrido como cooperante, el que me ha permitido disponer de una credencial facilitada por una de las ONG guineanas más importante del país, con las que había trabajado con anterioridad. Este documento ha resultado imprescindible para llevar a cabo las entrevistas con algunos funcionarios del Ministerio de Salud y de Bienestar Social (MINSABS). También ha facilitado la entrada y el trabajo de campo en las estructuras sanitarias públicas del país.

Cabe resaltar en términos generales, la disponibilidad del personal sanitario guineano, y en especial del equipo directivo de los dos centros de salud en los que se ha trabajado, así como del Hospital General. Conociendo la opacidad del entramado burocrático del país, la credencial del organismo guineano me ha abierto las puertas de las diferentes entidades con una facilidad que no esperaba. A mi juicio, esta disposición se vincula en gran parte al sentimiento de frustración que impera en el sector sanitario público, y al deseo por parte de numerosos interlocutores de compartir y mostrar las situaciones a las que se enfrentan a diario. Un responsable reconocía explícitamente que mi presencia constituía para él la posibilidad de poder desahogarse, y de manifestar, (obviamente sin designar responsabilidades políticas,) las que a su juicio constituían carencias insostenibles.

Los entrevistados han sido generalmente abordados en los espacios de terapia. En los dos centros de salud en los que se ha llevado a cabo el trabajo de campo, se me habilitó una pequeña sala. Al finalizar la consulta, el facultativo orientaba directamente los pacientes hacia mí. Este procedimiento me eximía de la inseguridad que rodea la toma de contacto. También reducía

¹² En este misma lógica, también suscribo la incomodidad recogida por Brigidi, Hurtado y Tosal al señalar que de cara a agilizar el trabajo de campo y el contacto con los sanitarios, se presenta generalmente de forma más o menos explícita los pacientes como objeto de estudio, eludiendo que los profesionales de la salud y las modalidades de interacción que mantienen con los enfermos y sus familiares también son objeto de la investigación (Brigidi, Hurtado y Tosal, 2013:205-206).

considerablemente las posibilidades de rechazo. Pero al mismo tiempo, me inscribía en el recorrido formal del enfermo en la institución, vinculándome directamente al cuerpo sanitario; algunos pacientes incluso, a pesar de mis reiteradas protestas, me llamaban doctor.

En el Hospital General, la mayor parte de las entrevistas se han llevado a cabo en el servicio de medicina interna y en el de pediatría. En este contexto, el investigador evolucionaba con mayor libertad, sin un lugar específico para las entrevistas. Con la autorización expresa de la dirección, los enfermos y/o sus familiares eran abordados directamente. Se ha tratado en todo momento de no perturbar el desarrollo de los cuidados y respetar la voluntad del enfermo y/o su entorno, tratando de cultivar una postura discreta, empática y respetuosa. Los momentos especialmente sensibles en los que se inscribe la interacción, la intimidad que rodea los momentos difíciles, pero también la hostilidad y desconfianza que despierta el entorno hospitalario, hacen especialmente delicada la presencia del investigador. El Hospital General es donde sin lugar a duda, más interlocutores han rechazado la entrevista, lo que por otra parte, también revela la disociación exitosa del investigador con las lógicas de poder imperantes entre pacientes y sanitarios.

Los pacientes de los *bingengan* han sido contactados en las propias curanderías cuando estos lo facilitaban. De los doce *bingengan* con los que hemos interactuado, solo la mitad, no han mostrado ningún inconveniente en que se establezca una relación con el paciente sin su presencia.

En los espacios de ingreso, como el Hospital General o las curanderías, las posibilidades de volver a conectar en varias ocasiones con el enfermo estaban prácticamente garantizadas. En espacios de consulta, se planteaba a los entrevistados la posibilidad de encuentros posteriores en sus domicilios. Esta disposición no solo perseguía llevar a cabo entrevistas más profundas. Trataba de aprehender, como se ha señalado más arriba, los itinerarios en construcción. En este sentido, mediante el acompañamiento de algunos enfermos y/o de su entorno, se ha ampliado la observación etnográfica a otros proveedores de cuidados terapéuticos (puntos de venta de medicamentos, consultorios privados y dispensarios regidos por la diáspora china, o iglesias evangélicas).

Hablar de enfermedad y/o acompañar un proceso patológico, es presenciar y/o indagar en aspectos íntimos, vinculados a la muerte (de un hijo por ejemplo), a la esterilidad, a las relaciones de familia, a las dificultades económicas, a sentimientos de impotencia o de culpa etc. Abordar el enfermo en pleno proceso terapéutico en el mismo lugar en el que viene a buscar una solución, con el beneplácito pero sin el respaldo o la mediación de la institución, constituye por momentos una propuesta de terreno difícil tanto desde el punto de vista práctico como moral. En determinadas situaciones, solicitar una interacción, puede incluso ser percibido como una agresión. Esta incomodidad, el sentimiento de falta de legitimidad moral del investigador para

abordar los pacientes, me ha llevado, especialmente en el Hospital General, a desarrollar determinados mecanismos de selección y acercamiento a los interlocutores potenciales: dejarse ver durante dos o tres días antes de abordar un nuevo interlocutor, periodo durante el cual, mediante miradas, saludos e interacciones puntuales se crea cierta familiaridad; evitar abordar cualquier paciente cuya situación parezca crítica y/o esperar a la aparente mejora del estado del enfermo... Estas medidas no impiden interacciones incómodas, preguntas sin respuestas, y entrevistas abandonadas, cuando resultaba evidente que el intercambio suponía un esfuerzo físico o emocional, a todas luces innecesario para el interlocutor. Pero estas situaciones también dan pie a relaciones de complicidad, amistades nacientes y correlativamente, interlocutores preferenciales. Algunas situaciones también recuerdan más que otras el carácter inevitablemente participante de la observación, cuando el investigador es directamente solicitado (económicamente por ejemplo), o cuando decide voluntariamente intentar intervenir en la gestión de un itinerario, en base a la lectura que hace de la situación, o a los vínculos que ha desarrollado con el paciente y/o su entorno familiar.

No se ha firmado ningún documento relativo al consentimiento informado con los entrevistados. Esta práctica, al uso en algunas investigaciones antropológicas llevadas a cabo en instituciones sanitarias¹³, puede constituir, especialmente en el contexto guineano, una amenaza para la práctica investigadora. La formalización de la relación del investigador con el entrevistado dota el intercambio de un carácter oficial más bien propicio a generar resistencias y resta obviamente espontaneidad a la interacción. Por otra parte, en un entorno en el que la palabra puede adquirir una dimensión política y en el que el enunciado político conlleva riesgos para la integridad física, social y laboral, el sentimiento de formalizar un compromiso con la palabra hubiese probablemente sido rechazado por la mayor parte de mis interlocutores.

La explicación ofertada a los enfermos y sus entornos respecto al propósito de la entrevista –un estudio para conocer mejor como actúan frente a la enfermedad, sus dificultades en las estructuras sanitarias, y con otras alternativas de terapia etc.– suscitaba en algunos interlocutores, planteamientos sencillos pero profundos respecto a los objetivos de la investigación: “¿Para qué?” Este interrogante, que plantea el papel que desempeña la investigación en relación a la realidad social que pretende describir, apela a una reflexión en torno a los espacios y modalidades de restitución.

¹³ Cabe señalar, tal y como lo hace Rossi que la firma del consentimiento informado, que persigue cumplir con determinados planteamientos éticos, no constituye en sí una garantía ética (Rossi, 2008:14).

b. La recogida de datos

Más allá del trabajo de campo propiamente dicho, mi implicación como profesional en la implementación de proyectos de cooperación en el país me ha ofertado una posición idónea para la observación de las lógicas que se juegan entre los agentes externos y nacionales de desarrollo. Esta situación de “participación observante” (Soulé, 2007), en la que a diferencia de la observación participante, la participación constituía el motivo primero de mi presencia, ha sido clave en la elaboración de la primera parte de la investigación, en la que se aborda las lógicas políticas desde las que se genera el espacio sanitario en Guinea Ecuatorial.

La fase más etnográfica del trabajo de campo se inició en enero de 2011, y se prolongó durante 11 meses durante los cuales se procedió a casi un centenar de entrevistas con enfermos y familiares en diferentes espacios de terapia de la ciudad. Las preguntas contemplaban los antecedentes terapéuticos en cada espacio de terapia para situar el lugar de cada recurso en el itinerario terapéutico. También eran abordados otras experiencias patológicas, las representaciones y saberes acerca de los recursos existentes, los tratamientos y la enfermedad, las personas involucradas en la toma de decisión o los conocimientos movilizados en el área doméstica¹⁴. Como ya se ha señalado, cuando los interlocutores mostraban buena disposición para ello, se ha tratado de seguir las diferentes etapas implementadas en la gestión del proceso patológico. Se trataba no solo de identificar las lógicas que presidían a la selección y sucesión de los diferentes recursos, sino también de dar cuenta de los recorridos en el propio seno de las principales alternativas de cuidado. Esta experimentación empírica desempeña un papel clave en la selección, elusión o descarte provisional de un recurso.

La mayor parte de mis interlocutores han sido mujeres. En todos los espacios de terapia observados, hay mayor presencia de mujeres que de hombres, aunque con diferencias notables entre unos y otros. Este desigual reparto se vincula a la división sexual de las tareas, que adjudica una amplia responsabilidad a las mujeres respecto al cuidado de los demás. Tanto en el ámbito doméstico como al exterior del mismo, son las mujeres quienes se erigen como principales cuidadoras y acompañantes en la búsqueda de atención. Son asimismo las principales gestoras de la salud de los niños, franja de la población que concentra en los servicios oficiales de salud, la mayor parte de las consultas. Estas responsabilidades y experiencias en el cuidado de los demás, sumadas a los embarazos repetidos, les otorga generalmente mayores conocimientos respecto a la oferta terapéutica existente, y mayores saberes derivados de su experiencia como cuidadora y del contacto con los diferentes recursos.

¹⁴ Reproducimos en anexo 1 la guía de entrevista utilizada con los enfermos y/o con su entorno.

Del lado de los gestores, proveedores y terapeutas, se entrevistaron 4 responsables ministeriales; 12 gestores y dispensadores de atención en las infraestructuras públicas, un médico del Instituto de la seguridad social (INSESO) y un responsable del hospital privado La Paz. También se contactó con dos proveedores de medicamentos. Se mantuvieron encuentros con 12 *bingengan* pertenecientes a diferentes grupos étnicos y que se reclaman de diferentes tradiciones terapéuticas, y dos *mbo-mebiang*¹⁵. También mantuve encuentros formales e informales con numerosos cooperantes en activo o retirados, laicos o religiosos que desde 1980 hasta la actualidad, han participado en la implementación del sistema sanitario guineano.

La mayor parte de las entrevistas han sido grabadas y transcritas. Con relativa frecuencia no obstante, algunos interlocutores se han mostrado reticentes respecto al uso de la grabadora, voluntad que se ha respetado en todo momento. Las entrevistas a los responsables ministeriales y gestores de las grandes infraestructuras no han sido grabadas para facilitar mayor libertad para manifestar sus opiniones y relatar sus experiencias. Salvo alguna excepción, en la que se ha recurrido a un traductor, todas las entrevistas se han realizado en español¹⁶.

Para cada cita textual, se especificará la etnia, la edad y el número de hijos, ya que estas variables, especialmente las dos últimas desempeñan un papel importante en las representaciones, saberes y prácticas. Los nombres también serán indicados para facilitar al lector la identificación de cada interlocutor en las diferentes partes del texto. En referencia a los profesionales del sector salud, se han eludido estas informaciones. Las entrevistas han abordado aspectos ligados a su desempeño laboral y a las políticas sanitarias del país, por lo que se ha preferido, respondiendo a la solicitud de algunos, no facilitar elementos que faciliten su identificación. En referencia a los demás curadores, se especifica su nombre, la etnia, la edad, y la tradición terapéutica en la que inscriben su práctica.

¹⁵ Significa literalmente “el que hace medicinas”, en referencias a aquellas personas que conocen las plantas para tratar determinadas afecciones, pero que a diferencia de los *bingengan*, no suelen tratar enfermedades vinculadas a la brujería ni tienen la capacidad para moverse en el mundo invisible.

¹⁶ Gran parte de la población guineana, cerca del 85% según algunos observadores, habla el español (Morgades Besari, 2005). Si bien el español no es una lengua materna para la mayoría, y más allá de las carencias importantes que afectan el sistema educativo guineano, la enseñanza de primaria y secundaria se hace en español. El español es también la lengua oficial y administrativa, aunque recientemente se le hayan sumado el francés (desde 1998) y el portugués (desde 2007). La oficialización de estas últimas responde a cuestiones geopolíticas, ya que no tienen arraigo lingüístico entre la población.

3. El contexto guineano

a. “La paradoja de la abundancia”¹⁷

El sector sanitario constituye desde hace más de treinta años un ámbito prioritario para la cooperación española en Guinea Ecuatorial. Desde que en 1979 las autoridades golpistas solicitaron la ayuda de la antigua potencia colonial, el importante despliegue de medios humanos y financieros implementados por la cooperación sanitaria en Guinea Ecuatorial ha sido una constante, a pesar de las vicisitudes diplomáticas entre ambos Estados. La reciente e importante reducción del volumen de la ayuda española a Guinea Ecuatorial surge en un contexto de crisis económica en el que se han llevado a cabo inusitados recortes sobre los presupuestos de cooperación del Estado Español. Más allá de la cooperación española, otros actores internacionales ligados al campo de la cooperación internacional (el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, o la agencia norteamericana de cooperación entre otros), también se han implicado con mayor o menos continuidad en el sector sanitario guineano.

Los descubrimientos de yacimientos de importantes reservas de hidrocarburos y su explotación a partir de finales de los años noventa, han dotado a Guinea Ecuatorial de una nueva estatura en el escenario internacional. La nueva situación de Guinea como tercer productor de petróleo del continente ha permitido a la cúpula gobernante, afianzar su poder, al mismo tiempo que ha dado pie a la diversificación y consolidación de alianzas bilaterales (con China, Estados Unidos y Francia esencialmente). La nueva posición geoestratégica de Guinea desde el paso del milenio también se percibe en la internacionalización del campo sanitario en el que han emergido nuevos inversores privados. Algunos, como Maraton Oil, una de las más grandes empresas norteamericanas dedicadas a la explotación petrolífera, disponen de partidas presupuestarias dedicadas a la responsabilidad social corporativa, también señalada por algunos observadores como “filantropía estratégica” (Serrano, 2011:45). Otros inversores, como la empresa española ASISA que gestiona desde fechas recientes el centro sanitario de la seguridad social en Bata, han apostado por el sector sanitario como una fuente de ingreso en sí. Pequeños pero muy numerosos inversores pertenecientes a la diáspora china, también destacan en el sector.

Desde el propio gobierno guineano, las rentas del petróleo han permitido un cambio sin precedentes en la implementación de infraestructuras en el país, y también un salto exponencial en cuanto al volumen dedicado al sector

¹⁷ “La paradoja de la abundancia” es el título de un documental reciente realizado por A. Barroso para la televisión española a principios de 2015 sobre Guinea Ecuatorial. Ha generado cierto malestar e indignación entre las élites políticas del pequeño país quienes denuncian la voluntad de la prensa española de delinear sistemáticamente una imagen negativa de Guinea y de sus gobernantes. Un propósito que encerraría según las autoridades, veleidades neocolonialistas.

sanitario. Según los datos disponibles, Guinea Ecuatorial sería el país de África subsahariana que más invierte en salud en relación a su población. El gasto sanitario per cápita, estimado en más de 1.200 \$, contrasta con el de los países limítrofes como Camerún y Gabón, de 64 \$ y 400 \$ respectivamente.

Atendiendo a los índices sanitarios disponibles, se han alcanzado indudablemente logros importantes a lo largo de las dos últimas décadas, especialmente en la lucha contra el paludismo, la mortalidad infantil, o la mortalidad materna. Pero a tenor de los actores involucrados, y de las inversiones realizadas, los logros parecen escasos, o al menos poco diferenciados de países con rentas muy inferiores. Si bien las rentas del petróleo han situado Guinea Ecuatorial entre los países de desarrollo medio según el Índice de Desarrollo Humano (IDH), la esperanza de vida (de 53,1 años), un indicador sanitario clave, sigue siendo inferior a la media de los países considerados como de desarrollo humano bajo (56,8 años). Un niño de cada nueva no llega a su quinto cumpleaños. Las coberturas en materia de inmunización son las peores de la región. Guinea es uno de los cuatro países del África subsahariana en el que se ha incrementado el volumen de transmisión del VIH/sida entre madre e hijo entre 2009 y 2011...

b. Algunas referencias socio-demográficas

No existe un censo fiable respecto a la población del país¹⁸. La fotografía estadística más fiable es sin lugar a duda la encuesta demográfica de Salud (EDSGE-I) que se llevó a cabo en el año 2011. Mientras las estimaciones realizadas por la OMS y otros organismos internacionales se basan sobre proyecciones o fuentes indirectas, la EDSGE-I es una encuesta transversal realizada en 5.000 hogares seleccionados de forma aleatoria¹⁹. Ofrece en este

¹⁸ Los datos censales existentes de la población guineana varían notablemente según las fuentes consultadas. El gobierno guineano la sitúa en 1.622.000 habitantes (2010, Página Oficial, <http://www.guineaecuatorialpress.com/estadistica.php>). El último censo oficial sobre el que reposa las estimaciones del gobierno, se realizó en 2001. Avanzaba una población de 1.014.999 habitantes. En base a censos anteriores, esa estimación resulta del todo improbable, ya que arrojaría una tasa anual de crecimiento demográfica estratosférica (entre el 10% y el 20% según el censo de partida). La inflación censal del 2001 respondería a la necesidad de mantener un PIB per cápita que permitiese seguir percibiendo los flujos financieros de la ayuda internacional. Las estimaciones del Banco Mundial, 797.082 (2013, <http://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.TOTL>) o de la CIA 722.254 (CIA 2014 WorldFactbook, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ek.html>), establecidas en base a proyecciones establecidas a partir de censos anteriores al de 2001, parecen más verosímiles.

¹⁹ La Encuesta Demográfica de Salud (ENDSA) es un estudio al que se someten con regularidad los Estados cada 5 años en principio, de cara a generar información necesaria para la elaboración, el seguimiento y la evaluación de programas en materia de desarrollo, económico, social, y especialmente

sentido algunos datos inéditos respecto a las características de la población guineana.

A tenor de los datos expuestos en la misma, la población guineana es muy joven. Cerca del 40% de la misma tiene menos de 15 años, y menos del 7% más de 65. Cada hogar cuenta con una media de entre 4 y 5 personas, aunque más del 10 % de los mismos reúne más de 9 personas. Solo el 56% de los hogares en el país se abastece de agua a través de una fuente mejorada (grifos públicos, grifos compartidos o individuales, pozos o manantiales protegidos). El porcentaje superaría sin embargo el 80% de la población en contexto urbano. Por otra parte, cerca del 60% de la población dispone de baños modernos. En el ámbito rural, casi el 60% de los hogares no tiene luz, mientras que en el ámbito urbano, más del 90% de la población tendría acceso a la electricidad. Es preciso relativizar esta afirmación en la medida en la que hay cortes de luz con suma frecuencia, especialmente en Bata, que pueden prolongarse durante días, incluso semanas.

Respecto a la escolarización, cerca del 20 % de las mujeres y más del 10% de los hombres no habrían cursado ninguna formación académica. Estas proporciones disminuyen considerablemente en las generaciones más recientes y en los ámbitos urbanos. Según la encuesta, los datos de asistencia escolar entre los 6 y 11 años superarían en la actualidad el 80%, y alcanzaría el 87% en contexto urbano. Cabe señalar no obstante, que más allá de los problemas ligados a la calidad de la enseñanza, el tiempo de estudios medio, 7,4 años para los hombres, y 5,7 para las mujeres, revela el escaso porcentaje de la población que finaliza el ciclo formativo académico²⁰.

En términos laborales, cerca del 44% de las mujeres y 75% de los hombres han desempeñado una actividad generadora de ingresos en los doce meses que precedieron la encuesta. Se destacan diferencias notables para las mujeres en el ámbito urbano, donde no alcanzaría el 30%. Según la encuesta, más de la mitad de las mujeres que habrían desempeñado alguna actividad en los últimos meses, lo habrían hecho esencialmente en el ámbito de la “venta y servicios”, mientras que la mayoría de los hombres, el 57%, habría desempeñado actividades de “trabajo manual no agrícola”.

La encuesta sin embargo no alude a la precariedad del empleo, y su escasa formalización. Las mujeres trabajan esencialmente por cuenta propia. Muchas de ellas se dedican al “buyansellan”, termino pichinglis²¹ que designa el acto de comprar y vender productos (ropas, productos alimenticios o de primera

en el ámbito sanitario. En el caso guineano, la encuesta realizada en el 2011 fue la primera autorizada por las autoridades.

²⁰ El ciclo formativo cuenta 6 años de primaria y 7 años de secundaria.

²¹ Lengua hablada en Bioko, derivada de lenguas criollas gestadas en las antiguas colonias inglesas fundamentadas a partir del inglés. Se ha implantado en Guinea con las migraciones esencialmente procedentes de Sierra Leona en el siglo XIX.

necesidad, productos de limpieza etc.) en mercados, puestos ambulantes o en las cercanías de sus domicilios. Los márgenes de beneficio de este tipo de actividades son generalmente muy pequeños. Por otra parte, el trabajo a destajo (expuesto a la siniestralidad laboral y sin ninguna cobertura sanitaria,) caracteriza gran parte del espectro laboral masculino, conformando una situación económica sin posibilidades de ahorro, y especialmente precaria.

Se aprecia no obstante, desde el paso del milenio, un incremento notable de la asalarización de la economía (Campos Serrano, 2011:69). La economía del petróleo ha atraído la inversión extranjera, al mismo tiempo que ha dinamizado el sector de los servicios. Se ha ampliado considerablemente la oferta laboral, y ha emergido lo que algunos califican como “nueva clase media” (Campos Serrano, 2011:69), esencialmente vinculada a los salarios pagados por empresas extranjeras, y algunas locales. Las rentas del petróleo han conllevado en este sentido, nuevas posibilidades de promoción social, pero afectan a los guineanos de forma muy desigual, y con frecuencia no se pueden desvincular de las lógicas clientelistas.

Se han acentuado las desigualdades en cuanto a los ingresos y a las posibilidades de acceso a un empleo. Los salarios medios de los funcionarios varían entre 120.000 F cfa y 250.000 F cfa mensuales²². La retribución de un médico es de 235.000 F cfa. El salario de una persona contratada para los trabajos de limpieza en una organización guineana con la que he trabajado ascendía a apenas 90.000 F cfa. Otras actividades manuales con menor formalización contractual pueden ascender a 60.000 F cfa, mientras que el trabajo en alguna petrolera supera con frecuencia el millón de francos cfa.

Por otra parte, la escasa diversificación de la economía guineana, focalizada en la explotación del crudo limita considerablemente la creación de empleo. Sectores de actividad determinantes antes de la era del petróleo, como la agricultura y la pesca han sido progresivamente abandonados por la población, en busca de nuevas oportunidades en las ciudades. Este factor, sumado a la economía del petróleo ha supuesto una inflación exponencial de los precios de los productos alimenticios, con repercusiones directas sobre el nivel de vida de las familias.

c. La ciudad, un espacio sin límites

Bata está situada en la parte norte del litoral de la parte continental de Guinea Ecuatorial. Es la segunda capital del país y la ciudad de mayor extensión. El mosaico étnico de la ciudad viene conformada por los fang, la etnia a la que pertenece cerca del 90% de la población del país, los ndowé, quienes ocupan a

²² Según el cambio oficial, 1 € equivale a 655, 957 F. cfa.

nivel nacional el tercer lugar en términos de importancia, y los bisios, quienes representan una ínfima minoría²³. Las estimaciones poblacionales oscilan entre 130.000 habitantes, y 250.770 (2012) según las fuentes. En todo caso, el crecimiento de las ciudades estos últimos años, y especialmente el de Bata y Malabo no deja lugar a dudas. Según los datos manejados por la Fundación de Religiosos para la Salud (FRS), organismo español que opera en el país, la población urbana habría pasado de 36,9% del total en 2008 al 58,12% en 2012 (FRS, 2013).

El cambio notable del paisaje urbano, las ostentosas edificaciones, el mantra del progreso en permanencia repetido como herramienta propagandística del poder, operan como catalizador para todos aquellos que quieren beneficiarse de algún modo de la bonanza asociada a la era del petróleo²⁴. Las nuevas olas de migrantes rurales en busca de nuevas oportunidades incrementan los índices de desempleo. También participan de la urbanización espontánea, especialmente en las periferias de las ciudades, donde muchas viviendas carecen de agua, luz o letrinas. Estas zonas, desprovistas de saneamiento viable y de sistema de recogida de residuos domésticos, se encuentran especialmente expuestas a los riesgos vinculados a las enfermedades medioambientales (enfermedades diarreicas, paludismo, fiebre tifoidea etc.)

El propósito etnográfico inicial proyectaba delimitar el trabajo de campo a un barrio determinado en el que se situaba uno de los centros de salud públicos de la ciudad. Los propios empleados del centro nos desaconsejaron el planteamiento en la medida en la que el trabajo puerta a puerta hubiese despertado rápidamente la suspicacia de las autoridades. Por otra parte, apareció muy pronto que los recursos terapéuticos movilizados desbordaban con frecuencia la geografía del barrio. Al mismo tiempo, el centro de salud en el que habíamos iniciado el trabajo de campo era frecuentado por pacientes procedentes de otras zonas de la ciudad. Se imponía la idea de un itinerario etnográfico abierto sobre la ciudad, y orientado por la importancia que adquirirían los recursos terapéuticos en el recorrido de los enfermos.

Por otra parte, si bien el presente trabajo pretende dar cuenta de algunas de las dinámicas urbanas recogidas en los itinerarios terapéuticos, es preciso recordar que la ciudad no se puede pensar como un espacio desconectado (Fassin, 1992:25). Las pequeñas dimensiones del país, y las mejoras importantes de la red vial y del sistema de transporte estos últimos años han

²³ La etnia bubí, segunda en importancia en el panorama nacional, apenas tiene presencia en la parte continental del país.

²⁴ Más allá de la movilidad migratoria interna, las urbes guineanas también atraen a ciudadanos de otros países del continente (esencialmente de Nigeria, Camerún, Gabón, y Senegal) en busca de oportunidades económicas. La diáspora china está en constante crecimiento. Por otra parte, numerosos guineanos residentes en otros países, también han regresado. Muchos de los guineanos afincados en España por ejemplo, se han planteado el retorno alentados por la crisis económica.

permitido una mayor interconexión entre el medio urbano y el medio rural²⁵. En este sentido, se aprecia una extrema movilidad migratoria que también se refleja en los itinerarios terapéuticos. Si bien Bata concentra estructuras de referencia biomédicas para la población de toda la parte continental (públicas y privadas), asimismo, otros recorridos iniciados en la ciudad se prolongan en el interior del país. Se dirigen a menudo hacia el *ngengan* del poblado de origen, o hacia otras localidades donde opere un conocido terapeuta. Son los cuidados asociados a la tradición los que son generalmente buscados fuera de la ciudad, pero también se ha registrado la búsqueda de pastores, sacerdotes, o incluso recursos biomédicos. El centro de salud de Bolondo, apoyado por una ONG y especializado en temas ginecológicos, atrae hasta el pequeño pueblo, numerosas mujeres de la ciudad.

4. Los capítulos

El presente trabajo se propone recoger las principales características de las alternativas terapéuticas más recurridas en Bata, y dar cuenta de las representaciones y modalidades de uso asociadas a cada una de ellas por los individuos y colectivos. El texto ha sido dividido entre los principales recursos terapéuticos solicitados o movilizados por los agentes sociales.

Para comprender mejor el contexto en el que se inscribe las lógicas que presiden a la construcción de los itinerarios terapéuticos, la primera parte del presente trabajo pretende dar cuenta de la construcción política del espacio sanitario guineano. El sector salud está atravesado por intereses extra-sanitarios de los que es preciso dar cuenta para aprehender mejor la producción y permanencia de problemáticas de fondo en la continuidad y dispensación de la atención de los servicios sanitarios del Estado. Se abordan en este sentido las principales paradojas experimentadas en el campo de la salud: ¿Como un país con tantos recursos, y que se ha beneficiado en el sector sanitario del apoyo y financiación extranjera durante los últimos 35 años, puede generar un sistema tan problemático y desigual? ¿Cómo dar cuenta, desde el punto de vista político de los altos índices de mortalidad y morbilidad en el país con el PIB más alto del África subsahariana, y que invierte más en salud que cualquiera de sus vecinos?

²⁵ El pueblo y la ciudad siguen constituyendo universos simbólicos de referencia dialécticamente opuestos. Mientras la ciudad es asociada al progreso y a la modernidad, el pueblo es por antonomasia la referencia espacial privilegiada para pensar la identidad; vehicula la relación con los ancestros y con el bosque. Si a día de hoy, tal y como refleja el éxodo rural, el pueblo ha adquirido connotaciones negativas, también conlleva connotaciones positivas en términos de poder terapéutico. Sugiere la posibilidad de haber pasado tiempo con los mayores, el haber heredado su sabiduría, y la eventualidad de conocer el bosque, las plantas y sus secretos.

En el capítulo 1 se sitúa el sector sanitario como un ámbito estratégico desde el punto de vista político, en el que confluyen intereses locales y globales, y en el que a menudo predomina, tanto desde las esferas del Estado como desde el sector humanitario, la consideración de la intervención en salud, como un bien simbólico en sí, independientemente de la consecución de objetivos técnicos. El capítulo 2 se cierne con más concreción sobre uno de los agentes de cooperación sanitaria más longevos en Guinea Ecuatorial. Las congregaciones religiosas españolas, constituyen una pieza clave en la oferta terapéutica en el país, y especialmente en Bata. Apoyadas en todo momento por la cooperación española, su recorrido constituye una buena ilustración de la esquizofrenia que caracteriza las relaciones de España con Guinea, y de cómo se sobrepone con frecuencia la expresión manifiesta de un compromiso social, sobre la mejora de los índices sanitarios nacionales.

La segunda parte trata el carácter heterogéneo de la oferta biomédica y detalla la importancia que adquieren las manifestaciones modernas de la medicina en las estrategias ligadas a la gestión de la enfermedad. El capítulo 3 aborda la experimentación del espacio hospitalario, partiendo de la observación etnográfica llevada a cabo en el servicio de pediatría, de medicina interna y de urgencias. Se advierten diferentes barreras estructurales que dificultan, retrasan o impiden la atención. Estas barreras no solo se aprecian en el acceso y en el coste. También se revelan en las discontinuidades que caracterizan el recorrido del enfermo en el seno de la institución, y participan del lugar del hospital en el ideario social. En última instancia, dan cuenta de las interacciones difíciles que se operan entre sanitarios y pacientes. En las mismas se manifiesta una distancia social que afecta sin lugar a duda la calidad de la atención.

El capítulo 4 aborda la atención prodigada en los centros de salud de la ciudad. Si bien el trabajo de campo se ha llevado en dos centros, se trata de dar cuenta de las lógicas que concurren a la utilización de los cuatro centros más solicitados de la ciudad. Constituyen indudablemente los recursos mejor valorados. No obstante, la observación de los recorridos en el seno de los mismos, pone nuevamente en evidencia barreras estructurales que contextualizan su uso y utilización.

Los clínicas y consultorios privados resultantes de la iniciativa de particulares (a diferencia del Hospital Privado La Paz implementado por el Estado, y hacia el que concurren excepcionalmente los itinerarios terapéuticos,) componen una oferta especialmente heterogénea desde el punto de vista de la calidad, la capacidad, las infraestructuras, los recursos humanos y materiales etc. En el capítulo 5 se presentan las modalidades en las que se integran algunas de estas alternativas en los recorridos en busca de atención. Se hará especial hincapié en las representaciones y modalidades de uso asociadas a los establecimientos con vocación terapéutica implementados por la diáspora china. Constituyen unos recursos generalmente poco considerados por las intervenciones de los poderes públicos. Son sin embargo muy numerosos y

bastante solicitados por la población. Las relaciones con la emigración china, los problemas vinculados al idioma, el escaso control al que son sometidos muchos de estos establecimientos, y el afán mercantil que guía la atención, configura determinadas representaciones sobre el riesgo, que invitan a reflexionar sobre las lógicas plurales que guían la selección de cada recurso.

El mercado del medicamento en Guinea es amplio, heterogéneo y sujeto a escasa regulación. Dada la versatilidad y profusión de prácticas ligadas al fármaco moderno, el capítulo 6 trata de esbozar los principales contornos de las prácticas ligadas a la adquisición y al consumo de medicamentos industriales sin el respaldo de un profesional. Estas prácticas constituyen sin lugar a duda la respuesta más generalizada al inicio de un proceso patológico. Es preciso no obstante contextualizar su utilización en función de la lectura sintomatológica, o de la valoración de la gravedad por ejemplo. También es preciso interrogar los conocimientos movilizados por los agentes sociales para la utilización del medicamento manufacturado, a veces en consonancia, otras en disonancia con los usos recomendados desde las instancias biomédicas.

Lejos de la pasividad prestada o impuesta al paciente, la implementación de estrategias y edificación de saberes relativos a las utilización de los diferentes recursos, ilustra la dimensión activa de los individuos y colectivos. Impulsados por la escasez de medios, los disfuncionamientos experimentados en los servicios del Estado y el escaso control ejercido sobre la oferta y la demanda por las autoridades sanitarias, manifiestan con frecuencia una amplia creatividad social que les permite extraerse de las lógicas del biopoder. Es preciso recordar que los saberes generados, si bien raras veces coinciden con las recomendaciones emitidas desde las instancias biomédicas, no se gestan al margen sino a menudo en el marco de la interacción con los servicios sanitarios. Las utilidades del medicamento industrial han de situarse en este intercambio, e invitan necesariamente a cuestionar las zonas y las modalidades de contacto que se han establecido con las infraestructuras biomédicas.

La tercera parte se centra esencialmente en las prácticas generalmente designadas como tradicionales. El término no debe encubrir la heterogeneidad de actores, prácticas y representaciones generalmente situadas en este terreno. Tampoco debe ocultar la extrema movilidad y permanente renovación del campo, en el que se aprecia tanto la integración de elementos procedentes del cristianismo como de la biomedicina. Una *ngengan* utilizaba la ilustrativa expresión de “nueva tradición” para definir su práctica. Los movimientos de *Ndendé* o *Mbiri*, tradiciones terapéuticas gestadas durante el encuentro colonial, movilizan explícitamente referencias cristianas mientras que en el ámbito doméstico, recetas “tradicionales” integran productos manufacturados y medicamentos industriales. Ya sea en el ámbito doméstico o en las denominadas curanderías, las manifestaciones recogidas invitan a una aprehensión de la llamada medicina tradicional en términos “relacionales”

como sugiere Menéndez (2005), es decir en permanente interacción con otros paradigmas terapéuticos.

En el capítulo 7, se aborda las prácticas de los *bingengan*, terapeutas especialistas en las afecciones vinculadas a la brujería. Si bien la brujería ha sido erigida desde las ciencias sociales en metáfora del poder y del enriquecimiento, y como mecanismo regulador de las tensiones sociales, ambas dimensiones también suponen una inscripción en los cuerpos que invita a orientar la mirada hacia las vivencias y episodios patológicos que guían hacia su diagnóstico. Cuestionando determinadas manifestaciones sintomatológicas, los fracasos repetidos en las instancias biomédicas, y el desaliento de enfermos y familiares, se tratará de situar la etiología asociada a la brujería y el recurso a los *bingengan* en los itinerarios terapéuticos.

El capítulo 8 presenta brevemente la dimensión terapéutica de las iglesias evangélicas, y también recogida en algunos sectores de la iglesia católica. La salud constituye, especialmente para los movimientos mesiánicos cristianos, una herramienta proselitista destacada. Los religiosos tienden a presentar su intervención como la antítesis de la que llevan a cabo los *bingengan*. No obstante, aunque se trate de un recurso aún minoritario, la terapéutica cristiana coincide a menudo con el *ngengan* en el lugar que ocupa en los itinerarios terapéuticos. Por otra parte, si bien el sacerdote o el pastor se presentan a sí mismos como mediadores, mientras que el *ngengan* hace gala de su poder individual, tanto la etiología sobrenatural del mal, como las modalidades simbólicas de su extracción se juegan en el mismo terreno.

Finalmente, el capítulo 9 se centra sobre los saberes movilizados en el ámbito doméstico o en el entorno cercano. El estudio de un cuadro clínico popular infantil denominado *choga*, las modalidades de su gestión, a menudo en el ámbito doméstico, invitarán a repensar los vínculos entre medicina moderna y medicina tradicional, así como el carácter heterogéneo y dinámico de los saberes populares y biomédicos. Los nuevos mecanismos de transmisión de los saberes en el contexto urbano, los puntos de contacto con la esfera biomédica y las deficiencias del sistema sanitario, conforman un contexto en el que se revela el rol activo que desempeñan los individuos y colectivos en la producción y transformación de los saberes.

Primera parte:
LA EDIFICACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEL ESPACIO
POLÍTICO DE LA SALUD

CAPITULO 1:

De la salud sin Estado al Estado en la salud: la construcción del espacio político de la salud (1980-2013)

“Analizar una política, es hacerse un conjunto de preguntas finalmente bastante simples – aquellas relativas a los objetivos perseguidos, a los intereses servidos, a las alianzas establecidas, y a los instrumentos utilizados-, que desembocan eventualmente sobre otras, menos simples: las del desajuste eventual entre los objetivos presentados y los resultados alcanzados, y aquella de los efectos imprevistos, sino perversos, que libran a menudo el sentido real de una política.”²⁶

La construcción del espacio sanitario de Guinea Ecuatorial se ha conformado a lo largo de los últimos treinta años. Su estructuración ha sido impulsada y moldeada por las intervenciones de agentes de desarrollo externos. La sucesión y concomitancia de diferentes actores y estrategias sanitarias no puede sino leerse como la propia historia política de Guinea Ecuatorial, en la que los desencuentros con el Estado español, la reciente explotación del crudo y sucesivas directrices de los organismos internacionales han desempeñado un papel de especial relevancia.

En las líneas que vienen a continuación, se pretende poner de relieve las principales lógicas que han presidido a la constitución y transformación del “espacio político de la salud²⁷” del país, un espacio inextricablemente ligado a la nebulosa desarrollista²⁸, y marcado por la falta de implicación de las

²⁶ Lautier (2001: 169) Traducción propia.

²⁷ Debemos a Fassin (1996) el desarrollo del concepto del espacio político de la salud. Según el mismo, este espacio se estructura en torno a tres polos: la inscripción del orden social en los cuerpos, es decir la producción social de la salud; el poder terapéutico, es decir la acción política mediante la cual se legitima determinados paradigmas terapéuticos en detrimento de otros; y la gestión colectiva de la enfermedad, que se vincula a la organización del ámbito de la salud pública. Este capítulo y el siguiente se interesan esencialmente por la tercera vertiente del espacio político, tratando de delinear los intereses políticos que atraviesan la organización sanitaria del país, y que dan cuenta de las continuidades y discontinuidades en la dispensación de la atención sanitaria.

²⁸ De la que participan ONG, agencias transnacionales, fundaciones, empresas y universidades etc.

autoridades locales respecto a la orientación, coordinación y gestión de las políticas sanitarias.

Para el estudio de las lógicas que han regido la constitución del espacio sanitario del país, nos proponemos, de forma somera, recoger este proceso en tres etapas, movilizando cada una de ellas, actores, medios y modelos de intervención diferentes. Se retendrá el año 1980 como punto de partida, ya que durante la dictadura de Macías (1968-1979), desapareció cualquier mecanismo de gestión sanitaria institucionalizada.

El primer periodo, y más homogéneo se caracteriza por el monólogo de la cooperación española, quien emprendió entre 1980 y 1994 la racionalización de la gestión de las infraestructuras hospitalarias y estableció las primeras bases de los servicios de atención primaria de salud. El segundo, tras la drástica reducción de la cooperación española en 1994, supuso el declive de las estructuras y dinámicas puestas en pie durante la etapa anterior, especialmente en el sector hospitalario. Al mismo tiempo, los servicios privados de atención primaria de las congregaciones españolas, que no dejarían de percibir el apoyo financiero de la antigua metrópolis, irían consolidando su liderazgo en el mercado de la salud. El tercer periodo y más reciente, conllevaría, a partir del nuevo milenio, la implicación de nuevos actores en el panorama sanitario guineano; algunos bilaterales, de acuerdo con el nuevo papel estratégico desempeñado por Guinea en la explotación petrolífera; y otros multilaterales, en consonancia con la emergencia de estrategias globales de salud. Asimismo, se aprecia a partir de los años 2000, la reinterpretación del Estado Guineano de su identidad, en base a las rentas del petróleo, que invitaría a una revisión de su papel en el sector sanitario: no tanto como gestor, pero sí como mecenas. La salud albergaría para las estructuras del poder, una nueva dimensión, vinculada a la economía de la ostentación.

A partir de un método socio-histórico, resaltando los actores y tendencias discursivas y políticas de desarrollo, nos proponemos intentar descifrar las estrategias e intereses que atraviesan el campo de la salud, un espacio privilegiado para la acción política, y que condensa en un mismo escenario, dinámicas globales y locales. La evolución de la gestión sanitaria muestra una permanente dialéctica entre ambos niveles: permite aprehender la dimensión transnacional de las políticas sanitarias²⁹, su traducción al escenario guineano y la evolución de las relaciones del Estado guineano con otros Estados, remodeladas tras los descubrimientos de petróleo. A nivel local, la irrupción del Estado guineano en el sector sanitario en los últimos años, no

²⁹ Diferentes marcos ideológicos se han sucedido estas últimas décadas en cuanto a las políticas sanitarias de desarrollo, desde la "salud para todos" de Alma Alta (1978), la recuperación de costes de la Iniciativa de Bamako (1987) y a partir de los 2000, las iniciativas globales de salud e inclusión del sector privado en los paradigmas de intervención.

puede desligarse de la explotación del crudo y de las nuevas formas en las que pretende legitimar y fortalecer su poder a nivel nacional e internacional. Considerado de escaso rendimiento económico, simbólico y político durante décadas, se ha erigido para las autoridades locales, en un espacio estratégico en la retórica del desarrollo.

Instrumento al servicio de las pretensiones neo-coloniales, mecanismo de la gobernanza mundial, o herramienta de propaganda política, el sector sanitario constituye un escenario político en el que se ha representado la historia reciente de Guinea Ecuatorial. Un escenario, en el que a pesar de la intervención y financiación continua de la cooperación española durante más de 30 años; pese a la financiación y tutelaje del sector desde organismos internacionales; en disonancia con las rentas del petróleo y la irrupción del Estado en el sector con un ostentoso activismo mediático e inversiones millonarias, Guinea Ecuatorial sigue cosechando, a pesar de sus diminutas dimensiones geográficas y demográficas, índices sanitarios preocupantes.

1. El imperio sanitario prestado: la gestión española del sistema sanitario guineano (1980-1994)

El mandato colonial español en el Golfo de Guinea se acompañó de una importante inversión en el ámbito sanitario. No tan solo respondía al imperativo humanitario destinado a mejorar las condiciones de las poblaciones administradas, sino también a la necesidad de ofertar a los colonos, prestaciones sanitarias semejantes a las que contaba la metrópolis. Asimismo, se trataba de incrementar la productividad de los trabajadores autóctonos limitando la mortandad y absentismo laboral (Ndongo, 1998:185). Estas preocupaciones, así como las escasas dimensiones de la colonia española, situaron al sistema sanitario implantado como uno de los mejores de los Estados coloniales africanos³⁰.

Esta renta no sería capitalizada en la era poscolonial. No tan solo por la escasez de recursos humanos cualificados con los que contaba el nuevo Estado independiente, sino también por la pronta deriva del nuevo régimen político. Los once años de gobierno de Macías que sucedieron a la independencia (12 de octubre 1968), dejaron el país exangüe y sin recursos. También supusieron el rápido deterioro de las relaciones con España. A nivel

³⁰ Es preciso tener en cuenta que los intereses ligados a la conquista y explotación colonial, también supondrían, como en otras colonias de África, la priorización de ciertas enfermedades en detrimento de otras. A tal efecto, Illife, recuerda que mientras enfermedades epidémicas como la malaria, la fiebre amarilla, la viruela la tripanosomiasis, la sífilis o la lepra, focalizaban la atención en muchas colonias occidentales en el continente, otros males endémicos, como la desnutrición, la habitabilidad o la carga laboral no gozaban del mismo interés. Asimismo, la salud de las mujeres y niños eran en gran medida desatendidas (Illife, 1998: 363-64).

sanitario, menos las infraestructuras hospitalarias edificadas durante la colonia, no quedó ningún resquicio del sistema implantado por las autoridades coloniales ni de cualquier tipo de organización de la atención médica institucionalizada.

El distanciamiento de Macías con los países occidentales tras la independencia, propició el acercamiento de Guinea Ecuatorial con el bloque del este. En este marco, numerosos guineanos fueron becados durante la década de los setenta en la URSS y en China para cursar estudios superiores, incluidos de medicina. China por otra parte, envió brigadas sanitarias que desempeñaron su labor asistencial (y siguen haciéndolo,) en los Hospitales de Bata y Malabo. No obstante, no se extendieron en los distritos, ni tampoco se involucraron en la planificación y gestión nacional del sistema sanitario.

Tras el (mal) llamado “golpe de libertad”, las nuevas autoridades en plaza solicitarían en 1979 el apoyo de España para la reconstrucción del país, dando pie a la reanudación de las relaciones entre Guinea Ecuatorial y su antigua metrópolis. Las autoridades golpistas manifestaban así, en el contexto de la guerra fría, su acercamiento con las potencias occidentales, desmarcándose del régimen anterior explícitamente alineado con el bloque del este.

Fue el Estado español quién a partir de entonces asumió la gestación de un dispositivo sanitario, primero de carácter humanitario, que paulatinamente se encaminaría hacia la estructuración del sistema sanitario nacional³¹. En 1980, se enviaría desde España un importante contingente de médicos de diferentes especialidades encargado de rehabilitar y gestionar las 18 infraestructuras hospitalarias heredadas de la época colonial. Serían secundados por religiosas españolas con perfil sanitario, quienes asumirían las labores paramédicas y la gestión logística de los centros.

El regreso de la antigua potencia colonial bajo los nuevos parámetros que regían las relaciones norte/sur, acontecía en un momento en el que la única referencia existente hasta entonces en cuanto a sistema sanitario, era el que implementaron las autoridades de la colonia. A lo largo de los once años que siguieron la independencia, el Estado embrionario, que pronto se tornaría en un régimen marcado por la arbitrariedad y el terror, no emprendió ninguna iniciativa enfocada a la constitución de un dispositivo nacional de asistencia sanitaria. La ausencia de instancias políticas de gestión, la escasez de procesos formativos dedicados a la adquisición de competencias más allá de las becas implementadas por China y la URSS, y la huida del escasísimo

³¹ El Estado español enviaría inicialmente médicos militares para la realización de campañas de vacunación en 1979. Poco familiarizados con el contexto y menos aún con operaciones de carácter humanitario, fueron rápidamente relevados por la Cruz Roja Española hasta finales de 1981. La intervención pasaría entonces a depender alternativamente del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Asuntos Exteriores, hasta que en 1988, fuese creada la Agencia Española de Cooperación Internacional.

personal sanitario capacitado en el marco colonial³² se acompañaría del paulatino decrepito de las infraestructuras sanitarias coloniales.

Para los cooperantes españoles, el punto de partida en 1980 en cuanto a políticas sanitarias se refiere, era por lo tanto un contexto en el que todo estaba por hacer. Ofertaba sin embargo un amplio margen de maniobra: Se trataba de un sector sin relación manifiesta con el asentamiento y reafirmación del poder de las nuevas autoridades golpistas, y que por lo tanto, no se vería enturbiado por el “intervencionismo” del Estado guineano. Por otra parte gozaría de importantes recursos humanos, materiales y económicos puestos a disposición por el Estado Español, que apenas disimulaba sus aspiraciones neo-coloniales, ligadas no tan solo al mantenimiento de la “lengua” y “cultura” española³³, sino también al acceso a las principales materias primas (madera, cacao). Asimismo, por aquel entonces la probabilidad de que hubiese importantes yacimientos de petróleo en Guinea era más que una sospecha.

A lo largo de la década de los ochenta, la gestión y desarrollo del sector sanitario fue en su gran mayoría asumido por la cooperación española. “El ministerio de salud éramos nosotros”, señala un antiguo cooperante español, resumiendo quizás con bastante exactitud, 13 años ininterrumpidos de construcción y estructuración del espacio sanitario institucionalizado del país. Tanto la toma de decisiones, como la puesta en ejecución de las principales orientaciones relativas al dispositivo sanitario, se gestaron desde la diáspora expatriada de la antigua metrópolis³⁴. En los hospitales, primer ámbito de intervención e inversión de la cooperación española en el sector sanitario, se

³² En la colonia española, la enseñanza de los nativos no constituyó un sector prioritario hasta mediados del siglo XX. La época tardía en la que se introdujeron los cambios necesarios para generalizar la escolarización, profundizar los contenidos, y la promoción de becas de estudio en España para carreras medias y universitarias, intervinieron demasiado tarde para dotar al futuro Estado independiente, de los recursos humanos cualificados suficientes (Ndongo, 1998:171-173). Según Lacosta, en 1968, fecha de la independencia, el nuevo Estado contaba con apenas 5 médicos guineanos (Lacosta 2001). Los médicos cooperantes entrevistados destacan la escasez de personal sanitario guineano en 1980. Señalan no obstante la presencia de algunos auxiliares de enfermería y asistentes técnicos sanitarios, así como de algunos médicos formados en Rusia, con una formación generalmente calificada de muy deficiente.

³³ Según los propios términos del ministro de asuntos exteriores español en 1981 (Roig, 1993).

³⁴ Agustín Blanco Moro, uno de los máximos responsables de la cooperación española en el país, señala en su libro de memorias, quizás forzando un poco el trazo, que durante aquel periodo “los guineanos no pusieron otra cosa que los enfermos” (Blanco Moro, 1997:115). También indica que la cooperación sanitaria española, ni tan siquiera comunicaba “las altas y las bajas del personal [español] ni los lugares de destino de cada cual” (Blanco Moro, 1997,122), dando cuenta de la absoluta libertad con la que operaba la cooperación española respecto a las autoridades locales. Estas apreciaciones son especialmente sorprendentes bajo la pluma de quién fue uno de los máximos responsables de la cooperación sanitaria con Guinea Ecuatorial. Se estrenó en el país como el primer jefe del Área Sanitaria de la Cooperación española en Guinea Ecuatorial a principio de los ochenta, y más tarde fue nombrado Director de Programas para la cooperación sanitaria española.

reproduciría el protagonismo y liderazgo impartido por los agentes de la cooperación. En la mayoría de los centros, si bien existía un director guineano, su figura resultaba a menudo figurativa. La gestión operativa situaba a menudo al médico expatriado en la cúspide de la jerarquía de la institución.

Resulta asombroso que durante los primeros años de la intervención no hubiese ningún mecanismo de planificación, la formulación tangible de objetivos que alcanzar, o herramientas de supervisión; ningún elemento en definitiva, que permitiese llevar a cabo un seguimiento y evaluación de la intervención. El primer sistema de información respecto a la labor implementada se pondría en pie en 1990, 10 años después de la llegada al país de la cooperación española³⁵. El primer plan marco de cooperación llegaría 5 años más tarde. Hasta fechas recientes, no se ha registrado ninguna evaluación del impacto de la cooperación sanitaria española en Guinea. Estas características de la formulación de la cooperación sanitaria, (pero también de otros ámbitos de la ayuda española en el país) no solo respondían a la falta de experiencia de España en este terreno³⁶. La cooperación española estaba explícitamente vinculada a las políticas neocoloniales. Perseguía la visibilidad de la intervención antes que su operatividad, para tratar de generar una renta simbólica canjeable en el terreno político³⁷.

En este sentido, los principales lineamientos estratégicos de la intervención no fueron impulsados desde la directiva, al menos hasta finales de los ochenta, cuando se redactó el primer programa de actividades sanitarias para la cooperación al desarrollo en Guinea (Blanco Moro, 1997:145). Serían en gran medida los médicos-cooperantes más comprometidos quienes asumirían diversas iniciativas, no siempre con el aval de sus superiores. En alineación con las disposiciones internacionales preconizadas en la Declaración de Alma

³⁵ La cooperación sanitaria española genera boletines trimestrales a partir de 1990. Cabe señalar que no recogen los datos epidemiológicos del país que permitirían valorar el impacto de la cooperación sobre la mortalidad y morbilidad de la población. Se centran en las actividades llevadas a cabo, el número y el perfil de las consultas atendidas.

³⁶ El Estado Español disponía hasta entonces de escasos antecedentes en cooperación, y por lo tanto de poca experiencia, capacidad de planificación y de organización. De hecho, hasta finales de los años setenta, España era aún considerada como un país en vía de desarrollo (Pozuelo Mascaraque, 1991:205). Los mecanismos de ayuda al desarrollo españoles empiezan a institucionalizarse a mediados de los ochenta, derivando en 1988 en la creación de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). La inexperiencia española era reconocida por el propio Ministerio de Asuntos Exteriores, Marcelino Oreja Aguirre, quien según Roig, expresó el deseo de que Guinea fuese “el modelo y también la escuela de nuestra política de cooperación con otros pueblos” (Roig, 1993).

³⁷ Resulta nuevamente asombroso, que para uno de los máximos responsables de la cooperación durante los primeros años, toda la intervención resultase, según escribe, “una comedia” (Blanco Moro, 1997:124). Según el mismo, al ministerio de Sanidad entonces a cargo de la cooperación sanitaria, le “bastaba saber con que estábamos allí” sin interés manifiesto por lo que se hacía (Blanco Moro, 1997:132).

Alta en 1978, llevarían a cabo la conjugación local de las políticas globales³⁸. Ampliarían en este sentido su campo de acción más allá de la asistencia hospitalaria a partir de 1985, tratando de superar el modelo hospitalo-centrado³⁹, heredado de la estructura sanitaria de la era colonial.

La estrategia iniciada en Evinayong en 1985, y pronto de envergadura nacional, incluiría los tradicionales contenidos homologados años antes por la Organización Mundial de la Salud en Alma Alta (educación y organización sanitaria de las comunidades, formación de agentes de salud comunitarios, suministro en equipamiento y productos farmacológicos, abastecimiento y saneamiento del agua etc.). Así, y siempre con la implicación de los mismos actores, médicos y religiosos españoles, se daría pie a principio de los noventa, a la creación de la estrategia nacional de atención primaria de salud recogida más tarde en el que se conoce como el libro marrón⁴⁰.

Según los médicos-cooperantes consultados, la década de los ochenta constituyó “el momento más álgido” de la cooperación española en el país. Resulta sin embargo difícil hacerse una idea de los logros conseguidos. La cooperación española no produjo datos epidemiológicos que permitiesen evaluar el impacto de la intervención, detallando la situación de partida y los resultados alcanzados. No obstante, los diferentes testimonios, de los sanitarios españoles y guineanos, e incluso de la población apuntan hacia un declive importante de las grandes endemias (oncocercosis, tripanosomiasis, tuberculosis). El paludismo no obstante, fue una de las grandes asignaturas pendientes.

Inicialmente centrada en la racionalización de la atención hospitalaria, y posteriormente, inspirada por los preceptos globales recogidos en las declaraciones de Alma Alta, la actuación de los médicos-cooperantes españoles estaría esencialmente enfocada en solventar problemáticas sanitarias, atender la población y en definitiva, compensar las carencias estatales en el sector. Lo que algunos observadores denominan “sistema de sustitución”, constituía para los actores en terreno la respuesta más acertada a la inexistencia de estructuras administrativas y sanitarias locales. La dinámica asistencialista entonces implementada, generaba un tutelaje español de los sectores sociales del país. Conllevaría escasos procesos de refuerzo y autonomización de las estructuras sanitarias locales.

³⁸ Las lógicas de actuación de atención primaria consensuadas entonces por los Estados miembros de la OMS abogaban por la descentralización de la atención del hospital a la comunidad, tanto en contexto urbano como rural, y por una mayor implicación en la prevención sanitaria.

³⁹ Este modelo de referencia, centrando la atención en las principales urbes, suponía la permanencia de problemas de salud pública en los poblados y en los barrios periféricos de las ciudades.

⁴⁰ Se trata de la guía intitulada “Atención Primaria de Salud, organización distrital de los organismos de salud, publicada por la ONG Salud y Desarrollo en 1997.

Por otra parte, desde el punto de vista político, los intereses españoles en el país estaban ligados a la manifestación explícita y tangible de un compromiso de responsabilidad social, más atenta a la ayuda en términos cuantitativos, que a la consecución de resultados. A pesar de los anhelos de los mandatarios españoles, las rentas de la dependencia ligada a la cooperación no lograrían trasladarse a otras esferas del poder. Nunca se transformaron en un ascendente determinante en el ámbito político y económico. Gorozpe señala a tal efecto, que “el miedo de los nacionalistas españoles a que Guinea caiga en la órbita francófona ha facilitado un amplio margen de maniobra a la dictadura”. Ha permitido el incumplimiento por parte de Guinea de los numerosos tratados bilaterales, sin arriesgar las cuantiosas y permanentes dotaciones españolas dedicadas a la ayuda al desarrollo (Gorozpe, 1994:81).

Se erigía un mecanismo de gobierno del sector sanitario exógeno a las estructuras administrativas locales, y sujeto a las relaciones políticas y económicas con España. La falta de procesos de delegación y la ausencia de soportes endógenos se harían especialmente relevantes en el periodo posterior en el que España retiraría gran parte de la ayuda dedicada a la asistencia hospitalaria. La súbita disminución de la Ayuda dejaría al trasluz la eminente dimensión política de la misma.

2. Crisis del imperio prestado y estrategias de supervivencia (1994-2000)

a. **“Redimensionar” la cooperación española con Guinea Ecuatorial**

Hasta principios de los noventa, la canalización de la ayuda al desarrollo había estado estrechamente ligada al alineamiento geopolítico de los países, sin miramiento por el carácter autocrático de algunos de los gobiernos receptores. El final de la guerra fría llevaría a los estados del norte a revisar los paradigmas de la ayuda, dando pie a la emergencia de nuevos postulados en la industria del desarrollo, ligados a la gobernanza. Se instituía una retórica meritocrática, que supeditaba la recepción de la ayuda a mejoras notables en términos de democracia y derechos humanos (Campos Serrano, 2005:18). Para los Estados receptores, estaba en juego asentar su legitimidad en el escenario internacional y seguir percibiendo los flujos financieros ligados a la ayuda al desarrollo. En consonancia con la voluntad de los donantes de moralizar la ayuda, se apreciaría en los años noventa, remodelaciones cosméticas de numerosos Estados africanos, que al menos en las formas, adoptarían el multipartidismo, y convocarían elecciones periódicas.

En Guinea Ecuatorial, las presiones de la comunidad internacional se tradujeron a principios de los noventa en una remodelación constitucional que introduciría el multipartidismo y la celebración de elecciones periódicas (cuya transparencia es sistemáticamente cuestionada tanto por la oposición, como por instancias internacionales). Las elecciones legislativas de 1993, las

primeras desde la independencia en 1968, no fueron reconocidas por el Estado español, que al igual que gran parte de la comunidad internacional, manifestaría su disconformidad con la falta de transparencia en el proceso electoral. El periodo de creciente tensión entre ambos países culminaría con la expulsión del cónsul de Bata, acusado por el régimen de “injerencia en los asuntos internos del país”. Frente a la expulsión de su representante, Madrid replicó con la retirada del embajador en Malabo. Asimismo, decidió suspender la renovación del Plan Marco de Cooperación entre ambos países y reducir a la mitad la Ayuda Oficial al Desarrollo dedicada al país.

Todos los observadores concuerdan sobre el extremo grado de dependencia de Guinea Ecuatorial respecto a la Ayuda externa a lo largo de los ochenta. Constituía a finales de la década más del 54% del PIB del país (Larrú, 2010). Según Gorozpe, hasta el año 1994, la ayuda externa mantenía un gasto superior en personal que el propio gobierno guineano (Gorozpe 2006:3). Según otros observadores, más del 80% del sector sanitario había llegado a depender de la ayuda externa a lo largo de este periodo. Abaga recuerda por su parte, que el sector sanitario había canalizado la mayor parte de la Ayuda en Guinea Ecuatorial, alcanzando a principios de los noventa el 19% de la Ayuda Externa (Abaga: 1997). La ayuda al desarrollo constituía hasta entonces el sustento más importante del país, y el principal pilar de las estructuras sociales.

En 1993, la expulsión del cónsul español en Bata y consecuentes tensiones diplomáticas entre España y Guinea, desencadenarían la retirada de gran parte de la cooperación sanitaria española. Otros donantes claves del país también redujeron significativamente el volumen de ayuda. Así lo hizo Francia, y a nivel multilateral, el FMI y el Banco Mundial quienes suspendieron su ayuda, por el incumplimiento de las condiciones fiscales acordadas en el Programa de Ajuste Estructural de 1988 (Escribano, 1999:5). Pero a diferencia de los otros donantes, la disminución de la ayuda española era de especial relevancia. No solo porque desde 1980, se había erigido en el mayor donante y con mayor continuidad en el país, sino también porque la antigua potencia colonial concentraba gran parte de su ayuda en el ámbito social, especialmente en el sector educativo y sanitario.

El Estado español procedía a “redimensionar su cooperación con Guinea Ecuatorial”. Consideraba haberse “hecho cargo de responsabilidades propias del gobierno de Guinea” y argumentaba la necesidad de mantener sólo aquellas intervenciones “de carácter estrictamente humanitario”⁴¹. A efectos prácticos, la resignificación de la cooperación sanitaria en términos humanitarios implicaría dos decisiones claves que determinarían el devenir del paisaje sanitario guineano: el cese de los principales mecanismos de apoyo destinados a los hospitales, y el mantenimiento de la “ayuda humanitaria”

⁴¹ Así lo manifestaba el embajador español en Guinea en su comparecencia en el Congreso de los Diputados el 9/02/1994.

canalizada esencialmente hacia las congregaciones religiosas españolas presentes en el país.

Respecto a la primera, el Estado español decretó el regreso de los médicos expatriados y el cese de los fondos dedicados al funcionamiento y equipamiento de los hospitales. En apenas algunas semanas, se requisarían los principales recursos materiales, humanos y financieros sobre los que se sustentaba la red hospitalaria. Un médico cooperante repatriado en aquella ocasión lo relata de la siguiente forma:

“No se les dejó nada, fue tremendo. En un mes, se sustrajo a este país toda la sanidad. O sea se volvió a nivel de logística, de equipamiento y de medios a los ochenta. Porque además en el 94, este país no había descubierto el petróleo. Nos llevamos hasta los coches”.

Los criterios políticos, pero también económicos y contractuales, que se detallan en el siguiente capítulo, fundamentaron los cambios drásticos implementados. La remodelación de la cooperación española se llevó a cabo en detrimento de los objetivos técnicos de la ayuda. Conlleva retrocesos significativos en términos sanitarios, difícilmente compatibles con la dimensión humanitaria entonces invocada.

El destete abrupto supondría un apagón sanitario. En un contexto en el que la provisión de medicamentos y renovación de las infraestructuras dependían de la cooperación española, en el que escaseaban los médicos guineanos y en el que la gestión y atención sanitaria eran prodigados esencialmente por expatriados españoles, la drástica reducción de la Ayuda española en 1994 generó un grave retroceso en el funcionamiento de los hospitales, incidiendo directamente en el incremento de la morbilidad y mortalidad de la población⁴². El repentino deterioro del sistema implantado por la cooperación española, revelaba su dependencia directa de la inversión extranjera.

La segunda vertiente de la “redimensión” de la cooperación española contemplaba el mantenimiento de una dimensión humanitaria. Se traduciría en el apoyo incondicional a las congregaciones religiosas españolas que obraban en el país. Dedicadas inicialmente a la asistencia hospitalaria, las religiosas españolas se habían orientado progresivamente desde finales de los ochenta, hacia la atención primaria de salud. Fundarían varios centros privados de salud, que concentran desde entonces la mayor parte de su labor en el país. Junto a otros dispositivos educativos y eclesiásticos, constituían formatos más acordes con sus intereses y su visión, para irradiar la fe católica y despertar vocaciones. Asimismo, sedimentaban las bases de su arraigo a

⁴² Según los datos del banco mundial publicados por CDES (2009), el número de niños que sobrevivieron al primer año de vida pasó entre 1996 y 2006 de 897 a 876 por mil. Aquellos que rebasaron los cinco años, de 830 a 797.

largo plazo en el país. La crisis diplomática entre España y Guinea Ecuatorial en 1993, y consecuente retiro de la ayuda sobre la que se sustentaba el mantenimiento y funcionamiento de los hospitales, agudizaría este repliegue de las religiosas hacia los centros que habían fundado. Canalizan desde entonces la mayor parte de la ayuda al desarrollo española dedicada al sector salud.

La ayuda española operaba un desplazamiento de la intervención del centro a la periferia, del hospital al centro de salud, y de lo público a lo privado. Al mismo tiempo, se gestaba un sistema a dos velocidades. Por una parte, los centros gestionados y apoyados por las religiosas, beneficiarios de un flujo externo de financiación permanente procedente de la antigua metrópolis, y que acaparaban gran parte de los pacientes; por otra, aquellas estructuras públicas cuya insolvencia, tras la súbita “redimensión” de la cooperación española, se plasmaba en espacios vacíos de medicamentos y desertados por los usuarios. Se constituía un nuevo imperio en torno a la actividad de las congregaciones, ciertamente de menores dimensiones, pero en el que permanecía la ausencia de delegación y autonomización de las estructuras sanitarias nacionales⁴³.

b. Los pilares de un sistema bajo mínimos

i. Asistentes técnicos Sanitarios (ATS) al mando

Cabe destacar algunos elementos de delegación y descentralización de los saberes llevados a cabo por la cooperación española durante aquel periodo. Aunque limitados, se revelarían de suma importancia. En 1985, la cooperación española impulsaría la creación de la escuela Nacional de Sanidad en Bata. De la misma, saldrían numerosos asistentes técnicos sanitarios (ATS) guineanos que desempeñarían una labor de suma trascendencia en los años venideros. El perfil polifacético cultivado a lo largo de los años de formación culminados por uno de prácticas, no solo estaba enfocado a la asistencia de los médicos. También contemplaba procedimientos diagnósticos sencillos y la gestión logística de infraestructuras sanitarias. La creación de este cuerpo técnico sanitario guineano homogéneo sería de especial relevancia en los momentos de crisis sanitaria que siguieron la desmovilización de los médicos-cooperantes españoles de los hospitales. La carencia de médicos guineanos en aquella época encumbraría la figura del ATS formado bajo la tutela española. Tras la reducción de la cooperación española, recaería sobre ellos el peso del sistema sanitario público tanto en la gestión como en la asistencia sanitaria. Hasta la primera promoción de

⁴³ La resignificación de la ayuda española en términos humanitarios y su estrecha vinculación con las congregaciones españolas presentes en el país, serán abordados con mayor detenimiento en el segundo capítulo.

médicos guineanos formados en la Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial (UNGE) en 2006, los ATS asumirían la dirección de la mayor parte de las infraestructuras sanitarias públicas del país, hospitales incluidos⁴⁴.

Más allá de la falta de preparación de los ATS en cuanto a ciertos diagnósticos e intervenciones complicadas, también padecieron la falta de medios en cuanto a la provisión de medicamentos y mantenimiento del equipamiento hospitalario. Por otra parte, la necesidad de cubrir el territorio nacional tras la estampida española, supuso la dispersión de los equipos de trabajo que ya disponían de dinámicas operativas, propiciando la paulatina evaporación de la memoria colectiva del sistema implantado y el desmoronamiento de la calidad y moralidad de los servicios públicos de salud, sujetos durante la década anterior a un mayor control. La insuficiencia del gasto público en el ámbito sanitario en los siguientes años, y las lagunas estructurales del gobierno guineano implicarían ineludiblemente el decaimiento de los servicios sanitarios. Tampoco se había iniciado la explotación petrolífera, cuyas rentas, si bien albergarían perspectivas esperanzadoras para los sectores sociales, no supondrían una reconfiguración de la gestión sanitaria en los años venideros.

ii. La declinación local de la autogestión

La conferencia de Alma Alta (1978) y la iniciativa de Bamako (1987) conforman los íconos de las reformas sanitarias de las décadas de los ochenta y noventa en el continente africano. El eslogan de la primera, “salud para todos”, sería en parte relativizado por la segunda. En virtud de la incapacidad de los estados para garantizar la “salud para todos”, la iniciativa de Bamako pretendía extender el pago (o copago,) de los servicios sanitarios a los usuarios (David, 2013: 237). Ambos modelos constituyeron un marco de referencia para los médicos-cooperantes españoles que trabajaban en Guinea Ecuatorial. Inspiraron la descentralización del sistema iniciada en 1985 y más tarde, los primeros tanteos de autogestión.

Si bien se impulsarían a finales de los ochenta algunas experiencias piloto en algunos puestos de salud⁴⁵, las iniciativas para la implantación de mecanismos de autogestión en atención primaria no llegarían a ser operativos antes de las desavenencias diplomáticas entre España y Guinea. La súbita estampida de la cooperación española abortaría las dinámicas en gestación.

En un contexto en el que aún no se había iniciado la explotación petrolífera, los presupuestos del Estado Guineano se revelarían insuficientes para el mantenimiento de las estructuras sanitarias públicas. Las limitaciones presupuestarias, orientarían el gasto hacia los salarios del personal, en

⁴⁴ Excepto los hospitales regionales de Bata y Malabo, todos los hospitales de distrito fueron gestionados por ATS.

⁴⁵ Se utilizarían los ingresos procedentes de las consultas para incentivar los agentes de salud que hasta el momento no percibían retribución.

detrimento de aquellos ligados al equipamiento, funcionamiento y compra de medicamentos. Exceptuando al personal sanitario, las principales partidas presupuestarias pasarían a depender de la tarificación de la atención al paciente. Amparado por las directrices globales⁴⁶, el sistema de financiación de las estructuras públicas, y de los hospitales en particular, se sustentaría esencialmente en los ingresos recaudados en torno a la consulta, análisis y tratamientos dispensados a los enfermos. Se auguraba un desplazamiento de la responsabilidad sanitaria. Asumida en gran parte por la ayuda al desarrollo española, recaería cada vez más en los pacientes, con escasa mediación del Estado guineano.

El sistema implantado y aún vigente, no conllevaría una verdadera delegación de responsabilidades hacia los centros de atención que permitiese un margen de acción determinante sobre la gestión administrativa y financiera de los mismos. Si bien la asistencia sanitaria se disgrega en tres niveles⁴⁷, las decisiones estratégicas se toman a nivel central con escasa participación de los demás escalones. La política y la ejecución del presupuesto son altamente centralizadas, dejando poco margen de maniobra en la toma de decisiones a los proveedores de atención de salud.

Las estructuras sanitarias sufren en permanencia las interferencias políticas⁴⁸. Las nominaciones al consejo de administración, la contratación y remuneración del personal son dictadas desde el ministerio. La gestión centralizada de los recursos humanos, dificulta el control y organización de los mismos. Los expedientes disciplinarios han de remontar hasta el ministerio correspondiente mediante procedimientos complejos con escasas posibilidades de infiltrar las mallas de la inercia burocrática o desactivar el tráfico de influencias. La economía de la sanción no reposa tanto sobre la falta profesional como sobre lógicas clientelistas. Las dificultades legales de los gestores de los centros para perseguir las prácticas fraudulentas e impartir procedimientos disciplinarios, desactiva la puesta en marcha de mecanismos de control, la supervisión de las llegadas y salidas, y cualquier dispositivo para

⁴⁶ Los principios de la iniciativa de Bamako fueron retomados por muchos gobiernos africanos. Constituyen, por una parte, una muestra de buena voluntad ante las directrices internacionales a favor de una mayor igualdad en la distribución de los servicios de salud. Al mismo tiempo, fundamentan el sostén ideológico sobre el que se arraiga el desentendimiento estratégico, financiero y político, del Estado de las políticas de salud pública.

⁴⁷ El primero se compone de los puestos de salud, el segundo se compone de los centros de salud y el tercero corresponde a los hospitales.

⁴⁸ Las denuncias que Médicos Sin Fronteras emitió en 1999 tras abandonar el país, son especialmente paradigmáticas en este sentido. En el informe en el que la organización argumenta su salida de Guinea Ecuatorial, relata la apropiación y venta por parte de las autoridades de los vehículos con los que se había dotado el hospital de Nsoc-Nsomo. Asimismo, alude a la revocación por parte de las autoridades sanitarias, del personal nombrado en el centro de salud público de Bata, que MSF había fundado en 1994, para remplazarlo por "funcionarios próximo políticamente al Gobierno, atraídos por los flujos financieros que ese centro gestionaba". (Médicos sin Fronteras, 1999).

optimizar el rendimiento del personal y enmendar el absentismo y la corrupción.

La estructura tarifaria de la consulta y venta de medicamentos también es dictada desde el ministerio sin previo estudio de costos; unas tarifas que si bien por una parte ya son excluyentes para las familias con menos recursos económicos, no permiten según los gestores del Hospital General de Bata, la viabilidad financiera de la institución.

La salida de los médicos-cooperantes españoles traería consigo no solo la escasez de insumos médicos, sino también la ausencia de mecanismos organizacionales operativos e importantes problemas de gestión del personal. Dichas carencias han constituido un terreno fértil para el desarrollo del absentismo y prácticas de corruptela generalmente a costa del paciente (tarificación de costes inexistentes, apropiación de los ingresos estipulados,) que participan de la insolvencia de los organismos.

La creciente dependencia de las estructuras de salud de los recursos del paciente también supondría otro cambio drástico. Bajo el imperio sanitario español se había practicado la gratuidad de los medicamentos tanto en hospitales como en los centros de salud. La financiación de los servicios por la población no solo ahondaba en la des-implicación del Estado, sino que también exponía las franjas de la sociedad con menos recursos⁴⁹. La súbita desaparición de los médicos españoles, la escasez recurrente de medicamentos esenciales y progresivo deterioro del mobiliario y equipamiento sanitario, se acompañaría de la facturación no solo de la atención, sino también del instrumental médico desechable (guantes, jeringuillas, gasas, vendas, elementos para sutura etc.). Al mismo tiempo que se incrementaba el coste de la asistencia, se experimentaba el declive de la calidad del servicio. Este nuevo contexto, marcaría profundamente la imagen y credibilidad de los centros públicos y especialmente de las estructuras hospitalarias en el ideario social guineano.

⁴⁹ La tarificación de la atención sanitaria, muy extendidos en África subsahariana tras la iniciativa de Bamako en 1987, es una de las consecuencias directas de la reducción importante del gasto público de salud tras los ajustes estructurales impuestos por el FMI a los países africanos en la década de los ochenta. Existen escasos datos respecto a las consecuencias en términos de acceso, y ningún dato fiable en Guinea Ecuatorial. Según las estimaciones de Gilson y McIntyre, al menos el 5% de la población africana nunca habría tenido los recursos suficientes para afrontar los costes de la atención primaria, y cerca del 30% de la población con recursos discontinuos, padece la exclusión periódica de los mismos servicios (Gilson y McIntyre,2005).

3. Los nuevos paradigmas de la tutela internacional (2000-...)

Desde el golpe de estado de 1979 hasta 1994, la evolución del sector sanitario guineano se había caracterizado por el monólogo casi-totalitario de la cooperación española. A partir de entonces, nuevas figuras tanto locales como extranjeras se irían implicando. En un momento en el que los donantes empezaban a replantearse la ayuda al desarrollo para Guinea Ecuatorial, los descubrimientos de importantes yacimientos de crudo a principios de los noventa y el inicio de la explotación en la segunda mitad de la década, permitieron atraer de nuevo apoyos. En este nuevo contexto, la apuesta retórica por la condicionalidad de la ayuda ha perdido vigor. Por otra parte, otros actores internacionales asociados a los Objetivos del Milenio también se han investido en el panorama sanitario guineano.

La diversificación de actores que detallamos a continuación conllevaría la fragmentación del sector sanitario, la disgregación de intereses, y la pérdida de homogeneidad que había supuesto la primera era de cooperación en el país. La gestión segmentada desde varios polos, con metodologías y modalidades de administración diferentes, ha sido en ocasiones designado como la balcanización del sector sanitario (Gauvrit, 2005:99). En los países en vía de desarrollo, se caracteriza por una soberanía a distancia (David, 2013), en la que los operadores se reparten ámbitos de intervención, enfermedades y zonas geográficas (Gauvrit, 2005:99). El ministerio de salud, carente de la vocación gestora y coordinadora de las intervenciones llevadas a cabo por los diferentes actores, participa de este proceso.

a. Primeros refuerzos sanitarios

La salida de los médicos españoles ahondó el déficit en cuanto a personal de salud cualificado. Cuba, en busca de apoyos en Naciones Unidas frente al bloqueo, ha reforzado sus vínculos con Guinea Ecuatorial. Los acuerdos de cooperación entre ambos países desembocaron en el envío de 140 médicos en el 2000, financiados por el gobierno guineano, que se repartirían en los hospitales del país⁵⁰ mientras otros asumirían la docencia en la facultad de medicina recién creada. Su llegada culminaría la retirada definitiva de las religiosas española del ámbito hospitalario⁵¹. La cooperación china, en ascenso desde el inicio de la era del petróleo, también dispone de médicos en los principales centros hospitalarios del país⁵². El ámbito de actuación de ambos

⁵⁰ En 2013, el número de cubanos enviados por el régimen de La Habana a Guinea Ecuatorial asciende a 421.

⁵¹ Menos en el hospital de Luba, en el que en 2013, aún tenían presencia.

⁵² En el momento de la recogida de datos en 2011, 36 médicos cubanos y 6 médicos chinos trabajaban en el hospital de Bata.

contingentes sanitarios se restringe sin embargo a la asistencia directa. No disponen de dotaciones materiales y logísticas de sus gobiernos respectivos, y trabajan por lo tanto con los escasos medios de los que disponen las infraestructuras sanitarias del país. Por otra parte, no participan en la gestión y planificación de los centros, ni tampoco en el diseño de las estrategias nacionales de salud.

Otro de los elementos clave de la historia reciente del sector sanitario ha sido la creación de la Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial (UNGE) en 1995 y posterior apertura de la facultad de medicina en el 2000. Tutelada en la docencia por la cooperación cubana, fue un paso decisivo en la emergencia de un cuerpo médico guineano. En 2009, 144 médicos habían sido licenciados por la UNGE. La mayor parte de los mismos han sido orientados hacia la función pública, especialmente en los hospitales del país, en los que desempeñan tanto las labores vinculadas a la atención sanitaria, como aquellas a la dirección y gestión de las infraestructuras.

Si bien el número de médicos por habitante (3/10.000 hab.) es superior al promedio africano (2,3/10.000 hab.),⁵³ este incremento a lo largo de los últimos años no ha repercutido significativamente en los índices nacionales de salud. El personal de salud se ve limitado en su práctica cotidiana por la escasez de recursos materiales y de medicamentos. Asimismo, esta visión cuantitativa de la asistencia -como observa Monteillet en el vecino Camerún- no es operativa si no se acompaña de una mejora del servicio tanto a nivel técnico como humano (Monteillet, 2005:136). El propio ministro de sanidad, reconocía en 2013⁵⁴ las deficiencias en la atención prodigada por los médicos nacionales, alegando que algunos habían “convertido los hospitales en un negocio”. Manifestaba en este sentido su preferencia por incrementar la brigada cubana de médicos, supuestamente “más éticos” que los guineanos⁵⁵. Una afirmación, que si bien no dejaba bien parados a los funcionarios sanitarios guineanos, y omitía las difíciles condiciones estructurales en las que trabajan, si traducía un profundo malestar⁵⁶.

⁵³ OMS, 2011.

⁵⁴ Entrevista a T. Mecheba Fernandez Galilea, entonces ministro de sanidad, recogida en la Gazeta de Guinea Ecuatorial, nº187, año 17, mayo 2013.

⁵⁵ Se trata en todo caso de un argumento insuficiente para dar cuenta de una situación paradójica. Al mismo tiempo que la brigada cubana ha seguido creciendo, los últimas promociones de médicos guineanos no encuentran trabajo en la función pública.

⁵⁶ Por otra parte, los médicos cubanos también son el blanco de las críticas. Algunas entrevistas con los ATS han puesto de manifiesto la existencia y recurrencia de ciertas tensiones con los mismos, a los que se les reprocha su escaso grado de compromiso laboral. Se les recrimina su falta de preparación respecto a las patologías locales y su falta de motivación para trabajar con el material disponible, a menudo escaso y deficiente. Por otra parte, las motivaciones poco humanitarias que se presta al gremio cubano, supuestamente alentado por retribuciones salariales inabordables en Cuba, y por la posibilidad para algunos de dar el primer paso para desertar el régimen castrista también alimentan los discursos.

Por otra parte, la ascensión de la nueva promoción de médicos guineanos a la cúspide sanitaria al finalizar la carrera, ha generado cierta incomodidad entre los ATS, que hasta el momento, y sin gozar de la misma consideración social, habían asumido ese papel. La revocación de los ATS de la dirección en beneficio de los recién llegados sin un proceso de delegación paulatino, manifiesta un diferencial de prestigio asociado a cada uno de los cuerpos. Traduce la valoración del saber biomédico en detrimento de los saberes asociados a la experiencia y a la administración de estructuras sanitarias. En este sentido, la delegación de la dirección de las estructuras hospitalarias a médicos sin competencia particular en salud pública ha conllevado inevitables problemas de gestión. Frente a la ausencia de gestores experimentados, organizaciones internacionales de ayuda convocan periódicamente formaciones y seminarios, que si bien pretenden colmar estas carencias, alejan en permanencia los médicos de la dirección de los centros, poniendo en precario la estabilidad de los mismos.

b. Las orientaciones recientes de la ayuda española

Al tiempo que Guinea Ecuatorial emerge como nueva figura estratégica en la explotación del crudo, y en virtud del deseo de mantener una estrecha relación con su antigua colonia, (económica, pero también política y cultural,) España normaliza rápidamente sus relaciones con el país. Revocando el paradigma de la condicionalidad de la ayuda enarbolado a principios de los noventa, se aprobaría en 1999 el III Plan Marco de cooperación, orientado hacia los tradicionales sectores de educación y salud, sin mención alguna al buen gobierno (Campos Serrano, 2011:13). De cara a adecentar el partenariado entre ambos Estados, los diferentes responsables políticos españoles, convergen estos últimos años en destacar hipotéticas, y poco contrastadas mejoras en términos de gobernanza y servicios sociales.

La nueva postura de Guinea Ecuatorial en el tablero geoestratégico internacional, adquirida en virtud del descubrimiento y explotación de las abultadas reservas de hidrocarburos, ha permitido a las autoridades locales hacer caso omiso de las presiones internacionales relativas a la condicionalidad de la ayuda⁵⁷. En un contexto en el que se multiplicaban los interlocutores bilaterales, la capacidad de presión de España en cuanto a la mejora de la gobernanza perdió rápidamente vigencia. De cara a no perder una ascendencia que, a pesar de la ayuda, y según todos los observadores, no ha

En última instancia, y quizás lo que trasciende en este desencuentro, son las ventajas (el gobierno guineano pone a disposición de los médicos cubanos, viviendas equipadas, con luz y agua,) de las que no gozan los locales por la misma labor.

⁵⁷ Así, países como España y Estados Unidos, que en los noventa habían manifestado abiertamente sus discrepancias con Guinea Ecuatorial, reanudarían en la siguiente década, las relaciones bilaterales, con escasa atención a los avances democráticos (Campos Serrano, 2005:275).

dejado de debilitarse, España seguiría siendo el mayor donante tanto en el sector educativo como sanitario (Larrú, 2010).

Otra de las críticas más recurrentes acerca de la cooperación sanitaria española en esta etapa, alude a la permanencia del carácter asistencial de la intervención, y a la escasez de resultados en cuanto al fortalecimiento del sistema de salud nacional. Gran parte de la financiación destinada a la cooperación sanitaria ha sido orientada hacia la Federación de Religiosos Socio-sanitarios (FERS)⁵⁸, órgano que gestiona y canaliza en el país, los fondos procedentes de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID⁵⁹) hacia los centros gestionados o apoyados por las congregaciones religiosas españolas. En este sentido, la ayuda española se ha mostrado más bien reticente en “cooperar” con los sistemas nacionales, poco transparentes y eficientes, privilegiando más bien el apoyo a unidades sanitarias paralelas. Estas unidades, los centros privados de las congregaciones españolas, dotados con mayores recursos que las estructuras públicas, constituyen hoy una de las alternativas mejor valoradas del país.

En los últimos años, se ha tratado de reconducir la intervención hacia consideraciones más globales. En la Declaración de París, los miembros de la comunidad internacional avalaban nuevas directrices relativas a la ayuda, suscritas por la cooperación española. En las mismas se hacía especial hincapié en la apropiación y liderazgo del país receptor de cara a incrementar la eficacia de la ayuda así como en la gestión basada en resultados y la responsabilidad mutua⁶⁰. A pesar de los objetivos planteados, y de la voluntad manifiesta de la AECID por ajustarse a los nuevos paradigmas dominantes en materia de ayuda al desarrollo (MAEC, 2007,2009), la intervención ha seguido manteniendo un carácter esencialmente asistencialista, centrándose en aquellas zonas con presencia de las religiosas españolas. Asimismo, mostraría una capacidad limitada para impulsar dinámicas políticas, que pudiesen albergar una incidencia mayor sobre la eficacia de la ayuda. (La difícil implementación por parte de la cooperación española de estas nuevas orientaciones globales en el contexto específico guineano será objeto capítulo 2).

⁵⁸ La Federación de Religiosos Socio-sanitarios (FERS) ha sido reconvertida en 2008 en la Fundación de Religiosos para la Salud (FRS). Esta reestructuración será abordada en el segundo capítulo.

⁵⁹ El nombre original de esta entidad fue la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Fue modificado en 2007 cambiando su nombre por el actual.

⁶⁰ La Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda es el resultado de los debates que han animado a la comunidad internacional a lo largo de los años noventa. Se centra en tres principios (apropiación, alineación y armonización), y dos principios suplementarios de cara a asegurar la eficacia (gestión basada sobre resultados en materia de desarrollo y responsabilidad mutua). El documento propone asimismo doce indicadores de evaluación. Tres años tras la adopción de la declaración, la Agenda de Acción de Accra (2008) realiza un balance sumamente crítico respecto al cumplimiento de los objetivos planteados en París.

c. Iniciativas globales, políticas locales

i. Los programas verticales de salud relativos a la Malaria y VIH/sida

Desde los años 2000, se ha impuesto la idea en las políticas de desarrollo, de que la mejora de la salud es un requisito esencial para el crecimiento macroeconómico, en lugar de una de sus consecuencias, como había prevalecido en las décadas anteriores (Moatti y Ventelou, 2009). Asimismo, las preocupaciones ligadas a la seguridad internacional, en referencia a los riesgos asociados a las enfermedades infecciosas, han propiciado la percepción de la salud como un bien común mundial (Boidin, 2007) sujeto a la gobernanza mundial⁶¹. En consonancia, se observa desde el nuevo milenio un notable incremento de la ayuda al desarrollo dirigida al sector sanitario (David, 2011:12)⁶². En este sentido, y de cara a implementar los Objetivos del Milenio (ODM) se han concretizado iniciativas globales de salud en torno a un número reducido de enfermedades consideradas especialmente letales (VIH/Sida, malaria, tuberculosis). Implementadas en los países de rentas medias y bajas, han supuesto una homogeneización de las respuestas técnicas y medicamentosas (Samb et al., 2009:2137).

⁶¹ Las enfermedades infecciosas como el sida, la tuberculosis y la malaria, han concentrado más de la mitad del incremento de la financiación registrado en el sector sanitario desde los años 2000 (Mathers *et al*, 2003, citado por Moatti y Ventelou, 2009). La perspectiva securitaria e internacionalista, explicaría la selección y criterios de ayuda retenidos por los interventores, y la insuficiencia de la implicación para con otras enfermedades, especialmente aquellas llamadas “desatendidas” (como la enfermedad del sueño, o la leishmaniosis) que no constituirían una amenaza para los países del norte, y un mercado poco solvente para los inversores (Boidin, 2006: 7-9). La salud constituye uno de los principales sectores desde el que se ejerce la gobernanza mundial, y desde el que se practica la injerencia legítima. Uno de los principales efectos adversos de los mecanismos de tutela internacional es que tienden a desatender las diferencias contextuales. Marcan a las administraciones nacionales, prioridades globales, que propician la incapacidad para construir dispositivos sanitarios en torno a problemáticas locales. El caso del *choga*, abordado en la tercera parte de este trabajo, es muy ilustrativo al respecto.

⁶² David muestra como los discursos sobre la salud han ido ocupando un lugar cada vez mayor en las políticas de desarrollo. Si bien antes de los años noventa la salud constituía una preocupación periférica del desarrollo, entendida como el resultado del desarrollo tecnológico y económico, se considerará a partir de entonces como un motor del desarrollo, estrechamente ligado al desarrollo económico. Este cambio de paradigma se hará efectivo a partir del nuevo milenio, y se acompañará de un incremento del 15% del gasto de salud desde 2000, cuando se registraban alzas de 3% en la década de los setentas y ochenta. Los proyectos VIH/SIDA desempeñan un papel importante en este proceso (David, 2011).

En Guinea Ecuatorial, el GFTAM⁶³ es el actor más relevante en cuanto a estas nuevas modalidades de intervención. Destina sus fondos a la lucha contra la malaria (74%) y al VIH/Sida (26%), sumando ambos programas, entre 2005 y 2012 más de 30 millones de dólares. Guinea Ecuatorial, eslabón débil en ambos aspectos, riesgo regional potencial, concentra los esfuerzos de la organización. La entidad financió a partir de 2006 la extensión del proyecto de lucha contra el paludismo iniciado en Bioko con fondos de Maraton Oil⁶⁴, a la parte continental del país. La intervención se centra en el rociamiento con insecticida de las viviendas, la distribución de telas mosquiteras, y el análisis y tratamiento del paludismo. En el ámbito del VIH/Sida, los fondos fueron canalizados a través del FNUAP para la promoción de la disponibilidad del test para diagnosticar la infección, la prevención de la transmisión de madre a hijo y la implementación del tratamiento antirretroviral.

Los informes de la organización apuntan, respecto a la lucha contra el paludismo, resultados notables durante la implementación del proyecto, con una reducción apreciable de la incidencia de la enfermedad, especialmente entre niños menores de 5 años. No obstante, el programa de lucha contra el VIH/SIDA se ha revelado poco exitoso, con un aumento significativo de la prevalencia desde la implementación del proyecto (ONUSIDA: 2014).

Estas nuevas modalidades de intervención no han logrado suplir los huecos políticos de la administración guineana. Los procedimientos de compra y suministro a los centros de la red sanitaria pública de antipalúdicos conllevaron en el 2011, tras la delegación del programa a las autoridades nacionales, recurrentes rupturas de stock en los principales centros del país. La distribución de telas mosquiteras a cargo entre 2007 y 2009 de MCDI⁶⁵ fue postergada en permanencia desde 2010 una vez su implementación “traspasada” a las autoridades locales. Los equipamientos de recuento de CD4 dispuestos en todos los hospitales del país, solo estaban en uso en las ciudades de Malabo, Bata y Mongomo. En las demás localidades, la falta de personal cualificado impedía su utilización, derivando en algunos casos en el deterioro de la maquinaria debido a una mala manipulación.

Si bien en algunos casos, las iniciativas han alcanzado éxitos cuantificables, especialmente en el ámbito de la lucha contra el paludismo, no han logrado establecerse en la continuidad y afianzarse en las estructuras del Estado. Las

⁶³ El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFTAM según sus siglas en inglés,) fue creado tras la Asamblea General Especial de las Naciones Unidas en 2001. Fija en los países en los que opera, las reglas de gobernanza en las áreas que financia.

⁶⁴ Marathon Oil, una de las principales entidades norteamericanas dedicadas a la explotación petrolífera, guiada por una “filantropía estratégica” (Serrano, 2011:45), ha participado activamente desde 2004 en la financiación del Plan Nacional de Lucha contra el Paludismo a través de una ONG americana (MCDI)

⁶⁵ Medical Care Development International (MCDI) es una ONG americana especialidad en el sector sanitario.

debilidades del sistema sanitario, las infraestructuras deficientes, los problemas de abastecimiento, la falta de formación y prácticas de corruptela, se deben a problemas de gobernanza de las que participan las dinámicas impulsadas desde fuera. La principal problemática en torno a la pertinencia de las iniciativas globales de salud se plantea, en Guinea como en otros países donde se están llevando a cabo, no tanto en términos de impacto, a veces alentadores, sino más bien en términos de integración en las estructuras sanitarias existentes y de viabilidad (Samb y al., 2009). La puesta en marcha de este tipo de programas, denominados verticales, no dependen de los presupuestos del ministerio de salud, y su gestión está sujeta a mecanismos de decisión paralelos. En el caso guineano, han sido administrados por entidades como MCDI⁶⁶ (malaria) y el FNUAP (VIH/Sida), que disponen de sus propios procedimientos de gestión.

Concebidos en paralelo, sin integrarse del todo en los sistemas de atención básica, conllevan efectos desestabilizantes para el sistema sanitario. Precisamente por su carácter vertical, se traducen en directrices y recomendaciones generadas “desde arriba”, sin involucrar a los actores sanitarios de proximidad. En virtud de la eficacia, pretenden poner al alcance de la población beneficiaria servicios específicos, sin garantizar mecanismos de perennización de los mismos en las estructuras políticas locales. El enfoque vertical, designado para hacer frente a enfermedades específicas, se adecua con dificultad a las necesidades horizontales del sistema de salud nacional, y no se traduce en el refuerzo del mismo. La viabilidad de la ayuda masiva hacia las enfermedades transmisibles, depende de la calidad y capacidad de absorción de los sistemas nacionales. Algunos autores (Boidin, 2007:13) apelan en este sentido, a una mayor implicación de la ayuda en la mejora de la organización sanitaria.

ii. El Fondo de Desarrollo Social (FDS)

Otro de los aspectos más notables de la última década es el substancial incremento del gasto del Estado Guineano en Salud⁶⁷. Este incremento está en gran parte relacionado con la creación del Fondo de Desarrollo Social (FDS). Se trata de un órgano nacional cuya inversión está en principio garantizada por el gobierno de Guinea Ecuatorial, en base a las rentas del petróleo. Su creación y diseño fueron no obstante impulsados en el 2006 por la Agencia

⁶⁶ Véase nota anterior.

⁶⁷ Según la OMS, el gasto público per capita en salud habría pasado de 148 \$ en 2000 a 1395 \$ en 2010 (OMS. Estadísticas Sanitarias mundiales 2013). Según los datos proporcionados por la entidad, si bien en términos porcentuales el gasto público movilizado sigue constituyendo una parte ínfima del PIB nacional (3,6%), en términos absolutos se ha multiplicado por diez. La inversión del Estado superaría con creces la inversión de los países vecinos. En el 2011 supondría más del doble que Gabón, y más de diez veces el de Camerún. (PNUD 2011).

Gubernamental Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID). Según sus estatutos, el fondo persigue en principio la mejora de los servicios sociales del gobierno en educación, asuntos de género, medioambiente y sanidad. En este último sector, una de las tareas asignadas al fondo es la financiación de los insumos dedicados a los programas verticales de salud. Tras un importante retraso, y sujeto a las presiones internacionales, el FDS inició en 2010 los primeros desembolsos (FMI: 2010).

El centro neurálgico de las decisiones respecto a la gestión de los fondos permanece en las esferas políticas de más alto nivel, y en gran medida desvinculadas de la dimensión técnica. El desembolso de los fondos depende del consenso de diferentes ministerios, y han de estar avalados por el nivel superior desde la presidencia. Según las autoridades administrativas, el FDS fue concebido temporalmente en espera del refuerzo de las capacidades técnicas de los ministerios concernidos en materia de administración y gestión de proyectos sociales. En realidad, el procedimiento se substituye a los programas ministeriales para la administración de los ámbitos que en principio están bajo su tutela.

El hecho de que las entidades del sistema de salud no tengan autonomía administrativa y financiera presenta graves dificultades en cuanto a la gestión de los fondos, y al control de las adquisiciones de bienes y servicios. Asimismo, conlleva la falta de flexibilidad necesaria para la implementación de respuestas frente a situaciones de emergencia. Los procedimientos de desembolso están sujetos a operaciones burocráticas especialmente lentas y complejas. Las dificultades con las que se encuentran los responsables ministeriales para acceder a los fondos, enlentece la inyección de los recursos económicos para la implementación de servicios sociales de base. Los retrasos acontecidos en la distribución de telas mosquiteras y problemas relativos al abastecimiento de antipalúdicos a los centros públicos del país son una buena muestra de ello.

La falta de continuidad entre las estructuras políticas responsables de los fondos y los órganos estratégicos, constituye uno de los principales motivos del decaimiento de los programas implementados por los organismos internacionales, y uno de los principales problemas del sistema nacional de salud.

d. Políticas bajo tutela internacional

El frecuente recurso a expertos internacionales para la orientación del gasto del FDS redonda el cortocircuito al que se ven sometidos los sectores

estratégicos⁶⁸. Los procesos de reforma son llevados a cabo desde arriba, bajo la tutela de organismos y consultores externos, a menudo desconectados de las realidades sociales locales, y elaborados sin la participación de los actores de base (profesionales de la salud y pacientes).

A los tímidos y recientes esfuerzos de la cooperación española por pesar en las políticas sanitarias nacionales (abordados en el siguiente capítulo), se suman las organizaciones internacionales que implementan programas verticales y aparecen como los principales actores de las orientaciones estratégicas sanitarias. Algunos operadores como MCDI se han enquistado en el propio ministerio de la salud, disponiendo en el mismo de sus propias dependencias. La ocupación del espacio desde el que se genera en principio las políticas gubernamentales, ilustra la influencia exógena a las que están sujetas. Si bien todo se hace en nombre del Ministerio, la participación parece ficticia, y resulta especialmente difícil diferenciar lo que emana de la voluntad política local, y aquello gestado desde la nebulosa desarrollista. Estos elementos alimentan la descripción del sistema sanitario guineano en términos de “sistema de sustitución” (Larrú: 2010:33). No obstante, la problemática no radica tanto en la influencia determinante ejercida desde fuera sobre las políticas sanitarias locales. Se sitúa más bien en los escasos mecanismos de participación de los actores locales, una implicación necesaria para la viabilidad de las políticas.

El propio gobierno guineano propicia la externalización de las orientaciones estratégicas ligadas a las políticas sanitarias. Más allá de la financiación del FDS, cuyas dificultades de acceso ya han sido mencionadas, la mayor parte de los fondos gestionados por las agencias del sistema de Naciones Unidas en el país proceden en los últimos años, de los presupuestos del Estado guineano. La delegación estratégica de las respuestas específicas a los problemas sanitarios es por lo tanto enunciada y avalada desde las élites políticas del país. Frente a la impugnación del poder de las administraciones públicas en materia sanitaria por la internacionalización del centro de decisiones, el Estado reafirma el suyo mediante la financiación directa de estas mismas entidades internacionales. Al poder de decisión, se le antepone el de la capacidad financiera.

⁶⁸ En 2009, como representante de una ONG española que había participado en la campaña de distribución de telas mosquiteras en épocas anteriores, recibí la visita de un consultor externo, contratado para diseñar, en apenas dos semanas en el país, la nueva estrategia de distribución y designar los actores que deberían de participar en ella. La ONG que yo representaba, argumentaba su experiencia y redes de voluntarios para proceder a la distribución. El ministerio por su parte, alegaba que no precisaba operadores externos para llevarla a cabo. Para ambas partes, se jugaba el acceso a los recursos del FDS, arbitrado por un consultor extranjero recién llegado. Este caso ilustra la posición del ministerio como un competidor más en la industria del desarrollo, en vez de coordinador.

Gracias a la explotación sistemática de los recursos naturales, el Gobierno ya no depende desde el punto de vista financiero, de la ayuda internacional⁶⁹. En este sentido, la subordinación local a las iniciativas exógenas en materia sanitaria, no solo responde a la voluntad de beneficiar del apoyo técnico y financiero de los organismos de ayuda. También participan de un proceso de legitimización del gobierno guineano en el escenario internacional. Al parecer conformase a las recomendaciones internacionales, las autoridades en plaza hacen gala de buena voluntad. No obstante, mientras las organizaciones internacionales marcan las orientaciones políticas en materia sanitaria, algunas incluso con fondos del Estado guineano, no se han edificado los soportes endógenos para la sostenibilidad de las intervenciones.

Las inquietudes que guían la internacionalización de la salud, están más sujetas a la imagen del régimen político, que a la consecución de resultados sanitarios específicos. A pesar de una importante producción normativa impulsada por los agentes internacionales de desarrollo en torno a los servicios sociales de base, su adopción por parte de las autoridades locales adquiere una dimensión esencialmente estética. Así lo manifiesta la escasez de mecanismos y herramientas para el seguimiento y evaluación de las intervenciones. También cabe mencionar las dificultades en generar estimaciones demográficas que permitiesen mejorar la gestión sanitaria. La resistencias estratégicas por parte de las autoridades guineanas en generar o facilitar la producción de un censo fiable de la población⁷⁰, traduce la renuncia a gobernar el sector salud en términos de gestión y administración. A pesar de los esfuerzos de los actores internacionales implicados, la deficiencia de un sistema de información y estadísticas centralizado, la falta de un censo y mapa sanitario, no permite adecuar la planificación de las acciones a las necesidades de la población, afectando tanto la prevención como la actuación asistencial.

El exiguo nivel de aplicación de las decisiones jurídico-políticas, la escasez de mecanismos de seguimiento y coordinación, y la ausencia de sistemas de rendición de cuentas (Banco Mundial, 2010) limita la capacidad de análisis de la situación sanitaria, al mismo tiempo que expone los fondos a la voracidad de los responsables políticos. En este sentido, resulta difícil determinar el porcentaje de los recursos en principio movilizados para el sector sanitario que se destinan a él.

⁶⁹ Ya en 2004, la Ayuda extranjera apenas representaba el 0,9% del PIB nacional (MAEC, 2007).

⁷⁰ Véase nota 18.

e. Indicios sanitarios, y prioridades del gasto sanitario nacional

Guinea Ecuatorial ha experimentado desde 1996 un crecimiento exponencial de su PIB⁷¹ en base a la explotación de hidrocarburos⁷². A pesar de las perspectivas esperanzadoras que auguraban las nuevas rentas del petróleo, la bonanza económica aún no se ha traducido en una sustancial mejora de la calidad de vida de la mayor parte de los guineanos. Esta falta de correlación se hace especialmente palpable en la diferencia entre el puesto que ocupa el país de acuerdo a su renta per cápita con la que ocupa de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH). Desde 2002 hasta la 2013, es el país en el mundo con mayor diferencia entre ambos valores⁷³.

Como la mayor parte de los países africanos, se caracteriza por una débil esperanza de vida al nacer, una acentuada mortalidad infanto-juvenil y la persistencia de infecciones endémicas y brotes esporádicos especialmente letales⁷⁴, así como una cobertura sanitaria deficiente y muy desigual, ya no solo entre población rural y urbana, sino también en función de los recursos económicos de cada familia. Las principales situaciones de mortalidad y morbilidad muestran escasos progresos en los últimos años. El perfil epidemiológico permanece marcado por la incidencia de enfermedades como el paludismo, la fiebre tifoidea, e infecciones respiratorias y diarreicas agudas⁷⁵.

Los organismos internacionales resaltan no obstante algunos elementos sustanciales de mejora. Según los informes de Desarrollo Humano de la última década, se observaría un sensible incremento de la esperanza de vida entre 2000 (48,6) y 2013 (53,1), aunque siga siendo una de las más bajas de la región. Asimismo, se podría apreciar un significativo declive de las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, pasando de 480 en 2000 a 240 en 2011. Igualmente, la OMS estima un descenso de la mortalidad infantil (> 1 año) pasando de 122 por mil en 2004⁷⁶ a 81 por mil en 2010⁷⁷, y mortalidad

⁷¹ Según el Banco Mundial, el PIB per cápita se situaba en torno a 348 \$ en 1992. A principios de los años 2000 ya rondaba los 2.371,5 \$ superando en 2005 los 13.497\$ y alcanzando en 2008 28.102,5 \$. En 2012, se situaría en torno a los 24.035,71 \$ (BM, 2010).

⁷² La explotación petrolífera representa en 2011, más del 80% del producto nacional Bruto (FMI, 2013)

⁷³ En el 2012, Guinea Ecuatorial ocupa el puesto 39 por su renta per cápita y el 136 por su desarrollo humano, o sea una brecha de 97 puestos (PNUD 2013).

⁷⁴ La última epidemia de estas características registrada en Guinea fue el brote de cólera en el 2005 que sesgo la vida de centenares de personas en la Isla de Bioko; la segunda de esta gravedad que se registra en el país después de 1994, cuando la denominada diarrea “mucosanguinolenta” se extendió por todo el territorio nacional.

⁷⁵ También hay una tendencia al alza de los casos de enfermedades no transmisibles, como la presión arterial alta, enfermedades cardiovasculares, insuficiencias renales crónicas o tumores.

⁷⁶ PNUD 2006.

⁷⁷ PNUD 2013.

de menores de 5 años que se reduce de 204 por mil en 2004⁷⁸ a 118 por mil en 2011⁷⁹. También se percibe un declive importante de las muertes vinculadas al paludismo entre 2006 y 2008 (220/100.000 al año⁸⁰ y 98 /100.000 al año⁸¹ respectivamente). La prevalencia sigue siendo de las más altas del mundo, manifestando incluso un incremento en los últimos datos disponibles⁸².

Los progresos registrados están en línea con el resto de los países del África subsahariana, que no gozan de los mismos recursos derivados del petróleo. Por otra parte, otros indicadores parecen preocupantes, y ponen de manifiesto las dificultades para perennizar las intervenciones extranjeras. La prevalencia de VIH/SIDA y la mortalidad asociada ha ido creciendo de forma constante y regular a lo largo de los últimos 10 años (de 87 a 107 por mil entre 2001 y 2011 según el PNUD, 2014). Guinea Ecuatorial es uno de los países con menor cobertura de tratamiento de enfermos graves de sida tratados con antirretrovirales⁸³ y se sitúa entre los cuatro únicos países de África subsahariana (con Angola, Congo y Guinea Bissau) en el que se ha producido un incremento del número de infecciones materno infantil entre 2009 y 2011 (ONUSIDA, 2012). La financiación irregular de las actividades relativas a la tuberculosis desde que la cooperación Española dejó de financiar la totalidad del programa de actividades de lucha contra la enfermedad en el país, también ha causado el recrudescimiento de la misma (PNUD, 2014).

Es difícil estimar el impacto de la inversión nacional en el nivel de salud de la población. En todo caso, varios datos desvinculan las principales mejoras que sugieren los datos sanitarios disponibles de la inversión directa del gobierno en salud. La mejora de las vías de comunicación ha facilitado el acceso de la población rural a las estructuras de salud. Entre 2007 y 2008, el porcentaje de la ayuda española dedicada a la atención primaria de salud y salud reproductiva se ha duplicado (Larrú, inglés:26). La Fundación de Religiosas para la Salud (FRS) que agrupa y coordina gran parte de las labores sanitarias de atención primaria realizadas por las congregaciones religiosas españolas en el país ha aumentado significativamente su cobertura entre 2008 y 2012⁸⁴ (del 27,2% al 37,5% de la población nacional). La financiación relativa a la lucha contra el paludismo ha cuadruplicado su volumen entre 2006 y 2008 pasando de 4.660.000 \$ a más de 18 millones de dólares en base a las aportaciones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFTAM)

⁷⁸ PNUD 2006.

⁷⁹ OMS 2013.

⁸⁰ OMS 2010.

⁸¹ OMS 2012a.

⁸² 28.183 en 2009 (OMS 2012) y de 31 871 en 2010 por 100.000 habitantes (OMS 2013).

⁸³ (31%) por debajo del promedio regional (44%) (OMS 2010).

⁸⁴ FRS, 2013: 35.

esencialmente y otros organismos internacionales, al tiempo que la aportación del gobierno en este sector era casi inexistente⁸⁵.

El incremento de la inversión del Estado guineano en salud plantea necesariamente cuestiones en torno a las modalidades del gasto. La falta de correspondencia entre los fondos movilizados y los fondos destinados, entre la asignación de fondos y el desembolso, sugiere la fagocitación endémica de los recursos desde los diferentes niveles de la administración guineana. Pero existen también otras cuestiones relativas a la eficiencia del gasto. Según la OMS, el gasto directo en salud como porcentaje del gasto total en salud del gobierno en 2009 es apenas del 22%⁸⁶. La mayor parte de los gastos realizados en el sector de la salud pública han sido orientados hacia inversiones, en detrimento de los gastos corrientes generados regularmente por las estructuras sanitarias. Según un estudio sobre el gasto público llevado a cabo por el Banco Mundial, habría incluso una reducción en cuanto a los gastos recurrentes entre 2004 y 2008 (BM, 2010:114)⁸⁷.

La concentración del gasto en inversiones no se ha acompañado de una sustancial mejora de las condiciones de salud y calidad de los servicios públicos de salud. Las rentas del petróleo no se han traducido en políticas de apoyo y promoción de las estructuras sanitarias públicas. Los fondos para la administración y para los tratamientos hospitalarios escasean. Tanto el aprovisionamiento como el suministro regular de medicamentos siguen afrontando dificultades.

Los problemas vinculados a las modalidades de gestión, al mal estado y falta de material, al abastecimiento seguro de medicamentos genéricos y prácticas de corruptela siguen lacrando las instituciones sanitarias públicas del país. Son en definitiva los hogares quienes soportan la mayor parte de los gastos ligados al cuidado de los enfermos. El financiamiento por los usuarios mediante la recuperación de costos para garantizar la disponibilidad de los

⁸⁵ OMS 2012b:124.

⁸⁶ OMS 2012a.

⁸⁷ El informe del Banco Mundial de 2010 también incide en los importantes desembolsos generados para la edificación de infraestructuras del INSESO (Instituto de la Seguridad Social de Guinea Ecuatorial). Si bien el INSESO oferta cobertura sanitaria a los funcionarios y trabajadores de las empresas estructuradas, (más del 80% de la población no dispone de protección social), el organismo dispone de mayores recursos económicos que el ministerio de sanidad. Financiado en gran parte por las contribuciones de los empleados y empleadores del sector público y privado, disponía inicialmente de un subsidio del gobierno correspondiente a cerca del 25% de su presupuesto, que ha ido decreciendo por el superávit de la entidad. El INSESO financiaría el 43% de los gastos sanitarios nacionales recurrentes. Contaba no obstante en 2010 de apenas 60.000 subscriptores (Banco Mundial, 2010), ilustrando la orientación del gasto público hacia franjas minoritarias de la población.

insumos sanitarios ha constituido en las dos últimas décadas, el precario sostén que ha garantizado la supervivencia de las infraestructuras públicas de salud.

A pesar del aumento de los ingresos del país derivado de la producción de petróleo, las condiciones generales de vida siguen marcadas por la escasez de servicios esenciales. Las estructuras de alcantarillado y saneamiento son deficientes. El acceso al agua potable, a instalaciones de fuentes de energía, a viviendas acondicionadas, sigue siendo problemático, exponiendo a la mayor parte de la población a las principales enfermedades transmisibles como la malaria, la diarrea, la fiebre tifoidea, las infecciones respiratorias o el sarampión.

Las modalidades del gasto del gobierno guineano en los sectores sociales, traducen una aprehensión de la intervención en términos de inversión antes que en términos de resultados. No están orientadas hacia la eficiencia y calidad en la prestación de servicios. Con especial énfasis en la transformación material del paisaje guineano, participan más bien de una estética de la abundancia y del poder.

4. La estética de la modernidad: la máscara frente al espejo

A medida que Guinea Ecuatorial ha emergido en el escenario internacional, el sector sanitario ha constituido para las autoridades del país, un espacio cada vez más propicio para la intervención política. Se pueden distinguir tres niveles de análisis; los símbolos materiales, en relación a aquellas estructuras, esencialmente privadas, implementadas por el Estado y que traducen la magnificación del poder; la proliferación de actos discursivos, sobre los que se sustenta la propaganda política del Estado, y la benevolencia de los pudientes, en relación a la multiplicación de actos caritativos prodigados desde las esferas más altas del Estado. Las tres vertientes, en gran parte desconectadas de las necesidades sanitarias de la mayor parte de la población, constituyen registros expresivos diferentes del poder.

a. La estética del poder

En el 2011, circulaba en Guinea la siguiente anécdota popular. En una ciudad del interior del país, transitaba la comitiva presidencial por delante de uno de los edificios del INSESO (Instituto de la Seguridad Social de Guinea Ecuatorial) recientemente construido. El jefe del Estado, sin siquiera detener el vehículo de cristales oscuros, se habría pronunciado al respecto con escasas palabras: “más alto”. La consigna, incuestionable, daría pie a la inmediata implementación de una segunda planta. La veracidad de los hechos

permanece difícil de probar, no obstante, el relato ilustra la funcionalidad prestada a las estructuras sanitarias por los mandatarios del país.

Si bien las estructuras públicas suelen carecer de medios, el Estado guineano dispone no obstante del monopolio de las instituciones sanitarias privadas mejor equipadas del país. Se han implementado estos últimos años numerosas infraestructuras sanitarias privadas con fondos del Estado. En el 2007 se inauguró en Bata el Hospital la Paz, un complejo hospitalario privado de alto nivel, cuyo coste fue asumido por el gobierno guineano y gestión delegada primero a una empresa israelita y seguidamente alemana. Otro Hospital La Paz en Malabo, así como las clínicas Virgen de Guadalupe en Malabo y Mongomo, instituciones privadas, también equipadas de alta tecnología, han sido inaugurados estos últimos años.

Estas estructuras sanitarias tienen en común la voluntad afirmada por las autoridades nacionales de importar la tecnología más avanzada del primer mundo al “corazón de África”. Comparten asimismo, la alta representación de expatriados entre el personal sanitario, así como la inaccesibilidad para gran parte de la población guineana. A pesar de la intencionalidad manifestada por las autoridades del gobierno, la mejora de la calidad, accesibilidad y disponibilidad de la atención y medicamentos no está en la línea de mira de estas alternativas de cuidado. Las tarifas no permiten integrar estas estructuras en los mecanismos ordinarios de respuesta a la enfermedad de la mayor parte de los guineanos⁸⁸. La voluntad de reproducir complejos sanitarios occidentales fuera del alcance de la población, se desvincula explícitamente de la generalización del acceso sanitario.

Estos centros privados son esencialmente solicitados por las élites económicas del país y el personal expatriado de los diferentes organismos empresariales, humanitarios y diplomáticos. Constituyen sin lugar a duda un activo para la inversión extranjera, proporcionando a trabajadores expatriados un entorno sanitario occidentalizado. No obstante, la cobertura de la demanda sanitaria de una minoría selecta es insuficiente para atender la multiplicación de infraestructuras sanitarias de alta gama.

Las clínicas de Guadalupe o los hospitales La Paz constituyen en el ámbito sanitario, la manifestación de una remodelación más amplia del paisaje guineano, una racionalización de los espacios urbanos desvinculada de las necesidades sociales. Suntuosos palacios presidenciales, nuevos y aparatosos ministerios, el aeropuerto “internacional” de Mongomo, la nueva ciudad de Sipopo en Malabo, la torre de la libertad edificada en Bata, autopistas de seis vías casi desiertas etc.; participan de una renovada iconografía, símbolos en

⁸⁸ la percepción de gravedad y fracasos consecutivos de otros recursos, asociados tanto a la medicina moderna como a la medicina tradicional, da pie en algunos casos a la movilización de las redes familiares de solidaridad para afrontar el coste de una intervención en la institución privada.

los que el Estado pretende arraigar los marcadores de una identidad renovada, condensados de modernidad que aspiran a suplantar la realidad en vez de transformarla. La creación de nuevos barrios como Bata 2, Malabo 2, o la fundación de la ciudad (aún inhabitada) de Oyala, traducen la aspiración a una reinención total de Guinea, que desatiende en parte la que ya existe. En concordancia con la afirmación del presidente según la cual “la pobreza no existe en Guinea Ecuatorial”⁸⁹ el paradigma de actuación simula la inexistencia de las problemáticas sociales, erigiendo nuevas zonas urbanas, alejadas de las barriadas más pobladas. Una antropología del urbanismo guineano queda por hacer.

En la retórica del desarrollo, la importación de la tecnología sanitaria substituye la generalización del acceso a los servicios sanitarios. La propia presencia de personal expatriado participa de la estética modernista. A lo largo de la recogida de datos en 2011, una de las responsables del complejo hospitalario La Paz de Bata, reconocía que el centro no admitía, “por cuestiones de imagen”, la contratación de médicos guineanos, siendo la mayor parte de los mismos israelitas⁹⁰. Los nacionales quedaban relegados a los puestos paramédicos y administrativos⁹¹. De espaldas a las capacidades productivas locales, se multiplican las referencias exotéricas de la modernidad.

El urbanismo ostentoso cumple con una función expresiva. Compone los soportes materiales para la comunicación política. La ostentación económica y tecnológica responde a los nuevos mecanismos de legitimación del poder. Participa en este sentido de la escenificación del poder. Su máxima expresión en el ámbito sanitario, es la importación y disposición de productos y recursos humanos asociados a la modernidad occidental.

La creación y gestión del Fondo de Desarrollo Social, la edificación de estructuras sanitarias privadas, íconos de la modernidad, o las dotaciones directas a las agencias de la ONU, (disposiciones que eluden los cauces ministeriales previstos,) expresan un activismo aparatoso a menudo

⁸⁹ Declaraciones recogidas en una entrevista a *Actualidad RT* en 2014.

⁹⁰ La mayoría de los mismos, no hablan ni el español ni tampoco alguna de las lenguas vernáculas; como si la calidad de la comunicación no repercutiese en la calidad de la atención. La percepción de la calidad sustentada en la imagen del blanco, también desatiende el total desconocimiento no solo de las realidades social-culturales de la población, sino también de las características epidemiológicas del contexto. Una enfermera española, contratada por ASISA, la organización española que gestiona el hospital privado de la seguridad social de Bata desde 2012, preguntaba una semana antes de parir, cuál era la diferencia entre el paludismo y la malaria...

⁹¹ Asimismo, se me informó que tras un convenio establecido con la escuela de enfermería de la ciudad de Bata, los alumnos acceden a un periodo de prácticas en el centro privado del hospital la Paz. El alumnado más destacado de cada promoción, será contratado por el organismo, relegando los demás a la función pública. El proceso de preselección del que goza el hospital la Paz, aventaja el sector privado en detrimento del sector público, e ilustra nuevamente las prioridades establecidas.

despreocupado de la consecución de resultados. Modulan una aprehensión del desarrollo no tanto vinculada a la accesibilidad de los servicios sino a la abundancia de los recursos puestos a disposición. A la aprehensión normativa del *desarrollo* tecnicista y “medible”, generado por las agencias de ayuda internacional, sustentada en estadísticas que conforman el IDH o el DALY⁹², Guinea responde con indicadores materiales de éxito, un *desarrollo* visible que se impone a la mirada, inscrito en un paisaje urbano del que surgen aparatosos complejos arquitectónicos.

La desmesura, la demostración de capacidades excepcionales de producción desdibuja una estética del poder, una vitrina con varios destinatarios. Esta nueva iconografía constituye para algunos sectores de la población, un motivo de orgullo nacional, independientemente de las posibilidades de acceso a los espacios creados. Se genera una extraña disociación en cuanto a la aprehensión del desarrollo, exógeno, perceptible en las transformaciones estructurales de ciertos entornos urbanos, pero no necesariamente vinculado a la promoción de las condiciones de la vida cotidiana. Por otra parte, esta iconografía también traduce la voluntad de promocionar Guinea en el escenario internacional. Las nuevas infraestructuras permiten la recepción de cumbres panafricanas y eventos internacionales. Los complejos hospitalarios La Paz de Bata y Malabo, ambos situados en la periferia de la ciudad, si bien limitan los casos de evacuación sanitaria de una ínfima franja de la población, pretenden convertirse en centros médicos de referencia a nivel regional⁹³. Varios medios de comunicación locales recalcaron el tratamiento quirúrgico recibido por la abuela del presidente Obama en el hospital la Paz de Malabo a principios de 2013⁹⁴. Las visitas de personalidades extranjeras constituyen mecanismos de legitimación política. Asimismo, la ostentación tecnológica y alta representación expatriada entre su personal sanitario participan de la imagen de modernización y solvencia que cultivan las autoridades del país. Al mismo tiempo que atraen la mirada sobre las luces, difuminan la visibilidad sobre la realidad social. Un contexto que recuerda las advertencias del conocido dramaturgo inglés, quién prevenía que “el ornamento no es, pues, más que la orilla falaz de una mar peligrosa”⁹⁵.

⁹² Término traducido al español por la expresión “Años de vida potencialmente perdidos”. Este indicador representa el número de años de vida perdidos por causa de invalidez. La suma de los DALY puede entonces interpretarse como la diferencia entre la situación actual en términos de salud, y la situación “ideal” en la que la población viviese una vida sin enfermedades discapacitantes.

⁹³ Otras infraestructuras también traducen la voluntad de situar el país en el escenario regional, incluso continental: La ciudad de Sipopo, diseñada para recibir la cumbre africana, la edificación de aeropuertos denominados “internacionales” en Mongomo y en Corisco, la fundación de la ciudad de Oyala que pretende acoger una universidad de proyección regional, la construcción de aparatosos estadios de fútbol para acoger la Copa Africana de Naciones etc.

⁹⁴ <http://equatorialguineainfo.blogspot.com.es/2013/01/president-obamas-grandmother-flies-to.html>

⁹⁵ Shakespeare, El mercader de Venecia.

b. La retórica del desarrollo

Erigido en sector prioritario de actuación por la gobernanza mundial, la salud se ha revelado estos últimos años en un espacio privilegiado para la intervención política nacional. Acuciado por las múltiples denuncias de corrupción, violación de los derechos humanos y gestión autocrática del país, el sector sanitario se ha constituido para el Estado guineano en un espacio de alta rentabilidad simbólica en términos de legitimidad. La inversión en el sector salud participa de un discurso político destinado a vincular las rentas del petróleo con la implementación de servicios sociales, y mantener a distancia o contrarrestar las miradas críticas.

La consolidación de las herramientas de comunicación (radiofónicas, televisivas y digitales,) permite modelar los imaginarios nacionales e internacionales del país. A nivel nacional, los ejercicios mediáticos ponen en escena un intenso activismo. Los anuncios de proyectos sanitarios, encuentros y seminarios, actos inaugurales de grandes estructuras privadas, son recogidas y difundidas innumerables veces en los medios televisivos nacionales. Cualquier evento se acompaña de una intensa producción retórica, campañas publicitarias de carácter político, destinadas a evidenciar el activismo y capacidad productiva del Estado. Asimismo, la recuperación político-mediática por los propios órganos del Estado, de las intervenciones llevadas a cabo desde fuera, por la nebulosa desarrollista, es sistemática. Mediante un ejercicio de inversión retórica, sitúan las autoridades locales como impulsoras y los organismos internacionales como acompañantes.

A nivel internacional, se proyecta una Guinea paradisiaca y vanguardista. La televisión internacional África 24, (en parte financiada por el Estado guineano,) mostraba en enero 2014, el hospital privado La Paz de Malabo como un modelo a seguir para el resto de los países del continente, sin aludir a la inaccesibilidad de la estructura para la mayor parte de los guineanos, ni a los medios financieros requeridos para su implementación. Para constituir la figura de una potencia regional, el Estado guineano requiere, más allá de su poderío económico, herramientas simbólicas que participen de su proyección. Chouala recuerda que la ética establecida según parámetros internacionales, se ha convertido en un elemento clave para la legitimación, jerarquización y distinción de los Estados africanos (Chouala, 2006:207,208). A tal efecto, dotar la política guineana de una dimensión ética y humanitaria, se ha revelado una cuestión prioritaria para las autoridades locales de cara a adecuarse a la moral política internacional, y consolidar su posición en este mismo escenario.

El “Plan de Desarrollo Horizonte 2020”, anunciado en la investidura del presidente en 2009, auguraba en el plazo de 11 años, una “Guinea Ecuatorial Emergente”. Sustentado en palabras fetiche (“salud para todos, educación para todos, viviendas para todos, agua potable para todos; luz para todos...”) recrea un escenario milenarista, impregnado del lenguaje técnico del

desarrollo, un idioma que practican hoy tanto los actores internacionales como los gobernantes.

Jaffré y Olivier de Sardan se sorprenden, especialmente en contextos dictatoriales, ante la espectacularidad de los recursos retóricos para decir lo contrario de lo que pasa (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003:84). El activismo presumido y ambiciones declaradas contrastan a menudo con la falta de estrategias y la escasez de mecanismos para la adecuada gestión de los servicios públicos. Los resultados, evaluaciones o auditorías, son sistemáticamente silenciados, y si acaso mencionados de paso, en referencia a las “injerencias extranjeras” y a los intereses “imperialistas”. Aquellos que ponen en duda el desarrollo, son señalados como “enemigos de Guinea”, carentes del espíritu patriótico. En un contexto político del estado-partido-único, que no da pie a la contestación en el escenario público, el discurso solo queda desmentido por la escasez de realizaciones.

c. Las políticas de la compasión

La expatriación sanitaria a cargo del jefe del Estado y de la primera dama goza de una amplia cobertura mediática. En julio de 2014 por ejemplo, la televisión nacional y la página oficial del gobierno guineano anunciaban la donación de 80 millones de francos cfa para sufragar los gastos hospitalarios de más de treinta niños guineanos en el exterior.

La difusión y visibilidad de estas modalidades de asistencia han potenciado la percepción de la caridad presidencial como un recurso más en la paleta de alternativas sanitarias disponibles, especialmente frente a situaciones sanitarias complicadas. Algunos enfermos con escasos recursos económicos, tras haber sorteado diferentes alternativas de cuidado sin percepción de mejora, acuden desesperados a la presidencia, donde formulan oficialmente una petición de ayuda. Otros, acuden a la televisión nacional (TVGE) para tratar de llamar la atención acerca de su situación. La esposa del jefe del Estado respondía nuevamente a la solicitud de una madre que había solicitado por este medio, ayuda para su hija en septiembre de 2014. La niña sería ingresada en la clínica privada Guadalupe de Malabo.

La compasión de las más altas instancias políticas ha ampliado en algunos itinerarios terapéuticos, el panel de recursos sanitarios posibles. Los casos atendidos gozan de una amplia repercusión mediática. No obstante, las posibilidades de beneficiarse de la benevolencia de los pudientes son escasas. Dependen no tan solo de la gravedad o espectacularidad de la situación, sino de la capacidad de los agentes sociales para trasladarla al escenario público, o en su caso, para abrirse camino entre los entresijos de la burocracia.

Estas prácticas escenifican a la vez la preocupación por los más desatendidos y una modalidad de redistribución de los recursos ajena a las estructuras sociales del Estado. Ponen en evidencia los disfuncionamientos de los servicios sociales regulares. Por otra parte, representan la atención sanitaria no tanto como un derecho, sino fruto de la magnanimidad de los pudientes. Sirven para legislar la popularidad de los donantes, que transforman el capital económico en capital de prestigio, y el mismo en capital político. Sitúan en definitiva al Estado no tanto como gestor, sino como mecenas. Al mismo tiempo que pretenden ilustrar la cercanía con el pueblo, traducen la profunda desigualdad entre el donante y el receptor; cristalizan al mismo tiempo que legitiman las relaciones de poder.

Si bien las políticas sanitarias no constituyen para las autoridades locales una herramienta estratégica de promoción de la salud, la salud si configura un espacio privilegiado para la propaganda política. En este sentido, las iniciativas del Estado responden a estrategias promocionales antes que a actuaciones diseñadas específicamente para la mejora de la calidad, accesibilidad y disponibilidad de la atención y medicamentos esenciales.

d. Administración versus dominación

Los discursos, prácticas y soportes materiales generados en torno al sector salud participan de un imaginario de la modernidad cultivado desde el punto de vista estético. Pretenden consolidar la proyección internacional del país. Las ventajas simbólicas asociadas, han permitido atraer numerosas cumbres continentales e internacionales⁹⁶. El arsenal desplegado persigue la humanización del Estado, aunque con limitada incidencia en la mejora de las condiciones sociales. En el escenario político, como señala Bayart, no solo cuentan las acciones, sino la resonancia de las mismas (Bayart, 1992:100). En este sentido, la irrupción del Estado guineano en el sector, no se caracteriza tanto por la pericia técnica, sino por el arte de movilizar símbolos. Contar, es el primer paso para la gestión sanitaria y ordenación de la salud pública. La carencia de datos sanitarios y censos fiables manifiesta el rechazo a gobernar en términos de administración y gestión, traduce la despreocupación por la organización formal de la sociedad, y del control de las prácticas cotidianas de la población, pero no rehúsa de los mecanismos de dominación.

Los motivos retóricos, materiales y rituales, destinados a ordenar las apariencias, no mitigan las discontinuidades reales, experimentadas a diario por los usuarios de los servicios sanitarios del país. La construcción normativa

⁹⁶ Las cumbres de la Unión Africana en 2011 y en 2014, La VII Cumbre ACP (Grupo África, Caribe y Pacífico), la II cumbre África- Turquía en 2014, la Copa de África 2012 (conjuntamente con Gabón), la copa de África 2015 tras la renuncia de Marruecos, etc.

del espacio sanitario, esencialmente impulsada desde la nebulosa desarrollista, contrasta con la gestión diaria de las infraestructuras sanitarias. La permanencia de dificultades de acceso a servicios de salud seguros, el desgaste de las infraestructuras y equipos hospitalarios, las discontinuidades respecto al abastecimiento de medicamentos esenciales, las prácticas de corruptela ponen de manifiesto problemas de gobernanza de primer orden.

La importación de la tecnología sanitaria y recursos humanos expatriados son a la vez los instrumentos y los símbolos del poder. Los grandes complejos sanitarios modernos participan de un decorado urbanístico, al mismo tiempo que radicalizan los mecanismos de diferenciación social. Las lógicas que presiden a las inversiones sanitarias otorgan mecanismos formales de atención a una minoría en detrimento de la mayoría. Manifiestan una aprehensión de la modernidad en términos esencialmente económicos y supeditan por lo tanto el acceso a la salud al de la riqueza. El incremento de la estratificación social generado por los ingresos del petróleo, se reproduce en el acceso y utilización de los servicios sanitarios. El monopolio español de la era de los ochenta, que suponía un sistema sanitario homogéneo, ha desembocado en un sistema parcelado, que ha incorporado todos los matices de las desigualdades.

Las ilusiones de riqueza, evaporadas en los entresijos de la precariedad, traducen la peculiar paradoja de un país “rico”, incapaz de responder a la demanda social. Los vacíos formales en la gestión de la asistencia sanitaria prestada desde los centros públicos, conlleva la formulación de estrategias informales. Ya sea dentro o fuera de las estructuras sanitarias, las tácticas informales relativas a la gestión social de la enfermedad no son residuales; conciernen todos aquellos, la mayoría, excluidos de la economía formal, que no participan ni de la producción ni del consumo del Producto Interior.

5. Dinámicas globales y transcripciones locales

Las transformaciones del espacio político de la salud guineano ofrecen dos niveles de análisis: la evolución de las relaciones del país con el exterior, y el incremento, con las rentas del petróleo, de la mercantilización económica y simbólica de la salud.

En cuanto al primero, el imperativo de racionalización de la política de salud pública, se ha iniciado, ejercido y diseñado desde fuera, desde la nebulosa desarrollista internacional liderada en gran parte, y sobre todo durante la década de los ochenta, por la cooperación española. La ayuda al desarrollo se integra en los juegos de influencia de las potencias. En el contexto guineano, los descubrimientos y explotación de petróleo en los noventa han permitido la diversificación de las alianzas. Las políticas de distanciamiento y acercamiento entre Guinea Ecuatorial y España, Estados Unidos, Cuba, China, han

marcado la organización y planificación de las estrategias en el sector. La implicación de nuevos donantes multilaterales, esencialmente el GFTAM, participan de la “desterritorialización” (Fassin, 1996) de las políticas sanitarias, y del ejercicio de una soberanía a distancia en el sector.

La organización de la intervención en torno a programas y proyectos de cooperación ha conllevado también la frecuente falta de coordinación entre los diferentes actores implicados. Convergen en el sistema sanitario guineano una multiplicidad de dinámicas, en algunos aspectos redundantes y en otras contradictorias, (se solapan ámbitos, tiempos y espacios de intervenciones⁹⁷), que participan del carácter plurivocal y disgregado del biopoder. Carente de las herramientas institucionales y materiales suficientes, el ministerio de salud no constituye una estructura de coordinación de las políticas implementadas por los diferentes actores. Las políticas públicas edificadas desde fuera, se generan no tanto como apoyo, sino, en reacción a las estructuras sanitarias públicas nacionales, como señala Gauvrit en África Central (2005:103).

La moral internacional, sustentada en la gobernanza y el desarrollo de las estructuras sociales, si bien se imponen a los Estados, adquiere a nivel local, una dimensión esencialmente retórica y estética. Constituye “camuflajes jurídicos”, “mascaras de disimulo” (Chouala, 2006:207,217). La “adhesión pasiva” (Eboko, 2005: 266) del Estado a los preceptos de la ayuda internacional, normativa antes que práctica, se traduce en permanentes discontinuidades en la atención sanitaria.

Algunos observadores consideran que el tutelaje permanente del sector sanitario por entidades internacionales y multilaterales de cooperación, ha facilitado, o incluso alentado la desvinculación del Estado guineano⁹⁸. En todo caso, el desentendimiento de las autoridades locales respecto al rendimiento y operatividad de las infraestructuras públicas de salud contrasta con la paulatina privatización en beneficio de un sector lucrativo. Más allá de la proliferación desde principios de 2000, de clínicas y dispensarios, muchos de

⁹⁷ Una de las ilustraciones más gráficas es la que pude presenciar en noviembre del 2011. Se solapaban dos formaciones dirigidas al personal administrador de los centros de la red pública de salud impulsadas por dos ONG diferentes. Las formaciones, ejecutadas en el mismo lugar, en el Centro Cultural Español, aunque en diferentes aulas, coincidían en horarios y beneficiarios. Este ejemplo deja patente la escasa implicación de las autoridades sanitarias guineanas, ya no solo en la ejecución sino en la coordinación de las formaciones de salud pública, impulsadas por los organismos internacionales que obran en el sector.

⁹⁸ Los datos del banco mundial, según los cuales el gasto público en salud más alto de las últimas décadas en relación con el PIB (5,5%) fue en 1995, precisamente tras la retirada de los principales apoyos internacionales (<http://es.theglobaleconomy.com/Equatorial-Guinea/indicator-SH.XPD.TOTL.ZS/>), confirmarían esta apreciación.

Estos mismos observadores consideran que la ayuda incondicional a Guinea ha participado no solo del desentendimiento del Estado de las políticas sociales, sino también del mantenimiento del régimen de Obiang. Sendín Gutiérrez y Campos Serrano (2004, 2011) (Larrú , 2009,2010).

ellos de dudosas competencias, el Estado guineano lidera la edificación de estructuras privadas de alta gama, cuya gestión es generalmente delegada a empresas extranjeras. En esta misma dinámica se inscriben los hospitales la Paz o el acuerdo firmado entre la empresa española ASISA y el Estado guineano para la gestión del hospital de reciente construcción del INSESO. El acuerdo firmado entre ambas partes en 2011, pretende extender el modelo al resto de la red hospitalaria guineana.

De acuerdo con una tendencia generalizada en el continente, la dependencia de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) va siendo suplantada por la inversión extranjera⁹⁹. El sintomático declive del paradigma cooperacional en beneficio de los vínculos comerciales y clientelistas se acompaña de disfuncionamientos estructurales de la red sanitaria pública, y de la mercantilización de la salud, su configuración como bien privado, al que los individuos acceden en el mercado.

Durante décadas, las intervenciones extranjeras han propiciado y padecido simultáneamente la falta de implicación y delegación estratégica de las autoridades locales respecto a un sector considerado por las mismas, de escaso rendimiento en cuanto al mantenimiento de las estructuras del poder. La irrupción y visibilidad de las más altas autoridades políticas guineanas en el sector sanitario estos últimos años participa de los objetivos monopolíticos del poder. El sector salud, como discurso, prácticas compasivas, y movilización de recursos financieros y materiales, se ha erigido en uno de los principales recursos simbólicos para promover una estética del desarrollo. Se ha constituido al mismo tiempo, como herramienta para la escenificación del poder, como para su humanización.

El sector sanitario deja al trasluz intereses mucho más amplios que aquellos vinculados al acceso y calidad de los servicios de salud. Es un espacio privilegiado para la acción política y para su instrumentalización. Constituye para los interventores nacionales e internacionales, un sector estratégico de alta rentabilidad simbólica. Un espacio en el que la voz de los sujetos, del enfermo, de las familias y comunidades permanece ausente. Aparecen como personas vulnerables, siempre contruidos y definidos desde la carencia, raras veces como actores. Se evidencia como señala Picas Contreras, tanto para unos como para otros (nacionales e internacionales), “el predominio del gesto externo”, “hechos que pueden ser exhibidos”, “un humanismo que no quiere a los hombres sino lo que desea es presencia pública para ocuparse de ellos” (Picas Contreras, 2006).

⁹⁹ Si bien en 1989 la AOD constituía el 54% del PIB nacional, ya solo alcanzaría el 0,5% en 2007 (Larrú, 2010, p16).

CAPÍTULO 2:

Los centros de salud confesionales en el marco de la cooperación sanitaria española

“Operación San José” fue el nombre de la expedición, que el 18 de febrero [1980], en medio de la emoción, las despedidas efusivas, y el gozo de quien se siente llamada a una gran misión, sobrevolaba, en un DC 8 el cielo de Madrid, rumbo a Guinea Ecuatorial.”¹⁰⁰

“Si los ángeles existieran, no serían sujetos morales en sentido parecido a como somos nosotros. Incorpóreos, no poseerían nuestras necesidades y deseos y no padecerían nuestros sufrimientos.”¹⁰¹

La oferta de salud de las congregaciones religiosas españolas en Guinea Ecuatorial conforma una de las alternativas sanitarias más importantes en el mercado de la salud del país. No es una situación aislada. En numerosos países del África subsahariana, los servicios sanitarios confesionales constituyen uno de los principales pilares de los sistemas nacionales de salud. Berche ya destacaba en 1985 que entre 30% y 50% de los servicios sanitarios de los 7 países africanos en los que llevó a cabo su investigación estaban dispensados por estructuras confesionales (Berche, 1985: 86). Más recientemente, el informe de la OMS «Appreciating Assets: Mapping, Understanding, Translating and Engaging Religious Health Assets in Zambia and Lesotho » publicado en 2006, estimaba que según los países, entre el 30 y el 70% de las infraestructuras de salud en el continente estarían gestionadas por organizaciones confesionales. El mismo informe apelaba a la promoción de sinergias con estas entidades. En esta línea, se ha generado estos últimos

¹⁰⁰ Estas líneas son parte del discurso pronunciado por la Hna. Mari Sol Simón para la celebración de los “25 años de presencia de las hermanas de la caridad de santa Ana en guinea Ecuatorial” en Mbini, a 18 de febrero de 2005.

¹⁰¹ Picas Contreras, 2001:17.

años una literatura específica que define y promueve la colaboración y coordinación de las entidades religiosas y empresas de desarrollo¹⁰².

La externalización de los servicios de salud, enmarcada en las tendencias neoliberales de la ayuda al desarrollo, es alentada por numerosos organismos transnacionales. El Banco Mundial, uno de los principales actores en materia de ayuda al desarrollo, ha mostrado desde mediados de los noventa, su voluntad por integrar todos los actores públicos y privados para la implementación de los sistemas sanitarios, incluyendo los agentes confesionales (Haynes: 2013).

La problemática recogida por algunos observadores radica en cómo conjugar la diversidad de la oferta para la promoción de sistemas nacionales de salud homogéneos e integrados. El desentendimiento del Estado, los escasos mecanismos de capitalización y evaluación de las experiencias pasadas (Medicus Mundi International: 2009:34), la relativa independencia con la que operan los centros confesionales, celosamente entretenida por algunas estructuras religiosas, y las posibles tensiones entre los objetivos misioneros y los de desarrollo (Berche, 1985:97) lleva a algunos observadores a considerar en crisis el modelo de externalización del sector público hacia el sector confesional (Medicus Mundi International: 2009:34).

Si bien los estudios sobre la labor de las ONG en el campo de la Ayuda al desarrollo son hoy abundantes¹⁰³, el interés por el papel que desempeñan las entidades confesionales en la industria del desarrollo es reciente¹⁰⁴ y aún inexistente en España. En la era poscolonial, y especialmente desde la década de los ochenta, las congregaciones religiosas españolas han venido desempeñando un papel especialmente relevante en los sectores sanitarios y educativos en Guinea Ecuatorial. Asimismo, han canalizado la mayor parte de la Ayuda Española destinada a ambos sectores en el país. El papel de las misiones católicas en la empresa colonial española en el golfo de Guinea ha sido abordado en numerosas ocasiones¹⁰⁵. No obstante, los trabajos sobre la historia reciente de Guinea Ecuatorial son aún escasos, y tienden a dejar al margen la intervención de las congregaciones religiosas españolas en el país.

La configuración actual del panorama confesional sanitario en Guinea Ecuatorial, tuvo como preludio la solicitud de ayuda expresada en 1979 por las nuevas autoridades golpistas al Estado español. Desde entonces, y durante

¹⁰² Este esfuerzo por delimitar, identificar y catalogar el ámbito confesional concibe al mismo tiempo las herramientas técnicas para supeditar, gobernar y alinear un campo complejo y difuso a las lógicas y prioridades imperantes (y poco discutidas) en materia de desarrollo (Fountain: 2013).

¹⁰³ Véase por ejemplo Campos Serrano (2005) Picas Contreras (2006 a/b), Nerín (2001).

¹⁰⁴ Véase por ejemplo los trabajos pioneros de Breche (1985) y más recientemente de Gruenais (2004), Duriez Mabile et Rousselet (2007), Hovland (2008), Kaag y Saint-Lary (2011), Haynes (2013) y Fountain (2013).

¹⁰⁵ Véase por ejemplo Creus (2007), Nerín (2008), Vilaró I Güell (2009, 2010).

más de una década, la antigua metrópolis asumiría la estructuración y racionalización del sistema sanitario guineano. Las religiosas españolas, que realizaban principalmente funciones de asistencia al cuerpo médico laico en los hospitales, se tornarían paulatinamente al final de la década de los ochenta, hacia la atención primaria de salud. Fundarían sus propios centros privados de salud a principio de los noventa, adquiriendo mayor autonomía, y desligándose de la tutela técnica de los médicos españoles. Sus centros componen desde entonces, en los distritos en los que se encuentran, los pilares del sistema guineano de atención primaria de salud.

Los servicios ofertados por las congregaciones españolas constituyen una de las alternativas mejor valoradas y más accesibles para una parte importante de la población. Las demás estructuras privadas, suelen permanecer fuera del alcance de la mayor parte de la población. En cuanto a las estructuras públicas, suelen generar desconfianza y hostilidad; las deficiencias deontológicas del personal sanitario (mal trato, absentismo, corrupción,) el mal estado de las infraestructuras, la escasez de insumos médicos y problemas de abastecimiento en medicamentos, son algunas de las principales recurrencias que marcan los discursos sobre las mismas.

El enfoque aquí adoptado, pretende cuestionar, tal como invita Gruénais (2007:30), los mecanismos de producción materiales, financieros y simbólicos de la calidad generalmente prestada a los centros confesionales¹⁰⁶, y que los erige en una de las alternativas más competitivas del mercado de salud. Seguidamente, desde una mirada sinóptica del espacio público de la salud se pretende reflexionar sobre el lugar que ocupan las congregaciones en el sistema de salud nacional, y el impacto de su rendimiento, sobre el de los demás servicios pertenecientes a la red pública de salud. Abordaremos en tercer lugar, las lógicas de continuidad y discontinuidad de la intervención misionera; no solo con el incipiente sistema público de salud guineano, sino también con los paradigmas de desarrollo actuales sobre los que se sustenta la retórica promovida por la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo (AECID). Las congregaciones han ocupado desde los años ochenta, un lugar privilegiado en la industria española del desarrollo de Guinea Ecuatorial. No obstante, las labores esencialmente asistenciales de las congregaciones religiosas, se han distanciado cada vez más de los modelos de desarrollo adoptados por la AECID, vinculados a la promoción de mecanismos de apropiación y autonomización de los servicios sociales por parte del país receptor. Las tensiones derivadas de las diferentes aprehensiones de la ayuda,

¹⁰⁶ En el presente capítulo, se abordará esencialmente el papel de los centros confesionales españoles involucrados en la red nacional de atención primaria de Salud. Existen otras estructuras sanitarias gestionadas o apoyadas por congregaciones españolas en Guinea Ecuatorial: la leprosería de Mícomeseng, órgano público apoyado por la misión católica de las Hijas de la Caridad desde principio de los años ochenta; el Centro de Día Agustín López Manjón, creado en 2001, también especializado en la enfermedad de Hansen; y el centro de salud mental San Benito Menni de Bata, inaugurado en 2012, a cargo de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

ponen en evidencia las ambigüedades políticas de la ayuda española en Guinea, y ofertan algunas claves respecto a los resultados alcanzados.

1. De la compasión a la capitalización de recursos

a. La producción de la calidad en los centros confesionales

Las estructuras gestionadas por las congregaciones religiosas españolas, son sin lugar a duda las alternativas sanitarias institucionales mejor valoradas por la población guineana, tanto por las tarifas aplicadas, de las más bajas del mercado, como por la calidad de la atención prodigada. Atraen en consecuencia una parte importante de la demanda sanitaria en las zonas en las que están implantadas.

La valoración de los centros confesionales suele generalmente reposar sobre elementos asociados a una experiencia empírica de los mismos, y que trascienden el capital simbólico de la acción misionera ligado a la fe, la generosidad y el desinterés. Los criterios de apreciación destacados por los usuarios regulares y ocasionales interrogados recalcan las ventajas comparativas de los centros confesionales en torno a la relación calidad/precio. Inciden en la relativa accesibilidad económica, la calidad de la acogida, la disponibilidad de medicamentos, la rapidez de los resultados de las analíticas; y la claridad del itinerario en el seno de los centros. También cabe recalcar, que fruto del éxito de los centros confesionales, las principales quejas aluden a los largos tiempos de espera ligados a la afluencia de enfermos.

Los precios de consulta aplicados por los centros confesionales tienden, a pesar de las variaciones, hacia las normativas nacionales en vigor en todos los centros de salud. No obstante, en los demás aspectos, la oferta pública se muestra claramente deficitaria. Los centros de las congregaciones gozan de canales de suministro de medicamentos estables a diferencia de las estructuras públicas. Las hermanas de San José del centro de salud de M^a Gay en Bata disponen de su propia central de compras. Abastecen en prioridad los demás centros confesionales¹⁰⁷ y seguidamente, los servicios del Estado. A diferencia de las estructuras públicas, que no disponen de una central de compras unificada, los centros confesionales tienen escasísimas rupturas de stock y ofrecen los precios más competitivos en el mercado formal del medicamento. La disponibilidad de medicamentos es un elemento importante en la valoración y utilización de los centros, ya que permite a los usuarios recurrir a una sola estructura para la consulta y la compra de los fármacos recetados, eludiendo los costes y tiempo que conlleva el recorrido por diferentes proveedores. En algunos centros no-confesionales, la disponibilidad

¹⁰⁷ Excepto el centro confesional de M^a Rafols en Bata que dispone también de su propio suministro seguro.

o no de medicamentos marca periodos de mayor o menor afluencia. Los centros confesionales por su parte no están sujetos a la fluctuación de la demanda en función de la oscilación del abastecimiento farmacéutico.

Las pruebas analíticas son también especialmente relevantes en la valoración de la calidad de los centros. Algunos centros públicos han visto mermada su capacidad para llevar a cabo analíticas a falta de un técnico de laboratorio designado por el Ministerio de Salud y Bienestar Social (MINSABS). Para muchos pacientes, constituyen un elemento imprescindible del diagnóstico, llegando a considerarlo inseguro en el caso en que el facultativo no las prescriba o no disponga de los medios para realizarlas. En Ebibeying por ejemplo, los enfermos prefieren recorrer largas distancias hasta el centro confesional, desaprovechando las giras de los equipos móviles de salud integrados por el mismo personal del centro. Los sanitarios no logran congregarse las comunidades el día convenido, poniendo en evidencia los problemas de legitimidad terapéutica que afecta al sanitario desprovisto de su equipamiento.

La valoración positiva del trato y claridad del itinerario no es exclusiva a los centros confesionales. Ha sido señalada en relación a otros centros de salud públicos o privados, que también benefician del apoyo financiero y material de la ayuda externa. En Bata, el centro público La Libertad en Etófilo o el centro privado de SOS en Ncolombom se encuentran en esta situación. Estos aspectos (el trato y la claridad del itinerario) están directamente ligados a la motivación y compromiso del personal sanitario movilizado en cada estructura. El contexto de trabajo generado en los centros confesionales (así como en otras estructuras privadas,) se asimila a pequeñas isletas en las que no se reproducen las condiciones laborales que rigen los espacios sanitarios públicos. Los sanitarios no han de lidiar con la frustración y el desgaste ligados a la escasez de insumos médicos, el deterioro del equipamiento, la falta de medicamentos y la deserción sistemática de algunos de sus compañeros. Aquellos profesionales que operan en los centros confesionales o en sus áreas de influencia también se han beneficiado en primera línea de formaciones continuas financiadas por la AECID para el personal sanitario. Estos últimos años, estos procesos formativos han contemplado precisamente aspectos ligados a la mejora de la “comunicación para el personal sanitario” o la “humanización en salud”. Por otra parte, solo una minoría del personal contratado por los centros confesionales pertenece a la función pública. La mayoría son contratados por las propias estructuras privadas, en las que se establecen mecanismos de gestión y supervisión regulares del personal. En contraste, impera en el sector público una cultura laxista con la falta (la desviación de fondos, el absentismo, el descuido del paciente,) que raras veces desemboca en medidas disciplinarias. Estos elementos singularizan al personal asignado a los centros de salud co-financiados en relación a los

demás funcionarios del MINSABS¹⁰⁸. En este sentido, y como señala Jaffré, el cumplimiento con un marco ético y moral, constituye, para los trabajadores de las alternativas privadas, una estrategia, una inversión a largo plazo para el mantenimiento de un puesto de trabajo, con destacadas ventajas en relación al sector público (Jaffré, 2003:327).

Gruénais sostiene que la calidad generalmente atribuida a los centros confesionales en algunos contextos africanos, responde más a una percepción subjetiva que a una evidencia empírica ligada a la atención prodigada. Apela en este sentido a los valores asociados a la acción misionera como un atractivo añadido de los centros de salud confesionales que participaría de su valoración positiva y altos índices de frecuentación (2007:31). En el contexto guineano, la presencia religiosa, especialmente expatriada y occidental, puede constituir un elemento llamativo en la búsqueda de atención. Asimismo, y como señala Gruénais, “la cultura cristiana” de las élites africanas puede suscitar su benevolencia respecto a la acción misionera (ibíd., 35). No obstante, la legitimidad y competitividad en el mercado de la salud guineano de los centros confesionales no radica, o no solo en los valores cristianos que animarían las religiosas españolas que los gestionan. Las cualidades atribuidas por los pacientes a los centros confesionales y que fundamentan su percepción positiva de los mismos están directamente ligadas a los recursos humanos y materiales de los que dispone cada estructura. El centro de salud confesional no es percibido como un espacio cristiano, sino como un espacio sanitario dotado de los recursos necesarios para llevar a cabo una atención que cumple en gran medida con las expectativas de los usuarios. El factor religioso no es inherente ni constitutivo de la percepción diferencial de los centros confesionales. La producción de la calidad se sustenta en la disposición de recursos financieros y materiales de los que carece la oferta pública, y que permiten la reproducción de condiciones ideales, isletas sanitarias sobre las que se asienta la identidad social de las congregaciones en el país.

b. La moral humanitaria al servicio de las lógicas políticas

El valor añadido de los centros confesionales no radica tanto en la calidad derivada de los valores cristianos y su vertiente compasiva. Estos elementos no son operativos para explicar el reconocimiento y buena valoración de los que gozan entre la población sin atender determinantes materiales y

¹⁰⁸ Estos mecanismos de diferenciación también pueden generar recelos desde la administración central. El caso del centro de salud la Libertad fundado por Médicos Sin Fronteras en 1994 es especialmente paradigmático en este sentido. Según la organización, los incentivos de los que gozaba el personal del centro, motivaron en 1999 la revocación del personal asignado al mismo por parte del Ministerio “por funcionarios próximos políticamente al Gobierno”, sin las competencias requeridas, y “atraídos por los flujos financieros que ese centro gestionaba” (Médicos sin Fronteras, 1999).

económicos. No obstante, la dimensión simbólica de su identidad sí ha desempeñado un papel de especial relevancia para la obtención y movilización de fondos. La mayor parte de las congregaciones españolas, más allá de sus fuentes tradicionales de financiación, han beneficiado desde que fueron solicitadas por el Ministerio de Asuntos exteriores en 1980, del apoyo económico de la cooperación española. Disponen en este sentido de las herramientas necesarias para ostentar un lugar privilegiado en el mercado de la salud guineano.

En la década de los ochenta, las congregaciones religiosas eran una pieza más en un engranaje sanitario más amplio, implementado por el Estado español en Guinea Ecuatorial; un dispositivo que abarcó, controló y moldeó hasta 1993 todos los dispositivos sanitarios institucionalizados del país. Los médicos laicos españoles, con el apoyo de las religiosas, marcaron los ejes de la intervención, siendo los artífices de la rehabilitación de los servicios hospitalarios y de la implementación a partir de 1985 de las primeras balizas de la estrategia nacional de Atención Primaria.

Pero la década de los ochenta también constituyó para las congregaciones un periodo de prospección para evaluar las posibilidades fundacionales existentes en el país. Por ello, si bien a lo largo de aquella década, las religiosas asistían los médicos españoles, asumiendo tanto labores asistenciales como de organización de la atención, las congregaciones irían despejando, entre 1988 y 1994, campos de intervención propios en el ámbito sanitario, desligados de la tutela de los médicos españoles. Fundarían seis centros privados de salud de atención primaria, que concentran desde entonces las principales actividades de las religiosas sanitarias en el país.

En 1993, la expulsión del cónsul español de Bata y consecuentes tensiones diplomáticas entre España y Guinea Ecuatorial, llevaron a la reducción a la mitad de la ayuda española al desarrollo en el país. En el campo sanitario se tomarían medidas drásticas, retirando en pocas semanas, gran parte de la ayuda sobre la que se sustentaba el funcionamiento de los hospitales. El Estado español mantendría no obstante el apoyo financiero a las congregaciones religiosas españolas que obraban en el campo educativo y sanitario, alegando “razones humanitarias”. Se acentuaba así la salida ya anunciada de las religiosas del sector hospitalario, del que se desvincularían por completo en el 2001, tras la llegada del contingente de médicos cubanos¹⁰⁹.

El embajador español en su comparecencia ante el congreso de los diputados el 9 de febrero de 1994, exponía la reestructuración de la ayuda española a Guinea Ecuatorial de la siguiente manera:

¹⁰⁹ Exceptuando el hospital de Luba en la isla de Bioko en el que aún en el 2013, seguían trabajando monjas españolas.

“El gobierno resolvió también redimensionar su cooperación con Guinea Ecuatorial, suprimiendo todos aquellos programas de carácter sustitutorio en los que la cooperación española se había hecho cargo de responsabilidades propias del gobierno de Guinea Ecuatorial, manteniendo solo aquellos de carácter estrictamente humanitario que ejecutarían básicamente cooperantes pertenecientes a organizaciones no gubernamentales”¹¹⁰.

Las relaciones bilaterales con Guinea Ecuatorial han servido en numerosas ocasiones de arma arrojadiza para la oposición española, independientemente de su color. Tanto el Partido Popular como el Partido Socialista han alternado la crítica cuando estaban en la oposición con el mantenimiento de las relaciones bilaterales cuando han gobernado. Apelando a la intervención humanitaria, el gobierno español invocaba determinados valores ligados a la urgencia, y al deber de intervención. Pretendía situar la intervención en el ámbito moral y subrayar el carácter apolítico de la decisión política. El mantenimiento de la “ayuda humanitaria” en las áreas de educación y sanidad alcanzaría un amplio consenso entre las diferentes fuerzas políticas españolas. La referencia humanitaria se impuso como la referencia moral mínima compartida.

El enunciado humanitario, cómodo y consensual, de prodigar atención a quienes más lo necesitan resultaba problemático en cuanto a su puesta en aplicación. Atendiendo a determinantes políticos, económicos, y diplomáticos, los recortes operaban una elección de necesidades y beneficiarios. El imperativo humanitario velaba un apoyo selectivo a los proyectos y ONG retenidos para encarnarlo, privilegiando las entidades de carácter confesional.

La definición y delimitación de la ayuda humanitaria y su orientación hacia las actividades llevadas a cabo por las congregaciones en atención primaria de salud, conllevaría importantes repercusiones sobre el sistema público de asistencia sanitaria. Supondría la súbita repatriación de los 25 médicos españoles que aún desempeñaban su labor en el país, en un contexto en el que escaseaban los médicos guineanos; el cese abrupto de las dotaciones que permitían el mantenimiento y funcionamiento de las infraestructuras sanitarias, y de forma general, el desmantelamiento del sistema hospitalario erigido por los cooperantes españoles desde 1980. Los servicios públicos gestionados por la cooperación española efectuaban hasta el momento la mayor parte de las prestaciones sanitarias institucionalizadas. En este sentido, la drástica reducción desencadenaría una grave crisis sanitaria. Se traduciría en la siguiente década por el empeoramiento de los índices sanitarios del país. Cabe preguntarse, como lo hace Brukner, si la

¹¹⁰ Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, Comisiones, num. 105, del 9/02/1994.

intervención humanitaria no lleva, en ocasiones, a “descuidar algunos pueblos fingiendo prestarles auxilio” (Bruckner, 1996:273).

Las razones que motivaron tal decisión eran ciertamente de orden diplomático, ligadas al incremento de las tensiones entre ambos países. Pero también se evidenciaban otros motivos. El gasto económico que suponía el mantenimiento de la red hospitalaria no era rentable en términos de beneficios políticos. El despliegue de la ayuda para afirmar y consolidar la influencia española en Guinea había sido un fracaso¹¹¹. Por otra parte, la situación contractual de los médicos cooperantes que trabajaban entonces en Guinea habría sido, al parecer, también un elemento determinante¹¹².

Por otra parte, los marcos de actuación dominantes en materia de ayuda sanitaria en los años noventa, (sustentados en la Conferencia de Alma Alta y la Iniciativa de Bamako,) otorgaban a la atención primaria una especial relevancia. El retraimiento de la asistencia hospitalaria en beneficio de los centros de salud confesionales de asistencia primaria, conjugaba simultáneamente disposiciones globales, con intereses políticos, diplomáticos, económicos y contractuales del Estado español.

El mantenimiento del apoyo a las congregaciones representaba una opción económicamente más viable, y a la que se prestaba una alta rentabilidad simbólica. Manifestaba la preocupación “humanitaria” del Estado español, que los religiosos, guiados por un particular compromiso moral hacia la alteridad, parecían encarnar. Se excluía otras organizaciones, como Médicos Sin Fronteras, que venían trabajando en ámbitos similares, y que se habían beneficiado en ocasiones anteriores del apoyo de la cooperación española¹¹³.

¹¹¹ Si bien Guinea representaba el 55% de la cooperación española en África subsahariana, seguía constituyendo una parte marginal del comercio exterior español (Gorozpe, 1994:81). Se evidenciaba la insolvencia de la apuesta guineana.

¹¹² Desde principios de los noventa, hay un cambio de paradigma en la cooperación internacional. Se potencia la canalización de la ayuda a través de ONG en detrimento de la cooperación bilateral que se venía practicando. Ya no serían los Estados del norte quienes coordinen, gestionen y ejecuten directamente la ayuda. A partir de entonces, la ayuda se canalizaría mediante convocatorias públicas hacia las ONG, quienes serían las encargadas de ejecutar en terreno los proyectos. Los médicos españoles, directamente contratados por el ministerio de asuntos exteriores español y por lo tanto funcionarios del Estado, constituían el único colectivo que no se ajustaba todavía a los nuevos parámetros de la cooperación. Según numerosos médicos interrogados, este sería el verdadero motivo de la “redimensión” de la cooperación española. Las desavenencias diplomáticas habrían constituido un pretexto idóneo para dar por finalizada su contratación. Las alegaciones en torno al contencioso diplomático para argumentar el abrupto final de su misión no fue suficiente para evitar el juicio que algunos entablaron (y ganaron) al Estado español por despido improcedente.

¹¹³ Médicos Sin Fronteras (MSF) inició su intervención en Guinea Ecuatorial en 1989, centrándose primero en el refuerzo de los servicios hospitalarios en Nsok Nsomo y Niefang, y seguidamente en la implementación de estructuras de atención primaria en la región continental. El enfoque era no obstante diferente al de las congregaciones. Si bien la intervención de las congregaciones albergaba

La connotación humanitaria generada por las labores misioneras en Guinea Ecuatorial parecía prevalecer sobre otras acepciones¹¹⁴.

c. La preeminencia del sector confesional en la adjudicación de subvenciones de la AECID

Las modalidades de financiación de los centros confesionales reposan sobre fuentes diversas. Cuentan con el apoyo de las congregaciones a las que pertenecen, con los mecanismos de autofinanciación sustentados en la tarificación de los servicios, y el apoyo del Estado guineano, que asume el salario de parte del personal sanitario. Asimismo, para gran parte de los centros confesionales españoles, uno de los flujos financieros más significativos ha procedido de la cooperación española.

Desde principios de los noventa, la AECID ha potenciado la delegación de la ayuda al desarrollo canalizándola a través de organizaciones no-gubernamentales¹¹⁵. Las organizaciones de inspiración religiosa, son en

rasgos más bien asistencialistas, y concentraba gran parte de su labor en torno a estructuras confesionales privadas, MSF, perseguía más bien la implementación y autonomización de las estructuras sanitarias públicas. A pesar del cese del apoyo financiero de la cooperación española, MSF lograría la creación de un nuevo centro de salud público en Bata.

MSF abandonó el país en octubre de 1999. En un informe publicado al final del mismo año, MSF otorga un claro significado político a su retirada definiendo Guinea Ecuatorial como “un espacio humanitario imposible” en el que según la organización, las autoridades obstaculizarían permanencia su labor. MSF aprovechará su reciente notoriedad (la organización acababa de recibir el Premio Nobel de la Paz,) para denunciar las relaciones mantenidas por España “con un régimen que desprecia absolutamente las necesidades de su población y viola sistemáticamente sus derechos” (MSF: 1999). MSF, cuya legitimidad radica en parte en la denuncia y las congregaciones religiosas que fundamentan la suya en la dimensión compasiva de la intervención, ilustran una movilización diferencial de lo humanitario. Mientras MSF pretende situar su acción y discurso en el tablero político, la cooperación española construye su argumentario “humanitario” al margen de la política.

¹¹⁴ La cooperación sanitaria española también mantuvo a pesar de las vicisitudes diplomáticas otra línea de financiación que no estaba sujeta a las convocatorias públicas de la AECID. Se trataba de las labores vinculadas a la investigación científica relativa a las principales endemias (Paludismo, oncocercosis y tripanosomiasis.). Estas ayudas han sido atribuidas desde los noventa a un consorcio liderado por el Instituto de Salud Carlos Tercero.

¹¹⁵ Este propósito se enmarca en una tendencia más amplia de las agencias de cooperación occidentales a principios de los noventa, por tratar, al menos en las formas, de despolitizar la ayuda. La implicación de la sociedad civil, de la que las ONG serían las representantes, pretendía trascender los intereses asociados a las relaciones bilaterales de Estado a Estado, y aportar nuevos modelos de ayuda capaces de superar los reiterados fracasos de las diferentes estrategias impulsadas para el desarrollo desde la segunda guerra mundial. La participación de la sociedad civil del país receptor se lograría mediante el partenariado de la ONG del norte, con una del sur, “la contraparte local”, a la que la primera aporta los recursos técnicos y monetarios para la realización de las acciones seleccionadas. Los centros

general las que más fondos perciben en España (Picas Contreras, 2006:431). Más aún en el caso guineano en el que las congregaciones religiosas canalizan de forma ininterrumpida desde más de dos décadas la mayor parte de los fondos procedentes de la Agencia de Cooperación Española.

En 1994, el carácter “humanitario” de la acción de las religiosas así como la fuerza política de las redes cristianas propiciaron el establecimiento de un contrato forfaterio con la FERS (FRS, 2013,13). La organización no estaba entonces sujeta a la formulación y presentación de proyectos para la obtención de las subvenciones de la AECID. No obstante, la firma del tercer Convenio Marco de Cooperación entre España y Guinea en 1999 supuso el cese de la reconducción sistemática del apoyo a las congregaciones. Si bien la FERS competiría desde entonces, al menos en las formas, en situación de igualdad con las demás ONG deseosas de intervenir en Guinea, seguiría canalizando, junto a la FERE, la mayor parte de la financiación de la AECID destinada al país.

En base al histórico de subvenciones de la AECID a ONG entre 1992 y 2013, se ha elaborado el siguiente cuadro resumen, en relación con aquellas que han operado en Guinea Ecuatorial. En el mismo se ordenan las entidades beneficiadas en relación a los importes recibidos por cada una de la AECID en este periodo de tiempo. Asimismo, se señalan los sectores de intervención a los que se han destinado los fondos de las subvenciones y los años en los que cada estructura ha percibido fondos.

ONGD	importe total subvenciones AECID en €	Campos de actuación en Guinea Ecuatorial	Años en los que la ONGD ha percibido fondos de la AECID	Nº de subvenciones adjudicadas
FEDERACION ESPAÑOLA DE RELIGIOSOS DE ENSEÑANZA TITULARES DE CENTROS CATOLICOS (FERE-CECA)	52.253.220,45	Educación	1992;1993;1995-2013	38
FUNDACION DE RELIGIOSOS PARA LA SALUD (FRS)	25.067.300,49	Salud	1992-2002;2004-2013	18
AYUDA EN ACCION	4.000.000,00	Educación (1.500.000), salud (1.500.000), equidad de género (1.000.000)	2006-2009	3
BOSCH I GIMPERA	2.216.172,03	Salud	1995-1998;2000;2001	6
PROYDE PROMOCION Y DESARROLLO *	1.313.728,32	Educación	1995;1996;1999	4
FUNDACIÓN BENITO MENNI (FBM) *	899.422,00	Salud	2010	1
FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA (FUDEN)	849.283,00	Salud	2008-2009	2

gestionados por las congregaciones españolas, han constituido durante años en Guinea, la “contraparte local” del esquema.

FUNDACION INTERED. RED DE INTERCAMBIO Y SOLIDARIDAD *	656.109,16	Educación (356.109,16) salud (300.000)	2001;2008	2
ASOCIACIÓN DE AMIGOS DE DOÑANA	629.860,69	Biodiversidad	1994;1995;1997	3
MANUEL IRADIER	472.152,71	Salud	1994;1995	2
ORGANIZACION DE SOLIDARIDAD CON LOS PUEBLOS DE AFRICA, ASIA Y AMERICA LATINA (OSPAAAL)	383.380,00	Agua y saneamiento	2007	1
MADRESELVA ONGD*	311.174,02	Educación	1992;1997;1998	3
FUNDACION HOSPITALARIA DE LA ORDEN DE MALTA EN ESPAÑA (FHOME) *	308.983,67	Salud (188.217,92) Educación (120.765,75)	2001-2003	3
PROCLADE *	288.823,67	Educación	2002	1
MEDICOS SIN FRONTERAS (MSF)	243.470,00	Salud	1992;1994	3
IEPALA	196.326,61	Desarrollo integral y capacitación de ONG	1997;1998	2
PROYECTO CULTURAL Y SOLIDARIDAD	72.121,45	Salud	1995	1
JOVENES Y DESARROLLO *	72.121,45	Salud	1996	1
ASODEGUE	28.848,58	Cultura	1995	1
PROYSO *	13.500,00	Educación	2010	1

Tabla 1: Cuadro resumen del total de las subvenciones de la AECID percibidas por las ONG en Guinea entre 1992 y 2013 desglosado por el monto total adjudicado, el sector de intervención, los años de recepción y el número de subvenciones logradas ¹¹⁶

El seguimiento de las subvenciones de la AECID a ONG operando en Guinea Ecuatorial desde 1992 hasta 2013 ilustra el destacado lugar que ocupan las organizaciones confesionales. Los sectores más subvencionados son los de educación (54.657.321,36€) y salud (30.380.261,06 €). Las entidades más beneficiadas han sido con diferencia, FERE (52.253.220,45 €) y FRS (25.067.300,49 €), entidades coordinadoras de la acción misionera en Guinea Ecuatorial. Han gozado del apoyo de la cooperación de forma casi ininterrumpida en este periodo. 56 de las 96 subvenciones han sido otorgadas a una de las dos entidades. Concentran más del 85,65% (77.320.520,94 €) de los fondos destinados al país (90.275.998,30 €). Asimismo, se señalan con un asterisco (*) las subvenciones que si bien no han sido concedidas directamente a alguna de las dos organizaciones, han sido otorgadas a entidades de

¹¹⁶ En base al tipo de convocatoria (proyectos, programas, convenios) el pago de algunas subvenciones se desglosa sobre varios años por lo que no solo se registran los años de adjudicación de las subvenciones, sino todos aquellos en los que se ha percibido financiación, es decir durante los cuales las ONG han gestionado fondos públicos procedentes de la AECID.

inspiración cristiana vinculadas a estas mismas entidades, y en beneficio de las mismas, para la implementación de sus servicios e infraestructuras. Concentrarían por lo tanto a lo largo de los últimos 20 años casi el 90% de las subvenciones del Estado español destinadas a las ONG interviniendo en país.

La fidelidad de la financiación de la AECID con las congregaciones religiosas que operan en el ámbito sanitario en Guinea Ecuatorial se ha traducido en más de un millón de euros de media al año en los últimos 20 años. Estas consideraciones no ponen en duda la calidad de la labor desarrollada por los centros confesionales, más bien la contextualizan. La sitúan más allá de la deontología y ética profesional que caracterizaría la gestión de las religiosas, a veces invocadas por las mismas¹¹⁷, y que sugiere veladamente, una lectura en blanco y negro de la moral, desligada de los determinantes materiales y económicos. La capacidad de movilización de fondos de las entidades confesionales, su capital simbólico para la obtención de recursos y subvenciones, tiene un impacto directo en la producción de una calidad empíricamente comprobada por los usuarios y que deriva en la valoración positiva por parte de la población de los centros que regentan.

2. El sector confesional en la oferta pública de salud

Si bien los centros confesionales están integrados en la red pública de salud, no se encuentran en situación de igualdad con las demás estructuras públicas pertenecientes a su mismo nivel de atención sanitaria. El buen estado de las infraestructuras y equipamientos, el suministro regular de luz y agua, la disponibilidad continuada en el tiempo de medicamentos esenciales, los hace sumamente más competitivos que las demás estructuras del sector público.

Según un informe reciente de FRS (2013), los seis centros privados de atención primaria de las congregaciones españolas, sumarían en el 2010 más del 26% de todas las consultas del país¹¹⁸, siendo los centros de M^a Rafols y M^a Gay en Bata los más concurridos. La proporción sería aún más importante para los centros ubicados en las capitales de distrito¹¹⁹. El centro de salud

¹¹⁷ Argumentación a la que también recurre J-F. Médard en el vecino Camerún: “Le secteur privé confessionnel n’est donc pas géré comme une administration publique. Par rapport au privé lucratif, l’intérêt du malade prime sur les objectifs financiers alors que dans le secteur public, en l’absence de toute notion d’intérêt public et de conscience professionnelle, il ne reste plus que les intérêts privés du personnel ».

¹¹⁸ Incluidas las consultas hospitalarias, y excluidas las consultas de los equipos móviles de atención primaria y puestos de salud.

¹¹⁹ Es el caso de los centros de M^a Gay y M^a Rafols en Bata, pertenecientes a las congregaciones del Instituto de Religiosas de San José y de las Hermanas de la Caridad respectivamente, del centro de Luis Amigó en Evinayong de las Hermanas Terciarias Capuchinas, y del centro de salud de Angokong en Ebebiying, regentado por las Hermanas Hospitalarias.

Luis Amigó en Evinayong por ejemplo, superaría el 50% de las consultas de la ciudad.

Para ese mismo año, los datos reflejados en el mismo informe muestran que el porcentaje de consultas contabilizadas en los centros de salud de las congregaciones, en relación a las que se llevan a cabo en el ámbito nacional, supera el porcentaje de la población correspondiente a las áreas de salud asignadas por el MINSABS a cada uno de los centros confesionales¹²⁰. Atraen por lo tanto a pacientes procedentes de áreas sanitarias adjudicadas a otros centros de salud. En contextos urbanos en los que los desplazamientos a uno u otra estructura sanitaria no suponen un incremento notable del gasto, los centros confesionales, polarizan la demanda más allá de sus zonas asignadas de intervención.

La relativa concentración de la demanda no carece de consecuencias sobre algunos servicios de la oferta pública de salud. Como se ha detallado en el capítulo anterior, la financiación de las estructuras públicas nacionales se rige por mecanismos de autogestión. Las partidas presupuestarias relativas a los gastos recurrentes, dependen de los ingresos relativos a la tarificación de la atención prodigada al paciente (consulta, pruebas de laboratorio, insumos médicos y venta de medicamentos). La capacidad de cada estructura para asegurar el mantenimiento y renovación de los equipos y el abastecimiento de la farmacia, están en este sentido directamente supeditados a la afluencia de pacientes. La preferencia de los pacientes por estructuras mejor equipadas y a las que se les atribuye una atención de mayor calidad, se juega, en ocasiones, en detrimento de la oferta pública.

La ciudad de Bata es especialmente paradigmática en este sentido. El núcleo urbano cuenta con seis centros integrados a la red sanitaria pública. Dos de ellos, de carácter confesional, M^a Gay y M^a Rafols, ambos fundados a principios de los noventa, concentran casi el 60% de las consultas de Atención Primaria de la ciudad. El tercer centro en términos de afluencia es otra entidad privada (17%), gestionada por una ONG internacional (SOS-Kinderdorf International). También dispone, según los mecanismos de captación de fondos de la organización, de flujos de financiación externos.

El cuarto centro en términos de afluencia (13%), es el centro de la Libertad, fundado en 1994 por Médicos Sin Fronteras (MSF). Se trata de un centro público. No obstante, tras la retirada de MSF en 1999, FERS, órgano que coordina y gestiona la financiación y actividades de las congregaciones sufragadas por la AECID, ha venido apoyando el centro desde 2001.

¹²⁰ La inscripción en el mapa sanitario público supone la adjudicación por parte del MINSABS de una área geográfica de influencia.

De los seis centros de salud existentes, solo dos, no disponen de ingresos externos. Se rigen exclusivamente por el modelo de autogestión legislado por el gobierno. El primero es el de M^a Oyaregui fundado en 1988. Si bien es el centro más antiguo de la ciudad, sus servicios se ciñen en la actualidad al control prenatal y atención al niño sano. El centro de salud de Bome, cuyas infraestructuras fueron financiadas por una empresa extranjera, es el más reciente de la ciudad y también el menos concurrido. Abrió sus puertas en 2009, pero no ha logrado afianzarse como una alternativa en el área sanitaria que le corresponde. Ubicado en la periferia de la ciudad, la población de la zona prefiere desplazarse a los centros confesionales situados en el núcleo urbano. La falta de medios del centro orienta el paciente hacia otras alternativas. Asimismo, la falta de pacientes conlleva la imposibilidad de mantener y abastecer el centro adecuadamente. A pesar de los horarios establecidos por el MINSABS, el centro abre sus puertas apenas dos días a la semana según la disposición y motivación del personal sanitario asignado.

Las lógicas de financiación y gestión de los centros de salud de la ciudad ponen de relieve la relación directa y proporcional entre la dotación económica externa y la afluencia de pacientes. El flujo de financiación externa participa de la disparidad en el mismo seno de la oferta “pública”. Traduce la difícil integración y articulación de centros privados en la misma. De los seis centros integrados en la red sanitaria, solo uno (El centro de M^a Oyaregui), fundado por la primera dama, no resulta de la iniciativa de entidades extranjeras. Los dos únicos centros (los centros de M^a Oyaregui y de Bome) que dependen exclusivamente de los mecanismos de financiación de la autogestión implementada por el MINSABS no cumplen con el paquete mínimo de actividades asignadas a los centros de salud. De los 4 restantes, en disposición de asegurarlo, todos han contado con apoyos externos al MINSABS. Tres de los mismos, aun gozando de personal funcionario, son gestionados por entidades privadas. Dos de ellos son confesionales (M^a Gay y M^a Rafols).

Una responsable del MINSABS, expresaba su frustración al respecto: “Al haber otros centros con muchos más recursos, con la dotación de M^a Gay y M^a Rafols, pues la gente no valora los centros de Bome y de M^a Oyaregui”. También destacaba la responsabilidad del gobierno guineano en cuanto a “la escasez de material e incluso de personal cualificado” que padecen la mayor parte de las estructuras públicas.

Las relaciones de confianza y desconfianza respecto a un interlocutor sanitario u otro se han fraguado en un recorrido histórico determinado. Los centros de salud de las congregaciones religiosas son los únicos que desde cerca de veinte años, no han visto afectados la continuidad, calidad y coste de sus servicios por las vicisitudes del contexto, gozando de una credibilidad de la que carecen otras entidades públicas, y en especial el Hospital General.

Desde el punto de vista de los responsables de los centros, el número de consultas conforma el principal elemento de medición de éxito de los mismos. Ha constituido la justificación y el reclamo para el mantenimiento del flujo financiero procedente de la ayuda externa española. El acceso diferencial a la financiación externa delinea una fractura en la red sanitaria pública. Los contrastes entre la oferta pública y confesional, regenerados en permanencia en base al monopolio de la financiación externa y a la demanda de atención interna, se reproducen en una geografía sanitaria descompensada, en torno a la presencia o no de la acción misionera. El número de consulta por 100 habitante en el 2010 según los datos del MINSABS muestran que las zonas con mayor utilización de los servicios sanitarios coinciden en gran medida con las zonas de intervención de FRS, y las que menos, como Akonibe, Nsoc, Akurenam, no solo permanecen desatendidas por las congregaciones sino que también cuentan con las infraestructuras públicas más deficitarias del país. Cabe resaltar al respecto, que a diferencia de las lógicas fundacionales de la acción misionera que han prevalecido en otros países africanos, los centros confesionales no están situados en las zonas más desatendidas y difíciles de acceso desde el punto de vista sanitario¹²¹.

Desde los años noventa, la mayor parte de la ayuda española al sector sanitario guineano ha sido orientada hacia las congregaciones religiosas, sin repercusiones extensibles en las estructuras públicas de salud del país. No ha participado del refuerzo y consolidación del sistema sanitario nacional, ni tampoco de su homogeneización. Ha propiciado más bien la constitución de archipiélagos sanitarios, incluso tras el periodo en el que imperaba la justificación en términos “humanitarios” y el restablecimiento de los mecanismos ordinarios de la cooperación al desarrollo con Guinea Ecuatorial en 1999¹²². No obstante, desde 2007, la AECID junto a FRS han tratado de impulsar dinámicas más globales, con resultados más bien moderados hasta la fecha.

¹²¹ Los criterios para la implantación de los centros parecen desligados de la voluntad de paliar el centralismo hospitalario y facilitar el acceso a los servicios de atención primaria de las poblaciones más aisladas del país. El centro Madre Alfonsina de Savín se sitúa en Sampaka en la periferia de la capital del país. Los dos centros confesionales más importantes están situados en el núcleo urbano de Bata. Uno de ellos incluso, el de M^a Gay, se encuentra en las inmediaciones del hospital General de la ciudad. El eje Bata-Ebibeying constituye, desde la época colonial, la parte más desarrollada y accesible de la parte continental del país. En el mismo, se cuentan los dos centros de Bata ya mencionados, el centro de Mokom en el distrito de Mikomeseng y el de Angokong en el de Ebibeying. El centro confesional más al sur se encuentra en la ciudad de Evinayong en el centro del país. Probablemente, las facilidades en términos logísticos, la disposición de las diócesis y posibilidades evangélicas se hayan impuesto sobre la voluntad de acceder a las poblaciones más necesitadas, traduciendo de nuevo la difícil conjugación del paradigma humanitario.

¹²² En Octubre de 1999, se celebró la IX comisión mixta entre España y Guinea Ecuatorial, y se aprobó el III convenio Marco de la cooperación entre España y Guinea Ecuatorial.

3. ¿Congregaciones versus Cooperación?

a. De FERS a FRS:

La Federación de Religiosos Socio-sanitarios (FERS) ha sido una asociación de Derecho Pontificio, con personalidad jurídica propia. Estaba integrada por los Superiores Mayores de los Institutos religiosos y Sociedades de Vida Apostólica dedicados en España, parcial o totalmente, a actividades sanitarias y asistenciales relacionadas con el mundo socio-sanitario. La FERS inició su recorrido en cooperación internacional tras el golpe de estado perpetrado en 1979 en Guinea Ecuatorial. Apenas once años después de la independencia, las nuevas autoridades en plaza demandarían el apoyo de España para la reconstrucción del país. Las autoridades españolas solicitarían de la FERS cuarenta religiosas con formación sanitaria, para asistir los médicos españoles y llevar a cabo labores asistenciales y de gestión de los servicios sanitarios.

Integrada por diferentes congregaciones ligadas a la pastoral de salud, la FERS ha constituido para las mismas, una plataforma de acceso a la financiación pública destinada a la cooperación internacional. Desde el cambio estratégico de la cooperación española a principios de los noventa por el que se delegaba a las ONG las intervenciones de desarrollo y ayuda humanitaria, la FERS permitía sumar a los estatutos canónicos de las congregaciones, un paraguas jurídico desde el que concurrir a las convocatorias de subvenciones públicas. Inicialmente centradas en Guinea Ecuatorial, las intervenciones de la FERS en materia de cooperación internacional se extenderían a finales de los noventa a otras latitudes.

Este progresivo desplazamiento del marco conceptual de la intervención de la acción misionera hacia el desarrollo, culminaría con la reconversión de FERS en una organización civil, la Fundación de Religiosos para la Salud (FRS) que asumiría desde el 2008 la gestión y coordinación de los programas de desarrollo implementados por las congregaciones españolas. Este cambio de rumbo se reflejaría en los estatutos de la nueva organización. A la adscripción eclesiástica de la anterior, que dependía administrativamente de la conferencia episcopal, los nuevos enunciados estatutarios abogarían por el carácter civil de la fundación. A la formulación evangélica de los objetivos, relacionados con la caridad, la pastoral de salud y la enfermedad, se antepondrían fines laicos ligados a la solidaridad y la “promoción de proyectos socio-sanitarios”, también más acordes con los objetivos de desarrollo enunciados por la agencia española de cooperación. Quedaba relegada en segundo plano la labor civilizadora por salvar las almas, a la que se le preferiría la formulación laica por atender los cuerpos. Si bien tanto en la era colonial como en la historia reciente ambos propósitos siempre estuvieron ligados en la labor misionera, el acento retórico preferiría atender los segundos antes que las primeras.

El marco institucional de las congregaciones para acceder a las subvenciones públicas, se ha visto por lo tanto remodelado para adecuarse a los lineamientos que rigen las corrientes dominantes en materia de desarrollo;

reajustes necesarios también para mantener y ampliar su legitimidad y competitividad en la industria del desarrollo. Tal y como confiesa en 2012 el director de FRS en una entrevista a un periódico digital, el objetivo manifiesto de la fundación es asegurar el acceso de las congregaciones a los fondos de ayuda a la cooperación internacional, garantizando los requisitos exigidos por los financiadores en términos de auditorías de cuentas, régimen de transparencia y experticia como ONG calificada en el sector salud (Poveda, 2012). La remodelación de la organización pretendía por lo tanto poder seguir concurriendo a las convocatorias públicas, y especialmente a aquellas de la AECID. Para ello, la nueva organización trataba de delimitar una separación entre la vertiente evangélica de la labor misionera, de aquella que se podría asociar al desarrollo. De FERS a FRS, la dimensión moral manifiesta de las congregaciones (fe, vocación, caridad, generosidad etc.) sería suplantada, o al menos difuminada tras una dimensión más tecnicista¹²³.

b. De la asistencia humanitaria a la asistencia técnica: el cambio de rumbo de la AECID

La ayuda al desarrollo española en Guinea Ecuatorial ha sido marcada tanto a nivel genérico como en el ámbito de la cooperación sanitaria, por su carácter asistencial. Sin embargo, varios indicios denotan estos últimos años, la voluntad por dotar la ayuda de un carácter más tecnicista, de cara a fortalecer las estructuras locales.

En primer lugar, la AECID se ha mostrado cada vez más molesta respecto a modalidades de ayuda orientadas a paliar la ausencia de medios financieros, en un contexto en el que el Estado guineano dispone de abundantes recursos ligados a la explotación petrolífera desde finales de los noventa. La XI comisión mixta firmada en 2009 por los Estados español y guineano, pretendía en este sentido marcar un cambio de rumbo. El documento firmado por ambas partes, privilegiaría la asistencia técnica, es decir la transmisión de conocimientos técnicos en detrimento de la movilización de fondos para infraestructuras e insumos en principio asumibles por el Estado guineano. Es difícil calibrar la naturaleza exclusivamente retórica o no de la posición entonces asumida por el Estado español¹²⁴. En todo caso, los recortes presupuestarios de la

¹²³ FRS ha multiplicado estos últimos años las consultas externas para la concepción, ejecución y evaluación de la intervención. Asimismo, el personal administrativo y gestor de la intervención en el país es laico.

¹²⁴ Como representante de una ONG española, estuve reunido en 2009 con los responsables de la oficina técnica de cooperación española en Malabo en la que se mostraban favorables a la financiación de infraestructuras de agua y saneamiento en el país. Asimismo, en el marco del convenio entre AECID y FRS ejecutado entre 2007 y 2012, se han llevado a cabo importantes desembolsos en infraestructuras, rehabilitación de puestos y centros de salud, y en equipamiento y suministros médicos.

cooperación española a partir de 2011, motivados por la crisis que afectaría el espacio monetario europeo, ratificarían las disposiciones tomadas en el 2009 en cuanto a los gastos de inversión.

En segundo lugar, la creciente incomodidad del Estado español no se puede desligar de las críticas emitidas por la prensa y los grupos de la oposición españoles, así como por diferentes organismos internacionales. La privatización de las rentas del crudo por las élites políticas del país y los escasos mecanismos de redistribución puestos en marcha, han despertado en numerosas ocasiones la indignación internacional. Asimismo, las voces críticas suelen recalcar las recurrentes violaciones de los derechos humanos en el país, abogando por la condicionalidad de la ayuda en función de los avances realizados en ambas materias. Los principales donantes, especialmente desde que Guinea Ecuatorial ha emergido como nueva figura estratégica en la explotación del crudo, no se han regido por estas premisas. No obstante, para España, y superado el periodo de justificación “humanitaria”, el cambio en las modalidades de la ayuda se hacía cada vez más apremiante. En el ámbito sanitario, tras casi 30 años de intervención directa en el sector, el sistema de salud del país seguía incipiente y en gran parte tributario de las religiosas españolas.

En tercer lugar, la cuestión de la eficacia que centralizó en los años noventa los debates en torno a las modalidades de la ayuda, culminaría con la Declaración de París en 2005 y su ratificación en la Agenda de Acción de Accra en 2008. Ambos marcos, suscritos por la cooperación española, abogaban por la apropiación y liderazgo del país receptor en aras de una cooperación más eficaz, y orientada a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En esta línea, la cooperación española recogerá en su estrategia de intervención en el sector salud, la necesidad de apostar por “un enfoque que permita el fortalecimiento institucional de los sistemas nacionales de salud como eje fundamental” (MAEC, 2009:4).

Las nuevas orientaciones de la cooperación española tratarían de ajustarse con los lineamientos en materia de políticas de desarrollo consensuados por la comunidad internacional¹²⁵. En este sentido, el convenio¹²⁶ concedido a FERS

Larrú también destaca la amplitud interpretativa a la que daba pie el document firmado entre ambos Estados: “The breakdown of the scheduled programs and activities refer to a series of courses and technical assistances for diplomats, judges and civil society with a questionable direct impact on the disadvantaged population. Furthermore, with no commitments regarding deadlines or quantities, everything is subject to free interpretation, looking more like a shopping list than a truly result-oriented association frame, like the rhetoric of the Record and Master Plan 2009-2012 declares” (Larrú, p21).

¹²⁵ Larrú, en base a al informe de seguimiento de 2009 sobre los avances realizados por los donantes respecto a la Declaración de París, recalca que España, si bien ha progresado respecto a 8 indicadores, ha empeorado en cuanto a la apropiación de prioridades de los socios y la elusión de estructuras paralelas de gestión.” (Larrú, 2009: 7). El caso guineano, confirmaría esta apreciación.

en 2007 por la AECID por un monto de 9.500.000 de euros, adquiere por vez primera desde principio de los noventa, una dimensión más genérica. El objetivo esgrimido, “fortalecimiento institucional del sistema de salud”¹²⁷ del país, manifiesta la voluntad por desanclar la intervención más allá de los servicios prodigados por las congregaciones, e implementar dinámicas orientadas hacia la “autonomización” y “sostenibilidad” del sistema público de atención primaria, según los términos utilizados en la propuesta.

La marcada preferencia en los noventa por privilegiar la labor de las religiosas, se inscribía en un intento por despolitizar la ayuda destacando el carácter “humanitario” de su intervención. Poco más de una década después, el esfuerzo por conciliar un discurso sobre valores globales, con políticas de apoyo a un régimen a menudo calificado de dictatorial, incitaría a modular el marco de intervención. Las nuevas orientaciones impulsadas por la AECID, y la reformulación de las estrategias implementadas por FRS, tratarían de secularizar la intervención, para adecuarla y situarla en la órbita de las políticas dominantes del desarrollo. El marco discursivo resignificaba nuevamente la intervención, desplazándose de la dimensión humanitaria y asistencial desarrollada al margen de las políticas nacionales, hacia el espacio central en el que se gestan las estrategias nacionales de salud. Si bien la identidad de las religiosas parecía encarnar lo humanitario en los noventa, su intervención habría de estar ahora sujeta a los cánones más recientes de la cooperación.

c. Disposiciones y concepciones encontradas de la ayuda al desarrollo

La voluntad reformista de pasar de una dialéctica de la ayuda humanitaria a la del desarrollo, con resultados controvertidos¹²⁸, se ha visto enfrentada a diversos obstáculos ligados a los intereses divergentes de las instituciones involucradas. En primer lugar, cabe recalcar, sino la oposición, al menos la tensión entre el objetivo manifiesto de FRS de garantizar que las congregaciones “puedan tener acceso a los fondos [públicos] de ayuda a la

¹²⁶ En el marco de las diferentes modalidades de financiación de la AECID, la más ventajosa en cuanto a los montos adjudicados y tiempos otorgados para la ejecución de las actividades, es la que se denomina convenio. Se suscriben convenios, generalmente de 4 años, entre la AECID y la ONG beneficiaria para cada uno de los proyectos objeto de subvención.

¹²⁷ El título completo de la propuesta alude al “Fortalecimiento institucional del sistema de salud y mejora de la asistencia socio-sanitaria, mediante el funcionamiento de puestos y centros de salud y la capacitación de profesionales y de la población”.

¹²⁸ La propia evaluación final del convenio subvencionado por la AECID a FRS entre 2007 y 2012 es sumamente crítica respecto al alcance de los objetivos planteados. Señala que se han alcanzado apenas el 47,8% de los resultados y un 50% de los objetivos formulados en la propuesta inicial (FRS, 2013: iii).

cooperación y el desarrollo”¹²⁹, y los fines esgrimidos por FRS ante la AECID, que sitúa el conjunto del sistema sanitario nacional como principal beneficiario de la intervención¹³⁰.

La intervención iniciada por FRS en 2007 ilustra algunas de las manifestaciones más recientes de esta contradicción. Establece por primera vez al MINSABS como contraparte local, y más allá de los 6 centros privados confesionales, impulsaría mecanismos de apoyo a 7 centros públicos de salud y 4 equipos distritales de atención primaria. No obstante, la intervención seguiría concentrándose casi exclusivamente en las zonas con presencia de las religiosas. Los fondos gestionados por FRS seguirían esencialmente canalizados hacia sus áreas de influencia, desatendiendo toda la parte sur de la región continental del país, la parte oeste de la isla de Bioko, y todo el resto del territorio insular¹³¹. A pesar del giro “global” imprimido a su intervención, FRS no lograría desligarse de los intereses de las congregaciones, que constituyen el motivo de su presencia en el país.

En el 2009, la Dirección Nacional de Atención Primaria se opuso por primera vez al proteccionismo de la red de centros confesionales. En vísperas del nombramiento anunciado de agentes de salud por el gobierno guineano, FRS diseñó un programa de formación destinado exclusivamente para los agentes de salud procedentes de sus áreas de influencia. Tras varios meses de contencioso, la Dirección Nacional de Atención Primaria logró que FRS llevase a cabo la formación a nivel nacional. En el 2011, se repitió el mismo desencuentro y correspondiente desenlace en relación con una formación destinada a los técnicos laboratoristas de los centros de salud. A pesar de estas contadas victorias del MINSABS, la mayor parte de las formaciones impartidas en el marco del convenio 2007-2012 establecido entre FRS y la AECID han sido destinadas al personal sanitario operando en las zonas de influencia de FRS. Han participado así de la ya mencionada descompensada

¹²⁹ Así lo expresaba el director de FRS en la entrevista realizada en el 2012 anteriormente citada (Poveda, 2012).

¹³⁰ El esquema promulgado por la cooperación española a principios de los noventa, delega parte de la intervención a ONG españolas que han de asociarse con entidades locales. Estas últimas, aportarían en principio la experiencia y arraigo local necesario para el éxito de la intervención. Si bien FERS ha constituido la ONG receptora de los fondos, las congregaciones religiosas españolas han representado durante años, la “contraparte local”, substituyéndose en el esquema a los organismos nacionales. Este puenteo traduce la voluntad manifiesta de sortear las dificultades ligadas a la cooperación con las estructuras del Estado guineano, privilegiando unidades sanitarias paralelas. Solo a partir del 2007, la formulación de los proyectos de FRS financiados por la AECID contemplan directamente el MINSABS como contraparte local.

¹³¹ La oficina dispuesta por las autoridades sanitarias para FRS en el ministerio en Malabo durante la implementación del convenio finalizado en el 2012 no fue utilizada por los responsables de la Fundación, quienes siguieron ubicados a cientos de kilómetros en la parte continental del país. Se evidenciaba nuevamente la falta de voluntad por involucrarse en la gestión de las políticas nacionales, centrandó más bien la atención en dinámicas locales.

geografía sanitaria, poniendo de relieve la vigencia del debate referido más arriba en torno a la selección de beneficiarios. “Ellos solo miran por sus áreas de influencia, nosotros tenemos que velar por el país” señalaba una responsable del MINSABS.

Entre las preocupaciones nacionales manifestadas por el MINSABS y el carácter más bien localista que rigen las de las congregaciones, FRS opera de mediador entre ambos interlocutores, tratando de imponer no sin dificultades, una nueva temporalidad que mediante el traspaso de responsabilidades financieras y administrativas al MINSABS, pretende reconfigurar el panorama sanitario nacional.

Las resistencias se cuentan tanto en un lado como en el otro. El elemento más problemático en ambos bandos, es el de la delegación. El carácter sustitutorio de la intervención de FRS en los últimos 30 años ha participado de la desvinculación del Estado en materia sanitaria, especialmente en cuanto a la promoción de la atención primaria de salud. Se ha traducido en los últimos años, por la reticencia del MINSABS en asumir algunas directrices convenidas con FRS en materia presupuestaria. Una de las metas del convenio estipulaba que la totalidad del personal local contratado por FRS debería pasar a la función pública al finalizar el mismo (FRS, 2013:75). No obstante, en las áreas de intervención de FRS, cerca del 30% del personal sanitario guineano operando en atención primaria aún eran asumidos por FRS o las congregaciones al terminar el convenio (ibíd., 76), siendo las proporciones aún más notables en algunos centros confesionales¹³². El anclaje a largo plazo de los centros confesionales en el país alienta al MINSABS a mantener la delegación de sus cometidos en las congregaciones en las zonas en las que tienen presencia.

Del otro lado, las congregaciones atienden a lógicas e intereses que no necesariamente coinciden con las estrategias implementadas por FRS y el nivel central. No pretenden que todo su personal sea asumido por el MINSABS, contraviniendo uno de los resultados estipulados por FRS. La mayor parte del personal contratado por FRS en el marco del convenio en los centros confesionales ha sido en este sentido contratado por los propios centros (ibíd., 77). Los centros ignoran a veces los protocolos y directrices nacionales. Los precios de las consultas, estipulados por el MINSABS, oscilan de un centro confesional a otro. En algunos casos como en Ebibeyin, trascienden por iniciativa propia las áreas geográficas que les corresponden alegando, lo que también es cierto, que los servicios públicos desatienden aquellas zonas. El nivel central, tampoco dispone de los medios ni de la voluntad política para controlar y regular la actividad de los centros, ya sean confesionales o no.

¹³² En el centro de Mokom y M^a Gay, solo el 14,3% y 36,4% respectivamente del personal sanitario era asumido por la función pública en el 2010. (FRS, 2013:77).

Los diferentes intereses de los actores en presencia, ya sean las congregaciones religiosas, los objetivos asociados al desarrollo por FRS y la AECID, o los que rigen las estrategias del MINSABS traducen tensiones entre los modelos de la ayuda impulsados por las agencias occidentales, y su problemática transcripción al contexto nacional guineano y confesional. Entre lo local y lo global, se desdibujan conceptualizaciones divergentes de la ayuda: la perspectiva en términos de asistencia sanitaria; aquella que contempla la implementación u consolidación de un sistema sanitario “autónomo” y “sostenible”; la percepción, en base a la inercia, de la cooperación internacional como una fuente inagotable de recursos que financia y orienta la intervención.

La valoración del largo recorrido de las congregaciones en el panorama sanitario guineano por las mismas, no se expresa en términos de impacto extrapolables al escenario nacional, sino en su dimensión asistencial y curativa. Se alejan en gran medida de los modelos de desarrollo imperantes que ya no solo radican en la capacidad exclusiva de atender y curar. Una responsable de uno de los centros más importantes del país manifestaba así la especificidad de las congregaciones en el panorama de la cooperación:

“Nosotras, las hermanas que hemos venido aquí, lo que hacemos no es como cualquier puesto de trabajo de cooperación. Hemos creado raíces. Vivimos aquí. Entonces, con otro tipo de estrategia estamos ayudando al país”.

La intervención de las congregaciones contrasta con los ideales que marcan desde los años noventa las políticas de desarrollo. Estos preceptos globales suscritos por la agencia española de cooperación, postulan, al menos en teoría, una presencia provisional de los agentes (expatriados) de desarrollo, ligada a una intervención limitada en el tiempo, capaz de encarrilar, promover y reforzar el funcionamiento autónomo de las instituciones locales. Se manifiestan así las dificultades de la ayuda al desarrollo española para conjugar el apoyo a las congregaciones religiosas con los paradigmas vigentes en materia de desarrollo.

Fountain sostiene que el debate en torno a la especificidad de las ONG de carácter o inspiración religiosa en las empresas de desarrollo es inoperante. En primer lugar por las dificultades epistemológicas para trascender una definición esencialista de la religión y del secularismo. Hovland recuerda a tal efecto, que el desarrollo, asociado en Europa Occidental a un proyecto secular, también se inscribe en el marco de una utopía, y que tal como la empresa misionera, el desarrollo está investido de una misión (Hovland, 2008:7). En segundo lugar, porque el proselitismo que caracterizaría la perspectiva religiosa también se plantea en las organizaciones laicas que pretenden el cambio de comportamientos de los beneficiarios. Y en tercer lugar, por la necesidad de cuestionar no tanto la cooperación de carácter confesional, sino la ideología del desarrollo en general, que como recuerda Fountain, se

sustenta en una neutralidad imaginaria asociada a la laicidad, y en unos valores contruidos como sinónimos de la humanidad (Fountain: 2013). Desde el punto de vista aquí defendido, la transcripción de los marcos globales de la cooperación internacional adquieren a nivel local una forma específica bajo los parámetros de la acción misionera: El arraigo en el largo plazo, la dimensión localista de su intervención desvinculada de la promoción de dinámicas nacionales, y su voluntad por situarse en un escenario apolítico; especificidades, que al igual que la producción de la calidad, no están ligadas con la adscripción religiosa, sino con el carácter privado de las estructuras¹³³.

Por último, cabe señalar la escasa incidencia de la cooperación sanitaria española canalizada esencialmente a través de FERS/FRS en cuanto a la implementación y fortalecimiento de la sanidad pública guineana tras la finalización del convenio en 2012. Según los evaluadores del convenio 2007-2012 establecido entre la AECID y FRS, la consecución de los resultados esperados alcanzaría menos del 50%¹³⁴, siendo la vertiente ligada a la asistencia la más exitosa, y aquella ligada al refuerzo institucional la más problemática. Se puede imputar el escaso porcentaje a la inclinación del MINSABS por resistirse a asumir sectores generalmente costeados por la cooperación española, y a la aún insuficiente dotación presupuestaria que el Estado, a pesar de las rentas del petróleo, canaliza hacia el sistema sanitario público. Pero también es preciso atender a otros motivos: la despreocupación por parte de FERS y la AECID, que hasta el 2007 no han mostrado interés por la consolidación del nivel central; el carácter asistencial que fruto de la inercia, ha regido la intervención llevada a cabo hasta el 2012; la ambigüedad de FRS, que si bien se ha involucrado en una apuesta más global, ha seguido anclada en las zonas que disponen de presencia misionera; y las resistencias de las congregaciones en cuanto a la implicación en la promoción del nivel central. Subyacen por lo tanto dos preguntas; la primera ligada a las modalidades que debería adoptar una intervención orientada a la promoción del sistema desde fuera, cuando no hay verdadera voluntad política por reforzarlo desde dentro. La segunda, respecto a la promoción desde fuera del fortalecimiento del sistema, a través de agentes, las congregaciones, cuyas prioridades no están directamente ligadas a dicho objetivo.

¹³³ En 2011, un consultor de FRS nos informó que los centros confesionales lograban importantes beneficios a través de la venta de medicamentos. Según su testimonio, estas ganancias no serían invertidas en la ampliación y mejora de los servicios sino repatriados hacia la congregación de referencia. Si fuese cierto, los centros confesionales, como estructuras privadas, no solo estarían obligadas a generar ingresos para su mantenimiento, sino que lograrían un importante margen de beneficio. Cabe señalar que recientemente, las religiosas de San José de Gerona, una de las congregaciones españolas más activa en el país, se encuentra entre los organismos que aparece en la famosa *lista Falciani*, que recoge entidades y particulares con cuentas en Suiza (Forcada, 2015).

¹³⁴ “Se han alcanzado pocas de las metas propuestas, en conjunto un 37,5% en el caso de los objetivos y un 34,5% en el de los resultados. Con un 75% de actividades realizadas, la eficacia ha sido francamente baja” (FRS, 2013:123)

Tras 30 años de cooperación sanitaria española en Guinea Ecuatorial, los logros en cuanto a la funcionalidad del dispositivo sanitario nacional son más bien limitados. La ayuda humanitaria no ha logrado transformarse en desarrollo. Ha permanecido anclada en una perspectiva esencialmente asistencialista, sin lograr la corresponsabilización de los responsables locales para la transformación de las estructuras guineanas. El argumento invocado por el Estado español en 1993 para retirar la ayuda a los hospitales y mantener el apoyo a las congregaciones, apelaba a la supresión de “aquellos programas de carácter sustitutorio”. En 2013, 20 años más tarde, la intervención de FRS y las congregaciones es curiosamente calificada de “sustitutoria” (FRS, 2013: 121, 125 y 127) por sus evaluadores...

La cooperación española ha reiterado la confianza deposita en FRS. La fundación se ha visto nuevamente adjudicar la convocatoria de convenios de la AECID para Guinea Ecuatorial para el periodo 2014-2017 por un monto de 2.500.000 €. Algunas voces apuntan que se trataría de la última convocatoria de la AECID destinada a la cooperación en el país. El diseño del nuevo proyecto, atendiendo a las críticas y evaluaciones pasadas como a las presiones de la AECID, está exclusivamente orientado hacia el refuerzo del sistema central. Pretende por una parte extender el modelo de gestión de los centros de salud gestionados o apoyados por FRS a los demás centros de salud del país; por otra, persigue la implementación de la gestión distrital. Según consultores de la organización, también se habría propuesto a las congregaciones religiosas, la delegación del funcionamiento de sus centros privados a las autoridades sanitarias nacionales, de aquí al final del nuevo convenio. Algunos, probablemente alentados por la edad avanzada de las hermanas y la falta de relevo vocacional, habrían accedido. Otros centros, al menos dos, se habrían negado rotundamente, manteniendo la postura proteccionista que han defendido a lo largo de su recorrido en el país.

4. El sempiterno debate en torno a la AOD española en Guinea Ecuatorial

Es innegable que los centros de salud confesionales ofrecen servicios sanitarios de primera necesidad¹³⁵ que el MINSABS, por falta de medios y voluntad política se resiste a asumir. Las congregaciones se han abierto camino en un contexto marcado por la ausencia de interventores estatales en materia sanitaria. La falta de medios en el contexto de los ochenta, y la falta de voluntad política del Estado guineano en las décadas siguientes, supusieron una oportunidad fundacional para las congregaciones religiosas españolas. Con el paso del tiempo el desentendimiento del Estado en materia

¹³⁵ La disminución de la tasa de mortalidad infantil estos últimos años, no se puede desvincular de las labores de FRS.

de salud pública las ha situado en un lugar de referencia en el paisaje sanitario del país.

Cabría preguntarse que si al mismo tiempo que el sector confesional ha suplido un vacío imputable a la falta de implicación del Estado, no ha participado simultáneamente de la reproducción del desentendimiento de las élites políticas respecto al sector sanitario público. En este sentido, las voces más críticas aseguran que la ayuda al desarrollo española habría sido alentado, al menos facilitado al régimen la escasa implicación en la implementación del sistema sanitario público y de los servicios sociales de forma más general¹³⁶.

Protagonice en 2011 un curioso incidente a lo largo de un coctel ofrecido por el consulado español de Bata en ocasión de la visita del entonces presidente del congreso de los diputados, J. Bono. Expresé al mandatario español, en base a mi experiencia en una organización internacional de cooperación en el país, mis reservas en cuanto a los resultados, en mi opinión discutibles, de la cooperación sanitaria española en el país, en relación al tiempo (30 años) y fondos invertidos. Si bien el mandatario eludió hábilmente la pregunta, fui muy rápidamente increpado por la que era entonces la responsable de FRS. Entre improperios, señaló que a ella “sí [le] importan los niños que mueren en Guinea”.

Más allá del carácter trivial de la anécdota, y de la postura que entonces manifesté, el suceso ilustra el sentido compasivo otorgado al sector salud, como una dimensión moral superior que no admite y excluye de su campo cualquier perspectiva crítica. Los significados de la acción sanitaria, como señala Fassin, suelen generar tal consenso que tienden con frecuencia a eludir cualquier mecanismo interpretativo (Fassin, 2000:28).

En términos más amplios, el altercado traducía también el sempiterno debate en torno a la ayuda extranjera en Guinea. Por una parte, aquellos que consideran que la ayuda al desarrollo ha de estar condicionada a ciertas garantías del Estado guineano en términos de derechos humanos, apertura y alternancia democrática y redistribución de la riqueza, tareas sobre las cuales se han realizado escasos avances en los últimos 30 años¹³⁷. Por otra parte, aquellos que consideran, (como mi interlocutora circunstancial,) que la ayuda, especialmente en el campo sanitario, es un imperativo moral y apolítico, participe o no de la consolidación del régimen dictatorial. La primera postura apela a los derechos humanos, es decir aquellas normas y valores que según el derecho internacional, están destinados a promover y proteger las libertades

¹³⁶ Véase por ejemplo Campos Serrano (2006), y Larrú (2010, 2011).

¹³⁷ Una postura hoy caduca debido a la independencia financiera que ha adquirido el país respecto a la ayuda, en base a la explotación petrolífera; pero cuyos planteamientos aún son extrapolables a los apoyos occidentales en términos políticos y comerciales que legitiman el régimen.

y garantías individuales del ser humano para su desarrollo, cuando la segunda tiende más bien hacia el derecho humanitario (generalmente asociado a situaciones de conflicto), esto es, al imperativo de la intervención para salvar vidas.

La dialéctica humanitaria es la que de forma global, ha prevalecido en relación con Guinea Ecuatorial a lo largo de los últimos 30 años. Erige de forma ontológica el dolor, el sufrimiento y la muerte como principal prisma de lectura. Fassin la denomina biolegitimidad, es decir el ideal ético, inherente a la acción humanitaria contemporánea, en el que predomina el reconocimiento de los cuerpos físicos, alterados o afectados por la enfermedad, antes que el de las personas (Fassin, 2000:22; 2006:45). Si bien esta perspectiva se sitúa a sí misma fuera del ámbito político, permanece en su órbita. En primer lugar, porque tiende a desactivar el significado político de la historia de la ayuda con Guinea Ecuatorial. La intervención ha ofertado una vertiente moral a la presencia española en Guinea, desde que en 1980, la antigua colonia volviese a aparecer como un espacio de alto interés geoestratégico. En segundo lugar, porque en virtud de la urgencia humanitaria, prevalece la vida de algunos, sobre los derechos de muchos.

Segunda parte:
SABERES, PERCEPCIONES Y MODALIDADES DE USO DE LOS
RECURSOS ASOCIADOS A LA BIOMEDICINA

CAPÍTULO 3:

El Hospital General: marcos formales y recorridos informales

“¿Pero qué creéis? Porque estáis detrás, que estáis aquí trabajando, que los demás vienen, ¿que no trabajan? ¿Ya sois Dios? No sois Dios. Tenéis que saber hablar con la gente.”Magdalena.

El trabajo de campo en el hospital de Bata se ha llevado a cabo en tres de los espacios más concurridos de la estructura sanitaria. El primero, los servicios de urgencia, constituyen la principal puerta de entrada para la mayoría de los enfermos que acuden al centro. El segundo y tercero corresponden al servicio de pediatría y de medicina interna respectivamente. Hacia estas dependencias confluyen la mayor parte de los enfermos ingresados. La selección de estos espacios respondía a la voluntad de abordar las experiencias hospitalarias más usuales a las que gran parte de la población de la ciudad, como paciente o acompañante, ha sido alguna vez expuesta¹³⁸. Estos espacios constituyen territorios de interfaz en los que se construye la relación del usuario con la estructura. Son propicios para la observación de las formas en los que se producen y reproducen distintas experiencias y saberes sobre la estructura sanitaria.

Más allá de la observación participante, (como antropólogo, pero también como enfermo y acompañante), se ha seguido la evolución de 35 enfermos, interactuando con ellos y con sus acompañantes o tutores, durante su paso por los pabellones de medicina interna y pediatría. El ingreso de los enfermos ha permitido seguir el avance no solo del estado de salud de los pacientes, sino también de los discursos, vivencias y disposiciones tomadas por el enfermo y/o su entorno para sortear los disfuncionamientos en la asistencia, y en su caso, barajar nuevas alternativas.

Menos en situaciones inducidas por la confianza establecida con el paciente, se han presenciado escasas consultas. Esta disposición no ha sido motivada

¹³⁸ La consulta de seguimiento del embarazo y servicios de maternidad también constituyen espacios especialmente concurridos, pero no han sido objeto directo de observación. Han sido no obstante mencionados con frecuencia en las entrevistas. Representan también zonas claves de la experimentación de la institución por la población.

por reticencias administrativas o del propio cuerpo médico. Responde a un postulado ético del investigador. Las consultas a puertas abiertas, o el desfile de visitas formales e informales sin previo aviso, son situaciones frecuentes y generalmente asumidas con pasividad y resignación por los pacientes¹³⁹. Traducen evidentes relaciones de poder, de las que no quería ser participe, y de las que difícilmente me hubiese podido extraer imponiendo mi presencia. Se trataba de no despojar a los sujetos de la decisión de aceptar o declinar la interacción, más aún en situaciones a veces especialmente difíciles, derivadas de la enfermedad. Los interlocutores eran abordados en la sala de espera, en los pasillos, o en las habitaciones destinadas a los ingresos. El rechazo a la presencia y preguntas del antropólogo, más frecuentes en el hospital que en cualquier otro espacio de terapia, si bien me resultaba frustrante, también constituían un indicio inequívoco del margen de maniobra del que disponían.

El itinerario en el seno del espacio hospitalario se inicia mucho antes de la consulta y no finaliza con la misma, incluso en el caso en el que no derive en el ingreso del paciente. El desplazamiento hasta las dependencias hospitalarias, el registro, el pago, la espera, las pruebas analíticas, la adquisición de los fármacos, son algunas de las principales balizas que pautan el recorrido. Los intercambios fortuitos o necesarios con el personal sanitario y los demás usuarios facilitan, dificultan, alimentan en todo caso la experimentación del espacio hospitalario. Más allá del encuentro médico-paciente, es preciso reflexionar sobre todo aquello que le precede y sucede, es decir sobre aquello que conforma el itinerario del usuario en la institución.

En las siguientes líneas, se tratará de identificar las principales dificultades a las que se enfrentan los pacientes y acompañantes desde su llegada a la institución. Se abordarán las constantes discontinuidades en la cadena terapéutica, que constituyen amenazas permanentes en el proceso de atención sanitaria y que pueden derivar en el abandono de la estructura. En ocasiones el propio personal sanitario se erige como un obstáculo más en el acceso a los cuidados, ilustrando la distancia social que subyace entre “visitantes” y “anfitriones”. Según sus posibilidades y habilidades, los individuos y colectivos tratan de elaborar, con más o menos fortuna, estrategias informales para paliar las carencias, e intentar asegurar los ejes básicos de su recorrido en el centro. Estas vivencias, que alimentan discursos, saberes y representaciones, conforman tanto el recorrido en el seno del hospital, como el lugar del hospital en el marco más amplio del itinerario en búsqueda de atención.

Las tres dimensiones interconectadas del espacio destacadas por Schnaidt, vivido, pensado y figurado (1989), también son extensibles a las dependencias hospitalarias. Se trata de un espacio en el que se acumulan vivencias, sobre el

¹³⁹ En el momento de la recogida de datos, una ONG se encontraban precisamente llevando cabo procesos formativos en el país, destinados al personal sanitario, para preservar la intimidad del paciente y privacidad de la información generada en el espacio de consulta.

que se conforman saberes, y sobre el que se proyectan miedos y expectativas terapéuticas. Sobre las tres dimensiones reposa la producción de determinadas modalidades de uso, el cómo y el cuándo. La experimentación del recorrido en la institución, configura saberes y estrategias, destinadas a tratar de asegurar y mejorar la atención y cuidados recibidos. Al mismo tiempo, las experiencias y enunciados acerca del hospital, le otorgan significados concretos. Moldean un imaginario colectivo, asignando al recurso un lugar específico en el panorama de las alternativas terapéuticas existentes.

1. Los primeros pasos en el hospital: desorientación y tiempos de espera

El Hospital General de Bata es el centro sanitario público de referencia a nivel regional para toda la parte continental del país. Está situado en el centro de la ciudad, en el cruce de carreteras conocido como “zona sanitaria”. Mantiene a grandes rasgos la estructura colonial: tras la entrada, se suceden varios pabellones, la mayoría compuestos de un piso con una sala de guardia, una consulta, y varias salas de entre dos y cinco camas. Dispone de 240 camas en total y atiende una media de 150 consultas al día.

Sumida en un tumulto permanente y a veces ensordecedor, la sala de urgencias suele estar abarrotada entre las 8h y las 13h. A medida que se alargan los tiempos de espera, las posturas se deshacen, acoplando los cuerpos como mejor se puede a la rigidez de los bancos de madera. Por las tardes, a partir de las 17h, otra oleada de enfermos, aunque de menor envergadura, suele asaltar de nuevo la sala de guardia. Tras la consulta de pediatría, tres largos bancos de madera, cuando las demás estancias del cuerpo de guardia solo cuentan con uno, confirman que como en todas las instancias públicas del país, la consulta de pediatría es la más solicitada. Concentra en el hospital los dos tercios de las consultas.

La ausencia de referencias marca desde la llegada la relación entre el usuario y la estructura sanitaria. No hay marcadores espaciales que muestren de forma explícita las etapas lógicas a seguir, o que al menos sugieran un recorrido intuitivo. En el momento de la recogida de datos, esa percepción que enturbia el recién llegado era acrecentada por las obras que se estaban realizando en el pabellón de entrada. Los servicios de urgencias se encontraban en consecuencia centralizados en el tercer edificio.

Los servicios de urgencias constituyen el primer paso del recorrido para cualquier recién llegado. Para alcanzarlos, pacientes y acompañantes deben contornar los dos primeros pabellones. Se adentran entonces por un pasillo corto en el que tras una ventanilla, una funcionaria gestiona la recepción y el

pago de la consulta¹⁴⁰. El pasillo desemboca en una sala grande en la que enfermos y familiares esperan su turno para acceder a la consulta que les ha sido señalada desde la ventanilla. Cuatro salas contiguas a la estancia principal constituyen los diferentes espacios de atención al paciente. Cada puerta cuenta con una placa encima de la misma, en la que menos en el caso de la consulta de pediatría y medicina interna, el enunciado no se corresponde con la especialidad de la consulta. Bajo el cartel de urología se ubica la sala de curas, bajo el de cirugía, atienden los martes y los jueves el traumatólogo y el urólogo; bajo el título de obstetricia y ginecología se accede a las dependencias en las que se realizan ingresos provisionales. Las señales, en principio destinadas a descifrar el entorno, dificultan más bien su lectura.

Estela (fang, 34 años, 4 hijos) acudió por primera vez al Hospital General de Bata, en el mes de Noviembre de 2011. Llevaba entonces apenas un mes en la ciudad:

“Cuando llegué ni siquiera sabía dónde ir. O sea cuando yo pregunto en la entrada, me dijeron “vete allí”. Y yo sin saber donde estoy. Una mamá que estaba ahí con su niño me dijo “ven conmigo”. Me ayudo. Yo no sabía ni qué hacer. Además con la preocupación por el niño...”

El sentimiento de evolucionar en un espacio en el que las balizas de un itinerario escasean, no solo afecta a aquellos que por primera vez acuden al Hospital General.

“Tu sales ahí, tu entras ahí...nunca sabes ni siquiera donde ir y lo que te pueden llegar a pedir.” (Jacinta, fang, 22 años, 1 hijo)

La pérdida de referencias experimentada, se suma con frecuencia al carácter indefinido de los tiempos de espera.

“A veces me voy al Hospital General, pero ahí las cosas son difícil...tardar tanto, te mandan acá, te mandan allí. Después esperar mucho y otra vez “vete acá vete acá”... No me gusta ir allí.” (Kelvina, fang, 23 años, 1 hijo).

“Estoy embarazada de mis gemelos. Estaba muy enferma. Muy. Tuve anemia, tuve tifoidea, tuve paludismo, me mandaron [sus familiares] al Hospital. Estuve no sé si dos horas. Nadie sin atenderme. No sé si el doctor todavía no ha venido no se qué cuantas cosas, tenía que esperar en sala de espera, hasta que yo volví [a casa]. Al día siguiente es cuando yo fui en María Rafols [centro de salud confesional], para que me traten. Cuando yo llegué, las demás estuvieron ahí, pero me atendieron la primera

¹⁴⁰ 500 F cfa para los niños, 1.000 F cfa para los adultos y 3.000 F cfa para los extranjeros.

por el estado que me vieron. Es lo que me sucedió. Por eso yo nunca voy al hospital. Ya tengo una lección.” (Magdalena, ndowé, 20 años, 1 hijo).

Las indicaciones a menudo imprecisas y abruptas del personal sanitario, no suplen las carencias en términos de acogida y acompañamiento sino que con frecuencia redundan en el sentimiento de desorientación. Por otra parte, la espera también ofrece a placer, a los enfermos y acompañantes, la observación de las ausencias repetidas del personal sanitario sin motivo aparente.

“Los médicos no se sientan en su puesto de trabajo. Cuando te vas, no le vas a encontrar en su puesto de trabajo. Le encontrarás que está ahí arriba. Para llamarle ya no está, ya está en otro sitio, como el caso que pasó con mi sobrinita. Le subió la fiebre, fui al hospital, me dicen “vete ahí” no encuentro a nadie, me dicen que sube ahí arriba, no encuentro a nadie, me dicen que tengo que estar aquí, nadie me viene a atender.[...] Más vale cogí a la niña, le llevé a la clínica La Salud. Allí la atendieron. Al instante cuando llevé a la niña. Le atendieron, le hicieron todo. Tuve suerte de tener un dinero. De esperarme al Hospital General, podía fallecerme en las manos, porque la niña estaba muy enferma.” (Flora, fang, 32 años, 4 hijos)

Detrás de la ventanilla, la funcionaria de turno desapareció a las once. Volverá más de media hora más tarde. Enfrente, algunos de pie y otros sentados, enfermos y acompañantes esperan cuaderno¹⁴¹ en mano. Amén de su instinto comercial, la funcionaria trae consigo un fajo de cuadernos en su bolso, por si acaso algún enfermo no tuviese el suyo. Son 200 francos. (Diario de campo, 6/10/2011)

Los abandonos antes de haber recibido cualquier orientación terapéutica parecen frecuentes. Si bien no hay un registro de las consultas pagadas no atendidas, las pruebas analíticas aportan indicios reveladores al respecto. Según el director del laboratorio del hospital, más del 15% de los pacientes atendidos en consulta externa no vienen a buscar los resultados. Es decir que tras haber pagado la consulta y las pruebas analíticas, casi una sexta parte de los que acuden, descartan el recurso hospitalario, haciendo vanos los gastos ya desembolsados.

¹⁴¹ En el cuaderno, de tipo escolar y sin formato específico, deberían figurar los antecedentes médicos. En él, se anota la sintomatología, el tipo de consulta, la prescripción médica etc. Acompaña al enfermo a lo largo de todo su recorrido en las estructuras públicas de salud. Como detallamos en el capítulo 4, no cumple las funciones del historial médico. Se asemeja más bien a una herramienta burocrática para la gestión de los enfermos en el seno de los centros sanitarios.

Los tiempos de espera, el sentimiento de desorientación y las interacciones abruptas con el personal son los argumentos esgrimidos más frecuentes para dar cuenta de las reticencias en contemplar sistemáticamente el Hospital General entre las primeras alternativas de atención. Estos elementos se erigen como filtros sucesivos que ponen a prueba el acceso a los cuidados. Descartan los usuarios menos tenaces o más impacientes, incluso antes de haber iniciado el proceso terapéutico. Las deserciones, ponen de manifiesto la ausencia de un itinerario en el que el paciente perciba que las etapas están pautadas, y el recorrido asegurado.

2. Discontinuidades permanentes en la cadena terapéutica

a. El ingreso: una carrera de fondo

Adela y Juan, una joven pareja de 18 y 20 años respectivamente, acuden al servicio de urgencias del Hospital General un jueves por la noche. Entre sus brazos, visiblemente muy débil, su hijo de un año y medio. Son las 23h30, y menos el médico de guardia, las estancias están vacías. La consulta dura apenas tres minutos. La médica, no procede a la auscultación. Les hace varias preguntas, tomando apuntes, y sin apenas levantar la cabeza. Distante, multiplica las miradas y comentarios reprobadores. Los jóvenes, los ojos clavados en el suelo, ofrecen escuetas respuestas monosilábicas ante la irritación creciente de la facultativa. Tras formular la receta, ordena el ingreso inmediato del niño.

La facultativa me explicaría más tarde que a la vista de los síntomas (fiebres altas, vómitos, diarrea, ictericia, ojos hundidos,) el niño llevaba varios días enfermo, y que los padres tendrían que haber acudido mucho antes a una instancia de salud. “A muchas madres –sentencia- no les importa la salud de sus hijos”.

Adela y Juan sin embargo, sí habían tomado algunas disposiciones antes de llegar al hospital. Acudieron con su hijo algunos días antes, a una farmacia en los alrededores de su domicilio. Siguiendo las recomendaciones de la dependienta, compraron paracetamol. Ante el progresivo empeoramiento del niño, acudieron cinco días más tarde a una *ngengan* del vecindario que les recomendó acudir de inmediato al hospital, facilitándoles para ello algo de dinero.

La pareja vive con la madre de Adela, que en el momento de los hechos se encuentra de viaje en Malabo. La familia de Juan vive “en el pueblo”. Están por lo tanto solos cuando el hijo de la pareja enferma. Ambos sin trabajo, su conducta no solo ha sido condicionada por la falta de recursos; tampoco por la indiferencia como señala la médica. Inexpertos en su reciente paternidad, Adela y Juan no disponen a su alrededor de personas capaces de orientarles, asesorarles, y facilitarles elementos de juicio para valorar el estado de

gravedad de su hijo. La desestructuración familiar derivada de las migraciones de los jóvenes a la ciudad, y el desmenuzamiento del tejido social inherente a las propias dinámicas urbanas, ha mermando los mecanismos de apoyo ligados al parentesco. Son generalmente claves en la gestión de la enfermedad y en la supervisión de la crianza de los niños; dan pie a la movilización de recursos materiales y económicos, y a la orientación hacia una estrategia terapéutica definida en base a la capitalización de experiencias y saberes¹⁴². Adela y Juan, en el momento relatado, carecen de estos soportes imprescindibles.

Tras la consulta tardía en el hospital, los jóvenes se dirigen hacia la farmacia del centro, donde a falta de medios, solo adquieren una parte de los medicamentos recetados, cuyo monto total asciende a 26.000 F cfa. Seguidamente se encaminan hacia el pabellón de pediatría, donde una enfermera les indica la cama que les corresponde y procederá unos minutos más tarde, a la inyección de los fármacos adquiridos. La mañana siguiente, Adela y Juan aún no han conseguido reunir la totalidad de los fármacos, a lo que ahora se suma el pago de la noche de ingreso (1.500 F cfa). Adela dedica toda la mañana del viernes a la búsqueda de dinero para los gastos hospitalarios. A medio día, un tío suyo con el que mantiene escasa relación accede a dejarle 20.000 F cfa, con los que podrá afrontar la totalidad del tratamiento y gastos hospitalarios del día. El lunes, una enfermera me informará que Juan y Adela se han “fugado” en la noche del sábado. Es el término generalmente utilizado para designar el abandono del hospital sin haber saldado todos los gastos de estancia pendientes de pago.

Antes de la llegada al Hospital General, el itinerario de Adela y Juan ha sido marcado por la ausencia de personas cercanas, amigos o familiares que pudiesen asumir o supervisar la gestión del proceso enfermizo de su hijo. Para paliar dicha ausencia, han acudido en su vecindario a personas que asocian con la terapéutica y cuya consulta no implicaba un compromiso económico que no pudiesen asumir. Orientados estratégicamente y alentados económicamente por la *ngengan*, su llegada al hospital no implica el alivio esperado, sino la formulación del problema en términos esencialmente económicos, planteamiento que hasta el momento habían tratado de evitar.

El hijo de la pareja pasa casi un día de ingreso en el hospital sin haber iniciado el tratamiento en su totalidad, por lo que al tiempo tardío de llegada a la estructura, se suma el tiempo invertido en la búsqueda de recursos. Para hacer frente a las exigencias del hospital, Adela y Juan se ven obligados a

¹⁴² Según la encuesta demográfica (EDSGE-I) llevada a cabo en 2011 en 5.000 hogares, el índice de mortalidad infantil sería más elevado entre los niños primerizos que entre los que se sitúan entre la segunda y la tercera posición en el orden de nacimiento (124 por mil contra 112). Más allá de la problemática asociada a los embarazos precoces, también manifiesta la relevancia de la experiencia de la madre. Cabe lamentar que la encuesta no haya interrogado las vinculaciones entre la mortalidad infantil y la composición de los hogares.

movilizar redes sociales extensas, con las que no mantienen contactos asiduos, y que no han solicitado con anterioridad precisamente por no estar sujetas a mecanismos de solidaridad sistemáticos. Gracias a ello lograrán resistir dos días el ritmo de gasto infligido por el hospital. El abandono repentino de la pareja es probablemente alentado por la remisión visible de los síntomas, aunque sea legítimo pensar que la insolvencia de la pareja haya sido un determinante clave.

Cada día de ingreso en la estructura se convierte para los que menos tienen, como Adela y Juan, en una nueva e improvisada recaudación de fondos, una carrera contra reloj, que cada uno, en función de los apoyos sociales de los que dispone, sortea con más o menos fortuna. Como en el caso relatado, las fugas del hospital por no poder hacer frente a los gastos de tratamiento y estancia son frecuentes.

b. La beneficencia: un espejismo

Según la legislación nacional, existe una ley de beneficencia orientada precisamente a prodigar atención médico-farmacéutica a los sectores sociales más desprotegidos, y paliar las dificultades ligadas a la falta de recursos en el acceso a los servicios sanitarios. Regulada por el decreto 51 /1983 del 21 Mayo, estipula la posibilidad para ciertas franjas de la población de beneficiarse de la gratuidad de asistencia médico-farmacéutica en todos los centros sanitarios públicos del país.

En la práctica, la adjudicación del régimen de beneficencia queda en manos de la dirección de los centros sanitarios de la red pública, y de las posibilidades que ofrece la autogestión de los mismos. Los centros públicos como el Hospital General pueden en principio facturar al gobierno los gastos derivados de la exención de gastos de ciertas categorías de pacientes (personas mayores, o con discapacidad, familias numerosas, sin ingresos o con ingresos mínimos). No obstante, los escasos medios de los que disponen los hospitales, y la ausencia de garantías en cuanto al reembolso desde el nivel central, participan de la práctica inexistencia de la beneficencia. Es más frecuente en los centros confesionales, que disponen de mayores recursos en relación con la labor que desempeñan, y de mayor control sobre sus finanzas.

Los casos de exención del pago de la estancia hospitalaria recogidos durante el trabajo de campo, conciernen exclusivamente pacientes mayores de 70 años, y aquellos fallecidos en el transcurso de su ingreso hospitalario. El tratamiento farmacológico no quedaba contemplado ya que la farmacia del hospital no dispone de un stock de medicamentos para la beneficencia.

Los pacientes con problemas para afrontar los gastos hospitalarios no son informados acerca de las posibilidades de exenciones de pago. Es por lo tanto

lógico que tal y como señalan los jefes de servicio, su petición sea muy poco frecuente. “¿Pero aquí en este hospital hay un régimen de beneficencia?” preguntaba extrañada una entrevistada. Por otra parte, solo el director del hospital está habilitado para concederla, supeditándola no tan solo a su consentimiento, sino también a su presencia y disponibilidad en las dependencias hospitalarias. El mismo, nos ha manifestado su reticencia en otorgar exenciones de pago, en la medida en la que el propio personal sanitario suele “presentar siempre a su hermanito para la beneficencia”.

La mayor parte de los mecanismos de atención de los servicios pertenecientes a la red pública de salud, suponen un gasto para el usuario. Cada etapa en el proceso, ya sea la consulta, los análisis, la compra de fármacos, o la estancia, tiene un coste que puede llegar a constituir mecanismos de exclusión para los más desprovistos. En cualquier parte del itinerario, el enfermo, a falta de medios, puede abandonar el recorrido.

c. El cese “voluntario” de los cuidados hospitalarios

En los servicios regulares de pediatría y medicina interna, los ingresos nunca suelen durar más de dos semanas. La media es de 5 días en el primero, y apenas inferior en el segundo. Según el responsable del servicio de medicina interna, el alta voluntaria intervendría en el 90% de los casos. Los casos de fuga oscilarían entre el 5% y el 10%. La finalización del tratamiento hospitalario con el respaldo del cuerpo médico acontece por lo tanto en proporciones irrisorias¹⁴³.

Si los enfermos y su entorno se han sometido voluntariamente a la gestión de la enfermedad implementada por la institución, cabe preguntarse acerca de los motivos que llevan a algunos a abandonar las dependencias hospitalarias. Las familias más desprovistas son en toda lógica las más expuestas al cese anticipado del tratamiento. El ritmo del gasto infligido por el ingreso hospitalario predispone al abandono del tratamiento en cuanto se observa la remisión de los síntomas. Pero otros factores pueden motivar la conclusión repentina de la terapéutica hospitalaria. El sentimiento de estar sujeto a la negligencia, al descuido, o incluso a errores clínicos, compone uno de los motivos más frecuentes de abandono de las instancias hospitalarias:

1º/ Rosario (Rosario, fang, 45 años, 10 hijos), constata la inflamación del oído de su hijo, de cinco años. Al pensar que se trata de una otitis, lo lleva al hospital un sábado. El otorrino, (cubano) no está, solo está en urgencia el martes y el jueves. Le indican que tiene que volver el martes, sin aplicarle ningún

¹⁴³ En el servicio de pediatría no se me han facilitado los datos.

tratamiento de urgencia. A la vuelta, el martes, el grado de infección está muy avanzado, y hay mucho pus. Le amputan un trozo de oreja, e ingresan al niño. Rosario ve como la infección sigue progresando, y piensa que las enfermeras tendrían que proceder a una cura diaria. Tras comunicárselo a las mismas y considerando que siguen sin llevar a cabo los cuidados necesarios, se decide a abandonar el hospital. Acude entonces al hospital la Paz, una estructura privada, en la que tras haber pagado la consulta no podrá hacer frente al pago de las pruebas que se le requiere por lo que también abandonará el recurso.

2º/ Gerónimo (fang, 45 años, 5 hijos) lleva 8 días ingresado en el servicio de medicina interna. Tiene neumonía y aún está débil. El día que lo visito, está discutiendo vehementemente con una enfermera que trata de ponerle el suero: “El doctor ha dicho que era nolotil. Eso no es nolotil. Esto está prohibido. Primeramente, tu mira que medicamento tú inyectas”. Me explicará más tarde: “Tu gastando tu dinero para que tu puede estar bien ¿no? Pero ese dinero te lo gastas inútilmente. Yo no puedo comprar medicina que no es competente a mi enfermedad. Y el que me ha cogido el dinero, no devuelve. Tengo problemas de respiración. Desde el día trece hasta hoy día, [...] solo anoche he empezado a respirar normalmente”. Al día siguiente, él y su mujer que le acompañaba ya no están en las instancias del hospital.

La posibilidad de poder emanciparse de una atención considerada necesaria pero no exenta de peligro, es probablemente alentada por la percepción de mejora en el caso de Gerónimo. Si bien los gastos infligidos por la carrera hospitalaria constituyen un elemento de exclusión de las franjas más vulnerables, otros elementos también propician el abandono definitivo del centro. La percepción de negligencia y falta de atención por parte del personal sanitario, alientan la lectura del espacio hospitalario como un entorno hostil e incluso peligroso.

En otras circunstancias, la persistencia o empeoramiento de los síntomas también alienta el déficit de confianza respecto a la institución y orienta hacia la búsqueda de nuevas alternativas. En algunos casos, las limitaciones económicas, que no permiten la adquisición de la totalidad de los fármacos recetados, explican la falta de una mejoría palpable. En otros, la falta de comunicación entre el personal sanitario y el enfermo y/o su entorno también originan el desencuentro. Raras veces se informa al paciente sobre los efectos esperados del tratamiento, efectos secundarios y tiempo estimado para la remisión de la sintomatología. La permanencia o empeoramiento de los síntomas tras el inicio del tratamiento hospitalario, puede, en ocasiones, dar pie a la reactivación de concepciones antiguas de la enfermedad ligadas al mundo invisible, y condicionar en consecuencia la búsqueda de nuevas

respuestas terapéuticas. Se abordará con más detenimiento esta vertiente de los itinerarios en la tercera parte.

d. La búsqueda de los medicamentos: un recorrido improvisado

Los escenarios referidos más arriba dan cuenta de las situaciones que culminan con el abandono del hospital sin tan siquiera haber completado el tratamiento preconizado por la institución. Abordamos a continuación otras variables que dificultan la carrera del enfermo en la estructura, y entorpecen o retrasan su adecuado cuidado. A diferencia de las anteriores, no siempre orientan hacia la puerta de salida. No obstante, frenan la puesta en marcha de mecanismos de atención sanitaria eficientes, y requieren de la iniciativa de los usuarios, para amortiguar las deficiencias experimentadas.

En octubre 2011 un niño de tres años acaba de ser ingresado en el servicio de pediatría del hospital. Marisol, su madre, visiblemente preocupada, aún no ha logrado conseguir el suero recetado por los médicos para la perfusión de su hijo. En la farmacia del hospital, el producto está agotado. Otras madres, compañeras de fortuna que también custodian sus hijos ingresados en el servicio, le aconsejan visitar el centro de salud de María Gay situado a 200 metros del hospital. Desafortunadamente, en el centro de salud regido por las monjas españolas solo acceden a venderle el producto sin el agua esterilizada requerida para su administración. A su regreso, Marisol acude de nuevo a las madres presentes en la sala donde permanece ingresado su hijo, por si alguna, “aún no ha mezclado su suero para que [le] dé un poco”. Desgraciadamente, ninguna de las presentes se encuentra en situación de poder socorrerla. Una enfermera le recomienda entonces acudir a una de las farmacias del centro de la ciudad. Marisol manifiesta abiertamente su reticencia; sabe que se trata de uno de los proveedores de medicamentos más caros de la ciudad. A falta de otras alternativas, y tras dejar el niño bajo la custodia de su abuela, Marisol sale de nuevo en dirección al lugar indicado. A mi salida del hospital tres horas más tarde, aún no ha regresado.

Detengámonos brevemente en este itinerario. A causa de los frecuentes problemas de abastecimiento, Marisol no logra encontrar en la farmacia del hospital los suministros farmacológicos estipulados en la receta médica generada desde la propia institución. Manifestando su situación en la sala donde permanece ingresado su hijo, será orientada por otras madres hacia el centro de salud más cercano. La tentativa también se revela en parte infructuosa, ya que solo logra una parte del producto. De vuelta, solicita de nuevo la ayuda de las madres, pero sin éxito. La siguiente recomendación emana entonces del cuerpo sanitario; una enfermera le aconseja acudir a una de las farmacias mejor aprovisionadas de la ciudad. La alternativa sin embargo, no solo carece de garantía en cuanto a la disponibilidad del

producto, sino que pone a prueba la solvencia económica de Marisol. Cuatro acciones han sido emprendidas para la obtención del producto farmacéutico, de las cuales solo la primera, la farmacia del hospital, se inscribe en el recorrido oficial de la institución.

La receta médica, materialización del diagnóstico y orientación terapéutica inherente a la consulta hospitalaria, conlleva el planteamiento de nuevos problemas a los que el enfermo y su entorno deberán enfrentarse, a menudo sin el respaldo de la institución. El acceso a los cuidados implica no solo la capacidad de reunir los recursos económicos suficientes, sino también, como en el caso relatado, la iniciativa de los usuarios para paliar los problemas de abastecimiento en medicamentos.

e. Carencias institucionales, respuestas informales

Cada entidad sanitaria pauta el recorrido de los enfermos en su seno. La cadena terapéutica hospitalaria se compone de las etapas que participan de la gestión y administración de los enfermos para su acompañamiento y cuidado. La organización, planificación e imbricación de las etapas formales por las que pasa el paciente en una entidad sanitaria, están encaminadas a facilitar la orientación y gestión de los enfermos, y sistematizar el acceso a los cuidados.

En la cadena terapéutica ideal, el cuerpo médico y paramédico orienta, suministra y facilita herramientas e información al paciente y su entorno para que puedan emprender con seguridad el camino terapéutico diseñado desde la institución. En el caso de Marisol, el personal sanitario no está en disposición de asumir este papel. De hecho, las orientaciones de la enfermera y de las madres se juegan en el mismo plano: son de carácter informal, y de ningún modo resolutivas. El recorrido teórico se ve marcado en la práctica por discontinuidades recurrentes¹⁴⁴ que requieren de la iniciativa y desenvoltura de los usuarios.

Someterse a la terapéutica implementada por el centro hospitalario no es un procedimiento pasivo, sustentado en la delegación del acto terapéutico desde el diagnóstico hasta el tratamiento. Es un proceso activo, que exige al paciente y a sus acompañantes estar en disposición de aguantar, sortear y solventar las permanentes discontinuidades en la cadena terapéutica. Supone una implicación de la que muchos salen exhaustos.

Los familiares pueden incluso llegar a asumir las labores más insospechadas. El caso siguiente fue observado en el servicio de urgencias del hospital ya

¹⁴⁴ Los trabajos pioneros de Hours en los ochenta en Camerún, ya aludían a rupturas constantes en la "cadena terapéutica ideal" (Hours, 1985:147). Jaffré y Olivier de Sardan mencionaban por su parte, itinerarios "*non securisés*" en el seno de las estructuras hospitalarias africanas (2003).

entrada la noche. Tres mujeres de mediana edad penetran lentamente en la sala de guardia. La enferma, los ojos cerrados, avanza con dificultad, los brazos apoyados en los hombros de sus dos acompañantes. La extienden cuidadosamente en el único banco situado ante la consulta de medicina interna. Tras la consulta, a la que no asisto, se inicia en la misma sala de espera, un violento altercado entre los acompañantes de la enferma y la médica. La médica, que ha ordenado el ingreso de la enferma, alega que el transporte del paciente no hace parte de sus atribuciones y que la ausencia (inexplicada) del camillero, no es responsabilidad suya. Sus interlocutoras, visiblemente indignadas, le exigen que vaya en busca del ausente, o en su caso de la camilla. Para eludir el conflicto, la médica abandona unos minutos la consulta, ante la cual permanecen aún dos pacientes esperando su turno, visiblemente indiferentes a la escena. Son finalmente los propios acompañantes de la enferma, quienes, de nuevo a hombros, la transportarán hasta el pabellón de medicina interna.

En otro caso, también observado de noche en la sala de guardia, una joven pareja acude con su hijo de dos años a la consulta de pediatría. El niño, que no lleva pañales, defeca abundantemente en el transcurso de la consulta, esparciendo las heces descompuestas por el suelo. La facultativa, visiblemente exasperada, señala sin mediar palabras una fregona en la esquina de la sala. La madre obedece de inmediato.

Los imprevistos y carencias del hospital pueden abarcar todas las vertientes de la estancia del enfermo. En los casos relatados, el propio transporte del enfermo de una dependencia a otra del hospital, o la limpieza de la consulta, pueden llegar a depender del entorno familiar del paciente. En ambos casos, el entorno familiar accede a desempeñar tareas que en principio no les corresponden, sino que incumben al personal paramédico o al de mantenimiento. Asimismo aceptan a menudo el trato vejatorio, de cara a incrementar las posibilidades de acceso a los cuidados.

Estos casos, si bien extremos, no dejan de ser significativos en cuanto a las dificultades sorteadas por los usuarios en el espacio hospitalario. Tal y como ya señalaba Hours en 1985, el entorno familiar es de vital importancia para asegurar el itinerario del enfermo en las estructuras sanitarias (Hours, 1985:82). Prospectores de fondos y de suministros farmacológicos, los familiares son también y sobre todo los garantes de las necesidades básicas del enfermo. Proveedores de ropa, responsables de la higiene personal del enfermo, facilitadores de sábanas, almohadas y telas mosquiteras (de las que no dispone ninguna cama del hospital,) a veces de ventiladores, aseguran asimismo la comida del enfermo (no existe servicio de cocina,) e incluso el abastecimiento de agua que puede llegar a ser problemático. Así lo manifiesta la aparición espontánea ante cualquier indicio de lluvia, de palanganas y cacerolas para almacenar el agua, bajo las goteras de todas las dependencias del hospital. Los bidones de agua depositados en los baños, insuficientes para abastecer enfermos y familiares, despiertan la indignación de algunas madres:

“Si entras en un baño, no hay agua. Tenemos que ir buscando agua en todos los baños. Si no tienes dinero el niño no se puede bañarse con el agua que está dentro de esos bidones que dejan ahí. Tienes que comprar agua mineral para poder echar un poco de agua en el cuerpo del niño.” (Estela, fang, 34 años, 4 hijos)

El hospital carece de las disposiciones necesarias para la comodidad de los cuerpos y el bienestar de las personas. La enfermedad se erige en la única dimensión de la persona merecedora de atención. El padecimiento, justificación última de la institución, eclipsa las demás vertientes del cuidado del enfermo, que recaen ineludiblemente en los acompañantes.

El papel del entorno del enfermo en el cuidado del mismo, conlleva la transformación de ciertas zonas de tránsito del hospital, especialmente cuando anochece, en espacios con connotaciones domésticas en los que se lleva a cabo el lavado de ropa, el almuerzo, o el aseo personal. Es frecuente advertir, ya entrada la noche, las sombras de las mujeres, principales acompañantes y cuidadoras, aseándose en los espacios más oscuros del recinto del hospital.

3. “Guineología”: figuras institucionales, guías informales

El sustantivo “*guineología*” es de uso cotidiano en el país. Alude a la habilidad para solventar trámites e impedimentos, especialmente de carácter administrativo pero no solo, por vías extraoficiales. Se trata de artimañas para salir adelante, y que según el escritor Maximiliano Nkogo, integran “el nuevo costumbrismo nacional”. Las lógicas de la *guineología* tratan de paliar un conjunto sistémico de disfuncionamientos, contornando los dispositivos oficiales, generalmente plagados de trabas. La existencia del término y su plena integración al vocablo diario pone de manifiesto el arraigo e importancia de estos mecanismos para desenvolverse en el contexto guineano. El término refleja las lógicas que llevan a desposeer al ciudadano de los mecanismos formales de gestión y resolución de los asuntos diarios, y la necesidad de generar soluciones informales. La *guineología*, experiencias cotidianas aisladas que derivan en estrategias, en un *modus operandi*, son saberes transferibles a otros contextos, aplicables a problemas similares aunque siempre distintos. En el Hospital también impera la *guineología*.

A falta de respuestas oficiales claras y resolutivas por parte de la institución, numerosas situaciones apelan a la iniciativa y creatividad de los agentes sociales, para soslayar las deficiencias encontradas y estar en posición de acceder a los cuidados preconizados por la estructura. La producción de estas estrategias de carácter informal, personales y colectivas, se apoyan en solidaridades familiares, en aquellas que se generan entre pacientes, o incluso en base a relaciones extra-oficiales con el propio cuerpo sanitario.

Es sobre este último aspecto sobre el que nos detendremos a continuación. El itinerario en el Hospital General, está condicionado por el conocimiento del lugar, así como por la capacidad relacional del usuario (Souley, 2003:124). El personal médico y paramédico integra plenamente las estrategias informales elaboradas por los usuarios para facilitar su recorrido por la institución. Intervienen, cuando lo hacen, en dos aspectos claves del itinerario: están en disposición de facilitar el suministro farmacológico, y pueden agilizar el acceso a los cuidados.

a. “Asistente y vendedor a la vez”

Existe en Guinea Ecuatorial una lista aprobada de medicamentos esenciales. Asimismo, la Central de Medicamentos de Guinea Ecuatorial (CENTRAMED), es el órgano oficialmente designado para garantizar a la población ecuatoguineana el abasteciendo continuo de medicamentos y material sanitario a precios asequibles. CENTRAMED no depende del ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS), sino directamente de la Presidencia de la República de Guinea Ecuatorial. El oscurantismo de su gestión, y las denuncias de corrupción que acompañan su funcionamiento han sido recogidos por algunos de los responsables del MINSABS entrevistados. El propio gobierno guineano reconocía el 29 de noviembre de 2014 en su página oficial (Ayecaba Ndong, 2014), “los problemas que impiden a los hospitales de todo el ámbito nacional la compra de medicamentos en la Central de Medicamentos de Guinea Ecuatorial”.

A falta de una estructura organizada y centralizada del sistema de abastecimiento, recepción, almacenamiento y distribución de los medicamentos, los centros públicos operan bajo la urgencia, aprovisionándose según necesidades puntuales y la disponibilidad de los medios financieros. La ausencia de contratos de provisión de medicamentos con empresas o laboratorios farmacéuticos fiables para el suministro de los mismos, conlleva la permanencia de problemas de abastecimiento y frecuentes rupturas de stock en los principales centros públicos de atención sanitaria. Un responsable del hospital comentaba al respecto:

“El problema radica en encontrar proveedores que no nos fallen y a los que no fallemos. Y para eso, supone que haya un control económico serio. No lo tenemos”

La recurrente indisponibilidad en la farmacia del hospital de los suministros farmacológicos recetados, conlleva la búsqueda de otras alternativas de compra. El mercado del medicamento guineano es extenso y heterogéneo. Abarca puntos de venta formales (centros de salud, farmacias reconocidas,) e informales (vendedores ambulantes, puestos de venta en los mercados, dispensarios chinos etc.,) que no están sujetos a los debidos controles de

calidad y a las condiciones requeridas para el transporte y almacenaje de los fármacos.

Existen no obstante alternativas de compra, officiosas pero concurridas, en el propio recinto hospitalario. Parte del personal sanitario, especialmente las enfermeras, procede a la venta directa de medicamentos a los pacientes. Es una característica inherente al funcionamiento del centro, y una práctica conocida tanto por los usuarios como por los gestores del centro.

“En el Hospital General, te dan receta vas en la farmacia no hay; vas a ver a una enfermera y dice –no, yo lo tengo aquí. Dame tanto te lo voy a vender. Así vivimos.” (Marcelina, ndowé, 38 años, 10 hijos)

Desviados del circuito hospitalario, o adquiridos en circuitos paralelos, los fármacos vendidos según esta modalidad carecen de las garantías acerca de la calidad del producto y/o adecuadas condiciones de almacenaje. El comercio informal de medicamentos por el propio personal no solo se lleva a cabo en momentos de escasez en la farmacia. Se erige en un sistema paralelo que compite abiertamente con el mercado oficial; mina ineludiblemente la ya maltrecha economía de la institución desbaratando posibles alternativas de recuperación de costes para la institución.

Alicia que conoce bien el hospital, por haber estado ingresada dos veces, y porque su hermana mayor ha trabajado en el mismo antes de irse a Marruecos, explica con detalle el procedimiento:

“Compramos así soportando...Es lo que puedo hacer; comprar los medicamentos con las enfermeras. Si. Porque son ellas que rebajan un poco los precios que la farmacia. Pero no sé si hay otra diferencia en cuanto a la fabricación. Solo veo los medicamentos... en eso de elevar los precios, los demás rebajándolos. No sé él porqué. Yo suelo comprar donde están a menos precio, porque tampoco no tengo dinero; soy estudiante.[...]lo que compramos aquí a 2.000, lo venden ahí a 3.000. ¿Y que vamos a hacer? Cuando sales de casa, al llegar aquí, sabes que una enfermera puede tener medicamentos. Es ella quién te dice “oye, no haría falta irse más lejos a la farmacia. Yo mismo subo eso que necesitas aquí”. ¿Y yo que voy a hacer? La receta que me volverán a entregar, así sucesivamente le estaré preguntando si queda más comprimidos.” (Alicia, 24 años, fang, 1 hijo)

La alternativa de compra se presenta a los pacientes como “un servicio”, “una ayuda”, para facilitarles los trámites sanitarios. Como muestra el testimonio de Alicia, si bien permanece la suspicacia en cuanto a la fabricación de los

productos, y la evidencia del carácter mercantil y lucrativo del negocio para sus promotores, los precios constituyen un aliciente decisivo.

Tanto la dirección del hospital, como los jefes de los servicios reconocen al mismo tiempo que lamentan la frecuencia de la venta informal de medicamentos en las estancias del hospital. Se escudan ante la escasez de mecanismos a su disposición para restringir una práctica normalizada y controlar las actuaciones del personal asignado al cuidado de los enfermos. Así lo manifestaba el jefe del servicio de medicina interna:

“Esto crea tensión con los pacientes; uno no puede ser vendedor y estar a la asistencia, y cuando no estás, muchas enfermeras lo hacen”.

Matizaría sin embargo:

“Solía prohibir la venta de medicamentos por parte del personal sanitario, cuando no está disponible en la farmacia. Pero cuando tienes un enfermo a punto de morir y la única persona que dispone de ese medicamento es esa enfermera, tienes que llamarla. Si no hay un producto... yo no puedo dejar morir sabiendo que la enfermera tiene eso ahí...ahora dejo...”

Frente a la indisponibilidad recurrente de productos farmacológicos en los circuitos normalizados del hospital, el médico entrevistado prefiere inclinarse por la tolerancia silenciosa del comercio informal de medicamentos en el servicio que dirige¹⁴⁵.

b. La búsqueda de proximidad social

Para eludir los largos tiempos de espera y paliar la ausencia de protocolos fiables, una de las claves más extendidas de la que se sufre o beneficia, según el contexto, radica en disponer de un conocido en la instancia en la que se solicita el servicio. Este recurso, destinado a facilitar la interacción con el personal sanitario, permite introducir “proximidad social” (Jaffré; 1999:6), y aspirar por lo tanto a mayor calidad y celeridad en la atención. Según la posición del enlace en la jerarquía hospitalaria, y el grado de relación que mantenga con el paciente, puede agilizar el acceso a la consulta, a las pruebas, eludiendo tiempos de espera, incluso a veces el pago. También propicia por parte de sus compañeros, mayor implicación en la atención y respeto en el trato.

¹⁴⁵ Cabe señalar que algunas enfermeras entrevistadas han insinuado la connivencia de algunos de los responsables.

Estas prácticas constituyen para muchos guineanos uno de los rasgos característicos de la institución.

“El día que fui a hacer análisis allí, de la hernia. Mi hijo tenía hernia. Llegué allí, y había gentes que venían después detrás de mí. Como ellos conocían a la gente ahí delante atendían a ellos. Primero se atendía a los que venían detrás de mí porque tenían parientes. Y yo estuve allí todo el santo día esperando hasta las dos de la tarde. Quizás ellos tenían su razón, porque lo hacían” (Ignacia, fang, 22, dos hijos)

“Si no tienes una tía que trabaja allí, un primo un amigo, difícil para que te atiendan.” (Fulgencio, fang, 45 años, 4 hijos).

“Hay mucha corrupción ahí. Puedes tener dinero pero mientras que no tienes a nadie delante, estas ahí estancada y no... no hay atendimento normal”. (Matutina, fang, 25 años, 1 hijo)

Generalmente denunciado por aquellos que se ven perjudicados, el trato preferencial del conocido goza no obstante de una profunda legitimidad social.

Prácticas similares han sido observadas en numerosos contextos africanos¹⁴⁶. Los diferentes mecanismos para generar proximidad social han sido detenidamente descritos por Jaffré y Olivier de Sardan en África del Oeste (2003: 57-60). Los autores detallan diferentes maniobras a través de las cuales los usuarios tratan de activar relaciones personales con el cuerpo sanitario, de cara a optimizar la atención recibida. También están al uso en el contexto que describimos.

Disponer de un conocido entre el personal que pueda facilitar y agilizar el recorrido por la institución es sin lugar a duda el más extendido. Acompañé por ejemplo un paciente con una brecha ciliar. Se detuvo ante el servicio de urgencia para llamar por teléfono a una vecina suya, enfermera en el hospital, “para que [le] traten un poco bien”. Otra paciente embarazada, prefirió acudir al hospital privado La Paz a pesar del coste que ello suponía para su economía familiar, cuando comprobó que su médico habitual no se encontraba en el Hospital General. La disposición de un conocido que permita reducir la incertidumbre que pesa sobre el recorrido del anónimo, puede llegar a determinar la elección de un recurso u otro.

La segunda modalidad destacada por Jaffré y Olivier de Sardan consiste en manifestar su estatus, hacerse conocer o reconocer. La vestimenta, la notoriedad, son elementos que invitan a un trato preferencial. Así, mientras me encontraba en el despacho del director del centro, un cantante conocido

¹⁴⁶ Véase por ejemplo los trabajos de Hours (1985:58,59) Diakité Birama, Diarra y Traoré (1993:158), Moussa (2003) y Jaffré y Olivier de Sardan (2003: 57-60), Monteillet (2005, 115).

en el país, vino personalmente a comunicarle que su mujer acababa de ser ingresada para el parto. La visita, más que de cortesía, aseguraba la atención desde las más altas instancias del hospital sobre el cuidado de su conyugue. Yo mismo hace varios años, fui invitado a ser atendido con celeridad, sin tener que esperar el turno que me correspondía. Reconocido por uno de los facultativos, el desempeño de un puesto en el centro cultural español, ícono de la presencia expatriada en el país, me otorgaba una situación privilegiada para el acceso a los cuidados.

A falta de un contacto, o de las señas de prestigio, el tercer mecanismo relevado por los autores, radica en tratar de construir una relación con el personal sanitario, mediante saludos diligentes y afanosos, o halagos. Relaciones a broma, o expresiones menos formales, como “ahí está mi médico”, “mi hermana”, “socia” (en relación a las enfermeras), también se enmarcan en esta categoría.

Estas estrategias diseñadas por los actores pretenden propiciar cercanía con los dispensadores de cuidados, reinsertar humanidad en las relaciones para beneficiar de mayor atención, de un trato adecuado o preferencial, y de un itinerario más seguro dentro de la estructura. El personal sanitario participa de la reproducción de las estrategias elaboradas por los usuarios, estrategias que si bien no pertenecen al recorrido formal, si están extendidas y sistematizadas.

En un contexto en el que el Estado, en principio garante de una reglamentación estable para todos, no puede asegurar mecanismos de protección social a los ciudadanos, éstos no pueden sino recurrir a otros mecanismos de protección, derivados de su participación directa en comunidades (la familia, el vecindario, el trabajo, el pueblo, la etnia) que constituyen como señalaba Jaffré (2006), mecanismos de “protección de proximidad”. Las relaciones de confianza, la búsqueda de cercanía social es la clave de aproximación a las instituciones públicas. No obstante, según las redes sociales y capacidades relacionales de cada uno, estos mecanismos de proximidad, al mismo tiempo que permiten la integración de algunos, participan de la exclusión de muchos.

c. Distancia social

La inclusión del personal sanitario en las estrategias de los usuarios para emerger del anonimato, optar a mejor atención sanitaria y asegurar la adquisición de medicamentos, es tan corriente como necesaria. Con demasiada frecuencia el personal sanitario se erige como un obstáculo más que sortear en la cadena terapéutica. Menos en casos notorios, no es tanto la capacidad técnica del hospital la que se ve cuestionada por los usuarios, sino más bien la gestión de la institución y los aspectos relacionales con el personal

sanitario. La percepción del Hospital General se construye esencialmente sobre una relación social.

Las muestras de diligencia, disponibilidad, y escucha, no conforman la norma. Las indicaciones escuetas e imprecisas del personal hospitalario, otorgan al solicitante el sentimiento de “estar en deuda”. “Es como si les debemos algo” manifiesta una entrevistada. El endeudamiento al que deberían estar sujetos los receptores de la atención deriva del anonimato y de la ausencia por parte de una parte del personal sanitario, del sentimiento que rige las obligaciones sociales de reciprocidad generalmente al uso en otros espacios sociales. La percepción de la atención solicitada, no tanto en términos de derecho sino como una muestra de benevolencia de quién la otorga, traduce la distancia social que separa “visitantes” y “anfitriones”. Numerosos entrevistados se quejan de los modales abruptos, o del trato vejatorio e injustificado al que a veces son sometidos.

“Y esos médicos no sabemos si militares o médicos, porque dialogando con el médico siempre está ahí como si te ataca, con que... Ser sanitario tiene que ser vocación. Tiene que tener mucha paciencia, tiene que saber hablar con la gente, y aquí parece ser que todo el mundo es militar “tú tú tú”. La gente no sonrín. Un trato tan difícil....Casi no sé....” (Irene, fang, 35 años, 4 hijos)

“En el HG te gritan, no te quieren atender bien, como si no te quieren, no tienen cariño tampoco a los pacientes, por eso seguimos a los demás [otras alternativas sanitarias], porque nos tratan mejor.” (Magdalena, ndowé, 20 años, 1 hijo)

“La gente no considera los demás que somos como ellos. Porque ahora mismo había una chica ahí en la farmacia, que su hijo tiene un bebé, y su hijo...yo creo ese niño puede tener cuatro años. Estaba comiendo manguña [mango]. En vez de decir a la hermana de que -hermana cuando sales, no olvides que el niño está comiendo para que tu recojas la basura, le habló con un tono de desprecio, como alguien que es un animal.” (Pilar, fang, 26 años, 1 hijo)

“Aquí también, hay algunos que son buenos, hay otros... a veces se cierran también su habitación [sala de guardia]. Tu vas a dar más de cinco vueltas que el niño tal cosa le ocurre, hasta hacen negligencias. [...] Ser enfermero, es que tiene que venir de tu vocación, tienes que tener paciencia. Si tú no tienes paciencia, tú no puedes ser una enfermera, porque cada vez te tienes que molestar, el paciente tal cosa, no tienes que discutir, tienes que venir a atender. Pero viene a la hora que le da la gana.” (Maja, fang, 45 años, 5 hijos)

Al déficit de respeto en el trato, también se suma la falta de diligencia y atención en el cuidado. El caso de aquella joven madre de 19 años que perdió su bebé en el servicio de pediatría, es ilustrativo al respecto. El infante ingresado, empezó a convulsionar de noche, mientras la enfermera permanecía ilocalizable. Quizás la presencia de algún sanitario tampoco hubiese permitido evitar el trágico desenlace. En todo caso, las ausencias injustificadas del personal sanitario refuerza el sentimiento de abandono que en ocasiones prevalece en las dependencias hospitalarias.

Con demasiada frecuencia el cuerpo sanitario no es percibido como acompañante en el proceso terapéutico. Su presencia está exenta de una dimensión confortadora y constituye incluso a veces un obstáculo añadido que franquear, para garantizar el acceso a los cuidados. Tildados de autoritarios, cuando no de indiferentes o negligentes, los trabajadores son el blanco, a veces con razón, y otras en exceso, de todas las críticas¹⁴⁷. Su percepción, traduce una relación social entre “visitantes” y “anfitriones”, caracterizada por una extrema verticalidad, que obligaría a los primeros a “aguantar”, y otorgaría cierta legitimidad a los segundos para la desconsideración.

Las desigualdades sufridas en el cotidiano, a veces intolerables frente a la enfermedad, dan en ocasiones pie a la exasperación y al enfado. No obstante, los tiempos de espera, las vejaciones, el maltrato o los descuidos son generalmente aceptados con resignación. No sin cierta perspicacia, Magdalena los presenta como una vertiente más de la pobreza, una característica intrínseca a las relaciones de poder.

“Estamos soportando nada más. Porque todos nosotros, no podemos ser doctores. No somos todos los que tenemos la cabeza de estudiar, de llegar hasta ser alguien grande. Cada persona

¹⁴⁷ A veces percibido como providencial, muchas veces como verdugo, la imagen ambigua del sanitario recuerda la crítica emitida por Fassin (1986) a la obra de Hours (1985). Fassin señala que los trabajadores de la salud, constituyen en los discursos populares un blanco cómodo, al igual que lo son los ancianos o viudas, particularmente vulnerables, y por lo tanto más propensos a ser acusados de brujos (Fassin, 1986:500). Los profesionales de la salud son la cara visible y más expuesta de la administración estatal de la sanidad. Los paralelos entre el funcionamiento del hospital y el del país, generalmente sugeridos, (“así vivimos”, “así funciona aquí”, “tenemos que aguantar” etc.) raras veces trascienden el velo de la autocensura a la que alude Okenve: “If one complains about power shortages, Price of food, state of the roads, rubbish on the streets, one is talking politics-and that is not acceptable” (Okenve, 2009: 156). Se eluden los enunciados críticos, ya que adquieren de inmediato una dimensión política, y corren el riesgo de ser reinterpretados como un ataque directo al gobierno o al jefe del Estado. “No quiero hablar porque ya van a decir que estoy hablando política” respondía un hombre que manifestaba su disconformidad con los precios de los servicios hospitalarios. No obstante, en pocas ocasiones, alentados por la impotencia y la enfermedad, fruto de la indignación de aquellos que observan a diario el poco valor que tiene su vida en la sociedad en la que viven, algunos discursos se revelan más explícitos: “No les importa los pobres, porque ellos comen bien. Tu no les verás aquí cuando sus hijos enferman”.

está como dios lo ha puesto, con la posibilidad. Porque a veces tú tienes la vocación de atender pero no tienes posibilidad de pagar estudios para ser alguien; pues te tienes que sentar. Y cuando la gente están tratando los demás así, a veces esto daña [...] Esto es lo que mata Guinea, hay demasiada hipocresía. Aunque en tu propia familia, si hay dos hermanas, que esta, sus hijos han salido bien, y la otra, sus hijos no han podido ir fuera para estudiar, siempre hay este desprecio. No hay amor aquí” (Magdalena, bubi, 39 años, Octubre 2011).

d. Problemas de comunicación entre usuarios y “anfitriones”

El encuentro médico-paciente¹⁴⁸ no solo pone en juego representaciones diferentes sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad. También supone el encuentro de actores que ocupan posturas diferentes en la sociedad. El trato impersonal, la elusión del saludo, modalidades discursivas a menudo imperativas, (“síntese”; “abra la boca”), muestran que el poder del sanitario no radica exclusivamente en el saber que se le presupone, sino en el estatus que su posición le otorga (Fassin: 1992).

Esta verticalidad afecta la calidad de la comunicación del enfermo con el terapeuta. Frantz Fanon (1959), en el capítulo dedicado a la medicina en el contexto colonial argelino, en su *Sociología de una revolución*, comenta que cuanto más homogénea es una sociedad, menos desconfianza se genera entre el paciente y el médico. A la inversa, en una sociedad cada vez más estratificada como la guineana, la consulta es un encuentro en el que el paciente adopta un comportamiento huidizo y esquivo. Las informaciones son a menudo difusas respecto al tiempo transcurrido, o a las estrategias terapéuticas puestas en marcha con anterioridad (consumo de medicamentos, dispensarios, recursos pertenecientes al espectro “tradicional”). Los pacientes, de forma discreta pero inequívoca se extraen de esta relación de poder mediante silencios, respuestas monosilábicas o medias verdades. El disimulo no deja de ser percibidos por los sanitarios:

“Las madres no dicen, vienen de casa, nunca de la curandería; y el niño empezó con la fiebre ayer, cuando el niño ya está como desnutrido. Las madres no dicen la verdad y perjudican a sus niños. No dicen si han estado en curandería, si les han puesto lavativa...”

¹⁴⁸ Si bien no se ha asistido sistemáticamente a la consulta, se ha cuestionado los entrevistados acerca de la información recabada en el intercambio con el facultativo, con especial atención al proceso de exploración o su ausencia, la divulgación o no del diagnóstico y de las causas posibles, y explicación de la receta.

Informaciones truncadas, a veces incoherentes, para evitar la riña del facultativo, generan impotencia e irritación entre los médicos. Retroalimentan la dureza en el trato, y el desinterés por la palabra del paciente, redundando más si cabe, la distancia social. Traducen una relación sustentada en la desconfianza mutua.

La facultad de medicina del país, inaugurada en 2000, ha producido una nueva generación de médicos guineanos. Desde 2007, alimentan las estructuras sanitarias públicas del país. El itinerario académico conlleva cinco años de carrera en Guinea, y el último en Cuba¹⁴⁹. Tutelada en la docencia por la cooperación cubana, el proceso académico, centrado en la enfermedad, desatiende el entorno del enfermo. Como en otras latitudes, el aprendizaje es poco propenso a la adquisición de herramientas para la puesta en marcha de procesos de comunicación destinados a incrementar la comprensión mutua.

Los discurso de los médicos respecto a los comportamientos que rigen la búsqueda de terapia de los pacientes fuera de los parámetros biomédicos institucionales y legalizados, no persiguen la comprensión de los mismos. Generalmente orientados hacia la condena, permiten al médico situarse en el campo de la modernidad, y relegar al paciente a las tinieblas de la inopia. El dogmatismo de los médicos respecto a las alternativas de sello “tradicional” reitera la distancia social entre el paciente y el sanitario. Acentúa la percepción del paciente de pertenecer a un universo de referencias diferente, y la inutilidad de manifestarle sus dudas, expectativas, y alternativas barajadas en caso de fracaso. Esta postura dogmática inhibe la plena delegación de los cuidados. Propicia la omisión de información respecto a las sincronías o antecedentes terapéuticos, al mismo tiempo que dificulta el alcance de una información que puede resultar valiosa para el diagnóstico y el tratamiento.

Los problemas de comunicación afectan otra vertiente, tan o incluso más peligrosa. Se han cuestionado 22 pacientes a la salida de la consulta de pediatría. El 31% (7 de 22) de las madres preguntadas, no ha sido capaz de nombrar el padecimiento diagnosticado en la misma. No significa que el facultativo no lo haya comunicado. Sugiere en todo caso que el sanitario no se ha asegurado de que el paciente lo entienda.

El déficit de comunicación y la elusión frecuente de la auscultación, (minoritaria en las consultas presenciadas,) generan en el paciente la percepción de que la prescripción médica constituye el centro de la interacción

¹⁴⁹ El programa de la facultad de medicina se organiza en estrecha colaboración con la facultad de medicina cubana Ernesto Che Guevara en Pinar del Río. Al inicio del programa, un grupo de estudiantes guineanos estudiaba cinco años en Pinar del Río y el sexto bajo la supervisión de la facultad de medicina en Bata. Simultáneamente, otro grupo estudiaba cinco años en Guinea Ecuatorial y se pasaba el último año en Pinar del Río. Actualmente todos los estudiantes cursan sus estudios en Bata y completan su sexto año en Cuba.

(Monteillet, 2005:108). Estas carencias restringen la percepción del papel del facultativo a la de dispensador de fármacos, visión que como veremos más adelante, no se puede desvincular de las prácticas ligadas al uso del medicamento industrial sin el aval de un profesional.

La falta de comunicación con el paciente respecto a las causas de la enfermedad, a los posibles mecanismos de prevención, a los tiempos de remisión, incluso a veces en torno a las modalidades de administración de los medicamentos, acrecienta las distancias y sitúa al paciente como objeto. Fall comenta respecto al contexto senegalés, que todo ocurre como si las prácticas biomédicas no habrían de integrar las exigencias de la comunicación social (Fall, 2002: 217). El facultativo trata cuerpos, cuyas ideas y representación no influyen en el proceso bioquímico generado por los medicamentos. No obstante, estas ideas y representaciones son clave para la adecuada observancia del tratamiento recetado, impulsar una comprensión del padecimiento y propiciar mecanismos de prevención (Monteillet, 2005:118-119).

e. Condiciones laborales y cultura burocrática

El personal sanitario, se ve afectado a diario en su praxis profesional por los problemas de gestión y las carencias de la institución. Un pediatra puede llegar a atender más de 40 pacientes al día, un médico cerca 30, y un enfermero, puede estar a cargo de 20 camas, lamenta el director del hospital. La carga de trabajo no solo está en relación con la congestión de los servicios, sino también con las ausencias frecuentes, y en gran medida injustificadas de una parte importante del personal. Revierten en un incremento notable de la carga laboral para los que permanecen en su puesto, y tensiones comprensibles entre el propio personal sanitario¹⁵⁰.

Los médicos interrogados, pertenecientes a la nueva generación de sanitarios guineanos que desde 2007 alimentan las estructuras sanitarias públicas del país, comparten la percepción de no disponer del respaldo institucional necesario para responder con eficacia a las demandas y expectativas de los pacientes. “Hasta falta alcohol. No hay manómetro, no hay guantes, no hay material para tratar casos complicados” lamentaba un médico, quien también destaca el mal estado del equipamiento disponible o la insuficiencia de los

¹⁵⁰ A modo de ejemplo, el servicio de medicina interna cuenta en 2011, con 7 médicos nombrados, de los cuales dos llevan meses sin acudir, sin ninguna sanción por parte del ministerio. Otro es conocido por sus ausencias frecuentes. De los dos especialistas cubanos con los que cuenta generalmente el servicio, solo uno era operativo en el momento de la recogida de datos, ya que el otro había finalizado su misión en el país y se esperaba su relevo. En definitiva, de los 9 médicos en principio asignados a las dependencias de medicina interna, el jefe de servicio reconoce en la práctica salir al paso con 4 o 5 facultativos según los días.

medios diagnósticos: excepto el hospital de Mongomo por ejemplo, ninguna estructura pública del país permite obtener una simple radiografía¹⁵¹.

La falta de medios materiales y el estado vetusto de las infraestructuras, la sobrecarga laboral o los retrasos frecuentes en los pagos de las guardias, si bien dan cuenta de las difíciles condiciones en las que los profesionales de la salud desempeñan su labor, son insuficientes para justificar las negligencias y maltrato al que a veces son sometidos los pacientes.

Existe poca predisposición para implicarse sistemáticamente en el acompañamiento del enfermo¹⁵². Jaffré alude a la distancia entre el *querer* y el *poder* sanar. Las múltiples frustraciones a las que se enfrenta el personal sanitario, son tantos insultos a su saber, su estatus, y función terapéutica. (Jaffré: 2003:298-301). Estas circunstancias participarían de la deriva de los compromisos laborales, siempre revisados a la baja. Los facultativos entrevistados manifiestan en este sentido la necesidad de una subvención de estado¹⁵³ para asegurar la gratuidad de la atención, especialmente pediátrica, o garantizar el equipamiento material y suministro farmacológico para la promoción de la biomedicina. Aluden en definitiva, a mecanismos que puedan reforzar su figura, y en última instancia, que les permita mayor legitimidad para incrementar el control sobre el proceso terapéutico de los pacientes.

Por otra parte, la dificultad de mantener los ideales terapéuticos y protocolos sanitarios en un entorno socio-laboral en el que resultan en plena delicuescencia, otorga mayor proclividad a la disipación de las responsabilidades. Es precisamente la cuestión del entorno profesional la que es tratada con más detenimiento por Olivier de Sardan. Las costumbres de cada servicio, las relaciones con los compañeros, las limitaciones materiales, y económicas que marcan el cotidiano en cada servicio conforman lejos de la formación académica, el aprendizaje de los trucos formales e informales del oficio, las estrategias para paliar las rupturas de stock, trabajar sin manómetro, desligarse de las solicitudes apremiantes de los pacientes o familiares, familiarizarse y encallarse al sufrimiento o la injusticia (Olivier de Sardan, 2001:204). Las prácticas de corruptela, mecanismos de supervivencia o de acumulación, o su tolerancia, integran plenamente la praxis profesional diaria.

Los procesos formativos, seminarios y charlas implementados por entidades de cooperación, destinados a dar a conocer, recordar las normas

¹⁵¹ En Bata, a falta de ingresos, la máquina de rayos X permanece averiada desde varios años. Los pacientes que lo precisan, son orientados hacia el hospital privado La Paz, donde el coste de la prueba es inabordable para la mayor parte de la población.

¹⁵² Comelles por ejemplo resalta como el personal sanitario necesita protegerse de la crudeza del sufrimiento generando distancia con el enfermo (Comelles, 2000:317).

¹⁵³ Sugerencia que no se puede desvincular de las rentas petroleras de las que dispone el gobierno guineano.

deontológicas sobre las que habría de sustentarse la práctica cotidiana gozan de escaso éxito. Se revelan ineficaces para transformar conductas arraigadas, muy extendidas, algunas percibidas como legítimas y generadas como reflejos socio-profesionales (Olivier de Sardan, 2003: 269-272).

Si bien las primeras apreciaciones llevan a menudo a enjuiciar el comportamiento del personal médico y paramédico, a menudo denunciado por la falta de empatía y conciencia profesional, las líneas de reflexión impulsadas por Olivier de Sardan invitan a ser más cautos. La tipología de los desencuentros descritos y el recurso a estrategias derivadas de la “guineología” no se circunscriben exclusivamente al ámbito hospitalario, sino que caracterizan otras esferas de la vida social, especialmente aquellas ligadas a la administración pública del país. No se trata tanto de sentenciar la culpabilidad del cuerpo sanitario, que no son sino una pieza más de un sistema disfuncional. Se trata más bien de enmarcar los disfuncionamientos hospitalarios en un entorno administrativo más amplio, en el que la institucionalización de la informalización del servicio público (Blundo y Olivier de Sardan, 2001:32), constituye una estructura propicia para que ciertos comportamientos, como la negligencia, la desidia o el mal trato, se disuelvan en la normalidad.

f. La ausencia de mecanismos de control

La escasez de mecanismos de control sobre el cuerpo sanitario, es uno de los principales mecanismos de reproducción del problemático contexto laboral. A fecha de hoy, sigue sin existir un colegio médico en el país, lo que podría constituir un primer paso hacia la autorregulación del cuerpo profesional ¹⁵⁴ (,siempre y cuando se tratase de un órgano independiente del poder político).

Según el entonces director del hospital, al que hay que reconocer veleidades reformistas, el centro se encontraba en 2011 “al borde del colapso”, y “permanentemente en situación de gestión de crisis”. No solo por la falta de medios financieros, sino también por los escasos mecanismos de control. El problema en relación con el personal sanitario, no es tanto de orden cuantitativo, sino más bien cualitativo. No hay herramientas de supervisión operativas que permitan asegurar la presencia del personal en su puesto de trabajo; tampoco hay mecanismo de sanción. La deserción del personal en horas de trabajo es habitual. Algunos médicos incluso, han creado su propia clínica o consultorio, y si bien siguen percibiendo su retribución salarial como funcionarios, no cumplen con sus obligaciones en la institución. En ocasiones, hemos podido observar una quincena de pacientes esperando tras una

¹⁵⁴ Algunos requisitos que participan y organizan la legitimidad de la acción terapéutica biomédica en occidente, se dan en raras ocasiones en países del continente africano.

consulta vacía. En otras, solo uno de los dos pediatras asignados al turno de mañana se presenta, incrementando notablemente los tiempos de espera.

La ausencia de mecanismos de supervisión y la “cultura” de la impunidad afectan la gestión financiera del centro en su conjunto. Los índices de corrupción son altísimos. Según el propio director de la institución en 2011, cerca del 40% de los ingresos del hospital eran desviados, sumiendo la institución en un déficit permanente. Los extravíos no solo afectan la gestión administrativa y financiera del organismo. También se ejercen directamente a costa del enfermo. La personalización de la tarificación conlleva diferentes modalidades: el cobro de costes inexistentes, la sobrefacturación del servicio apropiándose de la diferencia, o bien embolsar directamente el monto oficialmente estipulado. Ante la urgente necesidad de atención, los pacientes, a pesar de las sospechas o la certeza de las prácticas de las que son víctimas, suelen pagar.

Acompaño un paciente con un corte en la frente, que acude a las 16h a la sala de curas en el servicio de urgencia. Se le solicita, antes de proceder a la cura, 500 F cfa para la sutura, 1.000 F cfa para los guantes, y otros 700 F cfa por el apósito. Tras la intervención, el paciente solicita la factura a la sanitaria que procedió al servicio y cobro del mismo. La enfermera excedida por la insistencia del paciente, arranca un trozo de papel de un cuaderno, en el que apunta conceptos y precios. El paciente esboza una sonrisa incrédula... (Diario de campo, noviembre 2011)

La sobrefacturación de los servicios y los desvíos contantes de fondos participan de la idea sumamente difundida que el hospital no sirve tanto a los ciudadanos sino a aquellos que lo regentan. Participan de la percepción, aunque no se ajuste al conjunto de los profesionales, de que ejercer una profesión médica, se resume demasiado a menudo en ocupar un estatus, disfrutar de sus ventajas y aparentar sus deberes. El cartel recientemente instalado en el laboratorio, instando a los pacientes a denunciar ante la dirección del hospital, los intentos por parte del personal por cobrar un servicio directamente en vez de hacerlo en la caja, desvela, al mismo tiempo que la voluntad manifiesta desde la directiva por mejorar la gestión de la institución, la frecuencia de estas prácticas.

4. El Hospital General en el itinerario terapéutico

a. Recursos previos al ingreso hospitalario

En numerosas ocasiones, se ha recogido la incomprensión e indignación del cuerpo médico, respecto al tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas, hasta la llegada a los servicios hospitalarios. Para dar

cuenta de los pasos previos de los pacientes, y especialmente en referencia a la elección de alternativas que consideran poco resolutivas o incluso peligrosas, (consumo de fármacos sin receta, dispensarios chinos o curanderías,) los médicos señalan con frecuencia la ignorancia de la población. Respecto a los niños, son las madres quienes son apuntadas, porque “a un niño que tiene fiebre se le da paracetamol, y no se le lleva al hospital, ni al centro de salud”. Los médicos dan a menudo por sentado el descuido de los síntomas y la reactividad demasiado tardía. Aluden a las “negligencias”, a la “indiferencia” o incluso a la “falta de amor” de las madres hacia sus hijos.

De cara a conocer mejor el lugar del Hospital General de Bata en los itinerarios, resulta por lo tanto de especial interés conocer mejor los antecedentes de nuestros interlocutores en los servicios de pediatría y medicina interna. Si bien el tamaño de la muestra es excesivamente pequeño (35 personas contactadas en el hospital, 25 de las mismas en el servicio de pediatría, y 10 en el de medicina interna), la información recogida, se corresponde con los itinerarios recogidos en otros espacios de terapia. En este sentido, sí creemos que refleja algunas tendencias en cuanto a las etapas que preceden el ingreso.

Los diferentes relatos han sido contrastados con diferentes personas del entorno del enfermo. No se ha advertido la voluntad de los entrevistados, de ocultar sistemáticamente elementos del recorrido. Incluso los recursos calificados de “tradicionales” no parecen haber estado sujetos a mayor disimulo. La mayor parte de los entrevistados reconocían abiertamente el recurso a terapéuticas sancionadas por la institución hospitalaria, como la automedicación, y haber recurrido al *ngengan* para otros procesos patológicos que el vivido en el momento del encuentro en el hospital¹⁵⁵. Creemos que disociar el investigador del cuerpo sanitario, ha resultado especialmente fructífero en este sentido.

i. Consumo de medicamentos manufacturados sin prescripción

Más del 60% de los enfermos ingresados en medicina interna y pediatría (o sus madres en el caso de los niños), reconocen haber recurrido en primera

¹⁵⁵ En las encuestas realizadas a domicilio, por el equipo de Monteillet en Camerún, el autor recoge que según sus observaciones, es más frecuente la omisión del significado de la visita al *ngengan*, que puede involucrar con frecuencia conflictos familiares, que el hecho en sí mismo. El autor ofrece el ejemplo de una mujer acusada de haberse provocado voluntariamente la esterilidad en virtud de un pacto con el mundo invisible. Justificaba sin embargo su visita al *ngengan* ante el encuestador, en términos mucho más sencillos, aludiendo exclusivamente a su deseo de tener hijos (Monteillet, 2005: 58).

instancia al consumo de fármacos sin prescripción¹⁵⁶. Generalmente recurrido frente a una sintomatología familiar, constituye un test terapéutico. Sus resultados, permiten valorar la gravedad del padecimiento, y la necesidad de recurrir a otras alternativas.

En el servicio de pediatría interna, más del 70% han reconocido el uso de fármacos sin receta antes de llegar al hospital, y 45% en el de medicina interna. El hecho que la automedicación parezca menos frecuente entre los pacientes adultos ingresados, se debe sobre todo al perfil de la patología. Si consideramos exclusivamente los casos de paludismo y tifoidea de este grupo (55% de la muestra), el 80% ha recurrido a la automedicación. Los síntomas, frecuentes, son conocidos (pero no sistemáticamente reconocidos,) por la mayor parte de la población (fiebres, diarreas, dolor de cabeza, dolores de vientre). No son percibidos como indicio de gravedad en adultos, y generan en primera instancia, respuestas domésticas generalmente ligadas al medicamento industrial (efergam, paracetamol, mebendazol...). Solo la permanencia de los síntomas y/o su empeoramiento, conlleva mayor preocupación y la búsqueda de recursos extra-domésticos. Los síntomas ligados a la neumonía (35% de la muestra en medicina interna), especialmente las dificultades respiratorias asociadas, menos frecuentes, despiertan mayor preocupación y mayor sistematicidad en la búsqueda de recursos extra-domésticos, pertenecientes o no al espectro biomédico.

ii. El hospital

Casi un tercio de las personas ingresadas en medicina interna proceden del interior del país. Su sobrerrepresentación en las dependencias del hospital, pone de relieve la mayor vulnerabilidad de los habitantes de las zonas rurales, y las limitaciones de los hospitales distritales y provinciales. Un tercio de las personas ingresadas en medicina interna ya habían pasado por otra institución hospitalaria en sus localidades de origen. También cabe señalar que en los servicios de pediatría y medicina interna, el 19% de los enfermos preguntados, ya habían sido atendidos en el propio Hospital General en consulta externa por el mismo padecimiento, y reenviados a sus domicilios con una receta. En conjunto, el porcentaje de personas que reconocían haber acudido con antelación a una instancia hospitalaria pública por el mismo padecimiento por el que se encontraban ingresadas en algunos de los servicios observados se elevaba al 38%.

iii. Los consultorios chinos

Casi el 30% de los pacientes reconocen haber probado suerte en los dispensarios chinos antes de haber sido ingresados en el hospital, el 23% de

¹⁵⁶ Es preciso señalar que el consumo de fármacos sin haber consultado un profesional también incluye alternativas percibidas por algunos, como alternativas formales. Algunas farmacias son denominadas clínicas por los entrevistados.

los niños en pediatría, y el 33% de los adultos en medicina interna. Estas apreciaciones confirman como veremos más adelante, que a pesar de los recelos que despiertan los consultorios chinos, constituyen una de las alternativas más concurridas y competitivas en el mercado de la salud de la ciudad.

Tras la automedicación y los propios hospitales, los dispensarios chinos aparecen como el recurso más importante entre los antecedentes hospitalarios. El éxito de la alternativa relativiza una lectura que supeditaría la elección de un recurso u otro a determinantes exclusivamente económicos. Estos centros suelen ser más caros que la función pública, a pesar de que la calidad de la atención tienda a ser deficiente.

iv. Las curanderías

A contrapelo de lo que con frecuencia señalan los médicos, los recursos generalmente denominados “tradicionales” son ampliamente minoritarios en los antecedentes terapéuticos de los enfermos ingresados en los servicios observados. Constituirían según los datos recogidos, solo el 22% en medicina interna y el 14% en pediatría. En este último caso, es preciso tener en cuenta que la mitad de los niños ingresados, que han pasado por la curandería antes de llegar al hospital, ya habían acudido antes al hospital. Lo habían entonces abandonado, considerándolo en ese momento del itinerario ineficaz¹⁵⁷. Estos datos sugieren no solo que los retrasos acontecidos en la llegada están generalmente desvinculados del recurso curanderil. También indican, que la llegada a la curandería, interviene a menudo tras el fracaso del hospital.

El recurso a los *bingengan* si que se recoge con mayor frecuencia como primer recurso entre los adultos. Todos los casos registrados durante la observación corresponden a casos diagnosticados en el hospital como neumonías, por lo que de nuevo el tipo de sintomatología y su aprehensión desempeñan un papel de primer orden en la orientación. Por otra parte la mitad de estos adultos, vive en el interior del país, en zonas con menor acceso a los servicios de salud. Tras varias semanas en curanderías y el empeoramiento progresivo

¹⁵⁷ A modo de ejemplo, el caso de Josefa (fang, 24 años, 1 hijo), que también retomaremos en la última parte de este trabajo: La hija de Josefa tiene vómitos y diarreas. Josefa piensa en un primer momento que su hija está enferma porque está tomando la leche que no es suya, por lo que acelera el destete. Frente a la persistencia de los síntomas, acude al hospital. Después de tres días de ingreso, y a la vista de que los síntomas no remiten, sus familiares le dicen que se trata de *choga*, una enfermedad que no se vincula con el mundo invisible, pero para la cual los tratamientos biomédicos suelen ser considerados inapropiados. Recomendada por su entorno familiar, lleva su hija a una mujer del vecindario que suele curar el *choga*. Le da un tratamiento con plantas que aplica durante un mes. La niña se hace cada vez más flaca y más débil. Josefa decide abandonar el tratamiento, y vuelve al hospital. Al segundo día, y tras los análisis, los médicos le dicen que la niña tiene VIH sida. Josefa no entiende por qué no lo detectaron en su primera estancia en el hospital.

del estado del enfermo, acuden a la ciudad muy desmejorados, en busca de la atención hospitalaria.

Numerosos médicos de la institución lamentan con frecuencia que una parte importante de los pacientes ingresados, que suelen estimar entre el 40% y el 50%, procedan de una curandería. En realidad, los antecedentes terapéuticos más frecuentes de los pacientes ingresados en los servicios observados muestran que la mayor parte de los recursos terapéuticos implementados antes de la llegada al hospital pertenecen a la esfera biomédica. El cómputo de los diferentes recursos que componen el itinerario terapéutico que precede el ingreso en el hospital, muestra que cerca del 80% de los casos se inscribe en este marco. En primera línea aparece la generalización del consumo farmacológico sin prescripción; en segundo lugar, estructuras hospitalarias públicas (ya sea la misma o de otra localidad); en tercer lugar, los dispensarios chinos, y solo en cuarto lugar, las denominadas curanderías. No se puede desvincular la sobrerrepresentación de la alternativa curanderil en los discursos de los médicos, de la huella especialmente indeleble que deja el estado de llegada de algunos pacientes, cuya situación deriva de las decisiones desafortunadas de las familias, y de la falta de escrúpulos e incompetencia de algunos de los que se identifican como terapeutas tradicionales.

v. Otros recursos

Estos diferentes recursos constituyen los principales antecedentes terapéuticos registrados. Con menor frecuencia, otras alternativas han sido recogidas. Contactos personales a nivel familiar o vecinal con algún sanitario en ejercicio o jubilado (médicos, pero también enfermeros o ATS) pueden constituir la primera alternativa terapéutica. Otros han acudido a consultas médicas y clínicas privadas; incluso la onerosa clínica la PAZ, a pesar del alto coste de la atención y despliegue tecnológico, resulta en ocasiones inesperadamente abandonada en beneficio del Hospital General.

Cabe señalar que el recurso a los centros de salud en la ciudad es una antecedente poco frecuente entre las personas contactadas en el hospital. Sugiere en primer lugar la capacidad resolutoria de los centros de atención primaria¹⁵⁸. Por otra parte, también apunta al mimetismo conceptual recogido por algunos entrevistados entre los centros de salud y el hospital. “Tienen la misma medicina” señalaba una de las pacientes, aunque se les reconoce niveles de atención diferentes en cuanto a la gravedad del padecimiento. Cualquier afección grave, supone en un momento u en otro el paso por el hospital, lo que confirma la concordancia de los niveles oficiales que

¹⁵⁸ Es preciso recordar que 3 de los 5 centros de salud integrados en la red pública que llevan a cabo el paquete mínimo de atención primaria en la ciudad, son entidades privadas. Representan el 75% de las consultas a este nivel en la ciudad.

conforman el sistema de salud con su rango en la consideración popular. Pero a falta de una orientación explícita del centro de salud al hospital, es probable que los pacientes, en caso de percepción de fracaso, orienten su búsqueda en otras direcciones.

El Hospital General de Bata es el organismo de referencia de toda la parte continental del país, hacia el que deben de ser derivados todos los pacientes de los niveles administrativos inferiores, cuando la gravedad del caso supera su competencia. No obstante, la derivación supone una recomendación al paciente, en ningún caso un trato específico en la organización de destino. La saturación del servicio de urgencias, especialmente en el sector infantil, es con frecuencia achacada al salto de nivel en la pirámide sanitaria, es decir al recurso directo de los usuarios al hospital, para solventar problemas en principio asumibles por los centros de salud. Los agentes sanitarios aluden en este sentido al desconocimiento por parte de la población de los protocolos sanitarios establecidos por el Ministerio, procedimientos que por otra parte no han beneficiado de ningún mecanismo de difusión.

Para las madres entrevistadas, el salto de nivel pretende evitar el coste y tiempo de espera en dos estructuras, en caso de que fuesen orientadas de una a otra. Por otra parte, saben que los centros de salud, especialmente los centros confesionales están abarrotados. Si acuden a media mañana en vez de a primera hora, es probable que ya no se les pueda atender hasta el día siguiente, por lo que es preferible acudir directamente al hospital. Paradójicamente, los usuarios que cortocircuitan los servicios de primera línea “por si acaso es grave”, son con frecuencia los que mejor conocen los procedimientos al uso en cada escalón del sistema. Son generalmente mujeres que tutelan el itinerario de un niño pequeño. En realidad, la ausencia de mecanismos de derivación no es sino una discontinuidad más en la gestión sanitaria. Traduce la inexistencia de una visión de conjunto, de elementos que pudiesen ofertar al usuario el sentimiento de continuidad, la idea de sistema sanitario.

b. Tiempos transcurridos desde los primeros síntomas hasta el ingreso hospitalario

Si bien el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas hasta el ingreso es relativamente largo, en la mayor parte de los recorridos, el itinerario en búsqueda de atención se inicia mucho antes de la llegada al hospital. La llegada tardía no suele derivar de la pasividad de los enfermos, o indiferencia de los padres y familiares. Casi todos han tomado disposiciones previas antes de llegar al hospital. En los recorridos registrados, se han impulsado 1,6 tratamientos de media antes del ingreso en el hospital. Algunos de los itinerarios incluso, más de un tercio como recordábamos en líneas

anteriores, han integrado alternativas hospitalarias públicas antes del ingreso.

Según los relatos de las personas contactas, el tiempo medio transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas hasta el ingreso en el hospital es mayor de 12 días. Cabe destacar la escasa homogeneidad de la muestra (varía entre 3 y 45 días) por lo que sería necesario llevar a cabo un trabajo más representativo. Se puede no obstante resaltar algunas tendencias generales. El proceso suele ser más breve en el servicio de pediatría (entre 8 y 9 días de media) que en el de medicina interna (16 días). La mayor parte de los pacientes adultos acuden al hospital solo cuando se ven obligados a guardar la cama, o imposibilitados para las labores que organizan su cotidiano. No disponemos de datos en cuanto a la consulta hospitalaria externa, se puede no obstante suponer que los tiempos transcurridos son menores, ya que los diagnósticos, de menor gravedad, no derivan en el ingreso del enfermo.

La falta de medios es uno de los motivos más comunes asociados a la llegada tardía. Implica con frecuencia el consumo de fármacos manufacturados sin receta. Las circunstancias familiares también pueden desempeñar un papel relevante. La ausencia del padre de familia por ejemplo, detentor de los recursos, puede implicar retrasos en la actuación. En el caso de Adela y Juan relatado más arriba, a la falta de recursos se suma la inexperiencia de los jóvenes padres y la ausencia de referencias en el entorno cercano. En otras ocasiones, la ausencia de los dos padres puede también llegar a retrasar varios días el desplazamiento al hospital:

Un niño de 4 años es dejado al cuidado de su familia materna durante unos días. Su padre, trabaja en Malabo, mientras su madre está de viaje algunos días en el interior del país. Ante los primeros síntomas de fiebre, el niño es tratado por la abuela con paracetamol y nolvagina. Los síntomas siguen progresando, por lo que al cabo de tres días se avisa a la madre. El ingreso del niño en el hospital no acontece hasta la llegada de la madre dos días después. (Diario de campo, noviembre 2011)

En otras circunstancias, menos frecuentes, la espectacularidad de los síntomas o su peculiaridad confluyen hacia interpretaciones vinculadas al mundo invisible. Los casos mencionados relativos a la neumonía se enmarcan en esta dinámica.

c. El Hospital en el ideario social

Todos los entrevistados asentados en la ciudad desde varios años, han recurrido en alguna ocasión a los servicios hospitalarios, en calidad de pacientes o acompañantes. Es un recurso conocido y utilizado al que se le

atribuye una capacidad tecnológica con la que no se asocian otros recursos, excepto el sector privado, generalmente fuera de alcance para la mayoría desde el punto de vista económico. Resulta una alternativa vinculada tanto en la ciudad como en el interior del país a la apreciación del enfermo o su familia de la gravedad de la situación y correlativa urgencia de la intervención. Manifestando que algunas intervenciones sanitarias solo se pueden llevar a cabo en el Hospital General, la población asume con discernimiento la pirámide sanitaria.

En este contexto, el consumo de medicamentos o la experimentación de otros recursos no resolutivos y consecuente llegada tardía al hospital, no se pueden achacar exclusivamente a las representaciones erróneas del paciente, a determinantes culturales o a la escasez de recursos. Permanecen también estrechamente vinculados a los disfuncionamientos que afectan el servicio hospitalario público. La percepción del Hospital General se fundamenta en representaciones ancladas y generadas en gran medida desde la experiencia empírica. Un paciente decepcionado por la acogida es un paciente que no volverá menos en caso de urgencia, después de haber agotado otras alternativas, y a veces, demasiado tarde.

Las decisiones y acciones emprendidas antes de llegar al hospital están ligadas al lugar del hospital en el ideario social. Para algunos, la inversión económica, el tiempo requerido para acceder a la atención, los desencuentros con el personal, las maniobras y triquiñuelas a veces necesarias para acceder a los cuidados y tratamientos, conforman una ecuación que conlleva demasiada incertidumbre respecto al desenlace, como para contemplar el recurso hospitalario con sistematicidad. La asistencia médica parece imprevisible; no se sabe cuánto tiempo se esperará, ni cuánto costará, ni cuáles son las expectativas de mejora, y si habrá que sufrir algún tipo de vejación por parte del personal sanitario. Las carencias, disfuncionamientos y riesgos que acechan la carrera del enfermo, repercuten necesariamente en las modalidades de uso de la estructura, y el lugar que le es asignado en los itinerarios terapéuticos. No derivan tanto de concepciones “tradicionales”. De hecho, se ha comprobado que las principales acciones terapéuticas emprendidas antes de la llegada al hospital, pertenecen al espectro biomédico. La escasa confianza que capitaliza la institución hospitalaria está directamente vinculada a la experimentación empírica de los servicios que prodiga.

La alta demanda de atención de la que benefician los consultorios chinos, generalmente más caros, plantea algunas de las debilidades del servicio público. Estas alternativas no gozan de buena reputación. Ofrecen sin embargo, generalmente en detrimento de la calidad, inmediatez y claridad en la atención. Su competitividad en el mercado de la salud apunta algunas de las características echadas en falta por la población en el hospital. Disponer de alguna garantía en cuanto a la “fluidez” del recorrido hospitalario constituye un criterio relevante a la hora de optar por un recurso u otro. En

este sentido, se ha podido comprobar que la disposición de algún sanitario en el entorno cercano que pueda agilizar el acceso a los cuidados en el hospital alienta su elección entre las primeras alternativas, propiciando la reducción del tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y la consulta.

El carácter no resolutivo y a veces perjudicial de algunas de las alternativas, supone la llegada tardía al hospital, donde la mayor parte de las consultas de urgencia son males benignos agravados por un tratamiento inadecuado. El caso del paludismo es el más frecuente.

5. ¿Perspectivas de mejora?

La llegada al hospital no aminora el sentimiento de precariedad. La multiplicación de situaciones que propician el sentimiento de inseguridad, desorientación y angustia constituyen los principales motivos de queja de los pacientes. Los usuarios echan en falta un recorrido trazado en el que la presencia institucional se haga palpable y el proceso de delegación de la gestión de la enfermedad, posible.

Las trayectorias aquí relatadas aluden más allá de sus diferencias, a las problemáticas recurrentes vinculadas por una parte al acceso a los cuidados y por otra a la calidad de los mismos. Ponen de relieve las enormes dificultades sentidas por los enfermos y su entorno en el acceso a los cuidados. Si bien existen experiencias más normalizadas que las que han sido referidas aquí, el alto riesgo de salirse del recorrido (insuficientemente) balizado, se ha arraigado en el ideario social, un ideario que moldea las modalidades de uso del centro hospitalario, y sobre el que se sustentan las estrategias que contemplan el retraso de la llegada.

Existen “barreras estructurales” (Greene: 2004), elementos de bloqueo que afectan en primera línea, a los grupos económicamente y socialmente más vulnerables. Los más pobres, excluidos alguna vez del recorrido hospitalario por la falta de medios, interiorizan esta exclusión (Diallo, 2003: 196) y tienden, en situaciones ulteriores, a no volver, o retrasar cuanto más la llegada a los servicios hospitalarios. Esta demora, frecuentemente denunciada por el personal sanitario, complica significativamente la actuación terapéutica.

La salud pública no deja de ser una salud para aquellos que se la puedan costear. Pero más allá de las discontinuidades ligadas a los costes de la atención, otras rupturas inherentes al funcionamiento del centro intervienen en la cadena terapéutica: los larguísimos tiempos de espera, las frecuentes rupturas de stock de medicamentos, la desatención y descuido del enfermo, las negligencias técnicas y relacionales del personal sanitario, las prácticas de corruptela y casos de mala praxis profesional... Todos ellas delinear un panorama desalentador.

Ante los diferentes elementos de bloqueo, las personas y colectivos no permanecen inertes. Desarrollan artimañas personales y colectivas, estrategias de contorno que pretenden colmar las carencias, minimizar los disfuncionamientos del sistema. El éxito del recorrido en la institución depende entonces de la solvencia de las familias, y de las capacidades para desenvolverse en un ámbito a veces hostil. En un contexto en el que el anonimato puede ser un factor más de vulnerabilidad en el recorrido, y en el que el personal sanitario puede erigirse en una dificultad añadida, su inclusión en las estrategias constituye una práctica común. Los contactos y habilidades relacionales pueden entonces revelarse especialmente útiles para agilizar el acceso a los cuidados y beneficiar de mayor atención.

La *guineología* se refiere precisamente a la capacidad para inventar de los individuos y colectivos, a su habilidad para generar saberes y estrategias para acceder a lo que no tienen y necesitan. La condena moral compartida por numerosos actores del sector salud en torno a la ignorancia y/o escaso sentido de la responsabilidad de la población para con sus más allegados, obvia el hecho que la misma población pueda ser sensible a la calidad de la acogida, al trato, y al servicio proporcionado. Para disminuir los índices de mortalidad, no solo es necesario que los enfermos acudan a las dependencias hospitalarias con la suficiente antelación. También es necesario que la atención que reciban en dicho espacio, sea asequible y de calidad; que el recorrido en la institución sea claro; que el personal esté capacitado y motivado; que disponga de las infraestructuras adecuadas y equipos y materiales suficientes. Las carencias en estos diferentes ámbitos no pasan desapercibidos para sus usuarios. En función de las mismas, se constituyen las modalidades de uso del centro y determina el lugar del mismo en el itinerario terapéutico.

Frente a problemas de carácter estructural, las respuestas son eminentemente sociales. Ponen en tela de juico la implicación y eficacia del Estado en la administración de un sector especialmente relevante. Los médicos creen necesaria una subvención del Estado dedicada al sector salud para el funcionamiento efectivo del hospital¹⁵⁹. Los pacientes consideran que “mueren por la pobreza”. Tanto unos como otros hacen alusión a una ausencia sentida del Estado en las políticas sanitarias.

La racionalización de la organización administrativa, el equipamiento y el aprovisionamiento regular de medicamentos y consumibles médicos constituyen, como destaca una parte importante del personal médico interrogado, elementos necesarios para reconstituir la confianza. Quizás sea

¹⁵⁹ Tal y como se ha detallado en la primera parte, el Estado guineano ha realizado numerosas e importantes inversiones en el sector salud estos últimos años. La mayoría de las mismas han sido orientadas hacia estructuras privadas, el INSESO y en menor medida hacia el sector público. En este último ámbito, los desembolsos realizados, esencialmente en obras y rehabilitaciones, han sido gastos de inversión. Los gastos de funcionamiento corren a cargo de cada estructura sanitaria.

más necesaria aún la moralización de la praxis sanitaria, mediante la introducción de mecanismos de regulación, de supervisión y de sanción. Habrían de generarse no tan solo desde fuera, como mecanismos impuestos. Para que fuesen verdaderamente operativos sería deseable que también derivasen del propio cuerpo sanitario, quienes ven afectada a diario su capacidad terapéutica. En última instancia, se echa en falta la implicación de la sociedad civil, ausente en permanencia del debate público, no solo relativo a la salud, sino de tantos otros en Guinea Ecuatorial. No existen mecanismos formales de protesta que permitan que las quejas y las peticiones puedan derivar en procesos de cambio. La expresión más común del descontento popular respecto a las dependencias hospitalarias, se traduce aún con demasiada frecuencia en tratar de eludir a toda costa el recurso, prefiriéndole alternativas raras veces menos exentas de peligro.

CAPÍTULO 4:

Los centros de salud en la ciudad: éxitos y restricciones en el acceso

1. Los centros de salud, una oferta contrastada

La ciudad de Bata cuenta con seis centros integrados a la red sanitaria pública¹⁶⁰. Son, sin lugar a duda, los establecimientos sanitarios más solicitados del panorama sanitario de la ciudad. Según las estimaciones facilitadas por los responsables de cada entidad, el conjunto de consultas de los 6 centros de salud integrados en la red sanitaria pública oscilaría entre 200 y 300 pacientes diarios¹⁶¹.

Se aprecian sin embargo importantes disparidades en el volumen de pacientes atendidos en cada centro, contrastes no tan solo derivados de la ubicación de cada centro en la geografía urbana, sino también de la historia y capacidad financiera de cada uno. La red pública de atención primaria de salud integra tanto estructuras públicas como privadas. Comparten la asignación de servicios sanitarios determinados, denominados el “paquete mínimo de actividades”, y la condición de funcionarios de parte del personal sanitario. Como se ha detallado en el capítulo 2, el impulso y continuidad del apoyo externo, o su ausencia, están directamente y proporcionalmente relacionados con la capacidad de atracción de la demanda de cada centro. Las intervenciones de los actores internacionales, han determinado las posibilidades de proyección de los centros sanitarios pertenecientes a la red sanitaria pública, y propiciado un reparto desigual de la atención primaria de salud.

El sector confesional, por las razones históricas y financieras detalladas en el capítulo 2, lidera la demanda en el sector. Los dos centros privados regidos por las congregaciones españolas, M^a Gay y M^a Ráfols, suman más usuarios que todos los demás juntos (150). El centro de SOS en Ncolombom (40) y el centro La Libertad en Etofilí (30), ocupan respectivamente el tercer y el cuarto

¹⁶⁰ El séptimo centro de salud de la ciudad, el centro de día Agustín Lopez Majón, a cargo de las Hijas de los Sagrados Corazones no está integrado en la red sanitaria pública. Si bien atiende algunas consultas de atención primaria, está especializado en la enfermedad de Hansen.

¹⁶¹ La afluencia varía según el día de la semana y la época del año. Los lunes son especialmente concurridos por ejemplo. Asimismo, en época de lluvias, se incrementa notablemente el volumen de consultas relacionadas con brotes diarreicos, ataques palustres y fiebres tifoideas.

puesto en términos de afluencia¹⁶². Uno se integra en un complejo socio-educativo más amplio gestionado por una ONG internacional (SOS-Kinderdorf International). El otro, si bien se trata de una estructura pública, se ha beneficiado del apoyo, discontinuo pero regular, de la cooperación española¹⁶³. Tal y como se ha detallado en el capítulo 2, los dos últimos centros, a falta de apoyos externos, no están en condición de asegurar el paquete mínimo de actividades asignados a los centros de salud.

Las observaciones expuestas en el presente capítulo, se ciñen esencialmente a los cuatro centros de salud más conocidos y utilizados. Se hará especial hincapié en los centros de SOS y de la Libertad, en los que se ha llevado a cabo el trabajo de campo entre los meses de abril y agosto de 2011.

2. Criterios de valoración y mecanismos de captación

Según las normativas oficiales, el criterio geográfico es el que debería en principio guiar la selección de un centro u otro. A cada centro le corresponde un área de influencia. Si bien el trabajo llevado a cabo entre FRS y el MINSABS para la operacionalización de los distritos sanitarios contemplaba esta vertiente, en la práctica, los centros siguen acogiendo pacientes que no pertenecen a sus áreas. En base a las entrevistas realizadas en los centros La Libertad (32) y SOS (20) cerca del 10% y 20% de los pacientes respectivamente, no proceden de los barrios circundantes¹⁶⁴. En el caso de los centros confesionales, es probable que el porcentaje sea incluso más alto. A diferencia de los precedentes, se sitúan en los grandes ejes viales y son los más céntricos y conocidos de la ciudad.

Para acceder al centro de la Libertad, en el barrio Etofilí, es necesario abandonar la carretera principal, para adentrarse entre las casas por los caminos de tierra. En cuanto al centro de SOS se enmarca en un complejo socio-educativo más amplio, conocido como Aldeas Infantiles, no necesariamente asociado con la terapéutica. Ambos son menos conocidos que las estructuras confesionales y aglutinan por lo tanto menor demanda. El itinerario en su seno y los tiempos de espera son generalmente menos largos. Carecen no obstante de un suministro seguro y regular de medicamentos, con repercusiones inmediatas para los usuarios. Las rupturas de stock que

¹⁶² Las estimaciones medias de las consultas diarias, corresponden a las informaciones ofertadas por los responsables de los centros.

¹⁶³ Entre 2001 y 2011, la cooperación española, a través de FRS, ha apoyado el centro mediante la dotación de equipamiento, rehabilitaciones, y la financiación del equipo móvil de atención de salud. Durante este mismo periodo, una religiosa española ha sido asignada al centro gestionando una de las consultas.

¹⁶⁴ En el momento de la recogida de datos, el MINSABS aún no había asignado una zona de influencia al centro de SOS.

afectan el centro público de la Libertad suponen por ejemplo la prescripción de antipalúdicos de pago, en principio gratuitos para la población. En otras ocasiones, obligan al usuario a adquirir los fármacos prescritos fuera del centro. El impacto es aún más explícito en el de SOS. Los periodos de escasez de medicamentos especialmente largos en esta entidad suponen el desplome del número de usuarios¹⁶⁵. Las alternativas confesionales disponen por su parte de un suministro regular de medicamentos que los sitúa en primera línea en la oferta terapéutica.¹⁶⁶

El hecho de haber vivido en varios sitios de la ciudad conlleva un mayor conocimiento de los centros, y propicia la elección de un centro sobre otro en base a la proximidad. La menor afluencia y consecuente menor tiempo de espera en el centro de salud La Libertad, es igualmente una consideración tenida en cuenta por aquellos que lo conocen. El desconocimiento de los demás centros, frente a la hegemonía ejercida por los espacios regidos por las religiosas españolas, orienta ciertamente la demanda. Para otros, los problemas de abastecimiento de medicamentos que afectan con más frecuencia algunos centros, o disponer de un conocido en alguno de los establecimientos, determinan las preferencias de un centro de salud sobre otro.

Más allá de las diferencias que caracterizan las alternativas de atención primaria, existen claras convergencias en la percepción de los centros de salud, que participan de su competitividad en el mercado de la salud. Si bien se les recrimina con frecuencia los tiempos de espera, (abordaremos más adelante el itinerario del usuario en su seno), la relativa accesibilidad de los precios en relación con otras alternativas terapéuticas es a menudo resaltada. La calidad de la acogida y la claridad del itinerario son también destacados por los usuarios entrevistados, y a menudo enunciados en contraposición con la experimentación del espacio hospitalario:

“Aquí [centro de salud La Libertad] estoy acostumbrada, eso que aquí se hace consulta, aquí tiene que pagar para calmarse, aquí te hace análisis; En el hospital, yo no estoy acostumbrada, para irme ahí tengo que estar un poco grave....” (Irene, fang, 35 años, 4 hijos)

¹⁶⁵ El centro de SOS, no dispone de un flujo de financiación externo permanente, sino más bien discontinuo sujeto al éxito de las prospecciones de fondos de la ONG de la que depende, y de la actualidad humanitaria. La organización depende de donantes internacionales. Cuando alguna catástrofe humanitaria capta la atención mediática, reciben lógicamente menos fondos.

¹⁶⁶ Por otra parte, los centros confesionales han sido designados para ofertar servicios que otros centros no están en disposición de asumir. El Manejo integral de VIH/SIDA (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, prevención,) es un buen ejemplo de ello. El centro la Libertad solo se ciñe al diagnóstico y el centro de SOS ha abandonado incluso esta vertiente debido a errores diagnósticos recurrentes.

“El hospital no hay demasiada asistencia a los enfermos. Llegados a tres horas y no te atienden. Y si es algo urgente, empiezan a pedirte dinero. Cosas así. Aquí es todo diferente [Centro de Salud SOS]; y los precios son favorables. Las cosas son claras. Primero te tratan bien, después te dicen mira, consulta, aquí análisis, la compra de medicina aquí.” (Juan, 35 años, fang; 3 hijos)

La claridad del itinerario limita los casos de abandono una vez emprendido el recorrido. Los casos de deserción a lo largo del recorrido en el seno de estas entidades sanitarias son poco frecuentes. Cuando ocurren, no se vinculan a la falta de fiabilidad que inspira el proceso de gestión de los enfermos, como se ha recogido en el Hospital General. Derivan más bien de los tiempos de espera y de la falta de recursos económicos. Estas consideraciones también son claves a la hora de contemplar otras alternativas antes de acudir a los centros.

Los desencuentros entre el personal sanitario y los usuarios son poco frecuentes, y a diferencia del hospital, raras veces mencionados en las entrevistas. La interacción con el cuerpo sanitario goza incluso de una valoración positiva:

“La primera vez que vine a acompañar mi cuñada, su hijo estaba mal: la manera de la que nos atendieron, me encantó [...] Aquí [centro de salud de SOS] sé que cuando yo vengo, llego, coge mi cuaderno, el médico está al día del paciente, tiene que atender al paciente. Entonces siempre que tengo una necesidad acudo primero aquí.” (Ignacia, fang, 21 años, 1 hijo)

La claridad del itinerario y la acogida reglada propician un clima de confianza, que no solo da pie a la delegación provisional del cuidado y tratamiento del enfermo, sino que también facilita la integración de la alternativa entre los recursos usuales. En este sentido, la mayor parte de los pacientes entrevistados son usuarios habituales. A lo largo de las visitas, tejen una relación personal con el centro, instaurando familiaridad con el espacio y sus protocolos. Logran incluso, especialmente en los centros menos concurridos, establecer cierta proximidad social con los sanitarios.

En el centro La Libertad por ejemplo, solo 6 de 32 usuarios entrevistados vienen al centro por primera vez. Los 26 pacientes restantes son usuarios habituales. 14 de los mismos han realizado el seguimiento del embarazo en el centro. Generalmente, la estructura les ha sido recomendado por un familiar, un amigo, o saben de su existencia porque viven en las inmediaciones. Solo una ínfima parte de los pacientes (3 de 32) alude a las campañas de sensibilización llevadas a cabo por el equipo móvil del centro en su área de

influencia¹⁶⁷. El centro de SOS dispone de otra modalidad de captación. Todos los veranos desde 2001, voluntarios del hospital “Niño Jesús” de Madrid realizan operaciones quirúrgicas gratuitas a menores. 4 de los 20 usuarios preguntados en el mismo han conocido el centro a través de la relación familiar o vecinal con alguno de los menores beneficiarios.

Salvando las diferencias entre unos y otros, los cuatro centros operativos de la ciudad disponen de características demandadas y valoradas en la oferta de la salud (precios relativamente asequibles, la calidad de la acogida, la claridad del itinerario) que permiten fidelizar los usuarios. Los mecanismos de captación tienen una repercusión importante en el capital de confianza que depositan los pacientes en el centro; un capital jamás otorgado sin motivo, y que permanece a lo largo de las visitas, siempre sujeto a reevaluaciones.

3. Principales motivos de consulta y perfil del usuario

Los síntomas que motivan la llegada a los centros de salud, así como el perfil del enfermo son bastante homogéneos. Los motivos de consulta conciernen generalmente males considerados frecuentes y benignos por los actores y habitualmente señalados como “fiebres”, “diarreas”, o “dolor de vientre”. Los diagnósticos más frecuentes aluden a enfermedades infecciosas, principalmente el paludismo, y a la fiebre tifoidea. Se registran también altas incidencias de enfermedades diarreicas agudas y en menor medida infecciones respiratorias.

Exceptuando las consultas de embarazo, más de los dos tercios de las consultas son infantiles. De éstas, más de la mitad conciernen niños menores de 5 años. El término de “guarderías”, acuñado por una madre entrevistada para referirse a los centros de salud ilustra la especialización al sector infantil atribuida por parte de la población a estos establecimientos.

El acompañante es a menudo una mujer entre 20 y 30 años, habitualmente la propia madre. Los hombres, generalmente desvinculados del cuidado de los niños, son en muy contadas ocasiones asociados a esta tarea. Pueden también intervenir otras mujeres del entorno familiar: una hermana o sobrina mayor del enfermo, o incluso la abuela. El desempeño de una actividad generadora de ingresos o las obligaciones domésticas asociadas al cuidado de una familia numerosa, propician la delegación del cuidado a otra mujer, cuando la hay,

¹⁶⁷ Las salidas de los equipos móviles de salud, pertenecen al paquete mínimo de actividades, pero no son siempre llevadas a cabo con rigor y regularidad. En el caso del centro La Libertad por ejemplo, las salidas eran en 2011 aún financiadas por la cooperación española. No se trataba tanto de salidas plenamente integrada al funcionamiento del centro, sino de actividades asociadas a la permanencia del flujo de financiación externo.

con menores responsabilidades en la jerarquía doméstica. En este sentido, cuando más avanzada sea la edad de la madre, más se incrementan las posibilidades de delegación. Dada la claridad del itinerario, el acompañamiento al centro y recorrido en el mismo no conlleva la toma de ninguna decisión. El proceso de delegación se vincula en este sentido a la percepción de escasa gravedad; no requiere imperativamente la supervisión directa por alguno de los pilares de la unidad doméstica.

Excluyendo las consultas prenatales, los adultos constituyen menos de un tercio de las consultas, entre los cuales existiría una ligera prevalencia de mujeres. Los adultos emprenden el camino de la consulta con más dilación, por lo que el cuadro clínico suele ser más grave que el de los niños. De forma general, los dolores de cabeza o fiebres son en raras ocasiones un motivo suficiente de consulta. La consulta deriva generalmente de males agudos, ya sean vómitos o diarreas recurrentes. La filariasis es otro de los diagnósticos frecuentes en ambos sexos. Las mujeres consultan por motivos ligados a estados de debilidad generalizados, sintomatologías generalmente asociadas al paludismo o a la tifoidea, así como para dolores de vientre o menstruaciones dolorosas. Hay entre los hombres, más allá de la sintomatología asociada al paludismo o a la tifoidea, (dolores articulares, dificultades respiratorias,) un alto índice de consultas vinculadas a dolores y molestias en los genitales, generalmente ligados a enfermedades de transmisión sexual.

Se ha recogido otra señalada diferencia de género en los dos centros en los que se ha llevado el trabajo de campo. La mayor parte de los hombres, viviendo en las inmediaciones o recomendados por una persona del entorno, acuden al centro por primera vez cuando las mujeres, ya sea como acompañante, como paciente o embarazada, ya lo han integrado en las alternativas terapéuticas contempladas frente a la enfermedad. Los centros ocupan por lo tanto lugares distintos en los itinerarios terapéuticos masculinos y femeninos.

4. Recursos previos a la llegada al centro de salud

Explorar las diferentes acciones emprendidas en busca de atención antes de acudir al centro de salud, permite entender mejor su lugar en los itinerarios terapéuticos. Detengámonos por ejemplo en el Centro de Salud de La Libertad, en el barrio de Etófilo. De los 32 itinerarios seguidos en la estructura, 22 corresponden a casos infantiles. 13 de los mismos habían sido tratados en el ámbito doméstico con fármacos biomédicos sin prescripción, antes de la llegada al centro. Se trata de medicamentos de fácil adquisición en el mercado, generalmente conocidos, y asociados por los sujetos a sintomatologías frecuentes, más o menos específicas (fiebres, tos, diarreas, los vómitos etc.). Se adquieren expresamente en respuesta al proceso patológico en algún punto de venta de medicamentos, o proceden del “botiquín” doméstico, construido en base a episodios patológicos anteriores.

Según los tutores y acompañantes de los niños, solo 5 de los mismos (16%) declaran no haber emprendido ninguna acción antes de acudir al centro. Es significativo que dos de los cinco niños no presenten un cuadro sintomatológico frecuente. Aquejados de picores y erupción de granos, los síntomas no tienen asociados una farmacopea biomédica específica y común en el ámbito doméstico. El itinerario se orienta por lo tanto, hacia alternativas extra-domésticas que involucren a un profesional.

Solo 1 niño entre 22 (5%) tiene antecedentes en una “curandería”. Es decir que casi ninguno de los itinerarios terapéuticos infantiles cuenta, por el mismo padecimiento y a lo largo del mismo episodio patológico, con antecedentes asociados a la “medicina tradicional”. No obstante, el 14% de los niños llevados al centro, 3 de los 22, acuden al mismo tras haber recibido tratamiento en algún dispensario chino. Tal y como ya se ha comprobado en los antecedentes hospitalarios, los consultorios chinos constituyen una de las alternativas biomédicas extra-institucionales más en boga en el país. Los abordaremos con más detenimiento en el capítulo siguiente.

Siempre en referencia a las consultas de pediatría, el tiempo transcurrido antes de acudir a la consulta parece sensiblemente menor que en el hospital. La media se sitúa en torno a los 7 días en el centro de Salud la Libertad aunque con una gran variabilidad (entre 0,5 y 30 días). Asimismo, los niños llevados al centro han experimentado bastante menos alternativas terapéuticas (0,8 de media,) antes de acceder al centro de salud que aquellos ingresados en los servicios de pediatría en el hospital. La menor extensión del recorrido, en tiempo, y sobre todo en recursos, (la mitad que en el hospital,) sugiere, especialmente entre los usuarios habituales, la sistematicidad del recurso frente a problemas determinados.

Respecto a los adultos, las observaciones realizadas en los dos centros sugieren una jerarquización similar de los antecedentes. Más de la mitad, el 66 % reconoce haber consumido medicamentos manufacturados sin el aval de un profesional. Los antecedentes en los consultorios chinos alcanzarían en este caso el 25% de la muestra, cuando las alternativas “tradicionales” concernirían el 16% de los entrevistados. Solo el 25% asegura no haber emprendido ninguna acción antes de consultar en el centro. La mayor parte de los mismos, presentan sintomatologías extendidas pero peculiares en la medida en la que no han sido asociadas sistemáticamente a nivel popular, a un tratamiento farmacológico determinado: dolores en las articulaciones, hinchazón de algunas partes del cuerpo, o molestias en los genitales, seguidamente diagnosticados en el centro como fiebre tifoidea, filariasis y parasitosis.

Para los adultos, el tiempo transcurrido entre la identificación de los primeros síntomas y la consulta, parecen mayores que en el hospital, aunque el tamaño de la muestra no permita hacer conjeturas certeras. Los tiempos están

estrechamente vinculados a la sintomatología, y a la capacidad de los sujetos de estar en disposición de desempeñar las actividades cotidianas.

Tal y como en los servicios hospitalarios, las acciones de carácter terapéutico emprendidas antes de la consulta, contemplan en primera línea el consumo de medicamentos sin prescripción. Los consultorios chinos siguen desempeñando un lugar significativo, mientras que las demás alternativas privadas, inexistentes en la muestra, siguen siendo muy poco representadas. Los recursos asociados a “la tradición” permanecen minoritarios. Son con más frecuencia recurridos entre las primeras alternativas en adultos antes que en niños, pero intervienen generalmente no tanto antes sino después de los recursos biomédicos.

Cabe señalar que a diferencia del hospital, raras veces los usuarios de los centros de salud, tienen antecedentes en otras instituciones pertenecientes a la red pública de salud. No se han recogido para un mismo episodio patológico situaciones de descenso en la pirámide sanitaria, del hospital al centro de salud. El nivel de atención de los centros de salud en la jerarquía sanitaria parece claramente identificado. Existe por otra parte cierta equivalencia en términos terapéuticos entre los cuatro centros de salud. Raras veces la sensación de fracaso de la terapia impulsada en un centro motivará la búsqueda de otro centro. “Son los mismos” sancionaba una entrevistada. Se han recogido no obstante algunas excepciones:

M^a Hilaria (fang, 22 años), acudió al centro de M^a Rafols, donde le recetaron un tratamiento antipalúdico. No se queda convencida por el diagnóstico porque no se le han realizado las pruebas analíticas. Su hermana decide llevarla al centro de La Libertad, donde se le confirmarán sus sospechas: está embarazada.

El caso de José Luis (fang, 24 años,) es similar:

Tras una fiesta estudiantil, sufre dolores continuos en el antebrazo. Inicialmente lo asocia con el “exceso de cerveza”. Al día siguiente adquiere Mentholatum en una abacería maliense. Se trata de una pomada conocida en el país, generalmente utilizada para dolores musculares, y que no precisa prescripción médica. Frente a la persistencia de los dolores, acude al tercer día al centro de salud de La Libertad donde le recetan, sin previo análisis, el tratamiento para la fiebre tifoidea. A falta de los análisis, José Luis se irá a M^a Rafols donde le confirmarían el diagnóstico.

En la medicina humanista basada en la clínica, el saber del médico sobre el cuerpo del enfermo se hacía mediante la observación y la exploración de las señales del cuerpo. El uso actual de herramientas como el microscopio, los análisis bioquímicos, ubican la credibilidad en el diagnóstico tecnológico, y no

tanto en la percepción del facultativo (Raimbault y Zygouris; 1976:6). Los itinerarios de M^a Hilaria y José Luis manifiestan esta percepción de la biomedicina en términos tecnológicos, en detrimento de los saberes otorgados al sanitario. En ambas situaciones, la competencia del terapeuta es aprehendida en función de la coincidencia entre las expectativas terapéuticas del paciente, y las prácticas y decisiones del sanitario. Las expectativas del enfermo no solo se vinculan a la curación sino al camino que ha de emprender el curador para acceder a la misma. La distancia entre la representación y la práctica genera, como en los casos relatados, la desconfianza del paciente, y consecuente sucesión de dos centros de salud en principio equiparables desde el punto de vista de la terapéutica.

5. El recorrido pautado en los centros de salud

La claridad del recorrido en los centros, percibido y valorado por los usuarios, contrasta no obstante con los tiempos requeridos, a menudo deplorado por los mismos, para culminar todas las etapas terapéuticas pautadas. Si bien cada centro de salud dispone de su procedimiento, existen ciertos rasgos comunes en el recorrido del enfermo por las diferentes estructuras que detallamos a continuación. Dan cuenta de las principales razones que orientan hacia la movilización o la implementación de otras alternativas de cuidado.

Los centros suelen abrir sus puertas al público sobre las 8h de la mañana. Los enfermos sin embargo suelen aglutinarse ante las puertas del mismo mucho antes. De cara a limitar los tiempos de espera, algunos acuden con más de una hora de antelación. Para las madres, llegar a primera hora conlleva eludir o adelantar las tareas cotidianas relativas al cuidado del hogar, la preparación del almuerzo, o la preparación de los niños para la escuela. Cuanto más tardía sea la llegada, más larga será la espera. A partir de media mañana, (entre las 10 y las 11h según los centros, los días y la afluencia,) los recién llegados ya no serán atendidos, implicando la búsqueda de otro recurso, o la espera hasta el día siguiente.

Tras la apertura del centro, los pacientes entregan en admisión un cuaderno en el que deberían de figurar sus antecedentes médicos y en el que se anotan algunos datos sobre los síntomas (fiebre, diarrea, dolor de vientre, etc.). El uso del cuaderno, de tipo escolar, está generalizado en todos los organismos públicos de la ciudad. La utilidad efectiva del cuaderno tanto para los usuarios como para los sanitarios, no es tanto de carácter técnico, sino más bien administrativo. Los facultativos omiten con frecuencia la consulta de los antecedentes del enfermo en principio reflejados en el mismo. Por su parte, los usuarios lo pierden con frecuencia, adquiriendo uno diferente a cada nuevo episodio patológico. A falta del mismo, tienen la posibilidad de comprar uno en el mismo centro. El cuaderno no cumple las veces del historial médico que se

le supone. Es más bien un utensilio burocrático para la gestión de los enfermos en el seno de los centros sanitarios del país¹⁶⁸.

Tras la entrega del cuaderno, el paciente procede al pago de la consulta. Si bien las tarifas por las prestaciones de los servicios de salud integrados en la red pública son en principio establecidas por el gobierno, los costes de la consulta difieren de un centro a otro. No tan solo por la escasez de mecanismos de armonización implementados desde el nivel central, sino también por la relativa independencia con la que operan los centros privados. Los precios oscilan entre 300 y 1.000 F cfa para los adultos, y entre 150 y 500 para los niños.

En algunos centros, esta primera fase es completada por un breve chequeo en el que se toma la tensión arterial, la temperatura y el peso, elementos que permitirán determinar la posología del tratamiento. Los cuadernos serán entregados al facultativo, que llamará uno por uno a los pacientes por orden de llegada. En algunos casos, este orden puede ser alterado por la llegada de enfermos pertenecientes al círculo social de alguno de los trabajadores del centro. No obstante, el favoritismo parece menos frecuente, o menos visible, que en las estructuras hospitalarias. Raras veces es denunciado por los usuarios.

El terapeuta es generalmente asignado según el tipo de consulta (prenatal, pediatría o adultos). Si bien son generalmente llamados “doctor”, tanto la gestión de los centros de salud como la consulta son asumidas por asistentes técnicos sanitarios (ATS)¹⁶⁹. La relación con el cuerpo sanitario no constituye como en el hospital un motivo de deserción. Recibe en estas estructuras una buena apreciación. No obstante, permanecen algunas carencias técnicas y pedagógicas, especialmente en el marco de la consulta, ya recogidas en los servicios hospitalarios. El encuentro se construye en torno a un interrogatorio centrado en los síntomas en el que pocas veces se mencionan los antecedentes del paciente. Raras veces se procede a una exploración en la que el paciente se tumbe para ser observado. Por otra parte, tampoco se facilitan elementos de comprensión respecto al proceso patológico. Entre los usuarios entrevistados en los centros (32 en el centro la libertad y 20 en el centro de SOS) 13 de 52 usuarios (25%) no se encuentran en disposición de nombrar el padecimiento tras la consulta. Casi un cuarto de las personas entrevistadas en los centros responde por la negativa a la hora de identificar los factores asociados al paludismo o a la tifoidea, dos de los diagnósticos más frecuentes en el país. Ninguna de las personas contactadas ha sido informada acerca de los mecanismos de prevención, dietas alimentarias recomendadas para la

¹⁶⁸ Menéndez, en el contexto latinoamericano, y especialmente mejicano, realiza observaciones muy similares: “La anamnesis médica –señala- casi ha desaparecido, pese al reconocimiento técnico de su utilidad” (2005: 50).

¹⁶⁹ Solo cuatro médicos en el país trabajan en los centros de salud. Tres en los centros de Malabo, y uno en Bata, en el centro de salud La Libertad. Pertenecen a la brigada cubana de médicos.

recuperación (como el arroz en caso de diarrea por ejemplo.) o tiempo indicados de reposo.

Los pacientes por su parte, tampoco preguntan. Adoptan una postura pasiva y asumen que el ser informado, no es un imperativo inherente al proceso terapéutico.

-¿Que te ha dicho el médico?

-Me ha dado una receta.

-¿Para qué enfermedad?

(Suspira). -Si llegas donde el doctor, le explicas lo que pasa con el niño, el irá mirando al niño, tocándole... que le pasa con aparato y todo, entonces, pondrá la receta, que es lo que tienes que ir a comprar medicamentos, y entonces te dirán, eso para hoy, eso para mañana, tal hora tal hora tal hora, ¿qué más? ¿Qué más tiene que decir? (Ignacia, fang, 21 año, 1 hijo)

La situación descrita no se ajusta a la afirmación de Jaffré y Olivier de Sardan según la cual nombrar es el principio del tratamiento (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003:341). La comunicación de la designación de la enfermedad no se integra sistemáticamente ni en las prácticas de los sanitarios, ni en las expectativas depositadas en la interacción que se mantienen con él.

Ignacia, como otras entrevistadas, señala el carácter central de la receta en el intercambio con el sanitario. Descarta al mismo tiempo cualquier otra dimensión divulgativa. Si bien la explicación del padecimiento no hace parte de las acciones esperadas por el paciente, la unidireccionalidad de la relación, así como la importancia de la prescripción sí se inscriben entre las expectativas de los usuarios. Según las modalidades del encuentro, el proceso de curación emprendido requiere exclusivamente la adecuada administración de los fármacos recetados. No apela de forma sistemática, a la comprensión de la enfermedad por el paciente.

La consulta podría ser un espacio privilegiado para la divulgación. Fuera de ella, algunos centros introducen elementos de sensibilización: durante el trabajo de campo, solo los centros confesionales, realizaban charlas de forma sistemática en las propias dependencias de los centros, aprovechando el tiempo en el que enfermos y acompañantes permanecen a la espera de la atención. Generalmente poco participativas, se caracterizan por la falta de interacción e infantilización del público (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003:346).

Según las observaciones, el tiempo de la consulta oscilaría entre 3 y 5 minutos. No obstante, es difícil establecer una media. La mayor o menor extensión del encuentro queda sujeta a importantes variaciones en función del

facultativo, de la sintomatología, del sexo, de la edad, de las señas visibles del estatus social del paciente, de la cantidad de gente en espera, del centro, etc.

En base al diagnóstico previo establecido por el facultativo, se remitirá generalmente el paciente al laboratorio del centro para realizar los análisis pertinentes. Los casos de Hilaria o José Luis relatados más arriba, muestran la importancia otorgada a las analíticas por algunos usuarios. Son otras de las expectativas proyectadas sobre el acto terapéutico llevado a cabo en los centros. Su ausencia puede suponer el abandono de la estructura. Graciana por ejemplo, acudió al puesto de salud de Ntobo, localidad en la que vive, porque su hijo tenía fiebre. El agente de salud le facilitó unos antipalúdicos. Graciana inició la administración de los medicamentos. La fiebre del niño bajó. No obstante, Graciana emprendió el viaje a Bata al día siguiente donde acudió al centro de SOS, para asegurar el diagnóstico y conocer el estado de salud del niño mediante las pruebas pertinentes, “porque análisis –sentencia- sí que enseña todas las cosas”¹⁷⁰. Otorgan legitimidad y fiabilidad al proceso diagnóstico. Su ausencia puede incluso restar credibilidad al facultativo. Más aún en un contexto en el que las modalidades de comunicación con el sanitario no facilitan la manifestación de dudas, ni una interacción orientada a comprender mejor sus decisiones.

Los resultados tardan entre una y dos horas según el tipo de pruebas realizadas, por lo que los primeros pacientes en llegar no suelen disponer de los mismos antes de las 11 de la mañana. En el centro de SOS, es frecuente que los pacientes tengan que volver al día siguiente. De vuelta frente al facultativo y con los análisis en mano, la consulta se cierra con una receta con la que el paciente acudirá a la farmacia del mismo centro. De nuevo, deberá esperar pacientemente su turno para poder comprar los fármacos recetados.

Este recorrido largo y engorroso, aunque ciertamente necesario para la gestión de la alta demanda a la que son sometidos los centros, requiere al menos dos horas y media, y puede alcanzar las tres o cuatro horas según la afluencia, el retraso o la ausencia de algún miembro del equipo sanitario. Algunas veces es incluso necesario regresar al día siguiente para disponer de los resultados de las analíticas. A este tiempo, se suma el (o los) desplazamiento(s) de ida y

¹⁷⁰ Reproducimos parte del testimonio de Graciana: “No confío en esos medicamentos sin hacer antes análisis. Yo confío análisis. Por eso he venido aquí. he terminado de hacer consulta. Voy a venir mañana para hacer análisis. Le llevé en un puesto de salud. Allí no se hace análisis ni nada. Aquí sí que hace todo. Si que vas a saber lo que pasa con el niño. En el pueblo, solamente si tiene fiebre, le van a inyectar lo que sea. Por eso yo no confío si no se hace análisis. El resultado que viene, ahí, te viene a recetar un tratamiento, que yo voy a seguir. Los medicamentos que me dieron allí.... Cuando yo empecé a darle esos medicamentos, fiebre no subía más. No subía. Aún ahora no tiene fiebre, ...pero he venido para decir al doctor de que me puede hacer análisis. Me mira su hemoglobina y.....porque análisis sí que enseña todas las cosas.” (Graciana, fang 24 años, 1 hijo).

vuelta, y en caso de problemas de abastecimiento, frecuentes en algunos centros, la búsqueda de los fármacos recetados en otro lugar.

El largo camino del enfermo y sus acompañantes en el seno de las estructuras, no solo constituye uno de los elementos más recurrentes de queja entre los usuarios. También resulta uno de los principales motivos de descarte o deserción del recurso en beneficio de otras alternativas, a veces menos seguras, pero que ofertan mayor inmediatez.

“Yo llevo a mis hijos a la clínica en los chinos, cuando tengo dinero...si alguno de ellos tiene paludismo fuerte. Porque aquí [centro de salud de SOS] en el centro voy a venir a sentar. Allí [consultorio chino] se trata pronto. Aunque es difícil entenderse con ellos” (Imanda, fang, 26 años, 3 hijos)

“Hay a veces que tu llegas aquí [Centro de salud de SOS], encuentras muchas personas que no puedes...que no te pueden atender a tiempo vas a la clínica. Quizás en el hospital encuentras gente que es de la consulta y te dice ven, otras veces puedes encontrar un montón de gente que no puedes esperar, después te vas a la clínica.” (Jacinta, Fang, 22 años, 1 hijo).

“A veces muchas gentes, no hay forma para que te puedan atender muy rápido. Atienden bien allí, pero demasiada gente. Si no me levanto un poco temprano para llegar ahí, puedo venir aquí [hospital]. O comprar medicamento en la farmacia que yo se que el niño no está tan grave, puedo comprar medicamento, y le trato, y pasa. La enfermedad pasa.” (Matutina, fang, 25 años, 1 hijos)

El Hospital General, que a diferencia de los centros de salud, permanece abierto las veinticuatro horas del día los siete días de la semana, puede resultar, como para Jacinta, una de las alternativas entonces contempladas. Pero entre las posibilidades asociadas a la medicina occidental, es sobre todo la oferta privada quien saca mayor provecho de las limitaciones y disfuncionamientos del sector público.

El tiempo requerido para culminar el proceso en los centros, no siempre corresponde a la percepción de escasa gravedad que debería motivar la consulta en atención primaria. Los puntos de venta de medicamentos son una alternativa inmediata y menos costosa. Permiten ganar tiempo, y valorar la necesidad de recurrir a otras alternativas. Dan pie a eludir o retrasar el recurso a otras alternativas más costosas. Por otra parte, las clínicas privadas, y especialmente los consultorios chinos, si bien no siempre resultan competitivos desde una perspectiva cualitativa, sí resultan especialmente convincentes en cuanto a la inmediatez y rápida implementación del tratamiento. El alto índice de enfermos en el hospital y en los centros de salud

con antecedentes en estos espacios de terapia cuestiona no obstante su capacidad resolutoria.

El coste es otro de los aspectos a tener en cuenta en el descarte de los centros de salud. Dificulta o impide el acceso a los servicios a las personas y colectivos más desprovistos. Si bien los centros son las alternativas más asequibles entre las instituciones formales reconocidas por las instancias sanitarias nacionales e internacionales, su coste, y especialmente el de los medicamentos, sigue teniendo un impacto desestabilizante para la economía de la mayor parte de los hogares. Curarse para los más desprovistos económicamente implica privarse de lo esencial, a menudo la comida.

Marcelina (ndowé, 38 años, 10 hijos) perdió su trabajo como "limpiadora" tras su último embarazo. Su marido tampoco tiene un empleo fijo. 7 niños viven con ellos. Marcelina ha dispuesto un pequeño puesto delante de su casa en el que vende jabón, aceite, azúcar, especias, y otros productos del área doméstica. Marcelina acudió al centro La Libertad con dos de sus hijos enfermos. El coste total de los medicamentos adquiridos se elevó a 18.000 F cfa. Visitada en su casa dos días después de la consulta, el impacto del gasto permanecía palpable. El arroz blanco constituía aún el único componente de la dieta familiar. (Diario de campo, 5 de mayo 2011)

Cada etapa en la estructura, ya sea la consulta, los análisis, o la compra de fármacos, tiene un coste para el paciente, que difícilmente puede prever. En cualquier parte del itinerario, el individuo, a falta de recursos, puede abandonar el recorrido volviendo inútil los desembolsos previos. En los puntos de venta de medicamentos diseminados en toda la ciudad, el comprador tendrá sin embargo claro el coste total a sufragar. También dispondrá de la posibilidad de consensuar con el dependiente, el tratamiento más ajustado a su economía, que no siempre es el más adecuado para su salud.

Cabe señalar que en el centro de Salud de Etofilé, la matrona pregunta sistemáticamente a las mujeres embarazadas que atiende, la cuantía de dinero de la que disponen, de cara a priorizar, si fuese necesario, la prescripción (análisis, receta,) en función de las posibilidades de cada una. Este procedimiento, recogido demasiadas pocas veces, resulta especialmente acertado en la medida en la que contempla una dimensión capital de acceso a los cuidados. Asimismo, orienta al paciente en la priorización del gasto. Esta disposición previene la arbitrariedad a la que a veces queda sujeta la decisión de adquirir un fármaco en vez de otro, cuando no hay dinero suficiente.

El argumento cultural o la ignorancia como mecanismos explicativos no dan cuenta de los factores sociales que intervienen en el descarte de los centros de salud frente a un episodio mórbido. El tiempo requerido y el coste componen dos de las principales barreras estructurales inherentes a los centros de

salud, (a los que también en ocasiones es preciso añadir, el desconocimiento de los dos centros menos concurridos). Motivan la elección de otras alternativas de terapia, generalmente menos seguras, frente a situaciones en las que los propios interlocutores reconocen los centros de salud como los espacios de terapia más indicados. Son estas otras alternativas del espectro biomédico, las que serán abordadas en los dos siguientes capítulos.

CAPÍTULO 5:

Las lógicas del riesgo: las diferentes caras de la oferta biomédica privada

A partir de los años 2000, la atención sanitaria biomédica en Guinea Ecuatorial ya no se circunscribe exclusivamente al ámbito público y humanitario. Abarca desde entonces un sector mercantil variado y polifacético, que contribuye a diversificar las estrategias individuales y colectivas frente a la enfermedad. Se han abordado en capítulos anteriores algunas de las alternativas más destacadas que atestiguan de la progresiva privatización de determinados sectores del ámbito sanitario: los centros de salud privados, confesionales o no, insertados en el sistema público de salud; la implementación de clínicas de alta gama promovidas desde las más altas esferas políticas del país; o incluso el Instituto de la Seguridad Social, reservado a sus subscriptores y cuya gestión en Bata, ha sido en parte delegada a la empresa española ASISA.

También han emergido desde el paso del milenio, una pluralidad de micro-actores privados, con grandes disparidades en cuanto a la formación del personal sanitario, la calidad de las infraestructuras técnicas y el precio de la consulta. Si algunas ejercen amparadas por las debidas autorizaciones del Ministerio de Sanidad, otras muchas no disponen de ningún asiento legal. En realidad, la multiplicación de los empresarios sanitarios, compone una oferta heterogénea, formal e informal de consultas, dispensarios y clínicas, sujeta a un escaso control por parte de los poderes públicos. Algunos guineanos, pero sobre todo centenares de espacios regidos por la diáspora china conforman el sector. Los antecedentes terapéuticos de los pacientes del Hospital General y de los centros de salud, ha puesto de manifiesto la utilización frecuente de las alternativas derivadas del mercado sanitario liberal, y especialmente de los consultorios y clínicas chinos. Cabe por lo tanto cuestionarse sobre los saberes y modalidades de uso que les son generalmente asociados.

Cabe señalar que no se ha podido llevar un trabajo de campo riguroso en estos espacios, por falta de tiempo, pero sobre todo, por motivos ligados al carácter de la oferta. La credencial de la que disponía, otorgada por una ONG local de cierto renombre en el país, facilitaba el acceso a ciertas estructuras públicas, pero carecía de legitimidad en el sector privado, y menos aún en las clínicas y consultorios chinos, que componen el espectro más amplio de la oferta privada. La opacidad que rodea el registro de muchas de estas estructuras en la delegación de sanidad, en principio necesario para dispensar legalmente cualquier atención sanitaria, conlleva reticencias comprensibles a la hora de

constituirse como objeto de observación. Gran parte de la información expuesta a continuación procede por lo tanto de las entrevistas realizadas en otros espacios de terapia, y de la experimentación de estos espacios como acompañante. Estas alternativas requerirían no obstante un trabajo más exhaustivo.

La heterogeneidad registrada en el sector privado hace difícil la definición del producto. Los discursos y recorridos recogidos delinean no obstante, dos caras de la oferta privada en el ideario social. Por una parte, las clínicas y gabinetes de consulta, generalmente a manos de guineanos, y por otra, los consultorios y clínicas regentados por la diáspora china. Esta distinción, si bien no obedece a criterios cualitativos objetivables (cualificaciones de los practicantes, equipamiento, normas de calidad, higiene etc.) esboza elementos de diferenciación vertical de los productos, que marcan en gran parte sus modalidades de uso. Mientras los primeros suelen ser caracterizados por su elevado coste, y albergan ciertas expectativas (no siempre correspondidas,) en términos de calidad, los segundos son a menudo destacados por la “fuerza” de sus tratamientos, al mismo tiempo que temidos por la escasa calidad del proceso diagnóstico y posibles efectos adversos de la terapéutica implementada.

En las siguientes líneas, abordaremos las lógicas que rigen las modalidades de inclusión de estas diferentes “micro-unidades de salud” (Boidin y Savina, 1996) en los recorridos en busca de atención¹⁷¹. Esta oferta se caracteriza a menudo por imperativos mercantiles, en detrimento de planteamientos sanitarios, y por el respecto variable o parcial de la reglamentación sanitaria. En este sentido, cabe cuestionarse sobre las lógicas que integran estos recursos en el panorama de las posibilidades; lógicas, raras veces compatibles con la búsqueda o la exigencia de calidad, y ni tan siquiera, con el rastreo de los precios más asequibles.

1. Clínicas y consultorios guineanos

Las micro-empresas sanitarias más prestigiosas y conocidas de la ciudad de Bata, son estructuras fundadas y gestionadas por médicos de nacionalidad guineana formados en el extranjero. Disponen de material sofisticado y de precios poco asequibles para el grueso de la población. Entre las más

¹⁷¹ El centro médico la Paz en Bata, como otros establecimientos de alta gama ubicados en Malabo y Mongomo que cuentan con participación del Estado y de los más altos mandatarios del país en su capital no serán abordados aquí. Lo han sido en el primer capítulo. Cabe señalar que estos complejos sanitarios, equipados de alta tecnología y con plantilla expatriada, no tienen punto de comparación en cuanto a los medios financieros, humanos y tecnológicos que caracterizan el mercado sanitario liberal, objeto del presente capítulo. Asimismo, integran solo una ínfima parte de los itinerarios terapéuticos.

destacadas, cabe señalar la clínica la Salud, y la clínica Espoir Litoral. Se sitúan en el segundo escalón asistencial, que incluye operaciones sencillas, exploraciones y otras tareas de policlínica que no implican largas hospitalizaciones, ni atención especializada. La clínica Los Hermanos, la clínica Socorro o Alene, sin capacidad de hospitalización, también se encuentran entre los espacios privados más conocidos y concurridos.

También existen una multitud de gabinetes de consulta difícil de contabilizar. Si bien la mayor parte operan como generalistas, algunos tienen además una especialidad ginecológica o pediátrica. Muchos de los mismos, han ejercido, o siguen ejerciendo en la función pública. Varios médicos conocidos del Hospital General mantienen incluso una consulta privada en las mismas inmediaciones del hospital, probablemente por cuestiones prácticas y logísticas fáciles de deducir. Cabe señalar que entre los proveedores de atención del sector, algunos no son médicos sino enfermeros o ATS¹⁷².

Los precios de la consulta son relativamente altos. Oscilan según las estructuras consultadas, entre 4.000 y 6.000 F cfa, y pueden alcanzar 15.000 F cfa, como en la clínica Litoral. Se trata de recursos asociados a una clase media incipiente con ingresos mensuales fijos, situación que caracteriza de momento a una minoría de la población guineana. El nivel de escolarización parece también desempeñar un papel significativo a la hora de recurrir a las clínicas privadas más destacadas. Por otra parte, algunas clínicas disponen de un convenio con una empresa privada que exime a sus trabajadores y familiares cercanos del pago directo de los cuidados en caso de enfermedad.

Los usuarios habituales que lo contemplan como el primer recurso extradoméstico proceden generalmente de las clases menos desprovistas. No obstante, las clínicas también constituyen un recurso ocasional para otros, frente a la percepción de urgencia y abarrotamiento de los centros de salud. En algunos de los itinerarios recogidos, el recurso a las estructuras privadas interviene tras el abandono de alguno de los centros de salud, al constatar la alta afluencia en el mismo, y deducido los consecuentes tiempos de espera. El sector privado también se erige en alternativa, tras el fracaso de los recursos pertenecientes a la red pública. La percepción de ineficacia de los recursos anteriores y permanencia o empeoramiento de la situación invita a contemplar desembolsos económicos mayores, y si fuese necesario, la movilización de las

¹⁷² En esta esfera, muchos actores evolucionan con un perfil más o menos informal, ofertando servicios de proximidad relativamente asequibles económicamente. Una partera conocida por ejemplo, ha dispuesto un paritorio bastante solicitado en el barrio de Etofilí. También se recogen alternativas discretas que no se encuentran directamente a pie de calle. Enfermeros, auxiliares, fuera de sus horarios de trabajo o jubilados, atienden en su domicilio a vecinos y familiares. Son solicitados para cuestiones puntuales, generalmente de escasa gravedad, o a falta de medios, o de noche, a la espera de acudir por la mañana a alguna estructura. . Algunas estipulan tarifas fijas mientras otros aceptan la voluntad. Esta heterogeneidad precisaría un trabajo etnográfico específico.

redes sociales generalmente vinculadas al parentesco para hacer frente a los gastos. En todo caso, el paso del sector de la red pública a los centros privados acontece cuando junto al sentimiento de irresolución, existen los medios económicos para ello.

Las clínicas y consultorios privados, no son necesariamente valorados por los medios tecnológicos de los que disponen. Algunas clínicas, a falta del equipamiento requerido, remiten con frecuencia sus pacientes a los centros de salud para la realización de pruebas diagnósticas específicas. Son otros elementos de juicio los que orientan la demanda hacia este sector. La ya señalada mayor prontitud en la atención en relación con el sector público resulta clave, especialmente frente a la percepción de gravedad y urgencia. La mayor atención a las convenciones sociales, la cortesía, y la percepción de escucha son a menudo recalçadas. Asimismo, la posibilidad de desarrollar una relación de mayor proximidad y confianza con el proveedor de atención, o el mayor resguardo de la privacidad del paciente, especialmente valorada en temas ginecológicos por ejemplo, constituyen elementos de valoración que también orientan la demanda¹⁷³.

También cabe señalar la mayor afluencia de adultos en el sector privado que en el sector público. Algunas madres que acuden a los centros de salud para sus hijos, reconocen acudir a las clínicas cuando son ellas las afectadas.

2. Clínicas y consultorios chinos

La emergencia de Guinea Ecuatorial en el tablero internacional mediante la explotación del crudo, ha supuesto repercusiones inmediatas en el mercado nacional de la salud. Desde los años 2000, la internacionalización del país se ha acompañado de la diversificación de la oferta terapéutica, especialmente biomédica, en la que se enmarca la proliferación de clínicas y consultorios a manos de la diáspora china.

Existen líneas maestras que guían las modalidades de la intervención china en África. El gigante asiático precisa materias primas para alimentar su mercado interno. Pero a diferencia de los países occidentales, quienes con frecuencia precisan adecentar algunos de sus socios económicos, China muestra escasa preocupación por cuestiones vinculadas al respecto de los derechos humanos o a la degradación del medioambiente.

En vísperas de las perspectivas petrolíferas prometedoras que auguraba el país africano, China condonó la deuda externa de Guinea Ecuatorial en 2001.

¹⁷³ A tenor de las entrevistas, los problemas ginecológicos parecen constituir un motivo frecuente de consulta en el sector privado.

En la actualidad, es uno de los principales exportadores de petróleo y madera. Al mismo tiempo, empresas chinas llevan a cabo la construcción de infraestructuras de grande envergadura en toda la geografía del país (carreteras, viviendas, puentes, etc.), obras para las que miles de trabajadores asiáticos han sido reclutados.

Más allá de los lineamientos globales de la estrategia asiática en el país, se ha desarrollado como en otros países africanos, una multiplicidad de acciones que surgen “desde abajo” (Hugon, 2010). En paralelo a las políticas de ayuda e intercambios comerciales gestados entre ambos Estados, pero con el asenso del Estado asiático, migrantes chinos en búsqueda de nuevas oportunidades, emprenden iniciativas particulares (Chaponnière, 2008).

La creciente población china, probablemente la diáspora más numerosa en el país, atraída por la economía del petróleo, orienta sus actividades hacia numerosos sectores. Gran parte de los minoristas de los mercados de Bata son de esta nacionalidad. Tiendas de diferentes usos domésticos, restaurantes y bares, laboratorios de fotos, reparación de teléfonos, son algunos de los negocios más característicos. Comúnmente denominados “los chinos” independientemente del servicio que ofrecen, este enjambre de negocios también abarca la dimensión sanitaria.

A diferencia de otros contextos, como Mali o Camerún (Bourdarias, Dozon, Obringer, 2014:11) las prácticas terapéuticas “tradicionales” chinas no se han desarrollado en el contexto guineano. La mayor parte de los servicios sanitarios ofertados por la diáspora china se inscriben en la órbita biomédica. La venta de medicamentos, pequeños consultorios a pie de calle o estructuras más ambiciosas componen sin embargo un abanico amplio de posibilidades. La mayor parte de los establecimientos son consultorios, sin capacidad de hospitalización. Aún así, y a falta de las autorizaciones pertinentes, algunos contornan la ley practicando el ingreso diurno, y solicitando a sus pacientes-clientes el regreso al día siguiente.

La competitividad de los establecimientos chinos no es apreciable a tenor de la frecuentación de cada estructura por separado, sino en términos de conjunto. Si bien existen algunos más céntricos y espaciosos bastantes concurridos, como la “clínica china AA” o la “clínica 88”, la proliferación y dispersión geográfica en la ciudad de pequeños espacios, con pocos clientes y escuetos tiempos de espera, los erige hoy en la mayor alternativa del país asociada a la biomedicina. Las autoridades sanitarias distritales estimaban en 2011, que a pesar del cierre de muchos de estos espacios por los poderes públicos en el 2009, superarían aún el centenar en la ciudad.

Muchos de estos espacios no están debidamente registrados en la delegación provincial de sanidad lo que obviamente dificulta su computo. Asimismo la combinación de diversas actividades comerciales en numerosos establecimientos participa de la percepción de opacidad que rodea la oferta.

Junto a la venta de baratijas de todo tipo, o a un estudio fotográfico, se agrega la venta de medicamentos o incluso “atención sanitaria”. Mostradores acristalados combinan fruslerías, recambios móviles, objetos de decoración, tisanas chinas, y fármacos importados de India o China.

Al igual que en el resto de organismos privados, la calidad de sus instalaciones técnicas y la formación del personal sanitario varían mucho de una estructura a otra. Existe a pesar de las diferencias estructurales, convergencias significativas en las representaciones y saberes populares en torno a estas alternativas sanitarias. Giran en torno al carácter práctico del recurso, al mismo tiempo que emiten reservas en cuanto a la calidad de la atención prodigada.

a. Valoración del acceso a los cuidados: inmediatez y proximidad

Las limitaciones lingüísticas constituyen uno de los principales motivos de queja respecto a los establecimientos chinos. Pocos dependientes disponen de un buen manejo del español, y menos aún de las lenguas vernáculas.

“Hay muchos que ni siquiera entienden el español y cuando le explicas algo, de que esto es lo que me pasa, no te coge bien”
(Cecilia, fang, 32 años, 4 hijos).

“Te puede dar cualquier cosa, que no es para tu enfermedad”
(Dolores, bisio, 22 años 2 hijos).

Frente a las recurrentes reservas emitidas respecto a la inhabilidad lingüística de los proveedores chinos, otros factores dan cuenta de la competitividad de estos establecimientos en el mercado de la salud. Diseminados en toda la geografía urbana, están presentes en casi todos los barrios de la ciudad. Permanecen abiertos todos los días de la semana, hasta altas horas de la noche, acaparando buena parte de la demanda fuera de los horarios de los centros de salud¹⁷⁴.

Cabe también señalar que los tiempos de espera son relativamente cortos. En algunos casos, la atención es casi consecutiva a la llegada. La directa consecución de la fase diagnóstica y terapéutica, (incluso en ocasiones la inexistencia de la primera,), y la disponibilidad sistemática del tratamiento prescrito, participan de la percepción de continuidad del servicio. Ofertan en definitiva un servicio de proximidad geográfica e inmediatez en la atención.

¹⁷⁴ Algunos de los pacientes entrevistados en los centros de salud reconocían haber probado suerte con anterioridad en los establecimientos chinos, sin resultados satisfactorios, en la medida en la que en el momento en el que emprendieron la búsqueda de atención, los centros de salud estaban cerrados.

“Si tengo prisa voy a los chinos porque aquí en los centros de salud, se espera mucho.” (María Gertrudis, bisio, 23 años, 1 hijo).

Dolores, quién manifestaba más arriba sus reservas respecto a los malentendidos derivados de la lengua, reconocía sin embargo haber recurrido en varias ocasiones a los consultorios chinos:

“También suelo ir en las clínicas porque a veces no tengo tiempo para ir por la mañana [al centro de salud], y, por la tarde si que a veces tengo tiempo por eso voy en las clínicas por la tarde”. (Dolores, Bisio, 22 años 2 hijos)

Las reservas emitidas no desacreditan el recurso. Más bien lo contextualizan. Imanda, quién también parece relativizar la cuestión lingüística frente a los tiempos de espera que caracterizan los servicios públicos, ha acudido a los establecimientos chinos en varias ocasiones:

“Yo llevo a mis hijos a la clínica en los chinos, cuando tengo dinero...si alguno de ellos tiene paludismo fuerte. Porque aquí [centro de salud de SOS] en el centro voy a venir a sentar. Allí [consultorio chino] se trata pronto. Aunque es difícil entenderse con ellos” (Imanda, fang, 26 años, 3 hijos)

Si bien el recurso se inscribe en la búsqueda de inmediatez en la atención, también queda supeditado a la disponibilidad de recursos económicos. Las tarifas de “los chinos”, especialmente el coste de los tratamientos, suele ser elevado. En este sentido, en un contexto caracterizado por el escaso nivel de ahorro de los hogares, se genera una alternancia de recursos en función de las capacidades de desembolso del momento.

“Aquí [centro de salud de SOS] tienen medicamentos un poco menos precio que en los chinos. Cuando no tengo dinero vengo aquí. Para que mi bebé la fiebre la baja muy pronto, voy en los chinos, porque allí es rápido pero con mucho dinero.... Y cuando tengo poco dinero vengo aquí o Hospital General” (Kelvina, fang, 23 años, 1 hijo)

Hay mayor afluencia de adultos, y especialmente de hombres en los consultorios chinos que en los demás espacios de terapia de carácter biomédico. Si bien no congregan más hombres que mujeres, el recurso parece barajarse con mayor facilidad que en la esfera pública, cuando el enfermo o el gestor de la terapia es un hombre (el padre, el marido, o el hermano). Pilar, tras desfallecer en la calle, es acompañada por su hermano a un consultorio chino. Venancia, con fuertes dolores en el cuello, fue llevada por su marido a una clínica china. En varias ocasiones se han observado orientaciones diferentes en una misma unidad familiar, frente a episodios patológicos

similares relativos a los niños: mientras la madre acude a los centros de salud, en su ausencia, el padre acude a los “chinos”.

Varios elementos pueden dar cuenta de esta tendencia. Los criterios de proximidad e inmediatez parecen adquirir una especial relevancia para los hombres a la hora de constituirse como paciente o acompañantes. Tampoco se puede eludir que los hombres son los principales detentores de los recursos económicos en la mayor parte de los hogares. Se aprecia en este sentido mayor proclividad a asumir desembolsos sanitario mayores, como los requeridos en estos espacios, cuando es su tiempo el que está en juego. Por otra parte, el binomio madre-hijo constituye el eje prioritario de sensibilización de los programas nacionales de salud, asociados a los centros de salud y a los hospitales. La figura del acompañante y cuidador en los servicios de la red pública y largos tiempos de espera en los mismos, integra los roles y responsabilidades asociados y asumidos por las mujeres.

b. Percepción y valoración de los procedimientos diagnósticos y medicamentosos: el espejismo tecnológico

La oferta vinculada a la diáspora china es muy heterogénea. Algunos establecimientos, una minoría, están muy bien equipados. El centro de salud de SOS por ejemplo remite sus pacientes a una clínica china en Alena para hacer ecografías. Otros ostentan carteles en los que se puede leer “aquí se hacen análisis”. El reclamo no pasa inadvertido, dado que en la mayor parte de estos espacios sanitarios, los procedimientos diagnósticos son someros, y a menudo blanco de las críticas.

“No me gusta allí, porque ellos no hacen análisis, no hacen otra cosa. Si tú le dices que mi niño tiene fiebre, solamente va a coger inyección, le ponen, y no está bien así. Si un niño tiene paludismo hay que hacerle los análisis.” (Flora, fang, 32 años, 4 hijos)

“No me gusta ir donde se que ellos y yo no nos entendemos. Y allí también no hacen análisis. Te dan medicina vas en casa, si empeoras, vas ahí más, te dan otra medicina, pero no saben lo que tú tienes o niño tiene.” (Inés, ndowé, 37 años, 2 hijos)

“No atienden bien a los niños ahí. Solo miran lo que tiene el niño y terminan a poner medicamentos y eso, suero. No le van a hacer los análisis o que. Lo que me gusta en el centro de salud...hacen análisis ahí, para saber la enfermedad que tiene” (Trifonia, Fang, 19 años, 1 hijo).

Como en otros espacios de terapia de carácter biomédico, se aprecia por una parte, la infravaloración del proceso diagnóstico, especialmente del examen

clínico mediante las técnicas del cuerpo, en beneficio del examen instrumental (análisis, radiografía, ecografía etc.); y por otra, una percepción del intercambio terapéutico, esencialmente en términos farmacológicos. El tipo de relación establecido en los establecimientos chinos materializa quizás más que en ninguna parte esta doble percepción de la terapia biomédica. Esta representación de la terapéutica moderna, orienta parte de la demanda, y es en parte respondida y retroalimentada por la oferta china. El servicio ofertado se fundamenta esencialmente en la dimensión farmacológica de la intervención.

Frente a la falta de referencias lingüísticas compartidas y a las limitaciones de la comunicación resultantes; ante procedimientos diagnósticos deficitarios fundamentados en vagas indicaciones sintomatológicas, y raras veces “objetivizados” mediante las pruebas diagnósticas, las expectativas proyectadas son esencialmente de carácter tecnológico¹⁷⁵. Con o sin analíticas, la valoración positiva de la terapéutica implementada radica esencialmente en la efectividad medicamentosa.

*“Los chinos que tienen los medicamentos “que curan pronto”:
“Que si por ejemplo tiene fiebre, se lleva en los chinos, le dan medicamento, no pasa dos días ni...eso termina”. (María Gertrudis, bisio, 23 años, 1 hijo)*

“En los chinos ahí es fácil para curar pronto. Los medicamentos que te dan ahí son fuertes Cortan vómitos y diarrea muy pronto”. (Josefa, fang, 46 años, 7 hijos).

La relación terapéutica contrasta por ejemplo con la relación social que establece generalmente el vendedor de medicamentos cuyo éxito radica precisamente en generar el sentimiento de escucha, preámbulo a la sociabilidad, y cuya confianza radica más en la relación establecida que en el producto.

La inyección o perfusión de sueros, especialmente en boga en estos espacios y a menudo valorizado por los usuarios, ilustra sin lugar a duda el carácter esencialmente farmacológico del encuentro terapéutico. En detrimento de la ingesta de comprimidos, se aprecia una extendida preferencia por las inyecciones, probablemente derivada de la representación de una activación directa, instantánea y generalizada en el cuerpo del tratamiento. Más allá del

¹⁷⁵ Desde el propio Estado, se ha apostado por un sector privado de alta gama, equipado de alta tecnología como el Hospital la Paz, en el que la atención es prodigada por médicos expatriados. Gran parte de los mismos, israelitas, tampoco hablan español, y se comunica en inglés. Comparte con los chinos las barreras lingüísticas con la mayor parte de la población, aunque que el personal paramédico de la institución es guineano. La implementación de este tipo de complejos sanitarios, reproduce una aprehensión de la biomedicina fundamentalmente tecnológica, esencialmente caracterizada por su manifestación material antes que aprehendida como un corpus de saberes.

impacto fisiológico y de la posible percepción inmediata de mejora, el dolor sentido en el momento de la administración del producto es percibido, al igual que en otros contextos, como garantía de la puesta en acción del medicamento (Dorier-Apprill, 1989, 276)¹⁷⁶.

La sobrevaloración de los tratamientos por inyección puede explicar la legitimidad, a ojos de los usuarios, de los altos costes que parecen dispuestos a desembolsar en estos espacios de terapia, a veces en detrimento de otros gastos de primera necesidad, ya que la facturación es más alta que cualquier otra forma de administración. Estas concepciones del medicamento también orientan la elección de uno u otro recurso en el abanico biomédico.

Los riesgos asociados a la falta de higiene en el manejo de las agujas por ejemplo, (incertidumbre que algunos observadores extienden al sector público,) no integran los discursos acerca de este tipo de recursos sanitarios. No obstante, los testimonios entusiastas son a menudo mitigados por la altísima frecuencia de experiencias terapéuticas fallidas. La rápida percepción de mejora suele verse rápidamente desbaratada por la reaparición o el empeoramiento del estado del enfermo. Interrogado en el centro de salud, Juan comenta:

“Yo fui en los chinos dos veces. Cada vez se calmaba la fiebre y se volvía a subir.” (Juan, fang, 35 años 4 hijos)

La resurgencia de los síntomas tras algunas horas ha sido recogida en innumerables ocasiones y propicia en muchos casos, el abandono del recurso antes de la toma siguiente. Durante el trascurso de su embarazo, Irene, y sus dos hijas enferman. Su marido, quién asume entonces la gestión de la terapia, les lleva a una clínica china en Etófilí, a la que él ha acudido en varias ocasiones. Las tres enfermas, serán inyectadas con suero por la mañana, por un coste de 15.000 F cfa cada una. Su estado experimenta una mejora notable a lo largo del día. No obstante, constatando el empeoramiento de las tres enfermas, acudirán al Hospital General a la mañana siguiente.

Irene ya disponía con anterioridad de una mala experiencia en estos establecimientos:

“Yo tomaba comprimidos de los chinos. Ese comprimido de un mes. Cuando yo lo tomo así a veces paso tres meses sin ver la menstruación. Uhmhm. Para que venga ahora yo tengo que ir ahí a comprar medicamento, inyectar para provocarlo. Ahí tú vas a tener hemorragia. A pararme que yo no lo tomo más que me está haciendo así ahí cogí embarazo más. Pero los medicamentos de

¹⁷⁶ Observaciones similares han sido realizadas en otros contextos: Véase por ejemplo Bledsoe & Goubaud (1988: 263) en Sierra Leona, Diarra (1993: 185) en Bamako, o Monteillet en Camerún (2005). Respecto a la popularidad de las inyecciones en los países del sur, véase Vibeke Reeler (1990).

los chinos schsst! Para mí ya no me gusta.” (Irene, bisio, 28 años, 3 hijos)

La frecuencia de las experiencias fallidas admiten diferentes mecanismos explicativos que invalidan el recurso para unos, mientras que para otros, limitan en ocasiones ulteriores sus modalidades de uso. En ocasiones, la supuesta ambivalencia de los tratamientos sugiere ciertas similitudes con representaciones antiguas de la terapéutica, según las cuales la fuerza de un medicamento, también se mide en base a su peligrosidad o posibles efectos adversos. Constituirían el revés de una “medicina fuerte”. Melchor por ejemplo, si bien emite ciertas dudas respecto a los contenidos de los fármacos, parece acomodarse de los peligros que percibe:

“Yo mismo suelo ir, porque el tratamiento de allí va muy rápido, aunque nosotros, esas mezclas que esa gente hace ahí, no estamos tan de acuerdo, pero si da efecto rápido ... como quizás pueden poner sobredosis, solamente para que alguien se... se cure pronto.” (Melchor, fang, 25 años)

Guillermo por su parte, acompañante en varias ocasiones, cuestiona directamente la eficacia terapéutica del recurso:

“Los medicamentos de los chinos tienen droga, porque te sientes bien, y después de un poco tiempo, vuelves a estar.... Te vuelve a molestar otra vez.” (Guillermo, ndowé, 59 años, ndowé)

c. ¿La invariabilidad del tratamiento independientemente del mal?

La invariabilidad del diagnóstico independientemente del cuadro clínico, probablemente derivado de la supuesta inconsistencia de la fase diagnóstica, es otro de los aspectos a menudo puesto en tela de juicio.

“Yo no puedo ir más en los chinos. Porque ellos no saben de que tu sufres, solo cuando tu le explicas dice que paludismo siempre.” (Irene, bisio, 28 años, 3 hijos).

“Yo veo que estos están sanando paludismo, no otra cosa. Yo veo que esa gente, todos los medicamentos que dan a la gente son para paludismo y diarrea.” (Pilar, fang, 26 años, 2 hijos)

Estas diferentes vertientes del discurso crítico respecto a la terapia impulsada en estos establecimientos coinciden y se alimenta de las perspectivas desarrolladas por los sanitarios de la esfera pública. Según los responsables del comité distrital de salud de la ciudad, los tratamientos se aplicarían sin

criterios relativos a la dosificación, al peso o a la edad del enfermo. La ausencia de correspondencia entre los tratamientos y el padecimiento no solo concerniría las inyecciones in situ, sino también la venta de medicamentos y habría sido, al parecer, comprobada por las autoridades sanitarias.

Las clínicas y consultorios chinos constituyen, más allá de la atención sanitaria, proveedores importantes de fármacos, con o sin receta. Los medicamentos, etiquetados en chino y sin prospecto, no permiten comprobar su función y modalidades de administración. Algunos responsables sanitarios consultados narran cómo un alto funcionario del ministerio, tras comprobar el empeoramiento del estado de salud de su hijo después de la compra de medicamentos en un consultorio chino, remitió su conductor al mismo establecimiento, con una receta en la que se habían anotado los principales platos gastronómicos del país. El dependiente entregó a cambio de “la receta”, varias cajas de medicamentos etiquetadas en chino. Según otras variantes de la anécdota, de dominio público, fueron los ciudadanos y no las autoridades quienes alertaron y demostraron que el arsenal terapéutico desplegado en algunos establecimientos es aplicado invariablemente, independientemente de la receta o de la patología. En todo caso, la situación manifestaba no solo las carencias deontológicas y la moral exclusivamente mercantil que regían las actividades de muchos de estos establecimientos, sino también la falta de garantías en cuanto a la cualificación profesional de los proveedores sanitarios chinos.

Estas circunstancias motivaron en 2009 la inspección y consecutivo cierre por orden ministerial de numerosos establecimientos chinos por todo el país. Hoy, gran parte de los mismos han reabierto sus puertas, poniendo de manifiesto los escasos mecanismos de control y supervisión llevados a cabo por las autoridades sanitarias nacionales.

Según la ley vigente, las clínicas, consultorios, farmacias e importadores de medicamentos deberían de cumplir ciertos requisitos y disponer de la autorización del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, para poder llevar a cabo sus actividades. Como numerosos países del continente, persiste un abismo entre una legislación a todas luces inadaptada, y su aplicación cotidiana. Tras las inspecciones realizadas en numerosos establecimientos privados, especialmente en aquellos regentados por la diáspora china, se comprobó que muchos no disponían de las autorizaciones requeridas. También se advirtió que los documentos exhibidos por los responsables de algunos locales, gozaban, sin reunir las condiciones requeridas, de las firmas de directores nacionales, delegados o secretarios provinciales, y en ocasiones, de simples sanitarios sin ninguna autoridad. Si bien se cerraron algunos establecimientos, nunca se tomaron medidas que sancionasen las lógicas clientelistas que siguen operando en el sector, ni los firmantes de autorizaciones que no se ajustaban a las normativas sanitarias vigentes.

d. Modalidades de uso asociadas a los establecimientos chinos

Si bien están supeditados a la disponibilidad de recursos, las clínicas privadas más destacadas y los establecimientos chinos ocupan lugares distintos en los itinerarios terapéuticos. Los usuarios habituales de las primeras proceden de las clases menos desprovistas. Disponen de un oficio normado o de una fuente de ingresos estable. En otros itinerarios, su recurso interviene tras el fracaso de las instancias públicas. “Los chinos” por su parte, atraen una clientela mucho más heterogénea y a menudo más vulnerable desde el punto de vista económico. Subyace la idea que las principales clínicas privadas son mucho más caras que la oferta china. Si bien el coste de la consulta parece sensiblemente más barato (entre 2.000 y 5.000 F cfa) que el resto de la oferta privada, los altos costes generalmente derivados de los tratamientos implementados suelen ser equiparables o incluso mayores¹⁷⁷.

A diferencia de algunas clínicas, de las consultas privadas y de los centros de salud, se ha registrado pocas veces relaciones terapéuticas de confianza establecidas en el largo plazo¹⁷⁸. No solo resulta de las inhabilidades lingüísticas, que dificultan la proximidad social, sino también de la alta incidencia de los fracasos terapéuticos.

La alta frecuencia del paso preliminar por las clínicas y dispensarios chinos en los recorridos de los pacientes del Hospital General y Centros de Salud (expuesta en los capítulos anteriores,) atestigua del carácter a menudo poco resolutivo del recurso. El término “clínicas chinas suicidas” acuñado por la bloguera Melibea Obono Ntutumu (2013) da cuenta de una percepción extendida de estos espacios y de la recurrencia de experiencias negativas que les son asociadas, y que sin embargo, contrasta con la alta demanda a la que son sometidos.

Los espacios de terapia generalmente designados como “los chinos” despiertan sentimientos encontrados. Frente a la inmediatez de la atención, subyacen los posibles malentendidos derivados del idioma, las deficiencias del proceso diagnóstico y las escasas garantías respecto a la cualificación de los proveedores de atención. Al mismo tiempo que se destaca la “fuerza” y rapidez de sus tratamientos, son simultáneamente temidos por los posibles efectos adversos, e inadecuación de la terapia con el padecimiento. En todo caso, las

¹⁷⁷ La percepción de mayor accesibilidad económica puede derivar del estado vetusto de muchas de las instalaciones. Por otra parte, los servicios ofertados por la diáspora china (el vestir, ventilar, amueblar, alumbrar, decorar, fotografiar...), son asociados, como en otras partes del mundo, a precios relativamente asequibles, productos de mala calidad, pero de ningún modo exentos de utilidad para las necesidades del corto plazo. Estas valoraciones son en parte extensibles a la oferta sanitaria.

¹⁷⁸ Aunque sería preciso hacer un trabajo de campo más exhaustivo, las relaciones terapéuticas duraderas establecidas sobre varios años que han sido recogidas corresponden a pequeños consultorios médicos, en los que el facultativo dispone de un largo recorrido en el país y de un nivel de español suficiente para la sociabilidad e interacción terapéutica.

críticas, acerbas, no descartan necesariamente el recurso, como tampoco lo hacen con los hospitales públicos.

La evaluación de los riesgos ilustra la multiplicidad de las lógicas que presiden a la construcción de los itinerarios terapéuticos. Más allá de la competencia atribuida a los curadores, la evaluación de los dispensadores de servicios biomédicos se realiza también en base al grado de continuidad del servicio en el seno de la estructura, a la disponibilidad de los medicamentos, los tiempos de espera o los horarios de apertura. Recurridos en horarios de cierre de los centros de salud, en situaciones dictadas por la urgencia, la cercanía o la proximidad, también constituyen un test terapéutico. A diferencia de las demás clínicas privadas, especialmente las más prestigiosas, no hay una valoración de calidad para acudir a los negocios sanitarios. Imperan más bien criterios de comodidad, proximidad, disponibilidad y rapidez del servicio y tratamiento.

Estos elementos de valoración también limitan considerablemente la confianza depositada en los mismos y condicionan las modalidades de uso. Raras veces el recurso es solicitado frente a la percepción de gravedad. Asimismo, la percepción de fracaso, suele acontecer relativamente pronto, incluso a veces en el mismo día. Suponen el abandono del tratamiento y el cambio estratégico en la búsqueda de atención.

En este sentido, la percepción de fracaso terapéutico en las clínicas mejor equipadas, como el Centro Médico La Paz, La Salud o Litoral, no es generalmente achacada a errores técnicos o diagnósticos. La inoperancia de su terapéutica puede más bien constituir un indicio de la implicación del mundo invisible en el proceso patológico y conllevar la búsqueda terapéutica fuera del abanico biomédico. En la oferta sanitaria comúnmente designada como “los chinos”, el fracaso sí suele imputarse a la mala praxis. Orienta hacia otras alternativas biomédicas, generalmente el Hospital General o los centros de salud.

Se recogen a continuación, algunos de los itinerarios más característicos vinculados a la percepción de fracaso de la terapia implementada en estos espacios.

1º/ Pilar, relata su recorrido antes de ser ingresada en el hospital: *“El día que esto empezó, estuve en casa de una amiga, comiendo. Empecé a sentir dolor, dolor, y todo esto me dolía [señala el vientre]. Me fui en la farmacia allí. El farmacéutico me dijo que yo, quizás son los gusanos que me... me está allí. Me dio unos comprimidos allí....Pero no me....Mi hermanito me llevó en los chinos, y allí me hicieron cuatro sueros. Yo fui más en casa, y yo vi que debía venir en el hospital. Me hicieron los análisis me dijeron que yo tengo tifoidea de cuatro cruces”.* (Pilar, fang, 26 años, 2 hijos).

2º/ Conozco a Akilina, (fang, 46 años, 7 hijos) en el servicio de pediatría del Hospital General. Acompaña a su nieto Juan Manuel, de dos años. A la vista de los primeros síntomas (fiebre), la madre de Juan Manuel le había administrado un paracetamol. Frente a la ausencia de señales de mejora, y a la aparición de nuevos síntomas (tos y diarrea), es Akilina, la abuela, quién asumió entonces la gestión de la terapia. Relata haber acudido en ese momento a una conocida clínica china en el barrio de Lea: “allí atienden urgente –comenta- por eso fue. Está enfrente de la carretera. Tiene pancarta. Clínica china AA”. Juan Manuel será tratado con inyecciones de suero tres días seguidos por un coste de 36.000 F cfa (12.000 F cfa diarios). El preocupante empeoramiento del infante supondrá la llegada tardía en el hospital, donde se le ingresará en el acto. Las analíticas establecerán un paludismo de cuatro cruces y una anemia severa.

3º/ Diosdado (Fang, 32 años, 3 hijos) sentía gran debilidad, y dificultades al respirar. Reconoció rápidamente los síntomas pues ya había pasado en una ocasión anterior por una neumonía. Si bien la última vez le trataron en el hospital, trata de evitar el ingreso por la estructura pública, probando suerte en los chinos. 5 días más tarde, acudirá al hospital, donde será ingresado: “El tratamiento que me hicieron los chinos, hasta aquí no lo he terminado. Yo lo he parado, a ver que me van a hacer el Hospital General”

4º/ Venancia (ndowé, 42 años, 2 hijos), sufre un dolor repentino en el cuello y parte superior de la espalda que le impide moverse. Su marido la lleva a una clínica china en Mondoasi abierta desde hace pocos meses, no lejos de donde viven. Le venden un tratamiento farmacológico (pastillas y pomada) por 25.000 F cfa. que seguirá durante 2 días sin ninguna señal de mejora. Una vecina le recomienda ir al hospital, pero se niega, alegando que no la van a atender. Acudirá entonces a un ngengan bisio de cierto renombre en su comunidad, conocido como el Dr. Malabo, que suele desplazarse al domicilio de sus pacientes. Tras diagnosticar un eluma¹⁷⁹, preconizará la aplicación de un cataplasma diario de plantas que le facilita. Venancia mejorará unos días más tardes.

5º/ Cecilia relata cómo estuvo a punto de perder su embarazo: “Después de dos meses una no puede estar segura de que

¹⁷⁹ Del verbo alum, lanzar en fang. La palabra alude al hecho que la enfermedad se lanza a distancia como si fuese una lanza o flecha invisible que se clava en su víctima.

realmente estaba embarazada.... [...]. Se puede presumir de que estás embarazada cuando el embarazo ya tiene cuatro cinco meses, y era de dos meses... bueno no me sentía bien. Vomitaba, sentía mareos, síntomas así. Y entonces cuando fui a la clínica de los chinos, me hicieron ese test y me dijeron de que no estoy embarazada. Entonces, pues.... Yo regresé a casa... y me dijeron ven mañana para que te inyecto y vas a ver como se te baja la menstruación. Y entonces cuando fui a casa lo pensé muy bien, de que ¿cómo es posible de que no estoy embarazada si yo misma no me siento bien? Entonces por eso vine aquí en el hospital, y me dijeron de que estoy embarazada y hice la ecografía, me dijeron de que no es una enfermedad de que estoy embarazada y de que tengo que seguir con las revisiones del embarazo”. (Cecilia, fang, 32 años, 4 hijos)

El itinerario clásico, recogido en los casos 1º/ y 2º/, de la automedicación al hospital pasando por los chinos, es sin lugar a duda uno de los recorridos registrados con más frecuencia. El intento manifiesto por evitar o retrasar la llegada al hospital marca el conjunto de las acciones emprendidas y alimenta el mercado de la oferta privada. Se evidencia especialmente en los itinerarios 3º/ y 4º/. Especialmente en el recorrido menos usual de Venancia, quién pasa de la clínica al *ngengan* sin previo paso por alguna estructura pública. La fragilidad de la “credibilidad biomédica” de estos establecimientos también queda de manifiesto en todos los recorridos, especialmente en el 5º/ en el que desconfiando del diagnóstico, se rehúsa del tratamiento ofertado. Impulsa, en tiempos relativamente cortos, la búsqueda de otro recurso que pertenece generalmente a la órbita biomédica.

Las diferentes modalidades de uso traducen, en cuanto a la percepción de calidad, una marcada diferenciación vertical de los productos sanitarios ofertados. Tanto por el carácter de la oferta y servicio, el lugar de la diáspora china en la sociedad guineana, y la falta de mecanismos de legitimación desde las instancias nacionales oficiales,¹⁸⁰ los dispensarios y clínicas chinas disponen de un escaso o frágil capital de confianza (esencialmente vinculado a las deficiencias del panorama sanitario nacional,) que deriva en una relativa facilidad para el cambio estratégico de registro. A veces tarde, algunas demasiado. Como se ha podido comprobar en los capítulos anteriores, muchas de las llegadas tardías no proceden tanto de la intervención del *ngengan* u otro recurso asociado al registro “tradicional”, sino de los consultorios chinos, incrementando notablemente los índices de mortalidad imputados al hospital. Constituye a todas luces, un problema prioritario de salud pública.

¹⁸⁰ Tres dimensiones en consonancia con los tres fundamentos de la legitimidad definidos por Weber (1922): carismática, tradicional o legal.

3. Las lógicas del riesgo

En numerosos países del África subsahariana, se opera a partir de los noventa, un desplazamiento de los sectores sociales. Tradicionalmente asociados a los poderes públicos, derivan progresivamente hacia el ámbito mercantil (Boidin, 856: 1996) dejando en entredicho el carácter “providencial” del Estado. En el caso guineano, la emergencia de grandes estructuras privadas con participación del Estado en el capital, la gestión del hospital del INSESO gestionado por la empresa española ASISA o incluso el sector confesional, dan cuenta de esta tendencia.

Asimismo, la ecuación del Estado social mínimo se ha acompañado estos últimos años de la aparición de una importante oferta liberal nacional y extranjera. La emergencia de Guinea Ecuatorial como un espacio económico de interés para inversores extranjeros ha supuesto un incremento notable del abanico de posibilidades, especialmente derivadas de la diáspora china, por el que transcurren los itinerarios terapéuticos.

No obstante, la privatización y diversificación de la oferta, no ha supuesto necesariamente la mejora de la misma. Los riesgos ligados a la calidad de los productos sobre el mercado plantean la pregunta acerca del papel del Estado en términos de control y reglamentación. Como señala Monteillet en relación al sur de Camerún, la multiplicidad de la oferta, acrecentada por la falta de credibilidad de los sistemas sanitarios oficiales, no incrementa tanto las posibilidades de éxito, sino la multiplicidad del riesgo (Monteillet, 2005:9).

La oferta informal no solo concierne la venta ambulante de medicamentos o la medicina “tradicional”. También integra una pluralidad de actores asociados a la medicina occidental, cuya oficiosidad raras veces permanece a la vista del usuario. Expuestos y a pie de calle, cuestionan nuevamente el papel de los poderes públicos.

La indignación comprensible de muchos sanitarios del sector público respecto a las prácticas llevadas a cabo en muchos comercios sanitarios chinos, lleva simultáneamente a presentar a sus usuarios como víctimas sin criterio ni conocimiento alguno, para evaluar la peligrosidad de los recursos. La observación etnográfica muestra más bien que los riesgos derivados del idioma, la escasa deontología como la indiferenciación de los tratamientos impulsados en consecuencia, son conocidos por buena parte de los usuarios. Los riesgos formulados coinciden y se alimentan en gran parte de los discursos emitidos desde las instancias sanitarias.

La evaluación y exposición a los riesgos se acoge no obstante a otras lógicas en las que las barreras estructurales (según la ya mencionada terminología de Greene,) que caracterizan los servicios públicos, desempeñan un papel de

primer orden. Estas lógicas escapan a aquellas promovidas por las instancias sanitarias, que enuncian una deseada sistematicidad entre tiempos, sintomatologías específicas y el recurso hacia el centro de salud o el hospital, pero que eluden en permanencia la inscripción social de la actuación¹⁸¹.

El recurso a una alternativa no se puede desvincular de la existencia y características de las demás alternativas presentes en el mercado de salud. La emergencia y competitividad de las iniciativas privadas responde en gran parte a los fracasos de las políticas sanitarias y a las dificultades y deficiencias que padece el sector público. Los problemas de disponibilidad (tiempos de espera, horarios de apertura en el caso de los centros de salud,) de abastecimiento de medicamentos, las difíciles y abruptas relaciones con el cuerpo sanitario, especialmente en el hospital, promueven estrategias de contorno. Se adquieren costumbres dirigidas a eludir la red pública de salud que, como señala Richard, una vez inscrita en el tiempo son difíciles de modificar (Richard, 1995:103).

¹⁸¹ Unos enunciados que obvian también que en ocasiones, las carencias materiales en los servicios de la red sanitaria pública, lleva estas mismas instancias a integrar explícitamente recursos privados en la edificación de estrategias. Se ha observado como por ejemplo algunos pacientes son en ocasiones enviados desde el centro de salud de SOS a una clínica china para hacer una ecografía; o como, desde el Hospital General, los pacientes son remitidos al complejo hospitalario privado la Paz para hacer una radiografía.

CAPÍTULO 6:

Del triunfo farmacológico a los efectos indeseados del biopoder

“Cuando tú tienes muchos hijos que cada momento se enferman, tú vas a ser doctor antes que tú has ido a aprender” Magdalena.

El uso de medicamentos industriales, íconos de la tecnología biomédica, se inscribe en la cotidianidad de la mayor parte de los hogares de la ciudad. Su adquisición y administración de forma autónoma, es decir sin el aval, supervisión o prescripción de los profesionales de la salud, (“aún cuando – como señala Menéndez- estos puedan ser la referencia de la actividad”¹⁸²), es el primer y más extendido mecanismo de respuesta en la mayor parte de los procesos patológicos¹⁸³.

El consumo de medicamentos es alentado por las características y oportunidades que ofrece un mercado polifacético y flexible, desembarazado de las barreras que caracterizan los servicios oficiales de salud. Más baratos, más cerca, más disponibles, y a menudo caracterizados por una menor distancia social entre proveedor y consumidor, los dispensadores de medicamentos de proximidad ofrecen productos y servicios adaptados a la demanda. La adquisición y administración autónoma de medicamentos industriales no solo responde a la consideración de ventajas prácticas en relación con otras modalidades de atención. Manifiesta la confianza y la fe depositada en las herramientas terapéuticas de la medicina moderna, y la amplia dominación del modelo biomédico y de los procedimientos que le son asociados, en los mecanismos de respuesta frente a la enfermedad.

Las modalidades de administración de los fármacos industriales, no se opera sin criterio o desde la ignorancia como a menudo se recoge desde el sector salud. La utilización de medicamentos se sustenta en la producción y

¹⁸² Menéndez, 2005:54-55.

¹⁸³ Siguiendo a Monteillet, no sería del todo pertinente hablar de automedicación en la medida en la que la administración de fármacos industriales, no solo responde a la propia gestión individual de la enfermedad por parte del enfermo, sino que también implica con frecuencia el entorno social próximo del enfermo (familia, amigos, vecinos)(2005: 63) e incluso menos próximo (compañeros de trabajo o dispensadores de medicamentos).

movilización de saberes específicos¹⁸⁴, que integran plenamente los mecanismos populares actuales relativos a la gestión de la enfermedad. Bien es verdad, que las prácticas derivadas tienen a disociarse de aquellas prescritas desde las instancias biomédicas.

Para abarcar los mecanismos actuales de producción de estos saberes, es preciso trascender, como sugiere Baxerres, una lectura exclusivamente culturalista del medicamento, que tiende a integrarlos sistemáticamente en percepciones locales y “tradicionales” de la salud y la enfermedad¹⁸⁵ (Baxerres, 2012:15). En el contexto guineano actual, los saberes y prácticas que se generan en torno al medicamento, no se pueden desligar de los enunciados emitidos por el sector biomédico y de las interacciones cotidianas que mantienen los individuos y colectivos con las instancias sanitarias.

Ambas vertientes, de forma explícita o implícita, con o sin intencionalidad (Menéndez, 2005), favorecen mecanismos de apropiación de una “tecnología terapéutica” (Whyte, 1992:165), no siempre en conformidad con las recomendaciones del sector salud. Asimismo, propician la minimización o elusión de la figura del profesional en el consumo del medicamento. Existen en este sentido dispositivos estructurales que conforman la experimentación de los espacios sanitarios, de sus limitaciones y dificultades de acceso. A menudo desprovistos de cualquier dimensión pedagógica, dan pie a procesos interpretativos alejados de los conocimientos y prácticas que el sector salud pretende suscitar.

1. El mercado del medicamento

a. Farmacias y “vendedores de farmacia”

Los puntos de venta de medicamentos están diseminados en toda la geografía de la ciudad. Los consultorios chinos ocupan un papel importante en la venta de fármacos, aunque existe mayor presencia guineana en este sector. Algunos comercios son farmacias instituidas de acuerdo a la legislación vigente en el país: la mayoría sin embargo ejercen fuera de este marco.

¹⁸⁴ La problematización de la observancia de los tratamientos prescritos por el cuerpo médico es una conceptualización derivada de una lectura biomédica y que tiende a responsabilizar, incluso culpabilizar al paciente. Collin le prefiere en término de autoregulación de la medicación, concepto más adecuado según su punto de vista, para aprehender las estrategias y mecanismos que desarrollan los propios individuos y colectivos sociales, y que implica la movilización de saberes específicos (Collin, 2002:142).

¹⁸⁵ Para Bledsoe y Goubaud por ejemplo, la “reinterpretación cultural “ de la medicina occidental desde los sistemas médicos locales constituiría el marco explicativo del uso “inapropiado” de los medicamentos industriales (Bledsoe & Goubaud, 1995:275).

En Guinea, resulta especialmente difícil diferenciar los proveedores formales que disponen de las autorizaciones legales para el comercio de medicamentos, de aquellos que no. Comparten elementos estéticos, la disposición del espacio, el revestimiento verde de las paredes, la cruz verde en la fachada, la bata blanca del dependiente... En realidad, cabe preguntarse, desde el punto de vista sanitario, sobre el significado de las distinciones entre lo formal y lo informal, entre lo legal y lo ilegal, en un contexto en el que las autorizaciones para dispensar medicamentos no dependen del cumplimiento sistemático de los requisitos establecidos por las leyes en vigor. Están sujetas con frecuencia a las relaciones clientelistas establecidas con el personal de la administración sanitaria. En consecuencia, la legitimidad que provee la legalidad, no se corresponde necesariamente con la calidad de los servicios proporcionados¹⁸⁶. En 2011 por ejemplo, los responsables del comité distrital de salud manifestaban su sorpresa al constatar que una de las clínicas privadas más conocidas y valoradas de la ciudad no contaba con las autorizaciones legales para prodigar atención sanitaria.

Otras vertientes de la venta informal ofrecen mayores rasgos de identificación. Los puntos de venta de medicamentos designados por Jaffré (1999) y Monteillet (2005) como farmacias “en el suelo” o “de la cesta”, en Mali y Camerún respectivamente, también son comunes en el contexto guineano (y probablemente presentes en la mayor parte de las grandes urbes del África subsahariana). Estas expresiones aluden por una parte, a la venta de medicamentos en los puestos de los mercados, en los que son presentados al público como cualquier otra mercancía; y por otra, a los vendedores ambulantes que surcan las calles de la ciudad. Ambas manifestaciones conforman el paisaje urbano cotidiano. Entre los proveedores, algunos se dedican en exclusividad al comercio de medicamentos, mientras otros lo integran en un abanico más amplio de productos.

Entre la itinerancia y el comercio fijo, la legalidad y la ilegalidad, entre la venta exclusiva de productos farmacológicos o su integración en una gama más amplia de mercancías, las combinaciones posibles constituyen una formulación heterogénea de la oferta. Traducen la flexibilidad y diversidad de un sector en constante movimiento, poco sujeto al control y represión de las autoridades, y que desborda por completo la oferta farmacéutica reglada.

Los disfuncionamientos del sistema formal de distribución de medicamentos, marcado por rupturas de stock recurrentes, han alimentado y promovido este mercado floreciente. De hecho, cuanto más cerca esté situado un punto de venta de una institución pública de salud, mayores son las ventas

¹⁸⁶ Monteillet en Nkoteng (Camerún), se resiste en este sentido a denominar los puntos de venta de medicamentos desprovistos de la legitimidad administrativa, como alternativas “ilegales” u “oficiosas” ya que gestionan, a la vista de todos, la mayor parte de la venta de medicamentos a la población (Monteillet, 2005:61).

relacionadas con las recetas emitidas por los centros y los frecuentes problemas de abastecimiento que padecen.

Si bien los productos farmacéuticos siguen siendo importados esencialmente de Europa y de países del entorno cercano (Camerún, Nigeria, Gabón), se aprecia en el etiquetado la presencia de otros canales de suministro procedentes de Asia. La mundialización de la producción y la circulación dinámica de medicamentos farmacéuticos, también ha incentivado la diversificación de la oferta desarrollada al margen de los canales estipulados por las instituciones del Estado (Baxerres, 2011:133). Por otra parte, los almacenes mayoristas no tienen la capacidad suficiente para abastecer a los dispensadores de medicamentos. El suministro depende entonces tanto de redes internacionales, circuitos cruzados con las redes oficiales, o incluso de redes particulares. Un vendedor consultado reconocía que “una socia” le “trae bolsos llenos de medicamentos cada vez que viaja a España”.

No existen laboratorios para el control de calidad de los medicamentos importados (capaces de comprobar la veracidad de los principios activos declarados, o el porcentaje de las concentraciones). Asimismo, los circuitos de venta de medicamento no ofertan garantías en cuanto a la supervisión de las condiciones de transporte y almacenamiento.

En 2011 el caso de una cooperante española de 28 años trabajando en Guinea Ecuatorial, otorgó algo de visibilidad a la problemática derivada de la calidad medicamentosa. Aquejada de un paludismo, fue repatriada tras la inoperancia de los fármacos adquiridos en el mercado local. Una vez en España, respondió adecuadamente a los antipalúdicos que se le administraron recuperándose a los pocos días. Los envases del medicamento comprado en Guinea Ecuatorial fueron enviados a la Escuela de Medicina Tropical de Londres para su análisis. Según el artículo publicado por los médicos de Navarra que atendieron el caso, los resultados mostraron que los comprimidos no tenían ningún principio activo (Chaccour y al., 2012). Tras la publicación del artículo, el episodio sería recogido por diversos medios de comunicación españoles (RTVE, 2012).

Entre los responsables de los centros públicos, el término “vendedores de farmacia” es frecuentemente utilizado para poner de relieve la ausencia de cualificación profesional, y la vocación esencialmente mercantil que caracteriza el mercado del medicamento. Según las autoridades consultadas, el país contaba con apenas 9 farmacéuticos nativos en ejercicio en 2011. Me consta que al menos dos de ellos estaban empleados por la administración pública y no ejercían por lo tanto de cara al público. El ejercicio de la profesión farmacéutica no está sujeto a las normativas internacionales, no requiere ser licenciado o doctor en farmacia. Como reconoce el propio ministerio de sanidad, la dispensación de medicamentos en las farmacias legalizadas ha venido realizándose por personal “profano”. Las autoridades tratan de solventar la falta de profesionalización del sector mediante cursos semestrales

para la obtención del título de auxiliares de farmacia, orientados a los proveedores legalizados dedicados al sector.

En cuanto al imperativo de rentabilidad antes que sanitario, la comercialización de medicamentos por dependientes que desconocen las condiciones de conservación de los fármacos, la posología adecuada, los efectos adversos, las contra-indicaciones o incompatibilidades con otros medicamentos, es ciertamente inquietante.

b. El "Doctor" Eloy

Eloy regenta una pequeña farmacia en la carretera que atraviesa el barrio de Mbangan. Tanto él como sus hermanos se dedican al “negocio de las farmacias” desde hace más de 20 años¹⁸⁷. Eloy tuvo una farmacia en Malabo, después en Baney, más tarde en Luba, y finalmente, tras un distanciamiento y malentendidos con sus hermanos, alcanzó en 1996 la parte continental del país para abrir su negocio en Bata. A semejanza de sus congéneres, no dispone de una titulación en farmacia, pero tiene un largo recorrido en la venta de medicamentos, y ha completado estos últimos años los cursos impulsados por el ministerio de sanidad, que pretenden regularizar el sector, y dotar los dispensadores de medicamentos de los conocimientos farmacológicos básicos. Según indica, ha salido primero de su promoción.

A lo largo de las entrevistas llevadas a cabo en el barrio de Mbangan, el negocio de Eloy fue mencionado en numerosas ocasiones, como una alternativa terapéutica conocida y recurrida, y especialmente socorrida cuando la falta de recursos económicos no permitía acudir al hospital o al centro de salud. El hecho que fuese apodado “doctor Eloy” por numerosos interlocutores me resultó especialmente llamativo. Cuando tras conocerle, le pregunté los motivos que impulsaban a algunos de sus clientes a llamarle doctor, me relató las siguientes anécdotas:

“Mira. Tenemos el caso de una señora en Mongomo, que tenía un dolor de muelas. Esta persona estuvo con este dolor bastante tiempo. Entonces, iba al médico, todo lo que la recetaban no la iba bien. [...] vino aquí, le hice un tratamiento y se curó. Después de curarse comenzó a hablar a la gente de Mongomo de esta farmacia y comenzó a traerme a más gente que tenía problemas de muela. La señora esa me llama doctor en cada sitio cuando

¹⁸⁷ Baxerres, estudiosa del mercado informal del medicamento en los países francófonos del África del Oeste, recalca la relevancia de la familia en la transmisión y desarrollo de los comercios ligados al medicamento. También señala la emergencia de nuevos mecanismos de extensión de las redes mercantiles fundamentados sobre otros vínculos sociales que el parentesco como las amistades, el vecindario, o la formación (Baxerres, 2011:131).

me ve. Yo la digo “yo no soy doctor soy farmacéutico”. Me dice “no, para mí usted es un doctor, porque lo que no han conseguido los doctores, usted me ha curado, y ya llevo cuatro o cinco años sin enfermarme del dolor de muelas”. Entonces mucha gente ya me conoce por cosas que voy haciendo ¿no?”

“El es un profesor, un vecino mío que ahora ya es amigo mío. El tenía una úlcera de cinco años. Tenía dos... una en esta pierna que se la habían cortado antes. Le dijeron que le tenían que amputar otra vez aquí [por encima de la rodilla de la pierna izquierda], y tenía otra aquí [tibia de la pierna derecha] de este tamaño, color cemento porque ya salían gusanos. Entonces le di unos medicamentos, le dije “bebe esto”. [...] Le dije “Vamos a comenzar a ver si puedo curarte, a ver si va a mejorar, que desaparezca este color cemento de pus, a ver si vuelve la pierna a su cauce normal”. Comenzamos. Llevamos un año con esa pierna y se curó. Se curó, y se decía que era úlcera, que era cáncer, no sé qué. Pero no era nada de esto. Parece ser que había unos poderes extraños ahí dentro ¿eh? Yo le dije “lo que tienes que hacer, yo te estaré curando, pero si hay cosas raras ahí, tú tienes una biblia, busca tales salmos, hay que estar orando”... entonces Vicentín ya está curado, ya da sus clases, ya hace de todo. Yo pienso que estos casos que yo he resuelto aquí, son los que la gente dice que trabajo bien, que me tienen confianza, y me vienen a comprobar, y lo que encuentran, después de lo que les doy, todo el mundo sale contento.

El discurso del Eloy no se asemeja al de un proveedor de medicamentos, sino más bien al de un terapeuta. Ambas anécdotas inciden no solo en sus conocimientos farmacológicos y su capacidad para dispensar el producto adecuado, sino en su habilidad para diagnosticar, tratar y curar, incluso frente a situaciones en las que los propios médicos parecen haber fracasado. Cabe también recalcar la versatilidad de su repertorio terapéutico. No desecha la vinculación de la enfermedad con el mundo invisible y contempla más allá de la farmacopea, la prescripción de salmos bíblicos.

En los dos episodios relatados por Eloy, su intervención reproduce las mismas etapas en el proceso de gestión de los enfermos que en las estructuras oficiales de salud (consulta, diagnóstico y tratamiento). En este sentido, la compra de fármacos en un punto de venta no siempre es percibida como un acto llevado a cabo sin la supervisión de un agente sanitario. Las habilidades sociales del proveedor de medicamentos, la comunicación simbólica ejercida por la bata blanca, (también al uso en los consultorios chinos e incluso entre numerosos *bingengan*,) y la manipulación de medicamentos, íconos de la medicina occidental, otorgan al dependiente un saber del que no siempre dispone.

Exceptuando casos inusuales como los dos episodios relatados, Eloy, amén de su dilatada experiencia, conoce los cuadros sintomatológicos más comunes, a los que asocia y prescribe tratamientos farmacológicos. Es un ejercicio al que se presta voluntariosamente cuando se le solicita, y que con fortuna y acierto, le ha otorgado cierta consideración en el vecindario. No obstante, lejos de constituir una equivalencia con los dispositivos sanitarios oficiales, los proveedores farmacológicos constituyen un recurso previo a las instituciones sanitarias regladas. Asimismo, son los propios clientes quienes con mayor frecuencia proceden a la elección del producto. Tal y como lo reconoce el propio Eloy, la mayor parte de sus clientes, acuden, ya sea con o sin receta, en busca de fármacos específicos lo que invita a cuestionar no tanto los saberes del dispensador, sino los del comprador.

2. Factores y modalidades del consumo de medicamentos sin prescripción

a. “Más barato, más cerca...”

El uso de fármacos de sello alopático como el recurso más frecuente frente a la identificación de un proceso patológico no deja lugar a dudas. Recordemos que más del 60% de los entrevistados en los centro de salud como en las dependencias de pediatría y medicina interna del hospital reconocían haber utilizado fármacos sin la intervención de un profesional, como primera respuesta frente al padecimiento que les ha guiado finalmente a alguna de las dos estructuras.

La adquisición y consumo de fármacos presenta varias ventajas comparativas en relación con los servicios sanitarios. La profusión de los puntos de venta y cobertura geográfica amplia, permiten eludir el coste y tiempo del trayecto hasta el centro de salud; ahorrar los costes de la consulta y de los análisis de laboratorio; y evitar las horas de espera y los procedimientos engorrosos que caracterizan el recorrido del enfermo en las estructuras públicas. Los puntos de venta tienen generalmente horarios flexibles, que facilitan la venta incluso hasta altas horas de la noche.

También se aprecia una relativa proximidad social entre vendedores y compradores, que contrasta con la relación profundamente asimétrica establecida con el personal de los servicios sanitarios. Menos en las grandes farmacias del centro de la ciudad, o en aquellos puntos de venta situados en los alrededores de los centros sanitarios, la mayor parte de los clientes son usuarios habituales y conocidos por el dependiente. Según los dispensadores de medicamentos consultados, las “caras nuevas” son generalmente fruto de una recomendación, y responden a menudo a la búsqueda de un producto determinado a mejor precio.

El criterio económico es un factor especialmente relevante en el consumo de medicamentos industriales. En un contexto en el que sin recursos

económicos, e independientemente del estado de gravedad, no se puede acceder a los servicios hospitalarios, las perspectivas de ahorro, a veces engañosas, vinculadas al uso de fármacos sin supervisión sanitaria resultan especialmente atractivas. Las posibilidades de crédito o pago fraccionado del tratamiento, a menudo practicado a vecinos y conocidos en estos puntos de venta de proximidad, constituye un aliciente más. Estas modalidades de desembolso se ajustan mejor a las economías familiares que no dependen de una retribución salarial fija.

No obstante, este mecanismo de respuesta también puede implicar, sobre todo en caso de fracaso, un coste más alto que los costes inicialmente estimados por los agentes sociales para la visita a un centro institucionalizado.

b. De la gratuidad de los tratamientos subvencionados

Numerosos recorridos terapéuticos evidencian las dificultades económicas inherentes a la adquisición de los fármacos recetados desde los servicios sanitarios.

Recordemos el caso de Adela y Juan, relatado en el capítulo 3. Tras la llegada tardía al Hospital General, la médica ordena el ingreso inmediato del hijo de la pareja. Antes de acceder al pabellón de pediatría, Adela y Juan han de pasar por la farmacia del centro para la compra de los medicamentos prescritos. A falta de los recursos económicos suficientes, es la dependiente de la farmacia del hospital, quién escoge los medicamentos de la receta, mientras desecha otros, en función del monto disponible¹⁸⁸. En los dos días de ingreso del niño, la pareja se moviliza activamente para recaudar los recursos económicos necesarios para la administración del tratamiento prescrito a diario por los médicos. Incapaces de hacer frente al ritmo de desembolso exigido, abandonarán junto a su hijo las dependencias hospitalarias al tercer día, sin finalizar el tratamiento.

Como señala Fassin en Pikine, (Senegal), el problema para gran parte de la población no es tanto el acceso a los servicios sanitarios, sino el coste de los medicamentos (Fassin, 1992: 86). Un funcionario del ministerio me recordaba sin embargo en septiembre de 2011 que la población no acude con la

¹⁸⁸ La calidad de la selección no está necesariamente amparada por una mayor pericia técnica que en otros puntos de venta. A falta de una titulación superior en farmacia, la dependiente dispone de una formación equiparable a muchos de los dispensadores de medicamentos de la ciudad. Por otra parte, raras veces el paciente es preguntado en el marco de la consulta por la cantidad de dinero de la que dispone, para tratar en la medida de lo posible, de prescribir la receta en consonancia (como el caso relatado en el capítulo 4.5). Esta disposición evitaría desplazar la decisión acerca de la relevancia de cada fármaco, a la dependiente de la farmacia, o en su caso, al propio paciente.

prontitud deseada a los servicios sanitarios, aún cuando el tratamiento, integrado en algún programa vertical es gratuito.

La observación etnográfica desvela una realidad más compleja. Tomemos a modo de ejemplo el paludismo, patología más frecuente y mortífera en el país, especialmente entre los menores de cinco años. Tanto el test rápido para su detección como el tratamiento son en principio gratuitos. Sin embargo la mayoría de los centros públicos no disponen del test, substituido por la gota gruesa que si tiene un coste para el paciente (500 F cfa en el Hospital General). Dada la conjunción frecuente de síntomas con la fiebre tifoidea, la detección del paludismo es a menudo acompañada del test de Widal que también supone un coste (2.000 F cfa en el Hospital General). Por otra parte, la prueba de Widal, muy recurrida por su sencillez, sensibilidad y costo, es reactiva a otras bacterias, (hongos, virus o parásitos,) y por lo tanto muy propensa a los falsos positivos, propiciando la sobrediagnóstico de la fiebre tifoidea¹⁸⁹ y la prescripción correspondiente de su tratamiento, también de pago.

El tratamiento antipalúdico que combina artesunate y amodiaquina es subvencionado por el ministerio. Sin embargo, desde que el abastecimiento, gestión y distribución, tutelados por organismos internacionales hasta el 2011, es asumida exclusivamente por las autoridades sanitarias nacionales, las rupturas de stock son frecuentes. Si estas no proceden a la distribución de los tratamientos incluidos en los programas verticales, las instancias sanitarias pertenecientes a la red pública proceden lógicamente a la venta de los suministros farmacológicos que tienen a su disposición. Las resistencias detectadas con ciertos pacientes también implican la prescripción de otros antipalúdicos que son igualmente de pago. La facturación no suele estar acompañada de la debida explicación, sumiendo al paciente, especialmente en el hospital, en la más absoluta confusión, al no entender lo que ha de pagar y lo que no. Esta situación incrementa aún más si cabe, la desconfianza de la población hacia el personal sanitario, frente al que se siente a menudo indefensa y expuesta a cualquier abuso.

Dada la opacidad y complejidad del desglose de los costes de la atención, la gratuidad efectiva de los tratamientos, no conlleva la percepción de gratuidad por parte de los usuarios, percepción que pudiese alentar la consulta de los servicios sanitarios reglados con mayor prontitud.

¹⁸⁹ A tal efecto, véase por ejemplo Katime Zúñiga (2006).

c. El nivel adquisitivo y académico en el consumo de medicamentos sin receta

En un contexto que dificulta la capacidad de ahorro de las familias, el factor económico desempeña un papel sumamente relevante en la autonomización popular del uso farmacológico. Pero estos mecanismos de cuidado no solo apelan a la ausencia de poder adquisitivo. Si bien para Jaffré y Olivier de Sardan están directamente ligados a la pobreza en África del Oeste (Jaffré y Olivier de Sardan, 2003:348), para otros, la relación no parece tan evidente. En Camerún, Monteillet observa que la automedicación es aún más frecuente entre las franjas de la población con mayor poder adquisitivo e incluso con mayor nivel educativo (2005:86). Para Audibert en Costa de Marfil el nivel educativo no resulta una variable verdaderamente significativa respecto a la medicación sin receta (Audibert, y al. 1998). Diakitè y al. llegan en Mali a conclusiones similares (Diakitè y al., 1993 :169).

El nivel adquisitivo y académico influencia obviamente el consumo farmacológico sin prescripción, pero la correlación no es necesariamente negativa. La percepción de disponer de mayores conocimientos puede llevar a personas que tienen un nivel escolar elevado a recurrir con mayor sistematicidad al medicamento sin supervisión sanitaria. Otros, como Fassin, detectan en el consumo de fármacos sin receta, la manifestación del prestigio asociado a un estatus socio-económico determinado (1992:86). A la inversa, también se podría contemplar que la disposición de mayores recursos podría limitar estas prácticas, ya que las dificultades de acceso a los servicios sanitarios serían menores. En definitiva, si bien las variables socio-económicas pueden modificar la elección terapéutica de los individuos, sus efectos no son predecibles a priori.

La escala del presente trabajo, no ha permitido calibrar la importancia de estas variables. Cabe sin embargo señalar que los dispensadores farmacológicos consultados confirman un incremento notable de las ventas a principio de mes de acuerdo con las fechas de cobros del funcionariado, confirmando que el uso de medicamentos sin supervisión sanitaria no concierne exclusivamente los colectivos más vulnerables.

d. El consumo farmacológico sin prescripción como test terapéutico

Las principales quejas recogidas, ligadas a la adquisición y administración de fármacos sin el respaldo sanitario conciernen fiebres, paludismo, tos, dolores de vientre, “gusanos” (*misong abum*¹⁹⁰), dolores de cabeza o dolores dentales. La activación de este mecanismo de respuesta suele generalmente intervenir frente a padecimientos considerados benignos, y que desde el punto de la

¹⁹⁰ Gusanos en el vientre en fang.

interpretación sintomatológica del enfermo y/o su entorno, no salen del repertorio usual de enfermedades con los que los individuos y colectivos están acostumbrados a lidiar. Los padecimientos más frecuentes, fiebres, dolores de cabeza, dolores articulares o de vientre, orientan con frecuencia hacia el diagnóstico “profano” del paludismo, e invitan a eludir la consulta:

“Yo muy pocas veces voy al hospital, aunque me sienta mal. Prefiero tomar unos comprimidos. Yo se que el paludismo es lo que más, básicamente siempre. Cuando se siente mal, no decimos otra cosa: “Tiene paludismo, tiene tifoidea...” Generalmente tomo el Resochin.” (Guillermo, Ndowé, 59 años, 5 hijos)

“Cuando veo paludismo, fiebre así y no tengo dinero compro un calmante, como “novaquina” [nivaquina¹⁹¹] así. “Novaquina” así, suele bajar a mi niño, cuando compro paracetamol no le hace nada. Cuando no tengo dinero, compro eso, “novaquina”, le baja la fiebre. Cuando hay dinero le llevamos al hospital. Pero eso lo tenemos en casa, esto no nos falta en casa.” (Adela, fang, 23 años, 2 hijos)

“Empezó con la fiebre, primero como le daba pecho, mamaba del pecho, al quitarle el pecho, se empezó a enfermar. Empezó a enfermar con fiebre; y ya luego, con cansancio. Le daba eso, paracetamol, y nolvalgine, con... Artemether. También con multivitaminas. Y la cuestión está en que no toma eso, comprimidos. Mientras le dan comprimidos, vomita. No sé porqué.” (Alicia, fang, 24 años, dos hijos). Alicia acudirá una semana más tarde al Hospital General donde su hijo de un año y medio, con paludismo, será ingresado durante cuatro días.

El consumo de medicamentos sin la intervención directa de un sanitario permite calmar el dolor, hacer tiempo, asegurarse de que no se trata de síntomas pasajeros, y de que es preciso consultar y proceder a desembolsos mayores. No se asocia a la percepción de gravedad. Interviene en este sentido al inicio del itinerario; raras veces tras el paso por una estructura pública¹⁹².

La percepción de la evolución sintomatológica desempeña un papel clave en el cambio de estrategia. La permanencia de los síntomas durante varios días o

¹⁹¹ Los nombres específicos de los fármacos son a menudo aproximativos. La identificación de los medicamentos también resulta de la apariencia o el color del embalaje, de la cápsula o pastilla.

¹⁹² Audibert entre los Senufo en Costa de Marfil, realiza observaciones similares: Cuando más duradera es la enfermedad, menos se recurre a la administración de medicamentos sin prescripción (Audibert, M. et al., 1998). En un estudio llevado a cabo en la capital maliense, Diakité destaca que el consumo de medicamentos sin supervisión sanitaria interviene como primera alternativa de terapia en 54% de los casos, en 37% como segunda alternativa, y solo en 27% en tercera alternativa (Diakité y al., 1993 :169)

su empeoramiento, la imposibilidad de desempeñar las actividades diarias, fiebres altas, la intensidad del dolor, la cronicidad de los vómitos y/o diarreas son indicadores de gravedad, e implican la búsqueda de otros recursos de terapia. Como ya se ha recalcado en capítulos anteriores, los tiempos transcurridos antes de la consulta suelen ser menores si se trata de un niño pequeño. Estas observaciones también parecen extensibles a las mujeres embarazadas.

e. saberes y prácticas en torno al consumo de medicamentos sin prescripción

La administración de fármacos sin supervisión sanitaria no solo es motivada por las posibilidades de ahorro y los aspectos prácticos ligados a la disponibilidad y a la proximidad. También es alimentada por la percepción de disponer de conocimientos específicos respecto a la enfermedad, a sus señas y al uso y efectos de determinados medicamentos. Saberes y prácticas que, como apunta Magdalena, resultan de una aplicada y concienzuda observación, especialmente de la salud de los niños.

“Cuando tú tienes muchos hijos que cada momento se enferman, tú vas a ser doctor antes que tú has ido a aprender. (Risas). Cuando tu ya has parido mucho, los niños enferman, tu ya conoces los medicamentos.” (Magdalena, bubí, 39 años, 5 hijos).

Son los niños quienes acaparan la mayor parte de la atención farmacológica doméstica, y las madres quienes conocen y administran los productos. Permanece en este sentido un claro sesgo de género en los saberes vinculados a los medicamentos industriales, como de forma genérica, a todos aquellos vinculados a los procesos de cuidado. Mientras las mujeres enumeran en primera línea los fármacos destinados a la gestión de las enfermedades infantiles, los hombres tienden a ceñirse a aquellos vinculados a episodios patológicos propios, en los que más allá de los episodios puntuales, se aprecian cada vez más medicamentos asociados a enfermedades crónicas.

La disposición de saberes sobre la salud y la enfermedad incita a la gestión previa de la enfermedad en el ámbito doméstico. La actuación se sustenta en la percepción, especialmente de las madres, del adecuado manejo de los efectos de los fármacos y de su posología, aunque raras veces se ajuste a las prescripciones biomédicas. Los sujetos conocen generalmente el nombre de los fármacos que utilizan y que asocian con determinados padecimientos o síntomas específicos. No se utilizan sin discernimiento alguno, sino frente a males corrientes, respecto a los que se ha adquirido cierta familiaridad.

“Cuando mi bebé tiene esto tos. La doy esto ampicilina, y ventolín. Ella suele tener asma. ¿Ventolin no cura asma?”

[...]También puedo comprar, Novalgine, o compro paracetamol; para paludismo compro artesunate, y compro multivitamina, y también ácido fólico. [...]El nolvalgine, si no tiene fiebre no le doy, si tiene fiebre, depende de la edad, como el mío, le puedo dar un comprimido o bien medio comprimido, así hago. Y si no hay fiebre no le doy nada de esto. Continúo con artesunate y la vitamina que he comprado, para continuar el tratamiento.” (María Dolores, fang, 23 años, un hijo)

“Para mis hijos, tengo paracetamol jarabe, tengo nistatine jarabe, tengo efferalgan; Clamusine [clamicil]¹⁹³, para tos. También amoxicilina. Paracetamol jarabe, lo utilizo cuando el bebé tiene un poco de fiebre, le baño y luego le doy una cucharita. Para que se le baje la fiebre. Para que antes de que llevo al hospital, tengo que prevenir en casa. Nistatine es para dolor del vientre que los niños siempre suelen tener. Efferalmgan También es para la fiebre.” (Celia, fang, 32 años, 4 hijos)

Las modalidades de compra confirman la activación de saberes específicos entorno al medicamento industrial ya que según los dispensadores consultados, la mayoría de los clientes que les solicitan, acuden, con o sin receta, en busca de fármacos específicos que conocen de antemano. Si bien en determinadas ocasiones, se solicitan consejos y recomendaciones, en base a una sintomatología específica, es más a menudo el saber de los demandantes de atención y no tanto el de los dispensadores el que determina la compra¹⁹⁴.

Los medicamentos más vendidos son en gran medida los más recetados en los centros públicos. Los analgésicos y antipiréticos, parecen ser los productos más demandados, independientemente del sexo o de la edad. Son utilizados para aliviar los padecimientos más comunes y diversos (paludismo, infecciones respiratorias o intestinales, catarros etc). Entre los analgésicos más comunes, cabe destacar el paracetamol (en pastilla o en jarabe), a menudo administrado en caso de fiebre, y el ibuprofeno generalmente asociado a un abanico sintomatológico más amplio (fiebres, dolores de cabeza, dolores de vientre, reglas dolorosas etc.). Son a menudo llamados “calmantes”. Asimismo el metamizol, identificado por la población por su nombre comercial (nolvalgina) suele también integrar esta categoría. Entre los antipalúdicos, la nivaquina, el artesunate, la sulfadoxina-pirimetamin conocida bajo su nombre comercial (fansidar) o el artemeter son conocidos e integran con frecuencia el botiquín domestico. Respecto a los antibióticos, la ampicilina o la amoxicilina son muy a menudo solicitados para la tos. Productos como el Mebendazol,

¹⁹³ Véase nota 191.

¹⁹⁴ Monteillet, quién junto a su equipo investigador a llevado a cabo una profundo y extenso estudio sobre la cuestión, resalta que en Ncoteng (Camerún) en el 69% de los casos es el comprador quién elige la mercancía, y no el vendedor (2005:73).

para tratar infecciones parasitarias, y generalmente denominados como “medicamento para gusanos” son adquiridos con frecuencia en el mercado del medicamento sin prescripción médica. El ácido fólico o multivitaminas son recurridos frente a la percepción de paludismo, " para que “el niño sea fuerte”.

Varios observadores han recogido en otros contextos, la relación existente entre los recursos disponibles en un momento determinado y la posología¹⁹⁵. Las posibilidades de adecuar el número de unidades a los medios económicos del momento en la mayor parte de los puntos de venta de medicamentos, facilitaría esta vinculación. La percepción según la cual poco es mejor que nada (Van Der Geest, 1991:79), desagrega en parte como advierte Touré, el concepto de tratamiento en términos de duración y cantidad específica (Touré, 2005: 278). No obstante, El ajuste del tratamiento a las posibilidades económicas no es una distorsión característica del descontrolado mercado informal del medicamento o fruto de la ignorancia popular. La adquisición parcial o incompleta del tratamiento es una operación frecuente tanto en los puntos de venta de medicamentos como en los propios servicios reglados de salud. Recordemos nuevamente el caso de Adela y Juan. Frente a la imposibilidad de asumir la totalidad de la receta médica, delegan la selección y descarte de los productos prescritos a la dependiente de la farmacia del hospital. Por otra parte, si bien se encuentran en un marco sanitario reglado, a falta de medios, la pareja abandonará el tratamiento de su hijo sin haberlo completado.

En el contexto estudiado, es sabido que el tratamiento ha de aplicarse durante varios días y que la posología difiere entre adultos y niños. No obstante, se aprecia una tendencia a la infra-dosis. Se tiende de hecho a detener el tratamiento una vez observada la remisión de los síntomas¹⁹⁶, para disponer de la parte restante frente a la aparición ulterior de síntomas similares, ya sea en la misma persona, o en otra de su entorno familiar cercano. Se evitará de este modo el coste, tiempo y desplazamiento que supondría una nueva consulta al centro de referencia.

Cuando salgo de aquí ahora [del hospital], tengo medicamentos. Voy a tratar el niño, si se mejora, cuantos que quedan ahí los dejo en reserva que, algún le sube la fiebre, les puedo dar. No voy a comprar en la farmacia.

¿Pero los médicos no os dicen que hay que dar todo el tratamiento?

¹⁹⁵ Véase por ejemplo Van Der Geest, (1991:79), Monteillet, (2005:64) y Touré, (2005: 278).

¹⁹⁶ Cabe remarcar, que la observancia tampoco es sistemática con los tratamientos de sello tradicional. El abandono del tratamiento iniciado, es un motivo de queja por parte de todos los curadores sin distinción, sea cual sea el paradigma terapéutico al que vinculen su desempeño.

Pero con eso que te digo... la cuestión está en que todos los momentos no serán iguales. Si tu ves que ese niño está mejorando, tu puedes guardar algunos medicamentos, para si vuelve a aparecer más la fiebre, le doy. (Alicia, fang, 24 años, dos hijos)

El “botiquín doméstico” se constituye por una parte en base a productos obtenidos con receta, aunque las modalidades de administración no se ajusten necesariamente al procedimiento encomendado, y por otra, a fármacos obtenidos en el mercado del medicamento sin el respaldo del cuerpo sanitario. Los problemas de observancia de la posología, son los principales factores que juegan en el desarrollo de resistencias.

3. Los efectos inopinados del biopoder

a. Con o sin intencionalidad

Los conocimientos y prácticas de cuidado populares antiguos, llevados a cabo en el ámbito doméstico sin la intervención de un curador profesional, están siendo progresivamente suplantados por los medicamentos modernos. El actual desgaste de estos saberes antiguos, fundamentados en el entorno vegetal y mineral resulta en parte de la erosión y transformación de los canales tradicionales de la transmisión de los saberes en contexto urbano (Monteillet: 2005:95). Por otra, derivan de la competencia de los medicamentos industriales (Touré, 2005: 271). Si bien resultan más caros, responden a menudo mejor a la búsqueda de inmediatez, en la medida en la que no requieren una preparación trabajosa, y es comúnmente admitido que actúan con mayor celeridad (capítulo 9).

Para dar cuenta de la receptividad hacia la medicina moderna en Camerún, Monteillet señala las posibles consonancias entre los modelos de terapia antiguos y las modalidades de introducción de la biomedicina durante la era colonial. Las campañas sanitarias para hacer frente a las grandes epidemias, derivadas del desplazamiento de las poblaciones autóctonas, albergarían un claro sesgo militar, no del todo ajeno a las concepciones locales, que también representaban la terapia como una guerra. Por otra parte, Monteillet recuerda que aquellas políticas sanitarias coloniales no conllevaban ningún tipo de pedagogía. La imposición de determinadas normas de higiene o la prohibición de comportamientos de riesgo no requerían su comprensión; eran acatadas para evitar el castigo (Monteillet, 2005:35). A tal efecto, Domenech recuerda que el uso del pasaporte sanitario en Guinea Ecuatorial, generalizado en la década de los treinta del siglo veinte, no respondía en absoluto por parte de la población a un planteamiento sanitario. El pasaporte o tarjeta sanitaria “era imprescindible-señala la autora- para la obtención de un estatus social digno pues permitía rebasar la línea divisoria entre la no-persona nativa y la persona con derecho a desplazarse por el territorio, firmar un contrato, realizar

cualquier transacción comercial, obtener licencia de caza o permiso de armas o construir una casa” (Medina Doménech, 2004:391). La ausencia de cualquier mecanismo didáctico facilitaba la lectura del fármaco moderno desde las concepciones locales vigentes, proyectando la “croyance ancienne en l’efficacité d’objets sensibles” como los fetiches o las cortezas, sobre el propio medicamento moderno (Monteillet, 2005:37).

Menéndez por su parte recuerda que la biomedicina, como cualquier otro sistema médico, incita al consumo autónomo de medicamentos, sin el respaldo del curador profesional. Incide en este sentido, en la promoción directa o indirecta desde el sector salud del uso y apropiación de modalidades específicas de su intervención terapéutica. Mientras el cuerpo sanitario suele asociar a la ignorancia los comportamientos que conllevan el uso de fármacos industriales sin supervisión médica, estos mismos derivan en gran parte de la interacción con el personal de salud (Menéndez, 2005:51).

El antropólogo argentino hace especial hincapié en algunos mecanismos directos de empoderamiento biomédico implementados por el sector salud y/o humanitario. Recuerda a tal efecto el “uso autónomo de la rehidratación oral”, (Menéndez, 2005:62) recomendado por la OMS, o las formaciones, a falta de recursos humanos, de generaciones de agentes y promotores de salud comunitarios en la administración de inyecciones (Menéndez, 2005:51). Ambos ejemplos son perfectamente extrapolables al contexto guineano¹⁹⁷. Recordemos a tal efecto, el testimonio de Rosario. Aprendió a inyectar a mediados de los ochenta en el interior del país, en formaciones implementadas por la cooperación española, y dirigidas a parteras tradicionales y agentes de salud. Afincada estos últimos años en Bata, ha enseñado a varias de sus hijas a administrar inyecciones en el caso de que no dispongan de los medios suficientes para acudir a los servicios de salud:

”Yo así estoy educando a mis niñas lo poco que conozco, porque nadie sabe lo que va a pasar el día de mañana. Yo me empecé a inyectar. Inyectar a la persona así, en 85. Tetramicina, nolotil, lo puedo inyectar, si lo tengo alcance, no tengo dinero, te lo puedo inyectar. No es que tengo que hacerlo en casa sin llegar al médico. Estoy pidiendo a Dios. Porque al llegar al hospital me falta dinero.” (fang, 45 años, 10 hijos)

De acuerdo con los mensajes difundidos desde las instancias de salud, y en consonancia con las recomendaciones de la OMS, el uso de los tratamientos de rehidratación oral también son conocidos y recurridos. Según la encuesta

¹⁹⁷ Otros ejemplos mencionados por Menéndez, como el uso del termómetro, de la píldora o del preservativo, las políticas sanitarias que impulsan a la población a detectar ciertas enfermedades, así como algunas enfermedades crónicas que apelan a la autonomía del enfermo, para la toma de medicamentos o inyectarse (Menéndez, 2005: 62-63) conciernen con más frecuencia los países del norte.

demográfica realizada en el 2011, más del 56% de los niños menores de 5 años, que habían padecido diarrea en contexto urbano en las dos semanas que precedieron la encuesta, habían recibido un tratamiento de rehidratación oral, ya sea en sobre, o una preparación casera con agua hervida, azúcar y sal (EDSGE-I,165).

La adquisición de saberes en torno a la utilización de los mecanismos terapéuticos biomédicos, no solo derivan de las actividades intencionadamente orientadas hacia la transmisión de conocimientos¹⁹⁸. Abarcan otras zonas de contacto con las instancias sanitarias, que “sin intencionalidad” como apuntaría Menéndez, también proveen a los agentes sociales de reflejos terapéuticos autónomos.

Los problemas recurrentes de abastecimiento en los centros oficiales, inducen a la búsqueda y compra de medicamentos y consumibles por la familia del paciente hospitalizado. A falta de suministros regulares, el paciente y su entorno han de salirse de los circuitos balizados para la búsqueda de los fármacos prescritos. Tanto los problemas relativos a los tiempos de espera, al coste y al trato, fundamentan comportamientos de evitamiento respecto a las instituciones sanitarias, pero no implican la renuncia en cuanto a su tecnología terapéutica. Estas dinámicas de carácter estructural, propiciadas por el propio sector salud, generan un alto grado de autonomización en la gestión de la tecnología terapéutica biomédica. Incitan a los individuos y colectivos sociales guineanos a desligar la gestión del medicamento de la intervención directa e intencionada del profesional.

b. ¿Recetas implícitas?

La adquisición de saberes resultante de la experimentación e intercambio con los servicios de salud y posterior autonomización de los mismos, si bien no

¹⁹⁸ Con demasiada frecuencia, la intencionalidad pedagógica se ciñe a las charlas sanitarias. Estas dinámicas, sujetas a escasos procesos de evaluación, se llevan a menudo en medio de un ambiente ensordecedor. La tendencia a infantilizar los oyentes (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003:346) queda reflejada en la escasa participación de los asistentes.

Por otra parte, todavía impera la idea según la cual existiría una relación directa entre saberes y prácticas. Aún genera asombro entre sus promotores, que una campaña de sensibilización sobre el uso de la mosquitera por ejemplo, (o una formación orientada a los sanitarios sobre la privacidad del paciente,) no desencadene necesariamente las conductas esperadas. Estas teorías behavioristas procedentes de la psicología social dan por hecho que el sujeto habría de regirse solo y exclusivamente por la información otorgada en el marco formativo, ignorando aquella procedente de otros marcos. Elude la multiplicidad de contextos en los que se encuentra el paciente, y que no siempre invitan o permiten la respuesta recomendada (Yoders, 1997). Las charlas sanitarias, si bien brindan información valiosa no facilitan el acceso a los recursos sanitarios.

siempre resulta del todo evidente para el cuerpo sanitario, si lo es para numerosos entrevistados.

“Cuando tuve mi segundo hijo, siempre enfermaba, siempre enfermaba, nunca estaba bien. Cada vez. Puedo estar dos semanas en el hospital, y cinco días en casa. Y ahí, cuando me empezaron a recetar todo esto, se me quedó grabado en mi memoria, y ahora, es lo que sigo con esos. Con los otros [hijos] que he vuelto a tener. (Celia, fang, 32 años, 4 hijos)

Petronila, una niña de dos años, lleva más de una semana con fiebres altas e intermitentes. Su madre, Antusa, le ha administrado artesunate, sulfato ferroso y otras vitaminas durante dos días, medicación que constituye uno de los tratamientos clásicos implementados por los servicios de salud frente al paludismo. Ante el visible empeoramiento de la niña, Antusa acuden al hospital donde Petronilla será ingresada 3 días. Respecto a los tratamientos que administró a su hija antes de la llegada al Hospital General, Antusa comenta sin tapujos:

“cuando yo veo como médico hacer, yo veo como hacer que fiebre le baja, y yo ya puedo hacer”. (Antusa, fang, 38 años, 9 hijos)

Honofré, diagnosticado con la enfermedad de Paget en España tras un largo periplo entre diferentes estructuras tanto en el país como fuera del él, ofrece algunas pistas de comprensión. Relata, no sin humor, la sucesión de recursos terapéuticos emprendidos.

“Pues aquí es lo raro. Es decir podrías pensar como que tal y cual, como se hace en España, pero aquí no. Ehh.... [...] Fulano va a ver al médico... entonces que te sientes? Siento tal tal tal tal tal. Y el médico, si llegar a la pruebas profundas sin los análisis, los aparatos, y tal en fin, pampampampam, solo receta. Te da receta, a comprar medicamento, tú aprovechas los medicamentos...pumpumpumpum... ¿Que sigue lo mismo? vuelves o cambias de médico. Vas por ejemplo a una pequeña clínica que anda por aquí, le explicas lo mismo, el otro también te hace una receta... Por eso hay un montón de cuadernos que no consiguen decirte que tú tienes tal. Y no te lo dicen; solamente, cuando tú le explicas, dan medicamento, pero los medicamentos recetados, no corresponden a que se trata de tal enfermedad o de tal enfermedad.” (Honofré, fang, 66 años, 5 hijos).

El relato de Honofré, reduce la sucesión de terapeutas a la sucesión de tratamientos, recalcando la minimización de los procedimientos diagnósticos, y la escasa comunicación en el marco de la consulta. La propia naturaleza de la interacción presenta en definitiva la prescripción de la receta médica como el elemento más relevante del intercambio entre el paciente y el facultativo.

La falta de sistematicidad de la exploración en el marco de la consulta conlleva la frecuente prescripción mecánica de la receta¹⁹⁹. Esta última, es la fase del encuentro que con mayor frecuencia, conlleva un esfuerzo didáctico por parte de los facultativos, para tratar de impulsar la adecuada administración, lo que también propicia que el paciente perciba la receta como la clave del intercambio con el médico (Monteillet, 2005: 108).

La consulta podría constituir un espacio privilegiado para la transmisión de conocimientos. Esta potencialidad es sin embargo escasamente aprovechada. Casi nunca se explica al enfermo las causas de su estado; no se mencionan mecanismos de prevención, regímenes alimenticios o tiempo de reposo indicados. Todo ocurre como si no fuese necesaria la comprensión del paciente del proceso patológico, y como si la sanación del cuerpo, pudiese operarse del todo al margen de la persona. En algunos casos, ya referidos en capítulos anteriores, los pacientes ni tan siquiera disponen del diagnóstico médico al finalizar la consulta. Desconsiderar la importancia respecto a la información y comprensión del diagnóstico por el paciente, no está exento de ciertos riesgos. La entrada y el derecho a determinados servicios y tratamientos sanitarios, en principio supeditados a la emisión de un diagnóstico, pueden verse disociados del mismo; una desconexión que predispone a la búsqueda autónoma de aquellos elementos de terapia asequibles por otras vías, como los medicamentos

La minimización o elusión de los gestos técnicos que conforman la práctica sanitaria, la ausencia de comunicación y/o su focalización en las modalidades de administración de los productos farmacológicos, invitan a la percepción de la actuación terapéutica exclusivamente en términos medicamentosos y del cuerpo médico como un accesorio, a veces necesario para el acceso a los medicamentos, pero no tanto para su uso.

En concordancia con los procedimientos coloniales, despojados de todo contenido pedagógico, es la experiencia antes que la explicación, la que viene conformando los conocimientos respecto a los bienes y servicios sanitarios. No es menester si los fármacos más recetados desde las instancias sanitarias, son también aquellos que más se consumen sin el respaldo del profesional. Se reproducen, en la adquisición y administración de fármacos sin supervisión sanitaria profesional, modalidades de actuación aprendidas en la interacción con el sector sanitario.

¹⁹⁹ Según Fassin, las conductas estandarizadas preconizadas por la OMS, que ponen en relación directa el reconocimiento de unos síntomas con un tratamiento correspondiente, participarían paradójicamente de la elusión o minimización de la investigación etiológica. Según el autor, existiría una correlación directa entre estas conductas y la cualificación del terapeuta. Cuanto más baja, mayor sería la tendencia a recetar sin diagnosticar (Fassin, 1992:52).

4. Ambivalencias del encuentro biomédico

Frente a la perspectiva generalmente admitida que la utilización autónoma de fármacos biomédicos es necesariamente negativa, es preciso señalar que supone, al igual que otras alternativas utilizadas pero no reconocidas por los poderes públicos, la búsqueda por parte de los individuos, de soluciones concretas. Esta búsqueda conlleva una lectura de las cualidades de los principales recursos, y de sus limitaciones.

Los circuitos de respuesta a la enfermedad implementados por los agentes sociales distan mucho del modelo teórico de gestión de la enfermedad promulgado por las autoridades sanitarias nacionales e internacionales. Frente a los disfuncionamientos de la red pública, a los problemas de acceso y a la ausencia de una articulación eficiente entre los recursos oficiales, los individuos y colectivos construyen una red de recursos mucho más amplia. Integran proveedores de cuidados y de medicamentos públicos y privados, institucionales y escasamente formalizados, legales y a-legales, colectivos e individuales; muchos de los cuales asociados a la biomedicina.

Las posibilidades y características de la oferta de cuidados asociados a la biomedicina (ya sean formales o no,) parecen, a pesar de su variedad, bastante bien conocidos por los entrevistados (especialmente entre aquellas mujeres que residen desde varios años en la ciudad, y con varios niños a su cargo). El uso empírico de los recursos alimenta los conocimientos y la evaluación de los mismos por parte de los pacientes y su entorno. Les son asociadas cualidades (tiempos, distancia, coste, trato, capacidad tecnológica, nivel de atención etc.), no siempre vinculadas a la calidad técnica, que rigen su modalidad de uso, en función de la situación socioeconómica del momento y de la lectura sintomatológica previa. Al igual que en otras partes de África, la población acude masivamente a recursos asociados a la biomedicina, que si bien no son reconocidos por los poderes públicos (Dorrier Apprill, 1995:135) si son conocidos y normalizados por la población. Existe en todo caso, y a pesar de las múltiples formas que revista, una verdadera demanda de la población hacia la medicina moderna.

Quizás no sea tanto que no exista un biopoder que gobierne los cuerpos, tal y como sentencian Jaffré y Olivier de Sardan. Según los mismos, las poblaciones estarían abandonadas a ellas mismas, especialmente en ámbitos rurales; frente a la enfermedad, el poder sanitario brillaría por su ausencia (Jaffré y Olivier de Sardan, 2003:350). La biomedicina constituye, especialmente en contextos urbanos como el que nos ocupa, el modelo dominante de atención. Si bien es verdad que el biopoder no enmarca al enfermo en un recorrido pautado ni dentro ni fuera de las estructuras sanitarias, la generalización del consumo autónomo de medicamentos, ilustra un proceso complejo de sumisión y evasión. Al mismo tiempo que tiende a desautorizar al sanitario, manifiesta lo que muchos profesionales ponen en duda: la fe en la biomedicina, que no en aquellas personas e instituciones que la representan.

Se evidencian así, no tanto mecanismos de resistencia al biopoder, sino de reapropiación y reformulación²⁰⁰ del mismo²⁰¹.

²⁰⁰ La utilización de la antibióticos por ejemplo en preparados medicinales que abordamos en el último capítulo atestigua de esta creatividad social.

²⁰¹ Fassin reflexiona sobre estas cuestiones cuando desde una lectura crítica de los conceptos de Foucault, recuerda que la biopolítica, no es, a pesar de su etimología, una política de la vida. El concepto de biopolítica permite aprehender el biopoder, es decir aquellos mecanismos de gobierno para la gestión de los cuerpos y administración de los colectivos, pero que según Fassin, deja al margen la vida misma (Fassin, 2000). Los mecanismos de reapropiación, los efectos inesperados o indeseados del biopoder, constituyen esta vertiente vital e ilegítima del biopoder.

Tercera parte:
SABERES, PERCEPCIONES Y MODALIDADES DE USO DE LOS
RECURSOS DENOMINADOS “TRADICIONALES”, Y DE LA
CURA CRISTIANA

1. Heterogeneidad del campo y definiciones interesadas

En los documentos oficiales generados desde las instancias sanitarias nacionales e internacionales para dar cuenta de la situación sanitaria del país, la medicina tradicional es a menudo referida, sin ser definida, de forma genérica y homogénea. Sin matices ni ambages conceptuales, las escasas líneas que le son generalmente dedicadas en la producción de guías, informes, planes y estrategias, vehiculan una imagen simplista y estereotipada, orientada a destacar su carácter problemático y sustancialmente peligroso, vinculando su uso, a la elusión o llegada tardía a los servicios sanitarios reglados. La visión unitaria y el escaso esfuerzo descriptivo, no solo expresan el desconocimiento y el desinterés por la versatilidad del término, y la heterogeneidad de actores y prácticas que les son asociados por los agentes sociales. La producción de estereotipos también supone un sistema particular de interpretación, orientado al descrédito de modalidades de terapia ajenas a la biomedicina.

Recientemente, (especialmente en base a la formulación de la política de salud mental bajo tutela de la cooperación española en 2011,) se advierte un mayor acento retórico en la inclusión de los interlocutores de la llamada medicina tradicional en la planificación y coordinación de las estrategias de salud. Se alude a la necesidad de impulsar la colaboración y la formación sanitaria de los actores de la medicina tradicional, aunque no se precisa determinar ni quiénes son, ni se abordan las modalidades de cooperación.

Las modalidades de “inclusión” contempladas desde el sector sanitario, están orientadas a controlar las terapéuticas “tradicionales”, supeditándolas a mecanismos de legitimación y actuación biomédicos. La supuesta búsqueda de inclusión de la “medicina tradicional”, no persigue la valorización de los saberes “tradicionales”, ni muestra interés por las formas que revisten. En su caso, se focaliza la atención exclusivamente en los conocimientos botánicos y principios activos de las plantas, desligándolos de los sistemas simbólicos con los que mantienen una estrecha relación (Dozon, 1987). Se espera de las relaciones establecidas con esta esfera, que permitan controlar y supeditar la acción de los curadores para servir las estructuras y propósitos biomédicos. En este sentido, no se trata tanto de cooperación sino de implementar mecanismos de supervisión y de subordinación. Se admite que los actores de la medicina tradicional puedan intervenir sobre problemas menores, o dispensar una ayuda psicológica. Pero se espera sobre todo de ellos que identifiquen determinados casos clínicos para orientarlos hacia la medicina moderna.

La inclusión estratégica de la medicina tradicional, en las estrategias de prevención y tratamiento de la enfermedad fue postulada por la OMS en la conferencia de Alma Alta en 1978. Esta voluntad respondía a la necesidad de involucrar actores comunitarios para extender y promover el sistema de atención primaria de salud. Los actores asociados a la medicina tradicional no

eran movilizados por sus conocimientos, a los que se prestaba generalmente escasa atención. Lo eran por el papel que desempeñaban en sus comunidades y las posibilidades de constituirse en relevos legítimos de la biomedicina. La antropología ha incidido en numerosas ocasiones en estos aspectos. Menéndez señala por ejemplo que en Latinoamérica, la introducción de recursos tradicionales desde el Sector Salud ha respondido a la necesidad de “ampliar la cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales y rurales.”(2005:53). En el contexto que nos ocupa, la formación de las matronas desde mediados de los ochenta por la cooperación española se inscribe en esta lógica. Las llamadas “parteras tradicionales” eran “adiestradas”, sin plantearse ningún intercambio de saberes en dirección inversa. Más recientemente, la formulación de la política de salud mental, enuncia la necesidad de formar y “colaborar” con los actores de la medicina tradicional, para que reconozcan sintomatologías específicas y deriven en consecuencia hacia las estructuras sanitarias correspondientes.

La ambigüedad del término “medicina tradicional” ha sido ampliamente discutida en las ciencias sociales. En primer lugar, porque el término “tradicional” sugiere la existencia de un conjunto de saberes antiguos, exentos de contaminaciones, supervivencias inmaculadas de la era precolonial. Los saberes señalados como tradicionales no han permanecido inmóviles, insensibles al proceso de colonización y descolonización, al desgaste de los antiguos modelos de transmisión y a la introducción de la biomedicina. Las transformaciones culturales, sociales, económicas y políticas han afectado también el campo de la terapéutica local.

En segundo lugar, la misma noción de “medicina” ha sido debatida. Los procedimientos terapéuticos asociados a este sector rebasan con frecuencia las conceptualizaciones biomédicas. No solo son recurridos para la gestión de alteraciones bioquímicas o fisiológicas que dificultan o imposibilitan el desempeño de las actividades cotidianas. La medicina tradicional moviliza a menudo una representación más amplia de la enfermedad. Se presenta, de forma genérica, como una terapia del infortunio. Algunas modalidades curativas persiguen, junto al restablecimiento del equilibrio biológico, la regulación de las relaciones sociales, y el mantenimiento del orden. Cuestiones vinculadas a la justicia, a la suerte o al éxito (económico, laboral o amoroso,) también se integran en el repertorio de algunos curadores. Incluso las iglesias evangélicas, que han investido también el campo terapéutico, intervienen con frecuencia frente a males que sobrepasan los parámetros estrictamente biofísicos, a los que en definitiva, solo la biomedicina se ciñe.

Por otra parte, de igual modo que el médico no es el único interlocutor de la medicina moderna, el ámbito designado como medicina tradicional por la población engloba actores con diferentes itinerarios de aprendizaje, diferentes conocimientos y prácticas, y diferentes ámbitos de actuación.

Según fuentes de la Delegación Regional de Salud, habría en Bata cerca de 200 curanderos. Un enfermo entrevistado comentaba quizás con más acierto, que “en Guinea todo el mundo es un poco curandero”. En realidad, el conocimiento está presente a diferentes niveles, en todas las esferas de la sociedad. El calificativo “tradicional”, no solo alude, en el campo de la terapéutica, a las prácticas del *ngengan*, el terapeuta especializado en las afecciones vinculadas a la brujería. También se extiende a muchas otras llevadas a cabo en el ámbito familiar, doméstico o vecinal, imposibilitando su aprehensión estadística.

Fassin recalca el carácter problemático de cualquier tipología que trate de establecer un perfil unitario de los actores que evolucionan en esta esfera. Algunos trabajan a tiempo completo, cuando otros combinan o alternan sus labores terapéuticas con otras actividades económicas. Algunos disponen de estructuras de acogida e ingreso, otros utilizan exclusivamente las dependencias de su domicilio; algunos incluso se desplazan. Algunos son reconocidos en el ámbito familiar y vecinal, cuando otros disponen de un reconocimiento que trasciende las redes sociales del parentesco y del vecindario. Algunos han alcanzado incluso un aura nacional. También se aprecia la solvencia de unos pocos, frente a la pobreza de otros. Algunos se reclaman curanderos, cuando otros dicen sólo “ayudar a la gente”. Unos solo movilizan sus saberes de forma puntual, para el cuidado de sus familiares más cercanos, mientras otros aspiran al reconocimiento público de su poder terapéutico. Algunos atienden un abanico amplio de patologías cuando otros se ciñen a una o dos. El coste, así como la filiación a la que cada curador vincula su saber también son dispares. Como señala Fassin, la aprehensión numérica de curanderos es muy relativa, y varía según los criterios retenidos, ya sea el grado, la profundidad, la especialización, y el reconocimiento social de cada persona (Fassin, 1992:71).

Tras la denominación genérica, se oculta por lo tanto una amplia heterogeneidad. Una acepción amplia y flexible del término, y cuyo principal nexo de unión es su relación antagónica con la medicina importada del blanco, es más acorde con la percepción de la población²⁰².

En esta tercera parte, se abordarán los recursos más conocidos y utilizados asociados a la medicina tradicional, haciendo por una parte, especial hincapié en el *ngengan*, y en las modalidades en las que se integra su figura y la etiología brujeil en los itinerarios. Pero también se reflexiona en torno a las alternativas terapéuticas cristianas. Si bien no se integran en lo que generalmente se designa como medicina tradicional, se advierten claros paralelismos con el universo de referencia del *ngengan*, y semejanzas en torno a las modalidades en las que se integra en los recorridos en búsqueda de

²⁰² Abordamos con más detenimiento en el último capítulo el carácter relacional de la definición de medicina tradicional.

atención. El último capítulo se interesa por los saberes y prácticas movilizados en el ámbito doméstico. De cara a ilustrar los mecanismos de producción y circulación de los saberes populares, se abordará más detenidamente un padecimiento muy extendido en la zona de estudio, el *choga*, y cuya gestión suele circunscribirse al ámbito doméstico.

CAPÍTULO 7:

Antiguas y nuevas tradiciones:

La figura del *ngengan* y la etiología brujeril en los itinerarios terapéuticos

“Lo antiguo casi termina. Nosotros ya vamos con la nueva tradición” Judith.

1. *Ndedé, Mbiri* y tradicionalistas

El *ngengan*, es por excelencia el terapeuta especializado en las afecciones vinculadas a la brujería. A diferencia de otros curadores, se le atribuyen cualidades específicas, generalmente innatas, para moverse en el mundo invisible y contrarrestar los ataques de los brujos. El término de “curandero” es el equivalente comúnmente utilizado en español en el país. Es no obstante empleado de forma más genérica y difusa. Designa todas aquellas personas que disponen de saberes curativos “tradicionales”, sin la mención explícita a los que tienen un don de visión para discernir los sucesos que acontecen en el mundo invisible, y dismantelar los designios de los brujos. El término *ngengan* (o *nganga* en ndowé) es más restrictivo. Si bien también se le solicita para males prosaicos, el *ngengan* es aquel que dispone de la capacidad para enfrentar males gestados desde el mundo invisible.

La figura del *ngengan* es generalmente asociada a las denominadas “curanderías”. Se trata de espacios de consulta y tratamiento en los que los enfermos “ingresados” suelen integrarse a la vida familiar del terapeuta. Disponen con frecuencia de barracas de madera en las cercanías del propio domicilio del *ngengan*, destinadas a albergar a los enfermos durante estancias más o menos largas. Mientras los males considerados menores son tratados en consulta externa, otros pacientes pueden llegar a permanecer semanas, incluso meses en una misma curandería.

El *Mbiri* y el *Ndedé* ocupan actualmente un lugar predominante entre los procedimientos rituales de los *bingengan*. Son los ritos terapéuticos más extendidos en Bata, y probablemente en toda la parte continental del país, especialmente entre los fang.

El *Ndedé*, también conocido como *Mademoiselle*, es un movimiento surgido en los años 50 del siglo veinte en Gabón. Con el propósito de erradicar la

brujería, su impulsor, Emane Boncoeur, inspirado por un espíritu, una « demoiselle » blanca de origen divino, recorrió la que era entonces colonia francesa. Organizaba grandes ceremonias en cada parada, en las cuales pretendía identificar a los brujos, y obligaba a la población a deshacerse de los objetos de culto, (medicamentos, fetiches y reliquias de los ancestros,) condenando a aquellos que se resistían, a la enfermedad, la locura o la muerte (Cinnamon, 2002:19). La escenificación mimaba en cierta medida los procedimientos al uso en las inspecciones de la administración colonial (Bonhomme, 2010:84) Hoy en día, muchos curadores siguen invocando el espíritu de *Mademoiselle* para combatir los brujos. La apelación más común en Guinea Ecuatorial, *Ndendé*, hace referencia al nombre de un pescador al que según otro mito fundacional, se le habría aparecido *Mademoiselle* por encima de las aguas del río mientras pescaba. La aparición le entregaría un bastón que le permitiría identificar los detentores de fetiches (Fernandez, 1882:231).

El *Mbiri*²⁰³ es sin lugar a duda, la otra tradición iniciática más extendida en Guinea Ecuatorial. Su forma actual se ha consolidado a lo largo del siglo XX como la vertiente terapéutica del *Bwiti fang*, un movimiento religioso sincrético abundantemente tratado desde las ciencias sociales²⁰⁴. No obstante, mientras el *Bwiti* no contempla específicamente objetivos terapéuticos individuales sino más bien globales, de cara a amparar el equilibrio entre las fuerzas cósmicas, el *Mbiri* sí se caracteriza por una dimensión específicamente curativa, orientada hacia el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (Fernandez, 1982:596). En la actualidad, el *Bwiti* parece haber desaparecido en Guinea Ecuatorial, mientras el *Mbiri* goza de una eferveciente vitalidad²⁰⁵.

²⁰³ El *Mbiri* derivaría del *Ombwiri*, sociedad iniciática femenina originaria de los Myènè de Gabón (Gaulme, 1979: 50), conocida por la mayor parte de los grupos étnicos gaboneses. El término designaría en los orígenes, los genios acuáticos y terrestres, *imbwin*, responsables tanto de la enfermedad como de la sanación (Mary, 1983 b): 284). El *Ombwiri* es un culto de posesión durante el cual mediante una experiencia extática, los genios, revelan al iniciado los medios y procedimientos terapéuticos para su curación (Binet, Gollnhofer y Sillans, 1972:218).

²⁰⁴ Swidersky (1965) Balandier (1982), Fernandez (1982), Mary (1983) entre muchos otros. Las sociedades iniciáticas del *Bwiti* son sin lugar a duda las que más y mejor han sido estudiadas en la zona. Existe en la literatura antropológica una sobrerrepresentación del *Bwiti* como objeto de estudio en detrimento de otras sociedades iniciáticas. Las más importantes en Guinea Ecuatorial como *Ndendé* o *Mbiri* aún no han sido objeto de un trabajo etnográfico en profundidad. Estas circunstancias, sin lugar a duda ligadas a la vitalidad y difusión del movimiento *Bwiti* a lo largo del siglo XX, tampoco se puede desvincular de un sesgo de género en el que las sociedades iniciáticas femeninas han beneficiado de menor atención.

²⁰⁵ Mis interlocutores practicantes del *Mbiri*, reconocen la genealogía de su sociedad con las del *Bwiti*. Destacan diferencias rituales, pero asocian sobre todo el *Bwiti* a la movilización de fuerzas ocultas, mientras el *Mbiri* sería exclusivamente un “espíritu de bondad”. Estas apreciaciones no derivan tanto del conocimiento empírico de ambas sociedades iniciáticas, sino más bien de la lucha de poder y legitimidad entre los dos movimientos, un enfrentamiento que ha evolucionado claramente a favor del *Mbiri* en

Tanto el *Ndendé* como el *Mbiri*, originarios de Gabón, se han expandido por diversas áreas geográficas del África central, trascendiendo fronteras étnicas y nacionales²⁰⁶. A pesar de las profundas diferencias rituales entre ambos movimientos, tienen en común el marco colonial de su emergencia y la actividad básica que fundamenta su legitimidad originaria: la persecución de los fetiches (Tonda, 2002; Mary,:1983:3). Al igual que una multitud de sociedades iniciáticas emergidas a lo largo del siglo XX, la emergencia del *Mbiri* y del *Ndendé* responden a la desestructuración generada por la situación colonial y la persecución misionera. El desmantelamiento de las sociedades iniciáticas antiguas conllevaría la percepción de indefensión frente a la brujería. En este sentido, ambos movimientos se han erigido en estandartes de la lucha contra la brujería²⁰⁷. Reconfiguran en cierto modo los antiguos cultos de los ancestros (*byeri*), y ritos de lucha contra la brujería (*ngui*) al mismo tiempo que incorporan elementos simbólicos cristianos que, como indica Tonda, traducen la subjetivación del proceso “civilizador” (Tonda: 2005:125). Ilustran y participan en definitiva de la rearticulación de la sociedad en torno a

Guinea. El *bwiti* parece extinguido en la Guinea actual, o es en su caso anecdótico. A principios de los ochenta, Mary (1983 (a): 296,307) ya destacaba el rápido avance del *Mbiri* entre los fang de Gabón, en detrimento de los cultos de *Bwiti*. Juan Aranzadi, quién se inició a principios de los noventa en Guinea Ecuatorial, y trabaja actualmente sobre un libro al respecto, confirma en el prologo del mismo (por publicar), que apenas una década más tarde, la comunidad *bwiti* que había conocido se había tornado hacia el *Mbiri*. La vocación terapéutica del *Mbiri*, y consecuente capacidad para generar ingresos económicos no debe de ser ajeno a este proceso.

²⁰⁶ En la actualidad, suele haber bastante desconocimiento respecto a los orígenes del movimiento entre aquellos que se reclaman sus adeptos.

²⁰⁷ Fernandez considera el *Ndendé* como una forma de *Ngui* (Fernandez, 1982:225), el mecanismo ritual de lucha contra la brujería por excelencia entre los fang, documentado por Tessman a principios del siglo XX, y desaparecido bajo la presión colonial. La literatura etnográfica da cuenta de la proliferación de movimientos substitutorios de carácter anti brujeril emergidos a lo largo del siglo XX en la zona. Muchos de los mismos comparten con *Ndendé*, la figura del blanco como recurso simbólico y ritual eficaz en la lucha contra la brujería. Fernandez menciona algunas danzas surgidas en la misma Guinea colonial: la danza mangan-Flanco en referencia al dictador español; la danza de *Ngoan Ngantan*, la chica blanca, aún bailada en Nsork tenía en sus orígenes funciones antibrujeriles; la danza Olanchea según el nombre de un jefe de distrito de la guinea española (Fernandez, 1982: 144); el culto Ndong Andrike, en referencia a otro poderoso oficial español (ibid: 225). Entre otras manifestaciones en la región cabe también destacar el *Ngol* o *Digol* emergido a mediados de siglo veinte en la frontera entre el Congo y Gabón y que reproduce la figura del carismático jefe de Estado francés (Bonhomme, 2010:91); “La mère” en el Kongo, representada por una fotografía de una mujer blanca recortada en una revista (Dupré,1977:93). El *Mbumba*, también recogido en Gabón; se trata de un “medicamento” supuestamente elaborado a base de fragmentos de cráneos y pelos de los blancos, para la obtención de riquezas (Binet, Gollnhofer y Sillans, 1972:216)... A diferencia de los antiguos cultos como el *Ngui*, las modalidades rituales contemporáneas movilizan elementos simbólicos vinculados al occidente, al cristianismo y al blanco, erigidos en íconos del poder. Estas transformaciones en el universo de referencias muestran, como sugiere Tonda, que este tipo de manifestaciones no se inscriben en continuidad con las tradiciones antiguas, sino con la empresa colonial. De hecho, estos movimientos no se entregan a una crítica de la acción misionera; participan más bien de ella al condenar y perseguir los fetiches (Tonda, 2005: 125).

nuevos mecanismos de poder político y religioso derivados del contacto colonial.

El *Mbiri* y el *Ndendé* componen en la actualidad la oferta mayoritaria de los *bingengan* de Guinea Ecuatorial. Su rápida expansión está en parte vinculada a un proselitismo vocacional, en el que una parte importante de los enfermos sometidos a terapia, son a su vez iniciados. La enfermedad es en este sentido a menudo interpretada como el revelador de “un espíritu de curandería”. La expresión alude a la presencia de uno o varios espíritus, generalmente ligados al parentesco del enfermo, que se manifiestan para que asuma las labores de terapeuta, en las que le respaldarán desde el mundo invisible. Desoír o ignorar la vocación terapéutica a la que el individuo es llamado constituye una interpretación frecuente del mal²⁰⁸.

La enfermedad como desencadenante de la vocación terapéutica no es exclusiva a los *bingengan* que se reclaman de *Ndendé* o *Mbiri*. Casi la totalidad de los *bingengan* entrevistados aluden a un episodio enfermizo como acto fundacional de su vocación terapéutica. La peculiaridad de estos movimientos en esta cuestión, no radica en la recurrencia del diagnóstico en términos de vocación desoída. Algunos de los *bingengan* de *Mbiri* entrevistados han iniciado y preparado a más de 80 pacientes, que identifican como sus hijos espirituales, convirtiéndolos en terapeutas potenciales. Estos procedimientos de reclutamiento dan cuenta de la rápida progresión de ambos movimientos.

Existen otras tradiciones terapéuticas en la ciudad, que tienden a reivindicar su mayor arraigo en las tradiciones locales. Están esencialmente vinculadas a las minorías étnicas (*ndowé* o *bisio*,) aunque todavía perviven también entre los *fang*, algunos adeptos del “estilo antiguo”. Las olas migratorias africanas también han traído consigo su bagaje terapéutico. Entre los curadores extranjeros, se ha registrado cameruneses, nigerianos y benineses.

Se aprecia en todo caso, el progresivo declive de las terapias que se reclaman tradicionalistas. “Lo antiguo casi termina. Nosotros ya vamos con la *nueva tradición*” sentencia Judith, *ngengan* de *Ndendé*. Según las autoridades sanitarias, y responsables de la Asociación de Medicina tradicional (ASOMETRAGE), la mayoría de los *bingengan* registrados en la misma se reclaman de alguna de las sociedades iniciáticas de *Ndendé* y *Mbiri*, lo que también traduce una mayor voluntad entre sus partidarios de reforzar su

²⁰⁸ Tanto el *Mbiri* como el *Ndendé* comparten la experiencia extática de la iniciación en base al uso de drogas alucinógenas; los primeros no obstante integran también con frecuencia la ingesta de *iboga* (*Tabernanthe iboga*) en el mismo proceso terapéutico. A menudo, el *ngengan* de *Mbiri*, o los espíritus que se manifiestan mediante él, no comunican un tratamiento para curar al paciente, sino que recomiendan el viaje iniciático del enfermo (y consecuente consumo de *iboga*) para que identifique él mismo el origen de sus problemas.

legitimidad en el campo administrativo, aquella que no siempre logran mediante su práctica terapéutica.

Por otra parte, el *Mbiri* y el *Ndendé* desempeñan un papel determinante en la feminización del campo terapéutico. El *Mbiri* es originalmente una sociedad iniciática femenina, aunque se haya abierto progresivamente a los hombres. En la formulación actual del *Ndendé* en Guinea, menos en raras excepciones, solo se inician las mujeres, contrastando con las características iniciales del movimiento. Las reuniones convocadas por el Comité Distrital de Bata de la ASOMETRAGE, atestiguan de este desigual reparto de género. Cerca del 80% de los presentes suelen ser mujeres²⁰⁹.

a. El auge de los generalistas y las enfermedades “atadas”.

A tenor de los relatos populares, se advierte el constante y progresivo declive de los perfiles especializados de los terapeutas “tradicionales”²¹⁰. La figura del huesero, o los especialistas en determinadas enfermedades, ya sean afecciones infantiles, problemas dermatológicos, ginecológicos u oculares son cada vez más escasos. En contrapartida, se observa el auge notable de los “generalistas”.

Fassin apuntaba en Senegal, algunos factores explicativos extrapolables al contexto que nos ocupa. La ampliación de la red viaria en todo el país, estos últimos años facilita el acceso a los hospitales y centros de salud. Por otra parte, el éxodo rural implica que cada vez haya menos gente a la que transmitir saberes específicos sobre la flora. Esta tendencia se suma al desprecio hacia todas aquellas actividades y prácticas asociadas a la vida del pueblo (Fassin, 1992:232).

El ensanchamiento del ámbito de intervención aspira también a abarcar mayor competitividad en el mercado de la salud. Si bien es apreciable en las diferentes tradiciones terapéuticas que conviven en el país, el *Ndendé* y el *Mbiri* participan activamente de la proliferación de generalistas. Para los *bingengan* que se reclaman de estos movimientos, su capacidad para abarcar y tratar un amplísimo espectro de enfermedades radica en la naturaleza oculta de la etiología que atribuyen a la mayor parte de los padecimientos.

²⁰⁹ El movimiento de *Ndendé* parece participar en la actualidad de una reconfiguración del orden social. Su adhesión constituye para las *ngengan* entrevistadas una oportunidad para consolidar su autonomía económica, acaparar prestigio y espacios de poder.

²¹⁰ La etnografía de Tessman a principios del siglo XX también apunta a la existencia de una alta especialización en el campo de la terapéutica fang (Tessman, 2003:468).

“Casi sin excepción alguna, cualquier tipo de patología me ha llegado. Entonces, la mayor parte de casos que he podido sanar a la gente, el origen de la mayoría de las enfermedades que tienen los guineanos, es a base de la “sorcellerie” o brujería. Porque esto puede salir y puede aparecer en cualquier sentido y en cualquier especie de enfermedad que tú puedas tener. Porque hay cegueras, hay sorduras, hay mudos, hay epilépticos, hay... [...]O sea, cuando analizamos profundamente la raíz y el origen del mal, encontramos siempre que es la hechicería.” (Silvestre, 45 años, fang, ngengan de Mbir)

“Lo nuestro viene espiritualmente. Cuando tú curas espiritualmente tú curas de todo. Porque hay muchas enfermedades que se presentan de otra cosa de moderna, pero por debajo, viene del origen de la brujería. Entonces, son nuestro terreno. Por ejemplo, alguien se puede enfermar: ahora se dice que paludismo. Pero ese paludismo, muchas veces no es simplemente paludismo. Sino que es algo que procede de la brujería. Pero se viene, para engañar a la gente, por encima a poner algo como pantalla, como paludismo. Pero realmente no es paludismo. [...] Si los médicos le tratan, le hacen todos los medicamentos de todo, la persona no se cura. No es porque esos médicos no son médicos, o no saben los que hacen o los medicamentos no son buenos. Sino que por debajo de ese paludismo hay algo. De donde procede algo? Es algo procedente de la brujería. Y si tú no dejas de atacar la brujería para sacar lo que está ahí debajo de ese paludismo, la persona no puede estar bien. Muchas veces se muere, dirán de que la persona se ha muerto por el paludismo, con que no.” (Petra, fang, 42 años, ngengan de Ndendé.)

“Porque los espíritus malignos son capaces de hacer cualquier cosa. Porque las enfermedades tradicionales son capaces de dejarte de que el hospital te diagnostica una enfermedad, con que no lo tienes. [...]Si tienes una enfermedad de hospital que es natural, si no tienes nada de brujería en el cuerpo, una persecución o tal, te vas a curar, con los medicamentos del hospital. Y si lo tienes en mezcla, no puedes curar en el hospital, porque la brujería es capaz de elevarte hasta los altos, [...] Si no te hayas metido en la curandería, para que al menos te vayan cortando esos cuernos, esas cuerdas, para que tu enfermedad se quede suelta, no puedes curarte. Así, así es.” (Judith, 35 años, fang, ngengan de Ndendé)

Dotar cualquier afección de una dimensión invisible, juega en detrimento de la especialización de los saberes. La lectura plural de la etiología, que integra

sistemáticamente elementos malignos, (sin descartar los demás,) otorga legitimidad a la intervención del *ngengan*.

Para Judith, *ngengan* de *Ndendé* al mismo tiempo que ATS en el Hospital General, el tratamiento de ambas dimensiones ha de llevarse en paralelo, y de forma complementaria. En 2011, un paciente diagnosticado VIH/Sida en el hospital acudió a ella en muy mal estado. Muy pálido, y con diarreas continuas, apenas tenía fuerzas para desplazarse. Su mujer había dado a luz ocho meses antes, y tanto ella como el infante no estaban infectados. El enfermo tenía una amante desde cerca de un año, por lo que Judith consideró que la infección era muy reciente, y se había dado en el marco de la relación extramatrimonial. Combinando las perspectivas de su doble pertenencia, Judith haría las siguientes deducciones:

“El virus no se evoluciona de esa forma. Si te contagias de una enfermedad, hay un tiempo de incubación. Tú acabas de tener a esa chica, ni siquiera ha llegado a doce meses que ya te has puesto así [...]. Si te contagias con una enfermedad encontrando que hay manchas de brujería en tu cuerpo, se evoluciona tan pronto así”.

El enfermo pasaría un mes con Judith, con notables señales de mejora. Una vez “desatada” la enfermedad, es decir desactivada las influencias malignas sobre la misma, sería Judith en persona quién aprovechando su estatus sanitario, le acompañaría al centro de M^a Rafols para que le faciliten con celeridad el tratamiento antirretroviral.

Para Judith, es preciso “desatar” el vínculo oculto de la enfermedad para poder ser tratada con normalidad desde la biomedicina. Para ella, el vínculo entre la aprehensión biomédica y sobrenatural de la enfermedad ha de jugarse desde la complementariedad. Algunos sin embargo, no dudan en afirmar el carácter secundario e incluso irrelevante de la sintomatología y aprehensión biomédica de la enfermedad.

*“Esto es lo que nos hace curar todo. Si es algo que procede de la brujería, puede haber paludismo, puede haber dolor de cabeza, puede haber tos, puede haber sida, puede haber cualquier cosa que sea. Pero su... su atado, está en la brujería... Si tu curas esto, lo que hay encima, también va a desaparecer. Si es que las estrategias de las ciencias ocultas, lo que se pone encima se diferencia en todo tipo de enfermedades, y nosotros somos capaces de ver lo que hay abajo, y sacarlo.” (Petra, fang, 42 años, *ngengan* de *Ndendé*)*

Petra considera que desde el momento en el que el hechizo se deshace, la enfermedad “superficial” desaparece. El diagnóstico biomédico, constituye para ella “una pantalla” sobre la que en muchos casos, no es necesario actuar,

sino abordar exclusivamente los aspectos “más profundos” vinculados a la brujería. Si bien estos razonamientos parecen inquietantes, especialmente el de Petra, es preciso tener en cuenta que la mayor parte de sus pacientes han acudido con antelación al hospital, sin lograr una respuesta terapéutica satisfactoria. Estos itinerarios alimentan y consolidan el enunciado que postula la existencia de fuerzas ocultas.

b. El desplazamiento del principio activo del poder terapéutico

Entre los *bingengan* que se reclaman más tradicionalistas, se recogen procedimientos diagnósticos variados. La escucha atenta de la descripción sintomatológica por el paciente, respaldada a veces por la exploración del enfermo, sigue siendo el más frecuente. También siguen vigentes procedimientos divinatórios. Uno de los procedimientos socialmente más valorados, y asociados a las terapéuticas antiguas, consiste en conservar durante la noche una prenda del enfermo, con el objetivo de que los espíritus comuniquen al *ngengan* no tanto las causas de la enfermedad, pero sí el tratamiento a seguir. A pesar de la buena aceptación social del procedimiento diagnóstico, generalmente asociado a las terapéuticas “antiguas”, y si bien muchos *ngengan* consultados dicen utilizarlo, lo he registrado en contadas ocasiones.

Al margen de los movimientos iniciáticos de *Ndendé* y *Mbiri*, se recogen técnicas variadas y heterogéneas para cuestionar el mundo invisible, algunas próximas a la prestidigitación. Recordemos a tal efecto, aquel *ngengan* bisio, que utiliza un vaso para diagnosticar el *eluma*²¹¹. Tras frotar la zona dolorida con unas hierbas, “para hacer mover el *eluma*” y “hacer aflorar la brujería”, coloca un vaso sobre la piel con una moneda de 25 francos encima. Si el vaso, mediante un efecto ventosa se sostiene por sí mismo adherido a la piel, se deduce el origen oculto del padecimiento.

El *evu* ha sido descrito en muchas ocasiones como el principio activo por excelencia de la brujería para numerosas poblaciones de la zona. Ha sido estudiado en detalle en Camerún por Mallart entre los Evuzok (1981), y Laburthe Tolra entre los Beti (1985:59-138), poblaciones emparentadas con los fang de Guinea Ecuatorial²¹². El *evu* postula la existencia de tres categorías

²¹¹ La palabra *eluma* en fang, procede del verbo *alum*, lanzar. La palabra alude al hecho que la enfermedad se lanza a distancia como si fuese una lanza o flecha invisible que se clava en su víctima. Puede afectar cualquier parte del cuerpo de la víctima, causándole un dolor intenso, y abscesos de los que puede salir abundante pus. Es una enfermedad lanzada por los brujos. Tiene equivalencias entre todos los grupos etnolingüísticos de la zona continental del país.

²¹² Otras conceptualizaciones similares han sido recogidas en la zona, como el *evusu* entre los ndowé de Guinea Ecuatorial (Fons, 2004) y los doulas de Camerún (De Rosny, 1981) o el *Djambe* entre los Maka en el sureste de Camerún (Geshiere, 1995).

distintas de personas: quienes no lo tienen, (*mieme*, el inocente,) quienes lo tienen y lo ponen al servicio del mal para el beneficio personal, (el *nnem*, o brujo,) y quienes también lo tienen pero lo utilizan en beneficio de la sociedad para defenderla de los ataques de brujería (el *ngengan*) (Mary, 1983 (a): 285).

La irrupción del *Ndendé* y del *Mbiri* ha transformado las modalidades y principios activos de las terapias antiguas. Según muchos de sus adeptos, el *evu* ya no es imprescindible para moverse en el mundo invisible y poder visionar e impedir la actividad de los brujos. Los curadores disponen de espíritus que les guían y les apoyan en la empresa terapéutica, relativizando los fundamentos antiguos del poder del *ngengan*, al que solo los más tradicionalistas parecen todavía ligados.

Los procedimientos diagnósticos de las sociedades iniciáticas de *Ndendé* y *Mbiri* se sustentan esencialmente en la divinación. Las causas del malestar y la intervención preconizada son inspiradas al curador, a menudo a lo largo de una experiencia extática. La identificación del mal, y selección de las acciones emprendidas quedan supeditadas al contacto con los espíritus en detrimentos de los saberes específicos del *ngengan*.

“Digo que si tú estás enfermo, no me dices nada, que siento tal o tal. El espíritu mismo viene para decirte lo que pasa contigo. Lo primero, estoy haciendo consulta, el espíritu viene sobre mí, para consultar. Después lo que dice el espíritu, es cuando empiezo a hacer el tratamiento. Si espíritu el mismo te invita en su pueblo²¹³, si tú mismo quiere, tú vas.” (Adela, fang, 45 años, *ngengan* de *Mbiri*)

En estos formatos divinatorios, las respuestas terapéuticas implementadas se elaboran a través del contacto con el mundo invisible. A diferencia de los conocimientos estables que vinculan una sintomatología específica con un procedimiento terapéutico determinado, estos mecanismos adquieren una gran flexibilidad y facultad de adaptación. Son capaces, como en el siguiente ejemplo, de implementar respuestas inéditas aprovechando las oportunidades del contexto.

Una ngengan de Mbiri es solicitada a media tarde en su domicilio por una madre y su hijo de nueve meses. La madre no tiene dinero. No obstante, la ngengan aplicará un masaje con hierbas al infante y solicitará a la madre su regreso por la noche, en el que está prevista un acto ritual. Durante la ceremonia de mbiri, y ante la sorpresa general, los espíritus, a través de la ngengan se

²¹³ Alude a la posibilidad que a lo largo de la sesión ritual que conforma la consulta, los espíritus, en vez de comunicar a través del curador, el origen del mal, inviten al enfermo a una experiencia extática, inducida por el consumo de las raíces alucinógenas de *iboga* (*Tabernanthe iboga*) para que él mismo descubra causa de sus problemas.

dirigen directamente a mí para que acompañe la madre y el infante al hospital, y asuma los gastos derivados. (Diario de campo, 19/09/2011).

Frente a la aparente gravedad del estado del infante y a la falta de recursos de los padres, la prescripción saca partido de mi presencia, al mismo tiempo que la voz del espíritu otorga (tanto para los padres como para mí,) un carácter irrevocable a su mandato.

Estos formatos divinatórios participan de la disolución de los saberes antiguos. No movilizan tanto la experiencia empírica de los curadores y la extensión de sus saberes, sino el número y fuerza de los espíritus que los montan. Los itinerarios de aprendizaje parecen reveladores al respecto. En el caso de los *bingengan* más tradicionalista, los tiempos de aprendizaje superan con frecuencia los 3 o 4 años, periodo durante el cual suelen empezar a ejercer bajo la tutela de sus respectivos mentores. Algunos incluso, de cara a consolidar sus conocimientos, han tenido más de un instructor. En contraposición, los tiempos de aprendizaje de los *bingengan* de *Ndendé* y *Mbiri* raras veces suelen extenderse más de un año. Empiezan tras el periodo más o menos largo de ingreso en la curandería, por el tratamiento de un proceso patológico generalmente asociado con la vocación terapéutica del paciente. La adquisición de los saberes mediante la revelación y el contacto continuado con los espíritus, reduce la necesidad de prolongados periodos de aprendizaje bajo la supervisión de un *ngengan* confirmado²¹⁴.

Mallart alude también a los cambios introducidos respecto a las terapéuticas antiguas entre los *evuzok* en el sur de Camerún. En la danza de los espíritus (*minkug*) que describe, los auténticos protagonistas e impulsores de la cura son los espíritus con los que el *ngengan* mantiene una relación privilegiada. El *ngengan* es ante todo un mediador entre los espíritus y los enfermos. Supone señala Mallart, un cambio muy relevante respecto a los procedimientos más antiguos, en el que el saber del *ngengan* y la fuerza de su *evu* parecían determinantes (Mallart, 2012:105-106). En el mismo orden de ideas, Monteillet señala, en relación al baile *bissima* en Camerún, que la decadencia de las formas de transmisión de los saberes antiguos en la que los ritos estaban asociados a conocimientos específicos sobre la enfermedad y la

²¹⁴ Se trata evidentemente de rasgos generales. Existen multitud de itinerarios diferentes en cuanto a la adquisición de los saberes del *ngengan*. Aunque no parecen constituir la norma, existen obviamente terapeutas de *Ndendé* o *Mbiri* que han pasado tras su iniciación periodos más o menos largos asistiendo su padre espiritual, antes de emprender su propia terapéutica, mientras otros, que se reclaman tradicionalistas, aseguran haber accedido al saber exclusivamente mediante revelación.

También cabe señalar, que si bien prevalece la revelación entre los procedimientos de adquisición del saber, en ningún caso excluye otras modalidades de transmisión (generalmente catalogadas por la antropología como la filiación/herencia el intercambio y el aprendizaje,) con las que generalmente se combina.

farmacopéa vegetal, ha ocasionado una “inflación ritualista” (Monteillet, 2005:168).

La evicción del *evu* de los mecanismos de acumulación de poder no se puede desligar del fuerte ascendente cristiano de estos movimientos. Las transformaciones del principio activo del poder terapéutico conlleva la suplantación del *evu* por la de la acción divina. La movilización de símbolos asociados al proceso colonizador y al cristianismo, se ha instaurado en paradigma. Ilustra lo que Tonda denomina la subjetivación del proceso civilizador iniciado a lo largo de la era colonial (Tonda: 2005:125). Son las fuerzas de este proceso las que son invocadas para liberarse del oscurantismo bruñeril y no tanto supuestos valores endógenos y tradicionalistas resurgidos del pasado.

2. Los fundamentos modernos de la bruñería

a. Desigualdades, poder y bruñería

El encuentro colonial supuso la desarticulación de los mecanismos antiguos de gestión del desorden, especialmente de aquellas manifestaciones del mal asociadas a la manipulación de las fuerzas ocultas. La represión misionera de los modos de expresión ritual de las sociedades colonizadas, la persecución de los cultos de los ancestros y de la lucha contra la bruñería (como el *byeri* y el *ngui* respectivamente entre los fang,) supondrían la degradación del repertorio simbólico de las sociedades antiguas, amputándolas de los mecanismos rituales de protección frente a la bruñería. En sociedades altamente igualitarias, la individualización de la economía y la introducción de profundas desigualdades que acompañaron el proceso colonial, supusieron un recrudecimiento de las acusaciones de bruñería. La desaparición de los cultos antiguos, objeto de persecución colonial, y la aparición de nuevos mecanismos de diferenciación social, apelarían a la necesidad de implementar nuevos mecanismos de protección. La proliferación de los cazadores de brujos (*bingengan*), como aquellos pertenecientes al movimiento de *Ndendé* a mediados del siglo XX, responde a esta necesidad.

El desempleo, el alcoholismo, el paludismo endémico, el sida, las muertes neonatales y abortos repetidos, la infertilidad o la impotencia, males endémicos en el país y/o manifestaciones frecuentes de la desgracia, alentados por el éxodo rural, y acrecentados por el urbanismo salvaje y las pésimas condiciones de habitabilidad en las periferias de las dos principales ciudades del país, traducen la decrepitud del Estado social, y constituyen un terreno fértil para la interpretación del mal en términos persecutorios.

La edificación y ostentación de los íconos materiales de la modernidad del país, el mantra del desarrollo, y la enunciación recurrente de las disposiciones divinas y necesariamente bondadosas que guían a quienes ostentan el bastón

de mando, sitúan a las élites gobernantes al frente de la lucha contra las fuerzas ocultas. La confluencia de la voluntad divina con los designios del poder constituye uno de los puntos recurrentes de los discursos del presidente frente a agentes internos y externos, ocultos y malintencionados que pretenden desestabilizar el país²¹⁵. Una misión sanadora en definitiva, en consonancia con el desarrollo, orientada a extirpar el mal, el oscurantismo bruñeril, la ignorancia y las supersticiones de la sociedad²¹⁶.

No obstante, al mismo tiempo que los discursos generados desde el gobierno pretenden situar su ámbito de acción bajo los designios divinos, desvinculándolos de las fuerzas ocultas, se cultivan en permanencia referencias simbólicas, relaciones asimétricas y dinámicas persecutoras que alimentan la familiaridad del poder con la bruñería en términos interpretativos.

La distinción entre la vida diurna y nocturna, entre lo visible y lo invisible, entre el bien y el mal, entre las personas normales y los brujos, son inherentes a la cosmovisión asociada a la bruñería en Guinea Ecuatorial. También postulan la inferioridad tecnológica y científica del africano de día, que contrasta con la existencia de un mundo nocturno en el que los brujos se desplazarían en aviones supersónicos y serían los verdaderos artífices de un mundo ultradesarrollado (carreteras, aeropuertos, hospitales, edificios altos etc.)²¹⁷. El Estado guineano demultiplica con las rentas de petróleo, la iconografía de la modernidad. El despliegue tecnológico sanitario puesto en escena por el Estado mediante la implementación de estructuras privadas elitistas, se acompañan de otras manifestaciones materiales de la misma índole (carreteras de seis carriles, campos de golf, aeropuertos internacionales, la fundación de nuevos barrios, incluso de una nueva ciudad etc.). Constituyen señas inequívocas del lugar en el que el Estado-partido pretende enraizar su legitimidad, sustentos materiales e ideológicos de su capacidad transformadora y modernizadora. Si bien se inscriben de día en lo visible y decible, las profundas desigualdades que persisten en cuanto al disfrute de las estructuras implementadas, participan de las ambigüedades semióticas del poder. Del lado de lo invisible e indecible, estos objetos que dicen el poder, y cuyo disfrute recae en primera línea en las élites del país, no se pueden

²¹⁵ Así por ejemplo, el 3 de agosto 2013, en la celebración del golpe de estado de 1978, el jefe del Estado recuerda que tras el golpe, uno de los primeros Decretos que promulgó su gobierno fue la apertura de las Iglesias (Macías había prohibido el culto católico en todo el ámbito nacional). Es un argumento frecuente del poder que sugiere que con el golpe, el nuevo gobierno vuelva a caminar en la senda de Dios. En el mismo discurso, el presidente asegura que la Iglesia y el gobierno “están llevando paralelamente la misma acción”. Señala que gracias a la providencia y a Dios, “hoy Guinea Ecuatorial camina hacia el desarrollo”, y advierte que “La estabilidad que tenemos hoy, viene de Dios. Por lo tanto todo aquel que esté en contra de la estabilidad, está en contra de Dios” (Obiang, 2013).

²¹⁶ Tonda invita precisamente a reflexionar sobre esta superposición entre el cuerpo doliente, el cuerpo social y el cuerpo político, patente en los orígenes del mal y en los vínculos simbólicos que existen entre los diferentes niveles (Tonda, 2005:234-5).

²¹⁷ Respecto a este imaginario en Guinea Ecuatorial, véase por ejemplo Mbana, (2004: 34)

desvincular de este imaginario nocturno. Sin repercusiones apreciables sobre la vida de la mayor parte de la población, es como si en definitiva, perteneciesen al mundo de la noche. Las señas de la modernidad como la expresión de poderes ocultos, traduce los límites metodológicos del establecimiento de fronteras herméticas entre tradición y modernidad.

En segundo lugar, los mecanismos de represión y vigilancia también participan de las ambigüedades semióticas del poder. Seguimos nuevamente a Tonda cuando señala que el Estado-partido único se caracteriza por el ethos de la persecución. Un ethos fundamentado en la perspectiva de un Estado omnisciente, que lo ve todo, que mantiene dispositivos de vigilancia secretos, cuya presencia se presienten pero no se ven. Cualquiera está expuesto a la sospecha, a la delación y súbita desaparición, propiciando un “*sentiment d’insécurité psychologique identique à celui que développe la sorcellerie*” (Tonda, 2005: 199-200). “El gobierno – nos recordaba un *ngengan*- nunca es niño, ni es ciego. La luz del gobierno es como el sol, ve día y noche”. Opera, tanto en el mundo visible, como en el mundo invisible.

En tercer lugar, en un contexto en el que las profundas desigualdades que caracterizan el tejido social no mantienen ninguna relación manifiesta con las aptitudes, el esfuerzo, o los logros académicos y profesionales, el enunciado brujo constituye un sistema explicativo capaz de articular el éxito y la desgracia, y de dar cuenta de la desconexión de las lógicas del poder con la justicia social. Pesa sobre los políticos y los poderosos, la sospecha de haber usurpado bienes y posiciones inmerecidas. Los discursos acerca de la brujería, como recurso para alcanzar, mantener y asegurar riquezas y poder, son otra forma de manifestar y representar el carácter ilegítimo de las riquezas y del estatus ostentados. Los aludidos, tampoco desmienten los rumores, ya que participan de su reputación. Consolidan el respeto y el temor que infunden, y desalientan posibles ataques, invisibles también, derivados de la envidia.

El antropólogo Joaquín Mbana, nombrado ministro de Educación y ciencias en 2011, y actual embajador del país en el Vaticano, es uno de los más conocidos detractores de la brujería en el país. Vaticina que la creencia generalizada en la brujería es una de las principales causas del atraso material e intelectual de la sociedad africana (Mbana, 2004:25)²¹⁸. En realidad la brujería no constituye tanto el problema sino el síntoma de las ansias de acumulación, de la normalización de los mecanismos irregulares de enriquecimiento²¹⁹, de la falta de equidad social, y en consecuencia de la aparente y permanente arbitrariedad que se abate sobre el precario cotidiano

²¹⁸ Otros representantes del Estado mantienen discursos positivistas de similar calado. El entonces Consejero de la Presidencia del Gobierno en materia de Cultura auguraba en una conferencia en julio del 2011 la paulatina desaparición de la “medicina tradicional y las supersticiones que la acompañan”, “reminiscencias del pasado”, e “incapaces de competir con la medicina moderna”. El mismo que a su vez, como diácono, practicaba exorcismos algunos días señalados en la periferia de Bata.

²¹⁹ Acuñados por Bayart como la “*politique du ventre*” (Bayart, 1989)

de la población. El discurso sobre la brujería constituye un mecanismo interpretativo de la injusticia. Traslada al ámbito simbólico unas desigualdades sentidas y sufridas. Su enunciación no tiene cabida en un contexto en el que las discrepancias políticas, el debate, la discusión y la disensión son silenciados y desterrados del escenario público²²⁰.

Por otra parte, si públicamente personajes políticos condenan la creencia en la brujería en virtud de la retórica del desarrollo, es sabido que muchos de ellos no escatiman en protegerse de la misma. El que fue apartado del Ministerio de Hacienda y Presupuestos en el año 2000 por desvío de fondos, alternó visitas a clínicas europeas y consultas a numerosos curanderos nacionales. En busca de curación y redención, se “abandonaría” a Cristo de la mano de un pastor evangélico, ilustrando la proximidad conceptual de las iglesias evangélicas y de los *bingengan* en el mercado de la salud. Se vería nuevamente otorgar importantes cargos políticos entre 2004 y 2012, año de su repentino fallecimiento. El matrimonio entre otro destacado político guineano, antiguo ministro de culto y embajador de Guinea en dos ocasiones, y una de las más influyentes y conocidas curanderas del país atestigua de los estrechos lazos que vinculan algunos *bingengan* con la política. Al parecer, el don de visión de esta última habría sido incluso solicitado desde las más altas esferas del Estado.

La ambigüedad manifiesta de la posición de las autoridades nacionales respecto a posibles amenazas vinculadas a la brujería, queda reflejada en la gestión y tratamiento efectivo de la medicina tradicional. El decreto Ley del 24 de octubre de 1985 que regula la práctica de la medicina tradicional, reproduciendo las directivas de la OMS (Alma Alta 1978) solo ampara la farmacopea, con posibilidades intrínsecas de validación científica. Ninguna de las tradiciones terapéuticas “espiritistas”, como *Ndendé* o *Mbiri* son constitucionalmente reconocidas por el marco legislativo aún vigente, como medicina tradicional²²¹. No obstante, la mayor parte de los curanderos asociados en ASOMETRAGE, es decir con reconocimiento administrativo, pertenecen a alguno de los dos movimientos, y sus adeptos copan la mayor parte de los puestos representativos de la asociación. Los dos responsables ministeriales (nacional y regional) de medicina tradicional, ambos sanitarios (farmacéutico y enfermero respectivamente,) consideran que la frecuentación por los pudientes de esta categoría de terapeutas, y de forma más genérica los estrechos vínculos que mantienen algunos con la política, imposibilita la aplicación de la ley. El propio fundador de ASOMETRAGE, *ngengan* de *Mbiri*,

²²⁰ Rowland & Warnier emiten una reflexión similar pero en relación a la brujería como sistema explicativo del campesinado, en el marco de las rivalidades que se manifiestan entre las élites urbanas y sus pueblos de origen (1988: 130).

²²¹ El *Mbiri* y el *Bwiti* son explícitamente mencionados en la ley de 1985: “Artículo 15: Todo el ejercicio de la Medicina tradicional que no se someta estrictamente a las exigencias de esta ley, tal como el Mimbiri o Bueti dará lugar a acciones penales o sanciones según la gravedad de la infracción [...]”.

Se adjunta el decreto ley relativo a la medicina tradicional en Anexo 3.

reconoce que tras pertenecer a la oposición, y de cara a poder gozar de mayor influencia y llevar a cabo su propósito de federar a los terapeutas del país, empezó a militar en el partido del gobierno a mediados de los noventa.

b. Los síntomas del *kong*

Actualmente el *Kong* es la etiología más frecuente en el ámbito de la brujería, tanto en Guinea Ecuatorial como en esta parte del continente africano²²². El principio del *kong*²²³, radica en la contratación del brujo, para que transforme una o varias personas en esclavos del contratante, y que éste, pueda enriquecerse mediante el trabajo de los cautivos en plantaciones invisibles. Las víctimas enferman, progresando ineludiblemente hacia una muerte ficticia, en la que sus espíritus serán esclavizados por su verdugo en parajes lejanos, en vista de beneficios económicos.

El *kong* está sustentado en el imaginario de la trata de esclavos (De Rosny, 1981: 93) y de la empresa colonial, situaciones que vinculan directamente la explotación de unos al enriquecimiento y éxito de otros²²⁴. Por otra parte, más allá de los motivos generalmente asociados a las formulaciones de la brujería, como la envidia y la crueldad, se suma en el *kong*, los objetivos explícitos del enriquecimiento. En este sentido, la aparición de configuraciones modernas de la brujería como el *kong*, (que conviven con otra más antiguas,) no se puede desvincular, como señalan Rowland & Warnier del desarrollo de la economía de mercado, y de los cambios en el reparto desigual de la riqueza, bajo la supervisión y connivencia del Estado colonial y poscolonial (1988:130). Inspirado en el imaginario de la trata y del colonialismo, y estrechamente ligado a la economía de mercado, el *kong* representa en el escenario oculto la mercantilización del ser. Su conceptualización no reposa tanto en la

²²² Véase por ejemplo De Rosny en el litoral camerunés (1981:89-102), Geschiere, quien recoge diferentes variaciones regionales camerunesas (1995:173-215), Fons, entre los ndowé de Guinea Ecuatorial, (2004:53-55), Augée Angoue en Gabón (2005:77-82) o Mallart, entre los evuzok al sur de Camerún (2012:144-146).

²²³ *Kong* es el término generalmente utilizado entre los fang en el país, y por lo tanto el más extendido en el contexto de estudio. Los Ndowné hablan de *ekong*, como los doualas de Camerún. El *Kong*, es la nominación más común en Guinea y países limítrofes. Ha adquirido una dimensión interétnica. No obstante, otras manifestaciones similares con apelaciones diferentes también han sido recogidas. Geschiere en Camerún, destaca la proximidad conceptual del concepto con el *famla*, entre los bamilekes, el *ekom* entre los Bakossi, el *nyongo* entre los bakweri. Todas estas manifestaciones específicas de la brujería, a pesar de algunas diferencias regionales notables, ponen en relación las fuerzas ocultas con la acumulación de riqueza (Geschiere, 1995:214-215).

²²⁴ La vinculación del *kong* con estos episodios traumáticos de la historia, también es perceptible en los orígenes que se le atribuyen. Son comunes los discursos que aseguran que fueron los blancos quienes lo introdujeron. El *Kong* es incluso denominado con frecuencia "magia blanca". Mallart, también resalta la filiación europea otorgada al *kong* entre los evuzok en Camerún (2012:144).

resurgencia de la tradición, sino en la aprehensión misma de la modernidad, de las desigualdades sociales, de la pobreza y del poder.

Los enfoques desarrollados desde las ciencias sociales respecto al *kong* en particular, y a la brujería en general, abordan su dimensión social, incluso política, para representar y aprehender los mecanismos de enriquecimiento y las profundas desigualdades que caracterizan estas sociedades en la actualidad²²⁵. Estas perspectivas muestran sin embargo poco interés por las formas que adquiere su inscripción en el cuerpo, los mecanismos que llevan a su identificación o las modalidades de su gestión. Esta elusión no carece de consecuencias ya que participa de la tendencia culturalista propensa a sobredimensionar el papel de la brujería en la gestión de la enfermedad en el cotidiano²²⁶.

Monteillet releva entre los síntomas más frecuentes del *kong*, el cansancio generalizado (astenia) y los sueños persecutorios, cuadros clínicos que según él, la medicina europea vincularía con problemas de orden psiquiátrico (Monteillet, 2005:149). Fons alude a “dormir sin descansar, fiebre, gran sudoración, hipertensión, soñar mucho, pérdida de peso, fuertes dolores en alguna parte del cuerpo...” (Fons, 2004:54). Mallart por su parte, recoge el testimonio de uno de sus informadores privilegiados, un *ngengan* evuzok llamado Mba Owona. Según el mismo, el *kong* pasaría por una fase de abatimiento y debilidad, seguida por otra de suma excitación, que culminaría por un estado de locura, caracterizado por dolores en todo el cuerpo, gritos y alucinaciones, antes del desenlace fatal (Mallart, 2012:145).

Un seminario llevado a cabo en abril de 2007 en Medouneu (Gabón, en la frontera con Guinea Ecuatorial), reunió 183 curadores gaboneses, guineanos, cameruneses e incluso algunos nigerianos en torno a la cuestión del *kong*. Se erigió una lista de los principales síntomas que le son asociados. Entre los elementos entonces recogidos, se mencionaron los siguientes: frecuencia de malos sueños, trascendencia involuntaria; agitación y violencia; sofocación, trastornos psíquicos; crisis frecuentes de epilepsia; crispación de los miembros; palpitación, miedos y angustias; dolores de cabeza y vértigos; adelgazamiento; debilidad sexual continuada; perturbación de las reglas y transformación de las mismas en fibroma o esterilidad; estado comatoso; desvanecimiento, acceso palustre; pérdida de la voz etc²²⁷.

²²⁵ Véase por ejemplo Rowland & Warnier (1988) y Geschiere (1995).

²²⁶ La afirmación de Marti por ejemplo respecto a la vida cotidiana de la población guineana según la cual “difícilmente la podríamos llegar a entender sin tener en cuenta las modernas prácticas y creencias de la brujería” (2008: 172) sitúan el conjunto de las lógicas de actuación del guineano fuera de la racionalidad. Participa plenamente de una visión culturalista, que se nutre más de la mirada del antropólogo que de las vivencias cotidianas de la población.

²²⁷ Se adjunta en Anexo 2 el informe del seminario.

Desde el punto de vista de los *bingengan*, la pluralidad sintomatológica del *kong* es a menudo vinculada con el principio de la enfermedad “pantalla” descrita más arriba. Se oculta tras manifestaciones sintomatológicas catalogadas desde la perspectiva biomédico, para confundir y retrasar su intervención:

“Hay muchísimas clase de kong que están en la calle. Tu puedes sufrir de kong pensando que con los mismísimos síntomas del paludismo. Te llegas al hospital, te tratan el paludismo, los médicos hacen todo lo que conocen para con el paludismo, no logras curarte, no logras recuperar la salud. Entonces, cuando esa persona viene aquí, cuando el espíritu le consulta, encuentra que es kong lo que él tiene. Pero padecía todos los síntomas del paludismo. Puedes tener otra enfermedad. (Silvestre, 45 años, fang, ngengan de Mbiri)

Si bien algunos elementos como los sueños persecutorios son indicios inequívocos, las manifestaciones del *kong* pueden abarcar cualquier expresión patológica, generalmente persistente, angustiosa e incapacitante. Una de las características más frecuentes en los itinerarios que culminan con el diagnóstico de *kong*, es el fracaso anterior de las alternativas terapéuticas biomédicas; fracaso que se erige en un indicio, un “síntoma” del carácter oculto de la etiología.

Si bien la dimensión política y social del discurso sobre la brujería para representar el orden social vigente y dar cuenta de las tensiones latentes, es un lugar común de los estudios antropológicos de la zona, es preciso no desestimar los elementos que participan de su diagnóstico e inscripción en los cuerpos. Las condiciones de existencia del *kong* en particular y de la brujería en general, derivan también de los altos índices de mortalidad y morbilidad dejados sin respuesta desde las instancias sanitarias.

3. La crisis de credibilidad de los *bingengan*

La figura actual del *ngengan* es probablemente una de las más controvertidas en Guinea Ecuatorial. Las conversaciones en torno a esta categoría de terapeutas, suelen despertar animados debates en los que con frecuencia se les vincula con la estafa, el charlatanismo, el interés exclusivamente pecuniario, así como el declive de los saberes antiguos, olvidados o desvirtuados por los actuales curadores. Estos discursos recuerdan que lejos del sentimiento compartido por sanitarios nacionales e internacionales, estos curadores no gozan de una credibilidad indiscutible entre la población. Los aspectos más problemáticos apunta la etiología social (especialmente la designación del culpable,) algunos procedimientos diagnósticos, y las cuestiones dinerarias.

a. La designación del culpable

La búsqueda y designación de un culpable (un familiar, un compañero sentimental, un compañero de trabajo,) inherente a la interpretación brujeil, concentra buena parte de los discursos críticos en torno a los *bingengan*. Antiguamente este procedimiento vinculaba el recobramiento de la salud al restablecimiento de la paz entre partes enfrentadas, generalmente en el marco del linaje, ofertando mecanismos de reinserción del acusado mediante la confesión (De Rosny, 1981). Hoy sin embargo, en el ámbito urbano, desencadena con frecuencia conflictos dolorosos y de envergadura en el ámbito familiar, vecinal o profesional²²⁸. El caso de un hombre que tras haber atendido a su mujer durante su agonía, se vería acusado por su familia de su muerte y ni tan siquiera podría acudir a su entierro por miedo a las represalias, es especialmente ilustrativo al respecto²²⁹. Las críticas emitidas en torno al enunciado acusatorio son frecuentes. Consideradas de escasa utilidad para la resolución del proceso patológico, acompañan generalmente cualquier conversación asociada a las prácticas actuales de los *bingengan*.

“No me gusta. Van a decir, tu mamá [ha hecho brujería], tú misma [has hecho brujería]. ¿Dónde? Como voy a hacer brujería

²²⁸ Fernandez ya observa en los inicios del movimiento de *Ndendé*, el carácter problemático de las acusaciones: “the effects of his activities, on balance, tended in the direction of exacerbating social disorders rather than resolving them (Fernandez,1982:233-4)

²²⁹ Relatamos el caso con más detalle: Pilar, la mujer de Guillermo lleva varios meses enferma. Ha consultado diferentes médicos privados en la ciudad de Bata, consultorios chinos, e incluso un *nganga ndowé*, etnia a la que pertenecen él y su mujer. Gracias a una de sus hijas que reside en España, Pilar logrará viajar a Madrid, donde se le diagnosticará un cáncer. Tras un año y cuatro meses, Pilar desea volver a Guinea.

Tras su regreso al país, Pilar y Guillermo mantienen una acalorada discusión en torno al embarazo no deseado de una de sus hijas. Durante la misma, Guillermo empuja vehementemente a su mujer que cae al suelo desequilibrada. Sin secuelas físicas, pero emocionalmente afectada, llama a sus hermanos quienes pasan a recogerla para llevarla al pueblo en rio Campo donde reside una parte de la familia.

Pilar pasará un año en el pueblo. Regresará a Bata por el empeoramiento notable de su estado de salud, que la llevaría a diferentes consultas privadas conocidas (Doctora Alene en Bata, el doctor Mbemba en Bolondo entre otras). En este último tramo, Guillermo, en busca de reconciliación con su mujer, es de nuevo involucrado en el proceso terapéutico. Pilar accede a compartir nuevamente el mismo techo que su marido. Finalmente, la familia asume los costes muy elevados de una operación en el hospital privado La Paz, aunque las expectativas de supervivencia fuesen, al parecer, mínimas. Tras la operación, Pilar no parece recuperarse. A la desesperada, sus familiares deciden sin avisar a Guillermo, acudir a un *nganga ndowé* quién señala precisamente Guillermo como el responsable del mal estado de salud de su mujer. Pilar fallecerá días más tarde en la curandería.

Guillermo tiene entonces que pasar varias noches en la iglesia en la que es catequista para huir de las amenazas de los hermanos de Pilar. Ni tan siquiera puede asistir al entierro de su mujer. “Aquello –relata- fue incluso peor que la propia muerte” de su mujer. Meses más tarde, una de sus hijas trata de rehabilitarlo. Al parecer su madre se le apareció en sueños para absolverle de toda responsabilidad.

a mi niña que estoy esperando que si yo me muero el día de mañana, mi niña va a quedar en la vida. La voy a hacer brujería? Para que quiero más? Ahí es cuando yo me dimito de esas gentes. Por eso no me gusta eso de Kpua kpua kpua kpua²³⁰. ..Si me ves irme allí, hay que ver que Rosario ya no tiene que hacer más...” (Rosario, fang, 45 años, 10 hijos)

Hay a veces que uno dice que tu padre sí que te mata, tu madre sí que te hace tal cosa, y cuando vas a llegar a otro curandero, te dirán otra cosa. Y ahí mismo si llegas a un hospital, que te tratan bien, encontrarás que era una enfermedad simple ahí que te pueden curar, y te han dicho que es tu madre quién te está matando, o tu padre, o tu hermano y entonces desorden en la familia”. (Ignacia, fang, 21 año, un hijo)

“Yo quiero que me curen. No que si mi abuela tal tal tal, que si mi tío tal tal tal...” (Matías fang, 43 años, 3 hijos)

Estos testimonios ilustran un sentimiento ampliamente difundido entre la población. El contexto urbano es más propenso a la desconexión entre el terapeuta y sus pacientes. A diferencia del poblado, el curador, no conoce el entorno y desarrollo personal de su interlocutor. Las alegaciones en torno a la responsabilidad de determinados miembros del parentesco, o compañeros de trabajo dependen entonces del crédito que el enfermo y su entorno quieran otorgarle (Fassin, 1992:126-127). La búsqueda frecuente de terapeutas dentro de la familia extensa ocupa en este sentido un papel importante en las estrategias implementadas. Otorga ciertas garantías respecto a la implicación e intencionalidad del *ngengan*, al mismo tiempo que le asegura mayor conocimiento del entresijo de relaciones sociales en el que el enfermo está inmerso. Se enfrenta a menores dificultades a la hora de capitalizar los rumores y resentimientos existentes en una familia, elementos que resultan claves a la hora de designar las causas sociales de la enfermedad.

La designación explícita de un culpable no es sistemática pero si muy frecuente. La familia es el campo por excelencia del conflicto, especialmente en las sociedades rurales. Sin embargo en la ciudad, la desarticulación de los vínculos de parentesco y la emergencia de valores más individualistas como la competitividad laboral por ejemplo, ha ensanchado el círculo de los posibles responsables de la enfermedad. Si bien el culpable pertenece generalmente al parentesco, (aunque habitualmente no comparte el mismo hogar que la víctima) las acusaciones también trascienden los vínculos familiares, abarcando las relaciones amorosas pasadas y presentes, el ámbito laboral o incluso vecinal.

²³⁰ Onomatopeya que pretende reproducir el sonido del palo contra palo, percusión característica de los rituales de *Ndendé*.

Según Monteillet, en Ncoteng en Camerún, la designación de un culpable intervendría en el 45% de las consultas a los *bingengan* (2005:161). Si bien no se disponen de datos específicos respecto a Guinea Ecuatorial, el procedimiento ha sido observado con regularidad, especialmente en los ritos de *Ndendé*, pero ocurre con mayor o menor frecuencia en todas las tradiciones terapéuticas, incluso las más tradicionalistas.

b. Procedimientos diagnósticos en cuestión

Los propios formatos divinatórios, característicos en los ritos de *Ndendé* y *Mbiri*, según los cuales el enfermo no desvela su enfermedad sino que es el espíritu quien a través del *ngengan*, enuncia los problemas del paciente, no gozan de una indiscutible credibilidad²³¹. La designación de las personas clave que supuestamente intervendrían en el estado de salud del enfermo es sujeta a burlas frecuentes.

“Primero te van a preguntar “¿Quién es Mba? ¿Quién es Mba?”. Si sabes buenamente que Mba, en Guinea, en cualquier familia existe. En cada familia ha de haber un Mba.” (Alicia, fang, 24 años, dos hijos)

Otros mecanismos diagnósticos también despiertan el recelo de numerosos entrevistados. La confesión del enfermo respecto a las infracciones sociales cometidas y vínculos establecidos con el mundo oculto, es a menudo un proceso ineludible para la cura. La colocación de una gallina sobre la cabeza del enfermo por ejemplo, frecuente en *Ndendé*, pretende precisamente provocar la confesión. Mientras el animal permanece en el sitio, aún quedan cosas por confesar. Si por el contrario abandona la cabeza del enfermo, significa que este ha completado su confesión²³². Pilar comenta al respecto, no sin ironía:

Me puso esto de la gallina en la cabeza. Entonces esa curandera me preguntó: eso que tú hablas no es lo que tú tienes que hablar. Tú tienes que decir alguien que te hechizó y todo. Dije que no... yo no conozco nada de esto. Yo se que yo he saltado, he peleado, eso sí que yo conozco. Me dijo que si tu no hablas, la gallina va a quedar allí aunque un día entero. En menos de cinco minutos la

²³¹ Tessman hace más de un siglo, lejos de la credulidad a menudo prestada a las sociedades del continente, ya señalaba las burlas a las que eran sujetos los adivinos en las sociedades fang de principios del siglo 20 (Tessman, 518).

²³² Un mecanismo similar llamado *Bishua* consiste en colocar conos hechos con hojas en un cubo. Algunos están vacíos mientras otros contienen hierbas. El enfermo ha de coger aquellos que están vacíos para probar que no tiene nada más que confesar.

gallina se fue. Esa mujer empezó a perseguir a la gallina, y tuvo una herida aquí [señala la cabeza]. (Pilar, fang, 26 años, 2 hijos).

El prestigio discutido de los *bingengan* y el escepticismo que rodea sus prácticas rituales, especialmente en contextos urbanos, derivan en ocasiones en tensiones manifiestas con sus pacientes. El hijo de Carmen por ejemplo, de 10 años de edad, se puso a cojear sin motivo aparente. Carmen, acudiría primero al centro de salud de Rafols, seguidamente al Hospital General, y finalmente a una clínica privada. Los diagnósticos y tratamientos impulsados para paludismo y tifoidea, no conseguirían redimir la cojera. La madre de Carmen la presionaría para que acudieran al “Niño”, un conocido *ngengan* ubicado en las afueras de Bata, que oficia asistido por su madre. A lo largo de la consulta, Carmen manifiesta su escepticismo en torno al origen invisible del mal: cuando “El Niño” le pregunta si suele oír ruidos de noche en su casa, Carmen contesta que no ha notado nada fuera de lo común; ante la insistencia del *ngengan*, Carmen resta seriedad a la posibilidad de presencias invisibles sugerida por el terapeuta. Comenta con ironía, que quizás haya ratones en su casa a los que no presta mucha atención. “El niño” la reprende severamente. La increpa acerca de su falta de fe, y advierte sobre las repercusiones de su comportamiento sobre la salud de su hijo. Carmen, presionada por su madre, pide finalmente disculpas. Mediante la intervención de su madre y de la madre del *ngengan*, la consulta retoma su curso normal. El hijo de Carmen permanecerá finalmente un mes en la curandería.

La situación de Carmen, no es excepcional. Ciertos enfermos, y/o gestores de la terapia del mismo, acuden a las curanderías desconfiados y por descarte. La dramatización ritual del encuentro terapéutico y su derivación en el diagnóstico persecutorio, despiertan a veces suspicacia e irritación. Estos sentimientos invitan a cuestionarse acerca de los principales motivos que llevan a la consulta del *ngengan*.

La expresión de dudas respecto a la identificación del mal en términos sociales y persecutorios, lleva en ocasiones al terapeuta a “amenazar” al paciente y/o a su entorno. Estos últimos, a falta de alternativas, suelen ceder, ocultando como lo hace Carmen, sus dudas y celos. La biomedicina tiende a establecer una relación asimétrica y excluyente respecto a la voz del paciente. No obstante, el autoritarismo también caracteriza ciertas interacciones con algunos *ngengan*. Esta relación de poder recuerda Menéndez, es incluso necesaria para “curar” en algunas estrategias terapéuticas que se reclaman de la tradición (Menéndez, 2005: 35).

c. ¿El negocio de la cura?

Otro de los aspectos claves en el déficit de confianza de los *bingengan* en Bata es la cuestión dineraria. La consulta del *ngengan* oscila entre 2.000 y 5.000 F

cfa²³³. El coste de los tratamientos impulsados es muy variable. Dependen tanto de la patología, del prestigio del curador como de las posibilidades del paciente y su entorno. También suele ser correlativo a la percepción de gravedad. Según las tarifas consultadas, casos “sencillos”, no suelen rebasar los 20.000 F cfa. Sin embargo, casos de mayor gravedad en los que el *ngengan* indica que la vida del enfermo está en peligro, superan con frecuencia los 100.000 F cfa. El coste para solventar un padecimiento vinculado a la brujería, suele ser más bien alto, pudiendo alcanzar cifras astronómicas. Algunos entrevistados mencionan casos en los que, entre los utensilios rituales solicitados y el servicio del *ngengan*, el coste habría alcanzado los 500.000 F cfa.

El afán de lucro en el campo de la terapéutica genera situaciones evidentes de peligro. Antepuesto al bienestar del enfermo, propicia comportamientos negligentes y desembarazados del sentido de la responsabilidad, llevando a algunos a privilegiar la permanencia del enfermo a pesar de los riesgos evidentes que hacen correr a la vida del paciente. Otros, llegan incluso a amedrentar al paciente para que no se vaya²³⁴. Cabe recordar que el descuido del paciente no solo ocurre en el marco de algunas alternativas asociadas al espectro. Como se ha recogido en capítulos anteriores, es también ampliamente difundido en el sector biomédico.

En contraposición a las críticas generadas en torno a los curadores de hoy, la figura de los de antaño es a menudo ensalzada. Obraban dice la gente, por el bien de la comunidad, y de forma desinteresada. Delimitaban con claridad el terreno de su competencia, mientras que los actuales, esencialmente motivados por el beneficio económico, se adjudicarían la capacidad de resolver cualquier desgracia.

“Lo que yo recuerdo en mi pueblo, había curanderos que tu le traes un paciente así, te mira, te dice “no, yo no trato esto, vete a tal persona, que te lo va a hacer bien”. Pero aquí en Bata, todo el mundo sabe tratar todo. No hay uno que diga que no [...] los curanderos ya no tiene esa mira. Solo miran el dinero que van a coger, no velan por el bienestar del enfermo.” (Dora, fang, 53 años 3 hijos)

²³³ El precio de consulta “reglamentario” fijado por el ministerio y relegado por la Asociación de Medicina Tradicional de Guinea Ecuatorial (ASOMETRAGE) es de 2.000 F cfa. La cantidad exigida por los *bingengan* es generalmente superior. Algunos argumentan al respecto la necesidad de sumar al precio estipulado, el coste de los accesorios rituales requeridos para el desarrollo de la consulta (botella de licor, polvos de talco, velas, retribución de los asistentes etc.)

²³⁴ Un *ngengan* de *Mbiri*, ante las dudas de una paciente para iniciarse e ingerir *iboga*, le aseguró que si no se sometía al proceso, moriría en el plazo de dos semanas. Finalmente, la afectada se resistió y la iniciación no tuvo lugar; la paciente sobrevivió.

Estas aserciones, muy frecuentes, cultivan sin lugar a duda una dimensión mitológica de los terapeutas de los tiempos pasados, pero también recogen elementos contrastables. El éxodo rural ha desarticulado los mecanismos antiguos de transmisión de los saberes. El alejamiento del poblado, espacio de circulación por excelencia de los conocimientos en este campo, y de su entorno vegetal, ha participado en los nuevos contextos urbanos, de la ritualización y ensanchamiento del campo terapéutico, en detrimento de las terapias farmacológicas y de la especialización.

Respecto a la supuesta gratuidad de los curanderos de otros tiempos, Fassin apunta con lucidez que el servicio del terapeuta era necesariamente correspondido. Si bien la contrapartida podía inscribirse en un espacio de reciprocidad más amplio, no eximía de alguna forma de remuneración. Su ausencia podía afectar la propia efectividad del tratamiento. Lo que sí ha ocurrido recalca el autor, es la monetarización del servicio (1992:307). Las monografías realizadas en los años sesenta por Mallart (1977:34) y Laburhte Tolra (1985: 129-130 y 173-174) al sur de Camerún así como las observaciones a principios del siglo XX de Tessman entre los fang (Tessman: 518) confirman la existencia de un amplio abanico de retribuciones dinerarias y/o materiales, para sufragar la intervención del terapeuta en tiempos pasados.

4. El *ngengan* en el itinerario terapéutico

a. La elección del *ngengan*

Las urbes disponen de la más amplia oferta terapéutica tanto en el campo de la biomedicina como en relación a aquellas prácticas asociadas a la medicina tradicional. Las curanderías ya no constituyen un recurso de proximidad para las zonas menos equipadas. A menudo ubicadas en las zonas y barrios periféricos de las ciudades, se inscriben en el entorno urbano, contexto en el que si bien la oferta biomédica formal es la más importante, la clientela es indudablemente mucha más extensa, y cuenta también con las franjas de la población guineana más adineradas.

Raras veces el enfermo acude o es orientado por su entorno hacia la curandería más cercana a su casa. El tipo de ritual procesado tampoco desempeña un papel significativo en la elección del *ngengan*. La reputación sin embargo, es un elemento clave. La notoriedad de un terapeuta determinado, o la recomendación de una persona del entorno cercano que ha experimentado la eficacia de la terapéutica implementada, sí constituyen elementos determinantes. También se registra con suma frecuencia, vínculos de parentesco entre el enfermo y el *ngengan* (una tía, un tío, una abuela...). En otras ocasiones, también se contempla la consulta al *ngengan* del pueblo de origen. En todo caso, la elección nunca se opera a ciegas. Siempre se acude a personas respecto a las cuales se dispone de ciertas referencias de antemano.

Los *bingengan* pertenecen generalmente a la misma entidad étnica que sus pacientes. Se observa cierta reticencia entre los ndowé a acudir a terapeutas fang, aunque los jóvenes parecen en contexto urbano, menos recelosos que sus padres. Los fang, al representar una amplia mayoría suelen desconocer por completo las demás alternativas adscritas étnicamente. No obstante, el reconocimiento de ciertos *bingengan* respecto a sus éxitos frente a determinadas patologías, como la epilepsia por ejemplo, inhibe el factor étnico.

No existe una relación directa entre el nivel socio-económico y el recurso a los *bingengan*. La diferencia como señala Fassin en Senegal, no consiste tanto en recurrir o no a las alternativas calificadas como tradicionales, sino más bien a cuál de ellas se recurre (Fassin, 1992:164)²³⁵. Monteillet, en consonancia con esta premisa, destaca en el sur de Camerún, la preferencia de aquellos con mayor nivel educativo hacia un terapeuta ubicado en el pueblo de origen (Monteillet, 2005:150). En todo caso, el *ngengan* no es el curador del pobre. Los precios suelen ser relativamente elevados, y si bien se aprecia una gradación de los precios en función de los ingresos del paciente, no resultan sistemáticamente más asequibles que los servicios institucionales regulares.

b. Motivos de consulta del *ngengan*

Los motivos de consulta a los *bingengan* son extremadamente variados. En los apartados siguientes se recogen aquellos que han sido observados con más frecuencia.

i. Enfermedades ligadas a la reproducción y a la sexualidad

Las enfermedades ligadas a la reproducción y a la sexualidad componen una parte importante de las consultas a los *bingengan*. De hecho, muchas mujeres interrogadas confiesan haber recurrido al *ngengan* solo en temas vinculados a la fecundidad. Los problemas de fertilidad, los abortos espontáneos o el fallecimiento consecutivo de varios neonatos, son situaciones frecuentes que no se pueden desvincular del alto índice de enfermedades venéreas²³⁶, de las condiciones de vida de muchas mujeres, del trabajo a menudo extenuante al que están sometidas, y de las tasas aún bajas de cumplimiento del protocolo de seguimiento del embarazo²³⁷.

²³⁵ Otras observaciones similares han sido realizadas en otros contextos del continente. Según el estudio que realizaron Diakité y al. en Bamako, el recurso al traditerapeuta no varía significativamente según el grado de estudios cursados (Diakité Birama, Diarra y Traoré, 1993 :155)

²³⁶ Según la encuesta demográfica de salud realizada en 2011, podría alcanzar cerca del 19% de las mujeres (EDSGE-1, 2011:200).

²³⁷ Según la encuesta demográfica de Salud, en más del 30% de los partos, las madres no han realizado las 4 visitas recomendadas de seguimiento (EDSGE-1, 2011: 111).

Las prácticas para promover la fecundidad de las mujeres, gestionar las menstruaciones dolorosas u otras molestias y dolencias en el bajo-vientre son a menudo impulsadas en primera instancia a partir de los conocimientos populares vehiculados en las redes sociales de proximidad. La persistencia del problema, y la percepción de gravedad, orientan la búsqueda de soluciones hacia los *bingengan*. En estos casos, la consulta al *ngengan*, suele también estar precedida y motivada por la percepción de fracaso de las terapias impulsadas desde las estructuras sanitarias biomédicas, ya sea un centro de salud, el hospital, o incluso alguna estructura privada. Inés (Ndowé, 37 años, 2 hijos) por ejemplo ha tenido, como muchas mujeres guineanas, abortos repetidos durante varios años seguidos. Los médicos del Hospital General identificaron al parecer varias infecciones y aseguraron que lo más razonable sería quitar la matriz. La respuesta biomédica, imposibilitaba tener más hijos, por lo que Inés dio “gracias a Dios” cuando una tía suya le aseguró que desde la medicina “tradicional” le podían “limpiar todo eso”. El tratamiento se revelaría exitoso ya que Inés volvería a ser madre algunos meses más tarde.

Las enfermedades venéreas, también muy extendidas entre los hombres²³⁸, así como la impotencia sexual, resultan motivos frecuentes de consulta al *ngengan*. Los casos recogidos respecto a las molestias y dolores en los genitales, han beneficiado también con antelación de la visita a alguna de las estructuras públicas de salud.

ii. Enfermedades infantiles

Algunos padecimientos infantiles, especialmente aquellos con una sintomatología recogida en la nosología popular, también suponen motivos habituales de consulta. Los casos más frecuentes que hemos recogido conciernen males a menudo percibidos como menores, aunque si son desatendidos, pueden resultar letales. El *choga*²³⁹, el *chit*²⁴⁰ o el *okakara*²⁴¹ constituyen los diagnósticos infantiles populares más frecuentes. Estas enfermedades no obstante, son más habitualmente atendidas en el ámbito

²³⁸ Alcanzarían según la encuesta demográfica de salud realizada en el 2011 el 18% de los hombres entre 15 y 49 años (EDSGE-1, 2011:200).

²³⁹ El *choga* es el nombre popular por el que se conoce un cuadro patológico infantil muy extendido en el país. No hay distinciones etnolingüísticas al respecto lo que también traduce su aparición reciente. Un sector del cuerpo sanitario lo asimila a la candidiasis intestinal, pero no hay consenso al respecto. Los múltiples significados del *choga*, así como los diferentes mecanismos de gestión implementados para su gestión serán abordados en el capítulo 9.

²⁴⁰ En fang, el *chit* (animal) también es llamado “*djom abum*” que significa literalmente “algo en el vientre”. La sintomatología asociada responde a la inflamación del bazo, por lo que es frecuentemente traducida por “bazo” en español. En términos biomédicos, es generalmente designado como esplenomegalia infantil.

²⁴¹ En fang, *Okákara* significa literalmente “pequeño cangrejo”. Alude a la activación por el brujo del *evú*, poder vinculado a la brujería, ubicado en el vientre del niño.

doméstico²⁴², (especialmente el *choga*), o por mujeres reconocidas en la comunidad como detentoras de saberes específicos en el cuidado y gestión de las enfermedades infantiles. Pertenecen al entorno familiar social o vecinal, y no suelen ser consideradas como *bingengan*, sino como curanderas de proximidad.

Estos padecimientos populares también cuentan a menudo con antecedentes en los centros sanitarios oficiales. El *chit* por ejemplo, es a veces relacionado con alguna infracción social de la madre, y en menor medida con la acción de los brujos, tal y como ya señalaba Mallart (1981:162). No obstante, muchos entrevistados consideran hoy que es una enfermedad “natural” sin ningún vínculo con el mundo invisible. Algunas madres señalan que “en el hospital lo llaman bazo; ahí también lo curan”. Una apreciación probablemente relacionada con el contacto continuado con las estructuras sanitarias y con los tratamientos antipalúdicos con efectos notables sobre la esplenomegalia vinculada al paludismo.

iii. Justicia, suertes y desgracias

Las cuestiones vinculadas a la suerte al éxito y a la desgracia, a los amores o a la situación laboral trascienden la aprehensión estrictamente biomédica de la enfermedad y motivan la consulta a los *bingengan*. La pérdida de un trabajo, las dificultades en encontrar un empleo fijo, la búsqueda de una pareja para contraer matrimonio, los fracasos escolares y académicos, el alcoholismo, hacen parte de las demandas frecuentes a las que son sometidos numerosos *bingengan*.

Algunos también son solicitados por sus dones divinatorios para impartir justicia entre partes enfrentadas. Este procedimiento delicado es llamado *Ndankará* entre los fang. Una persona acusada de un delito y su acusador, deciden de común acuerdo, o por orden judicial, acudir al *ngengan* para que mediante sus dones de visión, confirme o desmienta la acusación. Son pocos los *bingengan* entrevistados que llevan a cabo este tipo de prácticas ya que los exponen a las represalias de alguna de las partes interesadas.

iv. El *ngengan* en primera instancia y las afecciones brujeriles graves

El recurso al *ngengan* en primera instancia, sin ningún antecedente en otros espacios de terapia, es poco usual. Conciernen solicitudes que por su naturaleza (justicia, suerte y desgracia) no tienen cabida entre las alternativas biomédicas. Pero también es contemplado por el enfermo y/o su entorno frente a sintomatologías específicas, generalmente súbitas y espectaculares,

²⁴² Los trabajos etnográficos de Fons (2004) son especialmente ilustrativos en este sentido entre las poblaciones ndowé del país.

asociadas a la posibilidad de un ataque perpetrado desde el mundo invisible. Las convulsiones, espasmos, vómitos con sangre, dificultades respiratorias repentinas pueden derivar en interpretaciones asociadas a la brujería. Los sueños persecutorios, que ponen en escena personas profiriendo amenazas de muerte, o tratando de sacar el sujeto de su casa, o invitándole a subir a un medio de transporte (coche, tren etc.) también suelen ser descifrados en términos de agresión desde el mundo invisible. Las alucinaciones y otros desordenes del comportamiento, probablemente catalogados desde el punto de vista de la biomedicina en el marco de la psiquiatría, también pueden ser percibidos como indicios notorios de brujería, y motivar por lo tanto la visita al *ngengan* eludiendo cualquier otra disposición.

Las observaciones realizadas parecen indicar que raras veces el *ngengan* se erige como el primer recurso terapéutico; a menudo, ni tan siquiera como el segundo. Los itinerarios de las personas entrevistadas en las curanderías, suelen caracterizarse por antecedentes terapéuticos múltiples y complejos. Algunos de los mismos alcanzan las curanderías tras meses, incluso años después de la aparición de los primeros síntomas. Entre los 10 pacientes de un *ngengan* bisio por ejemplo, la media de recursos anteriores es de 3,4 recursos, más del doble que las alternativas que anteceden el Hospital General. El recurso a los *bingengan* interviene generalmente tras la percepción de fracaso de las alternativas asociadas a la medicina moderna. Más del 90% de los pacientes interrogados han acudido con anterioridad por los mismos problemas de salud a espacios de terapia asociados a la biomedicina; el Hospital General es el más frecuente, seguido por los centros de salud y los establecimientos privados.

La adquisición y consumo de medicamentos sin el respaldo del personal sanitario y los consultorios chinos, no suelen agotar en sí las posibilidades biomédicas en el itinerario. No suplantán en el ideario social los organismos oficiales como el Hospital General, los centros de salud, (y para aquellos con más recursos, las clínicas privadas más destacadas). Estos últimos sí constituyen generalmente el fin del camino, al menos provisional, antes de iniciar la experimentación de recursos designados como tradicionales. Estas lógicas de consumo terapéutico ilustran el carácter provisional prestado a las primeras alternativas, a las que no se les atribuye todas las bazas del arsenal de la medicina moderna, mientras que las segundas, sí encarnarían al completo las posibilidades biomédicas. Estas últimas son por lo tanto a menudo erigidas en un paso ineludible antes de cambiar de registro.

Las situaciones y contextos que culminan con el recurso al *ngengan* son de carácter inusual. Si bien la mayor parte de los entrevistados en los diferentes espacios de terapia reconocen haber acudido a una curandería en algún momento de sus vidas, ya sea en calidad de paciente o de acompañante, la

situación y sintomatología que orientan hacia estos espacios, no se inscriben en la cotidianidad, sino más bien en la excepcionalidad²⁴³.

c. Algunos itinerarios paradigmáticos

Algunos itinerarios permiten entender mejor la consecución y combinación de recursos y las lógicas que dan pie a la integración de los *bingengan* en los recorridos terapéuticos.

i. Rosario

Rosario, fang de 45 años, es partera, y conocida en su barrio por conocer varios tratamientos domésticos “tradicionales” frente a patologías infantiles. Cuando constata la inflamación del oído de su hijo pequeño de nueve meses, piensa que se trata de una otitis, y que supera por lo tanto sus conocimientos. Lo lleva al Hospital General. Estamos a sábado, y desafortunadamente, la consulta del otorrino (cubano) del servicio de urgencias, solo atiende los martes y los jueves. El niño no será sometido a ninguna exploración médica. Tampoco se le recetará un tratamiento de urgencia. Solamente invitarán a Rosario a volver el martes.

A su regreso el día señalado, el grado de infección está muy avanzado, y hay mucho pus. Ingresan inmediatamente el infante tras amputarle la parte inferior de la oreja. A pesar de la intervención quirúrgica, Rosario ve como la infección sigue progresando. Piensa que el estado de su hijo requeriría curas diarias, pero el personal sanitario no las lleva a cabo: “Ese pus que salía, no lo curaban, no hacían cura cada día. Algo que ya se sale pus así, le tiene que hacer cura cada día, cada día. Si es exigente, dos veces al día. Pero no lo hacían”.

Al tercer día de ingreso, Rosario se decide a abandonar el hospital público, para dirigirse al hospital privado la Paz. La consulta le cuesta 15.000 F cfa., lo que supone una cuarta parte de su salario mensual. Al final de la misma, le entregan un papel en el que le señalan la necesidad de realizar unas pruebas clínicas cuyo coste se eleva a 230.000 F cfa. Rosario no dispone de esa cantidad. “No me atendieron,-afirma- solo papel que me dieron de que paga ese dinero más, 230.000. ¿Dónde voy a fabricar? Parece que yo no pagué allí, pero yo pagué, me dieron solo papel, así, con cruz de la Paz”.

²⁴³ El trabajo liderado por Monteillet en 1996 en el sur de Camerún, solo el 0,3% de los encuestados habían acudido a un *ngengan* en las dos semanas que precedieron la encuesta, obligando a ampliar el periodo investigado a dos años antes de la encuesta para corroborar el carácter inusual del recurso (Monteillet, 2005:142).

Se decide entonces a escuchar una de sus compañeras de misa en la Catedral de Bata que le insta desde el principio a ir a ver “en Fang”. Según ella se trata de un *atun*, una inflamación que suele afectar la parte externa de la mandíbula, y generalmente atribuida a un *eluma*, una lanza invisible lanzada por los brujos. Le recomienda visitar a una mujer que según comenta curó a su hija que padecía lo mismo. La curandera confirmaría el diagnóstico. Aplica a diario paños calientes en la parte afectada de la cara del niño, y entrega a Rosario un brebaje de plantas que el niño tendrá que tomar a diario. Al cabo de cinco meses de tratamiento, según parece, el niño está mejor. A duras penas, empieza a articular sus primeras palabras. No hay rastro de la infección, pero la mandíbula permanecerá probablemente deformada para el resto de su vida.

ii. Adela

Adela, de 24 años, vive en Malabo con su marido. Ambos son fang, y sus familias viven en la parte continental del país, en Bata y Akonibe respectivamente. Para el parto de su hija, Adela se desplazó a Bata a casa de sus padres. Daría a luz en el Hospital General de la ciudad. Unas semanas más tarde, su suegra, deseosa de conocer a su nieta, pide a Adela por teléfono que se traslade con el infante al pueblo donde reside la familia paterna de la recién nacida. Tras un mes de estancia en el poblado de su suegra, situado en el distrito de Akonibe, Adela relata que una mañana, al volver del río donde lavaba la ropa todos los días con las demás mujeres, empezó a sentir frío. Su suegra le recomienda tomar un “calmante”, a lo que se niega, pensando que no le ocurre nada grave. En ese momento, relaciona su mal estar con el hecho de haberse bañado en aguas muy frías. Además recuerda que llovió esa misma mañana.

A los cuatro días, su estado febril se incrementa. Pierde el apetito, y la capacidad de llevar a cabo las tareas domésticas cotidianas. Su suegra, le da 20.000 F cfa para ir al hospital de Akonibe. Tras el diagnóstico, paludismo, le hacen una inyección, y le prescriben un tratamiento que seguir en casa. A pesar de los medicamentos, su estado sigue empeorando.

A los pocos días, de nuevo en el río de buena mañana, una conocida, al constatar el color amarillento de sus ojos, emite un nuevo diagnóstico. Se trataría a su juicio de “fiebre amarilla”²⁴⁴. La suegra de Adela, tras comprobar el color amarillento de los ojos, acata el diagnóstico, al mismo tiempo que lamenta no haberse dado cuenta antes.

²⁴⁴ El término “fiebre amarilla” no se corresponde con la enfermedad biomédica así designada, y al parecer inexistente en Guinea. El término, o su equivalente en fang (*zong*) es generalmente utilizado por la población para referirse a la manifestación sintomatológica de la ictericia.

La madre de su suegra, la abuela paterna de su marido, es al parecer “un poco curandera”, pero solo cura el “atún”, una patología concreta que se manifiesta como un absceso en la mandíbula. Elabora sin embargo un tratamiento a base de plantas, siguiendo los consejos de los habitantes del pueblo. Tras varios días de tratamiento queda patente la ineficacia del remedio. Adela explicaría el fracaso de la siguiente manera: “Si te lo indican de que coge tal cosa, para machacar y preparar, no puede curar. Cuando curas algo es porque te lo dan para que sigas adelante con eso, para curar otra gente cuando muera, tu quedas con eso... como eso no le dio a esa mujer, por eso no me curó”. En definitiva, Adela piensa que si el tratamiento no resultó efectivo, es porque las directrices para su elaboración no se ajustaron a las reglas de transmisión establecidas de determinados conocimientos destinados a la terapéutica “tradicional”. La eficacia del tratamiento, no radica solo en su elaboración, sino en quien lo elabora, y en las formas mediante las cuales se ha adquirido ese saber.

Ante la ineficacia de los dos tratamientos impulsados hasta el momento en el pueblo, su suegra decide entonces mandar la enferma de regreso a Bata. Se elude no obstante avisar a los padres de Adela. La enferma aterriza en la casa de su cuñada. Esta última, como la mayor parte de los miembros de su hogar son feligreses de una de las numerosas iglesias evangélicas de la ciudad. Comparten su aversión a las curanderías al mismo tiempo que suelen contemplar la oración, no solo como herramienta de salvación, sino también de curación. Rezarán junto a la enferma el día y la noche de su llegada a la ciudad. Al comprobar el constante empeoramiento de la situación, la llevarán al hospital al día siguiente.

En el Hospital General, el estado de Adela alcanza el máximo nivel de gravedad. Entra en un estado de semi-consciencia. No come ni bebe, es incapaz de andar; orina y defeca en la cama; no es capaz de discernir con claridad lo que ocurre a su alrededor, no oye las llamadas de su madre, sin embargo ve y habla con gentes que han fallecido. El empeoramiento de su estado es asociado por su entorno a la idea extendida según la cual las enfermedades ligadas a la brujería suelen empeorar cuando son tratadas en el hospital, especialmente con inyecciones: “cuando tienes cosas tradicionales- explica Adela a posteriori- no te pueden inyectar. Si te inyectan te mueres, te puedes morir. Y me trajeron aquí en el hospital, empezaron a ponerme sueros, ingresarme, casi pierdo la cabeza”

Ni Adela ni su familia política, habían hasta el momento alertado a sus padres en Bata. Temían las interpretaciones posibles en términos de agresiones ocultas que levantaría el haber enfermado en el poblado de su marido. Más aún durante el periodo puerperal, un momento de especial debilidad para la mujer, y en el que se esperaba de la madre y del infante que acudiesen más bien al pueblo de la familia de la madre, un espacio “protegido”. Aún en el poblado de su suegra, Adela ya había rechazado avisar a su familia. “Una cuñada mía me dijo que yo tengo que regresar en Bata con mi familia, para

que mi familia sepa que estoy muy grave, que estoy enferma. Yo no quería aceptar. Yo tenía miedo de que mi familia van a chillar de que fuiste sana, y ahora regresas grave. Pensé de que allí, las medicinas que me hacían allí, yo pensé que quizás voy a recuperarme, y no. Cada vez más, me pongo grave cada día, cada día.”

El estado preocupante de Adela al ingresar en el hospital, obliga finalmente a alertar su familia que reside en Bata. Al tercer día de ingreso, su madre decide sacarla del hospital para llevarla a la curandería de la tía de Adela, la hermana de su madre, quien ha sido iniciada tanto al *Mbiri* como al *Ndendé*. Adela comenta al respecto: “tú sabes que si eres ministro quieres ser presidente”²⁴⁵... La consulta pone en evidencia que sufre de *Kong*. Son los habitantes del pueblo de su marido quienes al parecer la quisieron matar. Pero la *ngengan* evita la designación específica de los responsables de la agresión.

El diagnóstico vendría confirmado por un sueño que Adela realiza algunos días tras su ingreso en la curandería. “Yo veía eso, tren. Un tren pasaba. No sé si era un sueño o que las cosa que yo veía... La puerta de ese tren estaba abierta, esta puerta estaba abierta para que yo entre. Yo estuvo ahí, estuvo ahí con la puerta abierta. Yo se lo expliqué a mi tía, y mi tía me dijo que es una señal de *Kong*. Si fuese que yo entraba [en el tren]...yo fallecía. Tú sabes que cuando tienes *Kong*... tú no mueres definitivamente. Hmhm. Tú mueres, no sé como lo pueden explicar, para trabajar con ellos. Te mandan en otros países para trabajar con ellos. Y cuando te vienen a coger tu espíritu, traen coche, o pueden traer otra cosa más, para que montes, y para llevarte ahí.”

Este tipo de experiencia onírica son señas inequívocas del *Kong*. Adela piensa que la gente del pueblo de su novio quisieron matarla. Para ello le hicieron *Kong*; la despojaban progresivamente de su fuerza física para poder, tras su muerte, explotar su espíritu. También fueron ellos los causantes de la ictericia, comúnmente llamada “fiebre amarilla”.

El tratamiento impulsado por su tía conlleva pocos elementos rituales. Se fundamenta esencialmente en la ingesta de brebajes a base de plantas y de baños de hierbas. Poco a poco, Adela recobra el apetito y el sentido del gusto, que al parecer había perdido. Empieza a desplazarse sin ser asistida, aunque con la ayuda de un bastón.

Durante su estancia en la curandería, sufre no obstante una ligera recaída. Siente mareos, y ella misma observa que tiene las palmas de las manos especialmente blancas. Tras señalárselo a su tía, el entorno de la misma lo identifica como un síntoma de anemia y recomienda su traslado a una clínica

²⁴⁵ En algunas curanderías de Bata los *bingengan* han sido iniciados en ambos procedimientos rituales. Combinan al mismo tiempo que cumulan el poder y la fuerza de los espíritus movilizados por cada uno. Esta combinación entre ambos movimientos se apreciaría según otros observadores desde los orígenes de Mademoiselle (Cinnamon, 2002:18).

china para ser “inyectada”. Es la propia *ngengan* quién acompaña su sobrina a la clínica china. “Mi tía esa me llevo en los chinos. Me llevó también en los chinos para que me pongan suero. Después de que me pusieron suero, tres días después empecé a recuperar, yo empezó a tener fuerza. Sabes que cuando no tienes sangre no tienes fuerza”.

Un mes tras su ingreso en la curandería, Adela salía de la misma por su propio pie. La última parte del tratamiento, aún pendiente cuando pierdo Adela de vista, consiste en protegerla, para que “cuando alguien va en la brujería para hacerte algo, no te ve...”.

iii. Mario

Marisol, la mujer de Mario arrastra estados febriles desde el destete de su hijo más pequeño. Al cabo de unos meses, su estado empeora. Tiene fiebres altas e intermitentes, náuseas y vómitos. Mario lleva su mujer al Hospital General donde se le realiza un test de embarazo que da negativo. No obstante, da positivo a la prueba de paludismo y se le receta los medicamentos correspondientes. A pesar del tratamiento, el estado de Marisol empeora notablemente.

Mario decide acudir a la prestigiosa clínica Espoir. Las pruebas indican que Marisol padece paludismo y tifoidea. Le recetan un nuevo tratamiento, pero el estado de Marisol sigue agravándose. Viendo que su mujer puede apenas levantarse de su cama, Mario, quien ha gestionado hasta el momento la enfermedad de su mujer, accede finalmente a las repetidas solicitudes de sus dos cuñadas, quienes insisten en llevarla a la curandería.

Mario se siente muy incomodo al respecto. Siempre se ha declarado partidario de la biomedicina, y un claro detractor de las curanderías. La tesisura le genera sentimientos encontrados. No se perdonaría a sí mismo si su mujer llegase a morir en una curandería, confiesa en aquel momento. Al mismo tiempo, comenta entonces, no podría tener la conciencia tranquila si su mujer llegase a fallecer, y él no hubiese hecho todo lo que estaba en sus manos, vetando alternativas que la pudiesen salvar. La propia madre de Mario le sugiere que siga las directrices de sus cuñadas ya que de no hacerlo, se expondría a severas críticas desde su familia política, si su mujer llegase a morir: “tú has hecho tu parte, deja que ellos hagan la suya” le dice.

Marisol ingresa en una conocida curandería en el barrio de Byendem en las afueras de la ciudad. Otro familiar suyo ha sido tratado por aquella terapeuta con anterioridad. Oficia según la liturgia de *Ndendé*. Simultáneamente, Mario trata de actualizar el pasaporte de su mujer para poder solicitar un visado, y en su caso enviarla a España.

Los espíritus detectan a lo largo de la consulta las marcas de una agresión invisible llevada a cabo por un tío materno de la enferma. Los espíritus

también revelarían que Marisol dispone de un “espíritu de curandería”, y preconizan su iniciación una vez recuperada. A lo largo de su estancia en la curandería recibe un tratamiento a base de plantas y de baños de hierbas. Progresivamente, el estado de Marisol va mejorando. Al cabo de un mes, se siente completamente recuperada.

Como ocurre a menudo, la *ngengan* no solicita unos honorarios fijos, sino que deja “al cliente” la valoración de su trabajo. Mario, que no se encuentra presente en el momento del pago, gestiona la operación a través de su hermano que sí se encuentra en la curandería. Le indica por teléfono la cantidad de 50.000 F cfa. Su hermano le recuerda que él llegó llorando a la curandería, por lo que Mario sube hasta 80.000F cfa. Su madre, que escucha la conversación le sugiere incrementar la cifra hasta 100.000 F cfa, alegando una “cifra redonda”.

Mario está satisfecho por el estado de su mujer, algo confuso respecto a la efectividad de las curanderías, y no del todo conforme con el monto abonado. Una semana más tarde, un nuevo test de embarazo, revelaría el estado de gestación de Marisol. La buena noticia también permitiría a Mario una nueva articulación de lo ocurrido, más acorde con sus planteamientos iniciales, y con su recelo respecto a las curanderías. Desde la perspectiva que desarrolla a posteriori, el resultado erróneo del primer test de embarazo realizado en el hospital habría desencadenado todas las peripecias siguientes. Este error inicial, habría permitido la prescripción de antipalúdicos contraindicados en caso de gravidez conllevando el lógico empeoramiento del estado de salud de Marisol. El cese del tratamiento biomédico en la curandería habría permitido a Marisol recobrar progresivamente la salud.

Una vez recuperada, Marisol seguirá acudiendo algunos días a la curandería de cara a iniciar su iniciación. Su marido pronto se lo prohibiría.

d. cambio de gestores de la terapia y cambios del sentido del mal

Los itinerarios de Rosario, Adela y Mario ilustran algunas de las dificultades que caracterizan la búsqueda de atención sanitaria; dificultades, que menos en el caso de Rosario, no se plantean en términos económicos. En los tres recorridos, la irresolución desde las instancias sanitarias oficiales aparece como el principal aliciente y legitimación para la visita al *ngengan*. Como señala Salem en contexto senegalés, la curandería como segundo o tercer recurso, es rara vez la expresión de una libre elección, sino más bien la manifestación de la escasez de alternativas (Salem, 1998:75).

Siguiendo a Fassin en relación al itinerario terapéutico, el cambio de recurso no sólo es motivado por la conciencia progresiva de la ineficacia del tratamiento hospitalario, sino también por la aparición de nuevas alternativas,

generalmente sugeridas por el entorno social del enfermo (Fassin, 1992:115-116). El consejo de algún familiar, vecino o compañero de trabajo, es un factor que incide en el capital confianza que se le otorga, y que explica, en detrimento de la proximidad, las largas distancias recorridas en algunos casos en busca del curador apropiado.

En el recorrido de Adela, se puede apreciar la capacidad del entramado familiar para generar alternativas y posibilidades de intervención. De hecho, el margen de decisión de la propia enferma resulta desde el inicio muy limitado. Solo se evidencia en dos ocasiones, cuando tras la aparición de los primeros síntomas rechaza los “calmantes”, y más tarde, cuando se niega a informar a su propia familia respecto al estado en el que se encuentra. Es su suegra quien asume la gestión de la terapia en el pueblo, en la que también interviene la madre de la misma y algunos habitantes del lugar. Una vez en Bata, es primero la cuñada quien toma brevemente el relevo, antes de que la propia madre de Adela, y seguidamente su tía asuman la orientación de las alternativas a barajar. Las decisiones tomadas frente a la enfermedad no son individuales; no involucran solo el enfermo sino que se gestan esencialmente desde el entorno familiar (Janzen, 1978,1987).

En el caso de Marisol, es su marido Mario, el que desde el principio asume la gestión de la terapia. Fue él quien llevó primero a su mujer al hospital, y después a la clínica privada en virtud de la fe inquebrantable que profesa a la biomedicina. En un segundo momento, y tras el empeoramiento del estado de su mujer, son sus hermanas quienes tienen legitimidad para imponer la opción de la curandería. Mario es reacio, pero su propia madre le sugiere no resistirse, ya que se expondría a severas críticas si su mujer llegase a morir. A medida que la enfermedad avanza y que las primeras alternativas se revelan inoperantes, el círculo en el que se gesta la decisión se ensancha, al mismo tiempo que el riesgo de muerte aparece cada vez más presente para el entorno de la enferma.

Cada segmento del itinerario terapéutico, se construye en base a la implicación de actores diferentes, que condicionan una lectura de la enfermedad, y determinan la actuación correspondiente. La experiencia patológica de Adela es especialmente rica en interpretaciones sucesivas e incluso concomitantes: desde la posibilidad del resfriado, inicialmente sopesada por la afectada, al paludismo y tifoidea diagnosticados desde las instancias sanitarias, (dictámenes compartidos, al menos el primero, por Adela y su entorno al principio del proceso patológico,) pasando por la “fiebre amarilla”, la intervención del demonio (que darían lugar a las oraciones), y el *kong* al que finalmente también se suma la “anemia”. Las representaciones de la enfermedad no son estructuras de sentido fijas. Se reelaboran en permanencia en base a la persistencia y/o empeoramiento de los síntomas, los cambios en la gestión de la terapia y las apreciaciones del nuevo terapeuta.

La versatilidad en torno a las descripciones etiológicas ponen a prueba las tradicionales distinciones generadas desde la antropología entre causas naturales y causas sobrenaturales de la enfermedad. Estas categorías de la antropología clásica señala Fassin, se ajustarían más a la mirada del antropólogo que a la percepción de los sujetos (Fassin, 1992:190-191). Olivier de Sardan ahonda en el mismo sentido al considerar que estas dicotomías se revelan pertinentes esencialmente desde una posición emic (Olivier de Sardan, 1994:41).

Distinciones similares, como “enfermedades tradicionales” versus “enfermedades de hospital”, también al uso por la población en la zona de estudio, son insuficientes para dar cuenta de las lógicas del consumo terapéutico que involucran en un mismo recorrido, estructuras de significado en principio antagónicas. La explicación etiológica varía según la evolución de la enfermedad, la percepción de éxitos y fracasos recogidos a lo largo del itinerario terapéutico, incluso según quién la enuncia (el enfermo, el entorno familiar, el sanitario, el *ngengan* etc.)²⁴⁶. Las tipificaciones fijas no dejan aprehender esta fluctuación del sentido de la enfermedad según el interlocutor y el momento del itinerario.

e. “No es la fe, es necesidad”

Desde las ciencias sociales se ha sobredimensionado a menudo la búsqueda del sentido de la enfermedad, llegando a postular una interpretación estable y homogénea de la enfermedad, y un consenso entre todos los gestores de la terapia, el terapeuta y el propio enfermo. Esta percepción también suele situar la interpretación del mal como el mecanismo explicativo respecto a la elección del terapeuta. Postula en definitiva que se acude al *ngengan* porque se cree en él y se adhiere a su universo de referencias.

En realidad, las lógicas de actuación que guían hacia un recurso determinado no siempre están estrechamente ligadas a las estructuras de significado en principio movilizadas por esta alternativa terapéutica. El discurso de los *bingengan* sobre la enfermedad no refleja el pensar y actuar de quienes acuden a ellos. De igual modo, el médico moviliza categorías nosológicas y etiológicas que no dan cuenta de los comportamientos de aquellos pacientes

²⁴⁶ El caso de Mario y Marisol es especialmente ilustrativo en este sentido: Sin bien las hermanas de Marisol consideran que la actuación de la *ngengan* ha sido clave en su recuperación, Mario, se convence al final del proceso, que la remisión de los síntomas se debe al cese del tratamiento antipalúdico que al parecer, no tenía en cuenta el estado de gestación de su mujer. Marisol por su parte, si bien no parece dispuesta a llevar la contraria a su marido, se siente en deuda con la *ngengan* y dispuesta a emprender la iniciación.

que acuden a ellos²⁴⁷. El recurso al *ngengan* se desvincula con frecuencia de la creencia en una etiología vinculada al mundo invisible.

En los centros de salud, cerca del treinta por ciento de los entrevistados han mostrado una hostilidad manifiesta hacia las curanderías. La hostilidad y el rechazo a la explicación sobrenatural no suspenden definitivamente el recurso. Mario, conocido detractor de las curanderías, se encuentra en una situación que sin lugar a duda, no hubiese barajado como posible apenas unas semanas antes. Frente a la gravedad de la situación, no hay caminos del todo ilegítimos en la búsqueda de cura y/o alivio. Los casos de Honofré y Carmen también lo ponen de manifiesto:

En el 2006 Honofré lograría viajar a España donde reside una de sus hijas para poder realizar algunas pruebas respecto a los dolores insoportables que viene padeciendo desde varios años. En el hospital Ramón y Cajal de Madrid le diagnostican la enfermedad ósea de Paget, una enfermedad poco común que afecta al tejido óseo. Por cuestiones económicas, se ve obligado a retornar a Guinea donde no existe ninguna estructura sanitaria capaz de hacer el seguimiento de su enfermedad, ni siquiera el Hospital La Paz, desde donde se le recomienda de nuevo la salida del país. En busca de alivio, ha consultado desde entonces varios bingengan, que no han mejorado su situación. Como otros pacientes entrevistados, afirma no creer en la brujería, pero “por si acaso hace algo”, prefiere no descartar ningún recurso.

Luisito, de cinco años se puso a cojear sin motivo aparente en el 2009. Carmen, su madre, le lleva al centro de salud de M^a Rafols, seguidamente al hospital General, y finalmente a un consultorio privado de un médico guineano. Desde las diferentes instancias sanitarias, el diagnóstico y tratamiento contemplan primero el paludismo, y seguidamente la tifoidea. Frente a la ausencia de mejora, la madre de Carmen recomienda a su hija un curandero en las afueras de Bata que llaman “el Niño” con el que Luisito pasará un mes. Al parecer, alguien habría pedido a Luisito que le diese su madre. Luisito se habría negado, pero habría enfermado. “No es superstición, es necesidad” sentencia Carmen. “Voy a la curandería por necesidad, porque cuando has ido a todas las opciones y no encuentras solución no te queda más remedio”.

²⁴⁷ Benoist (1996) advierte al respecto que la relevancia del sentido, no caracteriza tanto la búsqueda de los pacientes, quienes persiguen ante todo la mejora de su situación, sino más bien las respuestas de los terapeutas.

La explicación que vincula la elusión o abandono de las alternativas biomédicas, por su incapacidad a producir significado no se resiste al análisis etnográfico. En el caso de Rosario también relatado más arriba, la falta de medios económicos es determinante. En otros (como los de Mario, Honofré o Carmen), se trata de trascender el carácter no resolutivo de las iniciativas tomadas hasta el momento.

No es tanto el sentido, sobre el que se ha incidido a menudo desde la antropología, sino el pragmatismo el que orienta a menudo los itinerarios terapéuticos (Benoist, 1996), un pragmatismo con frecuencia desembarazado de incompatibilidades conceptuales. La frecuencia de terapias cruzadas o en paralelo es ilustrativa al respecto. De cara a ensanchar las posibilidades de cura, el paciente solicita en ocasiones al *ngengan* poder seguir tomando un tratamiento impulsado desde el sector salud, petición a la que generalmente accede. En otras ocasiones, es el propio *ngengan* el que recomienda no dejar el tratamiento.

Algunos *bingengan* incluso, aplican ellos mismos las inyecciones que precisa el paciente, cuando el tratamiento lo requiere. Otros no tienen reparo en integrar fármacos biomédicos en el proceso terapéutico²⁴⁸. En algunas ocasiones, (como en el caso de Adela,) el *ngengan*, una vez identificados los síntomas de la anemia, remite provisionalmente el enfermo hacia algún consultorio chino “para comprobar la hemoglobina”²⁴⁹. Este despliegue plural del arsenal terapéutico implementado en algunas curanderías no parece en absoluto chocar el enfermo y/o su entorno. Preguntados al respecto, resulta incluso difícil para algunos pacientes recuperados otorgar la autoría de la curación de forma exclusiva a alguna de las estrategias implementadas en paralelo. De hecho, la necesidad de designar de forma exclusiva la terapia exitosa, resultaba a menudo más relevante para el antropólogo, que para la mayoría de los entrevistados, quienes no parecían haberse planteado la pregunta, una vez lograda la mejoría.

²⁴⁸ A lo largo del trabajo de campo se ha recogido la administración a los pacientes por parte de algunos *bingengan* de analgésicos, antipalúdicos y antieméticos (para aliviar vómitos y nauseas).

²⁴⁹ Los problemas vinculados a la anemia, y/o a la necesidad de una transfusión sanguínea han sido mencionado por varios *bingengan* con cierta recurrencia, para ilustrar los límites de su práctica, y la necesidad de complementariedad con la biomedicina. La relativa familiaridad con el síndrome y la asumida superioridad de la biomedicina para su gestión no solo deriva de la atención que a veces se le ha otorgado en las reuniones de ASOMETRAGE (la asociación nacional de curanderos). También resulta de la frecuencia de los episodios mórbidos asociados a la anemia (muchas mujeres la señalan como una de las “enfermedades” más comunes en sus hogares, convirtiendo el síndrome biomédico en diagnóstico); del contacto con las instituciones sanitarias y de las respuestas generalmente percibidas como resolutivas que suele aportar la biomedicina a “la falta de sangre”.

f. Cuando la biomedicina reitera la fe en el milagro

Las críticas recogidas en torno a las instituciones públicas conciernen esencialmente el trato y los procedimientos (autoritarismo, desprecio del paciente, largos tiempos de espera, absentismo, corrupción, indisponibilidad de medicamentos etc.). Los problemas estrictamente técnicos de la atención (las discontinuidades entre el nivel de Atención primaria y atención hospitalaria, la frecuente elusión de la exploración médica, la mecanización de la prescripción, etc.) suelen pasar más inadvertidos por la población, aunque las repercusiones sobre la calidad de la atención resulten al menos igual de preocupantes (Monteillet, 2005:112). En este sentido, la percepción de fracaso de las estructuras biomédicas reconocidas se asocia raras veces a posibles errores diagnósticos. Representa y escenifica más bien las limitaciones del campo de acción de la medicina moderna en su conjunto, e incrementa la sospecha en el entorno del enfermo, de que no se trate de una enfermedad susceptible de ser gestionada por la medicina moderna.

Los *bingengan* explican a menudo que cualquier síntoma puede estar vinculado a la brujería, pues el brujo puede disimular su hechizo tras la apariencia de una enfermedad cualquiera. Mediante dicho procedimiento, el brujo persigue confundir a la víctima, incitándole a recurrir al hospital, demorando por lo tanto el tratamiento adecuado e incrementando las posibilidades de un desenlace fatal. En este mismo orden de ideas, algunos consideran que realizar una inyección a un enfermo de *kong* puede derivar en la muerte del paciente. El incumplimiento de las expectativas de cura proyectadas sobre las alternativas biomédicas oficiales, puede en este sentido adquirir significados específicos; para erigirse como un síntoma en sí respecto a la categoría nosológica de la enfermedad.

Las relaciones entre sanitarios y enfermos no son del todo ajenas a este esquema de interpretación. En los espacios de consulta, raras veces se informa al paciente sobre los efectos esperados, efectos secundarios y tiempo estimado para la remisión de la sintomatología. Se oferta por lo tanto pocos elementos de comprensión al enfermo y su entorno respecto al estancamiento o empeoramiento de su estado, propiciando la interpretación brujeril.

El discurso sobre la omnipotencia de la biomedicina impulsado por las autoridades sanitarias nacionales e internacionales, actuales y anteriormente coloniales, postula su legitimidad para disponer del monopolio de la gestión de la salud y de la enfermedad. Alienta la atribución de una rápida y contrastable eficacia a los medicamentos derivados de la medicina occidental. La intransigencia de numerosos profesionales de salud retrata un muro sin grietas, con poco espacio para la duda, el diálogo, y que niega rotundamente

los desaciertos²⁵⁰. El dogmatismo sanitario y la difusión de mensajes estereotipados, orientados sin matices hacia masas pensadas incultas y por educar, alimentan las expectativas frustradas y los abandonos repentinos. Participan de la percepción “milagrosa” de las curas acontecidas lejos de las estructuras biomédicas (David, 2013:251). Participa en definitiva del poder de los *bingengan* como de los pastores evangélicos.

²⁵⁰ “El que es curandero –comentaba una entrevistada- no te va a decir que cura. Te dice “vamos a intentarlo”. Pero si tu oyes “Si, yo curo todo”. Mentira” (Dora, 52 años, fanf,4 hijos). Fanon expresaba esta misma idea cuando señalaba que la manifestación de la duda del médico al paciente traduce el carácter homogéneo de la sociedad, su pertenencia a la misma humanidad. El dogmatismo traduce a la inversa las profundas desigualdades que atraviesan la sociedad (Fanon, 1959).

CAPÍTULO 8:

La sanación de Dios

“A veces me voy donde esos sacerdotes que son como curanderos” Kelvina.

1. Las modalidades cristianas de la cura

La empresa colonial española en Guinea, estrechamente ligada a la acción misionera, ha asegurado la hegemonía de la iglesia católica e impedido en gran medida el arraigo de otras manifestaciones cristianas en el país. Tras la independencia, durante la primera dictadura nguemista, la mayoría de las iglesias fueron cerradas, y la iglesia católica fue prohibida en 1978. Tras el golpe de estado al año siguiente, estas órdenes fueron revocadas, dando pie en la década de los ochenta a la expansión de numerosas iglesias pertenecientes al espectro pentecostal y carismático. Este despertar religioso o estallido evangélico se observaría en la misma época por todo el continente africano.

Más allá del carácter plural y proteiforme que caracteriza los movimientos evangélicos cristianos, comparten el énfasis sobre la experiencia colectiva del Espíritu Santo, y la manifestación de dones espirituales entre sus feligreses, como la sanación, la glosolalia y la profecía. La enfermedad, como otras dimensiones del sufrimiento, constituye un ámbito privilegiado para la manifestación del Espíritu Santo. La perspectiva de sanación por voluntad divina, último recurso frente a los fracasos de otras alternativas terapéuticas, constituye un elemento crucial del proselitismo evangélico. No es de extrañar si muchos de los conversos han acudido a las iglesias inicialmente en busca de cuidados terapéuticos.

La extensión del campo de intervención de la salvación de las almas, a la sanación de los cuerpos, no solo caracteriza las nuevas iglesias. La renovación carismática en el mismo seno de la Iglesia católica da también cabida, desde algunos sectores de la institución eclesiástica, a la celebración de ceremonias con vocación terapéutica. En Bata, son especialmente conocidos los padres que operan en el barrio de Biyendem.

La aprehensión de las manifestaciones físicas o comportamentales del mal conlleva a menudo el postulado de la presencia de una fuerza ajena al sujeto (Laurent, 1999:85). Esta lectura etiológica focaliza el dispositivo puesto en marcha hacia la extirpación de los elementos extraños. Las oraciones, e

imposición de las manos, los ayunos, las aspersiones de agua bendita (en sectores católicos), las sesiones individuales o colectivas en las que se insta a los “espíritus malignos” a abandonar el cuerpo del enfermo, hacen parte del arsenal destinados a activar la intervención divina.

Entre todas las alternativas, las opciones cristianas de terapia son las únicas en las que la persona que guía el proceso terapéutico, (el pastor o el cura,) admite no disponer de conocimientos específicos en cuanto a la gestión de la enfermedad. La observación de los síntomas así como cualquier otro procedimiento diagnóstico no son requeridos. El pastor se limita a “presentar” el enfermo a Dios, y a enumerar no tanto la enfermedad sino la parte enferma que precisa asistencia de Dios. La acción divina constituye el único principio activo de la curación. El pastor no es un terapeuta sino más bien un mediador. Su prestigio se sustenta en su capacidad para interceder ante las fuerzas divinas en beneficio del enfermo (Sturzenegger, 1999:72).

En general, el tratamiento hospitalario no es incompatible con la gestión de la enfermedad desde las iglesias al que a menudo se suma. No obstante, algunos pastores exigen al enfermo el cese de cualquier tratamiento, exigencia a la que pocos *bingengan* parecen atreverse. El reconocimiento y el abandono a la potencia divina constituyen un acto de fe necesario para la activación de lo que Tonda denomina la “cura divina” (2005). Mediante la renuncia a la medicación, el enfermo se entrega plenamente a las manos de Dios. Asienta las bases para una posible cura milagrosa.

“El señor es maravilloso. El me sanó. Cuando fui [a la iglesia], yo no podía levantar la mano así. Estas piernas, estaban negras como carbón. Así gordas. El pastor me miró. Yo le conté mi historia. Empezaron a orar por mí aquel día. Pero el me ha dicho: Si yo estoy orando contigo así, tu no vayas esta semana a tomar tus medicamento, ni inyectarte, ni nada. Espera. Si esto va a hacer bien, tú mismo vas a ver. Yo he venido a la Iglesia por mi enfermedad, y mi enfermedad sigue. Ahora quiero cumplir como dice este hombre. Un día después de que me hicieron esto. Yo no podía aguantar así más. El pastor ya me había avisado. “El diablo te va a venir a dar más dolor, pero hay que soportar”. Soportando así otro día. Ahora ya ando sola, ya puedo ir a la iglesia sola, ya puedo trabajar. Solo por oraciones. Porque el señor me ha hecho milagro en mí. Si tú amas a Dios, también te lo va a hacer” (Susana, fang, 67 años, 1 hijo).

La frecuencia de los relatos en torno a curas siempre milagrosas entre los fieles, da cuenta de la importancia de la terapéutica en los movimientos cristianos evangélicos. Son clave a la hora de asentar su legitimidad. Traducen

el poder del espíritu santo y el contacto privilegiado que determinado colectivo ha establecido con él²⁵¹.

2. El *ngengan* en el punto de mira

Como los demás discursos emitidos desde las alternativas terapéuticas existentes, las iglesias estipulan recursos legítimos e ilegítimos. En el espectro de las alternativas “tradicionales”, la farmacopea vegetal implementada en el ámbito doméstico y por los curanderos de proximidad goza entre los evangélicos de cierta aceptación, especialmente frente a afecciones infantiles populares como el *choga* o el *chit*. Las curanderías son sin embargo objeto de un fuerte rechazo.

“Ahora que ya conozco la verdad [que se ha convertido,] no puedo ir en los curanderos. Por eso. Pero si uno...mi hijo tiene Chogo o...eso que los niños suelen tener aquí [señala el bazo en referencia al chit], que uno lo sabe hacer lavativa, hay gente que saben curar cosas así sí que les trae curandero. Lo puedo hacer. La biblia no lo defiende. Hmhm. Eso nada más. Pero irme donde los curanderos...” (Irene, bisio, 28 años, 3 hijos).

“Mi biblia me dice de que no confía en los curanderos, porque un curandero no es Dios, no conoce tu vida, Dios es el que conozco tu vida y sabe lo que te pasa, si te confío a Dios, él te sanará porque él conoce todas las enfermedades.” (Rosa, Ndowé, 35 años, 2 hijos).

El enunciado evangélico, sitúa su acción en las antípodas de las curanderías. Los *bingengan* no son exclusivamente reducidos a embaucadores o farsantes como lo suelen ser desde el sector salud. Las iglesias no los despojan sistemáticamente de cualquier poder. Son más bien enjuiciados por el carácter supuestamente diabólico de las fuerzas que movilizan. El *ngengan* es asimilado al brujo; lejos de sanar, encarna para los conversos una de las fuentes más emblemáticas del mal.

La posesión, inherente a los procedimientos diagnósticos de algunos *bingengan*, especialmente en *Ndendé* y *Mbiri*, no son percibidos como mecanismos terapéuticos, sino como un síntoma inequívoco de la presencia del demonio. Traduce la manifestación de espíritus malignos que la cura divina pretende extirpar.

²⁵¹ Fassin recuerda a tal efecto que “le miracle est la manifestation la plus immédiate et la plus spectaculaire du pouvoir » (1992 :294)

Se ha recogido al respecto dos testimonios inconexos aunque muy parecidos de dos *bingengan* de *ndendé* convertidas en las Iglesia de Betanía y de la Misión Pentecostés respectivamente. Aquejadas de dolores gástricos crónicos, ambas habían acudido años atrás a curanderías de *Ndendé*, en las que se vinculó sus dolencias con su vocación reprimida para curar a la gente. Tras ser tratadas y posteriormente iniciadas, ambas ejercerían las labores de *ngengan* durante años. Ante la reaparición y permanencia de las molestias y de los dolores, el hospital, los consultorios chinos y clínicas privadas también habían integrado su largo periplo en busca de alivio. Tras años de deambulación terapéutica, se “abandonarían” finalmente a Cristo. A lo largo de la entrevista, celebraban haberse liberado tras días de oración junto con el pastor y otros feligreses, de su “espíritu de curandería”. *Ndendé*, quien hasta hace poco las guiaba en la identificación del mal y en la implementación de la terapia de sus pacientes, era expulsado junto a otros espíritus malignos como causantes del mal.

La conversión de los *bingengan* “arrepentidos”, de la misma forma que los alcohólicos, los enfermos, los ladrones o los adúlteros, constituyen símbolos privilegiados para la iglesias, de cara a escenificar el milagro, reiterar una visión maniquea del mundo materializada en el antes y en el después de la conversión. El enunciado evangélico opera cierto paralelismo entre la conversión “verdadera”, la que supone “el abandono a Cristo”, y la sanación. En el caso de las dos antiguas *bingengan* convertidas, visitadas meses después de su recuperación milagrosa, confesaban volver a sufrir de las mismas molestias que venían marcando su cotidiano desde hace tantos años.

3. Rivalidades y semejanzas en la cura milagrosa

El enjuiciamiento de los *bingengan* desde los movimientos cristianos evangélicos, recuerda la posición de la iglesia colonial sobre los antiguos ritos, tildados de salvajes y paganos desde una institución que practicaba y sigue practicando, ritos no tan diferentes de los que venía condenando²⁵². De la misma forma, *bingengan* y pastores comparten etiologías que implican modalidades persecutoras del mal. Del demonio a los malos espíritus, son entes sobrenaturales los que alteran o se adueñan del cuerpo de la persona. Las sectas cristianas no rehúyen del diagnóstico en términos brujeriles generalmente avanzado por el *ngengan*. Reclaman más bien el monopolio de la lucha contra la brujería y de la cura “verdadera”.

²⁵² La gira reciente (marzo 2012) de una urna con la reliquia de San Juan Bosco por las congregaciones de los salesianos instalados en el país, adquiere una dimensión especial en un contexto en el que el antiguo culto de los ancestros, el *byere fang*, que contempla la sacralización de las reliquias de los antepasados, fue perseguido y erradicado por las autoridades coloniales y misioneras.

A diferencia de los *bingengan* la somera ritualización del acto terapéutico queda completamente desembarazada del sustento medicamentoso de la terapia. No obstante, desde ambas perspectivas, los procedimientos terapéuticos se sustentan en la teatralización de la extirpación del mal. Las similitudes y equivalencias entre unos y otros no pasan desapercibidas para los usuarios: “a veces me voy donde esos sacerdotes que son como curanderos” señalaba una entrevistada. Pastores y *bingengan* no solo compiten en el mismo campo, sino que los primeros manifiestan la voluntad explícita de ocupar el espacio de los segundos.

El paso del hospital a la curandería, y de la curandería a las alternativas terapéuticas evangélicas es un itinerario frecuente entre aquellos que han acudido a la iglesia en busca de respuestas terapéuticas. Dada la frecuencia de esta secuencia, Manuel, como muchos pastores evangélicos, opera una cuidadosa revisión de los enfermos que acuden a él en busca de sanación. Los brazaletes de las muñecas y tobillos, señales manifiestas de una estancia en una curandería, son arrancados no sin cierto desdén. Son “fetiches”, “herramientas del diablo”, que “desvían al hombre del camino del señor” y de la curación “verdadera”.

Las respuestas implementadas por los *bingengan* y aquellas desarrolladas por los cristianos son incompatibles en la sincronía. No obstante, se suceden con frecuencia unas a otras. Los recorridos de Pilar y Judith son ilustrativos al respecto:

“Después del nacimiento de mi hijo en Evinayong, tuvieron que operarme. Después, no sé si algo se quedó dentro de mi estómago; un absceso me salió dentro. Esto es problema de que quizás la operación me salió mal. Al mirar así, el doctor me volvió a operar otra vez. Sacaron mucho pus dentro de mi barriga, y dejaron esto así sin coserlo más. Yo estuve allí tres meses.

Había unas enfermeras allí en mi pueblo, unas chicas que solían hablar mucho. Me dijeron que quizás cuando me fueron a operar, quizás yo podía sacar un hechizo. Quizás esto sí que me estaba atacando. Ahí mi mamá me llevó en una curandería. Allí no pudieron hacer nada [...]

Los cubanos [los médicos del hospital] vinieron y dijeron a mi mamá que porque me sacaron en el hospital en ese estado. Me volví más en el hospital aquí en Bata. Después, empezó el tratamiento. Esto ya me fue mal.... Cuando yo estoy así, esto ya huele mal. Y empezó más convulsiones: aunque estoy así levantada puedo caerme. Tssst. Según dicen que era problema de la brujería, yo misma no sabía nada.

Ahí mi hermanito me llevó en la iglesia, empezaron a orar conmigo... esto de la convulsión se paró, esto también se empezó a terminar. Ahí empecé a recuperarme. No he vuelto a pensar más en la curandería. (Pilar, 26 años, fang, 2 hijos)

Los fallos y negligencias médicos que sugieren el relato de Pilar, su paso por la curandería y la mejoría que experimentó finalmente aunando la oración al tratamiento hospitalario, culminaría con su conversión a la Iglesia evangélica Gozo de la Salvación.

En el recorrido de Judith, quizás menos paradigmático, las iglesias anteceden la curandería. Judith, ATS en el Hospital General de Bata, empieza a enfermar en el 2006:

“Decían que yo ya tenía infección de riñones, que si yo ya estoy hipertensa, todas esas cosas... me llevaban a Malabo, yo fui a hacerme rayos x de la cintura. Me hicieron chequeo para ver como estoy... para ver si infección de orina tal tal tal; ¡nada! Me decían que ya me tienen que llevar en un centro especializado en Camerún o en España. Sabes que hasta ese nivel no podemos permitirnos”.

Los dolores derivarían pronto en comportamientos al margen de las normas sociales: la enferma mantiene monólogos ininteligibles para sus allegados, se desnuda en la calle.... Judith conserva un recuerdo difuso de aquella etapa mientras constituye para su madre uno de los periodos más difíciles de su vida.

Acuden a una *ngengan* de *Ndendé* quien les asegura que Judith tiene un “espíritu para curar a la gente”, y que debe aceptar su vocación para recobrar la salud. Tanto su madre como ella se muestran reacias: “Una vez que te has iniciado en el hospital –comenta Judith respecto a su formación biomédica- tu instinto no puede creer nada que sea tradicional, porque yo no creía”. Su madre por su parte, también teme la estigmatización social que supondría la “conversión” a *Ndendé*.

A lo largo de una reunión, su madre y algunos familiares acuerdan barajar las alternativas cristianas, más afines en aquel momento con sus convicciones. Empieza entonces un largo periplo de cerca de 3 años por diferentes iglesias, que Judith resume de la siguiente manera:

“Cuando tienes algo igual la gente te va indicando de que vete aquí, vete a tal iglesia, de que allí salvan a la gente. Tal tal tal, me fui. Empiezo a sufrir con ayunos, con tal con tal con tal, hasta meses...nada. Me vuelven a indicar otra iglesia, yo voy. Hago todo lo que me indican, tal tal tal, nada. Porque en esa Betanía, esa que se encuentra cerca del hospital, un pastor me ha llevado

allá. Yo cada mañanita iba a su casa. Iba a su casa a rezar a la seis de la mañanita y a las seis de la tarde. He hecho el ayuno de una semana. Ya he hecho el ayuno de dos semanas. El ayuno de cinco días. De tres días, hasta decir basta. Nada.

Ahí en Camerún suele haber un pastor Ncoló. Suele venir de Camerún. Un pastor Ncoló que es internacional ¿no? Porque él cuando viene gente así. Yo he ido a pasar ahí tantas semanas [...] Nada. No sabieron.

Me volvieron a indicar en una iglesia Celeste. No sé si esa iglesia sigue. Al lado de INSESO. Donde está INSESO. Ahí hay un camino, ahí atrás. No sé si ese pastor aún sigue. Era delgadito, fino alto. Y del nombre sí que ya...hace mucho ¿no? Yo fui allá. El me recetó muchas cosas. Yo fui a comprar que si tal tal tal tal. Me dijo que yo esté durmiendo allí en la iglesia. Y yo cada noche voy. Duermo. Rezamos. Duermo. En la Iglesia sola. Sin ningún resultado positivo.

¿Dónde más? Ya no digo en mi católica, ni en protestante. Porque yo fui también en eso. En Bidjabidjan, ahí hay un párroco, un pastor que cura también. Yo fui allá. Cogí el agua, el aceite, tal tal tal hasta.... Allí es donde yo traje estas marcas [se muestra los hombros]...De la forma que el cura que te coge así, agarrando agarrando. Cuando te ven gritar dicen que es el espíritu. Con que nada. Con que era tu cuerpo. Tú gritas porque sientes el dolor, y así esta mano me ultimó ya con tratamiento [le dejó la marca del tratamiento, la marca de las manos del párroco en los hombros]. ¡Nada positivo! Me volvieron a indicar otro pastor en Ebibeying de la iglesia católica. No sé como le llaman. Yo también fui allí.

Otro sacerdote, un cura de católica también, es camerunés. El cura gentes en Ekobenam en Eyang. Una compañera me llevó allá. [...]”.

En el relato, siguen discurrendo entre viajes en busca de alternativas cristianas terapéuticas. Finalmente, desalentadas y sin expectativas, Judit y su madre decidirían acudir de nuevo a la *ngengan* de *Ndendé* que años atrás les había advertido de la presencia de un “espíritu de curandería”:

“Me empezó a tratar. Mi cuerpo se empezó a calmar de todo. Me recuperé de la salud, de la gordura así. Me entregué también. Sabes que algo igual....porque...no lo puedes hacer con dos pensamientos, no te vas a curar. Porque ellos [los espíritus de curandería] no son tontos, ellos saben que esa, hace eso solo por tal....no. Cuando tú ya te has entregado ¿no? Ya saben y ahí sí te

dejan. Porque todo el dolor que yo tenía en el cuerpo, todo esas cosas me terminó. Desde entonces hasta ahora, ya son dos años. Yo no he vuelto a sentir de lo que yo sentía, nada hasta aquí.”
(Judith, fang, 35 años, 5 hijos).

El itinerario de Judith recuerda que la exigencia de abandono para la activación de la terapia no es exclusiva a las terapias evangélicas. Es un requisito también recogido en las curanderías. Judith, precisa “entregarse”, aceptar su vocación de *ngengan*, mientras que Susana más arriba, ha de manifestar su plena confianza en Cristo abandonando su tratamiento biomédico.

De forma más genérica, el relato de Judith da cuenta de la variedad de alternativas cristianas existentes. Asimismo nos muestra que la entrega a Cristo es a menudo circunstancial y no necesariamente definitiva. En su recorrido, las iglesias (no solo pentecostales sino también la católica,) se suceden como cualquier otro recurso terapéutico. Asimismo, son abandonadas unas tras otras en cuanto las expectativas no son alcanzadas y aparecen nuevas opciones de terapia.

A pesar de las diferencias esgrimidas entre aquellos que trabajan en el nombre de Dios y los *bingengan*, la inclusión de ambos en el mismo itinerario confirma que las situaciones y trastornos a los que se asocia su terapia son a menudo del mismo orden: Se vinculan por una parte a la falta de suerte y a la percepción de fracaso social (en el ámbito laboral, matrimonial, económico, alcoholismo, etc.). Por otra, las experiencias patológicas conciernen tanto padecimientos menores (dolor de vientre, dolor de cabeza,) como otros de mayor envergadura. Se caracterizan en todo caso por su persistencia y la percepción de irresolución desde las instancias oficiales.

Confluyen sobre las iglesias evangélicas, discursos generalmente muy críticos. La conversión a las iglesias pentecostales exige a menudo una ruptura brutal con los hábitos, los comportamientos, los lazos familiares y de amistad que caracterizaban la vida pre-conversa. El rechazo de prácticas sociales ampliamente compartidas, (como los ritos funerarios generalmente al uso en las familias por ejemplo,) constituyen un motivo frecuente de tensión del converso con sus familiares. La conversión no solo es un cambio de pertenencia religiosa. Supone un cambio del grupo de referencia. El súbito y a menudo espectacular rechazo de lo que constituía el antiguo cotidiano del converso, genera la incomprensión del entorno y participan de la percepción negativa de la que gozan estos movimientos entre la población. En este sentido, se trata aún de un recurso minoritario. No obstante, para aquellos que han sufrido fracasos reiterados en las instituciones regladas, a los que a menudo se suma la falta de resultados en alguna curandería, se erigen en una posibilidad terapéutica más.

CAPÍTULO 9:

Evolución y transformación de los saberes populares.

El caso del *choga*

“Cuando tienes el corazón suave, tu gravas lo que hay en casa”. Rosario

1. Medicina popular y curanderos de proximidad

Los saberes manejados en la esfera doméstica ocupan un lugar predominante en las estrategias de cuidado puestas en marcha por los agentes sociales. Como señala Kleinman, gran parte de los cuidados terapéuticos (entre el 70% y el 90% según él,) se dan en el ámbito familiar y en el entorno social cercano. Pertenecen a lo que denomina el sector popular (1978).

La mayor parte de las disposiciones de cuidado llevadas a cabo en el hogar reposa en la actualidad sobre el manejo de medicamentos industriales, especialmente en el contexto urbano. La confianza ciega en el comprimido, a menudo sin el respaldo del cuerpo sanitario (capítulo 6) ha desplazado en gran medida mecanismos de respuesta endógenos más antiguos, sustentados en el conocimiento del entorno vegetal y mineral. El uso generalizado de fármacos de sello alopático traduce la búsqueda de terapias inmediatas. No se les presta necesariamente mayor eficacia, pero sí mayor prontitud de acción. Los procesos de elaboración y administración más complejos de los preparados medicinales populares, los sabores más fuertes o más amargos, también juegan en detrimento de la pervivencia de los saberes.

A pesar de la normalización del uso de fármacos industriales en la esfera doméstica, aún persisten prácticas de carácter terapéutico en los hogares, designadas por los agentes sociales como tradicionales. Si bien estas estrategias de cuidado y el consumo de medicamentos biomédicos son impulsados y administrados en la esfera doméstica, no son intercambiables²⁵³. No solo suponen costes y proveedores distintos. También ocupan lugares diferentes en el itinerario terapéutico. El consumo de fármacos biomédicos sin receta interviene generalmente al inicio del proceso patológico, como primer

²⁵³ Monteillet (2005) y Menéndez (2005) aúnan por ejemplo a efectos analíticos ambas dimensiones. Son disociados en el presente trabajo en la medida en la que las modalidades de uso de uno y otros difieren de forma significativa.

mecanismo de respuesta. Las prácticas y recetas populares asociadas a la tradición son a menudo utilizadas de forma preventiva. En su vertiente curativa, son recurridas tras el fracaso de la terapéutica implementada por alguna de las instancias sanitarias reconocidas²⁵⁴, o como medida complementaria de acompañamiento a otros tratamientos.

A diferencia de los fármacos industriales, el recurso a las recetas domésticas previo al paso por una estructura sanitaria, se ha recogido en escasas ocasiones. Cuando acontece se conjugan a menudo la percepción de escasa gravedad, la formulación popular del padecimiento en base a una sintomatología específica, y la falta de medios para el acceso a una estructura sanitaria.

a. Principales áreas de acción

Desde las instancias sanitarias, nacionales e internacionales, se alude con frecuencia a la supuesta ausencia de comportamientos preventivos de la población. Si bien no siempre se corresponden con las expectativas de la salud pública (Fainzang, 1992) las prácticas preventivas son muy extendidas. Integran cultos y rituales de protección, bendiciones, prácticas de higiene, hábitos alimenticios, tisanas, decocciones, baños, lavativas, amuletos, escarificaciones etc. Muchas de ellas conciernen el embarazo y el periodo posparto (tabús alimenticios, ingesta de preparados medicinales). Los trabajos de Fons entre los ndowé de Guinea Ecuatorial son ilustrativos al respecto (Fons, 2004). Otras recetas, destinadas por ejemplo a que “el bebé ande pronto”, se distancian en gran medida de los objetivos planteados desde la esfera biomédica.

Las lavativas para facilitar los procesos digestivos y la defecación son frecuentes, especialmente en niños, pero también en adultos. La profilaxis biomédica para el paludismo parece en auge aunque sigue siendo minoritaria. No obstante, la utilización del *nfoó* (*Enanthia chlorantha*) junto al *ekuk* (*Alstonia Boonei*) en decocción para su prevención y tratamiento, sí se registra en numerosos hogares. El preparado ya elaborado también se puede adquirir en cualquier mercado de la ciudad. Las infusiones de *kinkelibá* (*cassia occidentalis*) y de *contrití* (*cymbopogon citratus*) también son utilizadas para la prevención de la malaria.

Las recetas contra las diarreas, los dolores de vientre, los gusanos, el estreñimiento, el paludismo o la tos, constituyen los principales mecanismos de cuidado denominados “tradicionales” recogidos en el ámbito doméstico.

²⁵⁴ Como el caso de Adela recogido en el capítulo 7 (4.c.ii). Tras el fracaso de los antipalúdicos recetados en el hospital de Akonibe, la madre de su suegra le prepara una decocción a base de plantas y cortezas.

Como el resto de los dispositivos, son en gran parte movilizados para el cuidado de los niños.

La composición de las recetas contempla elementos vegetales, minerales y/o animales. En ocasiones, productos manufacturados e incluso fármacos biomédicos son integrados en los preparados, sin alterar la percepción “tradicional” de los mismos. La administración puede ser mediante vía oral, aplicación cutánea, baños o escarificaciones que sirven para la difusión de los principios activos de las sustancias. Asimismo, el uso de lavativas para la administración de recetas está muy generalizado, principalmente frente a afecciones infantiles. Algunas prácticas populares también contemplan elementos rituales, como aquellas por ejemplo destinadas a propiciar la fertilidad.

b. Evolución de los mecanismos de transmisión de los saberes

Las mujeres son las principales depositarias de los saberes vinculados a los cuidados en la esfera doméstica. La abuela o la madre son figuras claves en su transmisión. “*Mi abuela me dijo de que antes de que me muera tú tienes que coger esto*” relata una entrevistada. Después del matrimonio, la transmisión acontece a menudo en el periodo que sigue el parto, así como frente a cualquier episodio mórbido que afecte a la salud de sus hijos. En este caso, los conocimientos son transmitidos de la suegra a la nuera, manifestando la integración de esta última en su familia política, de la que amplía la descendencia (Monteillet, 2005:94).

Algunos individuos son reconocidos en su entorno social cercano (parentesco, vecindario,) por saber tratar determinadas enfermedades, normalmente desvinculadas de cualquier vínculo con el mundo invisible. Son a veces llamados *mbo mebiang*, “el que hace medicinas” en fang. Las personas entrevistadas que responden a este perfil son mujeres, y disponen generalmente de un largo recorrido en el poblado. Suelen haber sido madres en numerosas ocasiones, y tienen por lo tanto una larga y amplia experiencia de cuidadora. Movilizan conocimientos específicos en torno a padecimientos generalmente infantiles como el *choga* o el *chit*. Otras cuestiones, como problemas de fertilidad o molestias y padecimientos ginecológicos menores también son abordados en esta esfera.

La evolución y declive de los saberes en contexto urbano son palpables. Las madres más jóvenes nacidas en la ciudad, mencionan apenas una o dos recetas, mientras sus mayores, con mayor recorrido en el pueblo, enumeran con facilidad al menos cinco o seis. El problema no solo radica en las posibilidades limitadas que oferta el nuevo entorno ecológico urbano y en el incremento del uso de fármacos biomédicos sin receta. También se vincula con la erosión y transformación de los canales tradicionales de transmisión. La

desconexión con el pueblo, la progresiva desarticulación de los antiguos modelos de estructuración familiar, el auge de las familias “atípicas” también participan del desgaste de los saberes terapéuticos vinculados al entorno vegetal, animal y mineral.

Alejados del entorno social y ecológico del pueblo, los saberes ya no se inscriben exclusivamente en las redes del parentesco como señalaba Kleinman (1978), ni tan siquiera en las pertenencias étnicas cuyas fronteras traspasan con frecuencia. El vecindario o compañeros de trabajo son también agentes claves en la difusión de recetas caseras frente a problemas de salud específicos. El tratamiento del *choga* que detallamos más adelante es una buena muestra de ello. Monteillet alerta con razón sobre los riesgos derivados de la transformación de los canales de transmisión (Monteillet, 2005: 233-4). Las recetas, circulando de boca en boca, se transforman e individualizan. Se extirpan progresivamente de los mecanismos de tutela y control colectivo, claves en la validación de los saberes. Proliferan en consecuencia recetas distintas para un mismo padecimiento, algunas de las cuales integran, como lo veremos para el *choga*, componentes a veces inquietantes. Las recetas obtenidas gratuitamente, exentas de ritual de transmisión y de compensación material o económica, conllevan en sí la obligación de ser difundidas de la misma forma. Para Monteillet, la ritualización que rodeaban las lógicas de intercambio eran claves en la memorización de la composición y reglas de administración de cada receta. Su ausencia participaría de la degradación de los saberes (Monteillet, 2005:95).

2. Las voces del *choga*: disonancias y consonancias acerca de una enfermedad popular

Los saberes populares no se erigen como un sistema de resistencia, inmóvil y excluyente, sino más bien permeable, envolvente y en movimiento constante. El contacto con las instituciones sanitarias, las nuevas modalidades de transmisión de los saberes o la banalización del uso del fármaco industrial participan de la formulación de nuevas estrategias populares de cuidados.

En las páginas siguientes abordaremos el *choga*, nombre popular por el que se conoce un cuadro patológico infantil muy extendido en Guinea Ecuatorial. Su análisis nos permitirá aprehender mejor como se generan y sistematizan determinadas respuestas en el ámbito doméstico, e ilustrar la dimensión eminentemente dinámica e integradora de los saberes populares.

El caso del *choga* es especialmente paradigmático en este sentido. En primer lugar, porque la emergencia relativamente reciente de la enfermedad en la nosología popular, pone de relieve la capacidad de la población para generar nuevos significados y mecanismos de respuesta frente a la enfermedad. En segundo lugar, porque los discursos sobre el *choga* incluyen de forma

selectiva, elementos procedentes del sector salud, ilustrando el papel relevante de los profesionales de la salud en la evolución de los saberes populares. En tercer lugar, porque involucra en su tratamiento, elementos vegetales y manufacturados, (fármacos incluidos), confirmando la circulación y síntesis sincrética de los saberes. En fin, porque los saberes ligados al *choga*, no se enmarcan en el patrimonio exclusivo de un determinado grupo étnico o lingüístico, poniendo de relieve nuevos canales y modalidades de transmisión de los conocimientos. Más allá de una etnografía descriptiva, centrada en la elaboración de un listado de saberes y creencias, es preciso abordar el dinamismo de los mismos y otorgar a los individuos y colectivos, un rol activo en su producción y transformación (Massé, 2006:15,16).

A lo largo del trabajo de campo, el *choga* se reveló desde las primeras entrevistas, como un mecanismo interpretativo muy extendido, relativo a un conjunto de síntomas mórbidos infantiles, que podía en ocasiones revelarse letal. Constituye uno de los motivos más frecuentes de movilización de recursos extra-biomédicos en la zona de estudio. Su incidencia, más del 70% de las madres interrogadas reconocían que alguno de sus hijos lo había padecido, contrasta con su total ausencia en la literatura etnográfica consultada.

Los saberes y representaciones en torno al *choga* son ampliamente compartidos, sobre todo entre mujeres, preferentemente madres con varios niños bajo su cuidado. Las permanencias discursivas giran en torno a ciertos elementos recurrentes y con escasas variaciones que componen el núcleo duro, la unidad semántica de las representaciones sobre la enfermedad: el carácter infantil de la patología (afecta a los niños entre 0 y 3 años); su sintomatología extremadamente precisa; las limitaciones de los tratamientos recetados desde las instancias sanitarias biomédicas, percepción generalmente basada en una experiencia empírica; y la eficacia de las terapias endógenas a pesar de su heterogeneidad. En torno a estos saberes básicos sobre la enfermedad que componen el cuerpo estable de significados, gravitan dos ámbitos de conocimiento menos homogéneos, más flexibles y variables según el interlocutor, en torno a la etiología y al origen de la enfermedad, y por otra parte, en cuanto a los procedimientos terapéuticos específicos a emprender, esto es, la composición y aplicación de los tratamientos endógenos.

En este sentido, y de acuerdo con estas diferentes vertientes que moldean los comportamientos frente al *choga*, trataremos en un primer lugar de definir el conjunto de síntomas que concurren a su identificación. Seguidamente, analizaremos los aspectos nominales y etiológicos que concurren a su clasificación. En tercer y cuarto lugar, abordaremos respectivamente los itinerarios en búsqueda de atención y mecanismos de respuesta endógenos que conforman el dispositivo terapéutico más o menos estable producido por los agentes sociales.

En última instancia, abordaremos las diferentes voces que sobre el *choga* se generan desde el sector sanitario, y cómo esta enfermedad popular ilustra y cristaliza algunos de los desencuentros claves entre la población y los profesionales de la salud.

a. Perspectivas populares sobre el *choga*
i. El cuadro clínico popular del *choga*

Las madres son quienes en primera línea, ya sea en el ámbito doméstico o extra-doméstico, gestionan los procesos enfermizos de los hijos, especialmente aquellos considerados benignos y que no requieren la movilización de recursos económicos, materiales y sociales importantes. Aparecen como las principales gestoras de los itinerarios terapéuticos de los menores, erigiéndose en las acompañantes e interlocutoras por excelencia en los diferentes espacios de terapia. Acumulan en base a su experimentación empírica en el cuidado de los demás, conocimientos y representaciones que proceden tanto del contacto con el sector salud como de los saberes populares y/o mágico-religiosos. Los saberes relativos al *choga* son principalmente retenidos por las mujeres, especialmente aquéllas que tienen o han tenido varios niños bajo su custodia. Son quienes mejor informan acerca de los signos que concurren a su identificación.

La descripción de los síntomas, o más bien la asociación de síntomas sobre la que se construye el cuadro clínico popular del *choga* es especialmente detallado en cuanto a la localización y signos característicos.

“Yo veo los efectos ahí [señala la garganta] y en el culo del bebé, porque cuando lo ves se nota fácilmente” (Cecilia, fang, 32 años, 4 hijos).

“Choga es cuando el caca de un niño es como granizo de color amarillo, con un poco de agua.... Y esto le van enseñando color rojo, su culo” (M^a Gertrudis, Bisio, 23 años, un hijo).

“Algunos empiezan con la diarrea, aguda pero no tanto. Tienen unas bolas como calabaza. La calabaza que se cocina en la olla. Las heces del choga son amarillentas, con agua, mezclada con agua” (Judith, fang, 35 años, 5 hijos).

La conjunción de ambas manifestaciones, la irritación y enrojecimiento de partes específicas del cuerpo, y las características no menos específicas de las heces, conforman la base del cuadro clínico del *choga*. Las madres con mayor experiencia ofrecen mayor detalle:

“Aquí, toda esta parte, esta zona [señala las ingles y el cuello] se pone rojo rojo rojo como una herida así [...], como raspando. ahí, lo descubre de que es chogo. Los ojos pálidos al mirar así, como quiere dormir, sin comer, heces mal olor. Y dentro de esa diarrea, tiene granitos... así es” (Rosario, fang, 45 años, 10 hijos).

“Aquí [señala el cuello] y aquí [señala las ingles], rojo como una herida. Diarrea. Tú puedes ir en el hospital, te pueden inyectar, te pueden hacer.... Nada la diarrea no para. Así. Diarrea diarrea diarrea, sin terminar. Hay a veces que suele estar, si ya hay mucho dentro del cuerpo, le deja sin hablar. Puede estar aquí en la habitación, tu aquí en el comedor sin enterar. Pero el ahí llorando [...] Porque esa cosa del vientre... Te come ahí te come ahí....le puede matar” (Marcelina, ndowé, 38 años, 10 hijos).

El cuadro sintomatológico conforma el núcleo semiótico más estable del *choga*. El ano rojo, la irritación de la piel en los genitales, axilas y garganta, a menudo acompañado de heces granuladas y malolientes constituyen las principales características clínicas evocadas, pudiendo derivar hacia abundantes diarreas, la falta de apetito y un estado de debilidad generalizado en el que el infante puede llegar a fallecer. El *choga* se presenta como un sistema de signos, una configuración de síntomas fisiológicos y actitudinales. Su descripción, evolutiva, manifiesta una observación clínica atenta y concienzuda del cuerpo y comportamiento del infante.

ii. Origen y etiologías populares del *choga*

La lógica nominativa de las enfermedades pertenecientes a los sistemas médicos antiguos de la zona responde generalmente a términos descriptivos vinculados a sus manifestaciones sintomáticas empíricas, (o a alguna de ellas, la que se considere más significativa,) o etiológicas en referencia a las causas presupuestas de la enfermedad (Mallart, 1977a: 10; y Bibeau, 1978). El término “*choga*” (o “*chogo*”, según las variaciones lingüísticas y dialécticas del país,) no tiene ningún significado manifiesto en los idiomas vernáculos por lo que como apunta una de nuestras interlocutoras, se trate de una nominación reciente e importada:

“Yo creo que viene de Camerún. Porque lo curan también con otros medicamentos. Como cigarrillo tradicional, como así verde. Lo curan las camerunesas. Así que yo creo que viene de Camerún ese nombre de choga. Porque en tiempos de Macías [1968-1978], yo vi muchas cosas ahí [...] Choga no estaba, no sonaba. No lo conocíamos en ese momento. Después de que Guinea se convirtió así en Guinea, Camerún, Gabón, ahí viene esa enfermedad. Es nuevo. No estaba antes.” (Rosario, fang, 45 años, 10 hijos)

El *choga* se desvincula en el contexto guineano, del “lazo orgánico” (Bibeau, 1978:83) entre el sistema nosológico, etiológico y nominal que caracteriza los sistemas médicos tradicionales antiguos, enmarcados étnica y lingüísticamente. Cabe en este sentido señalar el carácter transétnico del término. Es utilizado indistintamente por los diferentes grupos étnico-lingüísticos, sin diferencias sustanciales en cuanto a los significados movilizados. Las migraciones y contextos urbanos propician las interacciones y producción de sentidos compartidos.

Se han recogido sin embargo entre los ndowé, etnia minoritaria en la zona de estudio, variaciones, que en base a la ausencia de correspondencia directa del *choga* con enfermedades enmarcadas en la nosología ndowé, sitúan su emergencia en contexto fang:

“Anteriormente, mis abuelas en ndowé, lo llamábamos.... Bueno choga puedo decir que es una enfermedad de los fang, por eso ellos también lo saben curar. Porque una mujer fang es la que me dio esta medicina [le enseñó como preparar la receta]. Los ndowés no lo sabíamos curar. Porque mis abuelos lo llamaban en ndowé mibuyá. Pero solo aquí [el cuello], rojo como una herida [...]. Pero anteriormente no mataba a un niño. Pero ahora ya mata.” (Marcelina, ndowé, 38 años, 10 hijos).

Un *ngengan* ndowé que inscribe su saber en la tradición del grupo étnico al que pertenece, se muestra incluso reacio a utilizar el término:

“El nombre de choga no sé dónde viene, lo tienen ellos [los fang]. Solo lo vengo a oír hace poco. Parece que el abuelo lo llamaba Ngoyuá”. (Magnegue, *ngengan* ndowé, 52 años).

Las variaciones ndowé giran en torno al contexto de emergencia de la enfermedad. Avanzan la hipotética relación o similitud con enfermedades pertenecientes a la nosología ndowé, y sitúan el origen de la expresión sintomatológica actual en contexto fang. Estas variaciones han sido recogidas en raras ocasiones y esencialmente en personas de cierta edad. En todo caso, no conllevan diferencias significativas en cuanto a la representación de la enfermedad, itinerarios y dispositivos terapéuticos implementados.

La etiología de la enfermedad se caracteriza por su inestabilidad semiótica ya que se han registrado no una sino varias teorías etiológicas. Asimismo, la respuesta “Yo no sé lo que produce el *choga*” (Marcelina, ndowé, 38 años, 10 hijos) es la más extendida, incluso entre las madres que se han enfrentado en algún momento al *choga* y que conocen y utilizan mecanismos de respuesta pertenecientes a la terapéutica popular:

“Qué es lo que causa el choga? No te puedo mentir, no lo sé. Solo sé que no se puede curar en el hospital o en la clínica. Si no se

hace medicina tradicional puedes perder a tu bebé como broma".
(Cecilia, fang, 32 años, 4 hijos).

Cuando las causas sí son identificadas, se alude con frecuencia a la intrusión de elementos patógenos o al carácter innato de la enfermedad. Esta última percepción es asociada a muchas enfermedades infantiles.

"En fang el chogo es una enfermedad que los niños, los bebés nacen con esa enfermedad. Chogo. Y otras veces, eso de poner polvo...ahora la sanidad ha descubierto de que antes de que bebé cumpla 3 meses no hay que poner polvo. Anteriormente lo hacían. Primer día después de bañar a bebé, le ungen eso polvos polvos polvos. Y ahí esa enfermedad reinaba aquí, chogo. Y en el hospital lo llaman infección. Ahí lo tratan como infección, con suero y ahí. (Rosario, fang, 45 años 10 hijos).

"Es una infección. Los polvos de talco por ejemplo. Cuando el niño es muy pequeño provocan una infección". (Victoria, fang, 26 años, dos hijos)

"Hay algunos niños que nacen con esto. Y hay otros que nacen por el higiene de la madre. Que no sabe cuidar al niño, siempre sin braga, y todo esto entra, la suciedad". (Pilar, 26 años, fang, 2 hijos)

Destaca en primer lugar la frecuencia con la que las entrevistadas reconocen desconocer lo que causa el *choga*, lo que ya de antemano, cuestiona la supuesta necesidad del sentido del mal en las representaciones populares de la enfermedad. En segundo lugar, la mayor parte de las hipótesis etiológicas, cuando las hay, apuntan elementos patógenos exógenos (suciedad, polvos de talco) cuando la aparición de la enfermedad es situada cierto tiempo después del nacimiento. En tal caso, los cambios de hábitos en el cuidado de los niños, las informaciones erróneas emitidas desde el sector salud o la desatención de la madre son señalados. Cuando los síntomas se manifiestan desde los primeros días tras el parto, prevalece el carácter innato de la enfermedad. En tal caso, las causas permanecen de nuevo indefinidas. En ambos casos, prevalece la percepción "natural" de la enfermedad.

Independientemente de las causas, las hipótesis formuladas más frecuentes suponen la presencia de "suciedad" en el vientre, lo que algunas incluso, reproduciendo voces sanitarias, denominan "infección". Más allá de las manifestaciones externas del *choga* (la irritación del cuello, asilas y genitales, así como diarreas frecuentes y granulosas,) el foco patológico es ubicado en el vientre:

“Porque anteriormente no mataba a un niño, pero ahora ya mata....porque esa cosa del vientre, te come ahí, te come ahí,...” (Marcelina, ndowé, 38 años, 10 hijos).

“El choga es una enfermedad de los niños, Hmhm. Suele hacer diarrea, chupa por dentro de su vientre.” (Irene, bisio, 28 años, 3 hijos).

“El niño aquí [el cuello] todo rojo, el culo.... Tú le miras al niño aquí en el cuello, rojo rojo rojo rojo. Ya lo ha cogido. Tú le ves que ya está, porque ya lo tiene dentro del vientre. Ya está comiendo. No tiene tiempo de hacer cacá. El vientre le duele porque ya está; o sea, ya le está picando el vientre.” (Magnegue, nganga ndowé).

Sobre 12 mujeres interrogadas, 5 confiesan no saber lo que causa el *choga*, aunque 3 de las mismas conozcan y utilicen remedios domésticos para tratarlo. 3 aluden a los polvos/infección. Una madre propone una respuesta similar aludiendo a “la suciedad que entra”. Solo tres mujeres hacen referencia a otras hipótesis etiológicas, dos de ellas ligadas a la alimentación de la madre durante el embarazo, y una vinculando indirectamente el *choga* a las fuerzas ocultas.

iii. Teorías etiológicas minoritarias del *choga*

En las siguientes explicaciones etiológicas, la mirada social detiene su atención en el comportamiento alimenticio de la madre.

“Me entero que también dicen que esos productos congelados que utilizan ahora. Los que ya han tardado y no se sabe cuando vinieron; si los comemos mientras estás embarazada.... Y esos alimentos pasan a los hijos, a las criaturas que llevamos. Por ejemplo si comes alas ahora, tú no puedes saber cuándo lo mataron. Y después lo traen aquí”. (Alicia, fang, 24 años, dos hijos).

“Comer cosas dulces, mucho azúcar durante el embarazo produce choga” (Magdalena, bubi, 39 años, 5 hijos).

La asociación del *choga* con las prácticas alimenticias de la madre no ha sido recogida con frecuencia, y es a menudo presentada de forma hipotética (“me entero que”, “también dicen que”). Tampoco implica variaciones significativas en la búsqueda de atención y puesta en marcha de respuestas terapéuticas domésticas que detallaremos más adelante.

En ciertos discursos, el punto de anclaje del *choga* en el vientre facilita su puesta en relación con otras patologías pertenecientes a los marcos nosológicos más antiguos de los grupos étnicos de la zona, también

localizadas en el vientre como el *okákara*²⁵⁵ y el *chit*²⁵⁶. Estas patologías²⁵⁷, especialmente la primera, están a menudo relacionadas con el mundo invisible. Uno de los discursos recogidos, sugiere una posible graduación, una evolución progresiva en términos de gravedad (*choga/okkákara/chit*), asociando cada etapa a una franja de edad específica. Como explica Adela, la vinculación del *choga* con el mundo invisible, sigue sin ser etiológica, sino una derivación, una evolución posible de la enfermedad:

“Cuando es de esta edad [muestra su niño de 4 años] ya tiene okakara. Okakara quiere decir la brujería ya le ha tocado su evú. Se mueve toda la barriga, empieza a llorar, le pica dentro, y eso fácilmente se puede morir [...] Eso también lo hace la gente mala. Cuando saben que esa pequeña [muestra una niña de unos cuantos meses] tiene eso de choga, le empiezan a hacer como ellos mismos lo suelen hacer para que se muera. Se lo hacen de otra forma para que la niña sufra, sufra y se convierta en chit.”
(Adela, fang, 23 años, 2 hijos)

Un *ngengan*, reconociendo el “origen biológico” del *choga*, recuerda que el brujo tiende en ocasiones a ocultar sus ataques desde el mundo invisible, tras una enfermedad “normal”, de cara a confundir la víctima, retrasar la adecuada respuesta terapéutica y propiciar un desenlace fatal (Capítulo 7). Otra *ngengan* ha situado el *choga* en el terreno de la transgresión social, aludiendo a la responsabilidad del padre, por mantener simultáneamente relaciones sexuales intra y extra-matrimoniales durante el embarazo de su legítima esposa.

Las teorías etiológicas que aluden al posible disimulo de las acciones de los brujos o que ponen en relación el orden social con el orden fisiológico del recién nacido son enunciados de cara a legitimar la intervención del *ngengan*, generalmente poco solicitado frente a este proceso patológico. Disponen de escaso arraigo en las representaciones populares de la enfermedad y han sido negadas por la mayor parte de nuestros interlocutores, que inciden en el carácter prosaico del *choga*, desvinculándolo de cualquier manifestación sobrenatural.

El carácter infeccioso del *choga*, los polvos de talco, la vinculación con otras enfermedades pertenecientes a la etiología endógena antigua, la alimentación de la madre durante el embarazo, la percepción del *choga* como preludeo del

²⁵⁵ Véase nota 241.

²⁵⁶ Véase nota 240.

²⁵⁷ Los marcos nosológicos de las etnias minoritarias de la zona, ndowé y bisio, comparten entre sí y con los fang muchas similitudes. Los interlocutores consultados suelen generalmente establecer las siguientes equivalencias nominales, ligadas a sus propios marcos nosológicos: *Evusu* (ndowé) y *Gimbo* (bisio) respecto al *okakara*, y *Ebanda* (ndowé) y *Quechiri* (bisio), respecto al *chit*.

okakara o del *chit*, o la transgresión del orden social, constituyen una constelación de explicaciones, algunas incluso exclusivas entre sí. La riqueza semántica en torno a la etiología del *choga*, el carácter flotante del significante, (también propiciado por la designación de la enfermedad con un sustantivo sin significado manifiesto en las lenguas vernáculas,) cuestiona la supuesta homogeneidad de las representaciones que la antropología presta a veces a los saberes populares.

iv. Itinerarios terapéuticos del *choga*

Los itinerarios ligados al *choga* permiten aprehender el carácter empírico de los conocimientos que sobre él se generan así como los mecanismos que derivan hacia la sistematización de la respuesta a vocación terapéutica. A continuación, exponemos 7 itinerarios:

1°/ *Victoria* (fang, 26 años, dos hijos) acompaña a su hijo de tres meses, ingresado en el servicio de pediatría del Hospital General de Bata. Tiene paludismo. Asimismo, muestra irritaciones en las ingles por lo que le han recetado una pomada. Su hermana, en una visita al hospital, le ha dicho que el niño tiene *choga*. A los tres días, el niño es dado de alta en el hospital. *Victoria* considera que el paludismo ha sido curado, y sigue aplicando la pomada. No obstante, al cabo de tres días, las marcas rojas que ella asocia con el *choga* aún permanecen a la vista. Acude a su hermana que según dice “lo sabe curar muy bien”. *Victoria* explica que “el *choga* se cura en el hospital pero no termina”.

2°/ *Trifonia* (fang, 19 años, 1 hijo) acude a la consulta del hospital la Paz (un complejo sanitario privado) con su hijo de un año y medio. Tiene fiebres altas e intermitentes así como la zona anogenital enrojecida y heces granuladas. Más allá de los antipalúdicos, le recetan “micostatín”. *Trifonia* también lo llama “medicina de *choga*”. A la semana, y frente a la persistencia de los síntomas asociados con el *choga*, su madre la manda con su hijo al pueblo para tratarlo.

3°/ *Pilar* acudió con su primogénito de apenas cuatro meses al hospital:

“El médico me recetó esto de micostatine, unos comprimidos y un medicamento que es hepadij, es un jarabe así. Empecé a darle. No funcionó. Empezó a cagar más con sangre y todo. Una mujer, ella también tenía su niño aquí [en el hospital] me dijo que era *choga*. Me receto algunos medicamentos tradicionales. Ve a coger esto de palmiste, y unos comprimidos de tetraciclina.... Si tu le das unas hierbas ahí [mese]... esto se terminó” (*Pilar*, fang, 26 años, 2 hijos).

4°/ *“Anteriormente estuve en el hospital. Me dieron Nistatine, pomada y jarabe. Eso no se curaba. Una semana pero no se curaba. Es cuando ya le estaba saliendo la herida aquí [señala las ingles], todo de color rojo. La amiga de mi mamá me dijo que esto es choga, es la que vino a descubrirlo cuando mi mamá estaba en el pueblo. Es cuando fui donde una mujer [...] los ndowés ya curan eso. Una mujer ndowé vive en los Cocos también. Se llama Tía Mari. Es la que curó mis niños [...]. Se mejoró”.* (Magdalena, ndowé, 20 años, 1 hijo).

5°/ *“Mi primogénito estuvo enfermo, y tuvo eso de choga. Mi abuela me dijo que esa enfermedad no se cura en el hospital o en la clínica porque siempre se tiene que tratar tradicionalmente, por eso le llevé donde una mujer que sabía curar el choga. Lo curaron y ya está bien. No volvió a enfermarse [...]. No se puede curar en el hospital o en la clínica. Si no se hace la medicina tradicional puedes perder a tu bebé como broma.”* (Cecilia, fang, 32 años, 4 hijos).

6°/ *“Los primeros días que yo no lo sabía, fui al hospital. Una mujer sí que me detectó esto, yo tenía el niño así, ya le había salido aquí todo [señala las ingles]. Y el niño estaba así desnudo. Y esa mamá pasaba. Como donde yo vivía allí en mi barrio, la gente pasaba como pasan aquí en mi puerta. Y esa mujer me miró así, dice: ¡pero cómo! Si eso es lo que se llama choga. ¿Choga? Dice sí. ¿Qué es lo que significa choga? Me dice esta enfermedad. Dice vamos que te enseñe la cura. Mi propia vecina. Desde ahí, yo ya curo mis niños cuando esto sale.”* (Marcelina, ndowé, 38 años, 10 hijos)

7°/ *“Mi hijo tenía choga [...]. Aquí en el hospital receta que me dieron. Me daban jarabe de...Nistatine. Aquí en el hospital, y pomada también. Yo le llevaron en casa. Y después de ahí, ella no había mejorado. Y después de ahí, yo tenía que irme en la curandería en esa misma hora. Allí terminó.”* (Flora, fang, 32 años, 4 hijos).

Se pueden multiplicar indefinidamente los ejemplos, el patrón del recorrido suele repetirse en la mayor parte de los casos. Inicialmente inexpertas al tratarse del primogénito o porque ningún otro de sus hijos ha padecido la enfermedad, los síntomas, meros indicios de una enfermedad, no constituyen un cuadro clínico identificado. A menos que como en el caso 5°, alguien del entorno cercano del niño, en este caso la abuela, establezca el diagnóstico desde el principio, y prescriba algún recurso endógeno, las madres acuden

generalmente al hospital o al centro de salud²⁵⁸. Ante la persistencia de los síntomas y el desamparo de la madre, un nuevo actor, un familiar (hermana, cuñada, abuela), una vecina o incluso una enfermera del hospital suele “desvelar” el diagnóstico a la madre. En algunos casos, es esta misma persona quién aplicará el tratamiento o quién enseñe a la madre como prepararlo y aplicarlo. En otros, se acudirá a otra persona, generalmente del entorno familiar o vecinal cercano, conocida por saber tratar el *choga*.

Varias madres entrevistadas son capaces de nombrar los fármacos generalmente recetados desde las instancias sanitarias, (micostatin, o nistatina según la designación de su principio activo,) y las modalidades asociadas de aplicación (por vía oral, en jarabe y/o pomada). Conocen y han experimentado el dispositivo terapéutico activado desde las estructuras sanitarias frente al cuadro sintomatológico que ellas asocian con el *choga*. Consideran no obstante que los tratamientos desde allí implementados, son insuficientes; “calman” en el mejor de los casos, o pueden incluso empeorar el estado de salud del infante. En todo caso, “no terminan” con la enfermedad.

La primera vez que las madres se enfrentan a la enfermedad, la tardanza en vislumbrar señales de mejora con el tratamiento impulsado desde las instancias sanitarias constituye a menudo un factor clave en la producción de un nuevo diagnóstico desde el entorno, y la consideración de recursos alternativos. En los casos sucesivos, ya sean otros hijos o niños del entorno cercano, las madres dispondrán, en base a su propia vivencia, de los elementos necesarios para diagnosticar, orientar y en su caso tratar la patología.

Sobre un total de 30 madres cuestionadas sobre el *choga* en el Hospital General de Bata (20) y en el centro de salud de SOS (10), el 73% (22) han confirmado que al menos uno de sus hijos había tenido *choga*. El 18% de las mismas (4) ha recurrido directamente a un recurso endógeno donde han encontrado, según su apreciación, una solución satisfactoria. El 82% (18) ha acudido la primera vez a alguna instancia sanitaria (centros de salud, hospitales, clínica privada). Solo el 17% (3) de éstas dice haber encontrado una solución definitiva en estos servicios. Las demás, el 83% (15) han utilizado tras el paso por los servicios sanitarios, métodos endógenos, logrando, según su apreciación, resultados positivos en el 93% (14) de los casos. El itinerario más dramático registrado, y que corresponde a esta mínima franja (7%) en la que prevalece la percepción de fracaso de los mecanismos endógenos, es el de Josefa (fang, 24 años, 1 hijo):

Su hija de 16 meses empezó a enfermar al poco tiempo de quedarse de nuevo embarazada. Tenía vómitos y diarreas. Josefa piensa en un primer momento que su hija está enferma

²⁵⁸ Las clínicas u hospitales privados son menos solicitados por razones económicas.

porque está tomando la leche que ya no le corresponde a ella, sino al futuro bebé por nacer. Josefa acelera por lo tanto el destete. Frente a la persistencia de los síntomas, acude al hospital. Después de tres días de ingreso, y a la vista de que los síntomas no remiten, sus familiares le dicen que se trata de choga. Recomendada por su entorno familiar, lleva su hija a una mujer del vecindario que suele curar el choga. Le da un tratamiento con plantas que aplica durante un mes. La niña se hace cada vez más flaca y más débil. Josefa decide abandonar el tratamiento, y vuelve al hospital. Al segundo día, y tras los análisis, los médicos le dicen que la niña tiene VIH sida. Josefa no lo entiende, porque la niña ha nacido en el hospital. Y porque no le han dicho nada hace un mes. Le invitan a hacerse también la prueba...

Dado el tamaño de la muestra, estas estadísticas son difícilmente extrapolables al conjunto de la población. No obstante, sí concuerdan con la alta incidencia de las enfermedades diarreicas infantiles en el país²⁵⁹. Por otra parte, también dan cuenta, no tanto del éxito o fracaso de las alternativas solicitadas, sino de la percepción de éxito o fracaso de las mismas. Los itinerarios registrados en el trabajo de campo y solventados según apreciación de las madres, desde la terapéutica popular, constituyen la amplia mayoría de los casos. La alta frecuencia de fracaso prestada al sector sanitario, y resoluciones exitosas conferidas a las respuestas endógenas se arraigan en la experimentación empírica de las madres, otorgando a sus ojos, una indiscutible legitimidad a los itinerarios aprendidos, que frente al *choga*, finalizan fuera de los cauces sanitarios institucionales.

v. Tratamientos populares del *choga*

Pocas madres consideran satisfactorias las respuestas terapéuticas generadas por las instancias sanitarias. También es preciso señalar, que entre las que sí las consideran determinantes, y que en una primera ocasión han solventado la patología en el hospital, algunas reconocen prescindir de la consulta en ocasiones ulteriores. Adquieren directamente en algún punto de venta de medicamentos el tratamiento recetado la primera vez en consulta. Logran así ahorrar el coste y tiempo requeridos por una nueva consulta.

Generalmente, la percepción de fracaso asociado a los tratamientos biomédicos y el carácter “natural” del *choga* lo sitúa entre las afecciones que

²⁵⁹ La encuesta demográfica y de salud realizada en 2011 en Guinea Ecuatorial revelaba que el porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea en las dos semanas que precedieron la encuesta giraba en torno al 20%. A pesar de los escasos datos fiables en Guinea Ecuatorial, existe un amplio consenso entre los diferentes actores sanitarios a la hora de designar las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) como la segunda causa, tras el paludismo, de mortalidad infantil en el país. Constituye por lo tanto uno de los principales desafíos sanitarios.

se tratan prioritariamente en el ámbito doméstico o vecinal. El *ngengan*, el terapeuta especializado en las afecciones vinculadas a la brujería y a las fuerzas ocultas es poco solicitado. Cuando lo es, la respuesta terapéutica no difiere mucho de aquellas puestas en marcha en el ámbito doméstico, y como aquellas, no suele implicar elementos rituales.

En realidad, no hay diferencias significativas en cuanto a las representaciones del *choga* entre el *ngengan*, detentor de saberes específicos y los saberes populares compartidos por la población: operan las mismas descripciones sintomatológicas, y aluden generalmente a las mismas teorías etiológicas (o en su caso, ausencia de las mismas). Comparten, aunque con las excepciones antes mencionadas, la percepción de la enfermedad en términos “naturales”. Recurren cuando saben tratarlo, a una terapéutica basada en preparaciones domésticas exentas de cualquier elemento mágico-ritual. Existe respecto a la enfermedad, el mismo reparto sexual del saber entre los *bingengan* y los individuos y colectivos que no disponen de saberes terapéuticos especializados: las mujeres, dedicadas al cuidado de los hijos son las principales detentoras de los saberes y representaciones sobre el *choga*. La mayoría de los *bingengan* hombres preguntados reconocen no tratarlo.

El tratamiento del *choga* se inscribe de lleno en la terapia popular. No requiere los conocimientos del especialista, sino que su preparación y aplicación está al alcance de todos. Son generalmente mujeres con varios niños a su cargo quienes disponen de estos saberes, quienes los utilizan en el marco de su entorno familiar y vecinal, y quienes los difunden en estos mismos círculos sociales. Algunas mujeres son conocidas en sus respectivos barrios por saber curar el *choga* y son solicitadas con más frecuencia. En estos casos las transacciones económicas suelen ser poco relevantes y corresponden con frecuencia a la voluntad.

El siguiente listado es solo una muestra de la diversidad de prácticas terapéuticas populares recogidas ligadas al *choga*.

- 1) Se vierte en agua una piedra de *kawan* y cuatro cápsulas de tetraciclina. Se hierve en agua. Se deja reposar hasta que esté templado. Se aplica en lavativa dos veces al día. A medida que van remitiendo los síntomas se puede aplicar una vez al día. El tratamiento puede durar hasta tres meses para ser definitivo.
- 2) Verter una capsula de tetraciclina en aceite negro de palmiste. Añadir *mesepe* en decocción y una gota de colonia. Aplicar una cuchara en lavativa tres veces al día.
- 3) Se vierten dos cápsulas de tetraciclina y una piedra de *aluán* en el zumo de dos limones. Se aplica una cuchara en lavativa por la mañana antes de comer y por la noche antes de dormir.
- 4) Se vierten dos cápsulas de tetraciclina en aceite negro de palmiste. Se aplica una cuchara en lavativa mañana y tarde.

- 5) Se vierte el zumo de medio limón y dos gotas de petróleo en un litro de agua. Se añaden hojas de *bambucha* (la hoja de la yuca hervida) machacadas. Se filtra y aplica la decocción en lavativa mañana y tarde. Su utiliza un tapón de botella para dosificar. Uno para cada toma. Se puede utilizar el tratamiento de forma preventiva una o dos veces al mes para evitar recaídas.
- 6) Se vierten dos cápsulas de tetraciclina y la corteza del árbol del mango en agua. Hervir y aplicar templado en lavativa.
- 7) Se vierten hojas de papaya y la corteza del árbol del mango machacadas en agua. Se añade zumo de limón y el contenido de cuatro cápsulas de tetraciclina. Se hierve. Se aplica la decocción en lavativa, mañana y tarde.
- 8) Hervir la corteza del arbol *Akeng Elé* en agua. Aplicar la decocción en lavativa mañana y tarde.
- 9) Hervir la corteza del árbol del mango en agua. Aplicar la decocción en lavativa mañana y tarde.
- 10) Quemar la cascara del "plátano marrón", mezclar las cenizas con aceite negro de palmiste. Hervir en agua y aplicar en lavativa dos veces al día, y frotar el cuerpo del niño²⁶⁰.

Desconcierta la heterogeneidad de las prácticas terapéuticas asociadas a una misma patología. No se han registrado dos tratamientos idénticos a lo largo de las entrevistas. La mayor parte de los componentes aparecen en un solo tratamiento (*Kawan*²⁶¹, *mesep*²⁶², colonia, *aluan*²⁶³, petróleo, *bambucha*²⁶⁴, hojas de papaya²⁶⁵, corteza del arbol *akeng élé*²⁶⁶, cascaras de "plátano marrón"²⁶⁷). Tres ingredientes aparecen en tres recetas (aceite negro de palmiste²⁶⁸, zumo de limón²⁶⁹, corteza del árbol del mango²⁷⁰). Solo uno, la tetraciclina, es utilizada en más de la mitad de los preparados.

²⁶⁰ En algunas familias, el tratamiento puede prolongarse de forma preventiva reduciendo la periodicidad del mismo durante varias semanas o meses, e incluso hasta el segundo año del niño.

²⁶¹ No identificado. Según la descripción recogida, se trata de un mineral de color negro que se deshace en el agua.

²⁶² *Ocimum viride Willd.*

²⁶³ No identificado. Según la descripción recogida, se trata de un mineral blanco o transparente que se deshace en el agua.

²⁶⁴ Hojas de Yuca o *Manihot esculenta* según su identificación botánica.

²⁶⁵ *Carica papaya.*

²⁶⁶ No identificado.

²⁶⁷ No identificado.

²⁶⁸ El aceite de pepita de palma se obtiene rompiendo la nuez de palma, el hueso del fruto de la palmera de aceite (*Elaeis guineensis*). Es preciso diferenciarla del aceite de palma, de color naranja, obtenida prensando los frutos de palma.

²⁶⁹ *Citrus aurantifolia.*

²⁷⁰ *Mangifera indica.*

Detengámonos en las principales recurrencias. En primer lugar el método de aplicación: la lavativa es una práctica extremadamente difundida en Guinea Ecuatorial. Constituye el procedimiento terapéutico popular más generalizado tanto en niños como en adultos para “limpiar la suciedad dentro del vientre”.

“Cuando la barriga del niño tiene suciedad, podemos dar lavativa” (Susana, fang, 26 años, 2 hijos).

“Cuando mi hijo durante 3 o 4 días no caca bien, su barriga está hinchada. Yo cojo algunas hierbas, como hierba de Ndole²⁷¹, que es amargo, que cocino. Y lo hago con agua, lo filtro así, y se hace lavativa.” (Irene, bisio, 27 años, 3 hijos)

Se asocian las enfermedades ligadas al vientre, a la intrusión de elementos extraños. El objetivo manifiesto del tratamiento del *choga* es “sacar”, “hacer salir”, “evacuar” la suciedad localizada en el vientre:

“Tu coges peladura de manguña [árbol del mango]. Lo metes en el fuego con agua. Se termina de hervir. Tienes que coger pomme [pera de goma para enemas] y lo metes al niño. Se saca esto. Lo que tiene en su vientre, tiene que salir todo eso. Eso es lo que cura el choga” (Maja, fang, 48 años, 4 hijos).

A pesar de la diversidad de los componentes involucrados, se presta a la mayoría de los mismos, cualidades (astringentes, laxantes, purgativas, digestivas, eupépticas) directamente ligadas a mejorar el funcionamiento del vientre. El *mesep* muestra evidencias de actividad antiséptica y laxante. La corteza del árbol del mango tiene propiedades astringentes. Es utilizado con frecuencia para aliviar el dolor de vientre. Es probablemente el efecto antiséptico del limón lo que motive aquí su empleo, aunque sus propiedades astringentes también pueden explicar esta elección. La *Bambucha* u hojas de yuca son a veces utilizadas en infusión por sus propiedades antihelmínticas contra los gusanos. Las hojas de papaya son utilizadas con frecuencia en decocción como eupéptico y purgativo. Los tratamientos movilizan por lo tanto las propiedades prosaicas (supuestas o confirmadas,) de los ingredientes sin apelar a virtudes invisibles, como protección por ejemplo frente a un ataque en brujería. En este sentido, también es preciso recalcar, que ninguno de los tratamientos registrados contempla elementos rituales.

vi. El uso de la tetraciclina en los tratamientos populares

La recurrencia más significativa en el tratamiento del *choga*, es el vaciado del contenido de las cápsulas de tetraciclina, un antibiótico de amplio espectro, en la solución aplicada en lavativa. Aparece en más de la mitad de las respuestas

²⁷¹ *Vernonia amygdaline.*

terapéuticas populares²⁷², aunque con variaciones importantes en la dosificación (de una a cuatro cápsulas). El carácter biomédico del principal agente activo del preparado no altera la percepción “tradicional” del remedio, su pertenencia a la farmacopea endógena, manifestada por todos los entrevistados. No son los objetos involucrados los que confieren el carácter “tradicional” o no de las prácticas terapéuticas, sino su uso y articulación en un contexto determinado y el significado que adquieren en el mismo.

En Guinea Ecuatorial, la quema de cartón para ahuyentar mosquitos o el uso de antibióticos para la elaboración de un preparado medicinal pueden ser designados, por algunos interlocutores, como “medicina tradicional”. La percepción contrasta con la utilización de elementos que la intuición situaría fuera de este campo. Las categorías medicina tradicional/medicina moderna (o científica) resultan reveladoras de la realidad social que pretenden describir, cuando en vez de imponerse a la misma, tratan de descubrir las referencias movilizadas por los individuos y colectivos. Son reveladoras en la medida en la que constituyen para los agentes sociales, mecanismos interpretativos que otorgan significados diferenciales a ambas dimensiones, y guían las prácticas en consonancia.

Medicina moderna y medicina tradicional remiten a saberes y prácticas que no se definen tanto *per se*, en función de sus contenidos específicos. Su caracterización no puede pensarse fuera de la relación antagónica que mantienen y que otorga a cada una un ámbito y modalidades de acción determinados. El carácter “relacional” de la definición de “medicina tradicional” (Menéndez, 1994) queda reflejado en otros términos utilizados por la población guineana para designarla, como “medicina país” o “medicina en fang”, que permiten posicionarla frente a la “medicina de hospital” o “medicina de blancos”. Esbozan fronteras flexibles entre la percepción endógena de los saberes, (los de aquí,) en referencia a prácticas pensadas como propias y situadas en el espacio étnico, nacional, o incluso africano, y lo exógeno (los de allí,) en referencia a aquellos asociados al occidente.

La dimensión relacional de los saberes permite abarcar tanto su influencia recíproca como las transformaciones que se operan en cada campo. Permite trascender una visión inmovilista de los saberes populares aún arraigada e influyente en las ciencias sociales. Los saberes populares ligados al acto terapéutico no constituyen un corpus fijo, permanencia o vestigio de un pasado a veces mitificado y de una relación privilegiada e inmutable con el entorno ecológico. Son flexibles, permeables, y en constante evolución. Evolucionan alimentándose de fuentes diversas, reapropiándose elementos en principio exógenos que dan cuenta de la permanente interacción y síntesis de los diferentes saberes médicos.

²⁷² Las tres últimas recetas recogidas más arriba, nos han sido facilitadas por 3 *bingengan*. Ninguno de ellos utiliza tetraciclina, o reconoce hacerlo.

La tetraciclina, como otros productos manufacturados²⁷³ se ha erigido como un elemento clave en numerosas prácticas terapéuticas populares en Guinea Ecuatorial²⁷⁴. La existencia de un sustantivo en fang para designarla –*fós ésé okuan*– manifiesta su habilitación en el espacio terapéutico popular. Significa literalmente “la llaga²⁷⁵ no es enfermedad”. El calificativo deriva de la práctica extendida y conocida según la cual se aplica el contenido de la cápsula en llagas especialmente lentas en cicatrizar. Responde a nuevos usos y significados asociados al medicamento, estructurados fuera del ámbito biomédico. La nominación popular en lenguas vernáculas de fármacos manufacturados ha sido observada y relatada en otras latitudes. En el sur de Camerún, las ampollas de ampicilina son apodadas “fol kodogo”, literalmente, y según las etimologías, “caza herida” o “caza diarrea” (Monteillet, 2005: 75). Jaffré recoge en Bamako no menos de 23 medicamentos con sus correspondiente designación popular, aludiendo a la “integración cognitiva de los saberes biomédicos” (Jaffré, 1999:4,5)²⁷⁶. No obstante, a diferencia de la asociación sistemática y exclusiva entre un producto y unos síntomas determinados, supuestamente inducida según Jaffré por el nombre atribuido, la tetraciclina mantiene diferentes modalidades de uso en el ámbito popular. A las dos ya mencionadas, se suma el hábito recogido en algunas familias, de diluir el contenido de las cápsulas en coca-cola para aliviar ciertos dolores de vientre con estreñimiento.

El caso de la tetraciclina (*fós ésé okuan*) revela la capacidad de los individuos y colectivos para resignificar objetos y prácticas dando pie a su reapropiación y plena integración en la dimensión popular de los saberes. El recorrido de la tetraciclina se opera del “conocimiento ilustrado” a “las creencias locales”, según el título del artículo de Mauricio Nieto Olarte. En el mismo, describe los procesos de recolección de los españoles en América en el siglo XVIII, de los conocimientos de las plantas medicinales de los “hierbateros” indios de Perú, y su conversión a la farmacopea universal mediante la nominación y clasificación a la luz de la doctrina médica europea. “La función que tiene la taxonomía como un mecanismo de traducción y apropiación de las prácticas

²⁷³ La colonia o el petróleo por ejemplo, también integran algunos preparados para el *choga*. El uso del petróleo ha sido recogido en numerosos remedios caseros. Según algunos interlocutores, su uso, junto a otros ingredientes como la hoja de limón y el aceite de palmiste, era muy extendido frente al sarampión (*olará* en fang) en los años 70-80 del siglo pasado. Con una parte del preparado se bañaba al niño y la otra era aplicada en lavativa.

²⁷⁴ Prácticas similares han sido observadas en otras latitudes. Odina Sturzenegger por ejemplo, trabajando entre las poblaciones criollas de argentina, recoge el uso de grasa de motor, tinta o fósforos de cerilla en la elaboración de remedios percibidos como tradicionales (1999:279).

²⁷⁵ En referencia a las úlceras de la piel.

²⁷⁶ Véase también Touré, quién recoge diferentes nominaciones locales de la tetraciclina entre diferentes grupos étnicos en Mali. Es llamada *Mousrewil* entre los moros (“la que tiene el pequeño pantalón”, en referencia a la cabeza roja de la cápsula) o *kunbilenni* en bambara (cabeza roja) (Touré, 2005: 280).

locales a una ciencia ilustrada” (Nieto Olarte ,2000:94) funciona aquí en sentido inverso recordándonos que todo saber y objeto adquiere credibilidad y sentido en el contexto local.

vii. Incidencia y sistematización de la respuesta popular

La alta incidencia del cuadro sintomatológico del *choga* es un factor determinante en los saberes, representaciones y prácticas asociadas, ya que ofrece a las madres un material de observación empírico denso. Da pie a una descripción detallada de los elementos invariables de la enfermedad y permite distinguirlo de otros procesos patológicos. Según aquellos que saben, resulta por lo tanto “muy fácil saber cuando el niño tiene *choga*”. La recurrencia de la configuración específica de los síntomas confluye hacia un diagnóstico generalmente unívoco y socialmente compartido.

La alta incidencia de la enfermedad también la sitúa de lleno en el terreno de las afecciones comunes. La enfermedad no destaca por su carácter singular, propicio a las lecturas persecutoras. Alcanza a todos o casi todos, desvinculándola de los mecanismos selectivos de la brujería (Olivier de Sardan, 1994: 40). Desde el punto de vista etiológico, a pesar de las variaciones, permanece un tronco semántico común en torno al carácter “natural” del *choga* y a su localización en el vientre, de la cual derivan las demás manifestaciones sintomatológicas de la enfermedad.

Su definición no apela a estructuras simbólicas densas. Al preguntar “qué es el *choga*”, prevalece una descripción de una configuración determinada de síntomas. Respecto a las causas, el desconocimiento declarado por la mayoría de los entrevistados, y el carácter hipotético de los enunciados de otros, revela la escasa relevancia del origen del mal para la puesta en marcha de mecanismos de respuestas pautadas y normalizadas. No prevalece tanto la búsqueda de sentido, sino más bien la construcción de un saber empírico sobre la enfermedad de cara a controlar e incidir sobre el proceso patológico. La pregunta que guía los itinerarios terapéuticos no es tanto el “de que se trata” sino el “como se trata”.

En la mayor parte de los casos registrados (el 82%) la primera respuesta contemplada por las madres en la primera vivencia vinculada al *choga* ha sido el hospital o los centros de salud. Algunos casos patológicos similares, solventados en el hospital probablemente no sean identificados como *choga* ya que el fracaso de la respuesta terapéutica impulsada desde el mismo participa en muchos casos del primer diagnóstico del *choga*. En todo caso, lejos de cierto conformismo social, la mayor parte de las vivencias asociadas al *choga* ponen de relieve la evolución y sistematización de la respuesta de las madres en base a una experimentación empírica que invalida progresivamente la respuesta biomédica. Frente a la primera constatación de los síntomas, se acude al hospital en búsqueda de la adecuada respuesta terapéutica. Experimentadas sus (supuestas) limitaciones, se generan respuestas extra-

biomédicas. Las siguientes veces, se elude el paso por el hospital. La estabilización de la respuesta terapéutica se fragua en base a mecanismos de ensayo error antes que en una representación a priori de la enfermedad.

viii. Construcción social del éxito y fracaso terapéutico y otras ventajas comparativas

La escasa relevancia del significado del *choga* responde a la sistematización de un dispositivo terapéutico (variable desde el punto de vista medicamentoso, aunque unitario desde el punto de vista de las representaciones,) percibido como eficaz, es decir que no deriva en la muerte o sufrimiento manifiesto del infante, y capaz de solventar por completo el desorden fisiológico observado. Si bien desde la perspectiva antropológica no corresponde valorar las (supuestas) limitaciones de los tratamientos biomédicos y (posible) eficacia de los tratamientos endógenos del *choga*, si cabe recalcar que la percepción de éxito o fracaso son, aunque basados en hechos empíricos, un constructo social.

La persistencia de los síntomas pasados los primeros días de tratamiento biomédico propicia la percepción de ineficacia de los mismos, menoscabando la confianza en la experticia médica. La falta de información en los espacios de consulta acerca de los efectos esperados y tiempo de remisión de los síntomas no son ajenos a la producción de esta lectura. En muchos casos, los facultativos ni siquiera comunican al enfermo y/o acompañantes el diagnóstico establecido, ciñéndose a la entrega de la receta.

La interpretación en términos de ineficacia del tratamiento también es alentada por la supuesta rapidez de acción prestada a los “medicamentos de hospital”. Magdalena abandonó al cabo de 7 días el tratamiento recetado en el hospital. Una amiga de su madre, a la vista de los síntomas le dijo que era *choga*, recomendándole visitar a la tía Mari, “una mujer ndowé [que] vive en los Cocos”. Siguió con “Tía Mari” un tratamiento a base de plantas durante un mes. Magdalena acudía semanalmente a recogerlo, y lo aplicaba varias veces al día a su hijo mediante baños y lavativas según las indicaciones recibidas. Preguntada sobre el tiempo otorgado a cada procedimiento terapéutico, Magdalena explica:

“Porque el medicamento del hospital, no son igual de tradicional. Porque las medicinas del hospital ¿no? Una vez tienes fiebre lo tomas al instante, te cambia, pero la medicina tradicional te entra poco a poquito; te va entrando. No es tanto como medicamento del hospital. Si tú vas al hospital ahora, te ponen el suero, te mejoras al instante, pero nuestros medicamentos tradicionales no son así. Será un tiempo, a medida que estarás tomando, es cuando entra bien.” (Magdalena, Ndowé, 20 años, un hijo)

Tanto la ausencia de pedagogía sanitaria en el espacio de la consulta, que permitiese una mayor comprensión de los efectos fisiológicos esperados (y

adversos) del tratamiento recetado, como la valoración diferencial de los procedimientos terapéuticos determinan las percepciones de éxito o fracaso asociados a cada uno.

Por otra parte, la proximidad de la atención también oferta otras ventajas comparativas. Una vez descartado el recurso biomédico, más de la mitad de los casos son atendidos en el ámbito familiar o vecinal. Esta proporción aumenta en función de la edad y experiencia de la madre. La gestión del *choga* desde el entorno asegura un seguimiento cercano. Facilita, especialmente para las madres menos experimentadas, la resolución inmediata de dudas y preocupaciones relativas a la evolución de la enfermedad y a la desaparición más o menos lenta de los síntomas. Requiere en el hospital un nuevo desgaste de tiempo y dinero (transporte, tiempos de espera y consulta²⁷⁷).

Este último criterio de valoración es puesto de relieve por Rosario. Es una madre experimentada de 45 años. Tiene 10 hijos, seis de ellos y tres nietos viven con ella. Fue su cuñada, “la mujer de [su] hermano mayor” quién le enseñó a tratar el *choga*.

“Ahí me dijo como tú tienes tanta familia, cuando no tienes dinero tu lo puedes hacer, y eso me ha ayudado varias veces, hasta lo he hecho a mis amigas también”. (Rosario, fang, 45 años, 10 hijos)

A diferencia de muchas mujeres, Rosario considera que el *choga* también puede curarse en el hospital y en algunas ocasiones ha recurrido al mismo. Partiendo de la misma interpretación de la enfermedad, activa mecanismos de respuesta diferentes según determinantes contextuales, económicos en algunos casos, pero también ligados a la percepción de gravedad y manifestación de otros síntomas añadidos, que no se integran en el cuadro clínico del *choga*.

b. Perspectivas sobre *choga* desde el sector sanitario

La actitud activa de los individuos y colectivos frente al *choga*, permite generar saberes para su identificación, designación y catalogación; asimismo, da pie a la elaboración de un propio análisis de riesgo que sitúa los servicios sanitarios como una respuesta inapropiada e incluso en ocasiones peligrosa; finalmente, permite la producción de respuestas terapéuticas populares. El caso del *choga* ilustra como la evolución y transformación de los saberes populares están estrechamente ligados a la relación que los agentes sociales mantienen con las instituciones sanitarias. Su constitución resulta de un proceso de negociación y reapropiación selectiva con los saberes médicos que se manifiestan en

²⁷⁷ El cuadro sintomatológico del *choga* se trata en consulta externa, al menos que vaya acompañado de otros síntomas asociados por ejemplo al paludismo o a la deshidratación situaciones frecuentes y que suelen requerir el ingreso del niño.

consonancias y disonancias con los discursos sanitarios sobre el *choga* que analizamos a continuación.

De cara a entender mejor los desencuentros con las instancias sanitarias en torno a este proceso patológico infantil, se entrevistó a diferentes profesionales del sector salud. Desde este ámbito, también se generan diferentes perspectivas sobre el *choga*. Si bien tienden a distanciarse y enfrentarse con los discursos populares, muestran entre sí escasa homogeneidad. Médicos guineanos y expatriados, asistentes técnicos sanitarios (ATS), enfermeras y auxiliares de enfermería desarrollan discursos diferentes de acuerdo, no solo con los saberes de cada cual, sino también en consonancia con el estatus social que estos les otorga, y que condiciona los procesos de identificación/diferenciación con el enfermo y su entorno.

i. La perspectivas del personal sanitario expatriado o la irrelevancia de las representaciones populares

No se ha registrado, (con una salvedad que detallaremos más adelante,) ningún sanitario expatriado que conociese el término y significados asociados al *choga*. Religiosas españolas y médicos cubanos, principales actores expatriados involucrados en la asistencia directa a los pacientes, comparten el mismo desconocimiento, independientemente de su recorrido en el país²⁷⁸. Una religiosa española, enfermera, destinada al centro de salud de M^a Gay, en Guinea desde 18 años, comenta al respecto:

“No sé nada de esa enfermedad, pero sí que es verdad que siempre vienen hablando de brujería. Eso aquí todavía pesa mucho” (Religiosa española, enfermera en el centro de Salud de M^a Gay en Bata).

El discurso de la religiosa revela la percepción distorsionada de las categorías nosológicas y etiológicas locales, destacando la preeminencia exclusiva de su carácter sobrenatural. Asimismo, pone de manifiesto las modalidades de comunicación excluyentes que rigen el encuentro con el paciente. La interacción se ciñe por parte de los facultativos a la selección de los elementos discursivos de los pacientes “pertinentes”, esto es, relativos a los síntomas. Se eluden las informaciones que no se ajustan a los parámetros establecidos para elaborar el diagnóstico. Cualquier elemento fuera de estos cauces, no es considerado relevante, y por lo tanto no se registra. El personal sanitario expatriado, religioso o no, desconoce, con raras excepciones, los saberes, prácticas y representaciones locales, ligadas a la enfermedad. La premisa de

²⁷⁸ Se entrevistó a dos médicos cubanos y 5 religiosas españolas. Los primeros no suelen pasar más de dos años en el país. Algunas religiosas españolas sin embargo llevan más de 20 años en Guinea Ecuatorial.

partida asume que son erróneos e infundados, y que su consideración no es por lo tanto necesaria para el desempeño de su labor.

Una enfermera española, laica, trabajando en el hospital privado La Paz de Bata que además mantenía el afán de realizar un “estudio antropológico acerca de la percepción fang de la enfermedad”, expresa con crudeza, una perspectiva aún influyente entre sanitarios expatriados. Aseguraba que las prácticas y representaciones de los fang sobre la enfermedad estaban “ancladas en el neolítico”....

ii. La perspectiva de los médicos guineanos: la inoperancia del *choga* como diagnóstico

Se entrevistó a tres jóvenes médicos guineanos en el servicio de pediatría del Hospital General de Bata. Ellos sí conocen el término y concuerdan en el uso frecuente que del mismo hacen las madres en el marco de la consulta.

“La gente dice eso de choga choga. Yo no sé lo que es eso. Yo no puedo decir choga porque no sé lo que es. La ciencia no conoce eso de choga. A veces esas diarreas pueden ser provocadas por los pañales; también se puede tratar de diarreas micóticas. Hay que hacer un análisis perianal [...]. Micostatin previene eso. Para tratarlo puedes utilizar micostatin, en jarabe, por vía oral y en pomada.” (Médico 1, pediatra en el Hospital General de Bata)

“Cuando hablan de choga, la gente habla con mucha ignorancia. Podría ser una diarrea micótica. Una diarrea puede ser vírica, o infecciosa o parasitaria... Los curanderos actúan cortando la diarrea en un día o dos. No actúan en las causas.” (Médico 2 pediatra en el Hospital General de Bata)

“EL problema del choga es que se van a las curanderías. Lo que llaman choga puede ser muchas cosas. Lo que pasa es que ellos no saben. Una infección intestinal por ejemplo. Cuando no hay diarrea, se puede tratar con micostatine. Cuando hay diarrea lo primero es antibiótico para cortar la diarrea. En las curanderías lo tratan con lavativa, lavativa, y cuando hay diarrea solo puede empeorar la situación”. (Médico 3, pediatra en el Hospital General de Bata)

El discurso de los tres médicos alude sistemáticamente a la valoración, negativa, de los comportamientos de la población frente a la enfermedad; comportamientos que por otra parte asocian estrechamente a las “curanderías” y “curanderos” lo que denota el desconocimiento de las prácticas domésticas puestas en marcha frente al *choga*, y el carácter biomédico de los principales agentes activos utilizados (y riesgos asociados). Subyace el anhelo frustrado de incidir plenamente en las decisiones e

itinerarios de los pacientes, quienes rehúsan, especialmente en el caso del *choga*, el gobierno sanitario de los cuerpos.

Otro aspecto en el que inciden los tres testimonios, son las múltiples acepciones que podría tener el *choga* desde el punto de vista clínico, lo que supondría su inoperancia en términos diagnósticos. Erigiendo los síntomas diarreicos como la principal caracterización del *choga*, su “traducción” al lenguaje biomédico reviste un amplio espectro de patologías (infección intestinal, diarreas micóticas de carácter viral, infeccioso o parasitario), que contrastan con la precisión del cuadro popular. En definitiva, los tres entrevistados destacan la inoperancia del *choga* en términos clínicos, y si bien lo escuchan con frecuencia en boca de sus pacientes (a diferencia de los sanitarios expatriados quienes probablemente no lo oigan,) se resisten a utilizarlo. Se muestran más bien irritados por su uso que consideran inapropiado. La cuestión subyacente es la siguiente: ¿quién es legítimo para nombrar la enfermedad? Se espera del paciente que proceda a una descripción de los síntomas, y del terapeuta, que opere la interpretación de los mismos reagrupándolos en una entidad nosológica determinada. La nominación (popular en este caso) del padecimiento por parte del paciente (o su madre en referencia al *choga*) usurpa el rol del terapeuta. La competencia de la nominación, la responsabilidad del diagnóstico es un atributo del terapeuta. El diagnóstico y tratamiento del *choga* desde los saberes populares pone en tela de juicio la función social del médico. La retórica basada en la ignorancia de las madres, recurrente en los tres testimonios pretende desacreditar su capacidad para identificar, designar y catalogar una patología, y mantener el médico en su estatus social.

iii. El *choga* como diagnóstico: la perspectiva de los asistentes técnicos sanitarios (ATS)

Los ATS ocupan un lugar especialmente relevante en el sistema sanitario del país. Formados a finales de los ochenta y principio de los noventa por la cooperación española, aseguran la dirección y atención al paciente en los centros de salud del país, mientras que los médicos son asignados a los hospitales. Se registran las mismas recurrencias en torno a la ignorancia de las madres en los discursos de los ATS. Introducen no obstante dimensiones inexistentes en la perspectiva de los médicos. Destacan en primer lugar una reflexión mucho más aguda acerca de las prácticas terapéuticas populares actuales, y de las lógicas que presiden a su implementación:

“Hoy día, un recién nacido de unos días le ponen lavativa...dicen que ya tienen choga. Que choga es candidiasis intestinal. Muchas veces cuando hago la consulta de pediatría muchas veces me enfado. Sobre todo con las mujeres que ya tienen edad como yo. Porque tradicionalmente un niño pequeñito no se le puede poner una lavativa. ¿Qué es lo que le hacen? [...] El niño recién nacido puede defecar 14 veces al día que no es una

diarrea. Cuando ven que el niño defeca así, y que la caca tiene que ir cambiándose, día a día, cuando ven eso: ¡Enfermedad! ¡Venga! Empiezan a darle lavativa. Lavativas que lo pones a un a mayor, este mayor sufre. Cuanto más un niño pequeñito. Te lo traen en el hospital, ya con un vientre así, con una diarrea que no veas. Al fin y al cabo, el niño acaba muriéndose. ¿Por qué? Porque están acaparando...ni tocan la tradición, ni miran la ciencia, ni miran nada. Esto es estupidez. Esto es lo que pasa ahora”. (ATS 1 en un centro de salud de Bata)

La correspondencia del *choga* con la candidiasis ha sido recogida en varias ocasiones entre los ATS. Asimismo, las causas identificadas como productos exógenos son aquí aún más explícitas que en los discursos populares:

“Es candidiasis. ¡Aquí fíjate! Aquí ponen a los niños pañales con polvo. El polvo es irritante. Polvo con pis, el niño termina de...hmhmh. Cuando lo ven ya dicen que la enfermedad llega. Encuentro que hay mucha ignorancia”. (ATS 2 en un centro de salud de Bata).

“No sé si el guineano o el africano, siempre quiere adoptar más lo moderno, sin considerar cuales son los por y los contras. A parte de que la misma enfermedad existe. De poner esos pañales de un solo uso, no miran que tienen un límite y que hay que cambiarlo. A veces tú ves a un niño que se lo han puesto desde la mañana, puede llegar hasta la tarde. Si no ha hecho cacá no se lo cambian. Si hace pis, va a hacer pis, y se olvidan que eso es un plástico. Todo ese calor no tiene como salir, y va a calentar el cuerpo del niño. Y derivará en otros problemas de salud que quizás el niño no podría haber tenido. Porque el pañal tradicional nuestro, el de tela, el niño transpira [...] no producía ese calor. Entonces yo creo que también es por... Por eso se produce tanto” (ATS 3 en un centro de salud de Bata)

Las causas del *choga* (el uso inapropiado de los pañales y de los polvos de talco en el cuidado de los niños) son claramente delimitadas. La percepción de una etiología específica ligada al *choga* conlleva su validez y utilización como categoría nosológica operativa. Es una postura radicalmente opuesta a la anterior. De las múltiples traducciones contempladas por los médicos, el *choga* adquiere aquí un sentido unívoco. Se establece una correspondencia estable entre significante y significado. Dos de las tres ATS entrevistadas realizan una traducción sistemática y directa entre las categorías populares (*choga*) y biomédicas (candidiasis) de designación de la enfermedad. Algunos de sus pacientes confirman que a diferencia de los médicos emplean el término en el marco de la consulta. La confirmación de la nomenclatura

popular otorga al paciente la garantía de una buena comprensión de la enfermedad y confiere mayor legitimidad al tratamiento recetado²⁷⁹.

La percepción del *choga* desde el punto de vista de los médicos y ATS responde a itinerarios formativos y profesionales distintos. Los ATS han sido formados por la cooperación española entre finales de los ochenta y principio de los noventa con el afán de que puedan, más allá de la asistencia médica, llevar a cabo la gestión de un centro, procedimientos diagnósticos comunes y recetar en consonancia. Tras la salida de los médicos españoles en 1994, han sido los principales actores de la atención sanitaria en el país desempeñando las funciones del médico, pero sin gozar de las ventajas salariales y del estatus asociado. Trabajan en la actualidad en los centros de salud, mientras los médicos están destinados a los hospitales. Estos últimos tienen un recorrido radicalmente diferente. La primera promoción de médicos guineanos licenciados en la universidad nacional del país es de 2006. Son por lo tanto relativamente jóvenes y poco experimentados. Asimismo, el último año de carrera se realiza en Cuba propiciando su descontextualización al regresar a Guinea. Si desde el punto de vista formativo los médicos reivindican la especificidad y profundidad de su saber biomédico, los ATS apelan a su experiencia y mayor adecuación de sus conocimientos al contexto guineano.

iv. Enfermeras y auxiliares de enfermería

La lectura heterogénea del *choga* también queda reflejada en la postura de algunas enfermeras y auxiliares de enfermería del Hospital General de Bata. Según los testimonios recogidos, comparten la perspectiva popular sobre la enfermedad.

“Según nuestra ciencia del hospital....casi no sé. Porque yo veo que actualmente todos los niños nacen con el choga. Es una infección intestinal [...]. Se producen por las infecciones de las madres, se producen....o sea no se de verdad”. (Enfermera 1, Hospital General de Bata)

“El hospital calma pero no termina allí. Allí es calmante. De no ser que el choga va acompañado de la diarrea, casi no pasaría por el hospital. Porque suele haber de que el choga empiezas con la diarrea, y sabes que la diarrea es [...] alto riesgo. Porque es muy fácil matar. Y así se lleva a niños antes al hospital a recuperar fuerza, rehidratación y todo eso. Pero nunca acaba allí. Se va a reducir un poco con los antibióticos y esos antibióticos no

²⁷⁹ Sería ciertamente interesante observar el grado de observancia del tratamiento en función de quien lo recetase, y del conocimiento y empleo, o no, de la nominación popular.

son potentes para el choga". (Enfermera 2, servicio de pediatría del Hospital General de Bata).

Algunas enfermeras del hospital, al igual que muchas madres, reconocen desconocer las causas del *choga*. En el primer testimonio, si bien es catalogado como una "infección intestinal", no resulta suficiente como explicación etiológica. Otras enfermeras aluden también a los pañales y polvos de talco. En todo caso, prevalece la convicción de la insuficiencia de la respuesta biomédica: "calma, pero no cura". Numerosas madres relatan como frente a la persistencia de los síntomas, han sido las propias enfermeras quienes han postulado la hipótesis del *choga*, sugiriendo la necesidad de "ir a ver en fang".

v. La dimensión social de las perspectivas del sector salud

Se aprecia una graduación de las posturas en el propio cuerpo sanitario en función de la mayor o menor identificación con las personas ajenas al sector biomédico y en correspondencia con el estatus social asociado a cada escalón de la jerarquía profesional. Una graduación que abarca tanto la negación de la realidad social y nosológica del *choga*, como las consonancias con las representaciones populares sobre la enfermedad. En un extremo se sitúan los sanitarios expatriados para los que las representaciones populares son irrelevantes, y los médicos guineanos para los que estas sedimentan las resistencias a la implantación y desarrollo de la biomedicina. En el otro, la perspectiva de las enfermeras y auxiliares de enfermería se mimetiza en gran medida con las representaciones populares de la enfermedad. A medio camino, los ATS, si bien reprochan las deficiencias de las madres en el cuidado de sus hijos, convalidan al mismo tiempo la operatividad en términos diagnósticos del *choga*.

El acto diagnóstico no solo conlleva la identificación de una patología. Participa de los mecanismos de diferenciación en el seno de un mismo cuerpo profesional (Jaffré et Olivier de Sardan, 1995: 780). Las diferentes posturas no solo se arraigan en un conocimiento corporativo diferente de la enfermedad ligada a un recorrido formativo de unos y otros. En el campo de la salud, los saberes son movilizados de forma estratégica, para generar, alimentar y reproducir relaciones de poder. Bajo cada perspectiva, subyace la posición social que otorga este saber, y la afirmación de una relación determinada con la población y el resto del cuerpo sanitario. El enunciado de la enfermedad recuerdan Jaffré y Olivier de Sardan, que de acuerdo con el ideal biomédico implica la existencia exclusiva de la perspectiva biológica de la enfermedad (*disease*), en detrimento de la realidad social (*sickness*) o individual (*illness*), adquiere inmediatamente una dimensión social, dependiendo de quién lo

formule, incluso desde el propio sector sanitario (Jaffré y Olivier de Sardan; 1995: 780; 781)²⁸⁰.

Paradójicamente, las representaciones populares presentan aparentemente mayor estabilidad que los discursos generados en el sector sanitario. La incapacidad de construir un discurso unitario y estable sobre el *choga* traduce la fragilidad material y organizativa del sistema sanitario guineano. Un sistema cuyas prioridades son además marcadas desde fuera, desde la nebulosa desarrollista, y que tienden a privilegiar problemas globales de salud (paludismo, VIH/Sida, tuberculosis etc.) en detrimento de las formulaciones y manifestaciones locales de la enfermedad. Las voces emitidas desde el sector salud no restringen sino que alimentan la polisemia del *choga*. También participan de la desorientación de los agentes sociales y de la incertidumbre en torno a la respuesta biomédica. Las dudas emitidas por algunos entrevistados así lo manifiestan:

“No decimos que el hospital no se cura o no. Solo queremos saber si el hospital se cura eso o no. Porque eso tenemos dudas. Gente que dice que eso se cura solamente en fang. Queremos saber si lo cura el hospital o no” (Clara, 31 años, fang, 3 hijos)

“Pero... ¿Se puede tratar en el hospital? Usted también nos puede aconsejar” (Cecilia, fang, 32 años, 4 hijos).

c. ¿Posibles consonancias?

Queda por relatar el discurso excepcional de un médico español, con un recorrido profesional no menos excepcional en Guinea Ecuatorial. R.S.E. es uno de los médicos emblemáticos de la intervención sanitaria de la cooperación española durante los años ochenta. Ha trabajado en el país durante casi treinta años. Llegó a principios de los ochenta, y ha sido uno de los principales impulsores de la Estrategia Nacional de Atención Primaria de Salud. Habla además el fang con fluidez, lengua mayoritaria en la zona de estudio. Este hecho es especialmente relevante, no solo por la escasez de expatriados que lo hablan, sino para el propósito desarrollado aquí.

Acudí a R.S.E. tras haber discurrido entre las diferentes voces, profesionales y populares del *choga*. Según relató, fue él quien “descubrió” el *choga* en Mongomo a mediados de los ochenta. Llegó incluso a ser conocido por la población en aquella zona como “el médico que curaba el *choga*” (hecho que pudimos comprobar con otros interlocutores). Según sus observaciones, se trataría de “candidiasis oral”, “con diarrea crónica y pérdida de peso,

²⁸⁰ Los autores recogen aquí las tres dimensiones de la enfermedad acuñadas por Kleinman (1978).

propiciada por una situación de deficiencia inmunológica en la que suben los hongos”. El tratamiento que solía aplicar, era nistatina²⁸¹.

R.S.E. es el origen probable de ciertos elementos que componen los discursos sanitarios actuales en torno a la etiología del *choga*; especialmente de aquellos generados por los ATS, quienes, formados por la cooperación sanitaria española, lo asocian sin dudar a la candidiasis digestiva. Su “hallazgo” radica en la atención especial prestada a la formulación social de una enfermedad, tarea para la cual el uso de la lengua vernácula era imprescindible. Esta disposición epistemológica, poco frecuente entre médicos en general y expatriados en particular, participó indudablemente de la legitimidad terapéutica y reconocimiento popular alcanzado por el médico español. Pero R.S.E. no “descubrió” el *choga*. Si bien estableció algunas pautas que facilitasen su aprehensión desde el sector biomédico, quienes lo descubrieron fueron aquellos que en base a la observación de la aparición de determinados síntomas, elaboraron una descripción clínica que denominaron *choga*.

La deserción sistemática de los servicios sanitarios institucionales frente a cuadros clínicos tan específicos como el *choga* y completamente desvinculados desde las perspectivas populares de cualquier manifestación sobrenatural, invita necesariamente a cuestionarse sobre los motivos y modalidades del desencuentro entre la población y el cuerpo sanitario. Las disonancias no radican tanto en interpretaciones etiológicamente incompatibles. La lectura popular del *choga* no moviliza para su explicación la alteración del orden social y/o acciones perpetradas por entidades ocultas, que por esencia invalidarían la respuesta biomédica. En muchos casos, ni tan siquiera existe un discurso etiológico popular. El argumento cultural, alzado con frecuencia para dar cuenta de los comportamientos frente a la enfermedad y especialmente de las resistencias, celos o incumplimiento de la población respecto a las directrices de las instancias sanitarias, es sino erróneo, al menos insuficiente.

Frente a la supuesta ignorancia de la población argüida por los terapeutas biomédicos, las madres alegan el carácter no concluyente de las soluciones proporcionadas por las instancias sanitarias. Permanece un descrédito mutuo sobre los respectivos mecanismos de respuesta que impide un consenso sobre la eficacia de los tratamientos.

²⁸¹ Tras la lectura del borrador del presente artículo, el médico español recalca que el uso frecuente desde las instancias sanitarias de antibióticos para el tratamiento de la diarrea no está exento de posibles efectos adversos. La administración oral de antibióticos elimina la flora intestinal, favoreciendo la aparición de hongos y una posible candidiasis digestiva. Según sus observaciones, el *choga* aparecería muchas veces tras el tratamiento con antibióticos orales. Esta lectura alumbra desde otra perspectiva la aprehensión popular de las instancias sanitarias como un factor de riesgo en relación con el *choga*. En relación con los tratamientos populares, R.S.E. indica que el uso de la tetraciclina por vía oral debería por los mismos motivos empeorar la infección. No obstante, la aplicación en lavativa, si bien no debería afectar la flora intestinal, no tendría a su juicio, ningún efecto sobre el *choga*.

La idoneidad del itinerario y elección de los recursos terapéuticos que constituyen en el caso del *choga* el principal punto de discordancia, responde por parte de las madres, a un proceso empírico de experimentación que no se puede leer exclusivamente en términos culturales. Lejos de una entrega pasiva de los cuerpos, los individuos y colectivos, acostumbrados a lidiar con los disfuncionamientos cotidianos de un sector salud especialmente precario, elaboran saberes y estrategias que no deshabilitan del todo los recursos institucionales, pero sí propician su uso contextual y selectivo. La producción de respuestas terapéuticas endógenas, generalmente domésticas, que responden a las expectativas de eficacia, resulta más abordable desde el punto de vista económico, y más práctico desde el punto de vista del seguimiento. Propicia la intervención y participación del entorno cercano del niño. Permite asimismo paliar las dificultades de acceso a las estructuras de salud, (en términos económicos, de tiempo y distancia,) y las interacciones someras y abruptas del espacio de consulta que desatienden las expresiones locales de la enfermedad y excluyen dinámicas didácticas respecto al diagnóstico y tratamiento.

Como señalan Jaffré y Olivier de Sardan, la existencia social de la enfermedad, es decir las modalidades bajo las cuales es vivida, percibida, y nombrada por los individuos y colectivos, permanece ausente de los programas de educación para la salud (Jaffré et Olivier de Sardan: 774). También de los espacios de consulta. R.S.E. por su parte, atento a las formulaciones locales, ha reforzado su legitimidad y poder terapéutico.

CONCLUSIÓN:

Problemas estructurales e iniciativas populares

Aún permanece vivaz la idea según la cual habría una inclinación “natural” del africano hacia las terapéuticas señaladas como tradicionales. En Guinea Ecuatorial, esta percepción es vehiculada con normalidad y sin complejos por sanitarios locales e internacionales, responsables políticos e instancias internacionales de primer orden. Queda con frecuencia reflejada, como en el siguiente informe de la ONU, en los documentos generados desde la nebulosa desarrollista:

“De acuerdo a estimaciones del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, el 80% de la población [guineana] acude primero a los Médicos Tradicionales o a los “Espiritistas” antes de visitar los servicios de salud del Estado”²⁸².

Las instancias biomédicas, humanitarias y de cooperación, disponen de una capacidad extraordinaria para asentar enunciados incuestionables. Disponen de un arsenal institucional amplio y eficaz para producir “verdades”. No obstante, la argumentación que sentencia la primacía de las alternativas extra-biomédicas en los itinerarios de la mayoría de los guineanos no se resiste al estudio etnográfico. Heredada de las estructuras del pensamiento colonial, no se corresponde con la experiencia cotidiana de los individuos en búsqueda de atención.

También sigue muy extendida la idea según la cual la interpretación brujeril prevalecería con frecuencia en los esquemas etiológicos de la población. Algunos abordajes antropológicos han participado de manera más o menos implícita en esta percepción. La dimensión sobrenatural ha alcanzado una destacada rentabilidad simbólica en el campo de las ciencias sociales. En realidad, la explicación brujeril o persecutoria no se ajusta a las preocupaciones cotidianas vinculadas a la enfermedad, ni condiciona los principales dispositivos de respuesta implementados por los agentes sociales en el contexto estudiado. El “paludismo”, la “diarrea”, la “anemia” la “tifoidea”, “fiebres”, la “tos”, los “gusanos”, el “dolor de cabeza”, son algunos de los padecimientos señalados por los entrevistados como los más frecuentes en sus respectivos hogares. El consenso en torno a la prevalencia de la etiología invisible en Guinea Ecuatorial, atestigua del arraigo y difusión de formulaciones simplista y esencialistas. Traduce el abismo que separa los impulsores y gestores del sistema sanitario de los agentes sociales.

²⁸² ONU, 2011.

La construcción social del reproche, del enjuiciamiento moral desde los promotores y agentes de salud en torno a la ignorancia, el oscurantismo bruñeril y/o el escaso sentido de responsabilidad de la población respecto a la gestión de la enfermedad, no solo surge del sentimiento de frustración e impotencia compartido por numerosos sanitarios. La culturalización de los problemas nacionales de morbilidad y mortalidad integra un enunciado político que tiende a desactivar las responsabilidades políticas de los poderes públicos²⁸³ y que elude cuestionar la vocación, el diseño y los logros alcanzados por los programas de cooperación. Cabe lamentar por ejemplo, que en 30 años de cooperación española ininterrumpida, se hayan desarrollado escasísimas auditorías y evaluaciones de cara a trascender un enfoque asistencialista, y asentar las bases de una cultura del resultado. El paradigma humanitario dota indefectiblemente la intervención y el planteamiento ideológico que la sustenta, de un carácter incuestionable.

Tras la ideología del progreso, se reproduce un esquema que sitúa a los gestores del sector salud y de la ayuda como detentores de saberes universales, benefactores indiscutibles, y a las poblaciones locales como víctimas necesitadas e incultas. Son representadas como si no detuviesen saberes válidos para la gestión de la salud y la enfermedad, ni la capacidad de producirlos mediante la experiencia y la observación. La persistencia de los altos índices de mortalidad infantil sería imputable en gran medida a la población, por su ignorancia, y su caso omiso a las recomendaciones que emanan de las políticas sanitarias. El escenario político es poco propicio para admitir y asumir fracasos. El enfoque desarrollado detiene su mirada en los beneficiarios al mismo tiempo que exonera los interventores. Alude con suma facilidad a la cultura de la superstición, ubicando la responsabilidad del lado de los enfermos, sin cuestionar el acceso y la calidad de las estructuras existentes.

Durante la última década, el Estado guineano se ha distinguido de los demás países de la zona, por los abundantes recursos financieros de los que dispone en virtud de la explotación petrolífera, y por el volumen de los fondos movilizados para el sector salud. El problema de las inversiones y políticas de salud, radica en su débil capacidad para modificar de forma notable la morbilidad y la mortalidad general. Más allá de la más que probable falta de correspondencia entre los fondos asignados y los fondos desembolsados, cabe preguntarse si el objetivo perseguido, debería ser la tenencia de los hospitales privados más modernos y mejor equipados de la región, o mayor justicia social y la reducción de las desigualdades en cuanto a la vulnerabilidad frente a la

²⁸³ Véase por ejemplo la entrevista del jefe del Estado en el programa *Hard Talk* de la BBC en diciembre de 2012 en la que asegura que la situación en la que vive parte de la población guineana no responde a un contexto de pobreza, sino a la voluntad de ciertos sectores de vivir “al estilo tradicional” (Obiang, 2012).

En una entrevista más reciente (2014), el mandatario señala en la televisión RT que “el esfuerzo que está haciendo el gobierno, tropieza mucho con la falta de cultura del pueblo” (Obiang, 2014).

enfermedad. La inversión en salud constituye uno de los principales recursos simbólicos para promover una estética del desarrollo, una herramienta para la escenificación del poder como para su humanización. El culto del progreso y las infraestructuras privadas que lo representan, participan de lo que Mbembé denomina el mundo de significados construidos por el Estado para reiterar su poder (Mbembé, 1995: 77), pero no acaba de materializarse en avances notables en términos de accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios.

Bien es verdad que han emergido nuevas tendencias humanitarias en Guinea Ecuatorial a lo largo de la última década. Se advierten desde los sectores de la ayuda, esfuerzos por pasar de una acción y un vocablo esencialmente asistencialistas, a un enunciado más técnico y a una ayuda que contemple el refuerzo de las estructuras sanitarias nacionales. Si bien constituyen un progresivo desplazamiento de la problemática sanitaria hacia las instituciones, cabe lamentar el profundo desconocimiento y desinterés por las prácticas cotidianas de los agentes sociales. Se confirma un enfoque vertical del sector salud en el que la toma de decisiones se ejerce desde arriba, y a menudo a distancia, desde las instancias internacionales, que prescinde de los conocimientos sobre las prácticas y representaciones de los agentes sociales²⁸⁴.

A falta de interés por los mecanismos de gestión de la enfermedad implementados por los colectivos sociales, se genera una perspectiva simplista y estereotipada de las alternativas existentes, sin contemplar la diversidad de recursos conocidos y normalizados por la población, ni las estrategias elaboradas por los agentes sociales a partir de los mismos. La implementación de las estrategias de salud pública debería tomar en consideración la variedad de alternativas reales utilizadas por los agentes sociales y las modalidades en las que se integran en los itinerarios terapéuticos. Debería partir de lo que hay, y no tanto de las representaciones que se tiene de ello.

La economía de una perspectiva más comprensiva respecto a las lógicas que rigen los comportamientos de los agentes sociales, parece aún más problemática en un contexto en el que a diferencia del occidente, los mecanismos de imposición de la ortodoxia biomédica brillan por su ausencia.

²⁸⁴ Una coordinadora de la ONG sanitaria española más importante en Guinea Ecuatorial, descubría por casualidad tras dos años de misión en el país que la gran mayoría de los guineanos estaban circuncidados. En este mismo orden de ideas, una ATS del hospital, mostraba su indignación frente a uno de los médicos perteneciente a la brigada cubana. Consultado respecto al caso de un niño de 11 años con infección urinaria, preguntaba si tenía el prepucio infectado. La mayor parte de los niños guineanos de esa edad, ya no tienen prepucio. La falta de conocimiento e interés respecto a las especificidades locales es sistémica entre los interventores extranjeros. Se presta a los saberes biomédicos una universalidad que los habilitaría a ser operativos en cualquier lugar, sin una comprensión profunda del contexto de intervención, y que eximiría a los profesionales, de una transformación de su práctica. El desconocimiento más absoluto por parte del personal sanitario expatriado respecto a un padecimiento tan extendido como el *choga*, es una buena muestra de ello.

A falta de voluntad política, los dispositivos de control y supervisión de la biomedicina son escasos y deficientes. En el sector sanitario público, las carencias técnicas, materiales e incluso morales en algunos casos, son un secreto a voces. Las posibilidades de ejercer en el ámbito privado, dependen con frecuencia de lógicas clientelistas, y no tanto de la valoración de elementos cualitativos objetivables (cualificaciones de los practicantes, equipamiento, normas de calidad, higiene etc.). Tampoco hay mecanismos orientados al control, la vigilancia, o la represión del mercado informal del medicamento.

En este contexto, se han desarrollado “heterodoxias” biomédicas, es decir servicios generalmente asociados a la medicina moderna por la población, pero que no gozan de la legitimidad conferida por el reconocimiento de los poderes públicos. Los puntos de venta de medicamentos en los mercados y las farmacias informales, ocupan un papel de primer orden en las estrategias de gestión de la enfermedad de la mayor parte de la población. Otras alternativas menos visibles, como la misma venta paralela de fármacos por el personal del Hospital General, o algunos enfermeros jubilados que prodigan a domicilio consejos, proceden a la prescripción e incluso a la venta de fármacos, también integran las prácticas en busca de cuidados y atención. De todos modos, los numerosos proveedores de medicamentos y consultorios chinos a pie de calle recuerdan que a efectos prácticos, y a falta de mecanismos de control eficientes, la legalidad administrativa no solo resulta invisible para el consumidor. Tampoco supone necesariamente, diferencias notables en términos cualitativos²⁸⁵.

La amplitud de la oferta no está exenta de peligro. La falta de cualificación profesional y el afán de lucro de ciertos proveedores exponen al paciente a situaciones de riesgo que se traducen con frecuencia en la agravación de los síntomas y la llegada tardía a los servicios regulares. El consumo de medicamentos sin el respaldo de un profesional del sector salud también puede resultar problemático. El contacto con las instancias sanitarias y la experimentación han promovido la gestación de saberes y prácticas específicas relativas a los fármacos industriales. No obstante, se distancian con frecuencia de las modalidades de uso preconizadas desde el sector salud. Asimismo, los problemas de observancia y posología, son propensos al desarrollo de resistencias.

La relevancia de estas “heterodoxias” biomédicas en los itinerarios terapéuticos no hace sino reiterar el calado ideológico de la medicina moderna,

²⁸⁵ La biomedicina no es unitaria ni homogénea. Su práctica no es una idea abstracta, desconectada del contexto en el que se ejerce. Los dispositivos materiales, humanos y procedimientos movilizados en un dispensario chino, en el Hospital General, en un centro de salud confesional o en el hospital privado La Paz, si bien comparten el sello biomédico, ilustran realidades y prácticas muy dispares. “Il n’y a pas de médecine moderne, - recuerda Fassin- mais une multitude de pratiques médicales se réfèrent a un corpus commun de connaissances” (Fassin, 1992, 64).

y la superioridad del capital simbólico que moviliza frente a otras alternativas. A contrapié de los enunciados culturalistas, la mayor parte de los mecanismos de gestión de la enfermedad movilizados por los agentes sociales pertenecen al espectro biomédico. El uso del medicamento desvinculado de la supervisión sanitaria ilustra paradójicamente la plena integración de la biomedicina entre las principales modalidades de cuidado y la manifestación de su apropiación y resignificación. Incluso en ocasiones, se ha observado como a falta de las pruebas diagnósticas de laboratorio, la fiabilidad “científica” de la voz del sanitario era puesta en entredicho por algunos pacientes. La biomedicina en Bata, como en otras urbes del África subsahariana, no sufre tanto de un déficit de legitimidad, sino más bien un déficit de acceso y eficacia que condiciona y contextualiza sus modalidades de uso.

Una lectura que vincula de forma exclusiva la llegada tardía a una institución sanitaria o el incumplimiento de la prescripción médica a las resistencias culturales a la medicina moderna, obvia las expectativas frustradas de la población acerca de la biomedicina. Los discursos que achacan a la población su ignorancia y superstición, se emiten como si las dificultades de acceso y la calidad de los servicios no tuviesen repercusiones en la percepción y en el uso de los mismos. Más allá del coste, del abastecimiento problemático de medicamentos y de las carencias materiales (a menudo denunciadas por los sanitarios del sector salud,) otros elementos dificultan el acceso y afectan la calidad del servicio: los largos tiempos de espera, el absentismo frecuente de los funcionarios, el trato abrupto y a menudo autoritario del personal sanitario, la condicionalidad del trato a factores extrasanitarios (conocidos, familiares, vestimenta, etc.) la inflación de la facturación por los funcionarios menos escrupulosos... Todos estos elementos incrementan la desconfianza y distancia social entre los usuarios y los anfitriones. Entorpecen una comunicación a menudo necesaria para la identificación apropiada de la patología por parte del sanitario, y también requerida para asegurar la comprensión de la misma por parte del enfermo y la adecuada observancia del tratamiento. Por otra parte, también se advierten problemas técnicos, como la elusión de la fase exploratoria y la prescripción mecánica de la receta, que si bien no son mencionados como motivo de queja por los usuarios, no dejan de ser preocupantes. Estos elementos constituyen un clima proclive para los descuidos, la desatención y los fallos diagnósticos.

La ausencia de un acompañamiento institucional seguro imposibilita la delegación de la gestión de la enfermedad. Los itinerarios que implican el ingreso del enfermo son especialmente paradigmáticos en este sentido. Requieren la capacidad del entramado familiar para movilizar recursos financieros a diario de cara a sufragar los gastos de estancia y tratamiento. El entorno del enfermo también ha de asegurar la búsqueda de los fármacos recetados en caso de rupturas de stock, la prospección de sangre si fuese necesario, velar por la higiene personal del enfermo, su comodidad, su alimentación etc. Estos vacíos estructurales avivan en cierto modo la independencia respecto a la tutela sanitaria. Las infraestructuras sanitarias

requieren y propician un rol activo de los individuos y colectivos para sortear las dificultades, una actitud activa sujeta al reproche en otros momentos del itinerario terapéutico, en los que también han de buscar, generar o asegurar respuestas terapéuticas por su cuenta.

Se advierte en definitiva, especialmente en el Hospital General, la multiplicación de situaciones que propician sentimientos de inseguridad, desorientación y angustia, que no solo derivan de la enfermedad, sino de las discontinuidades que caracterizan el recorrido en el seno de la institución (tiempos de espera, absentismo del personal sanitario, indisponibilidad de medicamentos etc.). Sentimientos, que más allá de los condicionantes económicos, también participan de la valoración de otras alternativas (incluida la espera). Propician la llegada tardía a las infraestructuras hospitalarias, así como el abandono precoz de las mismas.

Lejos de una entrega pasiva del cuerpo, los individuos y colectivos, acostumbrados a lidiar con los disfuncionamientos cotidianos de un sector sanitario especialmente precario, elaboran saberes y edifican estrategias. En este sentido, no se trata exactamente de un “camino a tientas” como señala Sturzenegger (1994)²⁸⁶. El itinerario no es errático. Subyacen en el mismo, lógicas y recurrencias de las que es preciso dar cuenta.

La población no se mueve en un entorno opaco y desconocido, presa de representaciones ancladas en el pasado, y nosologías inamovibles. Conoce gran parte de los recursos existentes y especialmente las principales instituciones de la red pública de la ciudad (el Hospital General, y al menos un centro de salud). Han acudido a las mismas en más de una ocasión. Muchas madres disponen de un buen conocimiento respecto a las modalidades estipuladas de su utilización, (“según la gravedad” comentan,) y a los procedimientos en vigor en cada uno; generalmente largos y engorrosos, son especialmente inseguros en el Hospital General. En este sentido, los saberes

²⁸⁶ Sturzenegger afirma respecto a la búsqueda de atención entre los criollos del noroeste de Argentina que “no hay en vigor un recorrido continuo, sino una serie de segmentos que se adicionan, que se siguen en el tiempo sin constituir una secuencia encadenada. Si cambiáramos su orden, o si lo invirtiéramos, obtendríamos un itinerario estructuralmente idéntico. Es decir, cada recurso a un nuevo terapeuta no constituye la continuación del recurso que lo antecede, sino que es un volver a empezar, como si nada hubiese sido hecho hasta entonces.” (Sturzenegger, 1994: 53). Esta perspectiva no corresponde a las observaciones realizadas en Bata. Bien es verdad que el itinerario conlleva una dimensión imprevisible, especialmente en recorridos largos y tortuosos. Deriva de lógicas plurales que involucran tanto elementos estructurales como coyunturales (Fassin, 1992:118). No obstante, el presente trabajo ha tratado precisamente de desvelar algunas lógicas y recurrencias inherentes a la ordenación de los recursos en los itinerarios terapéuticos. También se ha comprobado cierta continuidad entre unos y otros. Los antecedentes en el recorrido (como el fracaso hospitalario por ejemplo,) sí tienen relevancia a la hora de seleccionar el recurso siguiente, y pueden incluso desempeñar un papel en cuanto a la reformulación etiológica de la enfermedad.

movilizados por los individuos y colectivos en busca de cuidados no solo están ligados a la gestión directa de la salud y de la enfermedad, sino también a las características de los diferentes proveedores de servicios y procedimientos respectivos. Integran incluso en algunos casos, mecanismos para agilizar y optimizar la atención recibida.

La elección de cada recurso sanitario frente a un episodio mórbido no se forja al azar o desde la ignorancia, sino en base a conocimientos gestados en la propia experiencia del enfermo y de su entorno. El contacto con los dispensadores es remanente respecto a los procesos posteriores. Alimenta saberes, representaciones, sentimientos de confianza, de recelo o temor acerca de los proveedores. Todos ellos regulan las modalidades de uso de las opciones terapéuticas. Las modalidades de medicalización alejados de las recomendaciones sanitarias, los tiempos de espera (a menudo demasiados largos cabría lamentar,) y recursos biomédicos alternativos movilizados antes de acudir a los centros de salud o al hospital, el propio itinerario en el seno de las estructuras, los recorridos informales que se generan en su interior o los abandonos repentinos, constituyen estrategias, mecanismos de gestión de la enfermedad, impulsados por los agentes sociales. En este sentido, los itinerarios de los enfermos delinean lo que Rossi denomina una cultura flexible y dinámica de la enfermedad y de la búsqueda de la salud (Rossi, 2011).

El conjunto de las entrevistas revela un uso contextual de los diferentes recursos. Los consultorios chinos y puntos de venta de medicamentos se erigen a menudo en paliativos puntuales ya sea cuando los centros de salud están cerrados, o recursos de proximidad para evitar desplazamientos largos y horas de espera. Los riesgos derivados de los posibles malentendidos vinculados al idioma, la (falta de) cualificación del personal, o la (sospechosa) rapidez de acción de su terapéutica y su carácter a menudo provisional, son conocidos pero minimizados frente a males generalmente identificados como de escasa gravedad. La valoración equivocada o el tratamiento erróneo conllevan la llegada tardía al hospital donde la mayor parte de las consultas de urgencia son males benignos agravados por un tratamiento inadecuado. Los desenlaces trágicos relacionados, en estos casos difícilmente imputables al hospital, no favorecen sin embargo el prestigio del mismo.

Se advierte una jerarquización de los recursos biomédicos según la capacidad técnica y material que se les otorga, y la percepción de gravedad. En este sentido, los “vendedores de farmacia” o los consultorios chinos no suelen agotar en sí las posibilidades biomédicas. La permanencia o empeoramiento de la situación patológica suele reconducir hacia recursos de mayor reconocimiento desde el punto de vista técnico. No obstante, la percepción de fracaso experimentada en los organismos públicos, o cuando los medios lo permiten, en las estructuras privadas más destacadas, suele conllevar, al menos de forma provisional, un cambio de registro. Se abre entonces paso a las terapéuticas designadas como tradicionales.

Cuanto menor sea la información transmitida al paciente en el marco de la consulta, y peor sea la calidad de la interacción, mayores son las posibilidades de desencuentro y confusión, y más probables son los casos de abandono precoz de las terapias impulsadas por los servicios de salud. La percepción de fracaso en el hospital se erige en ocasiones en un elemento del diagnóstico en sí, y apela a la implementación de un tratamiento “tradicional”. El caso del *choga* recuerda que esta esfera no involucra necesariamente la dimensión sobrenatural, ni tratamientos rituales. Puede incluso ser gestionado en el ámbito doméstico o por una persona del entorno cercano. En otros casos, la persistencia del mal conlleva el recurso al *ngengan*.

La singularidad de los síntomas, la percepción de fracaso de las instancias sanitarias oficiales (clínicas, hospitales, centros de salud) y la persistencia del mal, son los principales elementos que propician el recurso al *ngengan*. Otros males más prosaicos, determinadas dolencias infantiles, o problemas de fertilidad también pueden orientar hacia el *ngengan*, aunque suelen gestionarse a partir de los saberes populares y curanderos de proximidad.

Tanto la vertiente popular como la vertiente especializada de la esfera tradicional están sujetas a cambios y transformaciones permanentes que también confluyen hacia situaciones de riesgo. En el caso de las prácticas llevadas a cabo en el ámbito doméstico, se aprecia, como en el caso del *choga*, una diversificación extrema de las recetas. Traduce, como señala Monteillet la individualización de los saberes conllevando su extracción de los mecanismos de tutela y control comunitarios (2005: 223-4). Por otra parte, las denuncias y contenciosos que rodean a menudo la actividad de los *bingengan*, recuerdan que en contexto urbano, lejos del control y supervisión que ejerce el pueblo sobre la práctica, cualquiera puede erigirse como terapeuta. La inflación ritualista de la que participan los movimientos de influencia cristiana como *Ndendé* y *Mbiri* traducen el desgaste de los saberes ligados a la farmacopea antigua. Los precios astronómicos exigidos en ocasiones, y los conflictos familiares derivados de las acusaciones de brujería en otras, también repercuten en la percepción y credibilidad de los *bingengan* actuales en la sociedad guineana.

En este sentido, el recurso a los mismos no siempre supone la plena adhesión por parte del enfermo y su entorno a la interpretación sobrenatural movilizadas por el terapeuta. Tras haber agotado las principales alternativas ofrecidas por el entorno, se enmarca a menudo, junto a las alternativas cristianas, en la búsqueda desesperada de una solución.

Es preciso relativizar y contextualizar el peso de la aprehensión sobrenatural de la enfermedad. Un análisis que fija determinadas categorías nosológicas como las principales balizas para la comprensión de los comportamientos frente a la enfermedad, corre el riesgo de eludir la flexibilidad de las mismas. Las observaciones realizadas respecto a la multiplicidad interpretativa tanto en la sincronía como en la diacronía, invitan a abordar la cuestión del sentido

de forma más dinámica. El paso de una interpretación a otra de la enfermedad (o incluso la suma de una y otra,) se opera con naturalidad a lo largo de la carrera del enfermo. El análisis de los itinerarios terapéuticos sugiere que el pragmatismo es con frecuencia el motor principal de las decisiones individuales y colectivas respecto a la elección y descarte de una alternativa u otra.

Los recorridos sinuosos de los individuos y colectivos resultarían incomprensibles sin atender a los múltiples agujeros negros, a los vacíos y a las discontinuidades a las que el enfermo se enfrenta en su itinerario por las instancias oficiales. En base a las experiencias y representaciones en torno a los recursos, se generan estrategias de acceso a los bienes y servicios de salud, modalidades de uso generadas por los agentes sociales, que aspiran a reintroducir continuidad allí donde no la hay. Se trata de formas de acción social que no están contempladas por los impulsores nacionales e internacionales de las estrategias sanitarias del país, si no es para revocar su legitimidad y destacar su irracionalidad.

En los programas y actividades de educación para la salud, aún se cultiva la idea según la cual para propiciar un “cambio de mentalidad”, y promover las decisiones “correctas” bastaría con exponer los sujetos a la información adecuada. Se postula la existencia de una lógica universal con capacidad para imponerse por sí misma al enunciarse o repetirse, y la capacidad de los sujetos que disponen de esta información, para extraerse del contexto en el que están inmersos²⁸⁷.

Los centros terapéuticos de carácter público están ligados al “ejercicio del control social (Carapinheiro, 2001:345). Pretenden producir, generar, acompañar y supervisar determinados comportamientos ligados a la gestión

²⁸⁷ El peso de los determinantes del contexto y la necesidad de generar dispositivos de respuesta adaptados al mismo fuera de los cauces estipulados queda incluso patente en los itinerarios de los propios cooperantes expatriados. Si bien el Hospital privado la Paz, absorbe hoy en Bata gran parte de la demanda expatriada, aún siguen en vigor ciertas tendencias observadas antes de su puesta en funcionamiento. El personal expatriado manifiesta generalmente pánico y rechazo a la idea de ser tratado en el Hospital General; moviliza su entorno social en busca de información; el contacto personal con algún médico expatriado en la zona está especialmente valorado; ante la sospecha de paludismo, los más experimentados eluden la consulta adquiriendo los fármacos sin prescripción médica; algunos tratan de eludir los tiempos de espera en los centros confesionales en virtud del estatus que ostentan... Estos mecanismos de gestión de la enfermedad no distan tanto de aquellos puestos en marcha por la población. Otros itinerarios, menos frecuentes pero en ningún caso excepcionales, también integran dispositivos “tradicionales”. Recordemos a tal efecto una alta responsable de la cooperación española que guardaba celosamente con ella una corteza entregada por un *ngengan* para protegerla del paludismo, aquel médico cubano que recogía semanalmente su preparado medicinal en una curandería para sus males estomacales, u otra cooperante española que acudía sin dudarle a un huesero tras un esguince de tobillo.

de la enfermedad. No obstante, las mismas lógicas que dificultan la mejora de la calidad de los servicios prodigados por las instituciones públicas, limitan considerablemente cualquier control que los servicios públicos puedan ejercer sobre la demanda. Por otra parte, el biopoder no solo se manifiesta en su dimensión normativa e impuesta, como un mecanismo de coerción implacable ejercido por los sistemas de salud sobre los individuos. El poder no resulta exclusivamente prohibitivo; también constituye un proceso productivo, con resultados inesperados sobre las personas y las prácticas (David, 2013:181). Los saberes y recursos biomédicos son resignificados y reapropiados según objetivos propios y las posibilidades del momento.

Más allá de una perspectiva que sitúa la biomedicina al exterior, radicalmente separada y diferente a los saberes movilizados en el ámbito popular y tradicional, se advierte por una parte, la integración de objetos, palabras, prácticas, representaciones procedentes de la biomedicina en este ámbito; por otra, la popularización de los saberes y productos biomédicos, especialmente de su terapéutica, recuerda que la medicina moderna no puede desvincularse de quienes la ejercen y la utilizan.

“Los conceptos no son entidades de significación universal” (Platarrueda Vanegas, 2008:189). Adquieren en cada contexto significaciones particulares que trascienden los mensajes emitidos con “intencionalidad” (Menéndez; 2005) desde el sector biomédico. “Diálogos truncados” y “relaciones históricas de comunicación excluyente”²⁸⁸ también participan de la producción de saberes específicos, en los que lógicamente, no se reproducen de forma sistemática, las representaciones y modalidades de uso promovidas por el sector salud. El caso del *choga* muestra que la evolución y transformación de los saberes populares no se pueden desvincular de la relación que los agentes sociales mantienen con las instituciones sanitarias. No se gestan al margen sino en el marco de esta interacción. Saberes, prácticas y representaciones en las que se revela el carácter fluctuante y relacional de los conceptos de tradición y modernidad, y en los que las fronteras entre los referentes movilizados por cada uno, lo nuevo y lo antiguo, lo endógeno y lo exógeno, lo natural y lo químico, tienden cada vez más a difuminarse.

²⁸⁸ Según las expresiones utilizadas por Platarrueda Vanegas en contexto colombiano (2008:189).

BIBLIOGRAFÍA

Alexandre P., y Binet, J.: *Le groupe dit Pahouin : Fang, Boulou, Beti*, L'Harmattan, Paris, 2005.

Audibert M., Mathonnat J., Nzeymana I. & Henry M.C. : « The determinants of health care demand amongst the Senufo of Côte D'Ivoire » en *Health and System Science* 2, 1-2, pp. 111-126, 1998.

Augé, M., y Herzlich, C. (Eds) : *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives contemporaines, 1984.

Augée Angoue, C. : “Situation de la sorcellerie au Gabon, un exemple”, en: Rosny, Eric de (ed.), “*Justice et sorcellerie*”, Cahier de l'Ucac 8-10, 2003- 2005, Yaoundé: Presses de l'UCAC, 2005, pp. 77-82.

Ayecaba Ndong, C.: « Reunión de coordinación en el Ministerio de Sanidad », en Página Oficial del Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial [en línea], 29 de noviembre de 2014. Disponible en https://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/004-biblioteca_harvard_estilo.pdf. [Consultado el 2 de diciembre de 2014].

Balandier: *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. PUF. 1982.

Banco Mundial: Equatorial Guinea Public Expenditure Review (PER) Report No. 51656-GQ, 2010. Disponible en <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/3011/516560ESW0GQ0P00disclosed0120130110.pdf> [Consultado el 15 de enero de 2015]

Barajas, C.: “Hibridación constante: manejo de la enfermedad en una comunidad rural colombiana”, en Obregón, D (ed.), *Culturas científicas y saberes locales*. Bogotá, Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia, pp. 328-355; 2000.

Baxerres, C.: « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », en *Politique africaine*, / (3) N° 123, p. 117-136, 2011. Disponible en <http://www.cairn.info/revue-politique-africaine-2011-3-page-117.htm> [Consultado el 23 de abril de 2015]

Baxerres, C.: « Les usages du médicament au Benin: une consommation sous influence locales et globale » en *Revue Internationale sur le Médicament*, vol 4, (1), 2012.

Bayart, J.-F. : « La revanche des sociétés africaines », en Bayart J.-F., Mbembe A. y Toulabor C. (coord.), *Le Politique par la bas en Afrique noire. Contributions à une problématique de la démocratie*, Paris, Karthala, pp. 95-127, 1992.

Benoist, J. (Ed.): *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*. Karthala, Paris, 1996.

Berche, T. : «À propos d'une ONG de développement sanitaire: l'Église catholique en Afrique et les soins de santé primaires», en *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 3-4, p. 85-103, 1985.

Bibeau, G. : « L'organisation Ngbandi des noms de maladies » en *Anthropologie et Sociétés*, vol. 2, n° 3, pp. 83-116, 1978.

Binet, J. ; Gollnhofer, O., Sillans, R. : « Textes religieux du Bwiti-fan et de ses confréries prophétiques dans leurs cadres rituels » en *Cahiers d'études africaines*, Vol. 12 N°46. pp. 197-253, 1972.

Blanco Moro, A.: *Memorias del Sur: recuerdos africanos de un salubrista*, Seyer, Malaga, 1997.

Bledsoe C.H., y Goubaud M.F.: “The reinterpretation and distribution of western pharmaceuticals: an example from the Mende of Sierra Leone”, en Geest and Whyte (eds), *The context of medicines in developing countries*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; pp. 253- 276, 1988.

Blundo, G., y Olivier de Sardan, J.-P. : “La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest” en *Politique africaine*, 83, octobre, pp. 8-37, 2001.

Boidin, B. : « Aide au développement et santé comme droit humain », en *Revue Éthique et Économique* [En Lína] Vol. 5, N°1, 2007. Disponible en https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3402/2007v5n1_BOIDIN.pdf;jsessionid=D78EAE725DD771B9F448518F45EC5853?sequence=1 [Consultado el 13 de diciembre de 2014]

Boidin, B. y Savina M-D. : “ Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'État: les prestations éducatives et sanitaires au Bénin », en *Tiers-Monde*, tomo 37, n°148, pp. 853-874, 1996. Disponible en http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/tiers_0040-7356_1996_num_37_148_5081 [Consultado el 10 de diciembre de 2014]

Bonhomme, J. : *Masque Chirac et danse de Gaulle. Images rituelles du Blanc au Gabon*, Gradhiva, n°11 (Grands hommes vus d'en bas), p.80-98, 2010.

Bourdarias F., Dozon J.-P. & Obringer F. : *La Médecine Chinoise Au Mali : Les Économies D'un Patrimoine Culturel*, Paris, FMSH, 2014.

- Bruckner, P.: *La tentación de la inocencia*. Barcelona, Anagrama, 1996.
- Brunet-Jailly J., (Ed) : *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales : douze expériences de terrain*, Paris Karthala, ORSTOM, 1993.
- Campos Serrano, A.: "Petróleo y Estado postcolonial: transformaciones de la economía política en Guinea Ecuatorial, 1995-2010. Implicaciones para la coherencia de políticas españolas", *Avances de Investigación* 54, Fundación Carolina, marzo 2011.
- Campos serrano, a.: *Ayuda, mercado y buen gobierno: los lenguajes del desarrollo en a frica en el cambio de milenio*, Icaria, 2005.
- Centro Por Los Derechos Económicos Y Sociales (CDES): "Guinea Ecuatorial: Visualizando los derechos", Ficha informativa núm. 9, 2009.
- Chaccour C.-J., Kaur H., Mabey D., & Del Pozo J.L.: "Travel and fake artesunate : A risky business" en *The Lancet* 2012. Disponible en http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960649-7/fulltext?_eventId=login [Consultado el 3 de abril de 2015]
- Chaponnière, J.-R. :« Un demi-siècle de relations Chine-Afrique » en *Les trajectoires de la Chine-Afrique. Dossier, Afrique contemporaine*, n° 228, pp.35-48, 2008. . Disponible en <http://poldev.revues.org/118> [Consultado el 12 de marzo de 2015]
- Chouala, Y.A. : « Éthique et politique internationale africaine du XXIeme siècle : les normes de civilité à l'épreuve du jeu réaliste des États », en *Politique et Sociétés*, vol. 25, n° 2-3, pp. 183-217, 2006. Disponible en <http://id.erudit.org/revue/ps/2006/v25/n2-3/015933ar.pdf> [Consultado el 13 de noviembre 2014]
- Cinnamon, J.: « Ambivalent Power: anti-Sorcery and Occult Subjugation in Late Colonial Gabon », en *Journal of Colonialism and Colonial History*, Vol. 3, num. 3, 2002.
- Cinnamon, J.: "“Quand Mademoiselle nous a saisis”: pouvoir politique national, sorcellerie et identités locales dans le nord-est du Gabón ». En *Cahiers Gabonais d'anthropologie* n°1, p.19-26, 1997.
- Collin J. : « Observance et fonctions symboliques du médicament », en *Gérontologie et société*, 4, (n° 103) p. 141-159 2002. Disponible en <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-4-page-141.htm> [Consultado el 15 de abril de 2015]

Comelles, J.M.: “Tecnología cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo”, en Perdiguero, E. y Comelles, J. M. (Eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, Barcelona, Bellaterra, 2000.

Creus; J.: “Cuando las almas no pueden ser custodiadas: el fundamento identitario en la colonización española de Guinea Ecuatorial”, en *Hispania Nova, Revista de Historia Contemporánea*, vol. LXVII, núm. 226, mayo-agosto, págs. 517-540, 2007.

David, P.-M. : « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international? », en *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 6, 2011. Disponible en <http://socio-logos.revues.org/2550> [Consultado el 15 de octubre 2012]

David, P.-M.: Le traitement de l'oubli : épreuve de l'incorporation des antirétroviraux et temporalités des traitements du sida en Centrafrique. Tesis Doctoral de la Universidad de Montreal, 2013. Disponible en <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10559;jsessionid=391C87B62755267C64D98E618124D681?show=full> [Consultado el 12 de diciembre de 2014]

Diakité B.D., Diarra T., Traore S. : « Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni » en Brunet-Jailly J., (Ed), *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales : douze expériences de terrain*, Paris Karthala, ORSTOM, pp155-175, 1993.

Diallo, Y. : Pauvreté et maladie, en Jaffré, Y. y Olivier de Sardan, J.-P.(dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp.157-216, Karthala Paris, 2003.

Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, Comisiones, num. 105, del 9/02/1994. Disponible en http://www.congreso.es/public_oficiales/L5/CONG/DS/CO/CO_105.PDF [Consultado el 12 de septiembre de 2014]

Diarra T. : “Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni”, en Brunet-Jailly (éd.), *Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala, pp. 177-19, 1993.

Dorier-Apprill, E. : « Le service public et son double à Brazzaville », en *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Editions de l'ORSTOM, Paris, pp. 271-279, 1989.

Dorier-Apprill E. : « Pour une géographie du pluralisme thérapeutique dans les grandes villes d'Afrique noire » en *Espace, populations, sociétés*, pp. 135-141.1995.

Dozon, J.P. : « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », en *Politique africaine*, n. 28, pp. 9-20, 1987.

Dupré, G. : « Sorcellerie et salariat. Njobi et Mère, deux cultes anti-sorciers (République populaire du Congo) » en *Les temps modernes*, N° 56, Vol. 373/1, pp. 56-103, 1977.

Duriez, D., Mabile, F., et Rousselet, K. (Coord.) : *Les ONG confessionnelles. Religions et action internationale*. L'Harmattan, pp-9-22, 2007.

Eboko, F. : « Institutionaliser l'action publique en Afrique, la lutte contre le sida au Cameroun », en Quantin P. (Coord.) *Gouverner les sociétés africaines: acteurs et institutions*, Karthala, pp. 263-287 2005.

Fainzang S. : « Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention » in : P. Aiach, N. Bon y J.-P. Deschamps (Eds.) *Comportements et santé : questions pour la prévention*, Nancy, Presse Universitaire de Nancy, pp.18-27, 1992.

Fainzang S. : « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », en *Sciences sociales et santé*. Volume 15, n°3, pp. 5-23, 1997.

Fall A. : "L'équité dans l'accès aux soins à Dakar" en Jaffré Y. y Olivier de Sardan J.P.(eds.), *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Projet "Santé urbaine" (UNICEF- Coopération française), 2002.

Fanon, F. : *Sociologie d'une révolution*, Maspero, Paris, 1972 (1959).

Fassin, D. : « Une anthropologie de la santé publique : l'ethnologue sorcier », en *Cahiers d'études africaines*, Vol. 26 N°103, pp. 497-502, 1986.

Fassin, D.: « La santé, un enjeu politique », en *Politique africaine* No 28, pp.2-8, 1987.

Fassin, Didier : *Pouvoir et maladie en Afrique*, PUF, Paris 1992

Fassin, D.: *L'espace politique de la santé : Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996.

Fassin, D. : “Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé” en *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, pp.95-116, 2000.

Fassin, D. : « La cause des victimes » en *Les temps modernes*, Numéro spécial L’humanitaire, 59, 627 :pp. 73-91, 2004.

Fassin, D. : « Le biopolitique n’est pas une politique du vivant », en *Sociologie et sociétés*, vol. 38 n°2, pp. 35-48, 2006.

Fernandez, J.W.: *Bwiti: an Ethnography of the Religious Imagination in Africa*, Princeton University Press, 1982.

Fondo Monetario Internacional (FMI): Republic of equatorial Guinea: Staff Report for the 2008 Article IV Consultation. Country Report, n° 09/102, March 2009. Disponible en <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2009/cr09102.pdf> [Consultado el 18 de octubre de 2014]

Fondo Monetario Internacional (FMI): República de Guinea Ecuatorial. Consulta del artículo IV correspondiente a 2010. Informe del país No.13/83. 2013. Disponible en <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/scr/2010/cr10103s.pdf> [Consultado el 18 de octubre de 2014]

Fondo Monetario Internacional (FMI): República de Guinea Ecuatorial. Consulta del artículo IV correspondiente a 2012. Informe del país No.13/83. 2013. Disponible en <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/scr/2013/cr1383s.pdf> [Consultado el 18 de octubre de 2014]

Fondo mundial de lucha contra el sida la tuberculosis y la malaria (GFTAM): Equatorial Guinea, GNQ-405-G01 Grant Performance Report, HIV/AIDS, 2011. Disponible en file:///C:/Users/Usuario/Downloads/GNQ-405-G01-H_GPR_0_en.pdf [Consultado el 18 de octubre de 2014]

Fondo mundial de lucha contra el sida la tuberculosis y la malaria (GFTAM): Equatorial Guinea, GNQ-506-G02-M Grant Performance Report, Malaria, 2011. Disponible en file:///C:/Users/Usuario/Downloads/GNQ-506-G02-M_GPR_0_en.pdf [Consultado el 18 de octubre de 2014]

Fons, V.: *Entre dos aguas. Etnomedicina, procreación y salud entre los Ndowé de Guinea Ecuatorial*, Ceiba, Barcelona 2004.

Forcada, D. : “El Instituto de Religiosas de San José de Gerona llegó a tener 2,7 millones en Suiza”, [En línea] *El Confidencial*, 11 de febrero de 2015. Disponible en <http://www.elconfidencial.com/economia/lista-falciani/2015-02-11/el->

instituto-de-religiosas-de-san-jose-de-gerona-llego-a-tener-2-7-millones-en-suiza_707215/. [Consultado el 12 del 2 de 2015]

Fountain, P. : « Le mythe des ONG religieuses : le retour de la religion dans les études du développement », en *Revue internationale de politique de développement*, [en línea], 4 | 2013. Disponible en <http://poldev.revues.org/1302> ; DOI : 10.4000/poldev.1302 [Consultado el 1 de septiembre de 2014]

Fundación de Religiosos para la Salud (FRS): *Manual de Plantas Medicinales para Guinea Ecuatorial*. Creación y Coordinación: LOPEZ SERRANO, M. 1ª Edición, mayo 2012.

Fundación de Religiosos para la Salud (FRS): *Informe de Evaluación final: Convenio AECID-FRS CO1-010-01*, a cargo de Eguíluz Fernández de Valderrama R., y Fernández Costales J.J., 2013. Disponible en <http://fundacionfrs.es/files/Informe%20final%20de%20evaluaci%C3%B3n%20convenio%20AECID%20FRS%20Guinea%20.pdf> [Consultado el 21 de septiembre de 2014].

Gaulme, F. : « Le Bwiti chez les Nkomi : association culturelles et évolution historique sur le littoral gabonais », en *Journal des africanistes*, tomo 49 fascículo 2. pp. 37-87, 1979.

Gauvrit, E.: “Les tendances schizophréniques des réformes des politiques de santé en Afrique centrale », en Chiffoleau S., (Coord.) *Politiques de santé sous influences internationale Afrique, Moyern-Orient* Servedit, pp.93-111, 2005.

Gillies E.: “Causal criteria in African classifications of disease” en J.B Loudon (coord.), *Social anthropology and medicine*, Ed. London, Académie Press, pp.358-395, 1976.

Gilson, L., McIntyre D.: “Removing User Fees for Primary Care in Africa: The Need for Careful Action”, en *British Medical Journal*, 331, pp.762- 765, 2005.

Gomez Marín, E., Merino Cristobal, L.: *Plantas medicinales de Guinea Ecuatorial*, Centro Cultural Hispano-guineano Ediciones, 1990.

Gorózpe, I.: “Guinea Ecuatorial: Radiografía de una dictadura”, en *África - América Latina Cuadernos*, nº14, pp. 73-82, 1994.

Gorózpe, I.: “Guinea Equatorial: crecimiento sin desarrollo”, *Cuadernos Bakeaz* 75, 2006.

Greene,J.A.: “An ethnography of nonadherence: culture, poverty, and tuberculosis in urban Bolivia” in *Culture, Medicine and Psychiatry*. Sep; 28 (3), pp.401-425, 2004.

Gruénais M.-É. : « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne », en *Autrepart* (n° 29), pp. 29-46, 2004.

Haynes, J. : « Les organisations confessionnelles, le développement et la Banque mondiale », en *Revue internationale de politique de développement* [En linea], 4 | 2013. Disponible en <http://poldev.revues.org/1310> ; DOI : 10.4000/poldev.1310 [Consultado el 1 de septiembre 2014].

Hours, B.: *L'Etat sorcier, santé publique et société au Cameroun*. L'Harmattan, Paris, 1985.

Hovland, I.: "Who's afraid of religion? Tensions between 'mission' and 'development' in the Norwegian Mission Society." en Clarke G., y Jennings, M., (eds.) *Development, Civil Society and Faith-Based Organizations: Bridging the Sacred and the Secular*, Basingstoke and New York: Palgrave Macmillan, pp. 171-186, 2008

Hugon, P. : « Les nouveaux acteurs de la coopération en Afrique » en *Revue Internationale de politique de développement*, pp. 99-118, 2010. Disponible en <http://poldev.revues.org/118> [Consultado el 3 de octubre de 2014]

Ilife, J.: *África Historia de un Continente*. Cambridge University Press. 1998

Jaffré Y. : « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », en *Bulletin de l'APAD* [en linea], 17 | 1999. Disponible en <http://apad.revues.org/482> [Consultado el 12 de agosto de 2012]

Jaffré, Yannick : « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)». En *Bulletin de l'APAD*, n° 17|1999. Disponible en <http://apad.revues.org/475> [Consultado el 12 de septiembre de 2012]

Jaffré, Y. : « La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé » : en Jaffré Y. y J.-P. Olivier de Sardan (Eds.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, pp. 295-337, 2003.

Jaffré,Y.: « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux, échelles, enchâssements, confrontations », en *La Maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique*, Paris, Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, n° 24, pp.101-115, 2006.

Jaffré, Y., y Olivier de Sardan, J.-P. : « Tijiri, la naissance sociale d'une maladie » en *Cahiers des Sciences Humaines*, n°31, 4, p. 773-795, 1995.

Jaffré, Y. y Olivier de Sardan, J-P. (dir.): *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala Paris, 2003.

Janzen, J. M. : *La quête de la thérapie au bas Zaïre*, Paris, Karthala, 1995 (1978).

Janzen, J. M. : "Therapy Management: Concept, Reality, Process" en *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1), pp. 68-84, Mar., 1987.

Jones Sánchez, A.: "Saberes, percepciones y modalidades de uso de los recursos terapéuticos en Bata, guinea ecuatorial", en Aranzadi Martínez J. & Moreno Feliú, P. (Eds.), *Perspectivas Antropológicas sobre Guinea Ecuatorial*, pp. 101-134, 2014.

Katime Zúñiga, A.E.: "Reacción de Widal: interpretación clínica" en *Revista Panamericana de Infectología*; 8(2), pp.40-44, abr.-jun, 2006.

Kleinman, A.: "Concepts and a model for the comparison of medical systems", en *Social science and medicine*, nº12 pp. 85-93, 1978.

La paradoja de la abundancia; película documental producida por RTVE, realizada por Barroso, A., 2015.

Laburthe-Tolra, P.: *Initiations et sociétés secrètes au Cameroun: les mystères de la nuit*. Paris: Karthala. pp. 59-138, 1985.

Lacosta, X.: "España- Guinea, 1969: La estrategia de la tensión", en *Revista Historia 16*, Nº 297, pp.46-63, 2001.

Larrú : "Más ¿es mejor? Reflexiones en torno a la calidad de la ayuda al desarrollo española" en *Revista de economía mundial*, nº28, pp.205-245, 2011.

Larrú, J. M.: *Foreign Aid in Equatorial Guinea: Macroeconomic Features and Future Challenges*. MPRA, Paper 25001, University Library of Munich, Germany, 2010. Consultado el 12 de mayo de 2012 en <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/25001/>

Laurent, P.-J. : « L'Église des Assemblées de Dieu du Burkina-Faso. Histoire,transitions et recompositions identitaires" en *Archives de sciences sociales des religions*. N. 105, « Le Pentecôtisme : les paradoxes d'une religion transnationale de l'émotion » pp. 71-97, 1999.

Lautier, B.: Sous la morale, la politique. La banque mondiale et la lutte contre la pauvreté, en *Politique Africaine*, nº82, pp. 169-175, 2001.

MAEC: *Plan de actuación sectorial de salud vinculado al III Plan Director*, 2009.

MAEC: *Plan de Actuación especial, Guinea Ecuatorial*, 2007. Disponible en <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/Cooperacion/Planificacion/Planificaci%C3%B3n%20pais/PAE%20Guinea%20Ecuatorial.pdf> [Consultado el 3 de octubre 2011]

Mallart-Guimera, L. :“La classification Evuzock des maladies”, en *Journal des Africanistes*, n°47,1, pp.9-51, 1977a.

Mallart-Guimera, L. :“La classification Evuzock des maladies”, en *Journal des Africanistes*, 2, pp.9-47,1977b.

Mallart Guimera, L.: *Médecine et pharmacopée Evuzok*, Nanterre, Laboratoire d'éthnologie et de sociologie comparative, 1977c.

Mallart-Guimera, L. : *Ni dos ni ventre*, Nanterre, laboratoire d'éthnologie et de sociologie comparative de Paris X. 1981.

Mallart Guimerá, L.: Reflexiones sobre la etnografía por el estudio de los sistema médicos africanos, en Fernández Juárez (dir.) *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*, Quito, Abya Yala, pp.187-196, 2008.

Marti, J. : « Algunas notas sobre el Ekong en Guinea Ecuatorial » en Marti, J. y Aixelá Cabré, Y., (eds.) *Estudios africanos, historia, oralidad, cultura*, pp. 171-191, ceiba ediciones, 2008.

Mary André (a) : L'alternative de la vision et de la possession dans les sociétés religieuses et thérapeutiques du Gabon. In: *Cahiers d'études africaines*, Vol. 23 N°91, pp. 281-310, 1983a.

Mary, A.(b): *La naissance à l'envers, Essai sur le rituel du Bwiti Fang au Gabon* L'Harmattan,1983b.

Massé, R. : «La place des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique», *Revue internationale sur le médicament*, 2006. Disponible en http://www.geirsomedicaments.uqam.ca/revue_RIM/RIM2/PDF/RIM2-2-Masse14-49.pdf. [Consultado el 1 de junio de 2014]

Mayke Kaag, M.y Saint-Lary, M. : « Nouvelles visibilités de la religion dans l'arène du développement », en *Bulletin de l'APAD* [En línea], 33 | 2011. Disponible en <http://apad.revues.org/4073> [Consultado el 6 de enero de 2015]

Mbana, J.: *Brujería fang en Guinea Ecuatorial: el Mbwo*, Madrid: Sial, 2004.

Mbembe, A.: « La postcolonialité peut-elle être une banalité ? » en *Politique Africaine*, n° 60, pp. 75-109, 1995.

Mecheba Fernandez Galilea, T.: Entrevista en *La Gazeta de Guinea Ecuatorial*, n°187, año 17, mayo 2013. Disponible en <http://www.lagacetadeguinea.com/187/17.htm> [Consultado el 4 de Junio de 2013]

Médard, J-F., : « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Bulletin de l'APAD* [En línea], 21 | 2001, Disponible en <http://apad.revues.org/35> [Consultado el 28 de enero de 2013]

Médicos Sin Fronteras (MSF): “Guinea Ecuatorial: *El espacio humanitario imposible*”, Dossier Diciembre, 1999.

Medicus Mundi International : *La contractualisation entre secteur confessionnel et secteur publique de la santé en Afrique sub-saharienne. Un processus en crise ? Le cas du Cameroun, de la Tanzanie, du Chad et de l'Ouganda*. 2009.

Medina Doménech, R.M.: «Paludismo, explotación y racismo científico en Guinea Ecuatorial (1900-1939)», en *La Acción médico-social contra el Paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2004.

Menéndez, E.: “La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional?”, en *Alteridades*. Año 4, N°7, UAM-Iztapalapa, México, pp.71-83, 1994.

Menéndez, E.: “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”, en *Revista de Antropología Social*, vol. 14, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 33-69, 2005.

Ministerio de Sanidad y Bienestar Social y ministerio de Economía, Planificación e Inversiones Públicas, ICF Internacional: *Encuesta Demográfica y de Salud de Guinea Ecuatorial de 2011 (EDSGE-I)*, 2012. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR271/FR271.pdf> [Consultado el 3 de febrero de 2014]

Moatti J-P., Ventelou B., « Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation », *Revue Economique*, Vol. 60, pp. 59-67,2009.

Monteillet, N. : *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Karthala, Paris, 2005.

Morgades Besari, T.: "Breve apunte sobre el español en Guinea Ecuatorial", en *El español en el mundo. Anuario del Instituto Cervantes 2005* [En línea] Madrid:

Instituto Cervantes, 2005. Disponible en http://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_05/morgades/p01.htm

[Consultado el 20 de septiembre de 2015]

Moussa, M. : « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », En *Bulletin de l'APAD* [en línea], 25|2003. Disponible en <http://apad.revues.org/205> [Consultado el 23 de junio de 2014]

Nerín, G.: *Un guardia civil en la selva*, Ariel, Barcelona, 2008.

Nerín, G.: *Blanco bueno busca negro pobre, Una crítica a los organismos de cooperación y a las ONG*, rocaeditorial, 2011.

Nieto Olarte, M.: “Remedios para el imperio: de las creencias locales al conocimiento ilustrado en la botánica del siglo XVIII” en Obregon, D., *Culturas Científicas y saberes locales*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, pp.89-102, 2000.

Nkogo, M.: *Adjá-Adjá y otros Relatos*, Malabo, C.C.H.G., 1994.

Obiang Nguema, T.: Entrevista en *Hard Talk*, BBC, Diciembre de 2012. Disponible en <http://www.bbc.co.uk/programmes/b01pd1y9>. [Consultado el 3 de septiembre de 2013].

Obiang Nguema, T.: Discurso del 3 de Agosto, Añisok, 2013. Disponible en <http://www.diariorombe.es/obiang-nguema-predice-un-cambio-en-guinea-ecuatorial/> [Consultado el 8 de junio de 2015]

Obiang Nguema, T. : Entrevista en RT *Reporta (E26). Guinea Ecuatorial: Excolonia olvidada*, [VHS], RT, 10 octubre 2014. Disponible en http://actualidad.rt.com/programas/rt_reporta/view/142922-rt-reporta-guinea-ecuatorial-excolonia-olvidada

Obono Ntutumu, M. : Guinea Ecuatorial: “Chicas suicidas” en *Tiempos Canallas* [en línea] 23 de abril 2013. Disponible en <http://www.tiemposcanallas.com/guinea-ecuatorial-chicas-suicidas-relato-de-melibea-owono-ntutumu/> [Consultado el 14 de marzo de 2015]

Okenve, E.: « wa kobo abe, wa kobo politik : three Decades of Social Paralysis and Political Immobility in Equatorial Guinea », en *Afro-Hispanic Review*, vol. 28, n°2, pp.143-162, 2009.

Olivier de Sardan, J-P. : “La logique de la nomination. Représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger » en *Sciences sociales et santé*, vol.12, n°3, pp. 15-45, 1994.

Olivier de Sardan, J.-P.: « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée », en *Autrepart*, 20, Fonctionnaires du Sud, pp. 61-73. 2001.

Olivier de Sardan, J.-P.: Pourquoi le malade est-il si « mal traité » ? Culture bureaucratique commune, et culture professionnelle de la santé » en *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp.265-294, Karthala Paris, 2003.

ONUSIDA : *Fiche d'information Régional 2012. Afrique Subsaharienne*, 2012.

Organización de las Naciones Unidas (ONU): *Balance Común de Países (CCA)*, Noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.undg.org/docs/12800/CCA-FINAL.doc> [consultado el 3 de agosto de 2015]

Organización Mundial de la Salud (OMS): *Appreciating Assets: Mapping, Understanding, Translating and Engaging Religious Health Assets in Zambia and Lesotho*, 2006.

Organización Mundial de la Salud (OMS): *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*.

Organización Mundial de la Salud (OMS): *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011*.

Organización Mundial de la Salud (OMS): *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012a*.

Organización Mundial de la Salud (OMS): *Informe Mundial sobre el paludismo*, 2012b.

Organización Mundial de la Salud (OMS): *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*.

Picas Contreras, J.: *El papel de las organizaciones no gubernamentales y la crisis del desarrollo. Una crítica antropológica a las formas de cooperación*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, 2001.

Picas Contreras, J.: “Los límites de la solidaridad: las ONG y el mercado de “bienes simbólicos”, en *Gazeta de Antropología* [En línea], 22, artículo 08 2006. Disponible en 09/15/2014 en <http://hdl.handle.net/10481/7086> [Consultado el 25 de septiembre de 2012]

Platarrueda Vanegas, C.P: “Contagio, curación y eficacia terapéutica: Disensos entre el conocimiento biomédico y el conocimiento vivencial de la lepra en

Colombia” en *Antípoda*, Revista de Antropología y Arqueología, n6, pp.171-195, 2008.

Poveda J.: Entrevista en el diario *Periodista Digital del 10 de abril de 2012*. Disponible en <http://www.periodistadigital.com/religion/solidaridad/2012/04/10/religion-iglesia-fundacion-religiosos-salud-javier-poveda-cooperacion-misioneros-congregaciones.shtml> [Consultado el 8 de septiembre de 2014]

Pozuelo Mascaraque, B.: “La política española de Cooperación al Desarrollo del África Subsahariana”, en *Cuadernos de Historia Contemporánea*, vol.13, pp. 205-220, 1991.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): *Informe de Desarrollo Humano 2011*. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2011_es_complete.pdf.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): *Informe de Desarrollo Humano 2013*. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_es_complete.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): *Informe temático sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio n°6: Combatir VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades*, Mayo 2014. Disponible en http://www.gq.undp.org/content/equatorial_guinea/es/home/library/mdg/informe-tematico-sobre-el-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-n--.html

Programa Nacional de Lucha contra el Sida: *Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el vih/sida Guinea Ecuatorial. Indicadores básicos para el seguimiento de la declaración política sobre el vih/sida. Periodo enero - diciembre 2013*, 2014.

Radio Televisión Española (RTVE) : *Malaria : medicamentos falsos en Guinea Ecuatorial*, en *África hoy*, [en línea], 25/09/2012. Disponible en <http://www.rtve.es/alaharta/audios/africa-hoy/africa-hoy-malaria-medicamentos-falsos-guinea-ecuatorial-25-09-12/1536325/> [Consultado el 3 de abril de 2015]

Raimbault G., Zygoris R.: *Corps de souffrance, corps de savoir*. L'Âge d'Homme, Lausanne, 1976.

Rico Becerra, J.I.: “El uso peculiar de la terapia farmacológica biomédica en Ecuador. Una pista para la mejora de la atención sanitaria en nuestro medio”. En: *Gazeta de Antropología*, [En línea] n°26/1. Granada 2010. Disponible en http://www.ugr.es/~pwlac/G26_12Juan_Ignacio_Rico_Becerra.html [Consultado el 10 de marzo de 2012]

Roig, J.: “España y la transición política en Guinea Ecuatorial”, en *Hacia un cambio en Africa*, n°17, 1993.

Rossi I., Kaech F., Foley R.-A., Papadaniel Y. : « L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution », en *ethnographiques.org* [En línea] 17,11, 2008. Disponible en http://www.ethnographiques.org/IMG/pdf/ArRossi_et_al.pdf [Consultado el 1 de septiembre de 2015].

Rossi, I. : « La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique », en *Anthropologie & Santé* [En línea], 2 | 2011. Disponible en <http://anthropologiesante.revues.org/659> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.659 [Consultado el 18 de noviembre de 2014]

Rowlands M., y Warnier J.P.: “Sorcery, Power and the Modern State in Cameroon”, en *New Series*, Vol. 23, No. 1, pp. 118-132, Marzo 1988.

Salem G. : *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*. Éditions Karthala et Orstom, Paris, 1998,

Salud y Desarrollo: *Organización distrital de los servicios de salud: atención primaria de salud : guía para el desarrollo de la APS a nivel de distrito orientada hacia la autogestión y descentralización*, Salud y Desarrollo, 1997.

Samb, B., Evans T., Dybul M., Atun R., Moatti J. P., Nishtar S., Wright A., Celletti F., Hsu J., Kim J. Y., Brugha R., Russell A., y Etienne C.: "An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems" en *Lancet* vol.373 (9681), pp.2137-2169, 2009.

Soulé, B.: “Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales”, en *Recherches qualitatives*, 27 (1), 127–140, 2007.

Souley, A.: “Un environnement inhospitalier”, en Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.-P.(dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp.105-156, Karthala Paris, 2003.

Schnaidt, N.: “Espacio pensado, espacio figurado, espacio vivido”, en *Elisava, Temes de disseny*, n°3, p.4, 1989.

Sturzenegger, O.: “El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico” en *Suplemento Antropológico* vol. 29, no. 1-2, pp. 163-227, 1994.

Sturzenegger Odina : *Le Mauvais œil de la lune. ethnomédecine créole en Amérique du Sud.* Karthala, Paris 1999.

SWIDERSKI, S. : « Le Bwiti , société d'initiation chez les Apindji du Gabon », en *Anthropos* vol. 60 (5-6) , pp. 514-576, 1965

Tevella, A. M.; Urcola, M.; Daros, W.: *Identidad colectiva: El caso Rosario desde las perspectivas Sociológica y Filosófica.* Rosario, UNR Editora, pp. 119-162, 2007.

Tonda, J.: *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon),* Karthala Paris, 2002.

Tosal B., Brigidi, S., Hurtado I.: “Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas en el trabajo etnográficos en hospitales” en Romaní O. (Ed.) *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto,* Edition: Publications, pp.191-212, 2013.

Touré, L.: “Une innovation sanitaire: l’appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali », en Pordié, L. (ed.), *Panser le monde, penser les médecines, Traditions médicales et développement sanitaire,* , Paris Karthala, pp. 269-286, 2005.

Van der Geest, S.: “Marketplace conversations in Cameroon: How and why popular medical knowledge comes into being”, en *Culture, Medicine and Psychiatry,* Volume 15, Issue 1, pp 69-90, 1991.

Vibeke Reeler A.: “Injections : a fatal attraction ?”, en *Social Science and Medicine,* 31 (10), pp.1119-1125, 1990.

Vilaró I Güell, M.: “Los avatares de la primera expedición misionera a las posesiones españolas del Golfo de Guinea a cargo de los eclesiásticos ilustrados Jerónimo Mario Usera y Alarcón y Juan del Cerro” en *Hispania Nova, Revista de Historia Contemporánea* [en línea], N° 9, 2009. Disponible en <http://hispanianova.rediris.es/9/articulos/9a002.pdf> [Consultado el 12 de septiembre 2014]

Vilaró I Güell, M.: *El legado de los jesuitas en Guinea.* Ceiba ediciones. 2010.

Weber, M.: *Economía y sociedad* esbozo de sociología comprensiva, Fondo de Cultura Económica, Madrid Cap. III, pp.170-242, 2002 (1922).

Whyte, R.S.: “Pharmaceuticals as folk medicine: transformations in the social relations of health care in Uganda”, en *Culture Medicine and Psychiatry,* 16, pp. 163-186, 1992.

YODER S.: « Negotiating Relevance: Belief, Knowledge, and Practice in International Health Projects », en *Medical Anthropology Quarterly*, 11. 2, pp. 131-146, 1997.

ANEXOS

ANEXO 1: Guía de entrevistas

Fecha de los encuentros	lugar de la entrevista	Especificidades	
Nombre		Etnia	Edad
Residencia y migraciones		Poblado de origen	profesión
Situación familiar		Personas con las que comparte domicilio	Jefe de familia
enfermo/acompañante			
Etapas del actual episodio mórbido		Diagnóstico	Actuación
Interpretación etiológica definitiva			
Alternativas terapéuticas utilizadas y conocidas			
	Uso	Valoración	
Hospital			
Centros de Salud			
Clínicas			
Clínicas chinas			
hospital la Paz			
Mbiri			
Ndendé			
Ndowé			
Antigua Escuela			
Mbo-Mebiang			
Iglesias			
Otras			
Uso farmacia			
Etapas episodio patológico anterior destacado		Diagnóstico	Actuación

ANEXO 2: Informe del seminario de "traditerapéutas" llevado a cabo en Medouneu (Gabón) sobre el kong

RAPPORT GENERAL DU SEMINAIRE TENU A
MEDOUNEU DU 09 AU 12 AVRIL 2007
SUR LE THEME
"LE TRADIPRATICIEN FACE AU FETICHE KONG
RENFORCEMENT DES COMPETENCES DE BASE ET
HARMONISATION DES TECHNIQUES ET MOYENS DE LUTTE"

Sitôt arrivées à Medouneu, Département du Haut-Como, le lundi 09 Avril 2007 à 24 Heures, les quatre délégations venues des horizons différents : Gabon, Guinée-Equatoriale, Cameroun et Nigeria, ont été accueillies, reçues et logées par les principaux responsables du syndicat de ce département au domicile du Président Départemental. Le lendemain à 09 Heures, avant de commencer les travaux du séminaire, les délégations ont été conviées à un petit déjeuner de motivation les obligeant à donner de facto le meilleur de chacun dans cette rencontre du donner et du recevoir. Ensuite suivront les civilités aux autorités locales : Monsieur le Préfet, Monsieur le Président du Conseil départemental, Monsieur le Commandant de Brigade de Gendarmerie, Monsieur le Chef d'antenne de l'Emi-Immigration, Monsieur le Medecin-Chef du Centre Médical et Monsieur le Secrétaire Général de la Mairie de Medouneu.

Peu après tout cela, la cérémonie officielle ouvre ses portes à 13 Heures dans la salle du Conseil Départemental de Medouneu par une série d'allocutions prononcées tour à tour par :

- 1°) La Présidente Provinciale du Woleu-Ntem : Mme Jeanne ABOUNGONO EDZANG qui a souhaité la bienvenue aux séminaristes ;
- 2°) Le représentant du Cameroun : Mr Salif
- 3°) Le représentant de la Guinée-équatoriale : José Antonio ELANSUE ;
- 4°) Le représentant du Nigéria : Prince HUSSEN

Tous avaient exprimé leur satisfaction pour l'heureuse initiative prise par le Président National du SNTG, Président en exercice de l'Union Internationale des tradipraticiens de l'Afrique Centrale S.E. Monsieur Jean-Bart MBA ESSONO en convoquant les présentes assises.

5°) Le mot de bienvenue du Président du Conseil Départemental :

- 6°) L'allocution circonstanciée du Président Jean-Bart MBA ESSONO qui a montré l'importance des présentes assises quand on sait

les dégâts que cause ce fétiche nuisible à l'homme et à la société et qui freine tout développement et crée la psychose dans nos différentes sociétés. Il a demandé à chacun et à chacune des séminaristes de donner le maximum de soit pour éradiquer ce fléau...

7°) Enfin le discours d'ouverture de Monsieur le Préfet du Haut-Como - Medouneu : Mr ZOLO ASSOUMOU Faustin.

Après cette série d'interventions, une pause avec collation est intervenue pour enfin libérer les officiels.

A la reprise des travaux, un bureau du séminaire a été mise en place et installée avec un total de 42 membres (voir liste annexée). Une fois ce bureau installé et approuvé, trois commissions de travail ont été constituées en rapport au thème du séminaire.

- ☛ 1^{ère} Commission : Comment se manifeste cliniquement la maladie du Kong ? (symptômes)
- ☛ 2^{ème} Commission : Harmonisation des techniques et moyens de lutte contre la pratique du Kong. (recettes médicinales).
- ☛ 3^{ème} Commission : Comment faire pour freiner l'évolution du Kong ? (Prévention et protection).

Ces trois commissions ont été constituées par le Président du séminaire S.E. Monsieur Jean-Bart MBA ESSONO, la même soirée et ont été approuvées par les séminaristes aux environs de 17 Heures. Une nouvelle pause est intervenue pour le dîner de 20 Heures offert par Monsieur et Madame le Préfet du Département du Haut-Como en leur Résidence. Un dîner copieux inscrit au libre service et dont les séminaristes ont singulièrement béni.

Le lendemain, dès 11 Heures 30, reprise des travaux en plénière dans la salle des réunions du Conseil Départemental. Devant cette présentation des travaux en commission, les uns et les autres ont vraiment senti que le souhait du Président de dresser un temps soit peut une mini centrale nucléaire de haute réflexion a été respecté. C'est ainsi qu'un grand travail de recherche scientifique a été abattu en commissions à en croire par la qualité de travail présenté par chacune d'elle et les débats parfois houleux qui s'en sont suivis.

La première commission, dans son exposé, nous a donné en substance :

- la définition du kong
- les divers noms du kong
- les symptômes du kong

La deuxième commission quant à elle s'est félicitée d'offrir aux uns et autres 35 recettes médicinales prêtes à soigner et éradiquer le kong, quelque soit la nature de celui-ci.

La troisième commission qui concernait la protection contre le kong, nous a présenté 24 grandes recettes dont plusieurs de nos familles devraient nécessairement bénéficier pour faire face à ce fléau.

Par acclamation, les résolutions des commissions citées plus haut du séminaire tenu à Medouneu du 09 au 12 Avril 2007 ont été adoptées.

Pour se faire, nous sommes convenus de façon judicieuse à édifier et à attirer l'attention de nos populations sur les symptômes ou manifestations du kong dans leur milieu. Ainsi, lorsqu'on a un malade sous la main, nous devons suivre les symptômes suivants :

- 1°) - Fréquence de mauvais rêves (cauchemars) ;
- 2°) - transcendance involontaire ;
- 3°) - agitation et violence ;
- 4°) - étouffement ;
- 5°) - troubles psychiques ;
- 6°) - crises fréquentes d'épilepsie ;
- 7°) - crispation des membres ;
- 8°) - palpitations, peur et angoisses ;
- 9°) - maux de tête fréquents et vertiges ;
- 10°) - étirement des nerfs du coup ;
- 11°) - amaigrissement ;
- 12°) - faiblesse sexuelle soutenue ;
- 13°) - perturbation des règles et transformation de celles-ci en fibrome ou stérilité ;
- 14°) - tremblotes ;
- 15°) - grattement de la peau ;
- 16°) - état comateux ;
- 17°) - étourdissement ;
- 18°) - perte de voix ;
- 19°) - accès palustre ;
- 20°) - chaleur des pieds jusqu'au ventre ;
- 21°) - la gorge obtient des amygdales ;
- 22°) - le cou tordu et poitrine bombée ;
- 23°) - tressaillement du corps ;
- 24°) - une fois perfusé, le malade réagi ;
- 25°) - érection prolongée du pénis ;
- 26°) - pincement du cœur.

Voilà ici, chers compatriotes, les signes précurseurs dépistés pour vous afin de vous mettre en garde devant l'évolution du malade.

En dehors de ce travail de recherche qui a été laborieusement fait, d'autres communications et constats s'y sont ajoutés. Ainsi le Président Jean-Bart MBA ESSONO, en sa qualité de Président du bureau du séminaire est monté au créneau pour laver la suspicion montée par certains tradipraticiens à propos de la boîte reliquaire présentée par nos frères camerounais pour l'explication de celle-ci. Après un bref éclaircissement fait par une tradipraticienne de la Guinée-équatoriale à ce sujet, tout le tort est revenu, avec certainement la confirmation de beaucoup d'autres, au président départemental du Haut-Como le présumé être organisateur dudit séminaire. Devant cette situation, le Président a demandé à Mme la Provinciale du Woleu-Ntem de prendre acte. Ensuite, le Président a fait observer aux séminaristes qu'après ce séminaire théorique un autre de manière pratique devrait se tenir dans les quatre mois qui suivent. BITAM avait été retenu notamment le regroupement d'AWOUA. Contre toute attente, Monsieur FAME NGOUA de la Guinée Equatoriale rétorque après avoir avancé plusieurs raisons et exprimé publiquement le vœu de prendre pour son pays l'organisation de ce séminaire. Belle proposition, déclare le Président, mais demande aux tradipraticiens de la Guinée Equatoriale présents à ce séminaire de prendre toutes les dispositions nécessaires auprès des autorités administratives, politiques et militaires de leur pays pour que ce vœu soit effectif.

Le cas échéant, la première décision sera validée avec en toile de fond le maintien de la date adoptée par le séminaire du 27 au 29 Juillet 2007. Au cas où la proposition émise par Monsieur FAME NGOUA se confirmait, le séminaire a adopté des mesures sensibles suivantes :

- Président du comité d'organisation de ce séminaire : *Mr Martin NGUEMA ZUE ABEME, Maire de Mongomo.*
- Coordinateur National des Tradipraticiens pour ce séminaire : *Mr FAME NGOUA*

D'autres parts, le séminaire a adopté qu'une Assemblée Générale préparant le séminaire de la Guinée Equatoriale se tiendra à Anyizok à une date qui sera fixée après accord des autorités locales.

Avant de clore les travaux, le Président National a fait comprendre aux séminaristes que l'innovation de cette année est que le syndicat tient à organiser une coupe de tradipraticiens. A cause du bon comportement de la Guinée Equatoriale à l'intérieur de la structure syndicale (SNTG), elle risque de remporter d'emblée ce trophée cette année. Ce qui leur a valu un plébiscite total. Dans la même foulée de reconnaissances, le Président a présenté des éloges à l'éminent fils du terroir le Ministre d'Etat Ministre de l'intérieur André MBA OBAME pour le soutien qu'il a accordé à notre séminaire durant quatre jours. Qu'il trouve ici toute notre gratitude et tout notre soutien.

Le séminaire tient à informer l'opinion qu'une participation importante des séminaristes est à signalée et se chiffre à 183 séminaristes. Entre autres tout ce qui a été fait, signalons que les tradipraticiens ont procédé à la purification de la ville de Medouneu par des cérémonies rituelles : MEVOUNG - SALE. A la clôture dudit séminaire, après le discours du Président qui s'est félicité du franc succès de ses assises et remercié tous ceux qui de près ou de loin ont contribué de quelque manière que se soit à la réussite totale de ses assises. Peut avant celui de Monsieur le Préfet, il y a eu la remise des diplômes :

- 1 - au Comité des Sages de Medouneu
- 2 - au Préfet de Medouneu et à certaines autres personnes.
- 3 - au Ministre d'Etat Ministre de l'intérieur André MBA OBAME pour leur reconnaissance.
- 4 - aux 183 séminaristes.

Il est à noter que le Comité des Sages investi par le bureau du séminaire et composé de :

- Monsieur ZUE OYONO François
- MVONO BEKALE André
- NGUEMA MBA Marcel a été installé par Monsieur le Préfet du Haut-Como.

Ensuite, le Président a remis au Préfet son diplôme de reconnaissance ainsi que celui du Ministre d'Etat. Le tour revenait donc au Préfet conformément aux dispositions administratives de remettre aux séminaristes leurs diplômes.

Après cela, le préfet a procédé à la clôture officielle dudit séminaire.

Satisfait des résultats des travaux du séminaire tenu dans sa localité pendant quatre jours, le Préfet de Medouneu s'est vu obligé d'improviser une dernière collation aux responsables de cette structure en sa résidence. La cérémonie terminée, la boîte reliquaire du kong utilisée pendant les travaux, a été brûlée publiquement devant les autorités de la place.

C'est dans ces instants là que le cortège plein de liesse s'est ébranlé en direction d'Oyem vers 16 Heures.

Fait à Medoneu, le 12 Avril 2007



Le Rapporteur Général

Jean-Racine NGUEMA EBANG

ANEXO 3: Circular del MINSABS en relación a los precios de la consulta y servicios de los curanderos

(Indicaciones a las que pocos actores del sector se ciñen).

REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL
 MINISTERIO DE SALUD
 Y MEDIO AMBIENTE
 DIRECCION GENERAL DE FARMACIAS
 Y MEDICINA TRADICIONAL

27 DE ABRIL DE 1988
 MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE

COSTES DE CONSULTAS Y ENFERMEDADES

1.- Consulta Normal.....	2.000 Fcos Cfa.	
2.- Consultas de tendencia ocultas (Ndancara)	20.000 Fcos.	
3.- Consulta de Robo.....	15.000	"
4.- Consulta a distancia	5.000	"
5.-Ndjengue Eluma.....	20.000	"
6.-ELUMA NZE.....	20.000	"
7.-Absceso Pático (Bikie).....	15.000	"
8.-Rauma (Okang).....	10.000	"
9.-Dolor de Huesos (Buivé).....	8.000	"
10.-Pulmonia Miferanveñ.....	15.000	"
11.-Veneno tomado.....	15.000	"
12.-Fiebre amarillo (Zong).....	10.000	"
13.-Eluma Normal.....	5.000	"
14.-Hechiceria Okekara.....	15.000	"
15.- Proteccion de la Brujeria Asueng Beyem.....	25.000	"
16.-Bazo (Ebem).....	5.000	"
17.-Fus en la oreja (Avin-molo).....	6.000	"
18.-Hipo (Sec-Segue).....	10.000	"
19.-Impotencia (eyee).....	40.000	"
20.-Magia Blanca (Kong).....	50.000	"
21.-Guemadura sólida (Nduan Beyem).....	25.000	"
22.-Compromisos (Akiega).....	20.000	"
23.-Migrama Occipital (Ebele-Nlo).....	7.000	"
24.-Epilepsia sin espuma (Ocubuk).....	50.000	"
25.-Atúng.....	30.000	"
26.-Purificacion en las situaciones criticas..	20.000	"
27.-Gastritis B (Osang).....	15.000 Fcos.	
28.-Lavado de Cuerpo Normal.....	5.000	"
29.-La Mujer que el Bebé no mama..... al nacer (Ebele-Mebeñ).....	8.000	"
30.- Dolor en la menstruacion (Misong-Misoboc)	8.000	"
31.- Abohon.....	5.000	"

32.- Nsong-Nvele.....	10.000	Franc.
33.- Blenoragia crónica (Moñolo).....	15.000	"
34.- Etetá o Djonoc.....	20.000	"
35.- Impotencia femenina (Ayaveifis).....	40.000	"
36.- Hemorroides (enenang Wa Cuing).....	20.000	"
37.- Nkulan Angang.....	150.000	"

Bata, 12 de Diembre de 1.997
 POR UNA GUINEA MEJOR
 EL DIRECTOR NACIONAL,



[Handwritten signature]

ANEXO 4: LEY N°4/1985 por la que se crea el Servicio Nacional de medicina Tradicional



REPÚBLICA DE GUINEA ECUATORIAL
PRESIDENCIA

LEY núm. 4/1.985, de fecha 24 de Octubre, por la que se crea el Servicio Nacional de Medicina Tradicional.

El deseo de la República de Guinea Ecuatorial de integrar la Medicina Tradicional en el sistema de salud, y el del Gobierno de satisfacer la vieja aspiración de los curanderos auténticos de contribuir a la mejora del nivel de salud del pueblo, así como el de cumplir con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aconsejan la creación de un Servicio Nacional de Medicina Tradicional que responda a las exigencias modernas de dicha Medicina y que sea capaz de conservar y desarrollar una de las mayores riquezas de nuestra cultura, cual es la Medicina Tradicional.

En su virtud, de conformidad con la Ley aprobada por la Cámara de los Representantes del Pueblo, vengo en sancionar:

Artículo 1º.- Se crea el Servicio Nacional de Medicina Tradicional con el alcance y las limitaciones previstas en esta Ley.

Artículo 2º.- Tanto las personas que ejerzan la Medicina Tradicional como los Centros donde se apliquen sus remedios, así como la naturaleza de éstos, se someterán obligatoriamente a la presente Ley.

Artículo 3º.- A los efectos de esta Ley, se entenderán por:

1.- Medicina Tradicional, al conjunto de:

a) Medicina Popular, a una tradición basada en la utilización de ciertas sustancias de la farmacopea y tratamientos tradicionales.

.../...



REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL
PRESIDENCIA

b) Medicina Tradicional propiamente dicha, a un cuerpo de conocimientos tanto técnicos como prácticos, - de índole racional y global propio de una tradición/farmacológica empírica en conceptos fundamentales de la salud y la enfermedad.

e) Moderna Medicina Tradicional, a la que combina el empleo de procedimientos antiguos de diagnóstico y de medicamentos herbáceos con la utilización de instrumentos y coadyuvantes modernos.

2.- Curandero, a la persona que basada en profundos conocimientos sobre las enfermedades y sus remedios tradicionales, ejerce la Medicina Tradicional.

Artículo 4º.- Para dedicarse al ejercicio de la medicina tradicional, será condición indispensable poseer la autorización correspondiente del Ministerio de Sanidad.

Artículo 5º.- Para obtener la autorización a que se refiere el artículo anterior, serán requisitos previos los siguientes:

- a) Instancia de solicitud dirigida al Ministro de Sanidad.
- b) Dos fotografías tamaño carnet.
- c) Certificado del Consejo de Poblado o del Presidente de la Comunidad de Vecinos, en el que se demuestre la dedicación del solicitante, su ética profesional y el tipo de remedios que utiliza habitualmente.

.../...



REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL
PRESIDENCIA

- d) Declaración jurada comprometiéndose a emplear sólo los remedios y los métodos de tratamiento autorizados por esta Ley, y a colaborar en la elaboración de la Farmacología y Patología Tradicionales, que son libros en los que habrán de figurar todas las enfermedades y las plantas o remedios que se aplican para curarlas.

Artículo 6º.- Con el fin de facilitar el acceso de los jóvenes al ejercicio de la Medicina Tradicional, el Gobierno/ creará una Escuela de Medicina Tradicional dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad, así como un Centro de Investigación de dicha medicina.

Artículo 7º.- Para ser Curandero Diplomado, será requisito indispensable haber superado las pruebas que se establezcan al efecto ante un tribunal integrado por médicos, farmacéuticos, curanderos de reconocida competencia, autoridades provinciales, distritales o de poblados, o haber cursado los estudios correspondientes en la Escuela Nacional de Medicina/ Tradicional.

Artículo 8º.- El Gobierno destinará anualmente un presupuesto mínimo para el Servicio Nacional de Medicina Tradicio-
nal.

Artículo 9º.- El Servicio Nacional de Medicina Tradicio-
nal podrá contar con Centros propios privados o estatales, los cuales serán objeto de un Reglamento aparte.

.../...



REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL
PRESIDENCIA

Artículo 10.- La posesión de la autorización correspondiente del Ministerio de Sanidad, no exime de la responsabilidad penal que pudiera derivarse de las muertes o taras producidas por negligencia de los curanderos tradicionales en el ejercicio de su profesión.

Artículo 11.- El Ministerio de Sanidad designará mediante Orden Ministerial una Comisión Nacional redactora de la Farmacología y Patología Tradicionales, dicha Comisión estará integrada por:

- 1.- Dos Doctores o Licenciados en Medicina.
- 2.- Dos Doctores o Licenciados en Farmacia.
- 3.- Dos Médicos Psiquiatras.
- 4.- Un Biólogo.
- 5.- Dos Ingenieros de Montes, o Ingenieros Técnicos Forestales.
- 6.- Dos Ingenieros Agrónomos o Ingenieros Técnicos Agrónomos.
- 7.- Un Doctor o Licenciado en Filosofía y Letras.
- 8.- Un Doctor o Licenciado en Psicología Sociología.
- 9.- Tres Curanderos Tradicionales de Primera.
- 10.- Tres Curanderos Tradicionales de Segunda.
- 11.- Dos personas de edades comprendidas entre 55 y 70 años.
- 12.- Un Representante de la Comisión Nacional redactora de los textos escolares.
- 13.- Dos Oficiales Administrativos Diplomados.
- 14.- Dos Señoras o Señoritas bilingües (una debe hablar y escribir correctamente el inglés y la otra el francés).
- 15.- Un Representante de la OMS (Organización Mundial de la Salud).
- 16.- Un Técnico especialista en arte y cultura tradicional.

.../...



REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL
PRESIDENCIA

Artículo 12º.- Quedan fuera de esta Ley, las prácticas curativas que requieran el consumo previo de "eboga" y que realicen bailes nocturnos, cuales son los casos de Mimbiri y Buetí.

Artículo 13º.- El Ministerio de Sanidad establecerá de acuerdo al coste de vida, las tasas a percibir en los Centros de Medicina Tradicional, por los derechos de asistencia médica, farmacéutica y las estancias, así como los derechos a abonar por éstos al Tesoro Nacional.

Artículo 14º.- Para establecer un Centro de Medicina Tradicional de Primera, Segunda y Tercera Clase, se exigirán los siguientes requisitos:

- 1.- Instancia dirigida al Ministerio de Sanidad, firmada por el interesado, indicando capacidad y lugar.
- 2.- Fotocopia del Diploma.
- 3.- Certificado de Solvencia económica del solicitante o solicitantes.
- 4.- Croquis del edificio, indicando su distribución.
- 5.- Autorización del ejercicio de la medicina tradicional.

Artículo 15º.- Todo el ejercicio de la Medicina Tradicional que no se someta estrictamente a las exigencias de esta Ley tal como Mimbiri y Buetí, dará lugar a acciones penales o sanciones, según la gravedad de la infracción y cuya cuantía será fijada por los Ministerios de Sanidad, Administración Territorial y Seguridad Nacional y Tribunales de Justicia.

.../...



de Guinea Ecuatorial

SIDENCIA

Artículo 162.- Los Curanderos Tradicionales estarán obligados a remitir a los Centros del Servicio Sanitario Nacional/ aquellos casos que crean fuera del alcance de sus conocimientos y estarán igualmente facultados a asistir a los enfermos en los centros hospitalarios a requerimiento de cualquier facultativo.

DISPOSICION TRANSITORIA

Se concede un plazo de seis meses, a partir de la promulgación de la presente Ley, para que los actuales Curanderos Tradicionales se adapten a las disposiciones contenidas en la presente Ley, pudiendo mientras tanto dedicarse normalmente a sus actividades curativas.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- Se faculta al Ministerio de Sanidad para que dicte cuantas normas complementarias crea oportunas para el desarrollo de esta Ley.

SEGUNDA.- La presente Ley entrará en vigor a partir del día de su publicación por los medios informativos nacionales.

Dada en Malabo, a 24 días del mes de Octubre de mil novecientos ochenta y cinco.



POR UNA GUINEA MEJOR,

[Firma]
OBLIANG NGUEMA MBASOGO,
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA