

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS PLURALES DE LA DIÁSPORA AFRICANA EN CATALUÑA

Carme Campoy Guerrero

Sans santé n'est la vie vie, n'est la vie vivable ...

Sans santé n'est la vie que langueur ; la vie n'est que simu-

lachre de mort

(RABELAIS, 1552)

Durante el último cuarto de siglo XX y hasta la actualidad se ha registrado un alto flujo migratorio de África a Cataluña, esto es debido principalmente a las dificultades económicas y políticas existentes en los países de origen de África Subsahariana junto con la demanda laboral en los países europeos receptores. Los avances tecnológicos en comunicación, tales como la mayor accesibilidad a los desplazamientos aéreos como la implementación de Internet en África, especialmente en el transcurso de los últimos cinco años, facilita el tránsito de personas a nivel transnacional, hecho que conlleva el establecimiento de redes afro europeas por las cuales circulan elementos culturales, sociales y económicos. Este flujo de personas, bienes e ideas supone la creación de nuevas instituciones sanitarias a través de las fronteras (Vertovec, 1999) (Vertovec, 2001) que se traducen en prácticas adscritas a diferentes sistemas médicos. En este trabajo se realiza un análisis partiendo de una visión triangular a partir de los discursos de los profesionales del sistema público de salud, los pacientes africanos que acuden a dicho sistema de salud y los terapeutas africanos instalados en Cataluña, pero es preciso definir algunos términos que permitan comprender el fenómeno de red transnacional de salud que vertebró los itinerarios plurales de la diáspora africana en Cataluña.

El concepto de diáspora hace referencia a una nueva forma social caracterizada por relaciones sociales, orientaciones políticas y estrategias económicas especiales, (Capone, 2004) circunstancias transnacionales en las cuales las prácticas se convierten en mixtas, teniendo lugar una traslación de las prácticas propias del país de origen al contexto europeo (Saraiva, 2008)

En los procesos migratorios entre África y Cataluña, por otra parte, se visibiliza, en las prácticas entorno a la salud, la red de solidaridad familiar e institucionalizada tanto a través de las asociaciones de emigrantes como las mezquitas e iglesias, evangélicas en la mayoría de casos.

Esta red da forma a los itinerarios terapéuticos tanto de los emigrantes asentados en Cataluña como de sus familiares en el país de origen.

Doble compromiso

Cabe señalar la alta presión familiar a la que se halla sometido el emigrante africano, dado que la familia espera y exige a menudo su colaboración en la toma de decisiones y sobretodo en la financiación de la escolarización, construcción de la vivienda familiar y por supuesto, los gastos adscritos a la atención sanitaria en el país de origen. Esta exigencia, amplificada por la pretensión de éxito en la empresa del sueño europeo, sitúa al emigrante en una posición de alta vulnerabilidad, ya que puede llegar a desatender sus necesidades básicas tales como alojamiento, manutención o salud, con el fin de cumplir con las altas expectativas que tiene de él la red familiar. En este contexto el asociacionismo atempera dicha presión al permitir compartir no sólo los gastos adscritos a la hospitalización o traslado de difuntos al país de origen sino también los valores morales, de manera que actúa como mediador entre los mundos visible e invisible, propios de la cosmovisión africana, presente en las prácticas terapéuticas y enfrentado a la concepción reinante en el país receptor, basada en la dualidad cartesiana entre cuerpo y mente y el positivismo que descalifica la dimensión sobrenatural de la enfermedad común en los pueblos africanos. (Riccio, 2008).

Por otra parte, el tratamiento dado a la multiculturalidad, en lo que respecta a la literatura de enfermería, se limita a describir la cultura afro americana a través de prácticas colectivas en torno a la salud, específicamente *voudou*, plantas medicinales, dieta y curación espiritual por la fe, cuyas raíces se encuentran en las tradiciones africanas. Una falacia común en el currículum de enfermería, facilitada por ciertas áreas de las humanidades y que generan intervenciones de enfermería donde se debería priorizar las diferencias interculturales, es que la población parte de experiencias comunes. (Inez Tuck, 1984)

Partiendo de esta premisa, los profesionales del sistema público de salud entrevistados en diferentes centros de atención especializada de Lleida, observan con extrañeza la baja frecuentación de la población africana en sus servicios y destacan como común el alto grado de gravedad de las dolencias, motivo de consulta. Otro elemento que resulta sorprendente a los sanitarios es la timidez de estos pacientes mostrada en su expresión de dudas respecto a la terapéutica y el pronóstico.

Este trabajo pretende dar explicación a dichas particularidades, propias de la población africana inmersa en itinerarios de salud en Cataluña.

En primer lugar, no debemos olvidar que las representaciones que cada sociedad comparte respecto a lo que significa el fenómeno de la enfermedad es de suma importancia en las prácticas terapéuticas y los itinerarios seguidos en el proceso de curación: en África, tanto enfermedad, como mala suerte, problemas emocionales y laborales, comparten la categorización de “infortunio”, a demás, los trastornos de salud no sólo cuentan con una dimensión física, como se pretende en el sistema biomédico occidental, si no que las dimensiones psico social y sobrenatural están muy presentes en la interpretación, tanto de la etiología como de la resolución de la enfermedad. Esta concepción explica que la población africana, ante un problema físico consulte tanto al profesional sanitario del sistema institucional de salud como a profesionales africanos especializados, a demás de acudir a *marabouts* en el caso de la población musulmana y al pastor en el caso de la población cristiana evangélica. Como resultado encontramos que terapéutica, religión y magia, en lo que se refiere a las prácticas de origen tradicional africano, son habitualmente indisociables, del mismo modo que los rituales terapéuticos de carácter musulmán o cristiano y de origen animista, acostumbran a coexistir en el mismo acto terapéutico, en intrincado sincretismo.

Resulta ilustrativo de este modus operandi el caso del Maestro Dembo: este *marabout* en poco debe superar los 30 años, tiene su consulta en el barrio de Pardinyes, en la ciudad de Lleida: me explica que es de etnia Diakhankés, originario de Touba (Guinea Conakri), su abuelo y su padre son también *marabouts*. Él lleva años en Europa, primero en Francia y luego en varios lugares de España.

Dice que él no trabaja con djinnas, sólo con el Coran, asegura que el Corán tiene solución para todo, asegura que aunque él no conozca todos los versos, los hay que dan respuesta a todo.

A mi pregunta sobre el « secret noir », fórmula mágica de origen animista, responde que da buenos resultados pero de corta duración, y que las soluciones mediadas por el Corán son más duraderas.

Por otro lado, la reproducción de los rituales terapéutico-religiosos tiene un importante papel en la construcción identitaria del sujeto migrado a Europa, porque recrea la adscripción al grupo a través de referencias y códigos comunes: los símbolos promueven la cohesión social, las relaciones de poder y estatus, como factores de socialización, proveyendo a los individuos de sistemas de valores, creencias y patrones de comportamiento en un periodo vital crítico como es el correspondiente al proceso migratorio, no únicamente debido a la descontextualización inherente y la necesaria adaptación, si no también por problemas adscritos a la migración como son las difíciles condiciones de vida durante el viaje hasta Europa, el desempleo, la lucha de poder entre esposo y co-esposas frecuentes en la poligamia o la desinserción familiar. En el país receptor el individuo somete su

identidad a renegociación constante: las relaciones de género, el estatus social y la alternancia entre dicotomías tales como tradición y modernidad o pasado y presente, marcan los comportamientos entorno a la salud y la enfermedad (Saraiva, 2008).

En esta situación los enlaces transnacionales evitan la partición de los migrantes que viven dentro de dos o más arenas, estableciendo un doble compromiso, entendido como el amplio abanico de situaciones sociales y relaciones en las que el migrante debe confrontar y conciliar fuerzas de uno y otro país, de manera que acaban constituyendo un mismo campo social (Grillo, 2008)

Transnacionalidad e identidad

Transnacionalidad e identidad suponen dos conceptos yuxtapuestos. El transnacionalismo a menudo supone una reformulación de las relaciones de género, dado que la mayoría de países de origen se caracterizan por una marcada división laboral de género mientras que en el país receptor la mujer se encuentra ampliamente inserta en el mercado, con la consiguiente modificación en la repartición de tareas domésticas, del poder económico y por tanto, de la toma de decisiones dentro del núcleo doméstico. Por otro lado, obliga a articular, codificar y re-codificar un amplio rango de identidades, definiéndose y redefiniéndose, tomando como puntos de referencia las representaciones de ambas sociedades, la de origen y la receptora.

En este sistema referencial no debemos olvidar que la mayoría de la población migrada, de origen rural y bajos niveles de escolarización, dispone de muy pobre información sobre identidad africana o sobre ideales panafricanistas, con lo cual, dentro de esta construcción identitaria tiene gran peso la visión que la población del país receptor, tiene de África, mediada por la otredad basada en estereotipos y ideas erróneas que nacen del episodio de la esclavitud, el colonialismo, a demás de las mediadas por los medios de comunicación y ONGs que contribuyen a deformar los referentes en los cuales se ancla el migrante a la hora de construir su propia identidad, al emitir mensajes de devastación y dependencia. La raza es también un elemento a tener en cuenta, muy visible en el caso de la población africana (Gilroy, 1993). Este conjunto de formas nacionales y globales de identificación del otro, en este caso del “negro” bajo un contexto histórico y contemporáneo, no sólo construye la idea de la sociedad receptora respecto al migrante sino que se constituye en tejido referencial en la construcción identitaria del migrante africano.

F. Ceessay, estudiante gambiano recientemente llegado a Lleida para realizar parte del 4º curso de Fisioterapia en la Universitat de Lleida, adscrito al proyecto Fisiáfrica, me contaba estupefacto cómo durante su primer día en la ciudad, al identificar a gambianos y senegaleses en las calles, se había dirigido a ellos en la lengua local, wolof y había obtenido por respuesta desconfianza, silencio o bien respuestas en las lenguas coloniales, francés, inglés o español. Probablemente tal reacción supone una expresión del mencionado proceso identitario.

Globalización y redes transnacionales de salud

El término globalización pone de relieve la descentralización y desterritorialización como características de la interconectividad (Faist, 2000) manteniendo una estratificación económica y geometrías de poder globales.

Por otra parte, el origen del término transnacionalismo parte del campo de la economía, usado para describir compañías que actúan a nivel internacional, este término obtuvo gran éxito en investigación durante los años 90, incorporándose en los estudios antropológicos centrados en los procesos migratorios para describir cómo los emigrantes mantienen enlaces sociales a través de las fronteras (Basch, 1994) (Levitt, 2004)

Ambos conceptos, junto con el cambio tecnológico y los procesos de descolonización, adquieren una particular intensidad a escala global a finales del S XX, con una importante repercusión en el campo de la salud, principalmente en la toma de decisiones individuales y colectivas entorno a la salud (Thomas, 2010) y que se traduce en la emergencia de redes transnacionales de salud a través de las cuales circulan dinero, bienes necesarios para las ceremonias y la buena suerte, prácticas terapéuticas, cosmovisiones y representaciones sobre salud, enfermedad y curación, así como espíritus que establecen puentes entre África y Europa. Estas actividades entorno a la salud que tienen lugar entre Europa y África, incluyen contactos formales e informales que tienen como fin colaborar tanto a nivel financiero como práctico en el proceso de curación, en la búsqueda del tratamiento más óptimo (Mitchell, 1969) (Rogers, 1995).

La enfermedad dispara mecanismos de intercambio entre amigos y familia: dinero y medicinas, tanto biomédicas como de herboristas africanos. talismanes y otras manipulaciones espirituales. El

tratamiento es discutido por teléfono y la población viaja a sus países de origen para realizar prevención o tratamiento: es lo que Janzen llama “Fábrica social de salud” (Janzen, 1992).

El caso de Abdoul Ansou Coly, de 47 años, natural de Zirganchor y de etnia Djola, de Senegal, es una muestra:

Abdoul tuvo un accidente, fruto del cual fracturó su pié derecho, acude al servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santa María de Lleida desde hace semanas.

Cuenta que llamó a su familia para explicar que no enviaría remesas durante un tiempo porque no podía trabajar a causa de la fractura que aquejaba. Su familia fue a visitar a un *sorcier* para que les dijera si se resolvería el problema de salud.

Este caso muestra cómo la consulta que determina la toma de decisiones tiene carácter bidireccional y no obedece únicamente a la preocupación fruto del afecto, sino también del interés económico y la solidaridad familiar obligada en que se basa la institución de la remesa.

Ante mi insistencia en la distinción entre *sorcier*, *feticheur* y *marabout*, Abdul asegura que todo es lo mismo, que el mismo personaje lo hace todo, afirmación que podría responder, bien a una confusión en la categorización, bien al profundo sincretismo de las prácticas empleadas, como muestra el ritual de adivinación que se empleó, a través de conchas de caorí, común en toda la región y interpretando la mancha de agua o vino arrojados al suelo.

Demba Saikou Sonko Sonko, 64 años, Gambia: este hombre, originario de Serekunda, Gambia, cuenta en la actualidad con 64 años, de los cuales, ha pasado los veinte últimos en España. Está recibiendo tratamiento en el Hospital por una fractura de húmero aunque el acusado temblor de sus manos delata un Parkinson galopante.

El accidente lo tuvo en España pero viajó a Gambia para recibir tratamiento por parte de un *marabout* de Bakao que hizo adivinación con caori pero le dijo que nada podía hacer por su recuperación.

El caso que refiere Kokouvi, togolés doctor en sociología y residente en Lleida desde hace años, no difiere: se trata del caso de un conocido suyo, que padecía un trastorno incapacitante en el pie, por el que siguió tratamiento en los hospitales de Lleida por largo tiempo sin resultado, finalmente fue a Ghana, su país de origen y volvió curado.

Como muestran los ejemplos citados, el término “red terapéutica” es cercano a “administración grupal terapéutica”, como proceso negociado entre amigos y familiares, el proceso de la enfermedad, que sitúa a la persona enferma dentro de un proceso social que se pone en marcha, como el sistema de obligación con la familia extensa, ante la enfermedad u otras formas de infortunio (Janzen, 1987).

Otro fenómeno adscrito a estas redes es la presencia de intercambios comerciales de productos medicinales, mediante redes informales en las cuales la circulación de migrantes que viajan al país de origen vehiculizan el transporte de estos recursos.

El Maestro Dembo, al cual ya se citó con anterioridad, cuando alguien viaja a África le pide que a su vuelta le traiga plantas y otros elementos que precisa para la realización del ritual desde África,

Las nuevas tecnologías de información y comunicación (TICs) flexiblemente adaptadas a las circunstancias transnacionales, suponen un medio de difusión de alto alcance geográfico del conocimiento médico y de los comportamientos en torno a la salud, así como de las trayectorias terapéuticas: es el caso del Mercado internacional de plantas terapéuticas africanas presente en Internet.

Los flujos relacionados con la salud muestran la dicotomía entre medicinas tradicionales africanas y medicinas occidentales, puesto que a través de esta red también tiene lugar el envío de medicinas desde Europa a África, especialmente paracetamol, vitaminas y fármacos para el tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes (Saraiva, 2008)

Bienes y espíritus transnacionales. Restricciones

Un componente altamente presente en la práctica terapéutica africana es la realización de ofrendas y sacrificios, dado que en estas sociedades la curación viene mediada por acción sobrenatural, ya sea de Dios en las prácticas de carácter musulmán o cristiano o bien de los espíritus en aquellas adscritas a rituales de religiones tradicionales, aunque, como ya se mencionó, en la mayoría las prácticas terapéuticas se observa un profundo sincretismo entre animismo y las religiones islámica o cristiana. Así pues, el sacrificio de animales constituye un elemento de alta significancia simbólica

como transacción simbólica: sacrificios, sangre y comida ofrecida a los ancestros atraviesa no sólo el mundo de los vivos y el mundo de los muertos sino también la distancia entre África y Europa. En los países receptores existen grandes obstáculos legales y logísticos tanto para la realización de sacrificios como para la obtención de los recursos materiales necesarios para la realización de tales rituales, estableciéndose rituales que podríamos denominar transnacionales porque parte del proceso ritual se realiza en Europa y la práctica sacrificial del mismo tiene lugar en África.

Por otro lado, a menudo el mundo de los espíritus va acompañado de relaciones contradictorias y ambiguas, creando puentes que conectan espacios reales y simbólicos, haciendo al individuo consciente de su doble condición. De alguien que sueña con volver a su tierra algún día.

Respecto a la función de los espíritus transnacionales, Clara Saraiva realizó un muy interesante trabajo sobre una terapeuta tradicional Pepel originaria de Guinea Bissau y radicada en Lisboa, en él muestra la reproducción social observada en el mundo de los muertos, el importante papel del ritual en las crisis vitales relacionadas con el proceso migratorio, los problemas adscritos a el uso de bienes de difícil acceso en Europa durante el ritual, al tiempo que lleva a cabo una rica descripción de la ceremonia terapéutico mágica (Saraiva, 2008).

Institucionalización transnacional

Las políticas internacionales de salud comienzan a mediados del siglo XIX, con la conferencia de París, en 1851 y la posterior fundación de la OMS.

En el año 2008 se crean las Directrices del Parlamento Europeo y el Consejo sobre la aplicación de los derechos sanitarios de los pacientes a través de las fronteras, implementadas en el 2013.

La discusión sobre la movilidad de los pacientes se inicia en 1998 cuando la corte Europea de Justicia añadió gran cantidad de principios ya existentes desde 1971 sobre la aplicación de esquemas de seguridad social hacia las personas empleadas y sus familias a través de la Unión Europea.

Actualmente los estados miembros de la Unión Europea disponen de arreglos nacionales que permiten que las hierbas medicinales se encuentren en el mercado si existe evidencia de su uso tradicional, especialmente en el caso de los suplementos alimenticios traídos por migrantes (Krause, 2008).

Un factor determinante en la ejecución del acto terapéutico es el marco legal nacional vigente en

los países receptores en lo que respecta a los procedimientos terapéuticos, como ocurre con la práctica de la sangría, altamente utilizada en la terapéutica africana, una vez más, sincrética entre animismo y Islam, que cuenta con un alto rechazo por parte de la sociedad occidental a pesar de existir numerosos estudios científicos que evidencian su efectividad en la resolución de numerosos problemas de salud, porque la sociedad de los países receptores carece de esta información especializada (Cao, 2012) (Lee, 2011).

Similar es la situación en la que se encuentra el uso de farmacopea africana, de regulación creciente en los países de origen, este medio terapéutico cuenta con numerosos estudios científicos que explican la acción de los principios activos de los productos vegetales africanos, desembocando incluso en un fenómeno global de biopiratería, consistente en la apropiación, por parte de la industria farmacéutica, de los derechos de propiedad intelectual de los productos tradicionales, traduciéndose en una guerra de patentes . Sin embargo, la población europea no suele acceder a la información especializada que legitima el uso de estos productos, los cuales continúan utilizando los africanos en Europa sólo tras conseguir transportarlos a través del mercado sumergido e informal.

Los productos terapéuticos de origen africano que llegan al mercado en Europa , en tiendas africanas, son básicamente jabones, lociones, cremas, líquidos, tónicos, tés y suplementos, a demás de plantas medicinales. Muchas de estas tiendas consultan telefónicamente a herboristas del país de origen

La farmacopea africana que podemos encontrar en Europa resulta próxima al tratamiento biomédico medicamentoso pero los terapeutas que realizan la primera, comúnmente la emplean acompañada de prácticas espirituales que movilizan fuerzas sobrenaturales, especialmente en las iglesias Pentecostales y los *marabouts*, disfrutando los de París de gran reputación.

Los itinerarios terapéuticos, oportunidades y restricciones médicas en los espacios transnacionales, están supeditados a la legislación de los países receptores, como se ha visto, ocupando un importante lugar los sistemas públicos de salud, organizados a nivel nacional, como ilustra la ley 16/2012, que limita la atención sanitaria de las personas migradas no empadronadas y por tanto actúa sobre el llamado “turismo sanitario” (Kangas, 2010). En base a la ley imperante los terapeutas africanos residentes en Europa se constituyen en redes informales puesto que se trata de terapeutas no titulados según la legislación europea y que a demás tratan no únicamente problemas de salud, sino también de suerte, trabajo, amor, familiar, con un importante papel en la toma de decisiones.

A nivel internacional, las acciones sanitarias se vertebran por las directrices y agendas de cooperación internacional en salud global, bajo un marco de toma de decisiones por parte del donante, que parte a menudo del mismo móvil que en la época colonial, en que las políticas sanitarias iban dirigidas a proteger a la población de la metrópolis y sólo se ampliaba a la población africana por considerarla vector de enfermedad (Saraiva, 2008)

En cuanto a la institucionalización de las redes terapéuticas tradicionales africanas en Europa, en los últimos años se han dado, con creciente presencia, varias formas:

- 1- las asociaciones de inmigrantes
- 2- las iglesias pentecostales y *marabouts*
- 3- las tiendas africanas

Estas instituciones se hallan atravesadas de numerosas relaciones que se convierten en recursos en caso de enfermedad, intercambio éste que refuerza las relaciones sociales, dándoles forma a través de los procesos terapéuticos.

Espacio transnacional de oportunidad

El concepto de “espacios transnacionales” hace referencia a lugares específicos y al mismo tiempo enfatiza la conectividad con otros lugares, significados globales y regimenes políticos, así pues, no hace sólo referencia a características físicas, si no también a amplias estructuras de oportunidad, de vida social e imágenes subjetivas, valores y significados específicos de cada lugar específico. (Thomas, 2010). Se trata de un espacio complejo que consiste no sólo en relaciones horizontales entre estados sino también en relaciones verticales entre actores nacionales, subnacionales, internacionales y no gubernamentales como son la OMS, la ONU o el BM (Tarrow, 2005) e incluye prácticas heterogéneas, artefactos y objetos, conectados con diferentes políticas, regimenes de conocimiento y tratamiento médico a nivel mundial (Hörbst, 1995).

Los espacios terapéuticos de oportunidad promueven múltiples prácticas terapéuticas que incluyen la combinación de diferentes formas de tratamiento: biomedicina, hierbas, pastores y otras prácticas espirituales (Akyeampong, 2006) como muestra el trabajo de Krause, en el caso de la población de Ghana en Londres, que combina el tratamiento del sistema biomédico público con las prácticas de terapia espiritual cristiana y la fitoterapia tradicional africana, demostrando cómo la elección de tratamiento viene dada por la oportunidad en primer lugar, luego por las creencias y cómo tanto el

proceso diagnóstico como el terapéutico están influenciados por las relaciones sociales de la población migrada, tanto en Europa como en España (Krause, 2008) (Mullings, 1984) .

Existen tres áreas clave en las cuales es saliente la emergencia de espacios médicos transnacionales: las nuevas tecnologías, la migración (como canales de circulación de medicinas) y las formas organizativas globales (Beck, 2012) . Cabe destacar el papel de las ONGs y las redes de emigración en la revitalización de las tradiciones terapéuticas: un ejemplo es PROMETRA, organización panafri- cana de medicina tradicional con presencia en numerosos países occidentales, en los que realiza co- laboraciones con instituciones de investigación.

Concretamente, espacio transnacional de oportunidad hace referencia a la estructura triangular de relaciones entre actores estatales, no estatales, instituciones internacionales, y oportunidades que vehiculizan los diferentes actores del sistema, crando “*spatial colouring*” o espacios dinámicos de descontextualización y recontextualización del conocimiento médico a nivel mundial y que determinan itinerarios terapéuticos transnacionales concretos adscritos a redes terapéuticas transnacionales (Thomas, 2010) (Van der Geest, 1996).

Legitimación y economía

Bajo la consideración de la medicina como un espacio de oportunidad al tratarse de una característi- ca cultural que provee de reconocimiento de estatus a una comunidad indígena en el campo político, (Tarrow, 2005) un fenómeno que contrasta, por antagónico al que observamos en la sociedad occi- dental moderna, es el sistema de legitimación de los terapeutas tradicionales africanos migrados a Europa por parte de la población migrada. Observamos que en la escala que establece diferentes grados de confianza en los tradipracticantes, muestra un gran peso el factor económico, ostentando mayor deslegitimación cuanto más altos son los precios marcados por el traditerapeuta. Esta valora- ción es diametralmente contraria a la imperante en la sociedad occidental, en la cual un factor de va- loración es el importe de la minuta del profesional biomédico, siendo los precios altos símbolo de calidad asistencial.

El sistema de valoración común entre la población africana hunde sus raíces en la creencia compari- tada de que el poder curativo tiene carácter sobrenatural, ya sea proveniente de Dios o de los espíri- tus, de manera que el terapeuta es considerado un mero vehículo, obligado, de forma tácita a cobrar por sus servicios la moneda circulante de menor valor o bien según la voluntad del paciente. Par-

tiendo de esta consideración se deduce que aquél que marca lista de precios y especialmente si éstos son altos, realiza el acto terapéutico, más por un móvil económico que divino o movido por la voluntad de curar.

Varios de los entrevistados confirmaron este sistema de valoración, así Abdoul Ansou Coly afirma:

“A los marabouts que se anuncian en España no les conozco y no creo mucho en ellos, la gente cree en las personas de antes, que cobraban la moneda más pequeña circulante”

Esta valoración es común a otros países como en Mali, de manera que aquellos que cobran grandes precios quedan bajo sospecha de obedecer a otros móviles distintos al meramente terapéutico.

En la misma línea Demba Saikou Sonko Sonko declara:

“Aquí no hay marabouts, los que se anuncian no lo son realmente porque cobran mucho dinero”

Hecho que, como ya hemos visto, les deslegitima a ojos del africano.

Esta apreciación explica el hecho de que los papelillos que usan estos profesionales como medio de propaganda y difusión de su trabajo, estén redactados en lengua española, no en las lenguas vernáculas como el bambara o el mandinga. En Europa, el público que acude a estos profesionales son los europeos, no los africanos. Así lo asegura el Maestro Dembo e Ibrahima Tambahou, un miembro de la familia más reputada de “traumatólogos” tradicionales de Gambia, también residente en Lleida.

A parte del factor que supone el precio, se parte de la premisa, entre los migrantes de origen nigeriano, como me explica Jonathan, de etnia igbo, de que aquellos terapeutas que atraviesan el mar, pierden su poder terapéutico, idéntica afirmación se ha obtenido de africanos originarios de África Occidental, que sostienen que el terapeuta, al abandonar el hogar familiar, pierde su capacidad de curar. Esta apreciación podía constituir una vía de protección del secreto y con ello, el negocio familiar basado en la práctica terapéutica.

Otro factor importante en la identificación de qué terapeuta es más poderoso y por qué, es el que éste haya viajado mucho, hecho que, se conviene, genera conocimiento y más poder. Otro es el país de origen: entre la población originaria de África Occidental se comparte que los terapeutas, *marabou-*

ts y *feticheurs* de Mali son particularmente poderosos, dado que a este país se le atribuye gran poder terapéutico y espiritual. Por otro lado encontramos que la población africana migrada considera de mayor poder terapéutico a los terapeutas que residen en el país de origen y los propios terapeutas migrados a Europa valoran a los miembros de su familia, especialmente abuelos y padres, ubicados en el país de origen, como más poderosos que ellos mismos, realizando consultas en caso de encontrarse ante casos de difícil resolución, como muestra el Maestro Dembo:

«Cuando un cliente me hace gastar mucha energía, consulto con mi abuelo, a veces, sin que le llame, le veo en sueños y él me da la clave de la solución que precisa mi consultante.»

Conclusiones.

Muchos son los elementos que contribuyen a dar forma a las redes y espacios transnacionales de salud: legales, morales, simbólicos, económicos y sociales, revelando la geometría de poder de la comprensión de espacio y tiempo (Massey, 1996) . Cabe destacar que los espacios implicados en la salud son dinámicos y responden a las vías que busca la población para resolver sus problemas de salud y que en el contexto migratorio los itinerarios terapéuticos trascienden el campo biomédico, constituyéndose en agencia que contribuye a redefinir la identidad del individuo y su lugar en ambas sociedades, la de origen y la del país receptor.

Resulta de gran importancia entender la relación existente entre los itinerarios terapéuticos seguidos y las representaciones compartidas por la población africana en lo que se refiere a salud, enfermedad y curación, sólo bajo esta mirada es posible establecer puentes que hagan posible una relación de ayuda y cuidado efectivos por parte de los profesionales del sistema institucional de salud y sólo teniendo en cuenta la íntima relación entre magia, religión y terapia, se puede llegar a la comprensión del proceso terapéutico y las prácticas seguidas por la población migrada en Europa.

Bibliografía.

AKYEAMPONG, E.K. (2006) *Disease in West African History*, Akyeampong, E.K. (ed.) Themes in West Africa's History. Oxford: James Currey, 186-207

BASCH, L. G., GLICK SCHILLER, N., BLANC, C. S. (1994) *Nations Unbound: Transnational Projects*, Postcolonial Predicaments and Deterritorialized Nation-States. London, New York: Routledge.

BECK, S. (2012) *Biomedical Mobilities – Transnational Lab-Benches and Other Space-Effects*. In: Michi Knecht, Maren Klotz, Stefan Beck eds., *Reproductive Technologies as Global Form. Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*. Frankfurt/New York Campus, 357-374.

CAO, H., Li, X., & LIU, J. (2012). *An updated review of the efficacy of cupping therapy*. PloS one, 7(2), e31793.

CAPONE, S. (2004) *Religions Transnacionales*. Brussels: Université libre de Bruxelles, Institut de Sociologie.

FAIST, T. (2000) *The volume and dynamics of international migration and transnational social spaces*. Oxford: Oxford University Press.

GILROY, P. (1993) *Black Atlantic: Modernity and Double Consciousness*, Verso.

GRILLO, R. (2008) *Africa < > Europe: A Double Engagement*. Journal of Ethnic and Migration Studies, p. 175-198.

HÖRBST, V., WOLF, A. (1995) *Globalisierung der Heilkunde: eine Einführung*. In: A. Wolf and V. Hörbst, eds. *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche - lokale Antworten*. Münster: LitVerlag: 3-30.

INEZ TUCK, RN. (1984) *Strategies for Integrating African-American Culture into Transcultural Nursing*. Journal of Nursing Education, Volume 23 · Issue 6: p. 261-262.

JANZEN, J.M. (1987) *Therapy management: concept, reality, process*, Medical Anthropology

Quarterly, 1(1): 68-84.

JANZEN, J.M. (1992) *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology*. Boston: McGraw Hill.

KANGAS, B (2010) *Traveling for Medical Care in a Global World*. Medical Anthropology 29(4):344-362.

KRAUSE, K. (2008) *Transnational therapy networks among Ghanaians in London*. Journal of Ethnic and Migration Studies 34(2): 235-251.

LEE MS, KIM J-I, ERNST E. (2011) *Is cupping an effective treatment? An overview of systematic reviews*. J Acupunct Meridian Stud.

LEVITT, P., GLICK SCHILLER, N. (2004) *Conceptualizing simultaneity: a transnational social field perspective on society*. International Migration Review 38(3): p. 1002-1039.

MASSEY, D. (1996) *Power-geometry and a progressive sense of place*. In: JP Bird, B. Curtis, T. Putnam, G. Robertson, and L. Tickner, eds., *Mapping the futures: local cultures, global change*. London, New York: Routledge: 59-69

MITCHELL, J.C. (1969) *The concept and use of social networks*. Social Networks in Urban Situations. Manchester: Manchester University Press, 1-50.

MULLINGS, L. (1984) *Therapy, Ideology, and Social Change: Mental Healing in Urban Ghana*. Berkeley: University of California Press.

RABELAIS, M.F. (1552) *Quatrième Livre des faits et dictz héroïques de Pantagruel*, Paris.

RICCIO, B. (2008) *West African Transnationalisms Compared: Ghanaians and Senegalese in Italy*, Journal of Ethnic and Migration Studies, p. 217-234.

ROGERS, A., VERTOVEC, S. (1995) *The Urban Context. Ethnicity, Social Networks and Situational Analysis*. Oxford and Washington: Berg, 1-33.

SARAIVA, C. (2008) *Transnational Migrants and Transnational Spirits: An African Religion in Lisbon*, Journal of Ethnic and Migration Studies . Volume 34, p. 253-269

TARROW, S. (2005) *The New Transnational Activism*. Cambridge, Cambridge University Press.

THOMAS, F. (2010) *Transnational health and treatment networks: Meaning, value and place in health seeking amongst southern African migrants in London*. *Health & Place*. Volume 16, Issue 3, May , p. 606–612.

VAN DER GEEST, S, WHYTE, S. R., HARDON, A. (1996) *The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach*. *Annual Review of Anthropology* 25:153-178.

VERTOVEC, S. (1999) 'Conceiving and researching transnationalism'. *Ethnic and Racial Studies*, 22(2): 447–62.

VERTOVEC, S. (2001) 'Transnationalism and identity'. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 27(4): 573–82.

<http://prometra-spain.webnode.es/%c2%bfquienes%20somos>