

**IMPACTE DE LA COOPERACIÓ AL DESENVOLUPAMENT
SOBRE ELS SERVEIS D'ATENCIÓ A LA SALUT
DEL CAMERUN**

CENTRE D'ESTUDIS AFRICANS

INTRODUCCIÓ.....	3
CAPÍTOL I.....	9
SALUT I ATENCIÓ A LA SALUT AL CAMERUN.....	9
El sistema biomèdic.....	11
Al marge de la biomedicina.....	16
Complementaritat entre sistemes.....	20
Jerarquització dels sistemes mèdics.....	23
Antagonismes en el món de la salut.....	27
CAPÍTOL II.....	32
COOPERACIÓ, SANITAT I AUTOGOVERN.....	32
Globalització de les polítiques sanitàries.....	33
El cas del Camerun.....	38
Imposició de criteris.....	41
Coordinació i cooperació.....	44
Representativitat qüestionable.....	46
Etnocentrisme i teories del desenvolupament.....	50
Quina participació?.....	52
CAPÍTOL III.....	54
SISTEMA BIOMÈDIC I ECONOMIA.....	54
La sanitat pública.....	55
El problema dels medicaments.....	59
La qüestió del personal.....	62
Sostenibilitat inassequible.....	65
CAPÍTOL IV.....	68

ESTAT I SANITAT	68
Sanitat i control social.....	68
Normalitat inassolible.....	72
Desenvolupament sanitari i precarietat.....	76
CAPÍTOL V	78
SALUT I QUALITAT DE VIDA	78
L'alimentació.....	78
Habitatge i urbanisme.....	80
L'aigua i el sanejament.....	81
CAPÍTOL VI	86
SANITAT I FACTORS SOCIOCULTURALS	86
Sistema sanitari i identitat.....	90
Salut i comunitat.....	92
Els actors no estatals.....	95
El qüestionament de les ONGs.....	98
CONCLUSIONS	103
BIBLIOGRAFIA	107
FEINA REALITZADA	116
Principals entrevistes realitzades.....	116
Reunions col·lectives realitzades.....	117

INTRODUCCIÓ

El Centre d'Estudis Africans, amb el suport de la Generalitat de Catalunya, ha realitzat en els darrers anys algunes avaluacions de projectes de cooperació duts a terme amb finançament català en diferents països del continent africà. El present estudi és tributari d'aquelles recerques, però alhora vol iniciar una nova línia d'anàlisi, destinada a valorar la cooperació al desenvolupament des d'una òptica més holística. Treballar des de l'òptica del projecte comporta alguns avantatges notables (permet obtenir una visió de detall dels processos de transformació d'un indret determinat), però alhora comporta unes limitacions òbvies (no permet analitzar les dinàmiques a llarg termini, o els fenòmens socials d'àmbit nacional, continental o mundial).

Aquest informe pretén oferir una visió global de l'impacte del conjunt de la cooperació sanitària sobre els serveis destinats a millorar la salut dels camerunesos. La cooperació al desenvolupament en l'àmbit de la salut forma part dels interessos centrals de la Generalitat de Catalunya en matèria de desenvolupament, i el Camerun és un dels països prioritaris segons el Pla Director de Cooperació.¹ A més, diferents entitats catalanes, des de fa més de 30 anys, han dut a terme projectes al Camerun, alguns d'ells en la vessant sanitària (en algun cas, recolzats per la Generalitat).

Per a la realització d'un estudi en profunditat sobre aquest subjecte es va considerar necessari no assumir els paradigmes del desenvolupament ni de la biomedicina (la medicina sorgida d'Occident, basada en anàlisis de tipus biològic). Els principis de la teoria del desenvolupament són bàsicament etnocèntrics,² ja que parteixen de la base d'un "retard" de certes poblacions que cal que "evolucionin" per arribar a estadis "superiors" com els assolits per Occident. Per a una veritable comprensió de les dinàmiques socials dels països africans cal desprendre's d'aquesta càrrega de prejudicis i analitzar totes les realitats socials en un mateix pla.³ Encara que els organismes internacionals, com el Banc Mundial, han pretès en els darrers temps incorporar als seus anàlisis i estudis el "factor cultural", en

realitat no han tingut gaire èxit en fer-ho, perquè es partia d'una visió "desenvolupista", incompatible amb el relativisme cultural.⁴

En el present estudi tampoc es podia assumir el paradigma biomèdic, perquè en aquest cas s'haguessin menystingut les visions de la salut incompatibles amb aquest paradigma (que estan àmpliament esteses al Camerun). La biomedicina ha estigmatitzat a la resta de pràctiques mèdiques, a les que sempre ha atribuït efectes negatius (ja que mai no s'ha preocupat de valorar-ne els efectes positius).⁵ Per a que l'estudi donés veu a totes les pràctiques mèdiques del Camerun, hem optat per analitzar la malaltia, no com un ens autònom, desvinculat de la societat, sinó com un model interpretatiu de la realitat.⁶ És més, s'han volgut estudiar els sistemes mèdics no només com sistemes de coneixement i de teràpia, sinó també com sistemes socials, ja que constitueixen en si mateixos una expressió del conjunt social i de les relacions que s'estableixen en el seu si.⁷

Per a la realització d'aquest treball s'ha recorregut al bagatge teòric de l'antropologia mèdica. S'havia plantejat la possibilitat d'usar primordialment l'antropologia del desenvolupament, però aquesta opció s'ha rebutjat, ja que en molts casos aquesta subdisciplina només ha actuat com a auxiliar de les accions de cooperació, assumint de forma acrítica el paradigma del desenvolupament. Tot i que hi ha un alt nombre d'antropòlegs que treballen en organismes internacionals i en organitzacions no governamentals (ONGs), en molts casos usen l'antropologia com una eina d'intervenció al servei de teories no generades per antropòlegs (de fet, sovint renuncien a l'anàlisi de la situació sociopolítica de la població, i consideren les estratègies de desenvolupament com una qüestió aliena als conflictes socials).⁸

Malgrat tot, emprar l'antropologia mèdica també implicava algunes dificultats. La majoria dels antropòlegs mèdics que treballen en col·laboració amb el sistema biomèdic han estat capòats per aquest i han assumit el seu paradigma.⁹ En realitat, la seva funció en el sistema mèdic sovint és marginal, perquè estan subordinats en l'escala jeràrquica al personal biomèdic i tan sols se'ls reserven tasques de mediació amb els pacients; és més, en ser pagats per una institució biomèdica, s'han de plegar a les exigències d'aquesta.¹⁰ Tot i que en teoria molts antropòlegs propugnen la col·laboració entre sistemes mèdics, sovint són contractats amb un sol objectiu: que incrementin el percentatge de població que recorre a la biomedicina.¹¹ L'antropologia mèdica, que té una llarga tradició d'estudis de les

medicines "tradicionals", sovint ha renunciat a aplicar la seva anàlisi específica a la biomedicina, i ha deixat aquest camp en mans de la salut pública, que emprava tècniques i mètodes ben diferents.¹²

Per a la realització d'aquest estudi s'ha recorregut, bàsicament, a un treball bibliogràfic. A la lectura sistemàtica de la bibliografia sobre els sistemes de salut al Camerun, se li ha afegit l'anàlisi de desenes d'estudis inèdits sobre la sanitat camerunesa (en bona part, localitzats a la biblioteca de l'Organització Mundial de la Salut a Yaoundé). Part d'aquests textos eren treballs acadèmics de disciplines diferents (medicina, infermeria, antropologia mèdica, sociologia...); molts d'altres eren consultories sobre projectes de cooperació de diferents tipus (multilaterals, bilaterals, d'ONGs...). S'ha completat aquesta tasca bibliogràfica amb el seguiment per part del consultor de sis projectes de tipus diferent, situats a tres indrets amb característiques sociològiques ben diverses:

- * Un projecte estatal de gran abast que compta amb el suport de diferents donants, tan bilaterals com multilaterals: el Pla Estès de Vacunacions.
- * Un projecte impulsat per una associació camerunesa que compta amb el suport d'ONGs europees: el projecte Santé-Pygmées a l'àrea de Bipindi.
- * Un projecte impulsat per una associació religiosa i que ha comptat repetidament amb ajudes de la cooperació oficial espanyola i de diverses organitzacions de cooperació espanyoles i mexicanes: l'hospital de Sant Joan de Déu de Batibo (també s'han visitat i analitzat les instal·lacions annexes).
- * Un projecte nou impulsat per un orde religiós espanyol amb suport de diferents ajudes exteriors: el Centre de Salut d'Nkol Bisson (a Yaoundé).
- * Un projecte impulsat per l'església local i autogestionat, però que va comptar amb suport de la cooperació exterior en el moment de la seva implementació: el Centre de Salut del barri Briqueterie (a Yaoundé).
- * Un projecte impulsat per ONGs catalanes al llarg d'alguns anys i que en aquest moment funciona tan sols amb la contrapart local: l'hospital de Logbikoy.

Els projectes visitats estan situats a 3 zones diferents, on les dinàmiques socials són ben diverses: els bagyeli (pigmeus) constitueixen una de les societats cameruneses amb menys tendència a acceptar les estructures sanitàries en vigor. Batibo és situat al Nord-oest, una regió anglòfona on les estructures d'Atenció Primària de Salut quallen millor que a la resta del país. En canvi, a les ciutats, amb majors recursos, els centres sanitaris tendeixen a obtenir resultats més positius que als pobles, però els comitès de salut sovint són inoperants.

Cal destacar que el consultor ha trobat importants problemes a l'hora de realitzar el present estudi:

1. Malgrat la forta despesa que realitzen els donants en consultories i estudis sobre cooperació, els materials disponibles eren molt fragmentaris i sovint de poca qualitat. El fet que siguin els finançadors els que encarreguin aquestes anàlisis fa que la seva atenció es fixi sempre en un projecte determinat. Manquen visions de conjunt sobre la cooperació i, alhora, manquen consultories a llarg termini en les que es valori la sostenibilitat dels projectes finalitzats fa anys. A més, bona part dels informes resten a mans dels seus promotors i no són consultats ni emprats per d'altres organitzacions humanitàries, que podrien beneficiar-se de les seves reflexions. D'aquesta forma, tot i que en l'actualitat es disposa de mitjans d'anàlisi de molts projectes de cooperació, manquen eines per valorar l'impacte real de les accions de cooperació sobre el desenvolupament del país. Les dades ofertes en aquest estudi, doncs, sovint seran parcials i en ocasions no seran representatives del conjunt del Camerun, però tenen un innegable valor orientatiu.
2. La cooperació, en oferir condicions privilegiades als professionals del sector sanitari, limita la seva capacitat de crítica. Un alt nombre de responsables mèdics cobren sous o sobresous dels organismes d'ajuda i, per tant, la seva posició front a aquests és, si més no, ben ambigua. Aquells camerunesos que participaven en projectes de cooperació mostraven fortes reticències a formular qualsevol crítica a aquests. L'única forma de trencar aquestes reticències hagués passat pel recurs al treball de camp o a les entrevistes en profunditat, però per manca de temps aquestes tècniques no van poder ser emprades.

3. Els estudiosos dedicats a la temàtica del desenvolupament depenen dels finançadors tant com el personal mèdic. Per això, i per manca de temps, no va ser possible obtenir la cooperació d'antropòlegs mèdics camerunesos; aquests sovint es mostren reticents a criticar les organitzacions i els projectes que els aporten bona part del seu sou.

4. El fet de presentar-se de part d'un possible donant interfereix en la recerca. El consultor era percebut per molts entrevistats com un possible pont cap a nous donants; per tant, les opinions que se li oferien tenien un to clarament propagandístic. Molts dels entrevistats feien patent una clara predisposició a col·laborar amb un representant dels donants (mostrant-li els projectes, entrevistant-se amb ell...), però aquesta col·laboració semblava molt poc sincera.

CAPÍTOL I

SALUT I ATENCIÓ A LA SALUT AL CAMERUN

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en principi, defineix la salut com un "estat de benestar físic, mental i social, i no una simple absència de malaltia". Aquesta definició, que ens servirà per a la realització del present estudi, generalment no és utilitzada a nivell pràctic per l'OMS i per la majoria dels "experts" en cooperació. La majoria dels "tècnics" en desenvolupament mostren una preocupant tendència a treballar només en funció d'indicadors quantitativs, que permeten fer estadístiques comparatives però que en cap cas reflecteixen "estats de benestar físic, mental i social". En realitat, des dels organismes internacionals es tracta de reduir la salut a una "normalitat estadística", una qüestió científica empírica basada en els paradigmes de la biomedicina.

En realitat, cal constatar que al Camerun els valors de la cultura occidental no són hegemònics; no es tracta d'un problema de "retard" ni "d'incultura", sinó que, senzillament, hi són presents d'altres formes de concebre l'individu, el món i, òbviament, la salut. Inclús molts camerunesos formats en la cultura occidental en certs casos prescindeixen de la biomedicina i se serveixen d'altres sistemes mèdics.¹³

Per a la majoria de camerunesos, la salut és un camp molt ampli, ben diferent de l'establert per la biomedicina. Els problemes econòmics, l'incest, el mal d'ull o la mala sort són considerats problemes vinculats a la salut, perquè posen de relleu problemes entre l'individu i el món que l'envolta. No hi ha un clar límit entre mal, malaltia, fracàs i mala sort. No és estrany que es confongui la malaltia mental amb la indigència.¹⁴ Per a la població d'ètnia beti i fang, dins la categoria de malalties parasitàries s'hi troben els cucs intestinals i els "cucs" que els enemics introdueixen al cos d'una persona mitjançant la bruixeria per menjar-li el cor o el fetge¹⁵ (òbviament, la medicina no reconeix aquestes "patologies"). En alguns casos, als afectats per problemàtiques familiars o econòmiques se'ls apliquen els mateixos tractaments terapèutics que als afectats per malalties físiques

(com el ritual *soo fang*).¹⁶ A més, les malalties no sempre són classificades de la mateixa forma. Allò que la biomedicina classifica com diferents tipus d'una mateixa afecció, en algunes societats cameruneses pot ser considerat com malalties diferents; un bon nombre de casos de sida són classificats com *kong* (un tipus de bruixeria).¹⁷ Tot i que els professionals de la biomedicina camerunesos acceptin els principis d'aquesta disciplina, actuen de forma diferent als seus col·legues occidentals, perquè parteixen d'un codi de valors diferent; per exemple, és molt freqüent que els metges es neguin a oferir resultats positius del test de VIH/sida, perquè consideren que al malalt li afecta negativament el saber que pateix un mal inguarible.¹⁸ Els psiquiatres camerunesos, com la majoria dels seus conciutadans, creuen que l'homosexualitat és una malaltia.¹⁹ Als anys noranta molts infermers i auxiliars de clínica impedièn que es vacunés a les seves filles, perquè es va difondre el rumor que les vacunes tenien una finalitat esterilitzant...²⁰

En el procés de preparació d'aquest estudi es va constatar que era ben difícil treballar sobre diferents conceptes de salut, que comprenien aspectes molt dispersos de la realitat (feina, relacions sentimentals, fertilitat, benestar econòmic, problemes biològics, desordres psicològics, tensions familiars...). Descriure l'estat de salut de les poblacions en base a una determinada definició de salut era decantar-se per aquesta i, per tant, atorgar la primacia a una certa visió de la salut. És per això que es va optar per una opció metodològica més simple, però alhora més efectiva i més delimitable: estudiar els diferents serveis oferts als camerunesos per fer front a allò que ells consideren els seus problemes de salut.

Cal constatar que, al Camerun, s'hi ha constituït un autèntic "mercat de la salut" en el que hi competeixen la biomedicina (amb característiques específiques del sector públic, del privat no lucratiu, del privat empresarial i de l'informal) i diversos sistemes no biomèdics. En aquest mercat s'hi ofereixen medicines tradicionals ben diverses (ja que al Camerun hi ha centenars d'ètnies i diverses tradicions mèdiques molt diferents), nous medecinaires inspirats en la medicina tradicional, esglésies cristianes especialitzades en curacions, esglésies inspirades en la tradició com el *bwiti* dels fang, marabús islàmics, practicants de la medicina xinesa, medicines alternatives derivades de les influències occidentals...²¹ És evident una clara tendència al pluralisme mèdic.²²

Això no vol dir que l'atenció a la salut estigui sotmesa a l'atzar, a sacsejades anàrquiques sense lògica interna. Els camerunesos trien entre un sistema sanitari o un altre en funció, no només dels seus recursos, sinó també del seu concepte de malaltia, de valoracions objectives sobre el funcionament de cada xarxa sanitària, del valor social que atorguen al professional de la salut... La tria d'un sistema no sempre és definitiva; els pacients que no troben satisfacció en un tipus de cura inicien "itineraris terapèutics" per cercar solució als seus problemes; l'elecció de les cures successives no és arbitrària, sinó que segueix unes lògiques ben definides.

El sistema biomèdic

Tot i que el pluralisme domina el panorama mèdic camerunès, la biomedicina té una presència molt significativa al Camerun. Durant el període colonial es va viure un procés intens de medicalització, que fins i tot va arribar a zones rurals reculades a través d'equips sanitaris mòbils. L'Estat camerunès va heretar les xarxes mèdiques colonials i fins i tot va ampliar-les. Cal constatar que en els primers anys d'independència, gràcies a les mesures sanitàries del govern, es van donar passos significatius en l'àmbit de la salut: la mortalitat infantil va baixar i l'esperança de vida va augmentar.²³ Però en els darrers temps la biomedicina està topant amb greus problemes. La crisi econòmica va provocar un deteriorament de la sanitat pública i un encariment de l'accés als serveis biomèdics, que a la llarga va repercutir en un augment de la mortalitat infantil (tot i que segueix essent menor que en el moment de la independència).²⁴ A més, han aparegut resistències als antipalúdics i antibiòtics més comuns, i la major part de la població no té accés als fàrmacs alternatius (molt més cars). En els darrers lustres s'han difós malalties fins ara poc presents, com l'hipertensió, la diabetis o els càncers²⁵ (el tractament d'aquestes malalties resulta molt costós i no és a l'abast de la majoria dels camerunesos). Per altra banda, el sistema biomèdic s'ha vist incapaç d'aturar l'endèmia de la sida, que als anys noranta es va difondre a gran velocitat (al 2001 ja es xifrava en 53.000 el nombre de morts per la malaltia, d'entre 15 milions d'habitants; el percentatge de seropositius girava entorn al 11 %).²⁶ Als països desenvolupats la biomedicina s'ha anat vinculant a tecnologies extremadament cares; la majoria de les noves recerques mèdiques no són aplicables a l'Àfrica, ni a curt ni a mitjà termini. Als anys seixanta i setanta es confiava en què l'extensió progressiva del model

biomèdic podia conduir a una millora significativa de la salut de les poblacions africanes, en l'actualitat es posa molt més en dubte la possibilitat d'avenços significatius. La biomedicina al Camerun tendeix a fixar-se objectius menys ambiciosos, com la prevenció de la sida o el combat contra les malalties infeccioses.

El sistema sanitari públic és valorat molt negativament pels camerunesos. A causa de la crisi han minvat els recursos destinats a la sanitat pública, les infraestructures s'han deteriorat, els salaris del personal mèdic han caigut i ni tan sols es pot garantir la neteja dels centres (malgrat tot, alguns d'aquests problemes ja es detectaven abans de l'inici de la recessió econòmica).²⁷ El tracte del personal mèdic envers els pacients és sovint agressiu i poc professional.²⁸ El Camerun disposa d'1 llit d'hospital per cada 400 habitants (una mitjana molt superior a la d'altres països africans), però en realitat només una quarta part dels centres sanitaris són realment operatius²⁹ i moltes de les estructures sanitàries públiques estan subutilitzades.³⁰ Malgrat tot, el sector públic segueix ocupant un lloc dominant en l'àmbit de la salut, ja que en ell s'hi concentra el 51 % de la despesa sanitària³¹ (en bona part, malgrat tot, són els pacients i no pas l'Estat qui es fa càrrec d'aquesta despesa, ja que la majoria dels serveis són de pagament). Un dels factors que valoren més positivament els malalts dels hospitals públics és la presència de bons metges.³² En canvi, els centres de salut i posts de salut són molt criticats, perquè el Ministeri de Sanitat destina molt poc pressupost al nivell perifèric, a les zones rurals (tot i que des de fa anys el govern preveu un augment significatiu d'aquestes partides, que seria indispensable per al complet desplegament de la xarxa d'atenció primària de salut).³³

El sistema públic, a partir de la crisi dels anys vuitanta, va ser incapaç de cobrir les necessitats de la població a tot el país. Amb el suport de l'UNICEF i de l'OMS el govern va decidir impulsar el sector sanitari privat no lucratiu, integrat bàsicament per serveis confessionals (i per unes poques ONGs no religioses que intervenen en matèria sanitària; les mutualitats sanitàries impulsades per l'administració no van tenir gaire ressò).³⁴ La col·laboració amb el sector privat va ser considerada la sortida més econòmica als problemes de salut pública del país.³⁵ En realitat en els darrers lustres s'ha viscut un procés de "balcanització" dels serveis sanitaris, en el que el Ministeri de Sanitat ha anat cedint el lideratge en l'àmbit de la salut i en moltes zones s'ha vist relegat a un status d'observador.³⁶ Fins i tot els centres sanitaris públics depenen en bona mesura dels recursos que siguin

capaços de generar mitjançant el cobrament de medicaments i serveis.³⁷ L'Estat inclús ha cedit a les esglésies desenes de centres de salut de referència (els dispensaris que atenen a la població de tot un districte sanitari i que supervisen la xarxa d'atenció primària de salut a la zona). Algunes ONGs religioses, com a contrapartida a la seva col·laboració amb l'Estat, han exigít que aquest els atorgués el monopoli sanitari a la seva zona d'actuació.³⁸ Però també hi ha constància que, en algun cas, com a Tokombéré, l'Estat ha volgut convertir un dispensari confessional en centre de referència sense oferir cap contrapartida; el Ministeri de Sanitat fins i tot va intentar no veure's implicat en la responsabilitat de gestionar el centre.³⁹

El sector privat no lucratiu concentra el 30,5 % de la despesa mèdica camerunesa.⁴⁰ Els malalts gasten més als dispensaris i hospitals confessionals que als públics. Als centres confessionals s'hi concentra el 23 % de la despesa sanitària de les llars cameruneses, front a només un 14,6 % en la sanitat pública (tot i que hi ha més centres públics que confessionals).⁴¹ La xarxa catòlica, més centralitzada que l'evangèlica,⁴² disposa de 190 centres sanitaris (entre ells 8 hospitals); les esglésies protestants compten amb 147 centres sanitaris (i 28 d'aquests són hospitals).⁴³ La principal ONG camerunesa, Ad Lucem, gestiona 7 hospitals i 11 centres de salut.⁴⁴

Els serveis confessionals tenen fama de tenir major qualitat (especialment al sud del país).⁴⁵ El seu personal sol tenir una formació millor que els dels centres de salut públics; a més, són supervisats de forma més estricta i solen donar una millor acollida als malalts. Els centres religiosos gaudeixen de més recursos, i per tant el seu manteniment és més acurat i poden disposar de millors equipaments. Aquests centres solen presentar-se com un model de bona gestió dels recursos; això és cert tan sols parcialment: sovint gaudeixen de nombroses ajudes exteriors que són determinants per al seu bon funcionament, però que no són comptabilitzades com ingressos (donacions de fàrmacs i material paramèdic, visites periòdiques d'especialistes, construcció d'infraestructures de qualitat, finançament per a vehicles...).⁴⁶ La majoria dels centres sanitaris confessionals, catòlics i protestants, no discriminen als malalts en funció de les seves creences, però és freqüent que s'intenti evangelitzar als pacients (per exemple, fent xerrades religioses a aquells que acudeixen a les consultes).⁴⁷

El sector privat lucratiu només és a l'abast d'una minoria dels ciutadans. Per això, malgrat els seus elevats preus, tan sols concentra un 6,9 % de la despesa mèdica camerunesa⁴⁸ (o bastant menys, segons d'altres estadístiques).⁴⁹ Algunes grans empreses disposen de dispensaris o mutualitats per als seus empleats, però aquests organismes tan sols beneficien a una minoria de la població.⁵⁰ Hi ha alguns professionals competents que exerceixen la medicina de forma particular i ofereixen als malalts una acollida molt millor que els centres públics⁵¹ (de fet, alguns metges que atenen de forma poc acurada a hospitals i dispensaris, deriven als malalts amb més recursos cap a la seva consulta privada, on són tractats correctament). Malgrat tot, hi ha pocs centres privats que disposin de tecnologia sofisticada i que puguin oferir serveis biomèdics de gran qualitat (gairebé totes les iniciatives al sector són de caire individual). Hi ha moltes "clíniques" que disposen de menys d'una desena de llits; malgrat tot, els pacients s'hi senten millor acollits que als centres públics. Bona part dels que exerceixen activitats biomèdiques al sector privat no són metges, sinó infermers o auxiliars de clínica, alguns dels quals actuen al límit de la legalitat (o fins i tot de forma completament il·legal).⁵² La majoria dels infermers han estat formats per actuar com auxiliars dels metges però treballen de forma autònoma com "infermers privats" (al marge de les seves competències reals), perquè no troben feina o perquè tot i tenir-la, volen obtenir un sobresou.⁵³

La venda de medicaments constitueix un negoci altament lucratiu, ja que el 53 % del pressupost domèstic reservat a sanitat es destina a la compra de productes farmacèutics a les farmàcies o als venedors ambulants.⁵⁴ Els camerunesos tenen una visió molt medicalitzada de la biomedicina, i demanen medicaments per a tot: per curar-se les malalties, però dormir, per estudiar, per no beure més, per animar-se...⁵⁵ El conjunt dels hospitals i centres de salut del país té uns ingressos per vendes de medicaments inferiors als de les grans farmàcies.⁵⁶ Però els medicaments sovint es distribueixen també mitjançant xarxes informals (establiments no-especialitzats que també venen fàrmacs, venedors ambulants especialitzats en medicaments o fins i tot venedors ambulants que venen fàrmacs entre d'altres productes).⁵⁷ Es poden comprar medicaments, de forma incontrolada, al carrer o fins i tot a la porta dels dispensaris.⁵⁸ Es calcula que el 40 % del mercat de fàrmacs no passa per les farmàcies.⁵⁹ Els malalts solen recórrer a aquestes xarxes en cas de malalties lleus. En realitat, el malalt aprecia la figura del venedor ambulat perquè assessora sobre

els millors productes, mostra la seva solidaritat amb el pacient i li infon esperança (evidentment, l'atenció sol ser molt més personalitzada que en el sector públic).⁶⁰ En alguns casos els "farmaciens de rue" poden tenir un nivell d'estudis més alt que els empleats de les farmàcies (que també assessoren als clients quan el farmacèutic és absent).⁶¹ Els venedors ambulants sovint venen preservatius. Són molts els clients que acudeixen a ells als barris i a les zones d'ambient de les ciutats per obtenir-ne; per tant, juguen un paper destacat en la lluita contra la sida.⁶² També és molt freqüent cercar-los per guarir-se les malalties de transmissió sexual, ja que hi ha pacients que no gosen exposar aquests problemes al metge o al farmacèutic.⁶³

Els "farmaciens de rue" compren part de la seva mercaderia a les farmàcies,⁶⁴ però també s'abasten mitjançant distribuïdors il·legals,⁶⁵ que usen el Camerun com escala en el contraban de fàrmacs cap al Gabon, cap a Centreafrica i cap a la Guinea Equatorial.⁶⁶ Els farmacèutics del sector formal acusen als venedors del sector informal de vendre medicaments en mal estat i de distribuir fàrmacs falsos (imitacions de fàrmacs existents elaborades per laboratoris il·legals, majoritàriament a Nigèria). Una minoria dels fàrmacs venuts al carrer són il·legals; la majoria són productes elaborats per multinacionals farmacèutiques.⁶⁷ Però no és estrany que els "farmaciens de rue" vinguin medicaments caducats o conservats a temperatura inadequada⁶⁸ (també hi ha alguns farmacèutics del sector formal que no respecten estrictament les normes de conservació dels medicaments). Al Camerun hi ha constància d'una gran circulació de medicaments falsos. El "Réseau Médicaments et Développement" va analitzar 429 mostres de fàrmacs al Camerun i a dos països africans més: 73 van resultar incorrectes (contenien dosis superiors o inferiors a les indicades, o fins i tot no disposaven de principis actius); alguns d'ells podien resultar nocius per als malalts. Fins i tot s'ha detectat la venda de falsos antiretrovirals.⁶⁹ Els medicaments incorrectes, al Camerun, eren distribuïts mitjançant xarxes informals; el Réseau xifrava en un 24 % els medicaments venuts al carrer que no acomplia les condicions mínimes (segons altres fonts tan sols es tractaria del 19 %).⁷⁰

Amb freqüència els camerunesos recorren a l'automedicació, malgrat les campanyes del Ministeri de Sanitat en favor de "l'ús racional dels medicaments".⁷¹ La majoria dels tractaments que se subministren els pacients són adequats i són ràpidament completats amb una consulta mèdica en cas de fracàs de l'automedicació. La malaltia més comuna al país és

el paludisme, i la població sol emprar als antipalúdics i als antipirètics de forma automàtica en cas de sentir malestar (una tria encertada, des del punt de vista farmacèutic). Moltes famílies no duen els seus fills al metge en cas de febre (com recomana el Ministeri de Sanitat), però el tractament que atorguen a l'infant en la majoria dels casos és correcte.⁷² Malgrat tot, és elevat el percentatge de persones que usen de forma incorrecta els medicaments. Molts prenen dosis insuficients, d'altres concentren diverses dosis en una sola presa; per manca de recursos molts d'altres interrompen el tractament abans de completar-lo (i això acaba provocant greus problemes de salut pública, com l'aparició de resistències als antibiòtics).⁷³

Al marge de la biomedicina

El recurs a la biomedicina no implica l'acceptació dels seus paradigmes. Bona part de la població que recorre a la biomedicina interpreta els remeis d'aquesta des d'un punt de vista "tradicional"⁷⁴ (és freqüent, per exemple, que s'associï el color i la mida d'una píndola a les seves propietats terapèutiques). Els mecanismes de legitimació dels diferents sistemes mèdics acaben fontent-se: hi ha medecinaires que utilitzen en les seves teràpies la creu o l'alcorà, hi ha metges que assegurin posseir poders místics, molts medecinaires usen bata i fonendoscopi i fan dir-se doctor, a les consultes "tradicional" s'hi prescriuen fàrmacs, alguns auxiliars de clínica actuen alhora com medecinaires, molts infermers camerunesos practiquen l'acupuntura, s'obren "clíniques" de "medicina tradicional"...⁷⁵ De fet, en llengua fang, medicament s'anomena *biang*, però el terme *biang* s'aplica a tot allò que té poders màgics, positius o negatius (per exemple, als productes emprats en bruixeria).⁷⁶ Hi ha pacients que desconfien de les visites de sacerdots als malalts perquè els consideren capaços de provocar malalties...⁷⁷ És fàcil combinar l'acceptació dels paradigmes biomèdics amb la creença amb la bruixeria; per a molts camerunesos, les malalties tenen un origen orgànic (com estableix la biomedicina), però algú amb mala intenció les "envia" als seus enemics.⁷⁸

Al Camerun s'hi exerceix un gran nombre de pràctiques terapèutiques al marge de la biomedicina. Una enquesta realitzada al districte de Fundong, a la província de l'Oest, va posar de manifest que tan sols el 24 % de la població s'oposava a les pràctiques no biomèdiques, front a un 63 % que les aprovava (encara que el 91 % dels enquestats, en

principi, creien millor la biomedicina).⁷⁹ D'entre els enquestats que recorrien a teràpies no biomèdiques, el 33,3 % optaven pels medecinaires, el 16,6 % pels endevins, el 15,3 % pels venedors ambulants de medicaments, el 10 % pels bruixots, el 6,6 % pels exorcistes, el 6 % pels grups de pregària cristians, el 5,3 % pels especialistes en sacrificis d'animals i el 4 % resolien els seus problemes mèdics mitjançant consultes als programes de ràdio.⁸⁰ En un petit poblat a la província del Sud hi havia 3 llevadores i 4 medecinaires especialitzats en patologies diferents per tan sols 400 habitants. És difícil quantificar l'assistència real als medecinaires, però segons algunes estadístiques recents, el 10 % de la despesa mèdica camerunesa es dedicava al sector no biomèdic (és molt probable que les dades d'aquest estudi siguin més baixes que les reals, ja que bona part dels medecinaires actuen al marge de la legalitat).⁸¹

En realitat per als camerunesos no hi ha una dicotomia clara entre la "medicina moderna" i la "medicina tradicional".⁸² És un error molt comú englobar totes les pràctiques no biomèdiques dins la categoria "medicina tradicional", ja que hi ha molts tipus de teràpies diferents, i la majoria d'elles no tenen res a veure amb la tradició⁸³ (encara que no és estrany que utilitzin la seva "tradicionalitat" com a reclam publicitari).⁸⁴ Bona part de les pràctiques mèdiques precoloniales van desaparèixer durant el període colonial. La colonització francesa i la missionalització van posar fi a alguns cultes amb virtuts terapèutiques, com l'*ngil* (l'associació antibruixeria dels fang) o el *melan* (el culte als cranis dels avantpassats efectuat pels fang). Malgrat tot algunes teràpies tradicionals han sobreviscut i, sobretot, han perdurat alguns dels conceptes mèdics preexistents;⁸⁵ els fang, béti i ndowé consideren que una part substancial de les malalties són produïdes per l'*evú* o *evuzó*, un ser que viu de forma simbiòtica amb alguns homes i que és el que els ajuda a ser poderosos.⁸⁶

En el si de la medicina tradicional es podrien definir dos tipus de curacions: la curació purament "pràctica", que només comporta uns coneixements tècnics (sol ser el cas de les llevadores o de la cura de malalties lleus mitjançant herboristeria), i la curació mitjançant esperits, que només pot ser realitzada per algú excepcional, amb coneixements místics (sovint un iniciat).⁸⁷ Algunes pràctiques rituals que no es presenten com teràpies tenen uns clars efectes terapèutics: és el cas del ritual de dol fang, l'*akus*, que facilita una sortida ritualitzada al trauma psicològic del vidu i de la vídua.⁸⁸ Els medecinaires tradicionals poden estar molt especialitzats o cobrir un ampli ventall de malalties;⁸⁹ alguns

d'ells són molt escrupolosos i tan sols atenen a aquells malalts que creuen que poden curar; deriven la resta cap a d'altres medecinaires o cap al sistema biomèdic.⁹⁰ Alguns terapeutes es dediquen professionalment a l'atenció a la salut; d'altres tan sols ho fan de forma ocasional (poden ser agricultors, comerciants...).⁹¹ Hi ha alguns medecinaires amb molt prestigi que han creat grans centres sanitaris on ingressen els malalts que tenen problemes greus.

Un dels elements que es valoren més positivament de la medicina tradicional és la comunicació que s'estableix entre pacient i terapeuta.⁹² Un estudi comparatiu sobre l'atenció psiquiàtrica a un hospital de Yaoundé i a una curanderia va posar de manifest que la comunicació entre els metges i els pacients (i entre els infermers i els pacients) estava marcada per la manca d'interès; en canvi, el medecinaire mantenia un contacte fluid, no només amb els malalts, sinó també amb els seus parents.⁹³ A més, els bons medecinaires fan un control exhaustiu dels seus malalts i se n'encarreguen personalment d'administrar-los els remeis⁹⁴ (en canvi, en molts centres sanitaris públics els infermers deleguen aquesta responsabilitat en els parents del malalt, que no sempre saben accomplir-la correctament). Un dels elements que més se solia valorar en la medicina tradicional era la seva capacitat d'integració social; hi havia ritus en els que havia de participar-hi tota la comunitat i constituïen una ocasió d'atacar les tensions socials i facilitar la convivència.⁹⁵

La creença en la bruixeria segueix molt vigent al Camerun, però han anat desapareixent alguns dels mètodes tradicionals per eliminar-la (com la pressió social o les associacions tradicionals antibruixeria).⁹⁶ La biomedicina no ofereix solució per a la bruixeria ni per als problemes de salut derivats d'ella, i d'aquesta forma s'ha forçat l'aparició de nous terapeutes, que malgrat ser qualificats de "tradicionals", no estan vinculats només a una tradició local, sinó que s'inspiren en diverses tradicions terapèutiques i que guareixen malalts que no sempre procedeixen de la seva pròpia àrea cultural. A l'igual que en el cas dels medecinaires tradicionals, els nous terapeutes poden estar especialitzats o tractar moltes malalties (fins i tot hi ha els que es dediquen a practicar avortaments o a curar l'al·lopècia).⁹⁷

Al contrari que els medecinaires tradicionals, que solien estar legitimats per una iniciació molt llarga i ritualitzada, que era reconeguda per tothom,⁹⁸ bona part dels nous medecinaires solen actuar en zones d'on no són originaris, i això dóna peu al frau. Amplis

sectors de la població no dubten, *a priori*, de l'efectivitat dels curanderos, però sí que es qüestionen l'expertesa d'aquests, ja que afirmen que n'hi ha molts que són estafadors.⁹⁹ Recentment han aparegut diverses associacions de traditerapeutes que reclamen una regulació del sector i la reglamentació de la seva propietat intel·lectual.¹⁰⁰ Es tracta bàsicament d'una elit de terapeutes urbans (ja que aquells que han estat iniciats tradicionalment i actuen en zones rurals no tenen cap necessitat de reconeixement legal perquè ja gaudeixen d'acceptació social).¹⁰¹ Les associacions de medecinares volen la seva integració dins les xarxes mèdiques formals mitjançant l'establiment de protocols, posologies, receptes...¹⁰² Argumenten que les seves teràpies poden conduir a un sistema mèdic sostenible i que cobreixi al conjunt de la població, i que la biomedicina no pot aconseguir-ho.¹⁰³ Però l'Estat no s'ha mostrat gaire sensible als seus arguments, tot i que no ha deixat d'elogiar, de forma abstracte, la "medicina tradicional".

Al Camerun, en l'àmbit de la salut, hi ha moltes iniciatives no biomèdiques procedents de l'àmbit religiós (catòlics que practiquen exorcismes, esglésies protestants que guareixen mitjançant pregàries, marabús islàmics, grups de curació cristians que s'organitzen autònomament i que es mantenen al marge de les autoritats confessionals...).¹⁰⁴ Hi ha sacerdots i religiosos que han adquirit un gran prestigi mitjançant rituals curatius, però també hi ha llecs que s'han investit d'una personalitat carismàtica i que s'han dedicat a l'evangelització, a l'exorcisme i a la curació.¹⁰⁵ La medicina de base espiritual es presenta com l'autèntica medicina, ja que no combat els símptomes de la malaltia sinó que ataca les seves arrels: la voluntat divina. I no només es limita a l'àmbit biològic: també es considera eficaç per resoldre els problemes familiars, laborals, afectius...¹⁰⁶

La medicina espiritual s'inspira en les creences tradicionals dels pobles camerunesos, i les barreja amb elements cristians o musulmans. Per això alguns líders espirituals capten principalment a fidels de la seva mateixa ètnia, que comparteixen amb ell un mateix corpus de creences (tot i que també accepten a seguidors d'altres grups ètnics).¹⁰⁷ A l'igual que en el cas dels medecinares, hi ha un important nucli d'estafadors que s'aprofita de les teràpies místiques per al seu enriquiment, però també hi ha individus que es dediquen a curar i que rebutgen qualsevol recompensa per la seva tasca terapèutica.¹⁰⁸ En els darrers anys han pres una gran volada les esglésies pentecostalistas, que tenen en les curacions místiques un dels seus màxims atractius (en les seves cerimònies, marcades pels

cants i per les possessions, de tant en tant s'hi fan invocacions per guarir els malalts). Per als pentecontalistes la solució per a la malaltia, per al fracàs i per a la mala sort, és canviar de mode de vida i adoptar-ne un de més proper a Déu: deixar el tabac i l'alcohol, abandonar els tabús alimentaris tradicionals, no anar a bars ni discoteques... Per a ells la lluita contra la malaltia és indestruïble del combat contra Satanàs.¹⁰⁹

A més dels serveis de salut d'inspiració autòctona, al Camerun s'hi han implantat diversos tipus de curació no biomèdica procedents de l'exterior. La medicina xinesa va arribar al país a partir de la presència de metges de la cooperació xino-camerunesa a hospitals públics. Ben aviat es va estendre: alguns ciutadans xinesos van obrir "gabinets mèdics", on s'hi practicava l'acupuntura i s'hi venien medicaments i altres productes xinesos (com joguines o rellotges). Diversos camerunesos van imitar-los i van obrir al seu torn "clíniques xineses". El govern va endegar el 1999 una campanya contra aquests centres i va aconseguir clausurar els centres regits per xinesos, però van persistir els gestionats per camerunesos (tot i que aquests rara vegada tenen una formació sòlida en medicina xinesa).¹¹⁰

També han arribat a les zones urbanes, en els darrers temps, d'altres pràctiques mèdiques d'inspiració occidental o oriental (astrologia, tarot, homeopatia, ocultisme, hinduisme, autoajuda...).¹¹¹ Els llibres d'autoajuda circulen profusament, i fins i tot se n'han editat alguns al propi Camerun (tot i que la indústria editorial local pateix una greu crisi). A partir del 1998, amb la introducció al país d'un llibre francès sobre urinoteràpia, va difondre's ràpidament aquesta pràctica, que es basa en el consum diari de la pròpia orina amb finalitats terapèutiques; el Ministeri de Sanitat va perseguir aquest tipus de tractament i a principis del 2003 va amenaçar de castigar als que en fessin propaganda. Al Camerun també va implantar-s'hi la xarxa *Herbalife*, dedicada a la venda de productes terapèutics mitjançant sistemes piramidals; però en aquest país aquests productes no eren recomanats com un remei per a l'obesitat (com a Europa) sinó que es presentaven com capaços de resoldre un ampli ventall de problemes de salut (sobretot en l'àmbit sexual).

Complementaritat entre sistemes

Hi ha zones on la xarxa biomèdica pràcticament no hi és present,¹¹² i per això els malalts recorren en principi a altres tipus de pràctiques mèdiques¹¹³ (tot i que en zones amb serveis

biomèdics a l'abast, els pacients també poden optar per teràpies no biomèdiques).¹¹⁴ Moltes dones es fan ajudar per llevadores "tradicionals" en el seu part, perquè l'hospital no els és accessible per la seva llunyania o a causa de la mala xarxa viària;¹¹⁵ malgrat tot, les llevadores deriven les embarassades als centres sanitaris si veuen que el part es presenta difícil.¹¹⁶ De forma similar, la majoria de farmàcies es concentren als barris centrals de les ciutats i els farmacèutics oficials per llei no poden fer negocis fora dels seus establiments;¹¹⁷ per tant, la venda de fàrmacs al mercat negre garanteix l'accés dels camerunesos als medicaments.¹¹⁸ Alguns pacients són atesos per metges privats, però compren els medicaments als centres de salut públics o confessionals, on el seu preu és més reduït que a les farmàcies.¹¹⁹ També hi ha qui rebutja un sistema terapèutic a causa de la distància cultural que el separa del terapeuta; els residents occidentals no solen acudir als medecinaires, perquè no creuen en els seus poders místics; alguns analfabets o analfabetes funcionals eviten el personal del sistema biomèdic, perquè no comprenen els seus diagnòstics i les seves prescripcions.¹²⁰

En cas de fracàs d'un tipus de cura, els camerunesos solen canviar de sistema mèdic (per exemple, aquells que s'automediquen no solen provar més de dos tractaments pel seu compte).¹²¹ La gent pot viatjar llargues distàncies per trobar algun especialista que guareixi la seva malaltia. Fins i tot hi ha ètnies que s'especialitzen en la curació de determinades patologies i que reben molts malalts de zones veïnes¹²² (els pigmeus de la zona de la Lobé disposen d'un gran centre terapèutic on s'hi ingressen pacients procedents de localitats situades a centenars de kilòmetres).¹²³ És freqüent que els malalts segueixin simultàniament dos o més tractaments (no és estrany que els medecinaires visitin a gent ingressada als hospitals). De fet, els metges, els curanderos i altres professionals de la salut solen qualificar l'actitud dels pacients d'*aventura terapèutica*, i coincideixen en queixar-se del ràpid abandonament dels tractaments prescrits.¹²⁴ Malgrat tot, molts curanderos recorren a la biomedicina en determinats casos, i no pocs metges visiten als medecinaires davant determinats problemes.¹²⁵

Tan sols una minoria de les persones que van a visitar curanderos ho fa per problemes que la biomedicina consideraria estrictament mèdics (molts d'altres els busquen per qüestions afectives, familiars, laborals...).¹²⁶ Malgrat tot, bona part dels camerunesos creuen que hi ha determinades afeccions que són provocades per la bruixeria o per forces

"nocturnes"; per tant han de ser guarides mitjançant poders màgics, i la biomedicina no és eficaç per fer-los front.¹²⁷ Algunes d'aquestes malalties són ben clares; és el cas del *kong* (un encantament que converteix l'individu en una mena de *zombi* i que es manifesta per un cansament generalitzat) o del *mgbel* (les patologies derivades de les lluites nocturnes en que s'embranquen els bruixots).¹²⁸ També l'epilèpsia i l'otitis infantil són considerades com mals provocats en el món de la nit o generats per la ruptura d'un tabú, i per tant no se sol utilitzar la biomedicina per guarir-les.¹²⁹ Alguns problemes ginecològics s'associen a ruptures de tabús; per tant, se cerquen medecinaires per resoldre'ls o s'opta per convocar rituals col·lectius de purificació.¹³⁰ Hi ha malalties que encara que en principi són resolubles mitjançant la biomedicina, poden haver estat induïdes mitjançant bruixeria; en cas que el tractament clínic de la malaltia no sigui eficaç, es pot decidir usar teràpies místiques o consultar a medecinaires, ja que es considera que l'única forma d'eliminar la patologia definitivament és atacar l'arrel última del problema, és a dir, actuar sobre el món de la nit.¹³¹

Hi ha alguns tipus de malalties que la biomedicina té dificultats per resoldre, especialment amb els pocs recursos disponibles al Camerun. Davant la manca de serveis biomèdics d'atenció postpart, les dones que acaben de tenir un fill només tenen l'opció de ser ateses per medecinaires o per dones expertes de la seva comunitat.¹³² L'Estat és incapaç d'oferir tractament adequat als alcohòlics, i aquest tipus d'adiccions són derivades pels parents dels malats cap als medecinaires que tenen fama de dur a terme teràpies efectives. Els camerunesos solen apreciar molt els tractaments contra la impotència d'alguns curanderos.¹³³ No acostumen a confiar en la biomedicina per al tractament de malalties mentals, ja que la consideren poc eficaç en aquest àmbit.¹³⁴ Entre els professionals de la salut més predisposats a col·laborar amb la medicina "tradicional" s'hi troben alguns psiquiatres,¹³⁵ que fins i tot afirmen que els terapeutes bamileké *nkam nsi* són molt eficaços per guarir les depressions i les neurosis.¹³⁶

La teràpia espiritual cristiana (com la de les esglésies pentecostalistes) és considerada pels seus usuaris com la millor solució per a aquelles patologies que no són guarides per la medicina occidental ni pels medecinaires (com les malalties cròniques), però també es considera un recurs eficaç contra la bruixeria, contra la mala sort i fins i tot contra el fracàs escolar.¹³⁷

L'Estat ha de recórrer a l'ajuda d'altres actors dins el camp biomèdic quan té problemes per cobrir determinats aspectes de l'atenció sanitària: l'empresa privada va jugar un paper decisiu en la lluita antisida, ja que va estendre la publicitat dels preservatius fins als darrers racons del país; les ONGs i les esglésies han participat decisivament en les campanyes de sanejament...

Però aquesta convivència entre tradicions mèdiques no sempre ofereix solucions vàlides per als ciutadans. Cap dels sistemes sanitaris vigents al Camerun té capacitat per cobrir les necessitats dels malalts crònics o dels afectats per la sida:¹³⁸ la biomedicina no es veu capaç de fer-hi front,¹³⁹ però tampoc els altres sistemes... És freqüent que els pacients que pateixen aquestes afeccions iniciïn llargs itineraris terapèutics sense sortida, passant dels hospitals a teràpies místiques, i dels manuals d'autoajuda a les consultes als curanderos...¹⁴⁰

Jerarquització dels sistemes mèdics

La convivència entre els diferents sistemes mèdics no sempre és harmònica, molts cops estableixen una relació de subordinació: un estudiós camerunès ho va definir com "pluralisme terapèutic jeràrquic".¹⁴¹

La biomedicina es nega a establir relacions d'igual a igual amb la resta de tipus de curació, ja que es considera superior.¹⁴² Per això té tendència a assumir l'hegemonia mèdica o fins i tot a suprimir la competència.¹⁴³ Els professionals de la biomedicina sovint argumenten que el nivell de salut del Camerun és baix perquè el sistema biomèdic no hi és prou desenvolupat, i que la millora de l'estat de salut ha de passar, principalment, pel desenvolupament de la biomedicina. Si bé en alguns casos des d'instàncies oficials s'ha propugnat la complementaritat entre els diferents sistemes mèdics, en realitat hi ha hagut repetits intents de subordinar la resta de pràctiques mèdiques a la biomedicina. Ocasionalment s'han reconegut possibles efectes positius a les cures tradicionals amb herbes; el govern fins i tot va crear un centre d'estudis sobre les plantes medicinals que pretenia potenciar i regular aquests recursos.¹⁴⁴ Però en realitat, l'administració tan sols valora la medicina tradicional com una farmacopea, i pretén integrar els remeis naturals utilitzats pels remeiers en el paradigma biomèdic (per als professionals del sistema biomèdic això és assumible, en canvi és molt difícil la seva col·laboració amb aquells

medecinaires que curen mitjançant invocacions als esperits).¹⁴⁵ A les llevadores "tradicionals" se'ls fan cursos de principis biomèdics i s'intenta que "enquadrin" a les dones de la zona, però no es creu necessari aprendre res de les seves pràctiques.¹⁴⁶ Els metges més disposats a col·laborar amb els curanderos consideren que la medicina "tradicional" no té efectes sobre els desordres biològics de l'individu, i que tan sols actua sobre les causes afectives o subjectives de la malaltia (cosa que, en molts casos s'ha provat falsa).¹⁴⁷

El Ministeri de Sanitat, que organitza campanyes per difondre el paradigma biomèdic, no ha elaborat cap Política Nacional de Medicina Tradicional, però assegura que té previst aprovar-ne una per tal d'integrar aquestes pràctiques en el sistema mèdic (de fet això vol dir, probablement, la seva subordinació a la biomedicina).¹⁴⁸ Algunes iniciatives oficials de "revalorització" de la "medicina tradicional" tan sols anaven destinades a controlar-la¹⁴⁹ (és el cas dels censos de "traditerapeutes", de la creació d'associacions de metges "tradicionals" o dels cobraments de llicències professionals a aquests). En l'Estratègia Sectorial de Salut la "medicina tradicional" tan sols és contemplada en l'àmbit de la farmacopea i de la salut mental.¹⁵⁰ El Ministeri, tot i elogiar la "medicina tradicional", critica durament "l'analfabetisme dels traditerapeutes", "la mistificació de les pràctiques tradicionals", "l'absència de quadre jurídic" i "el xarlatanisme".¹⁵¹ Mai no s'han incorporat els estudis de medicina tradicional i bruixeria a la facultat de Medicina, tal i com algun expert havia proposat.¹⁵² L'única campanya a gran escala del Ministeri de Sanitat destinada als practicants de la "medicina tradicional" s'orientava cap a informar-los del risc de propagar la sida mitjançant l'ús de material no estèril (és a dir, no es fixava en les seves capacitats de guarir, sinó en els seus perills potencials).¹⁵³ El pla vigent de cooperació entre l'OMS i el Ministeri de Sanitat camerunès ni tan sols contempla les pràctiques terapèutiques no biomèdiques.¹⁵⁴ La Unió Africana, a través del Nou Paternariat per al Desenvolupament Africà (NEPAD), també defensa un programa sanitari basat exclusivament en la biomedicina.¹⁵⁵ Aquells camerunesos que practiquen d'altres tipus de medicines es queixen amb freqüència de la manca de cooperació del personal sanitari.¹⁵⁶ Els psiquiatres del Camerun tampoc confien excessivament en els medecinaires i es queixen que els seus col·legues occidentals donen excessiva importància a la "medicina tradicional".¹⁵⁷ Els intents d'integració dels medecinaires dins les estructures hospitalàries ha tingut poc èxit,

probablement perquè gaudien de poca autonomia i restaven subordinats a les directrius del personal biomèdic.¹⁵⁸

També hi ha una clara jerarquitització en la compra de medicaments. El sector formal és considerat superior a l'informal: només un 12 % dels que compren medicaments al carrer creuen que els fàrmacs que ells adquireixen són més efectius que els de les farmàcies; pel contrari, el 60 % dels qui compren medicaments a les farmàcies desconfien dels medicaments que no procedeixen del circuit formal.¹⁵⁹ En realitat, hi ha tendència a comprar al sector informal només medicaments per a malalties lleus i a adquirir a les farmàcies o als centres de salut els fàrmacs menys comuns, especialment si han estat prescrits per personal mèdic.¹⁶⁰ Alguns estudiosos han posat de manifest que aquest recurs a l'automedicació per part d'importants sectors de la població camerunesa evita la saturació dels serveis sanitaris i ofereix una atenció sanitària mínima a bona part dels ciutadans.¹⁶¹ **Es curioso que la automedicación sea ensalzada en Camerún, cuando aquí se presenta como una práctica muy nociva para la salud ¿no será que vale más vender medicamentos aunque perjudiquen que perder mercado?**

Tot i que en principi el sistema biomèdic tendeix a gaudir d'una certa hegemonia, hi ha molts camerunesos que consideren altres tipus de teràpies superiors, encara que no per això han de rebutjar els tractaments biomèdics. Per a alguns fang, la darrera possibilitat de curació sol ser un sacrifici ritual en el que es transfereix el mal d'un malalt a una cabra; creuen que allò que no guareix aquest ritu no pot ser guarit per ningú més. Per als grups de pregària, i per a moltes esglésies místiques, el poder real de curació només és atorgat per Déu i aproximar-se a ell és la via més pràctica de curació.

A més, hi ha una clara jerarquitització entre sistemes mèdics en funció dels recursos del pacient. Molta gent tria una teràpia en funció del seu baix preu, tot i reconèixer que una altra cura més cara seria més efectiva.¹⁶² Tan sols els més rics tenen accés a un sistema biomèdic de qualitat, ja que fins i tot les iniciatives de les institucions de cooperació tendeixen a afavorir més als rics que als pobres.¹⁶³ Sovint les elits cameruneses ni tan sols s'hospitalitzen al país, sinó que fan els possibles per a ser tractades de les dolences greus a l'estranger.¹⁶⁴ Els serveis d'atenció a la salut, biomèdics i no biomèdics, es concentren a les zones urbanes, on hi ha més recursos.¹⁶⁵ La liberalització progressiva dels serveis mèdics ha reforçat els desequilibris geogràfics, ja que a les zones més deprimides ni tan sols es tenen

contactes i recursos per fer funcionar ONGs o associacions.¹⁶⁶ A algunes zones rurals la població té tendència a usar els centres de salut i hospitals confessionals, perquè considera que ofereixen una atenció de major qualitat,¹⁶⁷ però aquells que tenen menys recursos de vegades han d'optar pel sistema públic, més econòmic però amb pitjor imatge.¹⁶⁸ En d'altres regions els centres privats no lucratius ofereixen serveis gratuïts per als indigents i cures a crèdit per als necessitats, i per això són el recurs sanitari preferit dels pobres¹⁶⁹ (alguns dispensaris confessionals fins i tot donen els medicaments de franc, tot i que les directrius governamentals ho desaconsellen).

Moltes vegades, la gent recorre a l'automedicació, perquè no té mitjans per pagar una consulta al metge o al medecinaire. Aquells que tenen menys recursos usen els medicaments que guarden a casa d'afeccions anteriors o els demanen als veïns (el 36 % de la gent que s'automedica no compra els fàrmacs, sinó que consumeix els que troba).¹⁷⁰ Les persones disposen de pocs diners opten per comprar els medicaments al mercat informal, perquè allà poden obtenir dosis soltes i gaudir de preus molt econòmics; si coneixen el venedor és fàcil que els ofereixi els fàrmacs a crèdit.¹⁷¹ Fins i tot amb 10 francs CFA, un cèntim d'euro, es pot adquirir un tractament mínim (el coliri es ven a gotes i les píndoles se serveixen per unitats).¹⁷² En realitat els "pharmaciens de rue" es concentren als barris pobres i tenen, principalment, una clientela amb pocs recursos.¹⁷³ També hi ha gent que recorre a l'automedicació amb remeis tradicionals perquè no té diners per pagar la consulta a un medecinaire¹⁷⁴ (encara que determinats productes usats en medicina "tradicional" són considerats molt perillosos, ja que se'ls creu agents potencials de múltiples malalties).

La decisió de rebutjar la xarxa biomèdica també pot tenir un origen econòmic. Els empleats de les grans empreses que ofereixen gratuïtament atenció sanitària als seus treballadors opten amb més freqüència per la biomedicina que aquells que han de pagar els serveis mèdics.¹⁷⁵ La crisi econòmica dels anys vuitanta i dels noranta va anar associada a la revitalització de pràctiques terapèutiques tradicionals i a l'aparició de nous tipus de cures (com els grups de pregària).¹⁷⁶ El 50 % de la gent del districte de Fundong que no es visita a l'hospital quan està malalta ho fa per causes econòmiques i el 27 % ho fa perquè els serveis biomèdics han patit un greu deteriorament.¹⁷⁷ Els usuaris dels curanderos valoren molt positivament que siguin barats (40? %), que se'ls permeti pagar en espècies (31 %) i que se'ls ofereixin crèdits (18,5 %): així doncs, la tria de curar-se mitjançant un medecinaire té

una motivació econòmica en més de la meitat dels casos¹⁷⁸ (tot i que també hi ha tractaments no biomèdics extremadament cars).¹⁷⁹ Alguns malalts trien en principi un medecinaire econòmic i tan sols van a l'hospital si empitjoren.¹⁸⁰ A les zones rurals, on sol mancar el diner en metàl·lic, s'agreix que les llevadores "tradicionals" cobrin en espècies.¹⁸¹

Antagonismes en el món de la salut

L'Estat camerunès ha propiciat obertament la biomedicina i, tot i algunes ambigües declaracions d'intencions, ha tendit a marginalitzar les pràctiques mèdiques autòctones (a diferència d'altres països del Tercer Món, com la Xina o Indonèsia o Ghana).¹⁸² A les escoles públiques, com a la majoria de les privades, s'imposa el sistema biomèdic als estudiants i no se'ls dóna la possibilitat d'optar per altres teràpies.¹⁸³ Als funcionaris se'ls atorga atenció biomèdica en cas de necessitat, però no se'ls ofereixen facilitats per a accedir a d'altres sistemes mèdics.

El personal sanitari local de la xarxa biomèdica mostra fortes reticències a cooperar amb altres tipus de sistemes mèdics,¹⁸⁴ perquè té molt interioritzat el discurs hegemònic de la biomedicina (tot i que en alguns casos els professionals de la salut acabin recorrent a medecinaires). Les resistències al sistema biomèdic són considerades "irracionals" i menyspreades pel personal sanitari;¹⁸⁵ com aquest sap que molts dels seus pacients rebutgen els principis biomèdics, la seva relació amb ells està marcada per la desconfiança mútua.¹⁸⁶ A més, hi ha una clara concurrència entre sistemes mèdics, i el personal biomèdic insisteix en defensar el seu protagonisme (i els seus llocs de treball). A principis de l'any 2003, un cantant, Serge Olivier Mundo, va fer-se popular perquè guaria malalts mentals mitjançant pregàries i activitats; centenars d'aquests, que vivien a la indigència, van seguir-lo i van agrupar-se al centre de la capital, on diversos observadors van apuntar una clara tendència a la millora de l'estat dels pacients. L'Estat va reprimir durament l'experiment: els malalts mentals van ser conduïts a l'hospital de Yaoundé on se'ls va recloure en pèssimes condicions de salubritat i sense cap atenció mèdica; pocs dies després van ser retornats al carrer i es va impedir al cantant que prosseguís les seves activitats terapèutiques. A més, el personal hospitalari s'oposa a qualsevol pràctica que no tingui sentit des del punt de vista de la biomedicina; per exemple, es neguen a practicar puncions als moribunds perquè no

morin amb el ventre inflat, tot i que les famílies sovint ho demanen perquè es creu que aquells que moren amb la panxa inflada són antropòfags...¹⁸⁷

La cooperació al desenvolupament té tendència a defensar una sola visió del desenvolupament i una sola visió de la sanitat.¹⁸⁸ La majoria dels projectes de cooperació no tenen en compte la "medicina tradicional",¹⁸⁹ o fins i tot la consideren un obstacle per a la millora del nivell de vida de les poblacions. Les polítiques de cooperació sanitària sovint són elaborades per occidentals amb concepcions de la salut molt diferents de les dels camerunesos; els tècnics estrangers responsables de dur a terme els projectes sanitaris tampoc solen ser gaire sensibles envers altres formes d'entendre la salut.¹⁹⁰ La cooperació multilateral i bilateral ha apostat decididament per la biomedicina, i ha potenciat l'exclusió de les pràctiques no biomèdiques (o, com a molt, les ha valorat com un complement de la biomedicina).¹⁹¹

Hi ha amplis sectors de la població que s'oposen a la "medicina tradicional" (en conjunt, o a algunes de les seves pràctiques). Argumenten diversos motius: que es tracta de pràctiques vinculades a la bruixeria, que són excessivament primitives, que el seu preu és excessiu, que hi ha molts estafadors en el sector...¹⁹² També hi ha alguns medecinaires que rebutgen tota pràctica biomèdica i que exigeixen als seus pacients que interrompin els tractaments mèdics que estan rebent, tot argumentant que la conjunció entre dos medicacions pot produir una sobredosi de principis actius.¹⁹³ Aquells que practiquen teràpies no biomèdiques no sempre valoren positivament totes les pràctiques terapèutiques que són al marge de la biomedicina. Molts remeiers són fidels a creences tradicionals i rebutgen radicalment els exorcismes;¹⁹⁴ hi ha "traditerapeutes" que critiquen les possessions (com les que es produeixen a l'església del *bwiti* o en les pràctiques de *mibili*)... Alguns medecinaires consideren que en el seu camp hi ha molt "xarlatanisme" i aposten per controlar estrictament el sector per lluitar contra l'intrusisme.¹⁹⁵

Moltes pràctiques de curació de base mística parteixen d'un rebuig radical a la "medicina tradicional", ja que consideren que la curació parteix del trencament amb els vells esperits i d'una renaixença espiritual. Les esglésies pentecostalistes qualifiquen de "bruixeria" tota pràctica mística no vinculada al cristianisme i, en conseqüència, l'estigmatitzen.¹⁹⁶ En aquest sentit s'oposen a pràctiques tradicionals com el *melan* i no accepten altres teràpies com els nous "traditerapeutes".¹⁹⁷ Alguns guies espirituals cristians

també s'oposen a la biomedicina, ja que argumenten que el malalt només ha de comptar amb l'ajuda de Déu¹⁹⁸ (en canvi d'altres líders religiosos no s'oposen a la biomedicina, tot i que per a ells només es tracta d'una ciència auxiliar de la veritable curació: la que dona Déu).

També alguns sectors de l'església catòlica s'oposen als curanderos. Alguns sacerdots excomunicaven als fidels d'ètnia beti que recorrien als *ngangan* (medecinaires)¹⁹⁹ i molts obligaven als seus fidels a trencar els tabús alimentaris clànics.²⁰⁰ Un bisbe, per impedir els cultes tradicionals bassà que es practicaven a la cova sagrada de Logbikoy, va fer tapiar-la i va ubicar una verge a l'entrada del recinte. Alguns religiosos consideren que les teràpies no biomèdiques són pràctiques "obscurantistes", "retrògrades", "alienants", "anticulturals", "animalitzadores" i "subdesenvolupades" (com a molt, admeten les virtuts terapèutiques de la farmacopea tradicional). Per això, l'Església catòlica es mostra indignada amb els curanderos que utilitzen símbols cristians.²⁰¹ Els catòlics més intransigents també discrepen de la biomedicina, perquè aquesta considera que tot és racionalitzable;²⁰² en canvi, ells argumenten que el dimoni i la bruixeria existeixen i que per combatre algunes malalties provocades per aquests cal recórrer als exorcismes que subministra l'església catòlica (i no cap altre tipus d'exorcisme, perquè els subministrats pels sacerdots són els únics que realment procedeixen de Déu).²⁰³ També opinen que es poden produir curacions mitjançant la pregària i la confessió dels pecats i que cal optar per aquest sistema, perquè Déu és "el veritable metge".²⁰⁴ Malgrat tot, aquests mateixos sectors de l'església s'oposen als grups de pregària que analitzen la Bíblia sense l'assessorament de sacerdots.²⁰⁵ Malgrat tot, també hi ha altres individus i grups dins l'església catòlica que accepten les pràctiques mèdiques "tradicionals", i que les utilitzen per tal d'evangelitzar o tan sols per curar²⁰⁶ (alguns sacerdots ni s'involucren en pràctiques terapèutiques, ni accepten la pràctica d'exorcismes).²⁰⁷ Des de l'Islam és més rara l'oposició frontal a les pràctiques no biomèdiques, perquè sovint la figura del líder religiós (*marabú*) es confon amb la del medecinaire.²⁰⁸

Dins l'àmbit de la biomedicina, hi ha una certa confrontació entre els metges i els "infirmers privats", ja que aquests, que en molts casos ni tan sols disposen del títol d'infirmers, realitzen funcions pròpies de metges.²⁰⁹ Els professionals de la salut en el camp biomèdic sovint han demanat que s'enduguin accions judicials per combatre l'intrusisme (no

només contra els que practiquen la biomedicina, sinó també contra els que guareixen mitjançant altres teràpies).²¹⁰ Els farmacèutics reclamen un control estricte sobre la venda de medicaments i que s'impedeixi l'actuació dels "pharmaciens de rue"²¹¹ (tot i que sovint són ells mateixos qui els subministren els fàrmacs). Acusen als venedors ambulants de fornir medicaments de mala qualitat i de fer-los una competència deslleial, ja que no paguen impostos.²¹² Les autoritats sanitàries han iniciat alguna campanya per dissuadir als ciutadans de comprar medicaments al carrer, sense resultats gaire remarcables.²¹³ L'elit mèdica també ha fet tots els possibles per acabar amb l'automedicació, i des dels diferents organismes de cooperació s'han donat consignes per combatre-la.²¹⁴ El govern ha iniciat algunes accions en aquest sentit però no han resultat efectives.²¹⁵ Per la seva part, el Ministeri de Sanitat sol protestar per la manca de col·laboració del sector privat en les seves polítiques,²¹⁶ i alguns funcionaris del sector sanitari també són reticents a col·laborar amb les ONGs perquè consideren que tenen tendència a supplantar l'Estat.²¹⁷

La concurrència entre diferents sistemes terapèutics ha tingut alguns efectes positius, ja que permet als pacients de triar entre diversos tipus de tractament. Però en realitat, al Camerun s'ha avançat cap a una absoluta liberalització del mercat dels serveis mèdics, i àrees senceres d'aquest sector es troben al marge de qualsevol tipus de control (ni comunitari, ni estatal). D'aquesta forma han sorgit tot tipus d'abusos: estafes, tractaments de baixa qualitat, preus excessius...

CAPÍTOL II

COOPERACIÓ, SANITAT I AUTOGOVERN

La cooperació constitueix una part fonamental del sistema biomèdic al Camerun, tot i que tan sols aporta un 7 % de la despesa mèdica global del país:²¹⁸ els donants multilaterals són decisius en l'elaboració de les polítiques sanitàries; els centres sanitaris públics funcionen gràcies a les aportacions contínues de les ONGs i de les cooperacions bilaterals; els grans programes sanitaris reben el suport dels donants multilaterals; els centres confessionals són essencials en algunes zones del país, on no hi ha dispensaris públics... En els darrers anys, a causa de la crisi i de la privatització de la medicina propugnada pels plans de desenvolupament, les ONGs i els centres privats no lucratius han guanyat importància... Però els donants no sempre es limiten a col·laborar amb les polítiques del govern camerunès. En algunes ocasions els interessos de l'administració camerunesa i dels organismes de cooperació divergeixen. Els finançadors poden prioritzar la defensa dels interessos de les seves empreses o tractar de consolidar la seva influència sobre un país més dèbil;²¹⁹ també poden actuar en funció d'interessos electoralistes o de pressions interiors de l'Estat donant... En d'altres casos es produeixen conflictes en divergir la visió del donant i del beneficiari sobre el sistema sanitari. No és excepcional que els donants aprofitin la feblesa de l'Estat camerunès per imposar-li els seus criteris en matèria de salut. A partir dels anys noranta es van estendre les teories sobre la condicionalitat de les ajudes al bon govern,²²⁰ d'aquesta forma els organismes internacionals i alguns estats occidentals van tractar d'influir en el conjunt de les polítiques del Camerun, una estratègia que va desembocar en continus conflictes amb l'Estat camerunès.

Globalització de les polítiques sanitàries

Els països occidentals disposen de xarxes sanitàries ben diverses, tot i que en tots ells la biomedicina és hegemònica; el model sanitari dels Estats Units, basat en la iniciativa privada, és criticat per molts tècnics europeus; per altra banda, en el si de la Unió Europea (UE) hi ha models d'atenció sanitària ben diferents (la cobertura institucional és molt més àmplia en alguns països, com els escandinaus). En canvi, es tendeix a homogeneïtzar les polítiques sanitàries dels estats del Tercer Món.

Hi ha un cert consens sobre la impossibilitat d'aplicar cap dels models mèdics occidentals a l'Àfrica, perquè les patologies són diferents i els recursos dels estats africans molt més escassos.²²¹ El disseny de les grans línies sanitàries dels països africans correspon, bàsicament, a l'Organització Mundial de la Salut (OMS), una organització que no reflecteix gaire els interessos del Tercer Món: les grans línies de la salut mundial són dissenyades per petits grups de tècnics i els representants dels països subdesenvolupats no tenen gaire capacitat per imposar-los els seus criteris. El 1978, l'OMS, a la Conferència d'Alma Ata, va constatar que els sistemes sanitaris sorgits de la colonització s'estaven col·lapsant i va recomanar un nou marc d'intervencions sanitàries. Es va posar èmfasi en la qüestió de la participació i es va recomanar l'actuació mitjançant agrupacions de base o ONGs. La doctrina sanitària de l'OMS va acabar de perfilar-se en les cimeres de Lusaka de 1985 i de Harare i Bamako de 1987, i en els Objectius de Desenvolupament per al Mil·lenni de l'any 2000 (establerts a Riga per 22 "experts").²²² Es va propugnar l'alleugeriment de les estructures estatals mitjançant la creació de xarxes d'Atenció Primària de Salut (APS). L'APS es basava en la creació d'hospitals centrals, regionals i de districte (dirigits per metges), dels que en dependrien Centres de Salut (CS) gestionats per infermers que coordinarien els Posts de Salut (PS) de les petites localitats (regits per un voluntari anomenat agent de salut i administrats per un comitè de salut basat en la participació popular).²²³ I dins l'estratègia d'APS es va propugnar l'establiment d'un llistat de "medicaments essencials" que haurien d'estar a l'abast de tota la població (això suposava, en realitat, la renúncia a que els més pobres tinguessin accés a fàrmacs més "sofisticats"). L'OMS va apostar per avançar cap a l'autofinançament de l'APS, tot i que la sanitat sol ser una activitat deficitària, especialment a països amb baix poder adquisitiu.

Les estratègies de cooperació sanitària vigents als països occidentals són ben similars, perquè sovint s'inspiren les unes en les altres. En realitat, la idea que l'Estat és tan sols un facilitador i impulsor d'estructures privades que són les veritables protagonistes del desenvolupament no és una invenció de l'OMS, sinó que aquest organisme aplica a l'àmbit de la sanitat directrius ja implementades pels Fons Monetari Internacional (FMI) i pel Banc Mundial (BM) en el camp de l'economia.²²⁴ L'estratègia d'APS propugnada per l'OMS és estretament associada a les polítiques d'ajustament estructural imposades per les grans potències als països subdesenvolupats. En aquesta línia, la UE va pressionar al govern camerunès perquè l'organisme responsable de la compra i distribució de medicaments essencials, el Centre Nacional dels Medicaments Essencials (CENAME), no fos una institució pública, sinó un centre privat amb finalitats no lucratives. Algunes ONGs cameruneses s'han sumat a aquesta teoria privatitzadora aplicant-la al sanejament, i han atribuït els problemes de subministrament d'aigua a "situacions de monopoli rígides".²²⁵ La creença en l'existència d'un model mèdic tecnocràtic vàlid per a tot el Tercer Món es vincula a la fe en un sol model de desenvolupament (contrari a l'experiència històrica) i al pensament únic neoliberal.²²⁶ Malgrat tot, encara que les polítiques del FMI són molt qüestionades als estats africans, no se sol posar en dubte el model sanitari propugnat per l'OMS.

El Pla Director de Cooperació de la Generalitat parteix de les directrius de l'OMS i de l'ONU.²²⁷ L'Estat espanyol reforça la cooperació sanitària multilateral a través de l'OMS (és el 8è Estat contribuent en aquest organisme).²²⁸ La Cooperació Espanyola, quan actua de forma autònoma, també assumeix els postulats dels organismes internacionals i considera prioritari actuar en el marc d'iniciatives multilaterals: assumeix plenament les recomanacions de l'OMS.²²⁹ La UE tracta de coordinar els donants europeus i elabora periòdicament "estratègies de país" per tal de maximitzar l'impacte de les ajudes comunitàries i de les aportacions dels diferents països europeus que arriben a un mateix territori (el seu referent bàsic és, també, la doctrina de l'OMS).²³⁰ La UE, en les seves negociacions amb els països del grup ACP (Àfrica-Carib-Pacífic), es basa en els objectius fixats per l'OCDE (Organització per la Cooperació i el Desenvolupament a Europa), que també es remeten als principis de l'OMS.²³¹ En funció d'aquestes premisses, l'Europa comunitària aposta per a que tots els països de l'ACP adoptin línies comunes d'actuació tant

el l'àmbit sanitari com en altres camps del desenvolupament²³² (encara que les seves realitats siguin ben diverses). Les directrius ideològiques de l'US AID també són seguides per molts teòrics de la cooperació, que les transmeten a d'altres organitzacions humanitàries.²³³

Les polítiques sanitàries sovint s'emmarquen dins de programes més amplis de reducció de la pobresa,²³⁴ però aquestes estratègies de lluita contra la pobresa són dissenyades, bàsicament, per l'FMI i pel BM, organismes que no estableixen com la seva prioritat la millora de l'estat de salut de la població (a més, l'FMI i el BM no són institucions democràtiques ni representen els interessos del Tercer Món, perquè en les seves decisions tenen major pes els països que més capitals han aportat).²³⁵ Inclús diversos donants occidentals han criticat les pressions "excessives" del BM sobre l'administració camerunesa i les han considerat nocives per a la salut dels camerunesos més pobres.²³⁶

Les ONGs tenen poc marge de desenvolupar polítiques sanitàries alternatives a les de l'OMS (fins i tot els projectes més crítics accepten les bases d'Alma Ata).²³⁷ En bona part el finançament de les associacions dedicades a la cooperació procedeix d'organismes governamentals, que els exigeixen que acceptin les directrius de l'OMS. Per altra banda, els propis governs del Tercer Món propugnen aquestes mateixes línies d'actuació i insten a les ONGs a seguir-les. Els organismes multilaterals han implicat el sector privat en les estratègies de cooperació,²³⁸ de tal forma que, sota el seu paraigua, s'ha creat una "indústria del desenvolupament", que segueix lògiques pròpies, ja que dóna absoluta prioritat a la seva subsistència i expansió (per sobre fins i tot de les necessitats sanitàries dels països subdesenvolupats).

Els "experts" locals i estrangers actuen com corretges de transmissió de les directrius de les institucions dels països desenvolupats sobre les poblacions del Tercer Món, i no pas a l'inrevés (encara que disposin de salaris elevats, els seus contractes solen ser molt precaris, de tal forma que es garanteix la seva submissió a les línies d'actuació que els són dictades pels finançadors). Els empleats camerunesos dels projectes de cooperació poden ser els primers interessats en retardar i evitar la seva transferència o camerunització, ja que sovint aquesta va associada a un descens dels seus ingressos.²³⁹ Alguns ordes religiosos es mostren reticents a atorgar formació sanitària o administrativa als novicis camerunesos, per por que aquests abandonin la carrera religiosa un cop formats; d'aquesta forma es va

perllongant la primacia de l'església missionera. El personal mèdic local també pot veure's afectat per aquestes dinàmiques de dependència contínua; en alguns projectes els professionals camerunesos no assumeixen determinades funcions per a les que estan capacitats perquè es confia en què sempre hi haurà un cooperant estranger per a fer-les.²⁴⁰ Molts responsables d'ONGs camerunesos són antics membres d'organismes d'ajuda bilaterals i multilaterals, que aprofiten els seus contactes i coneixements tècnics per obtenir recursos; sovint actuen més en funció de les lògiques del mercat de la cooperació que en base a les creences i prioritats locals.²⁴¹

A molts països africans, com el propi Camerun, fins i tot la vida acadèmica s'ha vist sotmesa a la tutela de la cooperació: molts projectes de recerca giren al voltant de les temàtiques de "desenvolupament" que són prioritàries per als donants, que són els que poden oferir facilitats als estudiants i professors acadèmics. Un bon nombre de científics socials s'han incorporat als organismes internacionals o als *Bureau d'Études* que treballen per a la cooperació i que s'adapten a les seves prioritats²⁴² (no tant a causa de que els estudiosos comparteixin realment els seus criteris, sinó perquè els seus que poden rebre són molt superiors als del mercat laboral local).

Les estratègies de cooperació en matèria sanitària propugnades pels organismes internacionals han obtingut uns resultats decebedors a l'Àfrica Negra. Cal destacar que els fons aportats pels països desenvolupats han estat més aviat minsos (per exemple, el Fons Mundial de Solidaritat contra la Sida, només va recollir el 20 % del pressupost previst). Però a més, s'ha de constatar que als països africans la participació de la població sovint no ha estat gaire encoratjadora. És per això que en algunes ocasions l'OMS i l'UNICEF han aplicat a l'Àfrica, de forma acrítica, estratègies que havien resultat satisfactòries a l'Amèrica Llatina (com la "dinamització" de la pagesia). Al Camerun, com a la resta de l'Àfrica Central, sovint s'hi han dut a terme, amb resultats pèssims, projectes que havien resultat satisfactoris als països sahelians, molt diferents sociològicament. Malgrat tot, la Unió Africana (UA) ha assumit aquest "pensament únic" en matèria sanitària: l'estratègia de salut establerta pel NEPAD es fonamenta en els objectius fixats per l'OMS en la cimera d'Okinawa.²⁴³ L'estratègia alimentària de la Comunitat Econòmica dels Estats de l'Àfrica Central (CEMAC) també es basa en les directrius dels organismes internacionals: adopta

les línies propugnades per l'Organització per l'Alimentació i l'Agricultura de Nacions Unides (FAO).²⁴⁴

Els països del Tercer Món no accepten lliurement el model propugnat per l'OMS i pels donants. Molts cops les estratègies de desenvolupament s'apliquen mitjançant la coerció²⁴⁵ Als estats africans se'ls imposen directrius polítiques (com la privatització de la medicina) amb l'argument que es tracta tan sols de solucions "tècniques" que cal aplicar pel seu bé. Els països rics solen actuar, en cada país subdesenvolupat, en el marc de "taules sectorials de salut"; d'aquesta forma poden pressionar conjuntament als estats més febles i obligar-los a adaptar els seus criteris.²⁴⁶ Els donants no dubten en recórrer a pressions econòmiques, com forçar el pagament dels interessos del deute extern, per tal d'obligar a que s'apliquin polítiques que ells consideren apropiades. També és freqüent que es paralitzin les ajudes al desenvolupament a causa de diferències polítiques entre les institucions cameruneses i els donants.²⁴⁷

La política de cooperació al desenvolupament catalana també segueix les prioritats establertes per l'OMS i per l'OCDE (les mateixes que fixa la llei de cooperació espanyola).²⁴⁸ En realitat, la cooperació al desenvolupament és un fenomen nou al nostre país (a França, pel contrari, les primeres iniciatives es remunten als anys cinquanta). El govern català va endegar les seves accions de cooperació el 1986, però tan sols des del 2000 la cooperació oficial catalana gaudeix d'una estructura estable: l'Àrea de Cooperació Internacional, vinculada a la Direcció General de Relacions Exteriors.²⁴⁹ Hi ha hagut, en conseqüència, poc temps per a l'establiment de polítiques pròpies, tot i que aquest punt es fixa com un dels principals objectius del Pla Director del 2003.²⁵⁰ En realitat, el marge de la Generalitat de Catalunya per dissenyar una política pròpia no és gaire ampli, ja que bona part de les seves ajudes es canalitzen a través de les ONGs, i aquestes, en la seva majoria, no qüestionen les directrius de l'OMS. No es va triar la cooperació a través d'ONGs de forma arbitrària: la Generalitat ha reconegut que, en bona part, les seves iniciatives en l'àmbit de la cooperació responen a pressions de la societat civil.²⁵¹ En el cas del Camerun, això és obvi: la Generalitat recolza alguns projectes iniciats per catalans abans fins i tot que el govern català recuperés el seu reconeixement oficial. El Pla Director de la cooperació no tan sols estableix com objectiu el desenvolupament del Tercer Món, sinó que també es fixa molt en l'impacte de la cooperació sobre el teixit associatiu català: un dels elements que es

valoren més positivament d'aquest és qõe "ens enriqueix i ens transforma a nosaltres mateixos".²⁵²

El cas del Camerun

El Camerun no s'ha mantingut al marge de la "globalització" de les polítiques sanitàries, com tampoc s'ha mantingut al marge de les reformes econòmiques propugnades per l'FMI.²⁵³ Des dels anys setanta el Ministeri de Sanitat camerunès s'ha vist obligat a redissenyar contínuament les seves polítiques de salut a instàncies de l'OMS i de l'UNICEF.²⁵⁴ L'OMS, les agències de Nacions Unides, la UE i els donants bilaterals han pressionat constantment al govern per a que assumís les seves "recomanacions", sobretot després de la cimera de La Baule i de la fi de la guerra freda.

La base de tota la política d'APS camerunesa, des del 1982, és la conferència d'Alma Ata.²⁵⁵ Però el pla d'APS basat en les directrius d'Alma Ata va topat amb múltiples problemes: talls de continuïtat en el sistema de referència, poca formació i escassa viabilitat dels agents de salut, rebuig de la població als posts de salut, mal funcionament dels comitès de salut locals... Aquests problemes també s'havien detectat en d'altres països, però al Camerun eren especialment aguts. Per això, al 1993 el Ministeri de Sanitat va formular una reorientació del programa d'APS. També es tractava d'una resposta a iniciatives multilaterals: el nou programa s'integrava dins de la política de l'ONU de "Salut per a Tots" i es basava en les conferències de l'OMS de Lusaka de 1985 i de Harare i Bamako de 1987.²⁵⁶ També els programes sectorials, com els de lluita contra la sida o contra el paludisme, es fonamenten en directrius sanitàries internacionals.²⁵⁷ A partir del 1987, a instàncies de l'OMS, l'Estat va posar èmfasi en que la població era responsable del desplegament de la sanitat, tot i que es confiava en que la solidaritat internacional oferiria un sòlid suport financer a la xarxa d'APS.²⁵⁸ En realitat, el programa Salut per a Tots no va obtenir resultats gaire brillants al Camerun, però tampoc a nivell mundial...²⁵⁹ La UE va reconèixer el fracàs de les seves estratègies sanitàries per al Camerun per al període 1995-1999, però va mantenir les línies iniciades per tal d'evitar una desestabilització dels projectes ja iniciats.²⁶⁰

L'actual llei quadre de salut (del 1996) recull les directrius de l'OMS i dels organismes internacionals: "plena participació de les comunitats a la gestió i al finançament

de les activitats de salut", "racionalització de la gestió de les infraestructures, dels equipaments i del personal", "accés dels medicaments essencials a totes les capes socials", "gestió descentralitzada" i "prioritat als grups vulnerables".²⁶¹ Fins i tot el reconeixement de les virtuts de les medicines "tradicionals" (més oficial que real) va partir de l'OMS i no del govern camerunès (tot i que les elits locals recorren a cures no biomèdiques amb certa freqüència).²⁶²

Els resultats de les iniciatives multilaterals no han estat gaire satisfactoris, en bona part, perquè la població es resisteix a participar en les estratègies privades que teòricament haurien de servir de motor del desenvolupament.²⁶³ La "participació" en els projectes de desenvolupament, globalment, ha estat ben escassa.

L'Estratègia Sectorial de Salut camerunesa estableix determinades funcions per als "paternaris exteriors": els reserva un paper clau en la posada en marxa dels programes prioritaris (com el de lluita contra la sida), els demana que contribueixin en el "reforçament de les capacitats nacionals" i espera que participin en el desenvolupament de l'oferta de cures i serveis.²⁶⁴ Les iniciatives més destacades del govern en el camp de la salut, com el pla de vacunacions o el de prevenció del VIH/sida, responen a iniciatives dels donants i depenen per al seu funcionament de la permanència d'un gran nombre d'ajudes exteriors.²⁶⁵ Tots els seminaris de lluita contra la sida realitzats al Camerun entre el 1991 i el 1998 van ser finançats per algun donant.²⁶⁶ La cadena del fred del pla de vacunacions estatal (PEV) depèn de la Unió Europea, de la Cooperació Francesa, de l'UNICEF i del Rotary Internacional; els vehicles i el carburant depenen de les ajudes del Japó i de l'OMS; la cooperació alemanya assumeix l'APS i el PEV a 3 districtes; l'OMS i la Global Action for Vaccination and Immunisation subvencionen algunes actuacions ministerials; i diverses ONGs col·laboren amb les vacunacions en la seva zona d'actuació.²⁶⁷

Des dels anys seixanta totes les recerques de recursos hidràulics a gran escala han comptat amb suport exterior.²⁶⁸ El Ministeri de Sanitat ha delegat àrees senceres de la seva responsabilitat a mans de donants, com la gestió dels medicaments essencials, que resta a càrrec de la UE, bàsicament.²⁶⁹ Els "consellers tècnics" del govern francès, que segueixen fidelment les instruccions de París, tenen un paper clau en el disseny de les polítiques sanitàries del Camerun.²⁷⁰ En determinades zones s'ha establert una clara hegemonia de determinats donants (com la cooperació alemanya, la cooperació francesa, la cooperació del

cantó suís del Jura, les organitzacions nord-americanes Save the Children i Care International o l'Associació Francesa de Voluntaris al Progrés).²⁷¹ El pressupost i la capacitat d'actuació d'aquestes contraparts són molt superiors als de les Delegacions del Ministeri de Sanitat, que sovint resten subordinades a les iniciatives exteriors.

El volum de les ajudes exteriors en l'àmbit sanitari ha variat molt al llarg del temps.²⁷² En l'actualitat entre els principals finançadors s'hi troben Alemanya, França, el Japó, els Estats Units, la UE i els donants multilaterals.²⁷³ Però el govern té problemes amb l'extrema volubilitat dels donants, que impedeix la realització de previsions de la despesa mèdica. Cada any varien les preferències dels finançadors, i això bloqueja qualsevol planificació. Les aportacions dels donants en planificació familiar van experimentar un augment del 800 % d'un any per l'altre; pel contrari, les ajudes a la planificació sanitària van experimentar un descens del 225 % en un sol exercici.²⁷⁴ Aquesta dinàmica força al Ministeri de Sanitat a variar contínuament les seves polítiques i els seus pressupostos, per tal de cobrir els buits que la cooperació va deixant sense cobrir. A més, quan per qualsevol motiu hi ha desacords amb alguna contrapart, es bloqueja el flux de fons i l'Estat camerunès ha d'assumir despeses que en principi no havia previst; per això té eterns problemes de liquiditat.²⁷⁵

El problema de la dependència en el pressupost no només es detecta a nivell de l'administració de l'estat, sinó també a nivell de petits projectes. Moltes iniciatives depenen per complet del finançament exterior; per això la seva continuïtat perilla a causa dels canvis de decisió dels donants, de la curta durada dels projectes i de la dinàmica de subvencions anuals.²⁷⁶ En realitat, la voluntat dels donants de minimitzar les inversions i de multiplicar al màxim el nombre d'ajudes concedides, va en detriment de la consolidació dels projectes iniciats.²⁷⁷ És més, com els finançadors tenen pressa per obtenir resultats palpables, insten a les poblacions a dur a terme projectes a curt termini, fins al punt que acaben ofegant les iniciatives més sòlides, que es plantegen a més llarg termini (per exemple, la construcció de pous per part de finançadors a tota velocitat pot impedir que s'estableixi a nivell local, per consens, un autèntic sistema de gestió de l'aigua).²⁷⁸

Els donants no sempre han tingut criteris gaire coherents per atorgar les seves ajudes. En algunes ocasions, la concessió de finançament depèn del personal de les ambaixades o d'institucions dels països desenvolupats, sense especial formació en

cooperació; aquests sovint actuen des d'una òptica paternalista i caritativa (encara en l'actualitat un diplomàtic occidental tracta als camerunesos de "negritos"). En no haver-hi controls efectius sobre la majoria dels projectes, alguns finançadors mostren un cert desinterès en la concessió i el seguiment de les ajudes; quan un cooperant va retreure a un diplomàtic occidental la baixa qualitat dels projectes subvencionats per la seva ambaixada, aquest li va respondre que es tractava de diners procedents del 0,7 % i que de qualsevol forma calia desprendre-se'n. L'opció més còmoda per als finançadors és buscar intermediaris (com les ONGs del nord) que els facilitin les tasques de gestió dels fons; però la designació d'intermediaris sol anar en detriment de la transparència.²⁷⁹ Així doncs, no sempre es controlen adequadament els projectes i en diversos casos els promotors (estrangers o locals) desvien fons, actuen de forma irresponsable o no finalitzen les activitats; això és possible perquè ni les comunitats ni les institucions cameruneses poden fiscalitzar els projectes, que sovint es consideren com una simple emanació de l'organisme finançador i no com a part integrant de la vida local.

Imposició de criteris

Els camerunesos amb freqüència perceben els "programes nacionals" en l'àmbit sanitari com iniciatives d'Occident imposades a les institucions del Camerun. No van gaire desencaminats: en una entrevista un alt responsable d'un organisme de cooperació bilateral va assegurar que la cooperació sanitària, al Camerun, tenia un paper essencial, perquè acomplia un rol de "policia" en controlar al Ministeri de Sanitat i obligar-lo a actuar "correctament". Fins i tot el Document Estratègic Sectorial de Salut, que es va aprovar el 2000, es va redactar a instàncies del BM i de l'FMI i sota la seva tutela.²⁸⁰

Els donants forcen a les autoritats cameruneses a adoptar línies d'actuació en l'àmbit de la salut que no sempre es corresponen amb les prioritats preestablertes. La Xina va finançar la construcció d'un hospital pediàtric a Yaoundé, al costat de l'Hospital Central, que ja disposava d'una unitat pediàtrica que estava subutilitzada.²⁸¹ Entre les prioritats establertes per l'OMS es dona molta importància a la lluita contra el tabaquisme,²⁸² un mal molt vigent a Occident, on incideix sobre les principals causes de mortalitat (les malalties cardiovasculars i els càncers) però que no està gaire estès en aquella zona de l'Àfrica; en canvi, no destina gaire atenció a l'alcoholisme, una addicció àmpliament estesa al Camerun

i que provoca greus tensions socials. La cooperació oficial francesa considera bàsic incorporar als projectes a "joves europeus desitjosos de manifestar la seva solidaritat" i per això finança la tramesa de voluntaris²⁸³ (el treball d'aquests és molt qüestionat, però contribueix a fer propaganda de la cooperació a l'Hexàgon). La Cooperació Espanyola intenta distribuir les seves ajudes entre el màxim d'organitzacions humanitàries hispanes establertes al país, en la seva majoria congregacions religioses (es considera important mantenir satisfets als residents espanyols).²⁸⁴ També diverses ONGs catalanes, espanyoles i franceses duen a terme projectes sanitaris i de sanejament amb voluntaris; aquestes iniciatives tenen un alt cost i una escassa eficàcia, però els seus promotors les impulsen perquè donen més prioritat a la "sensibilització" dels joves europeus que a la participació dels beneficiaris (que haurien de ser els autèntics protagonistes del procés de desenvolupament).

Els donants solen negar-se a finançar aquelles línies d'actuació que ells no consideren lògiques i que sí ho són per a les autoritats cameruneses. La UE es va negar a col·laborar amb alguns districtes sanitaris perquè els considerava inviables, des d'una òptica purament organitzativa,²⁸⁵ en realitat el govern camerunès, com els executius europeus, distribueix les infraestructures, no només en funció de criteris tècnics, sinó també d'equilibris polítics que cal respectar, perquè són la base de l'estabilitat.²⁸⁶

Molts donants parteixen de la base que el desenvolupament depèn únicament de criteris tècnics i no pas polítics, i per això posen molt d'èmfasi en la formació "d'experts".²⁸⁷ Segons la seva argumentació, aquests tècnics tot i no conèixer cap país en concret, podrien dictar als governs les polítiques a adoptar per tal de garantir el "progrés". Fins i tot és freqüent que la concessió d'ajudes als petits projectes depengui de la presència d'un tècnic estranger, ja que se sol desconfiar dels professionals camerunesos i de les associacions dirigides per nacionals²⁸⁸ (fins i tot alguns alts càrrecs de l'església manifesten fortes reticències envers el personal local, al que consideren poc qualificat i corrupte). En realitat, els resultats dels "experts" estrangers han estat molt discutits. És habitual que alguns d'aquests experts tinguin una escassa formació; sovint això és especialment greu en el cas dels voluntaris (és paradoxal, en aquest sentit, l'assimilació de qualsevol blanc a un "expert"). En d'altres casos els tècnics enviats pels finançadors tenen una formació excessivament especialitzada, que no és l'adequada per a la realitat del país. En

determinades iniciatives, una part substancial de les ajudes van destinades al pagament dels sous dels cooperants o al manteniment del seu nivell de vida²⁸⁹ (construcció i habilitació d'habitatges, manteniment d'un vehicle...). En d'altres actuacions s'ha constatat una escassa integració dels cooperants en la societat local, que repercuteix en un desconeixement de la realitat i de les seves vies de solució (la curta durada de l'estada de molts tècnics contribueix a dificultar la seva tasca). Rara vegada els "experts" formen correctament al personal local que hauria de succeir-los.²⁹⁰ alguns tracten d'esdevenir imprescindibles i perllongar el seu post de treball, d'altres xoquen amb els seus homòlegs a causa de la disparitat salarial...

No és estrany que els donants valorin econòmicament els projectes en funció del nivell de vida dels països desenvolupats; d'aquesta forma es financen projectes extremadament cars en relació amb els costos locals. A més, en moltes ocasions cada donant valora el projecte tan sols en funció de la seva aportació i no del conjunt d'ajudes dels diferents finançadors. Així alguns projectes que van captant de forma continuada nous donants poden anar desplegant una gran quantitat d'activitats complementàries i poc essencials.

Alguns promotors estrangers de projectes tendeixen a apropiarse'ls i a reduir al mínim la participació de la població local. No és estrany que en els projectes confessionals s'actui des d'una òptica paternalista i que s'ignorin les lleis que atorguen un paper clau en la gestió dels districtes sanitaris als comitès de salut. D'aquesta forma, els directors del projecte acaben imposant a la població local les línies d'actuació de les seves ONGs o fins i tot les seves obsessions personals (és per això que les prioritats varien substancialment d'un projecte a l'altre). Molt sovint els responsables dels projectes fins i tot tracten de desvincular-se de les directrius de les autoritats locals emparant-se amb la seva suposada autonomia.²⁹¹ En algun cas, es va constatar que els promotors d'iniciatives en l'àmbit de la sanitat ni tan sols sabien de quin districte sanitari depenien, ja que actuaven de forma completament autònoma.

Importants sectors de població manifesten una clara desconfiança envers les iniciatives occidentals en matèria sanitària. Les campanyes de vacunació topen amb fortes resistències, i fins i tot hi ha persones que creuen que des d'Occident es distribueixen preservatius foradats amb la intenció de propagar la sida.²⁹² Les directrius internacionals en

l'àmbit de medicaments essencials són aplicades en el marc de la xarxa d'APS finançada per la cooperació, però no són utilitzades pels metges que actuen al marge dels donants exteriors (que desconeixen aquestes normes o les rebutgen).²⁹³ Aquestes actituds mostren fins a quin punt les estratègies de desenvolupament no han estat interioritzades per la població, perquè han estat imposades al marge de la seva voluntat.

Coordinació i cooperació

Els donants pensen que els projectes que ells financen han de ser prioritaris per al Camerun. Això no sempre és així. Alguns projectes s'inicien de forma autònoma, sense coordinació amb el Ministeri de Sanitat, i aquest s'ha de limitar a acceptar els fets consumats (alguns donants han construït hospitals a localitats no considerades com una prioritat per les autoritats). El govern creu excessiu el cost d'alguns projectes "modèlics" (segons els criteris d'algun donant) i per això no assumeix en ells cap responsabilitat econòmica.²⁹⁴ Com hi ha molts donants interessats en oferir ajudes al Camerun i el nombre de contraparts disponibles és molt reduït, hi ha una veritable competència per aconseguir projectes; d'aquesta forma es dona finançament a iniciatives amb escassa utilitat i nul·la viabilitat.

La multiplicitat d'iniciatives de cooperació descoordinades encareix notablement el sistema sanitari camerunès, ja que amb freqüència es dupliquen els recursos. Les principals iniciatives del Ministeri de Sanitat depenen de programes subvencionats per diferents organismes estrangers.²⁹⁵ En el disseny de cada projecte s'hi inclouen personal i recursos que podrien ser d'utilitat per a diverses iniciatives, però que resten reservats per a una sola finalitat (amb la consegüent subutilització). Els vehicles, els ordinadors i fins i tot els facultatius "s'adscriuen" a un projecte i queden a disposició exclusiva d'aquest. Hi ha hospitals que disposen de facultatius ben formats però que no tenen recursos; a poca distància d'aquests hi trobem centres de salut sense personal competent però amb bons equipaments i abundants medicaments cedits per algun donant.²⁹⁶ No és infreqüent que un districte sanitari no disposi de cap vehicle per a les seves tasques quotidianes, però que sigui recorregut contínuament per cotxes enviats per a la lluita contra la sida, per a la vacunació, per a l'educació sanitària, per a la lluita antipalúdica... Les campanyes contra la sida no s'integren dins el programa escolar general.²⁹⁷ Es dissenyen projectes per resoldre problemàtiques d'alguns grups de risc sense cap coordinació amb les iniciatives destinades

a d'altres col·lectius (és el cas del programa contra la sida, que compta amb campanyes autònomes destinades als estudiants, a les prostitutes, als policies...).²⁹⁸ En moltes ocasions els delegats ministerials i les ONGs que treballen sobre el terreny són mantinguts al marge de les campanyes impulsades pels grans organismes de cooperació, i les seves forces no poden coordinar-se adequadament²⁹⁹ (a més, la manca d'acord amb els responsables sanitaris dels districtes impedeix que aquestes campanyes gaudeixin de continuïtat a nivell local).

Els donants reconeixen problemes de coordinació entre els diferents projectes, però es resisteixen a perdre la seva autonomia.³⁰⁰ Al 1990 es va crear el Col·lectiu d'Organismes de Participació al Desenvolupament, que havia de coordinar al govern, als donants i als actors no estatals, però l'aparició d'aquesta institució no va suposar avenços significatius en aquest camp.³⁰¹ La solució proposada pels donants a la descoordinació en cooperació passa sovint per imposar els criteris propis a la resta dels donants i al mateix govern camerunès. L'OMS aspira a la tutela sobre tota la cooperació, tot i que ni tan sols és capaç de coordinar les diferents agències de Nacions Unides;³⁰² la UE tracta sense èxit d'imposar els seus criteris als diferents membres de la Unió;³⁰³ la Cooperació Espanyola espera que tots els finançadors de l'Estat espanyol adoptin els seus criteris...³⁰⁴

Per evitar la descoordinació, el Ministeri de Sanitat ha intentat en alguna ocasió que es concertessin totes les iniciatives públiques i privades a nivell local i de districte.³⁰⁵ En realitat, els resultats han estat sovint decebedors a causa, principalment, de la feblesa del propi Ministeri.³⁰⁶ Hi ha problemes afegits amb el finançament estranger a la salut pública perquè sovint no coincideixen els exercicis econòmics del govern amb els dels donants, i es produeixen problemes per realitzar el cronograma i per tramitar les justificacions de les actuacions (simptomàticament, molts projectes s'han adaptat als cronogrames dels donants).³⁰⁷

Molts dels estudis, consultories i avaluacions de projectes són utilitzats tan sols pel donant que els ha encarregat i no repercuteixen en una millora de la resta d'iniciatives. És freqüent que els responsables dels projectes no coneguin d'altres activitats que s'estan desenvolupant i que, en conseqüència, no intercanviïn informacions amb els seus col·legues. Inclús es detecten rivalitats i tensions entre les ONGs que actuen en un mateix territori. Sovint la creació d'hospitals catòlics i protestants respon a la rivalitat entre

ambdues confessions per captar fidels³⁰⁸ (d'aquesta forma en moltes localitats hi ha dos hospitals, un de catòlic i un d'evangelista, mentre que en algunes zones no es disposa de cap centre assistencial).³⁰⁹ A nivell d'obres hidràuliques la descoordinació tal vegada és encara major: hi ha pobles diminuts que disposen de 5 pous, construïts per donants diferents (i sovint tots en mal estat).³¹⁰

La força del projecte, a nivell local, pot ser superior a la del govern de l'estat. Alguns districtes resten sota la tutela d'una organització confessional, que assumeix el patronatge de tota la zona i actua amb criteris propis, al marge de les directrius ministerials; per exemple, és freqüent que els centres de salut religiosos prescindixin de la xarxa de derivació pública i enviïn els malalts greus a hospitals de la seva pròpia congregació.³¹¹ Tampoc és excepcional que, desobeint les recomanacions oficials, els projectes de sanejament importin bombes del país finançador, de tal forma que posteriorment no es troben recanvis per a la seva reparació i queden fora de servei.

Els projectes en ocasions tendeixen a concentrar-se en una zona, a causa de la instal·lació d'una ONG estrangera o d'un centre religiós (una tendència que pot acabar provocant un agreujament dels desequilibris geogràfics).³¹² Gràcies als seus contactes privilegiats, alguns organismes dedicats a la cooperació tenen facilitat per obtenir finançament i poden anar multiplicant les seves activitats. Però no és estrany que un cop resoltes les tasques prioritàries, en lloc de transferir els projectes i abandonar la zona, es mantinguin a la regió, segueixin demanant finançament exterior i acabin obtenint fons per a projectes d'una importància relativa.³¹³ Molts promotors de centres sanitaris pretenen ampliar contínuament el "seu" centre, sense tenir en compte l'existència d'hospitals en zones properes que poden cobrir les necessitats existents; d'aquesta forma es dupliquen funcions i no s'arriba a desenvolupar una xarxa de derivació efectiva.

Representativitat qüestionable

La base de totes les iniciatives de l'OMS i de la xarxa d'APS camerunesa és la participació de la població en la gestió dels sistemes sanitaris. A més, part de les ajudes dels estats occidentals es gestionen a partir d'ONGs i d'altres organitzacions humanitàries.³¹⁴ La gran majoria dels finançadors posen molt d'èmfasi en les iniciatives dels "actors no estatals", que són considerats més eficaços que el govern, perquè són més propers a la població.³¹⁵ Però

bona part de les estructures socials tradicionals van ser destruïdes per la colonització³¹⁶ i altres col·lectius es neguen a integrar-se en les iniciatives de la cooperació i de l'Estat (és el cas de les cooperatives de crèdit, *tontines* o *associations*). D'aquesta forma, al Camerun el nombre de contraparts per a la cooperació amb una certa legitimitat són molt escasses. La comunitat internacional s'ha vist obligada a iniciar campanyes de "dinamització" per tal de fomentar l'aparició d'ONGs amb les que col·laborar. D'aquesta forma, el procés de participació de les poblacions neix de forma completament viciada: no són les comunitats les que expressen les seves peticions a la cooperació, sinó que és la cooperació la que crea una demanda de necessitats a la que posteriorment la societat camerunesa ha de respondre amb els mecanismes que li ofereix la pròpia cooperació.

Les associacions i ONGs han gaudit d'una clara protecció dels organismes bilaterals i multilaterals. El govern, amb clares tendències autoritàries i reticent a qualsevol tipus d'organització popular, va resistir-se a legalitzar-les, però va claudicar al 1990 en publicar la llei d'associacions (i en aprovar la llei d'ONGs del 1999, a instàncies del Banc Mundial).³¹⁷ Els funcionaris camerunesos creuen que és inevitable actuar d'acord amb les ONGs a causa del context internacional, però no per això deixen d'opinar que "aquestes coses no existeixen aquí; són els blancs els que les han portat".³¹⁸

En realitat, tot i que els donants afirmen que les ONGs del Sud són els més genuïns representants de la voluntat popular al Tercer Món, per altra banda pretenen subordinar-les a les seves prioritats i estratègies.³¹⁹ La cooperació nord-americana fins i tot organitza seminaris per a quadres d'associacions cameruneses en els que els indica què cal que demanin i com han de fer-ho. En principi les ONGs actuen en funció d'objectius molt diferents dels que tenen els estats desenvolupats, però en realitat depenen completament del finançament del Nord per a la realització de projectes i per tant han d'adaptar-se a les directrius establertes per Occident; en el fons, les ONGs cameruneses mostren molt més pròximes a la UE que al seu propi govern.³²⁰ El seu discurs no reproduïx la idiosincràsia de la població, com alguns pretenen, sinó que respon mimèticament a les expectatives dels donants (són freqüents les referències a la "transversalitat", a les "microempreses" o a la "biodiversitat i bon govern ambiental").³²¹ Paradoxalment, les ONGs sanitàries que diuen representar a la societat camerunesa, en els seus texts, mostren el seu complet acord amb les directrius de l'OMS, però expressen crítiques velades a la població.³²²

La relació entre donants i ONGs és completament jeràrquica. La UE i altres institucions dedicades a la cooperació solen organitzar trobades amb les ONGs locals, però rara vegada es tracta de processos de debat real, sinó tan sols d'encontres per tal de justificar una teòrica "participació" de la població. Aquests encontres solen durar unes poques hores i no tenen continuïtat; en ells s'aproven documents elaborats prèviament per algun donant. Constitueixen tan sols una escenificació destinada a justificar una hipotètica col·laboració entre els donants i els beneficiaris.³²³ És simptomàtic que entre les ONGs no s'hagi generat cap debat sobre el model sanitari del país i que totes acceptin de forma acrítica les directrius dels finançadors (tan sols a la província de l'Oest, on hi ha més participació popular, es detecten dissensions obertes entre les ONGs locals i les seves contraparts).³²⁴ Les ONGs del Nord també tenen una relació desigual amb les seves contraparts del Sud, ja que a canvi del seu finançament pretenen dictar què han de fer els camerunesos.³²⁵ Les ONGs cameruneses són extremadament febles, però malgrat tot, amb el suport dels donants, s'han volgut convertir en un contraestat (fins i tot han reclamat estar presents a les negociacions entre el Camerun i la UE al mateix nivell que els representats de l'Estat).³²⁶ Per aquest motiu, els representants de l'Estat són poc propicis a treballar en cooperació amb les ONGs.³²⁷

A nivell de petits projectes, la dinàmica sol ser molt similar. Moltes iniciatives no sorgeixen realment de les comunitats "beneficiàries", sinó que procedeixen d'ONGs cameruneses o internacionals que ja han "identificat" prèviament les "necessitats" i la forma de resoldre-les. Malgrat tot, els organismes de cooperació insten a la població local a participar en reunions en les que no se li dóna opció a reformular les grans línies del projecte.³²⁸ Sovint en els actes de "participació" i "dinamització" ni tan sols es convida als actors socials realment representatius de la zona, perquè no se'ls coneix, o perquè se sap que poden mostrar-se reticents a la iniciativa. Moltes ONGs del Sud no sorgeixen espontàniament, sinó que són creades a instàncies d'una ONG del Nord que necessita una contrapart per a un projecte que ja és dissenyat.

Per tal de justificar la seva existència les ONGs, tant del Sud com del Nord, han de presentar-se com organismes capaços de fer progressos significatius en el desenvolupament del país, tot i que bona part dels problemes del subdesenvolupament són de caràcter estructural i no poden resoldre's a partir d'aquest tipus d'iniciatives. A més, per obtenir

finançament solen presentar-se com les úniques proveïdores de serveis de salut de la zona i oculten l'existència de pràctiques de salut al marge de la biomedicina.

Les ONGs han reclamat contínuament que el govern camerunès les reconegui com interlocutores i que les financi; també han exigít que els donants els atorguin més suport.³²⁹ En realitat la representativitat dels "actors no estatals" camerunesos és ben escassa. Solen estar integrats per un petit nombre d'individus i no duen a terme cap activitat sense finançament exterior (en alguns casos han reconegut que només poden dur a terme allò que prèviament ja han decidit els donants).³³⁰ Moltes ONGs constitueixen només un mitjà que permet que els membres de la seva directiva obtinguin recursos (un dels elements que més es valora al Camerun de les ONGs és que generen ocupació).³³¹ Per tant, no responen als interessos del conjunt de la població sinó tan sols a l'afany de lucre d'alguns particulars. És freqüent que la població doni recolzament a un projecte, no pels seus objectius finals, sinó per la possibilitat d'obtenir beneficis econòmics (els pigmeus bagiyely, en donar suport a un projecte de salut, estaven especialment interessats en què, a través d'aquesta activitat, poguessin obtenir eines per a la construcció i per a l'agricultura, tot al·legant que eren necessàries per a la construcció de latrines). Els donants segueixen apostant per les ONGs, tot i que són conscients de la seva debilitat i escassa representativitat a través de nombrosos informes.³³²

Els "actors no estatals" més significatius són les nombroses missions catòliques i protestants que actuen en l'àmbit de la salut i de l'educació.³³³ Algunes iniciatives religioses s'han canalitzat a través d'ONGs confessionals que es consideren part integrant de la població, tot i que des del punt de vista de les comunitats de la zona se les sol conceptualitzar com donants³³⁴ (en realitat, les missions reben suport financer d'algunes institucions occidentals perquè se les considera alienes a les pràctiques "pernicioses" de la població local). De cara als donants occidentals, les organitzacions religioses presenten les seves iniciatives dins les lògiques "de projecte", però la seva pràctica les vincula, sobretot, al missionalisme clàssic (no té gaire en compte la sostenibilitat ni la participació, i es basa més en les "necessitats" que en la creació de capacitats per a resoldre problemes).³³⁵ No és infreqüent que una organització religiosa "apadrini" tot un districte i assumeixi la responsabilitat sobre un gran nombre d'àrees del desenvolupament local (sanitat, sanejament, transport, electrificació...)³³⁶ Tot i que aquestes iniciatives duen millores a la

població camerunesa, sovint acaben bloquejant les iniciatives locals i creant perverses xarxes de clientelisme (poden crear ocupació per als fidels i excloure als qui no es revelin dòcils a la jerarquia religiosa, solen prescindir de les autoritats locals, arriben a estigmatitzar els altres sistemes mèdics...). Com la lògica de les iniciatives religioses depassa el nivell del projecte, en ocasions la gestió dels fons es descuida, i les ajudes rebudes no es destinen als objectius previstos sinó a d'altres iniciatives de la missió, ja que aquesta, com conjunt, constitueix la prioritat última de la majoria dels religiosos.

Etnocentrisme i teories del desenvolupament

Les ONGs del Nord i els organismes responsables de la cooperació amb els països subdesenvolupats no estan lliures d'etnocentrisme. Sovint parteixen de la base de la defensa d'uns "valors universals" que s'haurien d'enfortir al Tercer Món; uns "valors" que nosaltres tindriem més afermats i que serien veritablement "exportables" (no és gens clar que siguin principis universals "l'esperit emprenedor", "la descentralització" o "la participació democràtica").³³⁷ És freqüent que els cooperants que arriben al Camerun pensin que en aquest país no hi ha cap tipus de serveis d'atenció a la salut; no només ignoren les teràpies no biomèdiques, sinó que sovint ni tan sols tenen en compte les estructures mèdiques derivades de la colonització. La majoria dels "experts" estan convençuts que la seva missió és "ensenyar" el "desenvolupament" i per tant la seva actitud no els predispone a aprendre res de la societat en la que treballen (per exemple, és molt freqüent que els especialistes en planificació familiar no tinguin en compte l'espaiament de naixements aconseguit en nombroses cultures del país mitjançant tabús sexuals postpart).³³⁸ Hi ha fins i tot qui propugna el seu sistema de salut com un model exportable al Camerun (la Cooperació Espanyola parla d'emprar com model "nuestro exitoso modelo de gestión sanitaria y descentralización administrativa" i fins i tot defensa els "contractes programes" privatitzadors, tot i que a l'Àfrica les possibilitats de liberalització són molts menors perquè l'empresa privada no té la mateixa capacitat tècnica que a Europa).³³⁹

Tot i que els organismes humanitaris occidentals parlen públicament de "cooperació al desenvolupament", en el fons són més aviat excepcionals els projectes que es conceben com una eina de cooperació mútua: mai es pensa en les possibles aportacions dels països subdesenvolupats. Això és especialment agut en el cas de la cooperació sanitària, ja que

partint del paradigma biomèdic es considera Occident com el dipositari dels coneixements mèdics vàlids i els beneficiaris com "pacients" que han de sotmetre's a un cos d'ensenyaments inqüestionables. En realitat s'espera que els camerunesos modifiquin la seva realitat i la seva forma de pensar per adaptar-se a formes de vida "més sanes". Això és fàcil perquè al Camerun, com a molts altres països de l'Àfrica francòfona, la colonització va anar acompanyada d'un procés molt estès de medicalització (al contrari que a la veïna Nigèria, on en virtut de la política britànica d'*indirect rule* es van preservar els rols socials dels medecinares);³⁴⁰ d'aquesta forma, l'hegemonia de la biomedicina és més accentuada al Camerun que a d'altres països veïns.

Les prioritats establertes per la cooperació sanitària no sempre coincideixen amb les preocupacions bàsiques dels camerunesos. Els programes de planificació familiar patrocinats per Occident posen tot el seu èmfasi en la prevenció de la sida i en el control de la natalitat (ja que pressuposen que el creixement demogràfic és un obstacle per al desenvolupament); en canvi, no dediquen gaire atenció al tractament de la impotència i de l'esterilitat, patologies que constitueixen motius molt freqüents de consulta als medecinares i que són un problema de salut especialment greu.³⁴¹

Les teories científiques no deixen d'estar marcades pels prejudicis. L'etnopsicologia només s'aplica als antics colonitzats (i no a pràctiques occidentals com la vidència); algunes realitats del continent africà, com les possessions, són considerades pels psicòlegs, senzillament, com "psicosis ètniques".³⁴² En alguns estudis mèdics s'ha acusat al mode de vida "tradicional" dels africans de propiciar la sida; en realitat, aquesta malaltia té més incidència a les zones urbanes que a les rurals, és a dir, és propiciada per la "modernització".³⁴³ Les tesis psicoanalítiques es basen en un model de família que no és el de la majoria dels camerunesos.³⁴⁴ Les estadístiques dels organismes internacionals sobre l'estat de salut dels diferents països no valoren excessivament algunes malalties pròpies dels nostres països, com l'alzèimer, l'anorèxia o l'estrès; en canvi, donen molta importància a les malalties que han estat erradicades a Occident, com el paludisme.

Cal constatar una tendència molt estesa dels donants a justificar qualsevol imposició de models sanitaris en contra de la voluntat de les poblacions, sota el pretext de la seva suposada "incultura" o "ignorància". L'èmfasi posat en els grups vulnerables, com els nens (i en menor grau les dones),³⁴⁵ va destinat a una apropiació simbòlica de les poblacions

africanes. Es considera als adults africans com els enemics de la salut de la infància dels seus països, i a la cooperació com la veritable protectora dels seus interessos. En el fons, constitueix una forma d'imposar l'hegemonia occidental a les poblacions africanes en base als nostres prejudicis.

Quina participació?

Tot i que la cooperació sanitària posa molt d'èmfasi en la participació de les poblacions en el sistema de salut,³⁴⁶ aquesta participació només es reflecteix en el pagament dels serveis i en l'àmbit de la gestió, però no en el disseny de les polítiques sanitàries. De fet, en base a arguments tecnocràtics, ni tan sols es reconeix al govern camerunès aquesta competència, sinó que es reserva a l'OMS i a d'altres organismes de cooperació. L'exclusió de les poblacions en la presa de decisions relatives a la seva salut constitueix una contradicció flagrant respecte als principis democràtics que els donants diuen defensar.

La cooperació sanitària ha estat molt poc qüestionada, perquè en funció del paradigma biomèdic es considera positiu qualsevol procés d'extensió de les nostres creences i pràctiques mèdiques. És més, com la majoria de les anàlisis de la cooperació s'han realitzat des del marc del projecte (i no des d'una òptica més àmplia) sovint s'ha arribat a la conclusió que la solució als problemes del desenvolupament passa per la multiplicació i l'extensió dels projectes (una opció molt discutible, perquè moltes causes del subdesenvolupament no són resolubles des de l'àmbit del projecte).³⁴⁷

La cooperació al desenvolupament no és una realitat aïllada dels processos sociopolítics del món modern. Per tant, en ocasions pot haver estat usada com una eina de dominació.³⁴⁸ En realitat els organismes multilaterals han restat sobirania a l'Estat camerunès i han contribuït a la imposició de models polítics i dinàmiques socials que no sempre responen a la voluntat dels camerunesos.

CAPÍTOL III

SISTEMA BIOMÈDIC I ECONOMIA

El Camerun, tot i que és un dels països més dinàmics de la regió, compta amb un producte interior brut relativament baix, de 1.256 dòlars???? (entre el 1985 i el 1994, a causa de la forta crisi econòmica, el PIB per càpita va descendir de 1.183 \$ a 658 \$).³⁴⁹ Aquesta riquesa no està homogèniament repartida: hi ha importants bosses de pobresa a algunes zones rurals (especialment greus al Nord) i en zones suburbanes (com els suburbis de Yaoundé i Douala). Bona part de les famílies no disposen d'estalvis i tenen problemes per fer front a les urgències mèdiques. En realitat, la despesa en salut, en el sector biomèdic, és de tan sols 55 dòlars per individu (front als 4.499 dòlars que es gasten als Estats Units o els 1.539 que es gasten a Espanya).³⁵⁰ La despesa sanitària representa al Camerun un 4,3 % del PIB (a Espanya s'eleva al 7,7 % i als Estats Units al 13 %), i el 73 % d'aquest pressupost va a càrrec de les famílies.³⁵¹ Sovint la biomedicina no es constitueix en solució dels problemes mèdics a causa de la manca de recursos de les llars (més del 50 % de les famílies són classificades com pobres, perquè viuen tot un any amb menys de 148.000 francs CFA, uns 225 euros).³⁵² Les famílies pobres tan sols gasten en salut 5.900 francs CFA per persona anuals (menys de 9 €); en canvi les famílies riques en gasten 37.400 (56 €).³⁵³ A causa de la pobresa, se sol estalviar fins i tot en medicaments, i la despesa en salut només esdevé una prioritat quan l'estat del malalt s'agreuja.³⁵⁴ Hi ha pacients que, per manca de recursos, només són enviats al centre mèdic quan estan molt greus; de vegades ja no hi ha possibilitat de salvar-los. En d'altres casos, els malats no prenen tota la medicació prescrita, perquè no tenen diners per pagar la recepta completa.³⁵⁵ També per manca de pressupost, alguns malalts opten per automedicar-se i per prendre els medicaments que tenen al seu abast, que no sempre són els més adequats.

La sanitat pública

L'administració camerunesa té problemes per gestionar la sanitat pública, especialment després de la crisi econòmica patida als anys vuitanta i noranta³⁵⁶ (a partir del 1994 es va experimentar un cert creixement econòmic però la sanitat no va experimentar canvis significatius).³⁵⁷ En l'actualitat l'Estat camerunès dedica a la sanitat un 4,47 % del seu pressupost, tot i que fa pocs anys tan sols hi destinava poc més d'un 2,5 % (la mitjana dels països desenvolupats se situa al voltant del 6 %).³⁵⁸ Els plans d'ajustament estructural imposats pel Fons Monetari Internacional i pels donants occidentals van obligar a una reducció de la despesa pública en sanitat (que es pretenia compensar amb aportacions de la cooperació internacional, tot i que aquestes mai van arribar a ser tan abundants com s'havia promès).³⁵⁹ Els recursos públics potser podrien gestionar-se millor i tal vegada caldria destinar més diners al sector sanitari³⁶⁰ (el NEPAD estableix que s'hauria de destinar el 15 % dels pressupostos estatals a la sanitat), però cal constatar que l'administració camerunesa té una feble capacitat impositiva. Una part important de les activitats econòmiques es desenvolupen al sector informal o giren al voltant de l'autosubsistència, i no ofereixen ingressos a l'hisenda pública. Per altra banda, la legitimitat de l'Estat és força qüestionada i hi ha fortes resistències al pagament d'impostos³⁶¹ (en certes zones les autoritats tradicionals disputen la legitimitat als representants de l'Estat). A més, degut als alts nivells de corrupció, l'Estat té problemes a nivell de recaptació.

Tot el sistema biomèdic camerunès, i sobretot la sanitat pública, pateix unes greus deficiències a causa dels problemes econòmics (fins i tot s'han descuidat les activitats de prevenció per fer front a l'atenció als malalts).³⁶² Les cimeres de l'OMS van apostar per potenciar les medicines "tradicionals" als països del Tercer Món per minimitzar els efectes negatius de la manca de recursos econòmics. Malgrat tot, les seves directrius mai no s'han acabat d'aplicar al Camerun. Tant l'Estat com els diferents projectes de cooperació han apostat decididament pel model biomèdic (amb alguna excepció puntual). Malgrat tot, no es defensa l'aplicació del sistema mèdic existent als països rics, perquè aquest desborda clarament les possibilitats econòmiques de l'Estat i la societat camerunesos. La recerca més avançada en biomedicina (com l'enginyeria genètica) no té futur a curt ni mitjà termini al continent africà pel seu elevat cost i perquè requereix equipaments sofisticats (inassequibles per als països pobres). En realitat, s'està apostant per una biomedicina "a dues velocitats",

en la que es reservarien algunes tecnologies per als països avançats i es consolidaria un sistema més senzill, centrat en l'APS, per als països del Tercer Món. Però en moltes ocasions, als països africans ni tan sols hi ha recursos propis per implementar una xarxa biomèdica "simple".

En l'actualitat, l'Estat camerunès només assumeix un 11 % de la despesa mèdica del país, front a un 90 % assumit per l'Estat suec o noruec³⁶³ (el percentatge restant va a càrrec de les famílies, de l'ajuda exterior i d'organismes privats). Només una petita fracció de la població gaudeix de cobertura sanitària a través de la seguretat social.³⁶⁴ Els camerunesos recorden amb nostàlgia que al període colonial els medicaments eren gratuïts als centres públics. Els costos que han d'assumir els malalts de la sanitat pública han anat augmentant any a any; es paguen els fàrmacs, el petroli per a la neteja, el cotó per a les cures...³⁶⁵ Amb el pagament dels serveis i dels medicaments, l'Estat ha aconseguit recuperar un alt percentatge de la seva inversió sanitària.³⁶⁶

Des dels anys vuitanta a tot el sector públic (i a bona part del sector privat) els malalts ingressats han de ser alimentats pels seus parents o han de recórrer als venedors ambulants de menjar que circulen per les sales dels hospitals³⁶⁷ (en canvi, alguns medecinaires ofereixen als seus pacients els aliments que més els convé). L'aparició de la sida ha contribuït a la manca de recursos de la sanitat. Al 1999/2000, es destinava a la lluita contra aquesta endèmia un 0,2 % del pressupost de l'Estat; al 2001/2002 aquest percentatge ja s'havia elevat fins al 0,79 %.³⁶⁸ Un altre factor que dispara els costos del sistema sanitari és l'augment de les malalties cròniques (en part a causa de l'increment del percentatge de gent gran derivada del perllongament de l'esperança de vida).³⁶⁹

Una de les queixes més recurrents envers el sistema públic de salut rau en que es facin pagar molts serveis.³⁷⁰ Molts pacients no poden recórrer a la biomedicina per manca de recursos (i no per manca de voluntat), tot i que alguns centres disposen de sistemes d'exempció de pagament per als més pobres.³⁷¹ L'abandonament de la gratuïtat de molts serveis va coincidir amb la devaluació del franc CFA i amb una gran inflació, que van perjudicar especialment a la població més desfavorida (sobretot a les dones i als infants).³⁷² A més, els camerunesos opten pel sistema biomèdic amb més freqüència quan aquest disposa de prou recursos: quan els centres de salut ofereixen medicaments a baix preu, reben molts més pacients, en canvi, alguns dispensaris que passen setmanes senceres amb

tan sols dos fàrmacs, atenen a molt poca gent.³⁷³ Alguns centres, per captar pacients, reparteixen aliments a les mares amb nens; quan els estocs d'aliments s'exhaureixen, l'assistència a la consulta maternoinfantil també minva.³⁷⁴ Els malalts també aflueixen amb més quantitat als centres sanitaris que contracten personal qualificat, que compten amb un manteniment correcte o que disposen d'equipaments de qualitat.³⁷⁵ Molts centres confessionals gaudeixen de molt prestigi, en bona part perquè compten amb assistència financera de l'exterior.³⁷⁶ El suport ofert per la cooperació a alguns dispensaris i hospitals acaba tenint un efecte negatiu per als altres centres sanitaris de la zona, ja que l'atenció de qualitat que s'ofereix a un determinat centre que gaudeix d'ajudes exteriors acaba desequilibrant el sistema d'autofinançament dels centres públics de la zona, ja que els malalts amb més potencial econòmic es desplacen cap a l'indret on s'ofereix major qualitat assistencial.³⁷⁷ Alguns dispensaris catòlics fins i tot es neguen a aplicar el sistema d'autofinançament, perquè gaudeixen d'abundants recursos procedents de l'estranger.³⁷⁸

Una part substancial del problema del sistema sanitari té el seu origen en la manca general de recursos del país (i per tant, les possibilitats de la cooperació d'intervenir-hi són molt minses). La xarxa d'APS es basa en el principi de derivació dels malalts greus cap a centres de referència. Però aquesta teoria és inaplicable per manca d'infraestructures: els malalts greus dels posts de salut no poden ser conduïts als centres de salut, perquè no hi ha telèfons per demanar el trasllat, ni ambulàncies per conduir els malalts ni, en ocasions, carreteres en condicions en les que hi circulin vehicles...³⁷⁹ Els hospitals no poden oferir una atenció correcta quan a la seva localitat no hi ha electricitat ni aigua corrent...³⁸⁰ No es poden implementar campanyes d'informació sanitària eficaces a causa de les deficiències dels mitjans de comunicació locals (són incapaços d'arribar a tot arreu i de competir amb les ràdios i televisions estrangeres).³⁸¹ Les instruccions del Ministeri de Sanitat no arriben als centres sanitaris per manca d'automòbils...³⁸² El projecte contra la sida de Care Internacional a la província de l'Est va haver de plantejar-se la possibilitat d'establir un servei de correu propi, ja que els informes dels diferents col·laboradors del projecte no arribaven a temps a causa de les deficiències de les comunicacions existents.³⁸³ Evidentment, no són aplicables al Camerun bona part de les noves tecnologies usades en medicina a Europa (videoconferències, webs mèdiques, serveis informàtics de vigilància epidemiològica...).

L'Estat té problemes per mantenir les infraestructures sanitàries.³⁸⁴ Algunes de les grans estructures sanitàries colonials estan molt deteriorades,³⁸⁵ i comencen a tenir greus problemes de manteniment alguns centres hospitalaris més recents construïts per cooperacions estrangeres (al centre psiquiàtric de Yaoundé hi ha problemes d'higiene degut a la manca d'aigua, i un dels principals hospitals de Douala té filtracions provocades pels baixants).³⁸⁶ Algunes curanderies compten amb millors instal·lacions que els hospitals o els dispensaris (els pacients poden gaudir de més espai, de més privacitat, de més higiene...).³⁸⁷ Algunes infraestructures sanitàries, finançades per organismes de cooperació, s'han acabat de construir, però no són operatives perquè no hi ha pressupost per a dotar-les d'equipaments o de personal.³⁸⁸ En realitat, per als donants és molt còmode construir una infraestructura, però no sempre es tenen en compte els costos que aquesta generarà a mitjà termini; aquests costos sovint obliguen a les contraparts cameruneses a assumir inversions cada cop més difícils de sostenir.³⁸⁹ Algunes de les infraestructures creades per la cooperació ni tan sols beneficien directament als malalts (és el cas dels habitatges per als cooperants o per al personal mèdic local); d'altres beneficien únicament a un centre sanitari, però podrien ser d'utilitat per a sectors més amplis de la població (com les estructures d'abastament d'aigua per a hospitals). Sovint qui obté més beneficis en la construcció de grans infraestructures són les empreses occidentals que les basteixen gràcies a acords amb els donants³⁹⁰ (és el cas de molts dels crèdits FAD, que suposen el 53 % de l'ajuda estatal espanyola al desenvolupament en l'àmbit de la salut).³⁹¹ Que el 58,8 % de la partida sanitària d'Ajuts al Tercer Món de la Generalitat es destini a la infraestructura sanitària bàsica hauria de ser motiu de reflexió.³⁹²

També els equipaments solen patir un ràpid deteriorament, per problemes pressupostaris i per manca de tècnics de manteniment.³⁹³ Alguns hospitals de districte estan dotats de forma molt deficient (fins i tot els manquen llits i matalassos).³⁹⁴ Molts donants s'han vist obligats a limitar les seves inversions en tecnologies sofisticades al Camerun, tot i que reconeixen que això va en detriment de la qualitat assistencial.³⁹⁵ A més, no és estrany que les empreses de material mèdic col·loquin al Tercer Món equipaments obsolets, que ja no tenen sortida al mercat occidental³⁹⁶ (això pot donar peu a problemes de manteniment, per manca de peces de recanvi). La població camerunesa sap que la manca de tecnologia moderna impedeix una atenció sanitària d'alt nivell; aquells que s'ho poden permetre tracten

de guarir-se a Occident, on hi ha millors equipaments. El Camerun no produeix tecnologia sanitària; la millora de l'assistència sanitària mitjançant la biomedicina probablement passaria per la compra d'equipaments sanitaris a l'exterior, a costa d'un increment del deute i de la dependència (factors que contribueixen a un descens del nivell de vida i de l'estat de salut de la població).

Fins i tot el manteniment i la utilització dels vehicles esdevenen extremadament problemàtics. Molts centres sanitaris no disposen de cap automòbil i els resulta extremadament difícil aprovisionar-se en medicaments, fer educació sanitària pels poblats de la seva zona o derivar malalts.³⁹⁷ Regions senceres del país (com la província de l'Est) veuen bloquejats els seus programes sanitaris per problemes de mobilitat del personal sanitari. De tant en tant l'Estat té dificultats per subministrar carburant als seus cotxes de servei; aquests sovint resten bloquejats i paralitzen la distribució de fàrmacs, les campanyes sanitàries i el desplaçament de malalts. Alguns responsables ministerials no dubten en demanar als donants que assumeixin el cost dels vehicles dels projectes i el seu carburant (petició que posa de manifest l'escassa sostenibilitat dels plans sanitaris governamentals). Els centres que gaudeixen de suport extern i de personal expatriat solen disposar de vehicles en bon estat, i això els permet de subministrar un millor servei als pacients.³⁹⁸

El problema dels medicaments

Un dels principals problemes de la biomedicina, al Camerun i a d'altres països africans, radica en l'alt cost dels medicaments. Els medicaments, als països desenvolupats, només suposen del 10 al 20 % de la despesa mèdica total; als països africans el percentatge és molt superior, i en ocasions depassa el 50 %.³⁹⁹ L'aparició de resistències a alguns medicaments (com alguns antipalúdics i antibiòtics) provoca un encariment de la despesa sanitària a l'Àfrica Central, i el Camerun ha esdevingut un dels països amb major despesa farmacèutica de la subregió.⁴⁰⁰

La indústria farmacèutica és una de les més rendibles del mercat mundial.⁴⁰¹ Per als països del Tercer Món, és molt difícil competir en aquest sector, ja que es necessita molta despesa en I+D; a més, en realitat part de la recerca farmacèutica és finançada per organismes públics occidentals, però beneficia a companyies privades (això, en el fons, constitueix una forma de "dumping", que impedeix que els països menys desenvolupats

competeixin en el mercat farmacèutic). El Camerun només disposa d'una indústria farmacèutica molt bàsica, constituïda per filials de grans indústries estrangeres, dedicada a l'envasament de productes i a la realització de preparats senzills.⁴⁰² Tan sols el 4,57 % de la despesa sanitària es destina a fàrmacs de producció local.⁴⁰³ En realitat, hi ha ben poques iniciatives de cooperació destinades a desenvolupar el potencial industrial dels països africans; la dependència tecnològica, lluny de reduir-se, tendeix a reforçar-se (fins i tot la Generalitat ha reduït sensiblement el percentatge de cooperació destinat als sectors productius).⁴⁰⁴

La indústria farmacèutica inverteix bàsicament en buscar tractaments per a les patologies presents als països desenvolupats,⁴⁰⁵ ja que l'Àfrica Subsahariana només suposa un 1,3 % del mercat farmacèutic mundial⁴⁰⁶ (a més, la devaluació del franc CFA de 1994 va implicar una reducció de les importacions de medicaments a tot l'Àfrica francòfona, de la que el Camerun encara no se n'ha recuperat).⁴⁰⁷ El sistema de patents vigent no garanteix que s'investigui sobre els problemes de salut africans: tan sols un 1 % de l'I+D mèdic mundial es destina a la recerca sobre malalties específiques del Tercer Món (que són les que major morbiditat produeixen).⁴⁰⁸ Gairebé no s'inverteix en malalties que a l'Àfrica Central produeixen una alta morbiditat i poca mortalitat (com la tripanosomiasi, la filariasi o l'esquistosomiasi). L'escassa recerca mèdica camerunesa es finança, bàsicament, gràcies als donants.

Els productors de medicaments són capaços d'imposar condicions molt dures als països del Tercer Món. Per minimitzar les seves pressions, l'OMS recomana que els estats pobres estableixin salvaguardes legals que els permetin, en cas de problemes greus de salut pública, d'establir unilateralment el preu a abonar per les patents i, alhora, els autoritzi a importar medicaments de països que els produeixen sota llicència i no directament del productor original.⁴⁰⁹ Però els organismes financers internacionals, que són bàsics per a la supervivència dels estats del Tercer Món, pressionen als països pobres per a que no renunciïn a aquestes salvaguardes en el moment de la seva adhesió a l'Organització Mundial del Comerç (OMC). D'aquesta forma, si bé Estats Units va anul·lar els drets de patent de diversos fàrmacs durant els atacs amb àntrax posteriors als atemptats de l'11 de setembre (que van originar només unes poques víctimes), els països africans no poden adoptar mesures similars per fer front a l'endèmia de la sida, que està produint una autèntica

catàstrofe humana. Algunes ONGs han recomanat que s'estableixi una "excepció sanitària" en els acords de l'OMC, per a que els països del Tercer Món puguin produir els medicaments essencials que els són necessaris, però la indústria farmacèutica s'ha mostrat reticent a qualsevol concessió i diversos països occidentals li han donat suport en els organismes internacionals.⁴¹⁰ Als "Objectius del Mil·lenni" de l'ONU es va proposar una "aliança global per al desenvolupament" que incorporés també la indústria farmacèutica,⁴¹¹ però fins ara els interessos de les companyies productores de medicaments s'han revelat contraposats als dels països africans (com en el cas del conflicte per la producció d'antiretrovirals a Sudàfrica).

L'OMS també recomana als estats africans centralitzar la compra dels medicaments més necessaris per tal de negociar millors condicions. Però, per altra banda, els donants han propiciat la liberalització de la biomedicina; i amb la liberalització i la creixent descentralització, la compra de medicaments tendeix a atomitzar-se, i el cost global dels fàrmacs i dels consumibles mèdics s'encareix.⁴¹² Per tal de millorar l'accessibilitat als medicaments, el 1996 l'Estat camerunès va crear un sistema nacional d'aprovisionament i distribució de fàrmacs, destinat especialment a assegurar l'estoc de medicaments essencials mitjançant la compra de genèrics.⁴¹³ El CENAME, un organisme privat no lucratiu, s'encarrega de subministrar als centres de salut públics i privats els medicaments essencials (els fàrmacs considerats imprescindibles per garantir un bon nivell de salut). En realitat, a la relació de medicaments essencials només s'hi inclouen fàrmacs barats i no medicaments bàsics però d'alt cost (com els antiretrovirals o els antibiòtics moderns, que cal usar en cas de resistències als antibiòtics tradicionals).⁴¹⁴ El Ministeri de Sanitat ha establert als centres públics un sistema d'autofinançament: els medicaments essencials es venen a un preu una mica superior al de cost per tal de garantir la seva reposició i distribució. Però el sistema no s'ha mostrat gaire eficaç: tan sols el 7 % dels medicaments venuts al Camerun són genèrics.⁴¹⁵ Molts malalts ingressats a centres públics han d'enviar els seus parents a comprar fàrmacs a la farmàcia o al mercat a causa de les ruptures d'estoc.⁴¹⁶ El govern només compra un 10 % dels medicaments emprats al país (i bona part d'aquests són pagats pels malalts), però el Ministeri de Sanitat camerunès ha de destinar un 13,5 % del seu pressupost a la compra de fàrmacs i consumibles mèdics.⁴¹⁷

A més, no tots els medicaments són fiables. Al Camerun s'hi distribueixen fàrmacs de baixa qualitat: alguns no contenen principis actius (i, per tant, no tenen efectes terapèutics), d'altres inclús poden resultar nocius per a la salut.⁴¹⁸ Alguns dels fàrmacs dubtosos procedeixen de xarxes de contrabandistes que introdueixen específics falsos, però també hi ha societats europees, asiàtiques i nord-americanes que a l'Àfrica adopten comportaments il·legals, aprofitant la manca de control: venen lots caducats, ofereixen fàrmacs retirats del mercat a la UE o atribueixen als seus productes virtuts terapèutiques que no estan provades...⁴¹⁹ En alguns casos els problemes de qualitat sorgeixen en la distribució, especialment al sector informal; molts medicaments perden les seves propietats terapèutiques a causa de la seva mala conservació (també molts preservatius es deterioren, perquè no s'emmagatzemen correctament).⁴²⁰

La xarxa mèdica camerunesa es veu impotent per fer front a l'endèmia de la sida. L'Estat, després de llargues negociacions amb les empreses farmacèutiques, ha aconseguit subministrar antiretrovirals a baix preu (el cost del tractament mensual ha baixat de 400.000 francs CFA a 21.480).⁴²¹ Però hi ha pocs centres de distribució d'aquests medicaments (18 a tot el país), i molts afectats no disposen de prou recursos per a pagar-los. Per això l'estratègia de lluita contra la sida, consensuada amb tots els donants, es concentra en la prevenció.⁴²² Sovint es descuida l'atenció als afectats pel VIH, i això genera un qüestionament de la biomedicina, no tan sols per part dels malalts, sinó també del personal sanitari.⁴²³ En realitat, ni tan sols hi ha mitjans per garantir una prevenció eficaç: l'Estat ha endegat algunes campanyes de distribució gratuïta de preservatius, però aquestes accions tenien una finalitat purament publicitària, perquè el nombre de preservatius distribuïts era clarament insuficient. A més, la població camerunesa sovint es resisteix a desprendre en preservatius, malgrat el seu baix preu: 25 francs CFA (4 cèntims d'euro).⁴²⁴

La qüestió del personal

Al Camerun, a l'igual que en d'altres països africans, un dels principals problemes de la biomedicina rau en la insuficiència de personal format per a completar el desplegament del sistema mèdic.⁴²⁵ En destinar-se pocs recursos a l'ensenyament, no s'aconsegueix furnir al sector sanitari prou personal especialitzat. El país tan sols disposa d'un metge per cada

10.000 habitants i d'un infermer per cada 2.000;⁴²⁶ a més, estan distribuïts de forma desigual i molta gent no té accés als professionals de la biomedicina.

L'Estat té problemes per a la formació del personal mèdic adequat, tot i que destina el 17,6 % de la seva despesa sanitària a aquest fi.⁴²⁷ Els facultatius formats a l'estranger sovint aprenen tècniques i mètodes no aplicables al país, però no accedeixen als coneixements imprescindibles per fer front a les necessitats locals.⁴²⁸ Des de fa alguns anys, i gràcies a les ajudes exteriors, a Yaoundé s'hi ha instal·lat una facultat de Medicina i Ciències Biomèdiques; però el seu nivell no és molt elevat a causa de la manca de mitjans. És per això que molts projectes de la cooperació bilateral i multilateral inclouen l'especialització del personal sanitari camerunès mitjançant seminaris i cursos (la formació també és una de les prioritats de la Cooperació Espanyola al país);⁴²⁹ però l'eficàcia d'aquest tipus d'ajudes ha estat qüestionada pel Ministeri de Sanitat camerunès.⁴³⁰ A més, part del personal format mitjançant el pressupost estatal es dedica a l'exercici privat de la medicina (i atén tan sols a una minoria privilegiada) i molts facultatius es neguen a ser destinats a les zones rurals, on hi ha menys comoditats. El personal mèdic més competent en ocasions decideix instal·lar-se als països desenvolupats on els salaris són superiors i on disposen de més recursos per a la seva feina. Les polítiques occidentals d'estrangeria, que limiten la immigració de treballadors amb escassa formació i permeten l'arribada de personal qualificat, estimulen la fuga de cervells.⁴³¹

Al llarg dels anys noranta, el salari dels funcionaris del sector sanitari va descendir, de mitjana, un 60 % (a causa de l'ajustament estructural).⁴³² A més, es va acomiadar a alguns treballadors de centres sanitaris i l'Estat va aturar la contractació de personal sanitari.⁴³³ En no reclutar-se personal nou des del 1987, l'administració no disposa de metges amb formació moderna i comença a comptar amb una plantilla envellida i escassa.⁴³⁴

La manca de metges va suplir-se amb una formació complementària per als infermers, mitjançant la qual adquirien un diploma que els capacitava per estar al front d'un dispensari i per atendre malalts (tot i que, evidentment, no estan al mateix nivell que els metges). Malgrat tot, per manca de personal, molts infermers sense titulació específica van assumir la responsabilitat de dirigir centres de salut.⁴³⁵ Alguns centres de salut integral s'han hagut de tancar, temporalment o definitiva, per manca d'un infermer responsable; d'altres

són dirigits per auxiliars de clínica, sense cap competència per guarir.⁴³⁶ Hi ha districtes sanitaris que tan sols disposen d'empleats sense qualificar i amb baixes retribucions, i algun hospital només té tres empleats.⁴³⁷ Paradoxalment hi ha un alt nombre de diplomats en infermeria en atur, especialment joves sortits fa poc de la Universitat.⁴³⁸

Progressivament s'ha anat procedint a una "desprofessionalització" de la biomedicina.⁴³⁹ Davant la manca de recursos, a partir dels anys vuitanta es va recórrer a la contractació de "meritoris", infermers poc formats que treballaven gratuïtament en centres sanitaris com a mitjà per aspirar posteriorment a una plaça remunerada⁴⁴⁰ (d'aquesta forma, molts meritoris van acabar adscrits a centres de salut i el nivell del personal va descendir). Cada cop és més destacat, als centres sanitaris, el paper dels parents dels hospitalitzats, que renten els malalts, els duen menjar i fins i tot els administren els medicaments...⁴⁴¹ A les localitats petites s'ha optat pel reclutament d'agents de salut, uns voluntaris locals als que, després d'atorgar-los una formació superficial, se'ls encarrega d'atendre als malalts locals i de distribuir uns pocs medicaments essencials. Però la retribució que reben els agents de salut és molt baixa, i molts d'ells descuiden les seves funcions, abandonen el càrrec, o assumeixen funcions mèdiques per a la que no han estat preparats. La població sovint desconfia dels agents de salut, no sense raó, ja que els seus coneixements solen ser molt escassos; alguns malalts que recorren a sistemes no biomèdics voldrien ser visitats per un metge, però prefereixen anar al medecinaire que a l'agent de salut.

Al Camerun la cooperació sanitària no sempre té efectes beneficiosos sobre el mercat laboral. Els donants, que disposen de més recursos que l'Estat camerunès, i solen oferir salaris que no estan a l'abast de l'administració; d'aquesta forma capten al personal més format per a projectes que tal vegada no són essencials. A més, molts funcionaris donen absoluta prioritat a les activitats promogudes per organismes de cooperació sobre la resta d'activitats del Ministeri de Sanitat, perquè els donants els ofereixen substanciosos sobresous (tot i que sovint s'encobreixen com dietes).⁴⁴² Per tal de garantir l'èxit de les seves activitats, els donants s'han habituat fins i tot a retribuir als assistents a jornades de formació; així, el govern també es veu obligat a pagar als assistents als seus seminaris per tal d'assegurar-ne l'assistència.⁴⁴³ La contractació de personal sanitari amb alts sous per part de la cooperació bilateral i multilateral contribueix a l'increment del deute dels països

africans, i per tant a consolidar la seva dependència i a perjudicar el nivell de vida dels seus ciutadans.

Sostenibilitat inassequible

Tots els donants estableixen com a condició per recolzar projectes de cooperació en l'àmbit sanitari que aquests siguin sostenibles.⁴⁴⁴ Malgrat tot, els responsables dels centres de salut i dels programes de cooperació sovint només busquen una sostenibilitat parcial (per exemple, l'autofinançament dels medicaments essencials), perquè són conscients de que certs condicionants de l'estructura sanitària no són abordables des del marc del projecte (com el preu dels medicaments i dels equipaments, la formació i retribució del personal o les infraestructures bàsiques de la zona...).

En el fons, els promotors de projectes sanitaris són conscients de les seves limitades possibilitats i renuncien a desplegar una veritable dimensió de "cooperació al desenvolupament" i a comprometre's amb la idea de desenvolupament sostenible. Hi ha fins i tot una certa tendència a plantejar la millora sanitària, no com a part del desenvolupament del país, sinó com una condició prèvia a aquest, tot al·legant que la millora de l'estat de salut de les poblacions repercuteix en un augment de la productivitat (en realitat, aquest plantejament és molt poc rigorós, perquè considera la salut com una variable aïllada de la realitat sociocultural). Molts dels projectes sanitaris desenvolupats al Camerun per ONGs, per organismes multilaterals i per cooperacions bilaterals parteixen d'una base assistencialista, tot i que oficialment assumeixin el discurs de la sostenibilitat. Alguns projectes han rebut aportacions de l'exterior durant dècades i segueixen rebent-ne (hi ha centres religiosos que, tot i cobrar pels seus serveis, perceben més del 50 % del seu pressupost de l'exterior).⁴⁴⁵ Hi ha centres públics que sobreviuen gràcies a les aportacions puntuals, però contínues, dels donants més diversos.⁴⁴⁶ En alguns casos els responsables dels projectes simulen la seva sostenibilitat evitant de computar com despeses algunes partides subministrades pels donants (salaries dels cooperants, vehicles, medicaments oferts de forma gratuïta, actuacions de voluntaris...). Si es procedís a una avaluació dels projectes sanitaris anys després de la seva finalització, es posaria de manifest el baix nivell de sostenibilitat d'aquests.

El model biomèdic tendeix a encarir-se progressivament; si bé és molt eficaç per combatre algunes malalties infeccioses amb un baix cost, a mesura que va estenent-se va disminuint la seva eficàcia i incrementant el seu cost.⁴⁴⁷ El sistema sanitari proposat per al Camerun, ara per ara, és insostenible. La inviabilitat d'aquestes estructures no és atribuïble a la incompetència dels promotors dels projectes ni a la dels responsables sanitaris camerunesos, sinó que és generat per la mateixa dinàmica del subdesenvolupament.

CAPÍTOL IV

ESTAT I SANITAT

Al Camerun, durant el període colonial, les institucions franceses i britàniques van garantir una àmplia presència del sistema biomèdic (es va tractar d'assolir la màxima cobertura possible amb equips mòbils). De fet la medicina va ser utilitzada com un dels arguments legitimadors de la colonització; per a molts europeus el fet que els europeus oferissin serveis de salut als africans justificava la dominació colonial. L'Estat camerunès va heretar de França i de la Gran Bretanya la responsabilitat de gestionar un ampli dispositiu sanitari. I es va veure obligat a perpetuar-lo, i fins i tot a ampliar-lo, perquè les poblacions cameruneses ja havien interioritzat que una de les funcions de l'Estat era proveir serveis d'atenció a la salut (una funció nova, ja que els estats precoloniais del Camerun no eren considerats responsables de la salut dels seus ciutadans). Els camerunesos tenen poca consciència de participació en l'Estat, però mostren una forta tendència a veure en l'Estat un patró que ha de subministrar serveis sanitaris, especialment a aquells que li són més propers: els funcionaris, els estudiants...⁴⁴⁸

Sanitat i control social

La medicalització ha estat usada per l'Estat camerunès, un Estat bàsicament feble, per controlar els cossos dels seus ciutadans (uns ciutadans que mostren fortes resistències a acceptar l'autoritat estatal). La biomedicina arriba a adoptar, al Camerun, actituds clarament repressives; es considera als pacients com subjectes que han de sotmetre's incondicionalment a les ordres del personal sanitari. L'autoritarisme del personal sanitari és un dels principals motius de queixa dels usuaris dels centres de salut. A l'hospital de Douala, els auxiliars de clínica tracten de "évadés" als pacients que abandonen el centre sense l'alta mèdica.⁴⁴⁹ La tendència repressiva de la sanitat pública és especialment clara en el cas de la psiquiatria; les autoritats cameruneses tenen una visió carcerària d'aquesta

disciplina.⁴⁵⁰ Consideren que els centres psiquiàtrics són establiments per recloure els bojos i els indigents, amb l'objectiu d'evitar que constitueixin un perill social. L'obsessió de les autoritats sanitàries per l'estadística, els censos i els indicadors reflecteix l'intent de l'Estat d'imposar la seva autoritat. El Ministeri de Sanitat pressiona a les comunitats locals per que estableixin un registre de naixements de cara a les campanyes de vacunació; en realitat pretén aconseguir allò que el Ministeri d'Interior no ha assolit: tenir controlada la població. En les campanyes de vacunació els funcionaris arriben a instar a les autoritats locals i a les ONGs que actuen a la zona a “delatar” als nens no vacunats, perquè ningú pugui escapar a la seva supervisió. El test del VIH/SIDA és emprat de forma sistemàtica com una eina de control social: moltes empreses grans exigeixen als seus treballadors la realització de la prova de seropositivitat, i fins i tot és una condició imprescindible per a l'ingrés al seminari o per a l'ordenació sacerdotal.⁴⁵¹ La policia i la gendarmeria periòdicament organitzen operacions periòdiques per capturar prostitutes i fer-los el test de la sida.⁴⁵²

En algunes zones del país la sanitat i l'educació són els únics serveis ofert per l'Estat a les poblacions (ja que ni es renoven les infraestructures ni hi ha organismes de protecció social i la presència de les forces de seguretat no sempre és percebuda positivament). Un infermer potser no està prou format com per ser director d'un centre de salut, però en aquest càrrec és de molta utilitat a l'Estat, perquè constitueix un representant de l'administració pública a la zona d'influència del dispensari i, a més, representa i difon el discurs mèdic.⁴⁵³

L'Estat aprofita els serveis sanitaris per afermar la seva presència a tot el territori. El Ministeri de Sanitat manté oberts alguns centres de salut als que ningú hi acudeix per la concurrència dels dispensaris confessionals; la permanència d'aquests dispensaris constitueix, per si mateixa, una mostra de l'autoritat de l'Estat a la zona.⁴⁵⁴ No és estrany que qualsevol millora en l'àmbit sanitari (per exemple, la rehabilitació d'un centre de salut) sigui presentada a la premsa oficialista com una gran fita aconseguida pel govern, tot i que en moltes ocasions el finançament vagi a càrrec de la cooperació. Els congressos mèdics i les visites periòdiques de responsables de l'OMS i de l'UNICEF també són presentats a l'opinió pública amb tons triomfalistes.

La política sanitària nacional atorga un fort protagonisme a les grans campanyes de vacunació, de lluita contra les endèmies o de "dinamització" de la societat, que mobilitzen tant al personal sanitari com a les autoritats polítiques. Aquestes campanyes van

acompanyades d'actes massius que apadrinen conjuntament els caps locals i les autoritats procedents de la capçalera de districte o de la capital del país. D'aquesta forma, la sanitat i la cooperació sanitària es posen al servei de la reafirmació de l'Estat i dels interessos polítics del partit dominant, l'Agrupació Democràtica dels Pobles del Camerun (RDPC). Una de les principals fundacions del país duu el nom de la dona del cap d'Estat, Chantal Biya, i és presidida per aquesta. Els prohoms locals solen tenir un paper destacat en el desplegament del sistema sanitari a la seva regió; és freqüent que col·laborin en el finançament d'activitats sanitàries o que facin de mediadors davant del govern per aconseguir la construcció d'hospitals o centres de salut en el seu districte. Els districtes de salut es van dissenyar, no només en base a criteris tècnics, sinó també en base a la capacitat de pressió de les elits polítiques locals.⁴⁵⁵ El prestigi i les xarxes de clientelisme dels "grans homes" depenen en part de la seva capacitat de captar inversions sanitàries per a la seva zona d'influència. L'Estat camerunès actua amb lògiques clientelistes i, per això, privilegia obertament, a nivell sanitari, a aquells que li són més pròxims: els funcionaris, que poden gaudir d'una atenció mèdica de millor qualitat que la resta dels ciutadans (a més, disposen d'algunes prestacions socials que estan vedades a la resta de la població).⁴⁵⁶ D'aquesta forma l'elit política tracta d'assegurar-se la lleialtat d'aquells que han de col·laborar en la tasca de govern.

La sanitat constitueix un dels eixos centrals de la política estatal. És per això que l'Estat és molt reticent a perdre el poder en aquest àmbit. Els programes de descentralització administrativa dissenyats per les cooperacions multilaterals i bilaterals en realitat no són aplicats: el nivell central (ubicat a la capital) es resisteix a deixar de controlar el personal i el disseny de polítiques de la perifèria.⁴⁵⁷ En realitat, tot i que la Constitució del 1996 establí la descentralització de l'Estat en tots els àmbits, aquesta mai no s'ha fet efectiva.⁴⁵⁸

Aquest destacat rol polític de la sanitat (i sobretot de la biomedicina) és percebut, de forma conscient o inconscient, per les poblacions cameruneses. Als anys noranta un gran nombre de famílies es van negar a vacunar les seves filles, ja que va començar a córrer el rumor que es tractava d'injeccions esterilitzants destinades en realitat a frenar la natalitat. Tot i que el rumor sembla ser que no tenia cap fonament, la protesta va assolir una gran amplitud i va comptar amb el recolzament d'alguns líders socials; fins avui es detecten

algunes resistències a les vacunacions. Aquesta campanya reflectia el latent descontentament dels camerunesos envers les polítiques antinatalistes impulsades per la sanitat pública i per alguns organismes de cooperació. Però també és molt rellevant que aquest desafiament a gran escala al sistema biomèdic coincidís amb un moment de gran agitació política i amb una onada de desafiaments a l'Estat. No és casualitat que la protesta contra les vacunacions sorgís inicialment a Kumbo, a la província anglòfona del Nord-Oest, una de les zones més hostils al poder central de l'Estat i al RDPC.⁴⁵⁹ També va córrer la brama que el Mectizan, un fàrmac emprat per lluitar contra l'oncocercosi, provocava impotència; la distribució d'aquest medicament es va veure obstaculitzada, a l'igual que les campanyes de vacunacions.

La cooperació, encara que ha apostat per donar suport als actors no estatals, amb freqüència ha jugat un paper clau en el reforçament de l'Estat, ja que els donants el consideren com el "responsable fonamental" en l'àmbit de la salut.⁴⁶⁰ Sota el discurs "apolític" del desenvolupament s'hi amaga la voluntat clara d'impulsar un projecte polític: imposar arreu el poder de l'Estat.⁴⁶¹ Per als països occidentals (i per a la comunitat internacional) és necessari trobar un interlocutor que representi a tota la població inclosa dins les fronteres del Camerun. Tot i que els polítics i cooperants occidentals mostren fortes reticències envers l'Estat africà, no es concep l'existència d'una societat al marge d'aquest. En realitat, la representativitat de l'Estat camerunès, que no és qüestionada des de l'exterior, no és tan clara a l'interior (l'Estat ni tan sols té el monopoli de la violència legítima: en certes regions poden exercir-la els *lamidos* o altres caps tradicionals). Però l'Estat, que és indispensable per a la cooperació en alguns aspectes (com el disseny de polítiques) resulta poc operatiu com contrapart a causa de la seva feblesa. L'Estat camerunès té fortes dificultats per imposar a la població les seves directrius, i per això alguns organismes de cooperació bilaterals i multilaterals han apostat decididament pel "reforçament institucional"; és a dir, per consolidar el poder d'un Estat autoritari i qüestionat pels seus ciutadans.⁴⁶² Aquest "reforçament" en ocasions té una vessant purament sanitària (com oferir als metges del sistema públic formació en salut pública), però en altres casos pot adquirir una orientació més política (com les campanyes en favor del cens de població, que tendeixen a reforçar el control de la població per part d'un Estat sovint repressiu). La majoria dels cooperants tenen una formació occidental, i per tant no conceben la política al

marge de l'Estat; en conseqüència els és molt difícil comprendre a unes poblacions que tenen concepcions polítiques molt diferents a les seves i que en ocasions mostren un rebuig frontal a l'autoritat estatal. Encara que amb freqüència els projectes posin èmfasi en el “desenvolupament comunitari”, en realitat la cooperació tendeix a reduir el poder de les comunitats i a reforçar el paper de l'Estat.⁴⁶³

Normalitat inassolible

Les poblacions cameruneses creuen que l'Estat està obligat a garantir el dret a la salut dels seus ciutadans, però l'administració té serioses dificultats per respondre a les seves expectatives. Dels 143 districtes sanitaris, n'hi ha 13 que no disposen del preceptiu hospital, i de les 1388 àrees de salut, 412 no compten amb el centre de salut integrat que estableix la llei⁴⁶⁴ (en algunes d'aquestes àrees, especialment a l'Extrem Nord, la població no pot accedir a cap tipus d'atenció sanitària biomèdica).⁴⁶⁵ Segons el propi Ministeri, alguns dels 130 hospitals de districte no són operatius, perquè estan mal dotats o perquè els falta personal.⁴⁶⁶ Hi ha districtes sanitaris en els que només funciona l'hospital, però no s'ha aconseguit fer operativa la xarxa d'APS.⁴⁶⁷ Les taxes de vacunació infantil són força baixes; en el cas de la pòlio^{3?}, ni tan sols arriba al 45 %, i en algunes zones el percentatge és molt inferior a la mitjana.⁴⁶⁸ Els camerunesos són conscients que tan sols una minoria enriquida té accés a serveis biomèdics de qualitat i se senten estafats, perquè creuen que l'Estat els priva d'un dret⁴⁶⁹ (aquest sentiment es va aguditzar al llarg dels anys noranta, quan molts serveis que fins aleshores eren gratuïts van esdevenir de pagament). Els agents de salut, que per a l'Estat constitueixen la via d'accés a la biomedicina per a les poblacions que viuen a zones reculades del país, causen decepció als seus veïns, que aspiren a gaudir d'una medicina de qualitat i a ser atesos per facultatius.⁴⁷⁰

El desgovern que impera en tota l'administració camerunesa es fa extensiu a la sanitat pública. El 1997 l'Estat ni tan sols disposava d'un plànol sanitari on hi constés la distribució de les infraestructures, del personal i de les necessitats.⁴⁷¹ Encara no s'ha establert un mecanisme d'avaluació i seguiment del sistema de salut pública.⁴⁷² Els responsables sanitaris tenen problemes per desbloquejar partides pressupostàries ja aprovades destinades a projectes sanitaris.⁴⁷³ L'Estat reconeix que és incapaç d'imposar les normes sanitàries vigents.⁴⁷⁴ Ni tan sols a la província del Centre, una de les millors

dotades, els hospitals són capaços de mantenir al dia la seva estructura burocràtica.⁴⁷⁵ Als centres sanitaris no sol haver-hi dossiers mèdics perquè no hi ha capacitat per gestionar correctament un arxiu.⁴⁷⁶ són els pacients els qui han de portar una llibreta on el metge hi va consignant el seu historial sanitari. I com no es disposa d'expedients complets dels malalts, tot el sistema de referència i contrareferència, que hauria de permetre les derivacions de malalts, esdevé inoperant.⁴⁷⁷ Les dades sobre la progressió de la sida són tan sols orientatives, perquè no hi ha sèries completes i perquè s'han recollit de forma poc coherent; tampoc són completes i fiables les memòries mensuals sobre vacunacions, ni les escasses enquestes sobre els comportaments sexuals o sobre el consum de medicaments.⁴⁷⁸ El programa de lluita contra la tuberculosi va travessar greus dificultats perquè no podia transferir puntualment les dades necessàries a la seva seu central...

La manca de capacitat operativa de l'administració fa estèrils alguns esforços econòmics del govern. El Ministeri de Sanitat disposa de vacunes per a tota la població del país, i està disposat a oferir-les gratuïtament, però no té capacitat per a vacunar a tothom (perquè es produeixen ruptures d'estocs, perquè hi ha problemes en la cadena del fred i perquè alguns funcionaris corruptes cobren als qui pretenen vacunar-se). De la mateixa forma, les autoritats sanitàries van encarregar grans partides de mosquiteres impregnades d'insecticida per distribuir-les entre les embarassades (per combatre el paludisme); però l'administració no pot repartir-les de forma eficaç i a molts centres sanitaris es detecten contínues ruptures d'estoc, tot i que en els magatzems de les ciutats s'hi acumulen desenes de milers de mosquiteres. També hi ha periòdiques ruptures dels estocs d'antiretrovirals.⁴⁷⁹ La campanya contra la sida a l'Est del país va resultar molt poc efectiva perquè no es va aconseguir assegurar la distribució de preservatius de qualitat.⁴⁸⁰

Per tal de resoldre els problemes d'inoperància de les estructures estatals, la cooperació bilateral i multilateral ha pressionat en diverses ocasions al govern per a que es reestructurés el Ministeri de Sanitat Pública. L'organigrama d'aquest Ministeri ha variat contínuament a causa de les pressions dels donants.⁴⁸¹ Però les seccions de nova creació només han tingut un funcionament eficaç mentre han disposat d'ajut extern; amb el temps han esdevingut tan inoperants com la resta. Les grans campanyes contra les endèmies també es van modificant de forma permanent, però amb resultats dubtosos.⁴⁸² En els darrers anys molts projectes de cooperació han apostat per la descentralització, ja que consideraven

que l'Estat no tenia possibilitats de reformar-se i pensaven que tal vegada treballant al nivell local s'evitarien algunes dinàmiques negatives, perquè la població controlaria als responsables sanitaris.⁴⁸³ Aquests intents no han estat gaire fructífers, ja que al nivell local es reproduïxen els mateixos problemes que al nivell central, en algun cas fins i tot agreujats: manca de mitjans, desmotivació del personal, clientelisme, corrupció...⁴⁸⁴

L'Estat camerunès, com tots els altres estats de la zona, té dificultats per gestionar el sistema sanitari del país; les iniciatives que involucren a diversos estats de la regió tenen, doncs, escasses possibilitats de tirar endavant. Per eradicar algunes endèmies, com la tripanosomiasi o el paludisme, caldria endegar una campanya de sanejament a nivell regional, ja que si un Estat actua en solitari contra aquestes patologies sempre tindrà problemes, perquè rebrà insectes dels països veïns que tornaran a propagar aquestes malalties. Però les institucions regionals són poc operatives, ja que cada Estat té problemes i prioritats ben diferents. Els plans globals de control i eradicació de malalties han resultat molt poc efectius, tal i com ha reconegut la pròpia Unió Africana.⁴⁸⁵

La població considera que un dels principals problemes de la xarxa sanitària pública és la corrupció⁴⁸⁶ (també hi ha corrupció als centres professionals, però en menor nivell, perquè hi ha un major control i perquè els salaris solen ser majors).⁴⁸⁷ A la majoria de centres el sistema d'autofinançament no es respecta: els metges i els infermers obtenen plusos mitjançant la venda de medicaments (sostrets a la farmàcia del centre o fins i tot a d'altres pacients); en molts casos s'obliga als pacients a pagar pel fet de posar-se injeccions o vacunes (que teòricament són gratuïtes); no és rar que es forci a un malalt a pagar diverses vegades per un mateix servei...⁴⁸⁸

La policia, un dels cossos més corruptes de l'administració, no vetlla correctament per l'acompliment de les normes sanitàries, ja que la transgressió d'aquestes és tolerada a canvi de subornacions. Els cossos de seguretat sovint confisquen els medicaments als "farmaciens de rue", però no és gens estrany que els retornin la mercaderia a canvi del pagament d'un suborn.⁴⁸⁹ Els inspectors del Ministeri de Sanitat i els d'Hisenda tampoc resulten eficaços: es mantenen en funcionament nombrosos gabinets mèdics il·legals. No només el personal de baix rang practica la corrupció, s'han fet públics alguns escàndols a nivell ministerial. El programa de lluita contra el paludisme preveia el repartiment de

centenars de milers de mosquiteres impregnades amb insecticida, però la premsa va denunciar que s'havia reduït el nombre de mosquiteres a repartir i que s'havien impregnat de forma precària a causa del cobrament de comissions.

Si el control de l'Estat sobre els serveis biomèdic és escàs, encara és molt menor la seva capacitat de fiscalitzar als medecinaires o als especialistes en curacions espirituals (que solen actuar al marge de la legalitat, sense cap autorització formal).⁴⁹⁰ La legislació que regula la "medicina tradicional" no està gaire desenvolupada, i en qualsevol cas el seu nivell d'aplicació és molt baix.

La sanitat pública, com altres sectors de l'administració camerunesa, es veu molt afectada per la desmotivació dels funcionaris. Les elits dirigents no transmeten la idea que la prioritat sigui la competència professional i això afecta, òbviament, al rendiment del personal del sector públic.⁴⁹¹ Tan sols els directius dels centres sanitaris comparteixen el discurs oficial del Ministeri sobre la deontologia i la importància de les estadístiques (tot i que no sempre el respecten); els funcionaris menys qualificats no se senten identificats amb aquesta ideologia.⁴⁹² El personal sanitari dels centres de l'Estat ni rep incentius ni és estrictament controlat, i sovint descuida les seves obligacions: són freqüents les absències i els retards, el tracte als pacients sol ser agressiu, el control dels estocs de medicaments és molt deficient...⁴⁹³ Els funcionaris del sector sanitari constitueixen una elit dins un país amb un baix nivell de formació i es consideren superior als malalts pobres i mantenen una relació extremadament jeràrquica amb ells.⁴⁹⁴ El personal de la sanitat pública no anima als pacients ni els infon confiança (al contrari dels medecinaires i els seus ajudants, que tracten d'establir una bona comunicació amb els malalts).⁴⁹⁵ Al psiquiàtric de Yaoundé, els infermers no usen la medicació per guarir a les persones ingressades, sinó tan sols per evitar que estiguin ansioses i els donin feina.⁴⁹⁶ No són tan sols els empleats dels centres sanitaris els que no aconsegueixen degudament les seves funcions: tampoc ho fan les autoritats locals i de districte. Els equips de salut de districte, que haurien d'englobar als responsables sanitaris i polítics d'una zona, solen ser inoperants, i en molts pocs casos han elaborat plans per al desenvolupament sanitari del seu districte com estableix la llei.⁴⁹⁷

En alguns projectes sanitaris són els cooperants estrangers els que assumeixen totes les tasques de gestió davant la manca de motivació dels funcionaris; en no fer-se efectiva la

transferència de responsabilitats correctament, no és estrany que les activitats s'interrompin tan aviat com el tècnic estranger deixa el projecte (encara que es mantingui el nivell de recursos materials).⁴⁹⁸

Desenvolupament sanitari i precarietat

Moltes iniciatives de cooperació en l'àmbit sanitari parteixen de la base que la creació d'un projecte modèlic obrirà pas a la difusió d'aquesta experiència al conjunt del país. Però la majoria dels grans projectes sanitaris no arriben mai a superar l'estadi d'experiència pilot, i sovint ni tan sols aquesta obté els resultats previstos (com ja va succeir amb el primer pla d'APS, iniciat el 1968).⁴⁹⁹ Després de més de 30 anys de cooperació entre l'OMS i l'Estat camerunès, moltes iniciatives segueixen duent-se a terme només en districtes-mostra.⁵⁰⁰ El Pla Estès de Vacunació, que porta 20 anys en marxa, ha estat incapaç de cobrir efectivament tot el país i des del 1995 la taxa de cobertura vacunal s'ha estabilitzat.⁵⁰¹ Les grans campanyes de vacunació a la llarga han resultat poc efectives, per manca de continuïtat; les altes taxes obtingudes als anys 1986 i 1987 amb les Jornades Africanes de Vacunació van caure en picat al cap de poc temps.⁵⁰² En els petits projectes la camerunització de la iniciativa es retarda sovint més d'allò que es preveia, perquè es constata que hi ha escasses perspectives que sobrevisqui sense suport exterior.⁵⁰³ La Unió Africana s'ha vist obligada a reconèixer que les iniciatives per garantir la sostenibilitat dels sistemes sanitaris africans han fracassat.⁵⁰⁴

Encara que la majoria de projectes segueixen parlant de "cooperació al desenvolupament" i mantenen un discurs "políticament correcte" sobre la "sostenibilitat", en les entrevistes realitzades aquesta concepció ha estat qüestionada contínuament per alts càrrecs ministerials camerunesos, per cooperants estrangers, per treballadors del sistema sanitari, per beneficiaris i per responsables d'organismes bilaterals i multilaterals. Són molts els implicats en el sistema sanitari que qüestionen la seva sostenibilitat, i que valoren positivament l'actuació dels organismes de cooperació, no des del punt de vista de l'assoliment d'un desenvolupament sostenible, sinó en funció del pur humanitarisme.

CAPÍTOL V

SALUT I QUALITAT DE VIDA

Molts dels estudis actuals en el camp de la Història de la Medicina coincideixen en senyalar que els canvis en l'alimentació van jugar un paper central, a Occident, en la revolució demogràfica (l'allargament de l'esperança de vida i la reducció de la mortalitat).⁵⁰⁵ Abans que s'estenguessin les grans millores científiques en medicina, les tendències demogràfiques ja havien començat a modificar-se, a causa de l'increment de la producció agrària. En l'àmbit de la biomedicina tothom accepta, en l'actualitat, que la forma més eficaç de millorar la salut d'una població és millorar les seves condicions de vida. Però induir canvis en la qualitat de vida d'una població resulta un procés extremadament complex. Per això la cooperació al desenvolupament, tot i que proclama la necessitat d'incidir sobre les condicions de vida de les poblacions dels països subdesenvolupats,⁵⁰⁶ sovint ha preferit triar una via més simple: limitar-se a l'àmbit de l'aigua i del sanejament a través de la construcció de pous i latrines, i estendre estructures sanitàries mitjançant projectes, amb una visió de la salut bàsicament medicalitzada.

L'alimentació

El Camerun no és un país que tingui greus problemes a nivell alimentari, tot i que durant el període colonial es va menystenir la producció d'aliments i es van privilegiar els conreus d'exportació.⁵⁰⁷ Algunes zones, com el Nord, tenen un clar dèficit alimentari,⁵⁰⁸ però en conjunt el país disposa d'un territori fèrtil (especialment a les zones volcàniques), d'una densitat de població relativament baixa i d'una gran diversitat climàtica (que permet el conreu de molts tipus de productes diferents). La crisi dels anys noranta i la devaluació del 1994 van contribuir a reduir la dependència del Camerun respecte a les importacions alimentàries,⁵⁰⁹ però alhora van reduir l'accés als aliments d'alguns sectors de població i

van disparar els problemes de malnutrició (a finals dels noranta el 10 % dels nens naixia amb baix pes).⁵¹⁰

Els aliments suposen el 13 % de les importacions cameruneses i el 23,5 % de les exportacions declarades (caldria afegir-hi les exportacions clandestines amb destinació als països veïns).⁵¹¹ Entre les importacions d'aliments hi destaquen alguns aliments bàsics per a la dieta camerunesa com l'arròs (12 % de les compres a l'estranger) o el peix (15 %). En canvi, la major part de les exportacions és constituïda per productes tropicals; quatre conreus (el cacau, el cotó, el cafè i les bananes) sumen més del 55 % de les exportacions alimentàries,⁵¹² encara que aquests conreus han perdut importància en els darrers anys, a causa de la caiguda del preu internacional d'aquests productes (excepte el cacau que al 2003, de forma conjuntural, va experimentar un considerable augment). El Camerun també exporta grans quantitats d'aliments al Gabon i a Guinea Equatorial (mandioca, carn de boví, cacauets...). Les polítiques agràries d'alguns països occidentals han perjudicat greument algunes produccions cameruneses; el preu del cotó ha caigut a causa de les subvencions del govern nord-americà als seus agricultors, que venen aquest producte per sota del preu de cost. A més, aquestes mateixes subvencions, i les ajudes alimentàries al Tercer Món, faciliten que Estats Units vengui oli al Camerun a un preu inferior al dels productors autòctons, fent-los la competència deslleial.

Però la producció d'aliments al Camerun també topa amb forts problemes d'ordre intern. L'Estat no destina gaire pressupost a l'agricultura i deixa totes les inversions en mans dels agricultors.⁵¹³ Les tècniques de producció són poc efectives i la recerca tecnològica i científica es concentra en els productes d'exportació. Tampoc s'ha modernitzat la ramaderia, i els recursos pesquers no s'exploten plenament. Per manca de mitjans de transport adequats, els productes agrícoles i ramaders no poden exportar-se ni enviar-se a les zones de major demanda i per això no es treu profit als excedents⁵¹⁴ (a les ciutats hi arriben amb més facilitat els productes agrícoles d'Europa o dels Estats Units que els produïts a certes zones de l'interior del país). A més, la disponibilitat d'aliments, de per si, no garanteix la qualitat de la nutrició; al Camerun s'hi detecten greus problemes de salubritat provocats pel mal estat dels aliments, ja que no hi ha bons mitjans per conservar-los i les autoritats no sempre en controlen adequadament la seva manipulació i distribució.⁵¹⁵

La manca de polítiques mediambientals ha contribuït a la degradació dels sòls i a la progressió del desert.⁵¹⁶ El procés de desertificació, paral·lel al creixement demogràfic, ha incidit negativament en la disponibilitat de recursos alimentaris, sobretot al nord del país.⁵¹⁷ A més, no hi ha una estructura estatal de previsió de catàstrofes naturals i, per aquest motiu, les sequeres i les inundacions acaben provocant greus danys i dèficits periòdics d'aliments (al Camerun hi ha un alt risc d'activitat sísmica i d'emanacions de gasos tòxics a conseqüència d'aquesta, però tampoc no hi ha cap estructura competent per combatre una eventual catàstrofe humana).⁵¹⁸

Tot i el fort impacte que té l'alimentació sobre el nivell de vida de les poblacions, han estat molt escasses les accions dels organismes de cooperació en aquest camp. Fins i tot algunes iniciatives podrien ser molt discutides, com els repartiments d'aliments a càrrec de l'Organització per a l'Alimentació i l'Agricultura de Nacions Unides (FAO), que en molts casos han acabat perjudicant als productors autòctons. En realitat, en el camp de l'alimentació s'expressen amb molta claredat els conflictes entre els països desenvolupats i els subdesenvolupats. És simptomàtic que la Unió Europea atorgui molt poques ajudes a l'agricultura a l'Àfrica Central i en canvi doni un clar suport al sector forestal;⁵¹⁹ els agricultors i les empreses europees es beneficien, de forma substancial, de les exportacions d'aliments a aquesta regió.

Habitatge i urbanisme

A les societats tradicionals cameruneses s'hi havia trobat solucions per mantenir un entorn saludable. Els pobles i les cases solien tenir una estructura fixa, que responia en bona part a necessitats higièniques. A més, es cuidava molt la neteja del poblat per prevenir la presència d'animals perillosos o de paràsits... La situació va canviar notablement amb l'aparició de grans ciutats. El 1987 el 37,8 % de la població camerunesa vivia en zones urbanes; el 1999 aquesta xifra s'havia elevat fins al 48,8 % i en l'actualitat ja depassa el 50 %.⁵²⁰ En aquest moment Camerun és un país bàsicament urbà: Douala té més de 2 milions d'habitants i Yaoundé en té 1,5. L'administració no ha pogut respondre amb eficàcia a aquest ràpid creixement. L'estructura urbana no s'ha adaptat a les noves necessitats i les condicions de salubritat són pèssimes.⁵²¹ A bona part del territori urbà no hi ha carrers, sinó tan sols camins mal dissenyats on s'hi construeix amb escassa planificació. A més, a les zones

perifèriques i suburbanes hi manquen els equipaments bàsics. En una gran urbs com Yaoundé, on sovintegen les pluges torrencials, les xarxes de drenatge d'aigua de pluja són completament insuficients i estan en mal estat.⁵²² Alguns dels mercats de la capital no disposen d'aigua potable i no hi ha cap servei que s'encarregui de netejar a fons la instal·lació; d'aquesta forma, les escombraries s'acumulen al costat dels posts de venda d'aliments, amb els conseqüents riscos per a la salut dels consumidors.⁵²³

El mercat de l'habitatge tampoc ha estat capaç de respondre amb eficàcia al constant increment de la demanda. A les ciutats hi ha un alt nombre de cases d'autoconstrucció, que no han obtingut els corresponents permisos: tan sols un 20 % dels habitatges han estat construïts amb tots els requisits legals.⁵²⁴ Segons algunes estimacions, tan sols un 9 % de les cases de la capital estan ben condicionades.⁵²⁵ Molts habitatges estan en condicions pèssimes: tan sols un 60 % està bastit "en dur" (amb ciment, totxo o terra premsada), la resta de cases han estat construïdes amb fusta o fins i tot amb xapes. Una minoria (el 48 %) disposa d'un sòl revestit amb ciment o amb rajoles; el 52 % compta amb un sòl de terra premsat, on és fàcil que s'acumuli la brutícia i proliferin els paràsits.⁵²⁶ En moltes cases hi viu un elevat nombre de persones; l'acumulació de gent en espais reduïts també facilita la proliferació de paràsits. A moltes llars sense ventilació adequada s'hi cuina amb llenya o carbó, i això constitueix un dels motius més habituals de malalties respiratòries, especialment entre els infants. Els grans complexos residencials creats després de les independències no estaven adaptats als hàbits de vida dels camerunesos i s'hi detecten greus problemes de sanejament que acaben provocant múltiples malalties...⁵²⁷

L'aigua i el sanejament

El Camerun, en conjunt, no és un país que pateixi escassetesa de recursos hídrics, ja que té grans rius i importants dipòsits d'aigües subterrànies. Malgrat tot, l'Estat no aconsegueix garantir el subministrament d'aigua als seus ciutadans (el problema s'aguditza a causa del constant creixement de les grans urbs). La Société National des Eaux du Cameroun (SNEC, la companyia de distribució d'aigua) va patir greus problemes de gestió, ja que a partir del 1991 la seva xifra d'afers es va reduir; en l'actualitat els seus ingressos se situen molt per sota de les seves necessitats,⁵²⁸ tot i que l'aigua és més cara al Camerun que a d'altres països de la zona amb menys recursos hídrics.⁵²⁹ A algunes localitats que durant anys

havien gaudit d'aigua corrent se'ls va tallar el subministrament de forma definitiva a causa d'avaries no reparades.⁵³⁰ Recentment, alguns barris de la capital han arribat a passar tres mesos amb l'aigua tallada (els seus habitants, òbviament, han hagut de recórrer als pous "il·legals"). Fa uns anys l'Estat va retirar el monopoli a l'SNEC⁵³¹ i, a algunes ciutats, va delegar el problema de l'aigua en les comunes urbanes (els Ajuntaments). Les comunes no han resolt aquesta qüestió, perquè topen encara amb més dificultats que l'Estat: disposen de molts pocs recursos econòmics, la seva autoritat és qüestionada i gairebé no compten amb personal especialitzat (ja que el personal format en aquest camp depèn del Ministeri de Mines).⁵³²

A Yaoundé tan sols hi ha 36.000 abonats privats a la SNEC, d'entre 1.500.000 habitants.⁵³³ Un 15 % de les famílies de la capital obté l'aigua de casa dels veïns, un 14,5 % dels rius i de fonts en mal estat, i un 14,5 % de pous privats o comunitaris.⁵³⁴ La majoria dels camerunesos que viuen en localitats que compten amb xarxa d'aigua no poden pagar la connexió a aquesta.⁵³⁵ Es calcula que tan sols el 7,7 % dels camerunesos disposen d'aigua al seu domicili, i que només el 29,1 % obtenen aigua de la xarxa pública (a casa o al carrer).⁵³⁶ A partir dels anys noranta es van construir nombroses fonts públiques de pagament en pobles i barris, però la població més desfavorida no hi té accés i molts d'aquests punts d'aigua ja estan fora de servei.⁵³⁷

El subministrament d'aigua, al Camerun, se sol resoldre al marge de la legalitat. L'Estat és incapaç de posar en marxa una xarxa d'aigua que abasti a tota la població; de fet, ni tan sols té capacitat per crear pous a tots els barris. Malgrat tot, prohibeix als ciutadans obrir pous pel seu compte, alhora que prohibeix la venda d'aigua no envasada.⁵³⁸ Òbviament, ambdues directrius es vulnereu sistemàticament. Però l'excavació incontrolada de pous i pous negres ha conduït a la contaminació de les aigües subterrànies. A les grans ciutats, a més, comencen a detectar-se problemes d'abastiment, especialment durant l'estació seca.⁵³⁹

Segons dades de l'UNICEF el 79 % de la població obté l'aigua de punts en bones condicions (el 92 % a les ciutats i el 66 % al camp);⁵⁴⁰ malgrat tot, les dades d'aquest organisme tendeixen al triomfalisme i probablement la xifra és molt més baixa. Les dades del Ministeri de Sanitat, també qüestionables, estableixen que tan sols el 27,4 % de la població rural i el 77 % de la urbana té accés a l'aigua potable.⁵⁴¹

L'aigua i el sanejament han atret a molts projectes de cooperació internacional (al Camerun hi ha participat la cooperació francesa, l'UNICEF, l'OMS i un gran nombre d'ONGs, alguna d'elles amb el recolzament de la Generalitat de Catalunya).⁵⁴² L'ONU va proclamar el període 1980-1990 "Decenni de l'Aigua" i durant aquest temps es van multiplicar les iniciatives en l'àmbit hidràulic.⁵⁴³ En l'actualitat s'ha endegat "Douala Horizon 2005", un projecte que gaudeix de molt suport financer estranger i que pretén fornir d'aigua potable a tots els habitants de la major ciutat del país.⁵⁴⁴ Molts projectes que en principi estaven centrats només en l'àmbit sanitari s'han llançat també al sanejament i al subministrament d'aigua, ja que les malalties d'origen hídric (com el paludisme o els paràsits intestinals) són les principals causes de morbimortalitat a l'Àfrica Central.

Malgrat tot, així com la població reivindica la presència de centres sanitaris, perquè creu que l'Estat li ha de garantir el dret a la salut, rara vegada exigeix espontàniament l'accés a l'aigua potable (i només excepcionalment reclama un millor sanejament). En els pobles petits el sanejament no sol ser problemàtic, ja que la població sol defecar a la platja o al bosc, lluny de les cases, i les escasses deixalles s'aboquen a llocs apartats prèviament delimitats. La població que viu en nuclis més grans no està habituada a gaudir d'aigua de qualitat ni de serveis de sanejament, i no sol considerar aquest àmbit com una prioritat (a no ser que hagin de recórrer grans distàncies per abastar-se). A moltes zones del Camerun el subministrament de l'aigua no és considerat problemàtic: la participació en els projectes de construcció de pous és bastant baixa a les zones més riques en aigua (com el Sud-Oest), en canvi s'eleva substancialment a les províncies més seques (com el Nord).⁵⁴⁵ Els promotors d'aquest tipus de projectes solen demanar a les comunitats que aportin materials de construcció locals, que facilitin la mà d'obra no qualificada i que s'involucrin en el manteniment de l'infraestructura, però la resposta no sempre és positiva, perquè no hi ha gaire interès en el tema.

Un dels principals problemes dels projectes de creació de pous i brolladors és la manca de previsions de manteniment.⁵⁴⁶ Sovint, de forma errònia, els promotors creuen que es tracta de projectes "senzills" i no s'analitzen amb detall les problemàtiques que porten associades. És freqüent que els projectes de construcció de pous només mobilitzin a la població local com mà d'obra no qualificada i que tan sols un agent de salut local rebi una

formació superficial per al manteniment de l'obra,⁵⁴⁷ però normalment el sou que cobra aquest és tan baix que no se sent motivat; per això descuida les seves funcions o fins i tot abandona el post.⁵⁴⁸ Com la població no se sent partícip del projecte, és freqüent que l'organisme que gestiona el pou no trobi fons per pagar l'agent de salut o les peces de recanvi⁵⁴⁹ (unes peces que de vegades ni tan sols poden trobar-se al país, perquè cada donant ofereix equipaments diferents i no sempre es preveu la reposició dels seus elements).

Els projectes d'aquest sector tenen una alta taxa de fracàs,⁵⁵⁰ i el coneixement d'aquests fracassos contribueix a frenar la participació comunitària.⁵⁵¹ Un alt percentatge de pous i brolladors és abandonat al poc temps de construir-se; el 1989 es va avaluar el funcionament dels 5.000 pous creats a partir del 1980: el 40 % de les bombes manuals i el 60 % de les motobombes estaven fora de servei.⁵⁵² No es disposa d'avaluacions sobre la neteja d'aquests pous, però probablement també és molt deficient: no tots els pous i brolladors condicionats per projectes subministren aigua potable i de qualitat. A més, comptar amb un pou ben condicionat no garanteix la solució al problema de l'aigua: sovint aquesta es contamina perquè no es transporta ni es guarda correctament.⁵⁵³ Els fracassos també són freqüents en els projectes de construcció de latrines: moltes no s'arriben a usar mai; i un gran nombre d'elles està en pèssimes condicions higièniques per manca de manteniment...

Tot i que la biomedicina estableix que les condicions de vida tenen un paper determinant en la millora de l'estat de salut de les poblacions, el sistema biomèdic, al Camerun, es basa en una visió molt medicalitzada. El model sanitari camerunès, hereu del colonial, es limita a l'àmbit estrictament hospitalari (dispensaris, consultes mèdiques, hospitals, posts de salut...), perquè l'Estat i les cooperacions tenen una escassa capacitat per incidir en aspectes més generals de les condicions de vida de les poblacions. La cooperació no ha aconseguit progressos generals i sostenibles en l'àmbit d'aigua, sanejament, habitatge, urbanisme i alimentació.

CAPÍTOL VI

SANITAT I FACTORS SOCIOCULTURALS

No és excepcional que els projectes de cooperació es plantegin com objectiu, no el desenvolupament d'una població determinada, sinó el desenvolupament **malgrat** aquesta població: gairebé mai es considera als camerunesos com els protagonistes del seu procés de desenvolupament.⁵⁵⁴ Sovint es concep el desenvolupament com un "imprescindible" canvi cultural,⁵⁵⁵ que des d'un punt de vista etnocèntric sol associar-se a la renúncia a les tradicions (vistes com una rèmora d'un passat que caldria eliminar). Tot i que ja no està de moda el discurs sobre la superioritat dels valors occidentals, aquest és implícit en la majoria de les teories del desenvolupament.⁵⁵⁶ Els organismes de cooperació aposten amb freqüència per la medicalització dels països subdesenvolupats,⁵⁵⁷ i aquesta opció suposa un enfrontament directe amb algunes pràctiques mèdiques autòctones. Molts occidentals que participen en projectes de cooperació al Camerun adopten una actitud intolerant i tracten de combatre els costums locals. Determinats membres de l'església missionera, que tenen un paper central en la cooperació, aposten per tallar amarres amb la tradició; un destacat missioner arribava a citar Ezequiel per combatre la medicina "tradicional": "No seguïu els preceptes dels vostres pares, no observeu els seus costums, no us embrutiïu amb els seus ídols..."⁵⁵⁸

En alguns casos l'etnocentrisme s'amaga amb al·lusions a la "incultura" de la població; es parteix de la base que l'escolarització millora el nivell de vida de la gent, en funció d'estadístiques que "demonstren" com la gent més educada té millors indicadors de salut.⁵⁵⁹ En realitat, aquesta tesi és discutible, perquè pressuposa que la gent amb estudis té millor nivell de vida pel fet d'haver-se format en el marc escolar, i no pel fet de constituir, com constitueix al Camerun, la classe dominant. En realitat, alguns estudis han demostrat que els coneixements sobre el tractament adequat de la febre infantil són superiors al Camerun que als Estats Units i al Canadà, països amb un nivell d'escolarització molt més alt.⁵⁶⁰

La cooperació i les autoritats sanitàries mostren una preocupant tendència a delegar la solució dels problemes d'una comunitat en mans dels “experts” i a infravalorar les opinions dels propis afectats.⁵⁶¹ Moltes campanyes de vacunació es realitzen sense oferir una informació suficient als vacunats (de vegades ni se'ls diu de quines malalties se'ls vacuna); als nens se'ls pot vacunar sense el consentiment patern.⁵⁶²

Hi ha ONGs que han proposat l'aprovació de lleis que reprimeixin durament alguns costums que són considerats perjudicials per a la salut.⁵⁶³ L'Estat camerunès fins ara no ha pres cap iniciativa en aquest sentit, però és molt comú que s'organitzin campanyes “d'educació sanitària” per canviar els comportaments “nocius” de les societats locals (entre aquests elements negatius s'hi inclouen les estructures familiars).⁵⁶⁴ En algunes zones s'han difós els “clubs de salut” escolars, en els que s'adoctrina als infants amb la finalitat que tractin de canviar els comportaments relatius a la salut de les seves famílies; aquestes accions són problemàtiques perquè provoquen tensions en l'estructura familiar, i a més solen ser poc eficaces, perquè les societats cameruneses tenen tendència a la gerontocràcia i els nens no solen ser acceptats com transmissors de coneixements.⁵⁶⁵

En alguns casos els donants mostren un cert interès per les pràctiques terapèutiques tradicionals, però no analitzen aquests comportaments com un mecanisme emprat per les societats cameruneses per millorar el seu estat de salut, sinó que tan sols es considera com un “condicionant” del projecte que la contrapart local ha de tenir en compte per tal d'evitar el seu fracàs.⁵⁶⁶ Alguns rituals amb connotacions terapèutiques, com les iniciacions, els tatuatges o els massatges postpart, han estat combatuts per alguns projectes sanitaris⁵⁶⁷ (en canvi, no hi ha campanyes similars contra els tatuatges o els *piercings* a Occident, tot i que no duen associada la mateixa càrrega simbòlica).

En molts projectes de cooperació es posa de manifest una gran hostilitat cap a qualsevol vinculació entre sanitat i religió, ja que aquesta es considera “arcaica”. La visió secularitzadora pot resultar terriblement intolerant.⁵⁶⁸ Però bona part dels camerunesos vinculen la curació amb les creences sobrenaturals, ja sigui a través de les seves cultures tradicionals, del cristianisme o de l'islam. En realitat, per a aquell que creu en la bruixeria, la curació sol tenir una clara dimensió espiritual.

El discurs mèdic de la cooperació al desenvolupament acostuma a ser especialment conflictiu quan toca aspectes especialment sensibles com la sexualitat. Les estructures

sanitàries públiques cameruneses destinen molt poca atenció als problemes de fertilitat i impotència, que són essencials per als camerunesos; en canvi valoren de forma extremadament negativa comportaments com la “precocitat”⁵⁶⁹ (que no sempre és percebuda de la mateixa forma al Camerun, on l'esperança de vida és menor, els desigs de paternitat majors i el procés d'escolarització i formació més curt). Fins al 1988 l'Estat camerunès havia estimulat la natalitat, en consonància amb les creences de la majoria dels seus ciutadans, però a partir d'aleshores va propugnar la limitació de naixements, amb el suport de bona part de la cooperació bilateral i multilateral.⁵⁷⁰ Molts camerunesos van interpretar la nova política oficial, adoptada a instàncies dels organismes internacionals, com una estratègia d'Occident per esclafar els africans.⁵⁷¹ Per això, en qüestions relacionades amb la salut reproductiva, la població confia més en els centres confessionals que en els públics (ja que les esglésies defensen una opció natalista).⁵⁷² El rumor sobre les “vacunes esterilitzants”, difós a partir del 1990 i encara no eliminat totalment, posa de manifest l'hostilitat popular i eclesiàstica envers algunes polítiques sanitàries estatals.⁵⁷³ Les resistències a la vacunació van traduir-se, significativament, en agressions i insults al personal sanitari.⁵⁷⁴

Part de la propaganda contra la sida ha estat molt mal rebuda perquè atempta contra el sentit del pudor de molts camerunesos.⁵⁷⁵ Les campanyes d'informació, educació i comunicació (IEC) en l'àmbit sexual tenen una escassa incidència, especialment quan es destinen a les dones, perquè no connecten amb les arrels culturals de la població.⁵⁷⁶ S'havia previst que a l'any 2000 el 41 % de les parelles usarien mètodes anticonceptius: només n'usen el 15 %.⁵⁷⁷ La propaganda antisida és rebuda amb hostilitat, perquè tendeix a canviar els models sexuals i a consolidar la medicalització de la sexualitat.⁵⁷⁸ No es tracta de resistències de petits nuclis d'ancians tradicionalistes; els joves cantants congolesos, veritables ídols de masses al Camerun, van ser els primers que es van oposar radicalment al “cautxú”.⁵⁷⁹

El procés de desenvolupament pren formes especialment agressives quan s'apliquen als grups minoritaris que són marginats per la resta dels camerunesos (com els mbororo o els pigmeus). Recolzant-se en la ideologia dels grups majoritaris, alguns projectes adopten tons colonialistes i procedeixen a un autèntic etnocidi.⁵⁸⁰ En alguns casos es donen per certs els prejudicis que estigmatitzen a aquests pobles (brutícia, incultura...) i se'ls pretén

“integrar” a base de fer-los renunciar a les seves formes de vida tradicionals (adopció de l’agricultura, fi del nomadisme...).

En els darrers anys el Ministeri de Sanitat i bona part dels projectes de cooperació han anat incorporant a les seves iniciatives una perspectiva de gènere.⁵⁸¹ Amb certa freqüència, aquests enfocaments han partit de principis bàsicament etnocèntrics:⁵⁸² es considera la situació de la dona occidental com un model a imitar per les dones dels països subdesenvolupats, amb una visió homogeneïtzadora de la realitat.⁵⁸³ En alguns casos és evident el to paternalisme d’aquest discurs: s’argumenta que cal “conscienciar” a les dones africanes perquè se n’adonin de quina és la seva realitat i s’assimilen les baixes taxes d’escolarització femenina amb “ignorància”.⁵⁸⁴

El desconeixement de les societats africanes marca alguns dels discursos sanitaris sobre el gènere. Un dels principals conflictes entre els programes de cooperació i les dones ha estat la tendència dels donants a intentar imposar limitacions a la fecunditat⁵⁸⁵ (quan per a moltes dones la prioritat és tenir fills, tal i com es va demostrar amb la resistència a les vacunacions dels anys noranta).⁵⁸⁶ Amb freqüència es presenta el retardament dels matrimonis com un factor positiu dins la salut maternoinfantil; no és evident: les taxes d’esterilitat són molt altes entre dones adultes; a més, les majors taxes de malalties venèries i de sida es donen entre dones joves i es relacionen amb la necessitat de la jove no casada de tenir múltiples parelles sexuals.⁵⁸⁷ En alguns casos les campanyes endegades per la cooperació associen la poligàmia amb la difusió de la sida i de les malalties de transmissió sexual;⁵⁸⁸ en realitat no hi ha estudis que ho demostrin (més aviat es podria pensar que la poligàmia pot tenir efectes contraris, ja que representa un fre efectiu per a la promiscuïtat). Quan s’analitza la planificació familiar des dels organismes de cooperació, no es tenen en compte els tabús sexuals, que juguen un paper clau en l’espaiament de naixements (a moltes zones a les dones se’ls imposen llargues abstinències sexuals postpart). Fins i tot hi ha qui critica severament aquests tabús des d’un punt de vista “modernitzador”,⁵⁸⁹ tot i que contribueixen a garantir la salut de la dona i dels infants. Tampoc se sol analitzar el paper que juga l’alletament maternal en l’espaiament dels naixements; les dones que alleten més de 12 vegades per dia tenen un risc mínim de patir embarassos i, a més, ofereixen una bona alimentació als seus infants.⁵⁹⁰ La majoria d’aquestes pràctiques s’estan perdent, no perquè

les dones ho vulguin així, sinó perquè les pressions del mercat laboral i la desestructuració familiar impedeixen que perdurin.⁵⁹¹

En realitat, a les societats africanes precoloniales hi havia àmbits de salut regits per dones (com els vinculats a la maternitat i al postpart); a més, la seva participació era imprescindible en els rituals terapèutics col·lectius. En moltes cultures cameruneses sempre hi ha hagut dones medecinares, que guareixen a dones i homes; en l'actualitat és bastant elevat el nombre de dones que curen al marge de la biomedicina (com medecinares, o a través de la medicina espiritual). En canvi, en el sistema biomèdic, les dones no solen arribar a les posicions de més poder i el control de l'aparell mèdic sol restar en mans dels homes (tot i que moltes dones hi participen com infermeres o auxiliars de clínica). En els darrers anys la cooperació ha intentat incorporar a les dones als projectes sanitaris. Gràcies als ajuts exteriors s'han creat moltes organitzacions femenines, i un alt nombre d'ONGs són dirigides per dones⁵⁹² (tot i que algunes associacions de dones són dirigides per homes).⁵⁹³ Però la burocratització de la cooperació fa difícil que les dones rurals de classe baixa, que solen tenir un baix nivell d'estudis, puguin gestionar aquestes iniciatives.⁵⁹⁴ Les dones, a més, són minoritàries als comitès de salut de pobles i districtes, perquè les elits polítiques són bàsicament masculines, i perquè els homes són reticents a acceptar que les dones assumeixin càrrecs de poder.⁵⁹⁵

Sistema sanitari i identitat

El sistema biomèdic té problemes per adaptar-se a les lògiques culturals cameruneses. La comunicació entre malalt i metge sovint és deficient, perquè la burocratització de la professió mèdica posa barreres al contacte personal (aquest problema, a més, és agreujat per la massificació i per la desmotivació dels funcionaris). Hi ha analfabets i semianalfabets que prefereixen comprar els medicaments a un venedor ambulat que consultar a un metge o a un farmacèutic, perquè no confien en el personal mèdic.⁵⁹⁶ L'ús del francès i de l'anglès pot limitar la comunicació entre els facultatius i els pacients; si la consulta es realitza en la llengua del malalt el diàleg és més fàcil i se n'obté una major satisfacció.⁵⁹⁷ A l'hospital de Yaoundé es van haver de suspendre els serveis de psicoteràpia, ja que no hi havia personal capacitat per tractar als malalts en les seves pròpies llengües, i en francès les teràpies resultaven poc efectives.⁵⁹⁸

El sistema biomèdic parteix d'uns principis de professionalitat aliens a la tradició local, però al Camerun s'adapta a les realitats del país i acaba donant una gran importància a les relacions personals, que segons la ideologia de la modernitat constitueixen una rêmora per al progrés.⁵⁹⁹ Els pacients dels petits centres sanitaris solen apreciar molt que se'ls ofereixi una atenció personalitzada, de la que no en gaudeix l'usuari dels grans hospitals.⁶⁰⁰ Els malalts sovint es desplacen als centres sanitaris on hi treballen parents o coneguts, ja que saben que seran atesos millor (i tal vegada de franc).⁶⁰¹ En cas de no gaudir d'un tracte de favor, els parents o coneguts del treballador del centre se sentirien decebuts.⁶⁰² Si el treballador del centre no pot oferir el tractament prescrit a la persona amb qui se sent vinculat, li regala d'altres fàrmacs, ja que és més important el fet de conrear una relació social que el de respectar la recepta mèdica.⁶⁰³

El sistema biomèdic tendeix a crear fractures socials, ja que es basa en la constitució d'una elit amb una formació especialitzada que monopolitza el coneixement mèdic i que l'imposa a la resta de la societat⁶⁰⁴ (en canvi molts medecinares exerceixen com a tals a temps parcial i es mantenen integrats en la seva comunitat). La diferència de llenguatge i de classe social constitueix una barrera per a la relació entre pacient i terapeuta.⁶⁰⁵ Sovint la comunicació entre el personal sanitari i el pacient és marcada pel paternalisme, que corre paral·lel a una infantilització del pacient. Als països africans aquest trencament social s'aguditza, perquè l'elit mèdica, que sovint ha estudiat a l'estranger, tendeix a occidentalitzar-se i a distanciar-se de la resta de la població, fins i tot adoptant actituds etnocèntriques envers els seus propis compatriotes.⁶⁰⁶ En el cas de projectes dirigits per cooperants estrangers, a la diferència de classe se li ha de sumar un abisme cultural, ja que els "experts", en general, desconeixen els costums dels seus pacients, però no per això deixen d'estigmatitzar-los.⁶⁰⁷ Entre els camerunesos se sol associar sanitat amb desenvolupament i el desenvolupament es relaciona amb els blancs, però aquest no deixen de despertar suspicàcies després de l'experiència colonial.⁶⁰⁸

Hi ha una òbvia interrelació entre l'elit mèdica i les classes dominants; els metges gaudeixen d'elevats salaris i s'integren a la burgesia local.⁶⁰⁹ Paradoxalment també hi ha una identificació entre la cooperació, que diu defensar els interessos dels marginats, i l'alta societat camerunesa. És simptomàtic que les seus de bona part dels organismes de cooperació se situïn a Bastos, el barri més ric de la capital, on hi viuen els diplomàtics i les

elits dirigits. Simptomàticament, la “Soirée des ONGs” se celebra anualment a l’hotel Hilton, el més elegant de Yaoundé. Una associació camerunesa de dones destinada a la lluita en contra de la sida va proposar com activitat l’organització de sopars de gala per recaptar fons...⁶¹⁰ Moltes de les iniciatives de la cooperació no beneficien als més pobres, sinó a aquells que disposen d’un major nivell d’estudis i de més contactes, ja que són ells els que poden superar les traves burocràtiques imposades per l’administració i pels donants. A nivell local els agents de salut, els responsables de sanejament i els dirigits de les associacions i ONGs també es consideren una elit distanciada de la resta de la població.⁶¹¹

Salut i comunitat

Tot i que els camerunesos creuen que l’administració ha de subministrar serveis sanitaris, l’Estat no es considera responsable de l’estat anímic i espiritual de les poblacions. En algunes societats precoloniales cameruneses els problemes mèdics eren compartits per tota la comunitat, ja que s’associaven a desordres socials (i per això hi havia rituals col·lectius). El *kong* només pot combatre’s mitjançant una teràpia en la que hi participa tota la família;⁶¹² també s’ha de mobilitzar a tots els iniciats del poblat en el ritu *sóo* dels fang, destinat a resoldre problemes socials (com l’incest) que deriven en malalties i mals diversos.⁶¹³ En l’actualitat, l’Estat tracta de derivar cap a la psiquiatria els problemes biològics amb una arrel sociològica, i es renuncia a qualsevol reforma social per resoldre els problemes de base col·lectiva.⁶¹⁴

La tradició biomèdica sol identificar la malaltia amb un afer corporal i en conseqüència desvincula el malalt de la seva realitat social;⁶¹⁵ hi ha professionals d’aquest camp que reconeixen que aquesta és una de les principals limitacions d’aquesta disciplina⁶¹⁶ (paradoxalment, al Camerun l’OMS defensa que cal atendre als adolescents al marge del seu marc familiar).⁶¹⁷ En canvi, la medicina “tradicional” sol analitzar el malalt no només com un cos, sinó també com una unitat social i cultural;⁶¹⁸ alguns “traditerapeutes” presenten aquesta aproximació holística al pacient com un dels seus principals avantatges respecte als professionals de la biomedicina.⁶¹⁹ Una de les claus de l’èxit de les noves teràpies espirituals és que han enllaçat amb la tradició i es presenten com una medicina global, no limitada als cossos.⁶²⁰

Mentre els metges tendeixen a desvincular la vida personal del pacient del seu tractament terapèutic, alguns medecinaires aconseguen implicar-se en les problemàtiques del malalt. Hi ha curanderos que atenen al pacient a domicili, perquè creuen que cal analitzar la seva problemàtica des del seu propi entorn; en canvi la biomedicina tendeix a crear un entorn òptim per atendre al pacient. En moltes curanderies l'habitatge ofert al malalt i als seus familiars pot assemblar-se molt a la seva pròpia casa; en canvi, molts pacients perceben l'hospital com un ambient hostil.⁶²¹ Mentre en els centres terapèutics dirigits per medecinaires s'ingressa al pacient conjuntament amb els seus parents, que s'ocupen d'atendre'l en alguns aspectes centres sanitaris del sistema biomèdic tan sols recorren a l'ajut dels parents del malalt quan no tenen prou mitjans com per prendre cura del pacient, però consideren aquesta opció com una solució d'emergència i poc idònia.⁶²²

Malgrat tot, amb l'èxode rural i amb els ràpids canvis socials, les societats cameruneses estan perdent capacitat per atendre als més necessitats. La tendència a l'individualisme s'incrementa i cada cop és menor el suport la família ofereix al malalt o a l'ancià.⁶²³ I creix la intolerància cap als malalts mentals, que anteriorment eren ajudats i respectats (tot i que al Camerun encara reben millors atencions que a Occident).⁶²⁴

L'Estat és conscient que no pot oferir els serveis que la població i la comunitat internacional esperen d'ell, i ha intentat trobar una sortida als problemes relatius a la salut mitjançant la mobilització social, tot delegant en les comunitats locals competències en aquest àmbit (sense, per això, atorgar-los més recursos).⁶²⁵ La "participació comunitària" en l'àmbit sanitari tendeix a alliberar a l'Estat de les seves responsabilitats; la via per accedir als serveis de salut, en l'actualitat, és associar-se: aquells que no gaudeixen d'uns serveis de qualitat són responsables d'aquesta mancança, per no haver-se associat o per haver-ho fet malament. Tot i que públicament es parla d'una política "de baix a dalt", en el fons es propugna l'obligatorietat de la *debrouille* (el fet d'espavilar-se).⁶²⁶ Com el govern, els organismes de cooperació també tendeixen a culpar a la població dels seus problemes de salut i acusen als camerunesos de no col·laborar prou amb el model sanitari que se'ls proposa (o imposa).⁶²⁷

Per implicar a la població en els projectes sanitaris i per controlar als funcionaris de la sanitat pública s'han creat "estructures de diàleg", entre les que cal destacar els comitès de salut departamentals, de districte i locals (integrats per autoritats sanitàries, alguns delegats del sector sanitari privat i representants de la població).⁶²⁸ La principal funció d'aquests comitès és la gestió dels fons generats pel sistema d'autofinançament. El seu nivell d'activitat és molt divers: en algunes zones la població s'hi ha abocat; en d'altres ni tan sols té coneixement de la seva existència.⁶²⁹ Els comitès de les àrees de salut haurien de reunir-se mensualment, però de mitjana tan sols ho fan 2,5 cops per any; es convoquen de mitjana 8,41 vegades anuals a la província del Nord-Oest (a la zona anglòfona) i 4,25 vegades per any a l'Oest; en canvi no es troben pràcticament mai al Centre i al Sud (on no hi ha tradició estatal).⁶³⁰ La població anglòfona i la d'ètnia bamileké són les que més s'involucren en aquest tipus d'institucions i les que major dinàmica associativa demostren.⁶³¹ On la mobilització de la població és més difícil és a les ciutats, ja que no es compta amb estructures comunitàries ni veïnals preexistents (a més, el ràpid creixement tendeix a dificultar la cohesió social i l'aparició d'una identitat urbana i de barri).⁶³² A les grans ciutats l'administració i els organismes de cooperació no hi troben interlocutors per endegar activitats sanitàries. És per això que, paradoxalment, els menors percentatges de vacunació se solen trobar a zones urbanes, prop dels grans centres de vacunació.

Un dels principals problemes dels comitès és la seva representativitat: els camerunesos exigeixen més transparència i major democràcia en els nomenaments.⁶³³ Però, a més, hi ha una altra qüestió de fons: el govern i la cooperació pretenen involucrar a la població en unes dinàmiques que segueixen unes normes dictades des de Yaoundé, i que no sempre són acceptades per les comunitats. En la majoria de casos, els membres dels comitès ni tan sols coneixen la legislació sanitària, tot i que se suposa que han de vetllar pel seu acompliment.⁶³⁴ A molts indrets s'ha reclamat que es tingui en compte el factor ètnic en la designació dels membres de les estructures de diàleg, però les autoritats polítiques no ho volen acceptar, ja que des de la seva visió estatalista s'oposen a les opcions particularistes.⁶³⁵ El govern és reticent a descentralitzar veritablement el poder.⁶³⁶ Per això els serveis de salut es deriven, no cap a les estructures polítiques preexistents que competeixen amb l'Estat (com les *chefferies*), sinó cap a nous organismes regionals en els que els membres de l'RDPC tendeixen a tenir un paper predominant,⁶³⁷ encara que no

siguin ben acceptats per la població. Hi ha una certa reticència a integrar en els comitès a les autoritats tradicionals (que en algunes zones tenen un fort poder). Si no se les inclou, no mobilitzen a la població i el comitè perd dinamisme, però si participen en algun òrgan, aquest perd les seves dinàmiques democràtiques i la resta de participants accepta sense qüestionar-se-les les proposicions del cap.⁶³⁸ En no identificar-se la població amb el comitè, el control social no és prou fort i amb freqüència els seus membres es veuen involucrats en escàndols de corrupció.⁶³⁹

El govern pretén que l'agent de salut esdevingui una mena d'autoritat sanitària a nivell local. Però la tria d'aquest agent es realitza al marge de la voluntat popular, i per tant la comunitat no li reconeix cap representativitat; sovint li és impossible realitzar les tasques que li han estat encomanades, perquè no és respectat. I si els comitès de salut no són operatius, encara ho són menys els òrgans descentralitzats especialitzats en alguns aspectes de la sanitat, com els Comitès Departamentals dels Comitès Locals de Lluita contra la Sida: existeixen pocs comitès departamentals operatius, i en la majoria de localitats no es té cap notícia d'aquesta institució.

Els actors no estatals

Per fomentar la participació de la població en les activitats sanitàries, l'Estat no només ha creat els comitès de salut, sinó que també ha potenciat la integració en el sistema biomèdic dels “actors no estatals”.⁶⁴⁰ Era un repte difícil, perquè a diferència d'alguns països de l'Àfrica Occidental, la tradició associativa era escassa al Camerun (com a mínim, en referència a associacions registrades oficialment). És més, en el moment de la independència, l'RDPC va haver d'enfrontar-se amb una dura revolta popular encapçalada per l'Unió de Pobles del Camerun (UPC); a partir d'aleshores el govern va mostrar molta desconfiança envers la vida associativa: durant dècades va posar traves legals i burocràtiques a la legalització d'associacions.⁶⁴¹ En els darrers anys l'administració ha elogiat la participació de la “societat civil” en les iniciatives en pro del desenvolupament, però fins i tot l'ús del terme “societat civil” és ben recent al país⁶⁴² (l'havia usat l'oposició als anys vuitanta, i el govern el va recuperar a principis dels noranta).⁶⁴³ El marc legal per registrar associacions, cooperatives i organitzacions no governamentals es va generar tardanament: entre el 1990 i el 1999.⁶⁴⁴

Malgrat tot, el govern no deixa de desconfiar de les associacions; en cercles pròxims a l'RDPC s'argumenta que aquell que defensa idees polítiques no pot integrar-se en la "societat civil" (tot al·legant que ja forma part de la "societat política").⁶⁴⁵ Diverses associacions van tenir un paper clau en l'oposició al règim a principis dels noranta;⁶⁴⁶ en l'actualitat el poder vol aprofitar les noves estratègies de cooperació per convertir aquestes organitzacions en "contraparts" i evitar que segueixin jugant un rol polític.⁶⁴⁷ Les ajudes exteriors podrien servir per neutralitzar l'oposició ciutadana al règim. Des del govern s'exigeix a les organitzacions cíviques ser "neutrals" en política i fins i tot se'ls pretén indicar quins han de ser els seus objectius: se les insta a lluitar contra la pobresa, perquè aquesta és la prioritat "del president, del Fons Monetari Internacional i del Banc Mundial".⁶⁴⁸ L'RDPC aspira a delegar aspectes concrets de les seves polítiques nacionals en actors no estatals, però sense donar-los cap opció a decidir sobre el disseny i l'execució d'aquestes polítiques.⁶⁴⁹ Malgrat tot, algunes associacions vinculades al moviment antiglobalització irriteren particularment al govern,⁶⁵⁰ per això la tasca de les ONGs sovint es veu paralitzada per interferències del poder polític.⁶⁵¹

Molts organismes d'ajuda bilateral i multilateral incideixen molt en la participació i aposten per donar suport a la societat civil a l'Àfrica.⁶⁵² Però sovint la idea de societat civil dels donants no és la mateixa que la dels beneficiaris; per al govern camerunès la societat civil està constituïda per aquells organismes especialitzats en cooperació que no influeixen en la vida política; en canvi, per a molts ciutadans les ONGs són assimilables a empreses. En qualsevol cas, cal destacar que al Camerun no hi existeix societat civil, tal i com l'entenen els politòlegs (un corpus d'associacions intermèdies que representen als diferents grups socials del país i que s'oposen a les ambicions hegemòniques de l'Estat). Malgrat tot, a la zona anglòfona, on hi ha una certa tradició britànica de govern indirecte, s'hi detecta una major presència d'associacions que representen interessos col·lectius.⁶⁵³ Al Camerun tampoc hi ha un corpus d'intel·lectuals influents que ocupi un lloc destacat com a consciència social i que vehiculi reivindicacions polítiques; la influència de l'elit intel·lectual és escassa.⁶⁵⁴

Entre les estructures socials de més pes al Camerun cal destacar-hi les esglésies (la catòlica, la luterana, la reformada i moltes d'altres). Des de fa dècades algunes organitzacions religioses patrocinen iniciatives de tipus sanitari: la tasca de les esglésies, en

l'àmbit sanitari, és molt anterior a la de les ONGs. Actualment algunes organitzacions confessionals s'han legalitzat com organització no governamental per tal de beneficiar-se dels ajuts internacionals, però sovint segueixen treballant amb lògiques particulars, diferents de les de la resta d'associacions. És freqüent que els missioners assumeixin tota la responsabilitat en la gestió dels projectes sanitaris, amb l'ajut de facultatius locals, i que redueixin al mínim la participació comunitària. Fins i tot els metges i infermers que treballen en els centres de salut i hospitals confessionals es queixen, perquè tenen escàs poder de decisió. També alguns dirigents de les esglésies locals han protestat per l'actitud paternalista dels missioners estrangers.⁶⁵⁵

Les esglésies han utilitzat amb freqüència les estructures sanitàries com a mecanisme d'evangelització i això ha generat algunes tensions. A l'Extrem Nord la tasca sanitària dels missioners catòlics ha estat rebuda amb hostilitat per part de la població islàmica, i alguns líders locals han defensat el tancament dels centres de salut cristians.⁶⁵⁶

En contra de les directrius del Ministeri de Sanitat algunes esglésies han aprofitat l'endèmia de la sida per desplegar grans campanyes d'evangelització. No és rar que els clergues presentin la religió com l'única sortida a la malaltia i que estigmatitzin als malalts considerant-los responsables del seu mal pel seu comportament "immoral"⁶⁵⁷ (de fet, al Camerun se sol acusar de difondre la sida a aquells grups que prèviament ja patien un cert rebuig social: els blancs, els homes de negocis, els policies...).⁶⁵⁸ Alguns religiosos han utilitzat la malaltia per reclamar majors ajudes estatals per a les esglésies cristianes, tot argumentant que són les úniques organitzacions que poden generar un canvi de comportaments queaturi la sida (alguns líders islàmics s'han pronunciat en el mateix sentit i també han demanat subvencions).⁶⁵⁹

La majoria dels líders evangelistes col·laboren amb les polítiques governamentals contra la sida, però determinats sectors de l'església catòlica s'han mostrat molt reticents a fer-ho i mostren un rebuig frontal a l'ús de preservatius⁶⁶⁰ (tot i que d'altres catòlics han participat decididament en activitats en contra d'aquesta malaltia).⁶⁶¹ Alguns centres confessionals han manifestat el seu disgust envers la propaganda de preservatius i certes associacions de dones cristianes s'han oposat virulentament a la campanya publicitària en contra de la sida, tot argumentant que fomenta la promiscuïtat.⁶⁶² Els sectors més intransigents de l'Islam també s'han oposat a moltes de les iniciatives antisida, perquè

consideren que s'ha de reservar la sexualitat per al matrimoni i que l'única solució per frenar la malaltia és difondre valors morals mitjançant cursos de religió.⁶⁶³

El qüestionament de les ONGs

En els darrers anys les ONGs han anat adquirint un gran protagonisme en la cooperació al desenvolupament. Però es tracta d'estructures socials sense tradició al país, que només han adquirit un cert protagonisme gràcies al suport que se'ls ha donat des de les organitzacions de cooperació.⁶⁶⁴ L'ONG, com una associació a la que els individus s'adscriuen lliurement per defensar interessos de tot el col·lectiu, és un tipus d'entitat poc compatible amb les tradicions comunitaristes de moltes cultures cameruneses, per a les que les iniciatives col·lectives han de procedir d'organismes representatius del conjunt de la comunitat o d'autoritats legitimades per la tradició. L'aposta per l'associacionisme va vinculada a una aposta per l'individualisme (derivada en bona part del liberalisme): l'individu no pertany a un grup pel fet de néixer-hi sinó pel fet d'adscriure-s'hi. A més, la creació d'ONGs sovint va associada a la recerca d'un nou lideratge social, i això desperta suspicàcies, perquè pot afectar l'estabilitat política local (en el si del moviment associatiu camerunès hi ha una autèntica obsessió pel paper carismàtic del líder).⁶⁶⁵ A més, el pagament de salaris per part dels projectes i els repartiments de regals dels finançadors de vegades provoquen fortes tensions socials.⁶⁶⁶

Per tal de rebre finançament de l'exterior, grups ben diversos s'han legalitzat com ONGs. Al Camerun hi actuen ONGs dels països desenvolupats, com Save the Children o Care International, que a l'Àfrica en realitat fan de donants (a l'igual que algunes organitzacions religioses depenents de les missions).⁶⁶⁷ Al costat d'aquests organismes, amb una llarga trajectòria en el món de la cooperació, al Camerun s'hi ha creat moltes ONGs nacionals, la majoria d'elles amb poca experiència i molt fràgils. Entre el 1990 i el 1999 es van registrar, tan sols a la prefectura de Yaoundé, 2.175 ONGs; la gran majoria no han arribat a desenvolupar cap activitat.⁶⁶⁸ Al 1997 ja hi havia al Camerun 35 ONGs dedicades en exclusiva a la sanitat i 150 que mencionaven la salut entre els seus objectius⁶⁶⁹ (fins i tot els "traditerapeutes" s'han agrupat).⁶⁷⁰ Moltes ONGs no compten amb més socis que els membres de la seva junta directiva.⁶⁷¹ En realitat, els camerunesos no solen tenir una idea gaire clara de la diferència entre una empresa i una ONG. Son ben poques les ONGs

cameruneses que tinguin una certa força i que actuïn realment com a tals; en el camp de la sanitat caldria destacar Ad Lucem, una organització de laics catòlics que va sorgir durant el període colonial i que inclús gestiona alguns centres de salut de referència.⁶⁷²

El fet que la majoria d'ONGs no siguin gens representatives i que concentrin els seus esforços en la recerca de finançament exterior, fa que se les miri amb recel. La població critica molt la manca de transparència d'aquestes organitzacions, ja que és reticent a que algú pretengui representar al col·lectiu sense el seu consentiment.⁶⁷³ En general, els camerunesos creuen que els creadors de les ONGs no confessionals són oportunistes i aventurers⁶⁷⁴ (de fet, es detecta un alt nivell de corrupció en aquestes institucions, sobretot en la gestió de microcrèdits).⁶⁷⁵ Per això, és difícil que els projectes comptin amb aportacions desinteressades; les iniciatives de les ONGs locals i estrangeres sovint han de pagar als “voluntaris” adscrits als seus projectes;⁶⁷⁶ fins i tot és freqüent que els donants paguin als funcionaris per assistir als cursos de formació que els ofereixen.

Les ONGs sanitàries, al Camerun, tenen un marge d'actuació extremadament limitat, ja que disposen d'escassos recursos i són poc professionals.⁶⁷⁷ Elles mateixes ho reconeixen, però no deixen de reivindicar que se'ls ofereixi un paper més destacat en l'àmbit sanitari, tot argumentant que el govern és incapaç de fer-ho millor.⁶⁷⁸ Els finançadors solen queixar-se de la manca de capacitat burocràtica de les ONGs cameruneses, mentre que aquestes solen criticar, no sense raó, el burocratisme de la cooperació internacional.⁶⁷⁹ En realitat, a causa de la complexitat de molts tràmits administratius, si una associació vol acomplir les exigències dels donants i del govern, és fàcil que oblidi aquell que hauria de ser el seu objectiu principal: el servei a la població (per aquest motiu, la majoria de xarxes d'ajuda mútua actuen al marge de la legalitat). Les ONGs, en no resultar gaire populars, no són capaces d'incidir decisivament en les campanyes de sensibilització, ja que tenen poc poder de convocatòria (tot i això, els donants segueixen dipositant moltes esperances en elles).⁶⁸⁰

Els recents intents de l'OMS d'agrupar les ONGs sanitàries del país en una xarxa per millorar-ne l'eficàcia, no ha resultat gaire satisfactòria.⁶⁸¹ Les ONGs mostren una certa reticència a col·laborar entre elles, ja que competeixen pels recursos de l'ajuda exterior.⁶⁸² En els darrers temps les associacions de malalts de sida han rebut molt suport de la cooperació exterior. Molts camerunesos encara dubten de l'existència de la malaltia i la

mobilització dels afectats es considera un pas essencial per reforçar les campanyes de prevenció.⁶⁸³ Però tot i que aquestes organitzacions han tingut un cert paper en la distribució d'antiretrovirals, la seva incidència és molt limitada i no tots els seus membres assumeixen els postulats que aquests organismes diuen defensar (n'hi ha molts que fins i tot es neguen a fer-se el test de la sida).⁶⁸⁴

Els camerunesos sovint aprecien les ONGs, no tant per la seva hipotètica aportació al desenvolupament del país, sinó perquè aconsegueixen ajudes econòmiques de l'exterior i així creen ocupació. Per això les ONGs es mostren molt plàstiques, amb objectius variats i dispersos, ja que diversificant-se tenen majors possibilitats d'obtenir finançament.⁶⁸⁵ No són organitzacions creades per les comunitats per tal de respondre a una necessitat concreta, sinó que la seva finalitat principal és l'obtenció de recursos de la cooperació.⁶⁸⁶ En realitat, la majoria de les ONGs que han obtingut reconeixement legal es mostren completament inactives fins al moment en què reben subvencions.⁶⁸⁷ Per aquest mateix motiu, no tenen tendència a assolir l'autogestió i l'autofinançament de les seves activitats, sinó a perpetuar la captació d'ajudes. És molt freqüent que una iniciativa s'abandoni tan aviat com perd el suport de les contraparts exteriors, encara que el seu funcionament sigui viable; l'ONG que ha promogut el projecte prefereix dissenyar una nova activitat que li permeti obtenir un nou finançament. En algunes ocasions, les ONGs que construeixen pous arriben a pagar la mà d'obra o els integrants del comitè de gestió de l'aigua (aportacions teòricament gratuïtes), per tal d'acomplir els compromisos amb els finançadors; d'aquesta forma es duen a terme projectes sense comptar amb la més mínima participació local.⁶⁸⁸

El govern i els donants han dipositats grans esperances en les ONGs, però és absolutament desproporcionada la relació entre les tasques que es vol delegar en elles (i les "necessitats" que es defineixen) amb la seva capacitat d'actuació. Els recursos financers, materials i professionals de les associacions són ben escassos i la seva capacitat de mobilitzar la població molt qüestionable.⁶⁸⁹ S'han endegat algunes activitats sanitàries a nivell estatal amb una participació decisiva de les ONGs, com el projecte estatal d'aconseguir aigua potable per a tots els camerunesos;⁶⁹⁰ però aquestes iniciatives, òbviament, han fracassat, ja que les ONGs més operatives treballen només a nivell local i l'atomització constitueix un obstacle insalvable per a accions a gran escala.⁶⁹¹

Els donants, davant la manca de contraparts solvents per implementar els seus programes, han entrat en una espiral absurda: destinen recursos a crear estructures que demandin la cooperació que ells estan disposats a oferir.⁶⁹² Malgrat els continus problemes sorgits en el treball amb les ONGs, en els darrers temps la UE ha volgut atorgar-los un paper més destacat i insisteix en què aquestes participin en la planificació de polítiques nacionals. En realitat, aquest projecte és ben poc factible. Les ONGs no tenen capacitat per elaborar grans línies polítiques, perquè no tenen professionals i perquè es plantegen els seus problemes des d'un punt de vista exclusivament local. Destinar les ONGs a tasques legislatives i executives suposaria desviar-les de les funcions per a les que han estat creades, i que ara per ara ni tan sols són capaces d'acomplir satisfactòriament.⁶⁹³ A més, tot i que les ONGs pretenen ser la veu del conjunt de la població, cal constatar que no són representatives (la seva influència procedeix, bàsicament, del suport exterior);⁶⁹⁴ donar-los protagonisme polític no seria una mesura democràtica sinó tot el contrari.

CONCLUSIONS

La cooperació i l'Estat camerunès han promogut conjuntament un sistema mèdic basat en la biomedicina. Però si bé és cert que la població camerunesa demana serveis biomèdics **de qualitat**, no ho és menys que no accepta tots els principis ideològics de la biomedicina, i que d'altres sistemes terapèutics ocupen un lloc clau en les seves cultures.

El discurs de la cooperació és especialment etnocèntric en l'àmbit de la salut; no es reconeix més que un model de salut i ni tan sols s'admet l'existència d'altres tipus de coneixements sanitaris. Des de la biomedicina es considera que l'únic problema de l'Àfrica és la manca de coneixements mèdics i de professionals de la medicina, i se suposa que si es comptés amb aquests, es podrien resoldre els problemes de salut del continent.⁶⁹⁵ Aquest discurs és absolutament simplista (ja que tendeix a desvincular la salut de la realitat sociopolítica que la determina), però té una àmplia acceptació a Occident, i és un dels motors publicitaris de la "indústria del desenvolupament", perquè transmet una forta càrrega emotiva.

El model sanitari defensat per la cooperació no ha resultat eficaç. El sistema biomèdic, que anys enrera havia possibilitat canvis substancials en la salut dels africans, tendeix a perdre eficàcia progressivament a causa del seu encariment i, sobretot, de l'aparició de la sida (la població és perfectament conscient d'aquesta pèrdua d'eficàcia i del deteriorament generalitzat de la xarxa sanitària). Per altra banda, els països africans pateixen una situació d'absoluta subordinació en l'àmbit mèdic: no es destinen recursos en recerca per als seus problemes específics, el mercat farmacèutic els és inaccessible, la formació de personal sanitari sovint acaba beneficiant a Occident... En la situació actual, la difusió del sistema biomèdic tendeix a reforçar la dependència del Camerun.

El problema de la implantació de la biomedicina no és tan sols econòmic, sinó també sociopolític. L'Estat camerunès és molt feble i no té capacitat per articular una xarxa administrativa complexa com la que requereix el sistema biomèdic. Ni tan sols compta amb els recursos bàsics per imposar la seva autoritat a tot el territori: no disposa de mitjans

suficients, ni d'un personal format i lleial, ni d'una població disposada a col·laborar...⁶⁹⁶ A més, la corrupció dificulta qualsevol iniciativa. En aquesta situació, les iniciatives de l'Estat en l'àmbit de salut depenen de la cooperació internacional. Això reforça la subordinació del Camerun als organismes de cooperació bilaterals i multilaterals (la relació entre les institucions i associacions cameruneses i les seves contraparts exteriors també es caracteritza per la subordinació de les primeres a les directrius de les segones).

La cooperació no ha aconseguit impulsar al Camerun un sistema biomèdic operatiu similar a l'occidental. En realitat, el sistema mèdic camerunès és ben poc eficaç: les estructures es deterioren, manquen equipaments moderns, no hi ha medicaments, el personal es despreocupa dels malalts, la xarxa d'APS no arriba a desplegar-se, s'han descuidat les activitats de prevenció... Malgrat tot, al Camerun la cooperació sanitària sol ser valorada positivament, però tan sols perquè assumeix un paper assistencial i ofereix atenció mèdica barata als pobres.⁶⁹⁷ Tot i això, la majoria dels implicats en els projectes sanitaris no creu en un futur desenvolupament sostenible de la biomedicina al Camerun⁶⁹⁸ (de fet fins i tot hi ha promotors d'alguns projectes que reconeixen que els resultats d'aquests són negligibles, però els valoren positivament perquè "cal fer alguna cosa").

Si bé a nivell de projecte i a curt termini se solen reconèixer millores i progressos en el sistema sanitari, no es confia gaire en la futura autogestió de les activitats promogudes per la cooperació. A nivell nacional i a llarg termini no hi ha sensació de progressió, sinó d'estancament. El flux d'ajudes no arriba a consolidar un sistema sanitari autogestionat i autofinançat, sinó que tendeix a perpetuar-se: continuen essent necessaris els "experts" i continuen requerint-se fons procedents de l'exterior; nous projectes acaben substituint els projectes finalitzats; es torna a considerar necessària la formació del personal; els organismes de cooperació es renoven, però no s'extingeixen... Es té la impressió que la cooperació sanitària no és capaç d'oferir al país eines per gestionar el seu propi sistema sanitari. El problema no radica només en la quantia de la cooperació al desenvolupament tramesa al Camerun, sinó també en la capacitat real que aquesta té per incidir sobre el desenvolupament del sector sanitari.

L'eficàcia del model tècnic de la cooperació sanitària és molt qüestionat per bona part dels seus actors. Però no han variat les directrius essencials dels principals promotors de la cooperació: l'OMS, la resta d'agències de Nacions Unides i els donants bilaterals. I no

ha estat replantejat, perquè el projecte sanitari de la cooperació, per al Camerun i per al conjunt de l'Àfrica Subsahariana, està estretament associat a un projecte ideològic i polític: l'occidentalització del continent. Es creu que per millorar el funcionament (o la "governabilitat") del continent cal que aquest adopti comportaments, estructures i institucions "moderns", que els occidentals consideren intrínsecament superiors a les africanes: la societat civil, el monopoli de la violència per l'Estat, l'esperit d'empresa, la iniciativa privada, la igualtat entre homes i dones, el predomini de les relacions professionals sobre les personals, la supressió del clientelisme... El model biomèdic es presenta com la solució als problemes mèdics; la ideologia individualista i occidentalitzadora es veu com la solució als problemes polítics i econòmics... Però així com la xarxa biomèdica imposada al Camerun no s'assembla en res a la dels països occidentals, les estructures estatals i empresarials cameruneses tampoc arriben a quallar, perquè no són ni eficaces ni representatives.

Al Camerun tan sols una minoria d'intel·lectuals qüestiona obertament el desenvolupament, qualificant-lo de "mite i ideologia que ha justificat l'estil de vida irresponsable que tots patim avui en dia" i de "màquina productora de desigualtats i de misèria, d'endeutament i d'exclusió, de desesperança i de precarietat".⁶⁹⁹ La majoria de la població no rebutja frontalment la teoria del desenvolupament, però molts camerunesos, d'una forma o altre, s'oposen a la ideologia modernitzadora: es qüestiona la legitimitat de l'Estat, es rebutja la ideologia individualista, hi ha resistències a la producció d'excedents... I, en l'àmbit sanitari, la biomedicina és posada en qüestió: s'eviten les vacunacions, s'ignoren les directrius dels comitès de salut, es recorre a tractaments no biomèdics, es qüestiona a les ONGs i al personal sanitari... No és estrany. Les grans línies del sistema sanitari no han estat triades per la població, sinó que responen a lògiques alienes a ella que se li volen imposar des dels països desenvolupats.

BIBLIOGRAFIA

ACP – CE

2002, *Evaluation of European Union and Managed by the Commission to Africa, Caribbean and Pacific (ACP) Countries*. Bruxelles, Commission des Communautés Européennes.

AECI (AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL)

2003, *Estrategia de la Cooperación Española en Salud*. Madrid, Ministerio de Asuntos Exteriores.

AFFERMANN, N. – NDONKO, F. – PRÉVOST, M.

1997, *Integration des aspects de genre dans le programme germano-camerounais de santé*. S.I., GTZ [mécán.].

AFVP (ASSOCIATION FRANÇAISE DES VOLONTAIRES DU PROGRES)

1997, *Rapport Annuel 1997. Délégation Régionale Cameroun et Guinée Equatoriale*. Yaoundé, l'autor.

AGENDIA LEKEANYI, Philip et altri

2000, "Collecte, épurations et évacuation des eaux usées dans les lotissements SIIC-MAETUR de Yaoundé", a AUTORS DIVERSOS, *Revue de Géographie du Cameroun* vol. XIV, n. 2.

ALCOCEBA, Yoya – CEA (CENTRE D'ESTUDIS AFRICAINS)

2000, *Liwanda. Hospital de Logbikoy* [consultoria dins el projecte REANE]. Barcelona, CEA [mécán.].

ALEXANDRE, Pierre – BINET, Jacques

1958, *Le groupe dit Pahouin (Fang – Boulou – Beti)*. Paris, Presses Universitaires de France.

BANURI, Tariq

1990a, "Development and the Politics of Knowledge: A Critical Interpretation of the Social Role of Modernization Theories in the Development of the Third World" a Marglin, Apffel & Marglin, Stephen A., *Dominating Knowledge. Development, Culture and Resistance*. Oxford, Clarendon Press.

1990b, "Modernization and its Discontents: A Cultural Perspective of the Theories of Development" a Marglin, Apffel & Marglin, Stephen A., *Dominating Knowledge. Development, Culture and Resistance*. Oxford, Clarendon Press.

BIBEAU, Gilles – PEDERSEN, Duncan

2002, "A return to scientific racism in medical social sciences. The case of sexuality and the AIDS epidemic in Africa" a NICTER, Mark – LOCK, Margaret, *New Horizons in Medical Anthropology*. Nova York – Londres, Routledge.

CAMEROUN, République du

1996, *Loi n. 96/03 du 4 de janvier portant loi-cadre dans le domaine santé au Cameroun*.

CAMNEWS

2003, *Camnews Magazine* n. 5 (*Le SIDA au Cameroun*).

CE-DGD (COMISSIÓ EUROPEA. DIRECCIÓ GENERAL DE DESENVOLUPAMENT)

1997, *Evaluation mi-parcours du "Project d'Appui aux Services de Santé"*. République du Cameroun. S.I., l'autor [mécán.].

CEMAC

2002, *Programme regional de sécurité alimentaire (PRSA) pour les pays membres de la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC)* (versió preliminar de maig de 2002)[inèdit].

CHEVALIER, Marcelle – CHETA, Claude – EDJOA, Jean-Pierre
1996, *Evaluation finale du projet de prévention du MTS/SIDA chez les jeunes de la province de l'Est du Cameroun*. Yaoundé, CARE Cameroun – AIDSCAP Cameroun [mecano].

CHRISTENSEN, Thomas G.
1998, *La symbolique du salut à travers l'arbre Soré chez les Gbaya*. Yaoundé, Cle.

CLAXTON, M.
1996, "Cultura, salud y civilización" a *Cultura y salud*. Paris, UNESCO.

COOPÉRATION CAMEROUN JURA-SUISSE
1997, *Rapport d'activités 1997. Coopération technico-médicale Cameroun-Jura-Suisse. Projet de Soins de Santé Primaire*. S.l., l'autor [mecan.].

DESTEXHE, Alain
1987, "Crise économique et financement de la santé" a *Politique Africaine* n. 28.

DJEUDA, H.B. – TANAWA, E. – NGNIKAM, E.
2001, *L'eau au Cameroun. Approvisionnement en eau potable*. Yaoundé, Presses Universitaires de Yaoundé.

DOZON, Jean-Pierre
1987, "Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire" a *Politique Africaine* n. 28.

D.P. CENTRE (DÉLEGATION PROVINCIALE DU CENTRE DU MINSANTÉ)
2001, *Plan des opérations. Direction de la Santé Communautaire*. S.l., l'autor [mecan.].

DZUKOU, Thierry Magloire
1997, *Connaissances et attitudes des parents de Yaoundé face aux acces febriles de l'enfant à domicile* [tesi doctoral]. Facultat de Medicina i Ciències Biomèdiques, Universitat de Yaoundé I.

EBOKO, Fred
2001, "L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun: de la verticalité à la dispersion?" a *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun (Bulletin de l'APAD n. 21)*. Marsella, Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.

EMETCHOU, André
1998, "Culture et développement: conséquences psychologiques des politiques de développement en Afrique" a AUTORS DIVERSOS, *La politique de développement à la croisée des chemins. Le facteur culturel*. Yaoundé, Clé.

ESCOBAR, Arturo
1991, "Anthropology and the Development Encounter: the Making and Marketing of Development Anthropology" a *American Ethnologist* vol. 18, n. 4.

ETKIN, Nina L.
1988, "Cultural Constructions of Efficacy" a VAN DER GEEST, S. – WHITE, S.R., *The Context of Medicine in Developing Countries*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

EVANS, J.R. – LASHMAN HALL, K. – WARFORD, J.
1995, "Health Care in the Developing Word: Problems of Scarcity and Choice" a PILLAI, V.K. – SHANNON, L.W., *Developing Areas. A Book of Readings and Research*. Oxford, Berg.

FASSIN, Didier
1987, "La santé, un enjeu politique quotidien" a *Politique Africaine* n. 28.

FCCD (FONS CATALÀ DE COOPERACIÓ AL DESENVOLUPAMENT)
2001, *Estudi de la cooperació local de Catalunya amb els països del Sud. 1998-1999-2000*. Barcelona, l'autor.

FERGUSON, James

1990, *The anti-politics machine. "Development", depoliticization and bureaucratic power in Lesotho*. Cambridge – Nova York, Cambridge University Press.

FERNÁNDEZ, James W.

1982, *Bwiti. An Ethnography of the Religious Imagination in Africa*. Princeton University Press.

FERZACCA, Steve

2002, "Governing bodies in New Order Indonesia" a NICTER, Mark – LOCK, Margaret, *New Horizons in Medical Anthropology*. Nova York – Londres, Routledge.

FESADE (FEMMES SANTÉ-DÉVELOPPEMENT EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE)

1997, *Programme d'éducation sexuelle des adolescents. Les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes*. Yaoundé, l'autor [mecan.].

FODZO, Léon

1997, *Psychiatrie en Afrique. L'expérience camerounaise*. Paris, L'Harmattan.

FOGA TATSAMBON, Clément

1990, *Contribution à l'étude de la clientele de la "Thérapie spirituelle": le cas d'un thérapeute de la ville de Yaoundé* [tesi doctoral]. Faculté de Médecine, Université de Yaoundé.

FONTAINE, Michel

1995, *Santé et culture en Afrique Noire. Une expérience au Nord-Cameroun*. Paris, L'Harmattan.

FOURNEL, J.J. – GANDJI, R. – MALKIN, J.E. – TAPKO, J.B.

1997, *Mission d'expertise projet F.D.C. Appui à la lutte contre le SIDA au Cameroun*. S.I. [mecan.].

GATSI, Jean

2001, *La société civile au Cameroun*. Yaoundé, Presses Universitaires d'Afrique.

GAUVRIT, Eric – OKALLA, Raphaël

2001, "La difficile mise en place des districts sanitaires urbains" a *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun (Bulletin de l'APAD n. 21)*. Marsella, Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.

GENERALITAT DE CATALUNYA

2002, *Memòria de Cooperació al desenvolupament 2000*. Barcelona, Direcció General de Relacions Exteriors de la Generalitat de Catalunya.

2003, "Pla director de cooperació al desenvolupament" al *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya* n. 401, 10 de març.

GESCHIERE, Peter

2000, "Sorcellerie et modernité: retour sur une étrange complicité" a *Politique Africaine* n. 79.

GOULET, Denis

1995, "Participation in Development: New Avenues" a PILLAI, V.K. – SHANNON, L.W., *Developing Areas. A Book of Readings and Research*. Oxford, Berg.

GRANDE GASCÓN, María-Luisa

2002, "Género y salud: división social del trabajo, educación y cooperación sanitaria" a DIVERSOS AUTORS, *Las mujeres en el África Subsahariana. Antropología, literatura, arte y medicina*. Barcelona, Ediciones del Bronce.

GRUAT, Jean-Victor

1990, "Los regímenes de seguridad social en África. Tendencias y problemas" a *Revista Internacional del Trabajo* n. 190.

GRUÉNAIS, Marc-Eric

2001a, "Editorial" a *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun (Bulletin de l'APAD* n. 21). Marsella, Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.

2001b, "L'Etat à la conquête de son territoire national. L'exemple de la réforme du système de santé dans la province de l'Extrême Nord du Cameroun" a *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun (Bulletin de l'APAD* n. 21). Marsella, Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.

GRUÉNAIS, Marc-Eric – POURTIER, Roland

2000, "La «santé pour tous» en Afrique: un leurre?" a *Afrique Contemporaine* n. especial, 3er trimestre.

GUEGANG GOUJOU, Emilienne

1993, *Allaitements et aménorrhée post-partum* [tesi doctoral]. Facultat de Medicina i Ciències Biomèdiques, Université de Yaoundé I.

HAUSMANN MUELA, Susanna – MUELA RIBERA, Joan – TANNER, Marcel

1998, "Fake malaria and hidden parasites – the ambiguity of malaria" a *Anthropology & Medicine* vol. 5, n. 1.

HAUSMANN MUELA, Susanna – MUSHI, Adiel K. – MUELA RIBERA, Joan

2000, "The paradox of the cost and affordability of traditional and government health services in Tanzania" a *Health Policy and Planning* vol. 15, n. 3.

HOURS, Bernard

1985, *L'état sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan.

JUNGE, Patricia

2001, *Nuevos paradigmas en la antropología médica*. Santiago de Chile, s.e. [mecan.].

KABEYENE, Marthe-Claudine

1995, *Le rite Akus face à la foi Chrétienne. Le cas des ntumu* [tesi de maîtrise]. Facultat de Teologia Protestant de Yaoundé.

KENMOGNE, Basile

2002, "La politique camerounaise en matière des ONG" a *D+C Développement et Cooperation* n. 4, juliol – agost.

KOUAMÉ et altri

1997, *Niveau, coût et facteurs de la demande de soins de santé traditionnels (en comparaison avec les soins de santé modernes). Le cas de la Côte d'Ivoire*. Yaoundé, Institut de Formation et Recherche Démographiques [mecan.].

KOUKAM, François

1999, *Étude des autres recours des malades en dehors des services de santé dans le district de santé de Fundong, province du Nord-Ouest Cameroun* [projecte de fi de carrera en Infermeria]. Université de Yaoundé I.

KUATÉ, Pascal

1998, "Développement et économie" a AUTORS DIVERSOS, *La politique de développement à la croisée des chemins. Le facteur culturel*. Yaoundé, Clé.

KUOTONG NONGHO, Rogers

1999, *Financement des soins de santé dans le cadre du système de santé de district: cas de Saint John of God General Hospital, Nguti, province du Sud-Ouest, Cameroun* [tesi doctoral]. Facultat de Medicina, Universitat de Yaoundé I.

MALLART GUIMERÀ, Lluís

1977, *Médecine et pharmacopée Evuzok*. Nanterre, Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative.

1981, *Ni dos ni ventre*. Nanterre, Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative.

1983, *La dansa als esperits. Itinerari iniciàtic d'un medecinaire africà*. Barcelona, La Llar del Llibre.

2001, *Okupes a l'Àfrica*. Barcelona, La Campana.

MANA, Kä – SËTONDJI, Marcellin – KENMOGNE, Jean-Blaise

2002, *Le message du VIH-SIDA à l'Afrique*. Bafoussam, CIPCRE.

MANDJALE AKOTO, Aliwo et altri

2001, "Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville" a *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun (Bulletin de l'APAD n. 21)*. Marsella, Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.

MARGLIN, Stephen A.

1990, "Towards the Decolonisation of the Mind" a Marglin, Apffel & Marglin, Stephen A., *Dominating Knowledge. Development, Culture and Resistance*. Oxford, Claredon Press.

MARITOUX, Jeanne – BRUNETON, Carinne – BOUSCHARAIN, Philippe

2000, "Le secteur pharmaceutique dans les Etats africains francophones" a *Afrique Contemporaine* n. especial, 3er trimestre.

MARY, André

1999, *Le défi du sincretisme*. París, École des Hautes Études en Sciences Sociales.

MATCHINDA - DEUTCHOUA

2002, "Epilepsie et apprentissages scolaires des enfants" a TSALA TSALA, Jacques-Philippe (ed.), *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Viena, The World Council for Psychotherapy.

MBANDINGA, S. – NGABOLO, G. – BOUSSOU, M.

2002, "Soigner en rond: sur le front du partage de l'espace thérapeutique en Afrique Noire" a TSALA TSALA, Jacques-Philippe (ed.), *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Viena, The World Council for Psychotherapy.

MBELE, Charles Romain

2002, "Santé mentale et philosophie, examen d'un équivoque miraculiste africain" a TSALA TSALA, Jacques-Philippe (ed.), *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Viena, The World Council for Psychotherapy.

MÉDARD, Jean-François

1999, "Les avatars du messianisme français en Afrique" a *L'Afrique politique 1999. Entre transitions et conflits*. París, Karthala.

2001, "Décentralisation du système de santé publique et ressources humains au Cameroun" a *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun (Bulletin de l'APAD n. 21)*. Marsella, Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.

MENÉNDEZ, Eduardo L.

2000, "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos" a COMELLES, Josep M. – PERDIGUERO, Enrique, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.

MINSANTÉ (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE – RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN)

1995, *Rapport de la reunion d'implication effective des decideurs, leaders politiques, religieux et administratifs dans la lutte contre la sida au Cameroun. Kribi, 30-31 mai 1995*. Yaoundé [megan.].

- 2000-2001, *Plan des opérations. Direction de la Santé Comunitaire*. S.I. [mecan.].
- 2001, *Coopération technique OMS-Cameroun. Plan d'action biennal 2002-2003*. Yaoundé [mecan.].
- 2002, *Stratégie sectorielle de santé 2002-2010*. S.I. [mecan.].
- 2003, *Plan d'action 2003-2010 PEV*. S.I. [mecan.].
- MINSANTÉ – GTZ
1999, *Perception des ONG/Associations par les fonctionnaires au Cameroun*. Yaoundé [mecan.].
- MOLINIER, Michel – SIGHOMNOU, Daniel – NKAMDJOU, Soglo
2000, "Perturbation du milieu naturel du Yaere dans le Nord Cameroun: changements climatiques ou action anthropique" a AUTORS DIVERSOS, *Revue de Géographie du Cameroun* vol. XIV, n. 2.
- MUKOKO, Blaise
2003, "Le Cameroun, pays «très performant»" a *Géopolitique Africaine* n. 9.
- NCCWEDT (NATIONAL CENTRE FOR THE COUNSELLING AND WOMEN ENTREPRENEURSHIP DEVELOPMENT TRAINING)
1997, *Project for the Integration of Women in All Development Policies by the Year 2000*. Yaoundé [mecan.].
- NDONGMO, Marcus (ed.)
2001, *VIH/SIDA, Corps médical et société. Quels rapports?* Yaoundé, Presses de l'Université Catholique d'Afrique Centrale.
- NEPAD – DEPARTMENT OF HEALTH, SOUTH AFRICA
2001, *Millenium Paternship for the Recovery of Africa Programe Health & Communicable Diseases*. S.I. [mecan.].
- NGUFOR, G.F. – NKWATE, C.C. – YINOU, E. – SCHUBART, P.
1998, *Evaluation externe du projet des soins de santé primaires de la Cooperation Cameroun – Jura (Suisse)*. S.I. [mecan.].
- NICHTER, Mark
2002, ""The social relations of therapy management" a NICHTER, Mark – LOCK, Margaret, *New Horizons in Medical Anthropology*. Nova York – Londres, Routledge.
- NOPLEPLE, Gérard Ndapu
1997, *Projets d'information, d'éducation et de communication (IEC) et changement des comportements sexuels* [memòria de maîtrise en psicologia]. Université de Yaoundé I.
- NYECK, Preskilla
1997, *Inventaire des activités des ONGs au Cameroun*. Yaoundé, OMS [mecan.].
- OKALLA, Raphaël
2001, "Le district de santé d'Akonolinga" a *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun (Bulletin de l'APAD n. 21)*. Marsella, Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.
- OKALLA, Raphaël – VIGOROUX, Alain Le
2001, "Cameroun: de la réorientation des soins de santé primaire au plan national de développement sanitaire" a *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun (Bulletin de l'APAD n. 21)*. Marsella, Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement.
- OMS (ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT)
2001, *La globalización, el acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a los productos farmacéuticos*. Ginebra, l'autor [fulletó].
- OMS – BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

2001, *Santé de l'adolescent: stratégie de la région africaine*. Brazzaville, l'autor [fulletó].

ONUSIDA

2002, *UNAIDS/WHO. Epidemiological Fact Sheet. 2002 Update*. Nova York, l'autor.

PIGG, Stacy Leigh

2002, "Crossing <culture> in AIDS prevention in Nepal" a NICTER, Mark – LOCK, Margaret, *New Horizons in Medical Anthropology*. Nova York – Londres, Routledge.

PORTA TOVAR, J.M.

1982, *Vivencias psicósomáticas en un medio hospitalario africano*. Barcelona, Medicos Mundi España.

PRINS, Gwyin

1991, "Pero, ¿de qué enfermedad se trataba? El estado actual de los estudios sobre la salud y la curación en África" a *Dynamis* vol. 11.

RAYNAUD, Claude

1987, "Le privilège urbain: conditions de vie et santé au Niger" a *Politique Africaine* n. 28.

REMED,

2002, *Politique pharmaceutique au Cameroun*. L'autor, s.l. [inèdit].

ROAD (REAGRUPEMENT DES ONGS ET D'ASSOCIATIONS DE DÉVELOPPEMENT DE LA PROVINCE DE L'OUEST)

1999, *L'application du leadership et management dans les structures membres du Road*. Bafoussam, l'autor [mecan.].

ROBLES, Elena – PERDIGUERO, Enrique – BERNABEU, Josep

2000, "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales desde la demografía y la epidemiología históricas" a COMELLES, Josep M. – PERDIGUERO, Enrique, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.

ROSACAM (RÉSEAU DES ONGS DE SANTÉ DU CAMEROUN)

1998, *Rapport du Forum des ONGs de Santé tenu a Yaoundé les 22 et 23 septembre 1998*. Yaoundé [mecan.].

ROSNY, Eric de

2002, "Foi, famille, folie" a TSALA TSALA, Jacques-Philippe (ed.), *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Viena, The World Council for Psychotherapy.

SINGER, Merrill – BAER, Hans

1995, *Critical Medical Anthropology*. Nova York, Baywood.

SISHU, Emma

1989, *A comparative case study of the aspects of care of psychiatric patients undertaken by traditional healers and nursing personnel in Cameroon* [memòria de diplomatura]. Centre Universitaire de Sciences de la Santé, Université de Yaoundé I.

SOCPA, ANTOINE

1995, *Les "pharmaciens de rue" dans l'espace médical urbain* [tesi doctoral en Antropologia]. Université de Yaoundé I.

STAVENHAGEN, Rodolfo

1987, "Ethnocide or Ethnodevelopment: The New Challenge" a *Development: Seeds of Change* n. 1.

SWAA (SOCIETY WOMAN AND AIDS IN AFRICA)

1994, *Rapport d'activités de la SWAA au Cameroun*. S.l. [mecan.].

TAKAM, Michael

2002, *Participation de la société civile au processus d'élaboration de la Stratégie de Coopération de l'Accord UE-ACP. Une perspective de la société civile*. Bafoussam, Action pour un Développement Equitable, Intégré et Durable – Eurostep [inédit].

TAMO TATIETSE, Thomas

2000, "Plaidoyer pour une gestion des risques naturels au Cameroun" a AUTORS DIVERSOS, *Revue de Géographie du Cameroun* vol. XIV, n. 2.

TESHOME – BAHIRE, Wondwosen

2002, "Epilepsie et apprentissages scolaires des enfants" a TSALA TSALA, Jacques-Philippe (ed.), *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Viena, The World Council for Psychotherapy.

TIOKOU NDONKO, Flavien – SCHMIDT-EHRY, Bergis

2000, *Les vaccins stérilisants au Cameroun. Etude rétrospective d'un rumeur*. Yaoundé, Clé.

TIOUKA, Jean Robert

s.d., *Analyse du Financement Public de la Santé au Cameroun: le cas du budget du Ministère de la Santé Publique de 2001-2002*. [Inédit]

2001a, *Régards croisés sur l'actualité de la pharmacie et des médicaments au Cameroun*. S.l. [mécán.].

2001b, *Régards croisés sur l'actualité de les Institutions de Santé Publique au Cameroun*. S.l. [mécán.].

2001c, *Régards croisés sur l'actualité de la médecine traditionnelle au Cameroun*. S.l. [mécán.].

2001d, *Régards croisés sur l'actualité des systèmes de santé au Cameroun*. S.l. [mécán.].

TONDA, Joseph

2002, *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*. Paris, L'Harmattan.

TSALA TSALA, Jacques-Philippe

2002, "Adolescence et crise de la famille en Afrique" a TSALA TSALA, Jacques-Philippe (ed.), *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Viena, The World Council for Psychotherapy.

TURSHEN, Meredeth

1995, "Impacto de las reformas económicas del África Subsahariana sobre la asistencia sanitaria y la salud de las mujeres" a ASLANBEIGUI, N. – PRESSMAN, S. – SUMMERFIELD, G., *Mujeres en tiempos de transformaciones económicas*. Madrid, Narcea.

UNICEF

2003, *The State of the World's Children 2003*. Nova York, l'autor [inédit].

VAN DER GEEST, S.

1988, "The articulation of formal and informal medicine distribution in South Cameroon" a VAN DER GEEST, S. – WHITE, S.R., *The Context of Medicine in Developing Countries*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

VELASQUEZ, Germán

1986, *Salud, medicamentos y Tercer Mundo*. Madrid, IEPALA.

VIGOROUX, Alain Le – OKALLA, Raphaël

2000, "Les structures confessionnelles privées dans la réorganisation d'un système de santé: le cas du Cameroun" a *Afrique Contemporaine* n. especial, 3er trimestre.

VILLES-SANTÉ

1999, *Atelier sous-regionale Villes-Santé sur les approches pratiques pour l'élaboration du plan d'action Villes-Santé. Libreville, Gabon, du 8 au 13 février 1994*. Yaoundé [mécán.].

YENSHU, Emmanuel

1998, "The African Women and The Development Crisis. An Uppraisal of he Present Changes, Constraints on Empowerement and Prospects for the Future" a AUTORS DIVERSOS, *La politique de développement à la croisée des chemins. Le facteur culturel*. Yaoundé, Clé.

ZANG, Emmanuel Roger

1998, "La coopération multilaterale pour le développement en Afrique face à la resurgence du facteur culturel" a AUTORS DIVERSOS, *La politique de développement à la croisée des chemins. Le facteur culturel*. Yaoundé, Clé.

FEINA REALITZADA

Es van analitzar amb especial detall els projectes següents:

- * Un projecte estatal de gran abast que compta amb el suport de diferents donants, tan bilaterals com multilaterals: el Pla de Vacunacions. En el marc del seguiment d'aquest projecte es va assistir, a Monatéle, a una reunió amb finalitats sanitàries de l'Association des Femmes Rurales Dynamiques de la Lékié.
- * Un projecte impulsat per una associació camerunesa que compta amb el suport de dues ONGs europees: el projecte Santé-Pygmées desenvolupat a l'àrea de Bipindi. Es va assistir a un seminari de formació d'agents de salut bagyeli (pigmeus) i es va acompanyar a una gira de vacunació que cobria alguns campaments.
- * Un projecte impulsat per una associació religiosa i que ha comptat repetidament amb ajuda de la cooperació oficial espanyola i de diverses organitzacions de cooperació espanyoles i mexicanes: l'hospital de Sant Joan de Déu de Batibo (i les instal·lacions annexes).
- * Un projecte nou impulsat per un orde religiós espanyol amb suport de diferents ajudes exteriors: el Centre de Salut d'Nkol Bisson (a Yaoundé).
- * Un projecte impulsat per l'església local i autogestionat, però que va comptar amb suport de la cooperació exterior en el moment de la seva creació: el Centre de Salut del barri Briqueterie (a Yaoundé).
- * Un projecte impulsat per ONGs catalanes al llarg d'alguns anys i que en aquest moment funciona tan sols amb la contrapart local: l'hospital de Logbikoy (aquest projecte no ha estat visitat en aquesta ocasió, però s'han recollit dades de visites anteriors de consultors del CEA i s'ha entrevistat de nou a l'antic responsable del projecte).

Principals entrevistes realitzades

La majoria de les entrevistes van ser realitzades a Yaoundé, la capital administrativa del país. Tot i que Douala és la major urbs i el principal centre econòmic del Camerun, la cooperació, molt vinculada a la vida diplomàtica, es concentra bàsicament en aquesta ciutat. Entre les persones entrevistades, cal destacar les següents:

- * ATE, Christophe. Delegat per a la província del Centre del Pla Estès de Vacunació del Ministeri de Sanitat.
- * BENEDUCCE, Roberto. Antropòleg. Especialista en salut mental al Camerun.
- * BIS, Domènec. Responsable del Casal Català a Yaoundé.
- * CERESO, Alberto. Secretari de l'ambaixada espanyola a Yaoundé.
- * GARCÍA, José. Germà de Sant Joan de Déu. Responsable de l'hospital de Batibo.
- * MFOULOU, Jean. Etnòleg. Conseller del Rector de la Universitat Yaoundé I.
- * NGU TAYONG, Peter. Cap de gabinet del resident del PNUD al Camerun.

- * Dr. NOMO, Emmanuel. Secretari Permanent del Grup Tècnic Central del Pla Estès de Vacunacions.
- * OLONGO, Marie. Presidenta de l'Associació de Dones Rurals Dinàmiques de la Lekié.
- * PÉREZ, Manuel. Responsable de projectes a Batibo (província del Nord-Oest) del MPDL.
- * Dr. PÉREZ SIMARRO, Pere. Responsable del projecte d'erradicació de la tripanosomiasi a l'Àfrica de l'OMS.
- * Dr. PLANELLS, Xavier. Ex director de l'hospital de Logbikoy i ex responsable del projecte de Medicos Mundi a Ngovayang.
- * PORTA, Miquel i Magda. Responsables de l'ONG CODE, especialitzada en cooperació entre Catalunya i el Camerun.
- * SOCPA, Antoine. Professor d'Antropologia Mèdica a la Universitat Yaoundé I.
- * TIOKOU NDONKO, Flavien. Antropòleg. Responsable de la campanya antisida de la cooperació oficial alemanya (GTZ).
- * Dr. YUMU, Habakkuk. Responsable del projecte Santé-Pygmées del FOSCA (Forum Santé Cameroun).
- * ZARZUELA, Francesc. Infermer, antic membre de l'equip directiu de l'hospital de Batibo.

Reunions col·lectives realitzades

- * Carmelites Missioneres Teresianes responsables del projecte de Centre de Salut d'Nkol Bisson.
- * Agents de salut bagyeli de Bipindi.
- * Personal de l'hospital de Batibo.
- * Responsables del Centre de Salut de la Briqueterie (Yaoundé).
- * Responsables de la Província del Centre del Pla Estès de Vacunacions del Ministeri de Sanitat.

- ¹ Generalitat, 2003: 14.
- ² Escobar, 1991: 679.
- ³ Ferguson, 1990: 3.
- ⁴ Zang, 1998: 252.
- ⁵ Kouekam, 1999: 80.
- ⁶ Junge, 2001: 4.
- ⁷ Nichter, 2002: 81.
- ⁸ Escobar, 1991: 659-667; AFVP, 1997: 47; Singer – Baer, 1995: 377.
- ⁹ Singer – Baer, 1995: 355.
- ¹⁰ Singer – Baer, 1995: 26 i 31.
- ¹¹ Kouamé, 1997: 82; Tiokou – Schmidt, 2000.
- ¹² Singer – Baer, 1995: 356.
- ¹³ Dozon, 1987: 19.
- ¹⁴ Fodzo, 1997: 21.
- ¹⁵ Mallart, 1977: 66; Porta, 1982: 99.
- ¹⁶ Mallart, 1977: 40; Fogha, 1990: 43; Christensen, 1998: 87.
- ¹⁷ Ndongmo, 2001: 22.
- ¹⁸ Ndongmo, 2001: 13.
- ¹⁹ Fodzo, 1997: 147.
- ²⁰ Tiokou – Schmidt, 2000: 48.
- ²¹ Hours, 1985: 19.
- ²² Ferzacca, 2002: 48.
- ²³ Médard, 2001: 28.
- ²⁴ Médard, 2001: 28; MINSANTÉ, 2003.
- ²⁵ MINSANTÉ, 2002: 10.
- ²⁶ ONUSIDA, 2002; MINSANTÉ, 2002: 15; Eboko, 2001: 53.
- ²⁷ Fodzo, 1997: 60; Hours, 1985: 85.
- ²⁸ Hours, 1985: 45, 79 i 84.
- ²⁹ Médard, 2001: 28.
- ³⁰ MINSANTÉ, 2002: 27; Médard, 2001: 28.
- ³¹ Médard, 2001: 29.
- ³² Hours, 1985: 85.
- ³³ Médard, 1985: 37; MINSANTÉ, 2002: 64.
- ³⁴ Destexhe, 1987; Kenmogne, 2002: 1.
- ³⁵ ROSACAM, 1998: 12.
- ³⁶ Tiokou – Schmidt, 2000: 22.
- ³⁷ Médard, 2001: 37.
- ³⁸ Vigoroux – Okalla, 2000: 207.
- ³⁹ Vigoroux – Okalla, 2000: 207.
- ⁴⁰ Médard, 2001: 29.
- ⁴¹ MINSANTÉ, 2002: 32.
- ⁴² Gruénais, 2001b: 112.
- ⁴³ Médard, 2001: 28.
- ⁴⁴ Villes-Santé, 1999: 102.
- ⁴⁵ Kenmogne, 2002: 2.
- ⁴⁶ Kuotong, 1999: 63.
- ⁴⁷ Gruénais, 2001b: 112.
- ⁴⁸ Médard, 2001: 29.
- ⁴⁹ MINSANTÉ, 2002: 32.
- ⁵⁰ Hours, 1985: 116.
- ⁵¹ Hours, 1985: 45 i 84.
- ⁵² Okalla – Vigoroux, 2001: 11.
- ⁵³ Gruénais – Poutier, 2000: 10; Hours, 1985: 107.
- ⁵⁴ MINSANTÉ, 2002: 32.
- ⁵⁵ Fodzo, 1997: 174.
- ⁵⁶ Van der Geest, 1988: 134-135; Okalla – Vigoroux, 2001: 20.
- ⁵⁷ Van der Geest, 1988: 135.
- ⁵⁸ Hours, 1985: 20.
- ⁵⁹ Okalla – Vigoroux, 2001: 21.
- ⁶⁰ Socpa, 1995: 53, 61 i 199-201.
- ⁶¹ Socpa, 1995: 108; Van der Geest, 1988: 143.
- ⁶² Socpa, 1995: 114.
- ⁶³ Nopele, 1997: 76; Socpa, 1995: 79.

- ⁶⁴ Van der Geest, 1988: 142.
- ⁶⁵ Socpa, 1995: 44.
- ⁶⁶ Van der Geest, 1988: 136.
- ⁶⁷ Socpa, 1995: 83 i 97.
- ⁶⁸ Socpa, 1995: 44 i 135.
- ⁶⁹ *Camnews*, 2003: 23.
- ⁷⁰ Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 223.
- ⁷¹ MINSANTÉ, 2003: 71.
- ⁷² Dzukou, 1997: 89.
- ⁷³ Dzukou, 1997; Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 223.
- ⁷⁴ Etkin, 1988: 306; Dzukou, 1997: 49.
- ⁷⁵ Fodzo, 1997: 113; Mandjale, 2001: 135 i 145.
- ⁷⁶ Alexandre – Binet, 1958: 120.
- ⁷⁷ Tonda, 2002: 53.
- ⁷⁸ Hausmann – Muela – Tanner, 2002: 52.
- ⁷⁹ Kouekam, 1999: 69.
- ⁸⁰ Kouekam, 1999: XI.
- ⁸¹ Médard, 2001: 29.
- ⁸² Tonda, 2002: 101.
- ⁸³ Fassin, 1987; Dozon, 1987; Mallart, 1983.
- ⁸⁴ Ferzacca, 2002: 35.
- ⁸⁵ Porta, 1982: 95.
- ⁸⁶ Mallart, 1981.
- ⁸⁷ Mallart, 1977: 19; Mallart, 1983: 12.
- ⁸⁸ Kabeyene, 1995; Fodzo, 1997: 121.
- ⁸⁹ Alexandre – Binet, 1958: 120.
- ⁹⁰ Sishu, 1989: 85.
- ⁹¹ Mandjale, 2001: 146.
- ⁹² Kouekam, 1999: 62.
- ⁹³ Sishu, 1989: 69 i 82.
- ⁹⁴ Sishu, 1989: 114.
- ⁹⁵ Dozon, 1987: 20.
- ⁹⁶ Fogha, 1990: 67.
- ⁹⁷ Nopeple, 1997: 78.
- ⁹⁸ Mallart, 1977: 34.
- ⁹⁹ Hausmann – Mushi – Muela, 2000: 299.
- ¹⁰⁰ Tikouoka, 2001c: R2.
- ¹⁰¹ Mandjale, 2001: 136.
- ¹⁰² Tikouoka, 2001c: R2; Mandjale, 2001: 143.
- ¹⁰³ Tikouoka, 2001c: R3.
- ¹⁰⁴ Castermann, 2003: 92.
- ¹⁰⁵ Fogha, 1990: 1-2; Castermann, 2003: 94.
- ¹⁰⁶ Tonda, 2002: 97.
- ¹⁰⁷ Fogha, 1990: 30.
- ¹⁰⁸ Castermann, 2003: 94.
- ¹⁰⁹ Tonda, 2002: 35-37.
- ¹¹⁰ Mandjale, 2001: 143.
- ¹¹¹ Hours, 1985: 54-55; Mandjale, 2001: 144.
- ¹¹² Raynaut, 1987.
- ¹¹³ Kouekam, 1999: 55.
- ¹¹⁴ Kouekam, 1999: 8.
- ¹¹⁵ Fontaine, 1995: 138; Mallart, 1977: 117-126.
- ¹¹⁶ Mandjale, 2001: 140.
- ¹¹⁷ Socpa, 1995: 15.
- ¹¹⁸ Van der Geest, 1987: 135-136; Socpa, 1995: 209.
- ¹¹⁹ Hours, 1985: 55.
- ¹²⁰ Hours, 1985: 79.
- ¹²¹ Kouamé, 1997: 123; Fogha, 1990: XVI.
- ¹²² Mallart, 1977: 22.
- ¹²³ Mallart, 1977: 22.
- ¹²⁴ Mbandinga – Ngabolo – Boussou, 2002: 91-96.
- ¹²⁵ Tonda, 2002: 120-121; Hours, 1985: 105.
- ¹²⁶ Fogha, 1990: 43.

- ¹²⁷ Hours, 1985: 56; Mallart, 1977: 37; Hausmann – Mushi – Muela, 2000: 298; Kouekam, 1999: 55.
- ¹²⁸ Porta, 1982: 86 i 98.
- ¹²⁹ Matchinda – Deutchoua, 2002: 280; Porta, 1982: 194.
- ¹³⁰ Kouamé, 1997: 12; Alexandre – Binet, 1958: 91-92.
- ¹³¹ Hours, 1985: 58; Hausmann – Muela – Tanner, 2002: 44; Porta, 1982: 128.
- ¹³² Mallart, 1977: 126-134.
- ¹³³ Hours, 1985: 56.
- ¹³⁴ Hours, 1985: 105.
- ¹³⁵ Fontaine, 1995: 126.
- ¹³⁶ Fodzo, 1997: 57 i 119.
- ¹³⁷ Fogha, 1990: XV.
- ¹³⁸ Ndongmo, 2001: 20; Fogha, 1990: 40.
- ¹³⁹ Ndongmo, 2001: 14.
- ¹⁴⁰ Hours, 1985: 82.
- ¹⁴¹ Kouamé, 1997: 123.
- ¹⁴² Tonda, 2002: 101; Singer – Baer, 1995: 17.
- ¹⁴³ Singer – Baer, 1995: 331.
- ¹⁴⁴ MINSANTÉ, 2002: 24.
- ¹⁴⁵ Fontaine, 1995: 131; Fassin, 1987; Dozon, 1987; MINSANTÉ, 2003: 71.
- ¹⁴⁶ Fontaine, 1995: 138; Mandjale, 2001: 141.
- ¹⁴⁷ Etkin, 1988: 301; Porta, 1982.
- ¹⁴⁸ MINSANTÉ, 2002: 24.
- ¹⁴⁹ Fassin, 1987.
- ¹⁵⁰ MINSANTÉ, 2002: 102 i 138.
- ¹⁵¹ MINSANTÉ, 2002: 24.
- ¹⁵² Fogha, 1990: 86.
- ¹⁵³ Tiouoka, 2001c: R1.
- ¹⁵⁴ MINSANTÉ – OMS, 2001.
- ¹⁵⁵ NEPAD, 2001: 4.
- ¹⁵⁶ Tiouoka, 2001c: R2.
- ¹⁵⁷ Fodzo, 1997: 17.
- ¹⁵⁸ Dozon, 1987: 16.
- ¹⁵⁹ Socpa, 1995: 141.
- ¹⁶⁰ Socpa, 1995: 147.
- ¹⁶¹ Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 223.
- ¹⁶² MINSANTÉ, 2002: 9; Singer – Baer, 2000: 99.
- ¹⁶³ ROAD, 1999: 8.
- ¹⁶⁴ MINSANTÉ, 2002: 1.
- ¹⁶⁵ Mandjale, 2001: 135.
- ¹⁶⁶ Turshen, 1995: 118.
- ¹⁶⁷ Affermmann – Ndonko – Prévost, 1997: 11.
- ¹⁶⁸ Vigoroux – Okalla, 2000: 205.
- ¹⁶⁹ Affermmann – Ndonko – Prévost, 1997: 22.
- ¹⁷⁰ Socpa, 1995: 146.
- ¹⁷¹ Socpa, 1995: 197.
- ¹⁷² Socpa, 1995: 157.
- ¹⁷³ Socpa, 1995: 52.
- ¹⁷⁴ Chevalier, 1996: 42.
- ¹⁷⁵ Kouamé, 1997: 15.
- ¹⁷⁶ MINSANTÉ, 2002: 9.
- ¹⁷⁷ Kouekam, 1999: XI i 55.
- ¹⁷⁸ Kouekam, 1999: 62.
- ¹⁷⁹ Hausmann – Mushi – Muela, 2000: 297.
- ¹⁸⁰ Kouamé, 1997: 23.
- ¹⁸¹ Mandjale, 2001: 140.
- ¹⁸² Dozon, 1987; Ferzacca, 2002: 43.
- ¹⁸³ Marglin, 1990: 20.
- ¹⁸⁴ Fodzo, 1997: 123.
- ¹⁸⁵ Banuri, 1990a: 38.
- ¹⁸⁶ Hours, 1985: 60.
- ¹⁸⁷ Fodzo, 1997: 39.
- ¹⁸⁸ Ferguson, 1990: XIV.
- ¹⁸⁹ Chevalier, 1996: 42; CE-DGD, 1997.

- ¹⁹⁰ AECI, 2003.
- ¹⁹¹ Generalitat, 2003: 16.
- ¹⁹² Hours, 1985: 54-55.
- ¹⁹³ Haussman – Muela – Tanner, 2002: 56.
- ¹⁹⁴ Kouekam, 1999: 65.
- ¹⁹⁵ Tikouoka, 2001c: R2.
- ¹⁹⁶ Tonda, 2002: 27.
- ¹⁹⁷ Tonda, 2002: 23.
- ¹⁹⁸ Fogha, 1990: 77.
- ¹⁹⁹ Mallart, 2001: 207.
- ²⁰⁰ Alexandre – Binet, 1958: 123.
- ²⁰¹ Castermann, 2003: 3, 7, 30, 49 i 52.
- ²⁰² Castermann, 2003: 50.
- ²⁰³ Castermann, 2003: 14, 16, 58 i 92-93.
- ²⁰⁴ Castermann, 2003: 58, 70 i 83.
- ²⁰⁵ Castermann, 2003: 78.
- ²⁰⁶ Tonda, 2002: 29; Rosny, 2002; Mbele, 2002.
- ²⁰⁷ Castermann, 2003: 88.
- ²⁰⁸ Kouamé, 1997: 14.
- ²⁰⁹ Mandjale, 2001: 134.
- ²¹⁰ Fodzo, 1997: 178.
- ²¹¹ Tikouoka, 2001a: R2.
- ²¹² Socpa, 1995: 14.
- ²¹³ Socpa, 1995: 135.
- ²¹⁴ AECI, 2003: 21.
- ²¹⁵ MINSANTÉ, 2003: 71.
- ²¹⁶ MINSANTÉ, 2002: 1.
- ²¹⁷ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 17.
- ²¹⁸ MINSANTÉ, 2002: 31.
- ²¹⁹ Médard, 1999: 18 i 25.
- ²²⁰ ACP-CE, 2002: 9.
- ²²¹ Velasquez, 1986: 21.
- ²²² Fontaine, 1995: 178.
- ²²³ Dozon, 1987: 10.
- ²²⁴ Mukoko, 2003: 120; Zang, 1998: 257.
- ²²⁵ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 76.
- ²²⁶ Junge, 2001: 3; Zang, 1998: 248.
- ²²⁷ Generalitat, 2003: 14.
- ²²⁸ AECI, 2003.
- ²²⁹ AECI, 2003: 11 i 36.
- ²³⁰ AECI, 2003: 9.
- ²³¹ ACP-CE, 2002: 6.
- ²³² ACP-CE, 2002: 6.
- ²³³ Escobar, 1991: 663; Zang, 1998: 264.
- ²³⁴ AECI, 2003: 8.
- ²³⁵ Zang, 1998: 247.
- ²³⁶ Médard, 2001: 46.
- ²³⁷ Fontaine, 1995: 13.
- ²³⁸ AECI, 2003; Generalitat, 2003: 9.
- ²³⁹ Ngufor, 1998: 2.
- ²⁴⁰ Alcoceba – CEA, 2000: 21.
- ²⁴¹ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 15.
- ²⁴² Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 235.
- ²⁴³ NEPAD, 2001: 5.
- ²⁴⁴ CEMAC, 2002.
- ²⁴⁵ Marglin, 1990: 7.
- ²⁴⁶ AECI, 2003: 8 i 26.
- ²⁴⁷ AFVP, 2001: 39.
- ²⁴⁸ Generalitat, 2003: 9 i 14.
- ²⁴⁹ Generalitat, 2002: 12.
- ²⁵⁰ Generalitat, 2003: 9.
- ²⁵¹ Generalitat, 2002: 17.
- ²⁵² Generalitat, 2003: 9.

- ²⁵³ Mukoko, 2003: 115.
- ²⁵⁴ MINSANTÉ, 2002: 18; MINSANTÉ, 2001: 4.
- ²⁵⁵ MINSANTÉ, 2002: 20.
- ²⁵⁶ MINSANTÉ, 2002: 21; Médard, 2001: 23; Eboko, 2001: 57.
- ²⁵⁷ MINSANTÉ, 2003: 81.
- ²⁵⁸ MINSANTÉ, 2002: 22.
- ²⁵⁹ Gruénais – Pourtier, 2000: 3 i 6.
- ²⁶⁰ CE-DGD, 1997: 9.
- ²⁶¹ Cameroun, 1996: 1.
- ²⁶² Kouamé, 1997: 49.
- ²⁶³ Mukoko, 2003: 121.
- ²⁶⁴ MINSANTÉ, 2002: 140.
- ²⁶⁵ *Camnews*, 2003: 19; MINSANTÉ, 2000-2001.
- ²⁶⁶ Eboko, 2001: 53.
- ²⁶⁷ MINSANTÉ, 2003.
- ²⁶⁸ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 210.
- ²⁶⁹ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 34.
- ²⁷⁰ Médard, 1999: 25.
- ²⁷¹ Tiokou – Schmidt, 2000: 23; Eboko, 2001: 57.
- ²⁷² MINSANTÉ, 2002: 33.
- ²⁷³ Gruénais, 2001a: 3.
- ²⁷⁴ MINSANTÉ, 2002: 33.
- ²⁷⁵ MINSANTÉ, 2002: 64.
- ²⁷⁶ Fontaine, 1995: 160 i 276.
- ²⁷⁷ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 68.
- ²⁷⁸ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 68.
- ²⁷⁹ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 69.
- ²⁸⁰ Okalla – Vigoroux, 2001: 13; Médard, 2001: 24.
- ²⁸¹ Okalla – Vigoroux, 2001: 19.
- ²⁸² MINSANTÉ, 2002: 76; MINSANTÉ, 2001: 4 i 72.
- ²⁸³ AFVP, 1997: 4 i 6.
- ²⁸⁴ Entrevistes amb els responsables de l'ambaixada del Regne d'Espanya.
- ²⁸⁵ CE-DGD, 1997: 50-52.
- ²⁸⁶ Gruénais, 2001a: 5.
- ²⁸⁷ Ferguson, 1995: 258; AEI, 2003: 40-41 i 64.
- ²⁸⁸ Fontaine, 1995: 270; Alcoceba – CEA, 2000: 23.
- ²⁸⁹ MINSANTÉ – OMS, 2001: 10.
- ²⁹⁰ Ferguson, 1995: 204.
- ²⁹¹ Ferguson, 1990: 224.
- ²⁹² Mana, 2002: 31.
- ²⁹³ Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 224.
- ²⁹⁴ Fontaine, 1995: 281.
- ²⁹⁵ Tiouoka, s.d.: 1-2.
- ²⁹⁶ Okalla, 2001: 200.
- ²⁹⁷ Chevalier, 1996: 44.
- ²⁹⁸ Nopeople, 1997: 88.
- ²⁹⁹ Chevalier, 1996: 26.
- ³⁰⁰ CE-DGD, 1997: 17.
- ³⁰¹ Kenmogne, 2002: 2.
- ³⁰² MINSANTÉ – OMS, 2001: 35.
- ³⁰³ ACP-CE, 2002: 10.
- ³⁰⁴ AEI, 2003: 41 i 68.
- ³⁰⁵ MINSANTÉ, 2002: 58 i 61.
- ³⁰⁶ MINSANTÉ, 2002: 26.
- ³⁰⁷ MINSANTÉ, 2003: 81.
- ³⁰⁸ Hours, 1985: 121.
- ³⁰⁹ Kuotong, 1999: 51; Gruénais, 2001b: 109.
- ³¹⁰ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 215.
- ³¹¹ Mandjale, 2001: 134.
- ³¹² Eboko, 2001: 59-63.
- ³¹³ Fontaine, 1995: 270.
- ³¹⁴ AEI, 2003.
- ³¹⁵ Kenmogne, 2002: 6; Takam, 2003: 2; Gatsi, 2001: 83 i 95.

- ³¹⁶ Alexandre – Binet, 1958.
- ³¹⁷ Kenmogne, 2002: 6.
- ³¹⁸ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 7-11.
- ³¹⁹ AECI, 2003.
- ³²⁰ Takam, 2003: 5.
- ³²¹ Takam, 2003: 11.
- ³²² ROSACAM, 1998: 20.
- ³²³ Takam, 2003: 5.
- ³²⁴ ROAD, 1999: 41.
- ³²⁵ Chevalier, 1996: 12.
- ³²⁶ Takam, 2003: 8.
- ³²⁷ Takam, 2003: 6.
- ³²⁸ Goulet, 1995.
- ³²⁹ Takam, 2003: 15 i 16.
- ³³⁰ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 14.
- ³³¹ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 13.
- ³³² MINSANTÉ – GTZ, 1999.
- ³³³ Kenmogne, 2002: 2.
- ³³⁴ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 279.
- ³³⁵ Kuotong, 1999: 85.
- ³³⁶ Alcoceba – CEA, 2000: 15.
- ³³⁷ Generalitat, 2003: 9.
- ³³⁸ Affermmann – Ndonko – Prévost, 1997: 4.
- ³³⁹ AECI, 2003: 29.
- ³⁴⁰ Kuotong, 1999: 14.
- ³⁴¹ Porta, 1982: 179.
- ³⁴² Teshome – Bahire, 2002; Fodjo, 1997: 122.
- ³⁴³ Bibeau – Pedersen, 2002: 150-157.
- ³⁴⁴ Tsala Tsala, 2002: 135.
- ³⁴⁵ AECI, 2003.
- ³⁴⁶ Generalitat, 2003: 9.
- ³⁴⁷ Ferguson, 1997: 260.
- ³⁴⁸ Escobar, 1991: 668.
- ³⁴⁹ MINSANTÉ, 2002: 5.
- ³⁵⁰ Turshen, 1995: 108.
- ³⁵¹ MINSANTÉ, 2002: 31.
- ³⁵² MINSANTÉ, 2002: 6.
- ³⁵³ MINSANTÉ, 2002: 32.
- ³⁵⁴ Nichter, 2002: 100.
- ³⁵⁵ Hours, 1985: 47.
- ³⁵⁶ Kenmogne, 2002: 1; Fontaine, 1995: 190; MINSANTÉ, 2000: 1.
- ³⁵⁷ Médard, 2001: 45.
- ³⁵⁸ Gruat, 1990: 428; Gruénais – Pourtier, 2000: 5; Tikouoka, s.d.: 3.
- ³⁵⁹ Gruénais – Pourtier, 2000: 9; MINSANTÉ, 2002: 31.
- ³⁶⁰ Gruénais – Pourtier, 2000: 9.
- ³⁶¹ Gruat, 1990: 420-427.
- ³⁶² NEPAD, 2001: 10.
- ³⁶³ MINSANTÉ, 2002: 31.
- ³⁶⁴ Gruat, 1990: 420.
- ³⁶⁵ Hours, 1985: 48 i 84.
- ³⁶⁶ Tiouoka, s.d.: 4.
- ³⁶⁷ Hours, 1985: 82 i 105.
- ³⁶⁸ *Camnews*, 2003: 5 i 11.
- ³⁶⁹ Gruénois – Pourtier, 2000: 4 i 5; Fontaine, 1995: 53.
- ³⁷⁰ Hours, 1985: 85.
- ³⁷¹ Médard, 2001: 45.
- ³⁷² Kuotong, 1999: XIX; Turshen, 1995: 105 i 111.
- ³⁷³ Hours, 1985: 20.
- ³⁷⁴ Hours, 1985: 99 i 115.
- ³⁷⁵ Hours, 1985: 83.
- ³⁷⁶ Vigoroux – Okalla, 2000: 205.
- ³⁷⁷ Kuotong, 1999: 91.
- ³⁷⁸ Kuotong, 1999: XIX; Ngufor, 1998: 7.

- ³⁷⁹ NEPAD, 2002: 17; MINSANTÉ, 2002: 7.
- ³⁸⁰ CE-DGD, 1997: 30.
- ³⁸¹ Nopeople, 1997: 105.
- ³⁸² Fournel, 1997: 12.
- ³⁸³ Chevalier, 1969: 9.
- ³⁸⁴ MINSANTÉ, 2002: 1.
- ³⁸⁵ Hours, 1985: 63; Tikouoka, 2001b: R1 i R2.
- ³⁸⁶ Sishu, 1989: 63; Tikouoka, 2001b: R7.
- ³⁸⁷ Sishu, 1989: 76.
- ³⁸⁸ CE-DGD, 1997: 39; Kuotong, 1999: 50.
- ³⁸⁹ Destexhe, 1987; Gruat, 1990: 430.
- ³⁹⁰ Singer – Baer, 1995: 67.
- ³⁹¹ AECI, 2003.
- ³⁹² Generalitat, 2002: 47.
- ³⁹³ MINSANTÉ, 2002: 27.
- ³⁹⁴ MINSANTÉ, 2002: 31.
- ³⁹⁵ Alcoceba – CEA, 2000.
- ³⁹⁶ Singer – Baer, 1995: 67.
- ³⁹⁷ D.P. Centre, 201: 6.
- ³⁹⁸ Kuotong, 1996: 63.
- ³⁹⁹ Velasquez, 1986: 54.
- ⁴⁰⁰ Socpa, 1995: 39.
- ⁴⁰¹ Claxton, 1996: 44.
- ⁴⁰² Velasquez, 1986: 18-28 i 73.
- ⁴⁰³ REMED, 2002.
- ⁴⁰⁴ Generalitat, 2002: 23.
- ⁴⁰⁵ OMS, 2001.
- ⁴⁰⁶ Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 210.
- ⁴⁰⁷ Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 211; Gruénais – Pourtier, 2000: 9.
- ⁴⁰⁸ Claxton, 1996: 44; Velasquez, 1986: 38.
- ⁴⁰⁹ OMS, 2001.
- ⁴¹⁰ Tikouoka, 2001a: R7 i R9.
- ⁴¹¹ AECI, 2003: 23.
- ⁴¹² Turshen, 1995: 114.
- ⁴¹³ MINSANTÉ, 2002: 70; Tikouoka, 2001a: R1.
- ⁴¹⁴ Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 224.
- ⁴¹⁵ Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 223.
- ⁴¹⁶ Fodzo, 1997: 61.
- ⁴¹⁷ MINSANTÉ, 2002: 156.
- ⁴¹⁸ Velasquez, 1986: 26.
- ⁴¹⁹ Socpa, 1995: 216.
- ⁴²⁰ Chevalier, 1996: 33.
- ⁴²¹ *Camnews*, 2003: 11; Tikouoka, 2001a: R3.
- ⁴²² MINSANTÉ – OMS, 2001: 56 i 58.
- ⁴²³ Ndongmo, 2001: 23 i 53.
- ⁴²⁴ *Camnews*, 2003: 57 i 63.
- ⁴²⁵ NEPAD, 2002: 17.
- ⁴²⁶ MINSANTÉ, 2002: 1.
- ⁴²⁷ MINSANTÉ, 2002: 155.
- ⁴²⁸ Hours, 1985: 64.
- ⁴²⁹ AECI, 2003.
- ⁴³⁰ MINSANTÉ, 2002: 28 i 29.
- ⁴³¹ NEPAD, 2002: 16; Singer – Baer, 2000: 99.
- ⁴³² Gruénais, 2001a: 3.
- ⁴³³ Destexhe, 1987.
- ⁴³⁴ MINSANTÉ, 2002: 155.
- ⁴³⁵ Hours, 1985: 22-23; Fodzo, 1997: 60.
- ⁴³⁶ Kuotong, 1999: 53.
- ⁴³⁷ D.P. Centre, 2001: 6.
- ⁴³⁸ Tikouoka, 2001d: R4.
- ⁴³⁹ Velasquez, 1986: 101.
- ⁴⁴⁰ Hours, 1985: 28.
- ⁴⁴¹ Sishu, 1989: 114; Fodzo, 1997: 61.

- ⁴⁴² Cooperation..., 1997: 62.
- ⁴⁴³ Fontaine, 1995: 271.
- ⁴⁴⁴ Cooperación..., 2003: 11.
- ⁴⁴⁵ Kuotong, 1999: XIX i 91; Alcoceba – CEA, 2000.
- ⁴⁴⁶ Tikouoka, 2001b: R7.
- ⁴⁴⁷ Velasquez, 1986: 47; Gruénais – Pourtier, 2000: 7.
- ⁴⁴⁸ Hours, 1985: 52.
- ⁴⁴⁹ Hours, 1985: 80.
- ⁴⁵⁰ Fodzo, 1997: 70.
- ⁴⁵¹ Ndongmo, 2001: 26; *Camnews*, 2003: 46.
- ⁴⁵² *Camnews*, 2003: 25.
- ⁴⁵³ Hours, 1985: 41.
- ⁴⁵⁴ Gruénais, 2001b: 120.
- ⁴⁵⁵ Gaurvit – Okalla, 2001: 70.
- ⁴⁵⁶ Tikouoka, 2001d: R8; MINSANTÉ, 2002: 8.
- ⁴⁵⁷ Gruénais, 2001: 4.
- ⁴⁵⁸ Okalla – Vigoroux, 2001: 11.
- ⁴⁵⁹ Tiokou – Schmidt, 2000: 16.
- ⁴⁶⁰ AEI, 2003.
- ⁴⁶¹ Ferguson, 1990: XV.
- ⁴⁶² CE-DGD, 1997: 17; AEI, 2003; Ngufor, 1998: 2.
- ⁴⁶³ Ferguson, 1995: 269-271.
- ⁴⁶⁴ MINSANTÉ, 2002: 29; D.P. Centre, 2001; Kuotong, 1999: XVIII.
- ⁴⁶⁵ Eboko, 2001: 58; *Camnews*, 2003: 41; Fontaine, 1995: 47.
- ⁴⁶⁶ MINSANTÉ, 2002: 30.
- ⁴⁶⁷ MINSANTÉ, 2000-2001.
- ⁴⁶⁸ UNICEF, 2003.
- ⁴⁶⁹ Hours, 1985: 156.
- ⁴⁷⁰ Kuotong, 1999: 42.
- ⁴⁷¹ CE-DGD, 1997: 9.
- ⁴⁷² MINSANTÉ, 2002: 33.
- ⁴⁷³ MINSANTÉ, 2002: 32.
- ⁴⁷⁴ MINSANTÉ, 2002: 26.
- ⁴⁷⁵ D.P. Centre, 2001: 5.
- ⁴⁷⁶ Hours, 1985: 65.
- ⁴⁷⁷ Okalla, 2001: 200.
- ⁴⁷⁸ ONUSIDA, 2002; MINSANTÉ, 2003; Maritoux – Bruneton – Bouscharain, 2000: 216; Chevalier, 1996: 39.
- ⁴⁷⁹ *Camnews*, 2003: 35.
- ⁴⁸⁰ Chevalier, 1996: 9.
- ⁴⁸¹ CE-DGD, 1997: 30.
- ⁴⁸² Eboko, 2001: 49.
- ⁴⁸³ Médard, 2001: 26.
- ⁴⁸⁴ Gruénais – Pourtier, 2000: 11.
- ⁴⁸⁵ NEPAD, 2001: 6.
- ⁴⁸⁶ Hours, 1985: 50.
- ⁴⁸⁷ Médard, 2001: 41.
- ⁴⁸⁸ MINSANTÉ, 2002: 67.
- ⁴⁸⁹ Socpa, 1995: 208.
- ⁴⁹⁰ Fodzo, 1997: 114.
- ⁴⁹¹ Médard, 2001: 44.
- ⁴⁹² Hours, 1985: 39.
- ⁴⁹³ Hours, 1985: 28, 45 i 84.
- ⁴⁹⁴ Hours, 1985: 79.
- ⁴⁹⁵ Sishu, 1989: 68.
- ⁴⁹⁶ Sishu, 1989: 73.
- ⁴⁹⁷ CE-DGD, 1997: 9.
- ⁴⁹⁸ Hours, 1985: 121.
- ⁴⁹⁹ MINSANTÉ – OMS, 2001: 20; MINSANTÉ, 2002: 18; Kuotong, 1999: 41.
- ⁵⁰⁰ MINSANTÉ – OMS, 2001.
- ⁵⁰¹ MINSANTÉ, 2003.
- ⁵⁰² Tiokou – Schmidt, 2000: 25.
- ⁵⁰³ Ngufor, 1998: 2; Alcoceba – CEA, 2000.
- ⁵⁰⁴ NEPAD, 2002: 12.

- ⁵⁰⁵ Robles – Perdiguero – Bernabeu, 2000: 46.
⁵⁰⁶ Generalitat, 2002: 43; AECI, 2003: 5, 11 i 48.
⁵⁰⁷ Prins, 1991.
⁵⁰⁸ CEMAC, 2002: 8.
⁵⁰⁹ CEMAC, 2002: 2.
⁵¹⁰ MINSANTÉ, 2002: 8; UNICEF, 2003.
⁵¹¹ CEMAC, 2002: 8.
⁵¹² CEMAC, 2002: 33.
⁵¹³ CEMAC, 2002: 6.
⁵¹⁴ CEMAC, 2002: 1-2 i 19.
⁵¹⁵ CEMAC, 2002: 19.
⁵¹⁶ CEMAC, 2002: 9.
⁵¹⁷ Molinier – Sighomnou – Nkamdjou, 2000.
⁵¹⁸ Tamo, 2000.
⁵¹⁹ CEMAC, 2002: 7 i 29.
⁵²⁰ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 145.
⁵²¹ Raynaud, 1987.
⁵²² Villes-Santé, 1999: 90.
⁵²³ Villes-Santé, 1999: 105.
⁵²⁴ Villes-Santé, 1999: 90.
⁵²⁵ Villes-Santé, 1999: 90.
⁵²⁶ Villes-Santé, 1999: 90.
⁵²⁷ Agendia, 2000: 176.
⁵²⁸ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 155.
⁵²⁹ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 132.
⁵³⁰ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 97.
⁵³¹ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 142.
⁵³² Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 74-75 i 162.
⁵³³ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 264.
⁵³⁴ Villes-Santé, 1999: 90.
⁵³⁵ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 264.
⁵³⁶ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 196.
⁵³⁷ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 164.
⁵³⁸ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 24.
⁵³⁹ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 10.
⁵⁴⁰ UNICEF, 2003.
⁵⁴¹ MINSANTÉ, 2002: 7.
⁵⁴² Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 5; Generalitat, 2002: 47.
⁵⁴³ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 36.
⁵⁴⁴ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 131.
⁵⁴⁵ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 229.
⁵⁴⁶ Ngufor, 1998: 4.
⁵⁴⁷ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 84.
⁵⁴⁸ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 247.
⁵⁴⁹ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 83.
⁵⁵⁰ Ngufor, 1998: 4.
⁵⁵¹ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 160.
⁵⁵² Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 36 i 215.
⁵⁵³ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 158 i 262.
⁵⁵⁴ Emetchou, 1998: 70.
⁵⁵⁵ Marglin, 1990: 2.
⁵⁵⁶ Banuri, 1990a: 29.
⁵⁵⁷ Generalitat, 2002: 15.
⁵⁵⁸ Castermann, 2003: 55.
⁵⁵⁹ MINSANTÉ, 2002: 41.
⁵⁶⁰ Dzukou, 1997.
⁵⁶¹ Banuri, 1990b: 76.
⁵⁶² Tiokou – Schmidt, 2000: 26-28.
⁵⁶³ FESADE, 1997: 4 i 11.
⁵⁶⁴ Nopele, 1997: 74; AECI, 2003.
⁵⁶⁵ Coopération..., 1997: 54-55 i 65.
⁵⁶⁶ Menéndez, 2000: 182.
⁵⁶⁷ FESADE, 1997: 4 i 8.

- ⁵⁶⁸ Stavehagen, 1987: 76.
⁵⁶⁹ MINSANTÉ, 2002: 15.
⁵⁷⁰ ACP – CE, 2002: 26.
⁵⁷¹ Tiokou – Schmidt, 2000: 24.
⁵⁷² Tiokou – Schmidt, 2000: 42.
⁵⁷³ Tiokou – Schmidt, 2000: 44 i 55; Ngufor, 1998: 11.
⁵⁷⁴ Tiokou – Schmidt, 2000: 54.
⁵⁷⁵ Chevalier, 1996: 23.
⁵⁷⁶ Nopeple, 1997: 81; Coopération..., 1997: 64; Mana, 2002: 23.
⁵⁷⁷ Nopeple, 1997: 4.
⁵⁷⁸ Pigg, 2002: 74.
⁵⁷⁹ Mana, 2002: 31.
⁵⁸⁰ Stavehagen, 1987: 76.
⁵⁸¹ Generalitat, 2003: 14; ACP – CE, 2002: 19; AECl, 2003; Affermmann – Ndonko – Prévost, 1997: 3; NCCWEDT, 1997: 5.
⁵⁸² Yesu, 1998: 122.
⁵⁸³ Grande, 2002.
⁵⁸⁴ Grande, 2002: 350.
⁵⁸⁵ Grande, 2002: 341.
⁵⁸⁶ Tiokou – Schmidt, 2000.
⁵⁸⁷ *Camnews*, 2003: 9.
⁵⁸⁸ FESADE, 1997: 4.
⁵⁸⁹ FESADE, 1997: 4.
⁵⁹⁰ Guegang, 1993: III.
⁵⁹¹ Guegang, 1993: I; UNICEF, 2003.
⁵⁹² Nyeck, 1997: 41.
⁵⁹³ ROAD, 1999: 10.
⁵⁹⁴ Affermmann – Ndonko – Prévost, 1997: 24.
⁵⁹⁵ Affermmann – Ndonko – Prévost, 1997: 18.
⁵⁹⁶ Socpa, 1995: 120.
⁵⁹⁷ Hours, 1985: 25.
⁵⁹⁸ Fodzo, 1997: 59.
⁵⁹⁹ Banuri, 1990b: 76.
⁶⁰⁰ Hours, 1985: 103.
⁶⁰¹ Hours, 1985: 44.
⁶⁰² Hours, 1985: 35.
⁶⁰³ Hours, 1985: 27.
⁶⁰⁴ Singer – Baer, 1995: 33 i 343.
⁶⁰⁵ Singer – Baer, 1995: 72.
⁶⁰⁶ Banuri, 1990a: 59.
⁶⁰⁷ Fontaine, 1995: 225.
⁶⁰⁸ Emetchou, 1998: 69; Hours, 1985: 155.
⁶⁰⁹ Singer – Baer, 1995: 378.
⁶¹⁰ SWAA, 1994: 8.
⁶¹¹ Hours, 1985: 101.
⁶¹² Geschière, 2000: 25.
⁶¹³ Mallart, 1977: 41; Porta, 1982: 103.
⁶¹⁴ Fodzo, 1997: 33.
⁶¹⁵ Junge, 2001: 3.
⁶¹⁶ Porta, 1982: 45.
⁶¹⁷ OMS – Bureau..., 2001.
⁶¹⁸ Sishu, 1989: 34.
⁶¹⁹ Tiokouka, 2001c: R2.
⁶²⁰ Fogha, 1990: 83.
⁶²¹ Sishu, 1989: 68 i 77-78; Porta, 1982: 143.
⁶²² Fodzo, 1997: 61.
⁶²³ Kuotong, 1999: 96.
⁶²⁴ Fodzo, 1997: 71.
⁶²⁵ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 83.
⁶²⁶ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 64.
⁶²⁷ CE-DGD, 1997: 38.
⁶²⁸ Tiokouka, 2001d: R8; MINSANTÉ, 2002: 19, 61 i 128.
⁶²⁹ ÆE-DGD, 1997: 36; Affermmann – Ndonko – Prévost, 1997: 13.

- ⁶³⁰ MINSANTÉ, 2003: 25; CE-DGD, 1997: 54.
⁶³¹ Kenmogne, 2002: 5; Takam, 2003: 4.
⁶³² Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 289.
⁶³³ Affermann – Ndonko – Prévost, 1997: 25.
⁶³⁴ D.P. Centre, 2001: 23.
⁶³⁵ Affermann – Ndonko – Prévost, 1997: 29.
⁶³⁶ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 74.
⁶³⁷ Coopération..., 1997: 41; Cameroun, 1986: 1.
⁶³⁸ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 82.
⁶³⁹ Coopération..., 1997: 41; Okalla – Vigoroux, 2001: 18.
⁶⁴⁰ Takam, 2003: 8.
⁶⁴¹ Kenmogne, 2002: 4.
⁶⁴² Gatsi, 2001: 18 i 23.
⁶⁴³ Gatsi, 2001: 23.
⁶⁴⁴ Gatsi, 2001: 77.
⁶⁴⁵ Gatsi, 2001: 76.
⁶⁴⁶ Gatsi, 2001: 26, 58, 73 i 75.
⁶⁴⁷ Gatsi, 2001: 78.
⁶⁴⁸ Gatsi, 2001: 16 i 78.
⁶⁴⁹ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 276.
⁶⁵⁰ Gatsi, 2001: 47.
⁶⁵¹ Nyeck, 1997: 2.
⁶⁵² AFVP, 1997: 47 i 48; Generalitat, 2002: 43; Generalitat, 2003: 13; Kenmogne, 2002: 3.
⁶⁵³ MINSANTÉ, 2002: 19; Hours, 1985: 98.
⁶⁵⁴ Mana, 2002: 42.
⁶⁵⁵ Hours, 1985: 125.
⁶⁵⁶ Gruénais, 2001b: 118.
⁶⁵⁷ Nopeople, 1997: 84.
⁶⁵⁸ *Camnews*, 2003.
⁶⁵⁹ MINSANTÉ, 1995.
⁶⁶⁰ *Camnews*, 2003: 61.
⁶⁶¹ Ndongmo, 2001: 58.
⁶⁶² *Camnews*, 2003: 33 i 39; MINSANTÉ, 1995.
⁶⁶³ MINSANTÉ, 1995.
⁶⁶⁴ Kenmogne, 2002: 3.
⁶⁶⁵ ROAD, 1999: 35.
⁶⁶⁶ Chevalier, 1996: 24.
⁶⁶⁷ Kenmogne, 2002: 1.
⁶⁶⁸ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 7.
⁶⁶⁹ Nyeck, 1997: 8-15.
⁶⁷⁰ Kouamé, 1997: 54.
⁶⁷¹ ROAD, 1999: 30; Gatsi, 2001: 46.
⁶⁷² MINSANTÉ, 2002: 26; Nyeck, 1997: 42.
⁶⁷³ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 23.
⁶⁷⁴ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 16.
⁶⁷⁵ Gatsi, 2001: 94.
⁶⁷⁶ Chevalier, 1996: 18.
⁶⁷⁷ MINSANTÉ, 2002: 26.
⁶⁷⁸ ROSACAM, 1998: 3.
⁶⁷⁹ ROAD, 1998: 43-44.
⁶⁸⁰ ROSACAM, 1998: 12.
⁶⁸¹ MINSANTÉ, 2002: 26; ROSACAM, 1998: 21.
⁶⁸² ROAD, 1999: 6.
⁶⁸³ *Camnews*, 2003: 49.
⁶⁸⁴ *Camnews*, 2003: 23 i 31; Mana, 2002: 23.
⁶⁸⁵ Kenmogne, 2002: 3; ROAD, 1999.
⁶⁸⁶ Takam, 2003: 5.
⁶⁸⁷ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 9.
⁶⁸⁸ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 165 i 285.
⁶⁸⁹ Kenmogne, 2002: 4 i 8.
⁶⁹⁰ Djeuda – Tanawa – Ngnikam, 2001: 35.
⁶⁹¹ Kenmogne, 2002: 3.
⁶⁹² Takam, 2003: 8.

⁶⁹³ Takam, 2003: 7.

⁶⁹⁴ Takam, 2003: 10.

⁶⁹⁵ Prins, 1991: 364.

⁶⁹⁶ MINSANTÉ, 2003.

⁶⁹⁷ MINSANTÉ – GTZ, 1999: 13.

⁶⁹⁸ ROSACAM, 1998: 3.

⁶⁹⁹ Mana, 2002: 111.