

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## Cambios climáticos, género y desigualdades sociales [climate change, gender and social inequalities]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Rouamba, Claudine Valérie;Sawadogo, Ouédraogo y Natéwindé
Publisher	Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-05-16 17:23:58
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/154412">http://hdl.handle.net/20.500.12424/154412</a>

# Cambios climáticos, género y desigualdades sociales

## Los practicantes de la medicina y la farmacopea tradicional en el medio urbano en Burkina Faso

Claudine Valérie Rouamba  
Ouédraogo y Natéwindé  
Sawadogo

### Resumen

En Burkina Faso, como en otras ciudades africanas, las mujeres habían encontrado en los servicios de atención infantil y maternal tradicionales un medio de integrarse a la vida urbana, en un contexto de desempleo y de crisis de la familia. Estas actividades, en tanto recomposición directa de su papel maternal, excluían a los hombres no sólo desde el punto de vista estructural sino también económico por ser muy poco lucrativas. En nuestros días, con la escasez de recursos naturales, las mujeres tienen cada vez más dificultades para abastecerse de materias primas. Esta actividad, otrora femenina, interesa cada vez más a los hombres que debido a su estatus

### Abstract

*In Burkina Faso as in other African cities, the women had found in the supply of childcare and traditional maternal services a way to integrate into the urban life, in a context of unemployment and crisis of the family. These activities, as a direct recomposition of their maternal role, excluded men from the structural as well as economical point of view, due to its meagre profit. In our days, with the increasing scarcity of natural resources women finding it more and more difficult to obtain raw materials. This activity, erstwhile female, is increasingly interesting to men who, due to their most economically favoured status, manage it better. Therefore,*

CvE

Año VI  
Nº 12  
Segundo  
Semestre  
2014

económicamente más favorecido logran estructurarlo mejor. Por lo tanto, emerge una suerte de competencia en la que, ahora, los hombres tienden a conquistar el mercado, despojando así a las mujeres de una fuente de ingresos inestimable. Pensamos que era interesante explorar aquí las transformaciones de las relaciones de género y la situación de la mujer en un contexto de cambio climático. El cambio climático que, al hacer menos accesibles los servicios de la medicina y la farmacopea, acentúa no sólo la pobreza femenina sino que hace más vulnerable una categoría social ya frágil: la de las mujeres y niños. Este artículo, basado en encuestas cuantitativas y cualitativas, compara el cambio climático y las fuentes de ingresos de las mujeres urbanas, analizando sus repercusiones sobre las condiciones de vida de las mujeres y niños.

*it emerges a sort of competition in which, now, men tend to conquer the market, so depriving women of an invaluable source of income. It seemed interesting to us to explore here the gender transformations and the situation of women in a context of climate change. The climate change by making the services of the medicine and the pharmacopoeia less accessible, accentuated not only female poverty but also makes more vulnerable an already fragile social category: that of women and children. Based on quantitative and qualitative surveys, this article emphasizes the parallel between climate change and sources of income of the urban women, by analyzing their implications on the living conditions of women and children.*

## Claudine Valérie Rouamba Ouédraogo

Profesora adjunta del Departamento de Sociología, Universidad de Ouagadougou, Burkina Faso. Vice presidenta de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) de Burkina Faso.

*PhD. Assistant Professor at the Sociology Department, Ouagadougou University, Burkina Faso. She is the Vice-President of the Burkina Faso Human Rights National Commission (Commission Nationale des Droits Humains, CNDH).*

## Natéwindé Sawadogo

Doctor por la Universidad de Nottingham (GB). Investigador miembro fundador del Laboratorio de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias

*PhD at University of Nottingham (UK). Researcher and founding member of the Interdisciplinary Research Laboratory of Social Sciences and Health, Ouagadougou*

Sociales y Sanidad, Universidad de Ouagadougou (*Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Science Sociales et Santé, LARISS*), Burkina Faso. Sus temas de investigación incluyen: salud, profesiones y políticas públicas.

University (*Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Science Sociales et Santé, LARISS*) Burkina Faso. His research interests include Health, Professions and Social Policies.

CyE  
Año VI  
Nº 12  
Segundo  
Semestre  
2014

CLAUDINE VALÉRIE ROUAMBA OUEÐRAOGO  
Y NATÉWINDÉ SAWADOGO

---

## Palabras clave

1| África 2| Cambio Climático 3| Trabajo femenino urbano 4| Servicios de Salud  
5| Cuidado materno infantil

## Keywords

1| Africa 2| Climate Change 3| Urban Women's Work 4| Health Care Services  
5| Maternal Childcare Services

---

## Cómo citar este artículo [Norma ISO 690]

ROUAMBA OUEÐRAOGO, Claudine Valérie y SAWADOGO, Natéwindé Cambios climáticos, género y desigualdades sociales: los practicantes de la medicina y la farmacopea tradicional en el medio urbano en Burkina Faso. *Crítica y Emancipación*, (12): 237-262, primer semestre de 2015.

# Cambios climáticos, género y desigualdades sociales

## Los practicantes de la medicina y la farmacopea tradicional en el medio urbano en Burkina Faso\* \*\*

### Introducción

Los modelos de urbanización específicos de las ciudades africanas ofrecen la oportunidad de comprender procesos urbanos más amplios. En particular, permiten analizar procesos estructurales como la reproducción social relativa de la posición vulnerable de la mujer. Los servicios de atención en medicina y farmacopea tradicional en Uagadugú, Burkina Faso, constituye uno de los casos concretos reveladores de este tipo de procesos. En efecto, una de las características de la urbanización es su tendencia a relegar los procesos sociales rurales a un segundo plano, e incluso provocar su desaparición total. En Uagadugú, como en otras ciudades africanas, los practicantes de la medicina y la farmacopea tradicional, como unidad de categorías sociales, hasta ese momento habían encontrado en estos márgenes de la vida citadina nichos protegidos para su inserción urbana a través de esta oferta de servicios originalmente rurales. El objeto de este artículo es explorar, a través de un ejemplo en Burkina Faso, los cambios climáticos que tienen un impacto directo y decisivo sobre los recursos naturales (vegetales, animales, minerales) y que pueden poner en peligro logros importantes vinculados a las condiciones de vida de la mujer en el medio urbano africano.

Esta propuesta presenta un desafío a la sociología, tal como se la ha practicado desde finales de los años sesenta. Desde esta fecha, en efecto, la popularidad de los enfoques interpretativos ha tenido como resultado distraer la atención de los sociólogos sobre el valor heurístico de los enfoques estructuralistas. Criticadas por haber expropiado el agenciamiento del individuo en favor de estructuras sociales

Este trabajo fue presentado en el "Taller internacional de estudios comparados desigualdad y cambio climático: perspectivas desde el Sur", organizado por el Programa de Colaboración Sur-Sur, integrado por CLACSO, CODESRIA e IDEAS en Dakar, Senegal, en el año 2014.

\* Traducción y edición: E. Boulanger, C. Manfredi y E. Cervio

que lo dominarían, los enfoques que se proponen comprender el comportamiento o la situación del individuo en relación con otros procedimientos humanos externos han perdido gradualmente interés, y eso fue hasta un período reciente. En cuanto a la idea de convocar fenómenos no sociales para iluminar los procesos sociales, es un debate que ha tenido lugar más en la sociología de las ciencias que en la sociología general. Que las sociedades humanas participen en un orden moral cuyo paralelo con algún nivel no humano no se puede demostrar, no es un debate impugnado. Más bien, la propuesta es que el individuo es un ser cuyas relaciones implican tanto a otros seres humanos como a

***Los modelos de urbanización  
específicos de las ciudades  
africanas ofrecen la oportunidad  
de comprender procesos urbanos  
más amplios.***

objetos y en la cual la dinámica general es instrumental a su existencia, sin que la persona en cuestión tenga el control completo. Esto es, al menos, lo que propone la ecología humana. Sustancialmente, la ecología humana es un enfoque sociológico desarrollado por el sociólogo estadounidense Robert Park (1936) para estudiar las dinámicas urbanas y el cambio social en general. El enfoque está construido, básicamente, en tres conceptos: dominio, competencia, y sucesión. El concepto de dominio se refiere a las características generales de procesos sociales geográficamente situados. El de competencia designará el mecanismo mediante el cual la selección opera para dar a estos procesos sus características relativamente homogéneas. En cuanto al concepto de sucesión, traduce la continuidad de estos procesos sociales o su remplazo por otros de naturaleza diferente, como resultado del proceso de competencia entre procesos sociales competitivos. Por ejemplo, en una ciudad capitalista, el valor de los barrios es inversamente proporcional a la distancia respecto al centro comercial. En otras palabras, cuanto más alejado del centro, menor es su valor. La posición de cada barrio es el resultado de la competencia de sus residentes por el centro. La sucesión entre residentes con las mismas cualidades es a través de la migración o por la simple reproducción (o adaptación) de estos procesos, que garantizará la continuidad de una estructura urbana dada. De igual

modo, mientras más se extiende la ciudad, mayor es el valor del centro, y las localidades cercanas al centro aumentan de forma relativa. Dado el aumento del valor, para permanecer durante más tiempo el habitante requiere más recursos. A falta de poder adaptarse, el individuo debe cambiar de hábitat para pasar a ser remplazado por otro con recursos. Que las ciudades contemporáneas sean *pluricéntricas*, o que las localidades periféricas se hayan revaluado, fundamentalmente, no ponen en cuestión el principio ecológico de dominio, competencia y sucesión de la ecología humana. De hecho, el enfoque ha adquirido, incluso, un carácter más general, desconectado del espacio físico para aplicarse al sistema social general en términos de ocupación de posiciones sociales, entre ellas la profesional.

Las consecuencias del cambio climático en las oportunidades económicas de los practicantes de la medicina y la farmacopea tradicional en Uagadugú pueden analizarse de la misma manera. En efecto, es importante estudiar las implicancias de la escasez de especies medicinales naturales en la recomposición de oficios de la medicina tradicional en una ciudad como la de Uagadugú. Basada en encuestas cuantitativas y cualitativas, este artículo pone en paralelo cambio climático y fuentes de ingresos de las mujeres urbanas, con el fin de analizar sus implicaciones sobre las condiciones de vida de las mujeres y los niños. El artículo está estructurado en cuatro secciones. La primera describe la configuración social de la ciudad de Uagadugú. En la segunda sección, esta configuración es puesta en relación con las necesidades médicas potenciales que sustentan a los servicios *tradi-practicantes*. La emergencia de condiciones favorables para un mercado de atención materno infantil tradicional se analizan en la tercera parte. La última parte analiza las amenazas potenciales que pesan sobre esas oportunidades en relación con el cambio climático.

### Uagadugú: breve historia social

Las necesidades médicas de los pacientes se refieren a la estructura social. Esta última es, a la vez, causa de su existencia y su continuidad así como de su cambio. Toda comprensión de los procesos ecológicos debe dotarse de los medios para vislumbrar el proceso de composición-recomposición de esta estructura social. En otras palabras, ante todo tratamos de hacer una historia social de la ciudad de Uagadugú. Este análisis se limitará a proporcionar los elementos más pertinentes para el objetivo de esta investigación. Uagadugú está situada a 12° 21' 26" N y 1° 32' 7" O. Sin embargo, la investigación histórica todavía deberá proporcionarnos pruebas de los primeros habitantes de la ciudad (*Wogdogo*) (Ki-Zerbo, 1978; Simporé y Nacanabo, 2006). Algunas

fuentes plantean la hipótesis de que fue habitada por los *Dogon* (Simporé y Nacanabo, 2006). A la espera de otros elementos de prueba, la bibliografía actual establece que los *Ninsi* y los *Yonyonse* son las poblaciones autóctonas de Uagadugú (Dim Delobsom, 1932; Halpougdou, 1992). Luego, en 1495, estos dos grupos (pre Dagomba) pasaron a estar bajo la tutela de los migrantes Dagomba, los *Nakombse*, procedentes de Gambaga en el actual Ghana, que se instalaron en Tengkodogo al Este del país (Skinner, 1989). Junto con las conquistas de otros pueblos vecinos, formaron a través de un largo proceso, los Reinos Mossi, con Uagadugú su capital y *Moog-Naaba* su gran soberano. La estructura política que se desarrolló a partir de ese proceso y sus modificaciones posteriores a la llegada de los nuevos grupos sociales proporcionan elementos clave para la comprensión de la estructura social del reino. Este nuevo equilibrio de poderes reconfigura la estructura social que se manifestó en el desarrollo de un sistema de estatutos distinguiendo a los *Nakomse* (quienes detentaban el poder político) la posición más dominante (con sus propias estratificaciones internas), los *talse* (grupos sin vínculo de parentesco con el *naam*, poder político de los *Nakomse*), los *tengembiisi* (hijos de la tierra: *Yonyonse*), y los *Yembse* (esclavos, capturados o comprados). La mayoría de los miembros del grupo de los *Ninsi*, considerada agresiva, emigró de esta región central hacia el Noroeste, modificando así la antigua estructura social formada por los grupos pre Dagomba. El nuevo sistema político que se desarrolló (y que sigue existiendo hasta nuestros días) refleja el rango político de los diferentes grupos, aunque el sistema parece ser más funcional que jerárquico. La Corte del Rey de los *Moose* (*Moog-Naaba*) se reproduce en cada uno de los reinos subordinados, y en cuya cima, el rey, alrededor del cual la complementariedad entre el *tengembiisi* (hijos de la tierra: *Yonyonse*) y quienes detentan el poder político (*Nakomse*, incluido el rey y sus auxiliares, *Talse*, *Yembse*), se manifiesta.

Sigamos con los otros grupos sociales de Uagadugú. En primer lugar, están los *Yarse*, del grupo *Mandé*. A menudo se asimilan a los *Bambara* y a los *Dioula*. Los *Bambara* llegaron a Uagadugú en el siglo XVI (Simporé, 2009) por el comercio. Eran comerciantes y practicaban el comercio a larga distancia (Ki-Zerbo, 1978; Simporé y Nacanabo 2006; Simporé 2009). En efecto, han contribuido a vincular, a través de estos intercambios comerciales, las distintas partes de los demás reinos Mossi a la Ciudad Real de Uagadugú, y luego a Uagadugú a la costa atlántica y la actual Malí (Sedogo, 2006). Desde Uagadugú, llevaron tejidos de algodón a Malí; además, almacenaban en Malí la sal y el pescado que vendían a lo largo de su itinerario hasta Uagadugú. Posteriormente, regresaban a Ghana donde intercambiaban

los mismos productos por nueces de cola. Las nueces de cola y la sal eran muy apreciadas por los *Moose*, ya que eran utilizadas en diversas circunstancias (matrimonios, funerales, donaciones a la *hermosa familia*, la nobleza, etc.). Este comercio de larga distancia les había dado, asimismo, el monopolio de la ganadería y la comercialización de asnos, que se había desarrollado a partir del comercio de caravanas, del que también tenían el control (Sedogo, 2006). Monteil (1995: 252), un explorador francés que visitó el país a finales del siglo XIX, observó que los *Yarse* se caracterizaban “por una verdadera comprensión de los asuntos comerciales y por una gran audacia”. Sus competencias literarias, así como su acceso a la información, les habían permitido beneficiarse de los favores excepcionales por parte del soberano. Los soberanos de “Ugadugú también se han beneficiado más o menos de sus poderes mágicos y de sus consejos” (Sedogo, 2006: 101). Si los *Yarse* sobresalían entre los musulmanes por el comercio que permaneció tanto tiempo bajo su control, también se destacaban por ser buenos artesanos del tejido. Desde el siglo XVII, las comunidades *Yarse* se desarrollaron alrededor de los mercados de las aldeas más importantes del reino (Kouanda, 1996; Skinner, 1989; Audouin y Deniel, 1978).

A continuación, llegaron los *Haoussa*, mercaderes musulmanes. En gran parte provenían de Sokoto, se instalaron en Ugadugú en el siglo XVIII y viajaron por el mismo itinerario que los *Yarse*. Sin embargo, contrariamente a estos últimos, los *Haoussa* eran más itinerantes y rara vez se instalaban en un lugar fijo por un período prolongado. Según los escritos de Monteil, (1991: 252) “sus caravanas pasaban por el país de Kano y los bordes de Chad, hasta la costa de Lagos, para luego atravesar Mossi, Yatenga, Douentza, Macina y, finalmente, alcanzar Tombuctú”. Además de estos grupos, estaban los *Peuls*. De origen bereber, los pastores *Peuls* eran criadores y musulmanes. Durante el período pre colonial sólo unos pocos privilegiados poseían ganado (sólo los reyes podían poseerlo). Nómadas, los *Peuls* realizaban una vida itinerante. Los Jefes de Ugadugú preferían desarrollar relaciones contractuales con ellos para la cría de su ganado. A diferencia de los *Yarse*, los *Peuls* no tenían “una parte importante en los asuntos públicos” (Monteil 1991: 253). Otros grupos llegaron después estos últimos, tales como los juglares (Laobé) y otros artesanos como los *Marense*, los curtidores (Zap-Ramba). Los zapateros y curtidores fabricaban el material de guerra.

Los *Ninsi*, primeros habitantes de Ugadugú, practicaban el comercio, aunque permanecían modos de economía de trueque. Como no había mercaderes especializados, los intercambios se hacían en productos locales. Los *Yonyonse* eran agricultores y criadores. En

cuanto a los *Nakombse*, practicaron diversas actividades (agricultura, ganadería, artesanía, etc.; con la agricultura y la cría entre sus actividades predominantes). No obstante, fuera de la administración de la Corte del Rey, la actividad principal de las *Nakombse* era la guerra. La mayor parte de sus ingresos provenían de las incursiones (Sedogo, 2006). El establecimiento de los *Yarse* y *Haoussa* en el siglo XVI tuvo un efecto significativo en la estructura de la economía. El primer cambio importante es el aumento de la población de comerciantes especializados. Los *Yarse* estaban instalados en los centros importantes del país. Los *Haoussa*, aunque menos inclinados a largos períodos de asen-

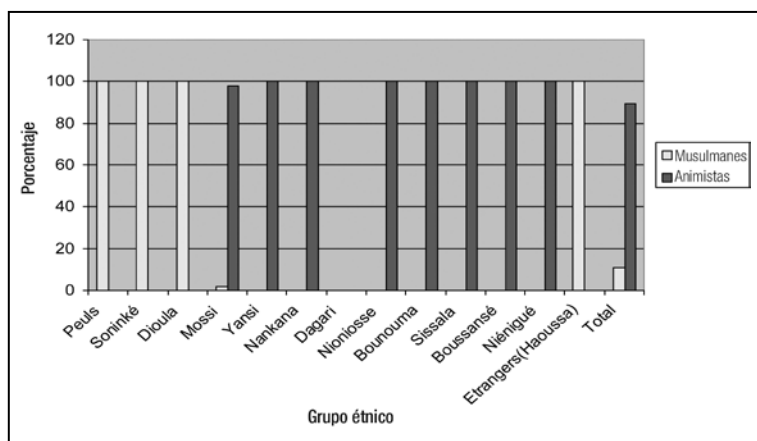
***Que las ciudades contemporáneas sean pluricéntricas, o que las localidades periféricas se hayan revaluado, fundamentalmente, no ponen en cuestión el principio ecológico de dominio, competencia y sucesión de la ecología humana.***

tamiento, llegaron en gran número a Uagadugú. Entre la población autóctona, la mayoría pasó de la agricultura y la ganadería al comercio (Monteil, 1995). Esto se tradujo en el desarrollo de una economía de mercado que implicaba el uso de cauris como moneda. El desarrollo de la economía de mercado, con su corolario de la disminución de la población implicada en la agricultura y la cría a razón de la reducción de la espacio disponible para tales actividades, hicieron de Uagadugú un centro urbano importante. La participación de la población autóctona en las actividades comerciales contribuyó a su conversión al Islam (Monteil, 1991; Binger, s/d). Esto no sólo afectó a la población en general, sino también la nobleza (Englebert, 1996; Skinner, 1989). Los grupos de las condiciones sociales más modestas encontraron en el comercio y el Islam una alternativa para su emancipación. Por otra parte, el desarrollo económico tuvo lugar durante un período de inseguridad con los países vecinos. Uagadugú, por tanto, se convirtió en un refugio para muchas personas de estas sociedades. Además, el contexto de inseguridad había vuelto necesaria la presencia de un puesto de seguridad para las concentraciones de las caravanas (Monteil, 1995). Así, un grupo de personas tenía como modo de subsistencia los empleos indirectos creados por el desarrollo comercial y la urbanización. Una fracción relativamente importante de la población autóctona había

pasado a ser menos dependiente de la tierra para su subsistencia y de la religión tradicional como referente simbólico. A su vez, esto influyó en la circulación de las mujeres, aunque si bien los animistas autóctonos podían dar a sus hijas en matrimonio a los musulmanes, la situación inversa fue excluida por estos últimos salvo si el marido aceptaba convertirse al Islam.

A fines del siglo XIX, todos estos grupos sociales pasan a estar bajo la dominación de otro: el Estado francés. En efecto, los franceses conquistaron el Reino de Yatenga en 1895 y a Uagadugú en 1896. Desde 1898, casi todos estos grupos han pasado a estar bajo la autoridad francesa (Suret-Canal, 1977; Crowder, 1968; Ki-Zerbo, 1978). Éstos fueron, así, administrativamente integrados al gran conjunto creado por el Decreto del 16 de junio de 1895, que definió al África occidental francesa (AOF). Esta última incluía a: Senegal, Sudán (actual Mali), Guinea, Costa de Marfil, Dahomey (actual Benin), Mauritania, Alto Volta (actual Burkina Faso) y Níger (Brasseur, 1997). El proceso de integración territorial ha tomado, solamente, una decena de años. El día posterior a la conquista, la estructura de la población era de la siguiente manera.

**Gráfico 1. Distribución de las religiones de acuerdo a los grupos étnicos en Uagadugú, en 1909**



Fuente: Sawadogo (2013).

Así Burkina Faso (antiguo Alto Volta) ha devenido, sucesivamente, parte del Sudán español (1894-1898), África occidental francesa (1895-1898), Alto Senegal y Níger (1904-1919) y una colonia independiente (1919-1937; 1947-1958) (Massa y Madiega, 1995; Becker, Mbaye y

Thiou, 1997). El país obtuvo la independencia en 1960, con Uagadugú como capital. La primera Constitución del país fue adoptada en 1959. A continuación, esta Constitución fue modificada y aprobada por la primera República, proclamada el 5 de agosto de 1960. Sin embargo, seis años después, el país pasó a estar bajo un régimen militar (1966-1970), que condujo a la segunda República (1971-1974). Luego, el regreso del país a un régimen militar (1975-1977), seguido de nuevo por un régimen constitucional a través de la tercera República (1978-1980). Hasta 1991, el país estuvo bajo regímenes militares (1980-1982; 1982-1983; 1983-1987; 1987-1991) con diferentes destinos.

El último censo general de población de 2006 ha registrado 14.017.262 habitantes, de los cuales 3.181.967 están concentrados en las ciudades y 10.835.295 en la zona rural. Con una superficie de 274.200 kilómetros cuadrados, el tipo de urbanización es de un 22,7%, y la tasa de crecimiento medio anual de la población es del del 3,1% (RGPH, 2006). Uagadugú es la ciudad más grande del país con 21.930 hectáreas, una población de 1.475.839 habitantes y un 7,6% de crecimiento anual (RGPH, 2006). Según el censo, la tasa de analfabetismo de la ciudad sigue siendo elevada (40,1%). Las principales religiones son: musulmana (57%), católica (34,9%), protestante (6,2%) y animistas (0,4%). Más del 80% de la población, de 15 años o más, trabaja en el sector terciario, del cual el 52,6% comprende a la artesanía, el comercio o los servicios personales. Sólo menos del 8% está en el sector primario y el 11,4% en el sector secundario. De esta población activa, 35,3% son asalariados, 46,3% se desempeñan en empresas independientes, los demás son empleadores (2,8%) (RGPH, 2006). Este análisis de la recomposición de la ciudad de Uagadugú en el largo plazo, permite comprender la génesis de la profesión *tradi-practicante* que las mujeres llegaron a ejercer, así como los desafíos a los que se enfrentan en el contexto actual del cambio climático.

## **Estructura social y la exclusión de la mujer del mercado de atención**

Es en relación a esta estructura social que se pueden comprender no sólo las necesidades médicas de los pacientes, sino también el acceso y la valorización de los conocimientos médicos de la mujer y sus consecuencias estructurales. Como las competencias, las necesidades no son ni neutras ni universalmente intercambiables; son constructos sociales que resultan de la estructura social (Hughes, 1984). En la sociedad tradicional moaga es el parentesco lo que proporciona el marco de interpretación de la enfermedad del niño, como lo es también para las enfermedades de la reproducción de la madre. La siguiente

alocución de un anciano en una aldea en la periferia de Uagadugú es ilustrativa.

Si es un niño de un año y medio, de dos años ¡no tiene nada! Lo que anda mal es con sus dientes. Es sólo eso lo que fatiga al niño; de lo contrario cuando eso (algún otro malestar) comienza solamente... se acude al adivino (Sawadogo, 2006: 59).

Sin embargo, para comprender el parentesco, es al mito al que es necesario referirse. El mito es una producción simbólica y activa. De hecho, constituye una de las condiciones del funcionamiento de la estructura social. Así, como para los *Tallensi* estudiados por Fortes, para los *Moose* entre el mundo sensible y el mundo mítico no hay frontera alguna. Hay, entre las dos esferas, una corriente continua de una a otra, pues “el interior no se yuxtapone al exterior como dominios separados. Se reflejan uno a la otro y no es este sino un juego recíproco de espejos que revelan su contenido íntimo” (Fortes, 1974). Esta relación se traduce principalmente en el culto a los antepasados. En efecto, los *Moose* reconocían la existencia de una deidad suprema, *Wende*, maestro del Cosmos. Skinner lo califica como una “divinidad negligente”, porque no se celebraba el culto para el que estaba destinado. Sin embargo, el culto a los antepasados ocupaba un lugar considerable en sus creencias religiosas. Los *Moose* creían en una participación regular de los espíritus ancestrales en los asuntos de vivos. Pero sus intervenciones eran ambivalentes. Eran a veces, sensibles y, a veces, maliciosos. El ejercicio de esa justicia tenía por objeto reforzar las normas para perpetuar el orden social. Pero el estatuto de ancestro no era asignado indistintamente a todos los muertos. Se adquiría sobre la base de criterios gerontocráticos y éticos. Hay una relación estrecha entre el culto a los antepasados y la representación de la persona y de la muerte. Así lo señala Cassirer: “allí donde reina esta creencia (creencia de los antepasados), las personas no sólo se sienten ligadas a los antepasados de su tribu por el proceso continuo de las generaciones: se sienten idénticas a ellos. Las almas de los ascendentes no murieron, existen para encarnarse de nuevo en los descendientes, y para renovar constantemente en las generaciones futuras” (Cassirer, p. 208). Esta “participación” mítica de la persona se revela principalmente en la representación colectiva de cuatro de sus componentes: el *sègré* (espíritu titular; literalmente: reunirse), el *siiga* (principio vital), el *kiima* (alma), el *kinkirga* (genio) y el nombre individual. El *sègré* simboliza la herencia. Es “el ancestro familiar que determina quién está habilitado para volver, es decir, hacerse cargo del niño recién nacido, para ayudar a proteger y vigilar su vida terrestre” (Ouédraogo; citado en Poulet, 1970: 113). El *siiga*

constituye el principio fundamental corporal. “Éste es el alma vegetativa que anima todo ser, a los hombres, los animales y los vegetales” (Badini, 1970: 802). El *kiima* es un componente dinámico que dispone de una existencia propia. Los *Moose* concebían a los antepasados bajo esta denominación y les dedicaban cultos. Su estatuto dependía de la importancia social de la línea de cada individuo. Este componente estaría en consonancia con las demás almas del linaje de Pilimpikou (una aldea mítica mossi). El *kinkirga* simboliza la individualidad. Los *kinkirsi* (genios; plural de *kinkirga*) poblaban todo el universo, pero la tradición era que hacían de los accidentes geográficos (remansos, pié-

***El desarrollo de la economía de mercado, con su corolario de la disminución de la población implicada en la agricultura y la cría [...] hicieron de Uagadugú un centro urbano importante.***

lagos, montañas, descampados...) su lugar privilegiado. Su importancia aparecía, principalmente, en el marco de la concepción. Este es el marco mítico que proporciona las categorías de interpretación de los acontecimientos (desafortunado o afortunado) que llegan al niño y a la mujer sobre su experiencia reproductiva.

[Antes, cuando un niño caía enfermo, ¿qué creían sus padres inmediatamente?] Es como ya he dicho. Les dije que cuando había nacido un niño, cuando se empieza a ir, están de duelo. Y cuando no ha alcanzado aún el nombre, se dice que es esto o lo otro. Si tú mismo tienes una noche blanca y sales a buscar las causas, si se te dice que el niño llora porque esto o lo otro, ¿no vas a seguir? ¡Eh! Si regresas a hacer lo que se te ha mostrado y el niño deja de llorar, vas saber que el asunto ¡es verdadero! Esto no es necesario (risas). Por eso no se pueden explicar todos los secretos. No se puede... ¡Eh! Puede que el problema venga de ti mismo o de tu padre ¡Vale! Pero ni ustedes mismos lo saben. Si pensaste en pedirle a alguien que te muestre... [¿Pedir qué?] Hay gente que es erudita, y si atisbas a preguntar, ellos dirán que es por esto o por lo otro que el niño está así. Si padece de otra enfermedad, dirán que es así o así ¿me entiendes? Por eso

las cosas de antes no son las mismas que las de hoy (Sawadogo, 2006: 59-60).

Lo que se trasluce de este marco de interpretación de la enfermedad del niño es que sugiere, al mismo tiempo, los tipos de conocimientos especializados que se confunden con la estructura patriarcal de la sociedad. Al interpretar las enfermedades del niño como resultantes del funcionamiento incorrecto del parentesco, el discurso valora los tipos de relaciones que implican varones, exclusivamente. En tanto acto religioso, son los sacerdotes de la comunidad los que están investidos de legitimidad para interceder ante los antepasados en favor del niño o de la madre. En la sociedad moaga, tres categorías de sacerdotes tienen esta legitimidad según el nivel de intervención. Están el *Yirsoba* y el *Buudkasma*. Estos son casi sacerdotes, en el sentido de que su función se limita al nivel mínimo del linaje, que es la familia. El jefe de familia (o, según el caso, el anciano de la gran familia) intercede ante su padre difunto para expiar una falta o pedir ayuda en favor del niño que es su protegido. Consecutivamente, en el nivel máximo del linaje está el gran sacerdote, que es el *tengsoba* (o el jefe según el caso). Él intercede ante los antepasados en las cuestiones de salud de interés general, e intercede ante los herederos del linaje. También es el último recurso cuando las mediaciones ante los sucesores del nivel mínimo de la familia resultan infructuosas. En todos los casos, las mujeres están estructuralmente excluidas del acceso a este rol y la experiencia correspondiente. Esos ritos son efectuados a raíz de las recomendaciones de un adivino que, en general, es un hombre. Se cree que tiene clarividencia, que le permite comunicarse con los seres del mundo invisible para prescribir los sacrificios necesarios para la expiación de los malos espíritus o reabsorber la culpa moral para con los antepasados. No obstante, el *kinkirbaga* es generalmente una anciana que los *kinkirse* adoptan como su madre. Esta mujer tiene, por lo general, una interacción física con el enfermo que atiende, en el caso de una enfermedad ya identificada. En caso contrario, aconsejará la consulta a un adivino. Este tipo de profesional no practica la adivinación (Bonnet, 1988). El conocimiento es adquirido por una revelación (por un ancestro), por los espíritus de la tierra, transmitido por los padres o recibido. También puede ser adquirido a través de alguna experiencia con la enfermedad (Bado, 1995, 2006).

A esto se añaden las parteras tradicionales, que generalmente son mujeres que llegaron a la menopausia. La partera no es elegida por la aldea; ella deviene partera por su propia elección, después de haber asistido durante varios años a otra partera, a la que sustituye cuando ésta es alcanzada por la vejez o la muerte. Para Bonnet (1988: 41), la

principal “obligación” social es haber dado a luz y haber llegado a la menopausia. En cuanto a los abortos espontáneos, son tratados por las ancianas de la familia de la mujer que abortó.

Después del parto, esas mujeres tenían la responsabilidad de hacerse cargo de la madre y su hijo. Esta responsabilidad consistía en mostrar a la madre los primeros auxilios para el niño inmediatamente después del nacimiento, atención que debería repetirse hasta que las impurezas fueran limpiadas. Este rol de madre es aprendido desde su más tierna edad por medio de la socialización primaria. Sus conocimientos se desarrollan más o menos en función del estado de salud de la progenie (Badini, 1970; Erny, 1968, 1999; Bonnet, 1994; Fortes, 1959; Lallemand, 1971, Rabin, 1979). Posteriormente, puede devenir partera e incluso herborista, no sólo según su propia historia como madre sino también por sus vínculos familiares. Si los *kinkirsi* la adoptan como madre puede ser hechicera, pero nunca podrá ser sacerdotisa. Si sólo es herborista, su competencia está, por lo general, limitada a la atención materno infantil.

La inmigración los grupos musulmanes va a introducir una competencia institucional en Uagadugú. En efecto, en principio el islam es contrario a la religión tradicional mossi. El Islam es una religión monoteísta, que defiende la unidad y la trascendencia de un único Dios. El islam sostiene que en la tierra hay dos ángeles guardianes alrededor de cada persona, y también malos ángeles. A diferencia de los ángeles guardianes, que son creados a partir de la luz, los malos ángeles son creados a partir del fuego. Son llamados genios. Los genios son invisibles, astutos y maliciosos. Pueden atacar a los seres humanos y atormentarlos. A diferencia de algunos *Kinkirsi*, en la creencia religiosa mossi la posesión por los genios entre los musulmanes (plural de *djinns* en la lengua morisca) es siempre negativa. Estas son categorías religiosas y mágicas, que ofrecen a los musulmanes el marco de su interpretación de los acontecimientos que ocurren en la vida del niño o su madre. Existen diferencias para distinguir la función religiosa de la temporal entre los expertos en medicina islámica. En todos los casos, en la sociedad moaga el islam consagra la desfuncionalización total de la mujer mossi en materia de atención, permitiendo sólo las aptitudes adquiridas como madre.

Con la colonización, los conocimientos médicos de todos estos grupos pasaron a ser ilegítimos. “La influencia de la medicina occidental, escribió Sakanlé, siguió en África los caminos de la colonización” (1969: 29). En el seno de la columna de ataque que se desplegó en el país Mossi, había un médico. En efecto, fuera de médicos en misión de exploración, los primeros servicios médicos modernos fueron

proporcionados por los médicos de los puestos militares de las columnas de ataque. También hubo centros de salud preparados por los misioneros. El primer equipo misionero llegó a Burkina Faso el 22 de enero de 1900, inmediatamente después de la conquista. El primer centro de salud de Uagadugú fue fundado en 1913, poco tiempo después de la llegada de las primeras hermanas, en diciembre de 1912 (Monne, 1999). Lo que pensaba Perrot (1928: 82) como botánico, durante una misión en Burkina Faso, refleja una actitud general entre el personal de la salud colonial, que trató de establecer su monopolio sobre las cuestiones de salud en el asentamiento. Señaló que:

Uagadugú, como vemos, ha cuidado la higiene personal general del indígena y del hospital, que fuera gestionado por aquel entonces por el Dr. Lairac y otro médico adjunto era más interesante y más activo. Una enfermera, junto con las comadronas auxiliares indígenas o mestizas, también proporcionaba los servicios indicados. Las medidas de prevención comenzaban a desaparecer entre los negros. También hay que subrayar la supresión de las matronas, sus prácticas crueles y peligrosas, al menos su reducción notable, mientras que penetraban en la masa los principios fundamentales de la salud preventiva y la limpieza del momento de la mujer dando a luz.

Las normas de concesión de permisos para ejercer excluyen automáticamente a los practicantes indígenas. El primer Artículo del Decreto de 1936, sobre la práctica de la profesión de herborista, declara que “nadie podrá ejercer la profesión de herborista ni abrir una botica en AOF (África occidental francesa) si no tiene más de 21 años y posee un diploma de herborista otorgado por el Gobierno francés, a raíz de los exámenes adoptados en las escuelas y facultades del Estado”. En el África occidental francesa, hasta 1898, la preocupación era más la conquista militar, de modo que antes 1905 los 42 centros médicos de la colonia eran administrados por médicos militares, graduados de escuelas médicas de la marina como Toulon (1725), Rochefort (1732) y Brest (1757). En 1898, el gobernador general de la colonia y su inspector de servicios de salud hicieron una campaña para la innovación en la práctica médica, que permitiría utilizar los nuevos avances en materia de descubrimientos pasteurianos para beneficio del proyecto colonial. Recomendaban el fomento de la higiene como un medio de promoción de la medicina preventiva y social. Este fue un acontecimiento importante porque constituye la primera iniciativa de la medicina masiva para toda el África occidental francesa de ese entonces, un territorio creado por Decreto el 16 de junio de 1895,

que abarcó más de 10 millones de habitantes. Esta iniciativa fue escoltada por la Institución de Asistencia Médica Indígena (AMI), el 8 de febrero de 1905, un organismo de salud similar al de la Asistencia Médica Gratuita (AMA) en Francia, que había sido establecido en Madagascar (1896) (Bado, 2006). El reglamento que instituyó a la AMI fue modificado la primera vez en enero de 1907, y la segunda modificación entró en vigor a partir de 1912, estableciendo así una política de salud clara, con atención y asesoramiento gratuito para la población autóctona, los europeos y sus familias en los asentamientos. Pero en realidad, estos últimos estaban más a cargo que la pobla-

***La inmigración los grupos  
musulmanes va a introducir una  
competencia institucional en  
Ugadugú.***

ción indígena, los beneficiarios no eran otros que de los soldados y sus familias.

No obstante, fue una buena primera etapa. La aplicación de estas medidas resultó difícil, porque la medicina moderna conocía menos las enfermedades tropicales en esa época. En 1903, 142 médicos militares en total estaban disponibles para todas las colonias francesas. Estaban mucho más disponibles para las tropas militares que para los organismos de la salud civiles. La escasez de personal para el programa, y los centros de producción de vacunas para la vacunación móvil, condujo a nuevas medidas para el reclutamiento de médicos civiles para sustituir a los médicos militares asignados a las tropas. La campaña de reclutamiento en las facultades de medicina francesas dio lugar solamente a cinco solicitudes, un número que no satisfacía las necesidades del Gobierno de AOF. Los médicos militares se mantuvieron para la asistencia médica indígena, y el Decreto de 1907 modificó al de 1905 para permitir el reclutamiento de auxiliares médicos para completar el grupo profesional de los enfermeros indígenas, básicamente compuesto de militares y creado en 1889. Un grupo profesional de paramédicos fue creado en 1906. Los médicos coloniales se quejaron del deficiente desempeño de esta categoría de profesional de la salud, como lo hicieron de las enfermeras indígenas. Las denuncias fueron en

parte justificadas pero, en realidad, esto estaba vinculado a las cuestiones de rivalidad profesional. La resistencia de los administradores de la salud colonial a las denuncias de los médicos, en virtud de sus prejuicios raciales, finalizó con el comienzo de la Primera Guerra Mundial. Los médicos militares fueron reasignados a las tropas y, esto es aún más importante, los dirigentes políticos en las colonias exigieron más igualdad de derechos civiles basándose en la participación de sus pueblos junto a Francia.

La primera Escuela de medicina se constituyó en Dakar en 1918 para las colonias de África occidental francesa. Entre 1927 y 1953, esta escuela a formó a 19 médicos burkineses. Más tarde, otras escuelas de formación en materia de salud fueron establecidas en el país: la Escuela de enfermería (1931), el Servicio de la profilaxis y de la tripanosomiasis (1932), la Escuela Jamot de la enfermedad del sueño (1937), el Servicio general móvil de higiene y de profilaxis (1939), la Escuela de asistencia médica indígena (1948), la Escuela de asistencia médica africana (1958). Según el censo de 1971-1972, había 5 hospitales, 13 clínicas urbanas, 178 clínicas rurales y algunos centros médicos. El coeficiente médico por habitante era de 1/50.000, y de 1/200.000 cinco años más tarde.

## **Aparición de un nicho profesional informal para las mujeres**

“Para sobrevivir, una institución debe encontrar un lugar en el estilo de vida de las personas, así como en sus sentimientos” (Hughes, 1984: 11). El análisis, desde el punto de vista ecológico, advierte que la competencia conduce a un deterioro gradual de ciertas necesidades, con el corolario para los actores cuya actividad dependía de estas, mientras que las necesidades que requieren los servicios de *tradi-practicantes* de salud aumentan. En efecto, a lo largo del tiempo, los servicios de los sacerdotes han pasado a ser menos pertinentes. Estos servicios dependen de obligaciones cuya base es religiosa y está imbricada en las reglas de parentesco. El control de la circulación de las mujeres por el linaje es una condición necesaria para mantener el sistema. Con la urbanización, y la aparición de nuevas religiones, el sistema tradicional perdió el control religioso del matrimonio. Ahora bien, sin este control religioso el sistema médico tradicional pasa a ser inoperante. Otro proceso es que, aunque administrativa y legalmente el sistema de salud moderno se arroga el monopolio de la salud, presenta deficiencias. En Uagadugú, la oferta pública de salud es, al menos geográficamente, conforme a las normas internacionales. Además, como la asistencia sanitaria pública, la práctica privada coexistió en las colonias y

continuó en el Estado poscolonial hasta finales de los años sesenta, sin nuevas reglamentaciones oficiales. Según Ouedraogo (2010), se trataba de una práctica oficiosa de médicos militares franceses expatriados y establecidos entre 1966 y 1968. Las consultas se efectuaban en su oficina en el hospital, fuera del tiempo de trabajo oficial, y los costos dejados a la iniciativa de los propios médicos expatriados. Posteriormente, la práctica fue autorizada por un reglamento del Ministro de Finanzas de la época. Para Douamba (2010: 6), “hay que reconocer que en la independencia, el proyecto colonial siguió en proceso porque no sólo los organismos nacionales de alto nivel eran raros, sino también porque que había jóvenes graduados que no podían tener acceso a los puestos de responsabilidad. Todos los funcionarios, todos los jefes de servicios hospitalarios eran, con algunas excepciones, agentes de la cooperación francesa, militares y personal civil. La política de salud fue enteramente diseñada y desarrollada por los acuerdos de cooperación y los oficiales superiores que regresaban de la formación estaban agriados de ser marginados”.

La medicina tradicional aún era ilegal. Pero los disturbios civiles que estallaron en 1966 en Burkina Faso produjeron cambios importantes en el nuevo régimen militar. A partir de 1966, las autoridades políticas “han comenzado a considerar las prerrogativas de los agentes de la cooperación exterior y de conectarse a organizaciones internacionales tales como la OMS” (Douamba, 2010: 6). Parece que la reducción de la tasa de médico por habitante de 1/50.000 en 1971-1972 a 1/200.000 cinco años más tarde, sumado al vacío creado por la jubilación de la generación de la medicina colonial, reflejan estos cambios. Sin embargo, también se plantearon nuevos desafíos. Las elites heredaron este sistema de salud y mantenido una atención médica gratuita practicada públicamente para todos hasta fines de los años ochenta. En el intervalo, la estrategia de salud primaria de la OMS de 1973, reformulada más tarde gracias a la iniciativa de Bamako en 1987, permitió mejorar el acceso de las poblaciones rurales a la atención. Esta estrategia produjo no sólo la rehabilitación relativa de los *tradi-practicantes*, y en particular de las matronas, sino también el surgimiento de diferentes categorías de personal sanitario en el seno del sistema de salud. La escuela privada de enfermeras, que es heredera de la escuela colonial paramédica de formación (AMI; AMA), fue la única formación del personal de salud desde 1963. Se transformó en una escuela nacional de enfermeras y parteras, y formó a la mayoría de los profesionales de la salud para la aplicación de la política de atención primaria de salud. La Facultad Nacional de Medicina se abrió en 1981 y, actualmente, el país tiene cuatro escuelas de medicina y dos hospitales universitarios. Sin embargo,

las medidas de desregularización, que siguieron a las crisis económicas de 1972-1974, y fueran bloqueadas por el régimen revolucionario (1983-1987) en Burkina Faso, se generalizaron en los años noventa. Burkina Faso hizo su entrada en el mercado sanitario en 1991, consagrando así la apertura de un nuevo espacio en el sistema de atención de salud nacional. La práctica médica ha sido liberalizada y los distintos ámbitos de práctica profesional han sido más tarde definidos en el Código de la Salud Pública por el N° 23/94/ADP de la Ley, el 19 de mayo de 1994. La Ley hospitalaria N° 034/98/AN, de mayo de 1998 organiza el sistema de salud y define las diferentes categorías de servicios de salud. El Decreto del 19 de julio N° 398/PRES/PM/MS 2005, completado respectivamente por el Decreto interministerial y ministerial de los reglamentos N° 2006/MS/MCPEA/MFB del 16 de junio de 2006 N° 200-060/MS/CAB, definió las condiciones de concesión de licencias profesionales y de la apertura y el funcionamiento de los centros de atención de salud privados. El número de centros de salud privados aumentó de 58 en 1990 a 250 en 2000, y luego a 380 en 2009 (Ouedraogo, 2010). Sin embargo, el elevado costo de los medicamentos combinado con una administración poco acogedora y servicios no adaptados, no favorecen la demanda.

Otro factor favorable a la creación de nicho profesional es el reconocimiento oficial de la medicina tradicional. Con respecto a esta última, en efecto, “después de un letargo en 1960-1970, a finales de 1970 ha visto la emisión de la orden N° 70-68 bis/PRES/MSP/AS de diciembre de 1970 relativa al Código de Salud Pública y las normas de su aplicación; esta Ley tolera la medicina tradicional” (Bognounou, Guinko, 2005: 33); en 1994 por el N° 23/94/ADP de la Ley del Código de Salud Pública “reconoce la medicina tradicional y la farmacopea tradicional como uno de los componentes del Sistema Nacional de Salud” (*ibid.*: 34). Asimismo, “fuera de sus actividades tradicionales de la evangelización, una de las características comunes de las iglesias cristianas de diferentes religiones establecidas en Burkina Faso es que aparecen cada vez más como lugares de atención de las enfermedades”.

Por otra parte, el hecho es que el contexto cultural y económico es favorable a las actividades de los practicantes de la medicina tradicional. El éxodo rural contribuye a dar a la ciudad una composición relativamente rural. Además, una parte importante de los hogares urbanos es pobre. Del mismo modo, existe ahora una generación de mujeres nacidas y criadas en la ciudad, y/o que han recibido una educación que las distancia de la educación femenina con respecto de lo que ocurre en las zonas rurales, pero cuya situación económica no les permite el acceso a los servicios modernos. Todas estas categorías de residentes urbanos constituyen un mercado. Las estadísticas son

parciales. Al día de hoy, incluso a nivel nacional, no existe todavía un censo completo. En 2004, el Ministerio de Salud estimó que había más de 30.000 *tradi-practicantes* en el país, con unos 3.000 en Uagadugú, 1.500 en Bobo Dioulasso, la segunda ciudad del país, y unos 600 en cada una de las otras provincias. Esto daba un coeficiente de 1 *tradi-practicante* por cada 500 habitantes. Esto significa que los 263 *tradi-practicantes* entrevistados en el marco de esta investigación es sólo una pequeña parte. El censo de la Dirección Regional de Salud del Kadiogo (Uagadugú) relevó 640 *tradi-practicantes* registrados en enero de 2010. Esta cifra era de 278 en 2006. Nuestras propias investigaciones, aunque

***[...] las consecuencias del cambio climático en las oportunidades económicas de los practicantes de la medicina y la farmacopea tradicional en Uagadugú pueden analizarse desde el punto de vista del medio ambiente.***

parciales, han permitido registrar 263 curanderos tradicionales. No obstante, los análisis ilustran el predominio de la mujer y un uso muy importante de las plantas.

**Cuadro 1**

Género	Cantidad
varón	111
mujer	152
s/d	0

**Cuadro 2**

Contenido de la Práctica	Cantidad
Observación directa	67
Observación directa y venta de plantas	57
Observación directa y adivinación espiritual	12
Observación directa, adivinación espiritual y venta de plantas	1
Observación directa y adivinación por cauri	24
Observación directa, adivinación por cauri y venta de plantas	4

Contenido de la Práctica	Cantidad
Observación directa del morabito	8
Adivinación por cauri	1
Venta de plantas	39
s/r	39
Observación directa y adivinación por arena	6
Observación directa y adivinación por oráculos	1
Observación directa y adivinación por arena, papel, cauris	1
Observación directa y adivinación por <i>bâton</i> y palma	1
Observación directa y quiropraxia	1
Aprendices	1
Total	263

Cuadro 3

Educación	Cantidad
ninguna	168
Lee y escribe	10
Formal	44
Árabe	40
s/r	0
11	1

Se observa que más de la mitad de las registradas son mujeres. Como socialmente fueron excluidas de algunos roles, sus conocimientos versan más sobre plantas medicinales, tal como se muestra en el Cuadro 2, y las buenas prácticas maternas. Lo que es importante para nuestro propósito es ¿cuáles son las repercusiones del cambio climático en estas actividades de las mujeres y que dependen de la naturaleza?

### **Cambio climático y amenazas de las oportunidades laborales informales de la mujer**

Actualmente, es fácil establecer el paralelo y valorar las repercusiones de la desertificación en las oportunidades de las mujeres que obtienen sus ingresos del suministro de servicios médicos utilizando los recursos de especies vegetales y/o animales.

En efecto, las consecuencias del cambio climático en las oportunidades económicas de los practicantes de la medicina y la farmacopea tradicional en Uagadugú pueden analizarse desde el punto de vista del medio ambiente. La escasez de especies naturales medicinales influye directamente en la composición de los oficios de la

medicina tradicional en Uagadugú. Numerosas mujeres (tanto ancianas como jóvenes) habían encontrado en el servicio de atención infantil y maternal tradicionales un medio de integrarse en la vida urbana, en un contexto de desempleo y crisis de la familia. Estas actividades, en tanto recomposición directa de su papel maternal, excluían a los hombres no sólo desde el punto de vista estructural sino también económico, al desalentarlos por ser muy poco lucrativas. El “predominio” de las practicantes está vinculado a los recursos discriminatorios, de los que disponen para responder a una necesidad que el éxodo rural no cesa de alimentar, paralelamente a la deficiencia del sistema de salud moderno. En la actualidad, las condiciones han cambiado significativamente. La escasez de recursos naturales obliga a grandes inversiones para la obtención de materias primas, impactando en el costo de la atención propuesta. En este contexto, solo pueden continuar en la actividad una minoría de trabajadoras, que actúan como intermediarias en las aldeas productoras de materias primas. Sin embargo, la actividad se ha convertido en una oportunidad para los hombres (*tradi-practicantes*), ya que pueden desplazarse fácilmente, dado que están más favorecidos culturalmente y tienen medios de transporte personales más seguros. Asimismo, el hecho de que la actividad sea ahora lucrativa alienta la participación de los *tradi-practicantes*. Está surgiendo una suerte de competencia donde los hombres, actualmente, muestran una tendencia a invadir el mercado, sustituyendo a las mujeres que no pueden ejercer esta actividad por las difíciles condiciones de acceso a las materias primas. Estas mujeres, que tenían la carga económica de su familia, se ven privadas de los ingresos obtenidos por esta actividad. Es interesante explorar las transformaciones de las relaciones de género y la situación de la mujer en este contexto. En otras palabras, incluso allí donde originalmente las mujeres tienen el monopolio de un día para el otro pueden o perderlo o bien no controlarlo, para pasar a manos de los hombres. Por otra parte, se piensa que el mercado de los productos de farmacopea vendidos por las mujeres está destinado a otras mujeres, pues generalmente estas actividades incluyen la salud reproductiva femenina y la salud infantil. La estructura social de las consumidoras no es homogénea, pero la tendencia es el elevado número de pacientes procedentes de las capas relativamente menos favorecidas de la ciudad. La existencia de esta categoría de consumidoras forma la base social de esta actividad; sin esta demanda tal actividad no puede existir. Cuando los productos eran asequibles, para estas pacientes, eran una alternativa a los servicios modernos no accesibles. Además, las *tradi-practicantes* ofrecen a menudo servicios que ni siquiera existen en el sistema formal, dadas las condiciones

históricas de la aparición y el desarrollo de este último. Este mercado permitía especialmente mejorar bastante la alimentación y la salud de los niños. Si los productos continuaban siendo inasequibles, podría constituir un obstáculo a la mejora de la salud de la madre y el niño en particular. Resulta, pues, que el cambio climático por el cual los servicios de la medicina y la farmacopea son menos accesibles, hace no sólo a las practicantes aún más pobres, sino también hace de los pacientes, que son las otras mujeres y sus hijos, una categoría social aún más vulnerable.

## Conclusión

El cambio climático contribuye a precarizar las condiciones de vida de capas sociales urbanas ya vulnerables. La escasez de recursos naturales conduce a una inversión importante para obtener materias primas –y esto se refleja en el costo de la atención propuesta. En esas condiciones, sólo unas pocas mujeres bien establecidas podrán seguir en el oficio, que desempeñarán como intermediarias en las aldeas que las abastecen de materias primas. Empero, estas mujeres vivían y mantenían a sus familias con los ingresos obtenidos de esta actividad.

## Bibliografía

- Audouin, J. y Deniel, R. 1978 *L'islam en Haute-Volta à l'époque coloniale* (Paris: L'Harmattan).
- Badini, A. 1970 "Les éléments de la personne humaine chez les Mòsé" *Bulletin de l'IFAN* Vol. 41, N° 4: 786-818.
- Bado, J-P. 2010 (2006) "Les débuts de la médecine modern en Afrique de l'Ouest francophone" en *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique* (Paris: Karthala Ouedraogo).
- Bado, J-P. 1997 "La Santé et la Politique en AOF à l'heure des Indépendances" en Becker, C.; Mbaye, S. y Thioub, I. 1997 *AOF: réalités et héritages. sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Dakar: Direction des Archives du Sénégal) pp. 1.242-1.259.
- Becker, C.; Mbaye, S. y Thioub, I. 1997 *AOF: réalités et héritages. sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Dakar: Direction des Archives du Sénégal) pp.36-49.
- Bognounou, O. y Guinko, S. 2005 *Ethnobotanique et médecine traditionnelle* (Ouagadougou).
- Bonnet, D. 1994 "L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant" en *L'Homme*, Vol. 34, N° 131: 93-110.
- Bonnet, D. 1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi* (Paris: Edition de l'Orstom).
- Brasseur, G. 1997 "Un regard géographique sur l'AOF de 1895" en Becker, C.; Mbaye, S. y Thioub, I. 1997 *AOF: réalités et héritages. sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Dakar: Direction des Archives du Sénégal) pp.36-49.

- Dim Delobsom, A. A. 1932 *L'empire du Mogho-Naba* (Paris: Les éditions Domat-Montchrestien).
- Englebert, P. 1996 *Burkina Faso. Unsteady statehood in West Africa* (Colorado: Westview Press).
- Erny, P. 1999 *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire* (Paris: L'Harmattan).
- Erny, P. 1968 *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire* (Paris: Le Livre Africain).
- Fortes, M. 1974 (1959) *Oedipus and Job in West African religion* (Cambridge: Cambridge University Press).
- Gomgnimbou, M. (dir.) 2009 *Histoire des royaumes et chefferies au Burkina Faso pré-colonial* (Ouagadougou: DIST) pp. 159-203.
- Halpougoudou, M. 1992 *Approche du peuplement pre-dagomba du Burkina Faso : Les Yônyônse et les Ninsi du Wubr-Tênga*. (Stuttgart: Franz Steiner Verlag).
- Hughes, E. C. 1984 *The sociological eye: selected papers* (New Brunswick: Transaction Books).
- INSD 2009 *Recensement General de Population et de l'Habitat 2006* (Ouagadougou: Ouagadougou, INSD).
- Ki-Zerbo, J. 1978 *Histoire de l'Afrique Noire* (Paris: Hatier).
- Kouanda, A. 1996 "La progression de l'islam au Burkina Faso pendant la période coloniale" en Massa, G. y Madiéga, Y. G. *La Haute-Volta coloniale* (Paris: Karthala) pp. 233-248.
- Lallemand, S. 1971 "La relation mère-enfant en milieu mossi traditionnel" en *Rapport de mission, Documents voltaïques*, N° 1: notes 8-5.
- Massa, G. y Madiéga, Y. G. 1996 *La Haute-Volta coloniale* (Paris: Karthala).
- Monné, R. 1994 *Contribution à l'Etude Juridique du Droit à la Santé en Afrique: Réflexion à partir de l'exemple du Burkina*, Tesis en Derecho Público, Universidad de Bordeaux I.
- Park, R. E. 1936 "Human ecology" en Lin, J. y Mele, C. *The urban sociology reader* (Abingdon: Routledge) pp. 83-90.
- Poulet, E. 1970 "Contribution à l'étude des composantes de la personne humaine chez les mossi", Doctorado de 3° ciclo en Filosofía, Universidad de Poitiers.
- Rabin, J. 1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage a la classe d'âge* (Paris: Payot).
- Sakanlé, M. 1960 "Souveraineté Nationale et Problème Sanitaire internationaux" en *Dakar*, 24 de febrero.
- Sawadogo, N. 2013 "Professions and the Public Interest", Tesis doctoral, Universidad de Nottingham.
- Sawadogo, N. 2006 *Problématisation de la maladie de l'enfant et concurrences dans l'espace thérapeutique à Lougssi* (Dakar: mémoire de DEA, UCAD).
- Sedogo, V. 2006 "Bref aperçu des activités sociales, économiques et Culturelles" en Hien, C. P. y Compaore, M. (dir.) *Histoire de Ouagadougou des origines à nos jours* (Ouagadougou: DIST) Segunda edición, pp. 99-126.
- Simporé, L. 2009 "Le geste de Wubri, le yagenga-faagda ou neveu liberateur" en Hien, C. y Gomgnimbou, M. (dir.) 2009 *Histoire des royaumes et chefferies au Burkina Faso pré-colonial* (Ouagadougou: DIST) pp. 159-203.

CyE  
Año VI  
Nº 12  
Segundo  
Semestre  
2014

CLAUDINE VALÉRIE ROUAMBA OUEËRAOGO  
Y NATEWINDÉ SAWADOGO

CyE

Año VI  
Nº 12  
Segundo  
Semestre  
2014

- Simporé, L. y Nacanabo, D. 2006 "La mise en place du peuplement et des institutions politiques" en Hien, C. P. y Compaore, M. (dir.) *Histoire de Ouagadougou des origines à nos jours* (Ouagadougou: DIST) Segunda edición, pp. 27-67.
- Skinner, E. P. 1989 *The Mossi of Burkina Faso: chiefs, politicians, and soldier* (Prospect Heights, Ill: Waveland Press).
- Suret-Canal, J. 1977 (1968) *Afrique Noire. L'ère coloniale 1900-1945* (Paris: Editions Sociales Crowder).

# Entre la Economía Ecológica y la Ecología Política

Joan Martínez Alier

## Resumen

El autor recorre los principales conflictos socioambientales globales, y especialmente de América Latina, desde el punto de vista de la Ecología Política y la Economía Ecológica. Presenta las investigaciones realizadas en esos campos, que analizan los conflictos a partir de categorías como *metabolismo social*, *biomasa*, *lenguajes de valoración*. Asimismo, da cuenta de las organizaciones sociales que surgieron, desde los ochenta, a causa de múltiples peligros ecológicos: por el agua, el cambio climático, la contaminación, los residuos, el extractivismo, la deforestación, entre otros.

Incluye una tabla con términos que surgieron, por fuera de los claustros,

## Abstract

*The author covers the main global and Latin American socio-environmental conflicts, from the viewpoint of the Political Ecology and Ecological Economics. He presents the investigations conducted in those fields, which analyze the conflicts based on categories such as social metabolism, biomass, and valuation languages. He also reports about the social organizations that have arisen since the eighties, because of multiple ecological hazards related to: water, climate change, pollution, waste, extractivism, deforestation, among others.*

*The paper includes a table with terms that emerged by the sound of the*

CvE

Año VI  
Nº 12  
Segundo  
Semestre  
2014