

EL PALUDISMO Y OTRAS PENURIAS. SALUD Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN TANZANIA

*Joan Muela Ribera & Susanna Hausmann
PASS-International vzw*

Introducción: La malaria como cuestión etnográfica

La mortalidad debida a malaria aporta unas cifras estremecedoras. De acuerdo con el *World Malaria Report* (WHO 2005), anualmente se producen entre 350-500 millones de episodios clínicos de malaria. El 60% de los casos y el 80% de las muertes tienen lugar en el África Subsahariana, y del millón de africanos que fallecen cada año, la mayoría son niños menores de cinco años. El problema que se plantea a los planificadores de la salud es que aún disponiendo de fármacos eficaces para combatir la enfermedad, muchos niños mueren porque no reciben el tratamiento adecuado. Es decir, son muertes que podrían evitarse.

El tratamiento rápido y adecuado es la única manera de impedir la muerte por paludismo en personas no inmunes (WHO 1993). Este grupo vulnerable incluye a los niños menores de cinco años, que todavía no han adquirido la semi-inmunidad para protegerse de la enfermedad. En este sentido, los autores del *Africa Malaria Report* (2003) insisten en que “*es vital que los pacientes, especialmente los niños menores de cinco años, inicien el tratamiento a las 24 horas del inicio de los síntomas, para prevenir la progresión – a menudo rápida – a malaria grave y muerte*”. De no recibir tratamiento, pueden morir entre las 36 y 48 horas - sin que debamos tomar estas cifras como límites absolutos.

Los datos de este artículo proceden de una etnografía médica que realizamos en la segunda mitad de los 90s en Lipangalala, una de las áreas más pobres de Ifakara, Tanzania. Lipangalala está situada en el valle del río Kilombero, un área donde la malaria es holoendémica. En Lipangalala la forma más común de malaria es también la más letal, la provocada por el *p. falciparum*. Durante nuestro estudio vivían en Lipangalala unas 3.000 personas, de las cuales cerca de la mitad es musulmana y la otra mitad católica. Las *kabila* (grupos étnicos) más numerosas son los *wandamba*, seguidos a cierta distancia

por los *wapogoro*. Bastante más alejados están, por este orden, *wagoni*, *wambungu*, *wabena*, *wabebe*, *wadwewe* y *wangindo*. La mayoría de los habitantes de Lipangalala son agricultores. El cultivo principal es el arroz, pero también el maíz y la mandioca.

Lipangalala, e Ifakara en general, se distingue de otras capitales de provincia y zonas rurales africanas por una larga historia de presencia biomédica. En la actualidad cuentan con un hospital bien equipado, el Saint Francis Designated District Hospital (SFDDH), la biomedicina es la primera opción para el tratamiento de la malaria, existe un buen conocimiento del problema fruto de numerosas campañas de salud y, sin embargo, el paludismo sigue siendo la primera causa de mortalidad infantil, con unas cifras muy por encima de lo que cabría esperar en estas condiciones.

La antropología médica entró en el campo de la malaria por la puerta de las 'creencias'. Una serie de estudios de principios de los 90s mostraban que la población considera la malaria como una enfermedad medianamente peligrosa, y que las formas graves de malaria, especialmente las que afectan a los menores de 5 años, se interpretan como 'enfermedades *folk*' causadas por espíritus, y que, por lo tanto, requieren tratamiento tradicional (Agyepong 1992, Matthies 1998, Molyneux *et al.* 1999, Munguti 1998, Mwenesi *et al.* 1995, Ongore *et al.* 1989, Ongore & Nyabola 1996; Winch *et al.* 1996, Tarimo *et al.* 2000). Sin embargo, más que con las 'creencias', en Lipangalala la terapia antipalúdica tropezaba con la falta de dinero y las dificultades para conseguirlo.

Cuando no se dispone de dinero en efectivo para pagar los costes directos médicos y no médicos del tratamiento (por ejemplo el transporte)¹ (ver Russell 2004), y no hay medicación almacenada en casa, estos recursos deben buscarse. En Lipangalala la responsable de este proceso suele ser la madre del niño enfermo². La búsqueda de recursos implica, por un lado, activar *estrategias*, que incluyen desde pedir dinero a las personas que de acuerdo con las normas sociales deben pagar el tratamiento, hasta pedir préstamos, realizar trabajo ocasional o vender

1 En la época de nuestro estudio, la dosis completa de cloroquina oral era de unos 200 shillings, mientras la cloroquina inyectable costaba 2.000 shillings. Si la medicación se compra por unidades sueltas en las tiendas puede costar más o menos el triple. Para hacernos una idea, 160 shillings era lo que se pagaba por 1 Kg. de arroz no procesado, con oscilaciones del precio hasta los 190 shillings el kg. Hay que tener en cuenta que, como a menudo hay coinefecciones y sobreinfecciones, el tratamiento acaba siendo siempre más caro. En un estudio que realizamos con 22 niños menores de 5 años con malaria, sólo en 5 casos el diagnóstico fue exclusivamente 'malaria', en los demás se añadían infecciones urinarias y respiratorias sobre todo, pero también 'gusanos', una afección de la piel, etc. La media de los costes en medicación fue de 460 shillings, con un mínimo de 200 y un máximo de 2.700. La mediana fue de 350 shillings. Los costes directos no médicos suelen ser escasos, excepto si deben cruzar el río Kilombero en el *ferry*, lo que cuesta 200 shillings en una dirección. Una opción más barata y ampliamente utilizada es atravesar el Kilombero con las barcas de pesca.

2 Para las enfermedades consideradas 'normales' o 'de Dios', como la malaria, es la familia más próxima la responsable de la enfermedad. Si la enfermedad se atribuye a la brujería es la familia extensa, y a su cabeza los ancianos y personas con autoridad, la responsable de solucionar el problema (Hausmann-Muela *et al.* 2000).

bienes de subsistencia. La mayor parte de las estrategias conllevan una movilización tanto de las redes sociales como de los bienes tangibles e intangibles de la unidad doméstica.

En este artículo trataremos un proceso escasamente estudiado, sobre todo en el ámbito de la malaria: la búsqueda de recursos para pagar los costes de la enfermedad en un contexto de vulnerabilidad física y pobreza generalizadas y fuertes desigualdades de género.

Métodos

Los métodos utilizados relevantes para este artículo fueron:

1. Realizamos un total de 81 entrevistas en profundidad, 65 de ellas a madres con niños menores de cinco años – grupo diana por la elevada mortalidad debida a malaria en este grupo de edad – y las restantes con padres y cabezas masculinas de unidades domésticas.
2. Realizamos tres discusiones focales en Lipangalala sobre el proceso de toma de decisiones, una con mujeres de la comunidad (dos maestras y seis campesinas), otra con mujeres *balози*³ (siete participantes, todas ellas campesinas) y una última con hombres *balози* (ocho participantes, también campesinos).
3. En la época de máxima pluviosidad recogimos un total de 21 casos de malaria infantil tratada en el hospital. Las variables sociológicas (grupo étnico, religión, ocupación y educación formal) de los casos no se desvían demasiado de las mismas variables obtenidas en la muestra seleccionada al azar que elaboramos para Lipangalala.

Salud infantil y toma de decisiones en la unidad doméstica

La base de las unidades domésticas de Lipangalala, en términos de la norma descrita por los entrevistados, es la familia extensa patrilineal. Sin embargo, las unidades domésticas de Lipangalala son de cuatro tipos: las monoparentales femeninas (la madre con su o sus hijos), las unidades domésticas encabezadas por mujeres, donde la base es la familia extensa; las encabezadas por hombres, basadas en la familia extensa; las basadas en la familia nuclear y las basadas en la familia polígama. Aún si se cumple la norma, es habitual que parientes de las mujeres residan con ellas en la unidad doméstica de sus maridos.

3 El responsable de diez unidades domésticas. Es el líder local de más bajo rango en el sistema político de Tanzania.

Según los datos del *Demographic Surveillance System* (DSS) de Ifakara para el valle del Kilombero, el 81% de las unidades domésticas están encabezadas por hombres y el 19% restante por mujeres (Schellenberg, 2001), pero no distinguen las monoparentales femeninas de las otras formaciones lideradas por mujeres. Nuestra impresión es que en Lipangalala hay un elevado número de unidades domésticas monoparentales femeninas, más que, por ejemplo, en Ifakara ciudad y otras comunidades vecinas.

Las unidades domésticas a las que pertenecen las mujeres de los estudios de caso son: 7 monoparentales femeninas (la madre con su o sus hijos); 3 unidades domésticas encabezadas por mujeres, donde la base es la familia extensa; 11 unidades domésticas encabezadas por hombres, 6 de ellas basadas en la familia extensa, 4 en la familia nuclear y 1 en la familia polígama.

Las mujeres de Lipangalala, aunque estén casadas, siguen perteneciendo a su patri-linaje y a la *kabila* de su padre. Si sus hijos son reconocidos por el padre, aunque no haya pagado la dote ni vivan juntos pertenecerán al patrilineaje y a la *kabila* paternos, pero si no los reconoce permanecerán en el grupo materno. Las mujeres siguen manteniendo vínculos importantes con su propia familia, que tiene capacidad y autoridad para decidir en los asuntos concernientes a las mujeres, casadas o no, y sus hijos. Los conflictos se resuelven entre los *wazee* (ancianos) de ambos grupos familiares. Si la negociación no da resultados, se plantea el problema ante el *balози*, y si éste tampoco puede resolverlo, el asunto pasa a manos del líder tradicional. Si la negociación no da resultados, se plantea el problema ante el *balози*. Finalmente es el líder tradicional de la comunidad quien se encarga de dirimir los pleitos.

En las discusiones focales todos los participantes estuvieron de acuerdo que en caso de necesidad, por ejemplo si el niño está enfermo, la mujer puede decidir por sí misma ir al hospital. Pero fijémonos en los argumentos: En una sesión realizada a los hombres *balози* uno de ellos dijo “la mujer puede decidir *siempre que no esté el marido*, sin necesidad de su autorización”. El siguiente participante corroboró lo anterior, “si el hombre no está en casa la mujer puede decidir. *Si hace lo correcto el marido no puede quejarse*”. Y otro precisó: “la mujer puede decidir ir al hospital con su hijo, pero no para buscar trabajo, para ello debe consultar a su marido o a su padre” (sin embargo si va a la *shamba* no es necesario).

Una discusión focal con mujeres de la comunidad tomó un rumbo un tanto distinto, y centraron el debate en las estrategias y la capacidad de decisión de las mujeres. Una participante afirmó que “las mujeres deciden sobre la salud de sus hijos sin contar con sus maridos”. La siguiente mujer en tomar la palabra matizó esta frase, argumentando que “el hombre normalmente decide porque es el cabeza de familia y por lo tanto se espera que decida él, aunque a veces la mujer puede tomar una decisión, pero se le consultará a él para pedirle su aprobación, o le informará *así que esta decisión salga de él aunque originalmente fue la idea de*

la mujer”. La conversación siguió con otra participante: “Cuando se trata de influenciar las decisiones, esto depende de los objetivos, así como del respeto que se tienen mutuamente el hombre y la mujer. En algunas familias todos los asuntos de la unidad doméstica reposan sobre la mujer, entonces esté o no presente el hombre es ella quien decide. Pero si tu pareja no es de este tipo entonces *la mujer debe buscar la manera* (camino) *para influenciar las decisiones* de su marido. De otro modo, si él toma todas las decisiones como cabeza de la unidad doméstica, como mujer estarás en desventaja para conseguir tus objetivos”. [“¿Qué mujeres pueden decidir?”, preguntamos] “A veces la mujer puede decidir porque tiene dinero, a veces porque su marido es débil. Si ella se da cuenta de que la naturaleza de su marido es blanda, entonces ella fácilmente puede tomar el liderazgo en la toma de decisiones, aunque el hombre sea económicamente fuerte. Entonces los vecinos comentan que tal hombre está dominado por su mujer”. El hecho de que las mujeres dispongan de dinero fue enfatizado por todas las participantes como fundamental para ser respetadas. Después situaron la educación, los buenos modales y otras conductas de las mujeres típicamente bien valoradas en Lipangalala: que no beba alcohol, que cuide de sus hijos, que no difunda rumores, etc.

Los conceptos de ‘informar al padre’ y ‘pedir consejo’ son fundamentales para entender cómo se toman las decisiones en Lipangalala. La norma es que las mujeres deben informar al padre de su hijo enfermo del problema que sufre, para que éste decida, pero en la vida cotidiana ‘informar’ significa habitualmente comunicarle el problema y la acción tomada, cuando el padre no está en casa o no reside con la madre. Se informa a los padres que han reconocido a sus hijos y a los que pagan la medicación, aunque solo sea de vez en cuando, pero si observan un desinterés reiterado del padre, las mujeres acaban dejando de pedirles dinero e incluso de informarles.

Veamos ahora los estudios de caso (21): cuando madre y padre conviven (7), la decisión de llevar a sus hijos al hospital la toman básicamente ellas (4). En 3 de estos 4 casos, aunque decida la madre, el marido acostumbra a pagar el tratamiento. De los 3 casos restantes, en uno deciden ambos y en otro ella con la madre de su marido. Sólo una informante nos dijo que las decisiones las toman su marido y la madre de su marido. En estos 3 casos también paga el marido (Tabla 1). Estos datos nos permiten cuestionar un supuesto muy extendido en salud pública: si el padre paga, decide⁴.

⁴ Halima Mwenesi (1995) argumenta lo siguiente: La norma en África es que las mujeres son cuidadoras, mientras la capacidad de decisión reside en el padre del niño, así como la obligación de aportar los recursos para que sea tratado adecuadamente en caso de enfermedad. La problemática que expone Mwenesi es que las mujeres son efectivamente quienes primero observan la enfermedad de sus hijos, interpretan sus síntomas, evalúan su gravedad y los cuidan. Los hombres son los que deciden qué hacer y cuándo, porque son ellos los que en última instancia controlan el dinero necesario para costear el tratamiento. Esto plantea la paradoja de que mientras las mujeres conocen las necesidades de sus hijos pero no tienen recursos económicos ni capacidad de decisión, los hombres tienen los recursos, pero son ajenos a los males que aquejan a sus hijos.

Si nos fijamos ahora en los 14 casos restantes, en los que la madre no vive con el padre de sus hijos, sólo en uno decide la madre de la informante (18 años), cabeza de la unidad doméstica. En las 7 monoparentales femeninas decide la madre del niño enfermo. En el caso de una informante que vive con su hermana, deciden conjuntamente. En las 4 unidades domésticas encabezadas por el padre de la informante y en la encabezada por el hermano, en 3 decide ella, en 1 la informante conjuntamente con su madre, y en la última ella, con su hermano y su madre.

Las personas que aconsejan a las madres suelen ser mujeres, y de más edad que ellas. El tío materno también da consejo a veces, sobre todo si es una persona respetada en la familia, pero debemos distinguir entre el consejo cotidiano sobre qué hacer en un momento dado, y las orientaciones sobre procesos más largos, donde estas figuras de prestigio en la familia tienen un papel destacado. En los episodios diarios obviamente aconsejan las personas que viven cerca, y sólo si las cosas se complican acudirán a familiares de más confianza aunque residan o en este momento estén lejos.

¿Quién paga el tratamiento?

En Lipangalala la norma es que el padre debe pagar el tratamiento de sus hijos. El 'hombre responsable' modélico es aquel que paga los costes generales de la casa, los gastos de los hijos y hace regalos a su esposa. Está muy bien visto que el hombre casado sufrague los gastos de los hijos de su mujer habidos con otro hombre, pero no está obligado a ello ni se espera que lo haga. Del mismo modo la mujer casada no tiene el deber de cuidar los hijos de su marido con otra mujer, aunque vivan en la misma casa. En general el dinero que gana la mujer con su trabajo le pertenece a ella, aunque debe informar a su marido tanto de lo que gana como en qué lo gasta, dicen que para que el marido no sospeche (i.e. que no es un regalo de otro hombre). El marido administra, en todos los casos, su propio dinero.

Cuando una mujer pide dinero para su hijo, debe acudir, en primer lugar, al padre del niño. Si éste no tiene o no quiere darlo, acudirá al padre del padre y, si la demanda tampoco da resultados, al hermano mayor del padre del padre y al hermano mayor del padre sucesivamente. Si esta vía resulta infructuosa, lo pedirá, por este orden, a su propio padre, al hermano mayor de su padre, y a su hermano mayor. En todos estos procesos la mujer debe buscar la intercesión de otras mujeres relevantes: la madre del padre, su propia madre o las hermanas mayores. Aunque este recorrido normativo es un esquema para conductas reales, en los episodios de malaria, que no implican fuertes sumas, las mujeres acortan los tramos porque más o menos ya saben a quienes pueden pedir y a quienes no. Algunas madres ya no piden al padre de sus hijos, otras lo intentan sistemáticamente aunque ya suponen que la respuesta será negativa.

Las prácticas que se reflejan en los estudios de caso no siguen, en modo alguno, un único patrón: En 6 casos normalmente pagan las madres, en 7 es el padre del niño, en 3 pagan otros familiares, y en 5 pagan las madres pero reciben ayuda habitual. Los términos ‘normalmente’, ‘de manera habitual’, etc. los utilizo para enfatizar que, aunque se dan estas tendencias, las conductas están sujetas a las circunstancias específicas en las que se inscribe cada caso.

Si nos atenemos a los casos estudiados vemos que entre las mujeres casadas, en el caso de la familia polígama el padre no paga, y en otro caso el padre paga sólo a veces, siendo la madre del marido quién cubre habitualmente los costes sanitarios del niño. En los otros 5 sistemáticamente paga el marido. Entre las mujeres que no conviven con el padre de sus hijos, sólo una recibe el dinero de su ex-marido y otra puede contar a menudo con el padre de su hijo. En el resto de los casos los padres de los niños pagan muy raramente. En 5 de ellos pagan siempre las madres mismas (en uno paga normalmente la madre del niño, pero para el caso estudiado pagó su hermana - los costes de los otros 3 hijos los cubre el padre de la madre); en otros 5 casos paga la madre, pero recibe ayuda habitual de su propia madre (2), de sus hermanos (2), de su hermana (1); en 1 caso paga habitualmente el padre de la madre, aunque para el caso recogido el hermano del padre costeó una parte del tratamiento porque el padre de ella no estaba, y en otro caso paga sistemáticamente el hermano de la madre, que es cabeza de la unidad doméstica (Figura 1).

Figura 1. Quien paga el tratamiento.

Quien paga	Padre y madre conviven (7)	Padre y madre no conviven (14)
Padre/familiares padre	6	2
Madre/familiares madre	1	12

En las entrevistas anotamos lo que las mujeres consideran ‘habitual’ y quién pagó en el caso estudiado. Aunque de ningún modo debemos entenderlo como patrones fijos, creo que reflejan bastante bien el estado de la cuestión en esta época del año, cuando el dinero escasea y los problemas abundan. Con todo, el factor central (en estos casos, pero creo que es generalizable) que define quién paga es si el padre de los niños convive con la madre.

Aunque en Lipangalala dicen que muchos maridos no pagan porque prefieren ir al ‘club’ para beber cerveza a invertir en la salud de sus hijos, a partir de los casos puede

inferirse que los hombres que conviven con la madre de sus hijos, aunque dispongan de recursos escasos o deban trabajar ocasionalmente para cubrir los costes, tienden a pagar los gastos médicos. En contraste con ellos, los que no conviven con la madre de sus hijos sólo pagan cuando están económicamente bien, sobre todo cuando tienen un empleo. Esto podría explicarse no sólo porque poseen los recursos, sino porque los que están en una relativamente buena posición económica, también gozan de un buen estatus social, y deben ser ‘respetables’.

Muchos hombres de Lipangalala son extremadamente pobres y el trabajo remunerado es escaso. Pero las mujeres, y más si están solas, lo tienen peor, porque el acceso a los recursos y al trabajo favorece en general a los hombres. Sin embargo, el papel tradicional atribuido a los hombres como cabeza de familia⁵ y a las mujeres como ‘cuidadoras naturales’ tiende a justificar la situación actual. Socialmente parece ser más aceptable un padre que elude la paternidad a un marido incapaz de proveer los alimentos que su familia necesita. Del mismo modo, sería tan inconcebible que una mujer no se quedase con sus hijos pequeños como sorprendente que lo hiciese el padre. De hecho, los hombres sólo deciden llevarse a sus hijos mayores de siete años, tal como les faculta la ley, si conviven con otra mujer y están mínimamente establecidos en una unidad doméstica. E incluso en estas condiciones se considera normal que la madre se desplace para cuidar a sus hijos cuando enferman. Por otro lado, no tengo noticia de que en alguna de las unidades domésticas compuestas exclusivamente por hombres (padre e hijo, dos hermanos), que por lo que sé son muy pocas, haya personas dependientes.

Una de las consecuencias de este sistema de valores es que en caso de separación el ‘paquete de dependientes’ recae siempre sobre la mujer, lo que aparte del tiempo destinado a los cuidados y las limitaciones que esto conlleva, implica una menor movilidad de las mujeres solas con hijos en relación con los hombres tanto geográfica (si el padre reconoce al hijo la madre no puede alejarse de la comunidad sin su permiso) como familiar (el tránsito de personas jóvenes por las distintas unidades domésticas a las que por familia están vinculados, es una práctica habitual).

Desigualdades de género, enfermedad y otras penurias

Hasta aquí hemos visto normas y realidades de la toma de decisiones que afectan la salud de los niños, y sobre quién paga el tratamiento. Sin embargo, que efectivamente pueda costearse depende de una compleja serie de factores, que incluyen el acceso a los recursos, sobre todo a la tierra de cultivo, del círculo fatídico que envuelve la epidemio-

5 El papel del hombre como ‘el proveedor de su familia’ lo establece, además, la ley de matrimonio de 1971.

logía de malaria y el ciclo agrícola, y de la capacidad de activar estrategias para hacer frente a la enfermedad que no tengan un gran impacto negativo a medio y largo plazo.

Acceso a los recursos económicos

A pesar de los intentos de todos los gobiernos, tanto coloniales como de la Tanzania independiente, por incrementar la producción agrícola - desde el trabajo forzoso y el cultivo impuesto del algodón hasta las cooperativas y los programas de irrigación - en Lipangalala sigue dominando la agricultura de subsistencia. Al definirla como 'de subsistencia', enfatizamos no sólo el peso relativo de la producción para el autoconsumo (vs. producción para el mercado), sino que en Lipangalala la mayor parte de las personas cosechan por debajo o en el lindar de la subsistencia, definida como necesidades calóricas. No existe en la actualidad una agricultura de subsistencia al margen de la producción agrícola para el mercado (Evers *et. al.* 1984), por ejemplo en Lipangalala muchas personas venden parte de la producción de arroz para comprar maíz para el consumo propio, lo que les resulta más rentable.

Un estudio publicado en 1993 muestra que un 60% de las unidades domésticas en el Kilombero District producen arroz y maíz por debajo de los niveles de subsistencia (KVTC 1993), lo que, teniendo en cuenta que Lipangalala es una comunidad mayoritariamente arroceras y pobre, permite suponer que el porcentaje no es aquí más reducido. En Lipangalala el arroz es un cultivo de las unidades domésticas, e incluso de los individuos, más que de grandes grupos, ya sea de parientes o cooperativas. Parte del grano cosechado se vende a pequeños comerciantes que lo distribuyen en los mercados locales y regionales, y otra pequeña parte sirve para obsequiar a los parientes que, por ejemplo, no se dedican a la agricultura.

Los terrenos más fértiles para el cultivo del arroz son los más cercanos al río. Y son éstos, obviamente, los más valorados por los campesinos, no sólo de Lipangalala, sino de toda la zona. El río Kilombero está a poco menos de 10 Km. de Lipangalala por la carretera que va de Ifakara a Mahenge, una distancia que los locales transitan andando, salvo los bien estantes, que pueden ir en bicicleta. En la orilla hay un pequeño mercado y la estación del *ferry* que cruza el río. Las personas que tienen la *shamba* al otro lado pueden necesitar varias horas para ir de casa a su parcela.

Las *mashamba* más alejadas del río - y por lo tanto menos fértiles - y las más alejadas de Lipangalala son los únicos terrenos accesibles para quien desea adquirir nueva tierra. En la época de nuestro trabajo de campo estas tierras incultas y distantes eran todavía fáciles de obtener gratuitamente. La legislación, inspirada por el socialismo africano, promulga que cualquier ciudadano de Tanzania, hombre o mujer, tiene el derecho de cultivar campos

en desuso, con el único requisito de que el jefe local tradicional (u otra autoridad reconocida) lo autorice. Consuetudinariamente en el valle del Kilombero el sólo uso de la tierra concede derechos sobre ella, de manera que las familias la pueden legar en herencia. A diferencia de otras regiones del valle, en Ifakara tanto hombres como mujeres pueden ser herederos, aunque los hombres suelen salir francamente favorecidos.

De acuerdo con el estudio de la KVTC (1993), las maneras más frecuentes de adquirir las *mashamba* eran, en la época de la investigación, las concesiones de los jefes 'tradicionales', la herencia y los acuerdos locales. De todas maneras, debido a la creciente presión demográfica, acceder a tierra de calidad era ya imposible en los 1990s de no ser por herencia o compra, una práctica esta última cada vez más consolidada y extendida, pero que sitúa a los pobres y a las personas que por razones diversas no tienen *shamba* propia en una posición muy vulnerable.

Según el informe del KVTC (1993) sobre la economía del valle, "la medida de los campos de cultivo va de las 0.4 ha. (1 acre) a las 23 ha. (57.5 acres). Los campos que miden entre 0.5 y 2.4 ha. (de 1.2 a 6 acres) constituyen el 66% de la muestra. El principal útil de cultivo es la azada, lo que explica el pequeño tamaño de los campos" (KVTC 1993:22). Aunque no hay limitaciones legales para que una mujer pueda acceder a grandes superficies de cultivo, los campos más rentables y de mayor tamaño del valle del Kilombero suelen pertenecer a hombres, porque para trabajar grandes superficies de terreno fértil es imprescindible tener la capacidad de movilizar a un número suficiente de personas, y pocas mujeres – aunque las hay – tienen esta capacidad.

Una extensión que se considera aceptable es de 5 acres (2 ha.) destinados al cultivo de arroz, que en condiciones regulares pueden producir unos 30 sacos de 75 Kg., que después de la cosecha pueden venderse por unos 12.000 *shillings* el saco. Sin embargo la superficie media de *shamba* de las mujeres de nuestro estudio no llega al acre (0.98 acres), siendo la superficie máxima de 2 acres. La superficie media de *shamba* de las unidades monoparentales es de 1.3 acres. Según una informante, "las mujeres dependen sobre todo de los cultivos, pero esto hoy en día es un problema porque los gastos (de producción) son 15.000 shillings, y las tasas del colegio también las paga la madre. Los cultivos no dan para tanto. Una mujer trabajando muy duro puede llevar un acre de tierra, lo que no es suficiente".

Lo habitual en Lipangalala es que las mujeres conserven su *shamba* después de casarse y posean sus propios campos independientes de los de su familia. Si la mujer vive en unidades domésticas grandes, su trabajo se integra - más o menos porque este es un tema extremadamente complejo - en la economía de la unidad doméstica, pero si se separa y no puede o no quiere regresar a la unidad paterna, no sólo deberá trabajar intensamente en su *shamba* y buscar otras alternativas laborales, sino que ha de ocuparse de sus hijos y realizar

otras actividades domésticas que los niños no pueden todavía hacer (buscar leña, agua, cocinar, etc.). Los hombres, por el contrario, o se unen a otra mujer o vuelven a la unidad doméstica de sus padres, hermanos, etc. donde siempre son bienvenidos, porque son mano de obra activa casi nunca acompañada de dependientes.

Además de las actividades agrícolas, los habitantes de Lipangalala mejor situados, hombres en general, han creado su espacio en el sector terciario, siempre muy competitivo y, por lo tanto, campo abonado para las acusaciones de brujería. Algunos poseen pequeñas tiendas de ultramarinos donde venden petróleo para las lámparas, cigarrillos por unidades, pasta de dientes, tomates, pescado seco, sal, papel higiénico, comprimidos de paracetamol, de cloroquina, y un variado etcétera. Otros se dedican al pequeño comercio, a la reparación de bicicletas, a la carpintería y servicios diversos. Los más afortunados están empleados por las instituciones locales como vigilantes, cocineros, jardineros o en la limpieza. Aquí también los hombres tienen mejores oportunidades, aunque las mujeres pueden acceder a labores de limpieza y cocina. Los pocos hombres y mujeres con estudios medios o superiores trabajan como maestros, oficinistas o sanitarios (técnicos, enfermeras y oficiales médicos).

Las mujeres son las encargadas de confeccionar y vender el *pombe*, la cerveza local de maíz, y algunas complementan sus ingresos preparando *mandasi*, *samosa* y otras pastas que venden en pequeñas cantidades a los transeúntes y viajeros. Un recurso muy habitual para ganarse el sustento es emplearse esporádicamente para trabajar en los campos de arroz de otras personas, o para ayudar en la construcción de una casa, etc. Esta actividad es común para pagar deudas cuando no se dispone de dinero y la puede realizar cualquier miembro de la familia del deudor. El trabajo en el campo de otras personas también se ofrece en el marco de relaciones bien establecidas de reciprocidad, una práctica ampliamente extendida en tiempos precoloniales y coloniales (Monson 1991) pero que, en opinión de los locales, se está perdiendo en la actualidad.

Todas las unidades domésticas tienden a diversificar las estrategias productivas, incluyendo los cultivos de maíz, básicamente para el autoconsumo, pero sobre todo los pequeños negocios y el trabajo asalariado.

Estrategias para hacer frente a la enfermedad

La espera es una estrategia clave para la gente (Ryan 1998). Aunque los expertos en malaria recomiendan acudir a los servicios médicos ante los primeros síntomas, las madres tienden a posponer la búsqueda de ayuda especializada, porque en este tiempo pueden observar la evolución de la enfermedad en términos de gravedad e identificarla mejor. Esto les evita emprender acciones desde su perspectiva innecesarias, que les

consumirían tiempo y dinero. En los casos estudiados sólo una madre decidió no llevar a su hijo al hospital – aunque sí lo trataba en casa con medicación que adquiriría en las tiendas – porque no podía dejar a sus otros hijos solos y su trabajo si en el hospital decidiesen ingresar al pequeño.

La red social o ‘ser ricos en gente’ es indispensable en caso de enfermedad. Estas personas no sólo aportan consejo y soporte emocional, sino ayuda para cuidar al niño enfermo, o para las labores que la madre no puede atender si es ella la que acude al hospital con su hijo, como normalmente sucede. La red social incluye personas que viven en la misma unidad doméstica, por ejemplo la co-esposa y otras familiares femeninas, o vecinas, pero también amigas y familiares que, aunque residan relativamente lejos, pueden desplazarse por un cierto tiempo. Hemos visto, por ejemplo, que madres de niños que han ido a vivir con su padre van a casa de él para cuidarlos. De entrada, las unidades domésticas monoparentales son las que se encuentran en una posición más débil, sobre todo si las mujeres carecen en el vecindario de amigas y parientes con quienes están bien relacionadas. Además, si los padres se llevan con ellos a sus hijos, pero sobre todo a sus hijas cuando tienen siete años, dejan a la unidad doméstica desprovista de unas manos muy valiosas para cuidar de sus hermanos más pequeños.

El pago del tratamiento no depende tanto de la red social como de si los parientes que de acuerdo con el sistema de valores de Lipangalala deben contribuir económicamente tienen la capacidad real y la voluntad de hacerlo. Sin embargo, la red social vuelve a ser clave cuando debe activarse la principal estrategia para cubrir los costes del tratamiento si no se dispone de dinero en efectivo: los préstamos. Normalmente se pide prestado a personas que tienen un empleo o una tienda que les proporciona ingresos regulares, y dentro de un círculo de familiares y amigos. De todos modos no es siempre fácil encontrar a alguien que acceda sistemáticamente a prestar, sobre todo en la época que precede a las cosechas. Lo habitual es que la búsqueda de un préstamo implique un recorrido social, pero también físico, hasta encontrar a alguien que finalmente accede. En uno de los casos el padre del niño enfermo pudo encontrar a alguien que le prestase dinero después de seis intentos fallidos y tras nueve horas de búsqueda; en otro la madre lo había intentado cuatro veces en cinco horas. Un problema importante es que no pueden pedir prestado a alguien a quien todavía le deben dinero, por lo que no es inusual que la red de personas disponibles vaya reduciéndose hasta extinguirse a lo largo del período de escasez.

En 9 de los 21 casos estudiados recurrieron al préstamo, con mucho la estrategia puntual más utilizada, seguida de 2 casos en los que buscaron trabajo ocasional para costear la compra de los medicamentos. El trabajo ocasional, a veces trabajando para el acreedor, fue el medio más empleado para devolver los préstamos. Hay dos ámbitos que

ofrecen posibilidades de encontrar trabajo esporádico: la construcción y el cultivo del arroz y, en menor medida, del maíz. En la construcción pueden trabajar tanto hombres como mujeres, y el trabajo de éstas consiste básicamente en transportar el material. Las casas se construyen en la estación seca, porque hay más dinero disponible y, de todos modos, las lluvias impedirían este tipo de actividad. En los campos de cultivo obviamente se trabaja en función del ciclo agrícola. Las *mashamba* grandes requieren mano de obra puntualmente para preparar los campos, sembrar, aclarar el arroz, escardar, y cosechar el grano.

El principal problema que supone activar sobre todo esta última estrategia es que el trabajo agrícola tiene fases de actividad intensa, que no puede posponerse, por lo que trabajar en la *shamba* de otra persona puede acabar mermando la propia producción. Esto es especialmente grave en las unidades domésticas monoparentales y con escasa red social, que en general son las más pobres, pero las que más activan esta estrategia para salir de las crisis puntuales. El efecto es una cosecha a menudo deficitaria, con el doble impacto de que necesitarán más dinero, siempre difícil de obtener, para adquirir alimentos además de los otros productos necesarios y se incrementa el riesgo de malnutrición. En varios de los casos estudiados las mujeres habían sufrido pérdidas importantes en la producción de su *shamba* debidas a la enfermedad de sus hijos o de ellas mismas.

Hay otras estrategias puntuales que también pueden conducir las unidades domésticas a situaciones de vulnerabilidad tanto física como social. Las estrategias basadas en la venta de bienes de subsistencia han sido bien descritas (Sauerborn *et al.* 1996), pero tienden a mostrarse como una serie de secuencias algorítmicas desencarnadas de su contexto. La más utilizada en Lipangalala es probablemente la venta de del arroz almacenado para el autoconsumo. Sin embargo, en ninguno de los casos estudiados recurrieron a esta estrategia, tal vez porque ya quedaba poco arroz para vender. Aparte de los factores macroeconómicos que determinan el precio del arroz, el precio de este producto en el mercado local depende de la época del año. Después de la cosecha los precios son muy bajos, porque la cantidad de arroz que entra en el mercado es mucha, y si los pequeños comerciantes que lo compran en Ifakara perciben que alguien necesita venderlo puede bajarlos todavía más. Los pequeños agricultores que producen unos pocos excedentes saben bien que deberían aguardar unos meses para vender los sacos de arroz que destinan al mercado, pero esto no suele ser posible porque cuando llegan las cosechas tienen gastos importantes, por ejemplo el transporte del grano y las deudas que han ido adquiriendo. El problema es que si después de la cosecha se ven obligados a vender el arroz previsto para el autoconsumo, no sólo los beneficios son mínimos, sino que la unidad doméstica puede verse fácilmente sumida en una espiral fatídica: en tiempo de escasez

deberán trabajar para comprar comida a un alto precio y no podrán dedicarse a su propia *shamba*, de manera que la próxima cosecha también se verá afectada.

Otras estrategias activadas para adquirir medicación son comprar en las tiendas pequeñas uno o dos comprimidos para iniciar la terapia y dejar tiempo para conseguir el dinero para el resto. Lo que sucede es que si el niño mejora suele interrumpirse el tratamiento. En uno de los casos hemos visto que la protagonista no da la dosis completa para tener una reserva a utilizar en episodios venideros. Estas prácticas, probablemente inevitables en la coyuntura actual, suelen conducir a una situación de constantes mejoras y recaídas, peligrosa y comparativamente cara a la larga. Favorecen además la resistencia de los parásitos a los fármacos antipalúdicos, lo que implica más episodios inconclusos, más costes y más muertes.

Ciclo agrícola y epidemiología de malaria

La economía de Lipangalala está marcada por el arroz, y éste por su ciclo agrícola, que depende las crecidas del río Kilombero y, en última instancia, de la pluviosidad. Las lluvias empiezan a finales de noviembre y duran hasta enero, para retomar lo que sería propiamente la estación húmeda con las grandes lluvias de febrero hasta mayo, inicio de la estación seca. Los meses de mayor pluviosidad son, en orden creciente, febrero, marzo y abril. Entre enero y febrero hay un breve período sin lluvias que de alargarse puede arruinar el crecimiento del arroz (Jätzold & Baum 1968).

El ciclo agrícola del arroz tiene importantes consecuencias para la población de Lipangalala. En la estación de las lluvias se dan una serie de circunstancias clave para entender el papel de la malaria en las espirales de vulnerabilidad (Figura 2):

1. La mayor parte del trabajo agrícola se realiza durante la estación húmeda. Se inicia con la preparación de la tierra y la siembra del grano justo antes de las lluvias y culmina con la cosecha a finales de mayo, pero el período de trabajo más arduo es durante las grandes lluvias. La escarda (limpieza de las hierbas que crecen con el arroz) es una de las labores más pesadas por la posición corporal que requiere, y también la que más tiempo consume. Cuando la planta crece las personas deben permanecer en el campo para evitar que pájaros y animales salvajes destruyan la cosecha. Como a menudo los campos de cultivo (*mashamba*) están lejos de la residencia habitual, durante las épocas de trabajo intenso los campesinos suelen instalarse en viviendas muy rudimentarias construidas en las *mashamba*.

2. El factor distancia y el riesgo de dormir en la *shamba*. En términos de acceso al hospital Lipangalala es una comunidad privilegiada. El hospital de Ifakara está ubicado en Mlabani, una comunidad vecina, a entre 15 y 30 minutos andando desde Lipangalala. El

acceso al hospital, incluso en la época de lluvias, cuando la carretera es a menudo intransitable, tampoco supone un gran problema. Sin embargo el acceso es muy distinto cuando las personas están en la *shamba*. Para comprender el papel de la estancia en la *shamba* en el retraso terapéutico debemos tener en cuenta (1) que el riesgo de contraer malaria en la *shamba* es más elevado que en Lipangalala, no sólo porque hay más mosquitos, sino por las malas condiciones de las cabañas donde duermen; y (2) los factores de retraso, no sólo el estado de los caminos y la distancia de la *shamba* al hospital, sino el ritmo de trabajo en la *shamba*, marcado por el ciclo agrícola, las condiciones climáticas, la presencia de animales o ladrones que deben ser ahuyentados, etc., y si hay personas disponibles que puedan realizar el trabajo de la madre durante todo el tiempo que ella está en el hospital.

Los campesinos de Lipangalala, como toda persona que tiene una *shamba*, por pequeña que sea, pasan largas temporadas en los campos de cultivo, a menudo distantes de Lipangalala. Si la *shamba* no está muy lejos, el trabajo puede realizarse pernoctando en Lipangalala, pero proteger los cultivos de pájaros, animales salvajes y ladrones de cosechas requiere una permanencia constante. Estas labores, como todas, se organizan entre las personas de la unidad doméstica, pero siempre que las mujeres están en la *shamba* sus hijos menores están con ellas. Los campesinos importantes pueden emplear ocasionalmente a otros más necesitados, como se ve en los estudios de caso.

El tiempo de permanencia en la *shamba* varía mucho en función de la distancia - aquí debemos incluir los costes de transporte si la *shamba* está muy lejos o al otro lado del río Kilombero -, del trabajo y del número de personas que participan en el trabajo o pueden ayudar puntualmente, cuando es necesario. Algunas personas llevan medicación a la *shamba* por si la necesitan, y también hay pequeñas tiendas donde comprar aspirina, paracetamol y cloroquina, pero acudir al hospital desde la *shamba* requiere siempre un esfuerzo, sobre todo si el trabajo apremia o si las lluvias inundan los caminos.

El período que requiere mayor presencia es desde mitad de marzo, época de la siembra, hasta la cosecha, entre julio y agosto. Los casos van desde una mujer que permanece todo este tiempo en su *shamba* de 2 acres y a 20 Km. de casa, hasta la familia que tiene una *shamba* de 1 acre y medio, a 2 Km., y que no duermen nunca en su campo. Es muy frecuente que pasen unos 15 días seguidos en la *shamba* y regresen por unos días a su casa de Lipangalala⁶. También, si pueden, las personas de una misma unidad doméstica, o con la ayuda de otros familiares, se turnan en sus estancias.

6 Hasta unos 12 Km. la gente va andando, a una velocidad aproximada de unos 4 Km. por hora (nos dieron la distancia en Km. y en tiempo de viaje), o en bicicleta. Más de 12 Km. suelen recorrerlos en bicicleta, a una velocidad de unos 6 o 7 Km. por hora, aunque tanto el medio de transporte como la velocidad dependen de si van cargados o no, de la edad, de la capacidad económica de cada unidad doméstica, etc. Los viajes de entre 2 y 3 horas son habituales.

En la *shamba* tanto la distancia como la presión del trabajo son serios obstáculos para acudir rápidamente al hospital en caso de necesidad. A ello deben añadirse las difíciles condiciones de transporte durante la estación de las lluvias, porque la carretera que lleva hasta el río está a menudo inundada y resulta difícil transitar por ella. Esta problemática afecta especialmente a las personas que tienen la *shamba* más lejos y las que menos red social tienen para ayudar con el niño enfermo y el trabajo del campo. Estas personas son, por lo general, mujeres pobres.

3. El valle Kilombero es una región holoendémica de malaria, pero la transmisión sigue también un patrón estacional. Al principio de la estación de las lluvias incrementa la población de mosquitos a la par que aumenta el riesgo de contraer la enfermedad (Smith *et al.* 1993). En nuestra región de estudio el período álgido de la malaria clínica se sitúa hacia finales de las lluvias y principios de la estación seca (Freyvogel & Kihualte 1968, Smith *et al.* 1998), cuando la malnutrición predispone a contraer la enfermedad y la gente está en la *shamba*. La ecología favorable a los mosquitos de los arrozales y las condiciones de vida en los campos incrementan todavía más la exposición a la enfermedad.

4. El otro gran problema de la estación de las lluvias es la escasez de comida. El período anterior a la cosecha, cuando el trabajo es más intenso, suele ser una época de escasez económica y penuria, con un incremento de las deficiencias energéticas y proteicas para todos los grupos de edad (Tanner & Lukmanji 1987). Sobre todo en las unidades domésticas con una superficie cultivable reducida, las reservas alimenticias se han consumido y no hay dinero para comprar grano. La malnutrición se asocia con una susceptibilidad incrementada a desarrollar malaria clínica. Esta situación de carencia nutricional se ve agravada en los años de malas cosechas previas. Por ejemplo en 1999 la zona fue víctima de una seria hambruna que requirió la intervención del gobierno de Tanzania y de ONGs.

5. Las estrategias tanto productivas como para hacer frente a la enfermedad que activan las mujeres se relacionan igualmente con el ciclo agrícola, en cuánto que éste es el principal determinante de la economía regional. A causa de la escasez general de dinero, la temporada de lluvias es mala época tanto para pedir prestado como para los negocios de *pombe* y *mandasi*. Son, sin embargo, las mujeres que dependen del trabajo ocasional las que se llevan la peor parte. Durante la estación de las lluvias pueden trabajar en la *shamba* de otras personas a cambio de un salario. Esto les permite obtener algo de dinero en efectivo o comida, pero por lo general está mal pagado. Además, el trabajo en la *shamba* de otras personas puede llevarles a abandonar su propio cultivo. La estación seca es definitivamente mejor para los negocios, pero los trabajos ocasionales a los que las mujeres tienen acceso en Lipangalala se reducen a transportar bloques de barro para la construcción y poco más.

Figura 2. Malaria, agricultura, nutrición y las estrategias para hacer frente a la enfermedad en relación con las estaciones.

	Malaria	Agricultura	Nutrición	Estrategias
Estación seca	Menor transmisión Descenso de los casos clínicos	Poco trabajo, tiempo disponible Escasa distancia del hospital	Comida disponible Mejor estado nutricional	Préstamos Trabajo en la construcción
Estación lluvias	Mayor transmisión Incremento de los casos clínicos	Trabajo agrícola intenso Mayor distancia del hospital	Escasea la comida Peor estado nutricional	Dificultad préstamos Trabajo en las <i>mashamba</i>

Conclusiones

Las mujeres en Lipangalala gozan de una relativamente amplia capacidad de decisión, sobre todo si disponen de dinero propio. Las desigualdades de género se manifiestan, en primer lugar, en el acceso desigual a la tierra, al que subyace, por un lado, la fuerte presión sobre las tierras fértiles y próximas y, por el otro, la herencia que favorece a los hijos varones. En el mejor de los casos, las mujeres reciben pequeñas parcelas, pero en general no tienen la capacidad económica para adquirir mejores tierras, ni los recursos sociales para cultivar mayores extensiones de terreno. Las desigualdades de género se manifiestan también en el acceso al trabajo asalariado, que favorece, tanto en cantidad como en calidad y remuneración, a los hombres. La ideología que asocia a las mujeres básicamente con el campesinado y la agricultura de subsistencia, y a los hombres con el ideal de 'los negocios', refuerza estas desigualdades.

El trabajo doméstico y el rol de cuidadoras adscrito a las mujeres, limita además su capacidad laboral, tanto asalariada como en la *shamba*. La situación general es mucho más grave en las unidades domésticas monoparentales, en Lipangalala constituidas únicamente por mujeres y sus dependientes. Que las unidades domésticas monoparentales estén encabezadas sólo por mujeres se explica, al menos en parte, por otra desigualdad de género: Las distintas probabilidades de integración o reintegración de los hombres y de las mujeres solas con hijos - por ejemplo después de una separación o un divorcio - en las unidades domésticas de familiares. Los hombres son mano de obra activa sin depen-

dientes, mientras que los parientes (sus padres, hermanos o tíos) perciben a las mujeres, o mejor dicho a sus hijos, como gastos añadidos para la unidad doméstica.

Los elementos económicos vinculados con la vulnerabilidad son indisociables de los valores sociales dominantes, en particular los relacionados con el género y la familia (Stolcke 1988, 1992). Sin embargo, como sugiere Stolcke no todas las mujeres, ni todas las mujeres pobres, son igualmente vulnerables. La capacidad de actuar depende de si ellas disponen de dinero en efectivo o, si no, de sus posibilidades para movilizar redes sociales y activar estrategias puntuales para pagar los tratamientos.

Es fundamental, en primer lugar, la disposición y posibilidades económicas de las personas que, aparte de la madre, se consideran socialmente responsables de la salud del niño o la niña, en particular el padre, pero también los abuelos y tíos, tanto paternos como maternos. Aquí las mujeres casadas lo tienen mejor, porque a pesar de que el poder de decidir recae, en última instancia, en sus maridos, ellas pueden negociar, y muchas de las decisiones, incluyendo las relativas a la salud de los hijos – siempre que no se trate de enfermedades provocadas por brujos o ancestros –, las toman, de hecho, las mujeres.

Las mujeres que viven en unidades domésticas con otros adultos (ya sean los padres, el marido, el hermano y su esposa, la co-esposa, la hermana, etc.) pueden activar estrategias para pagar el tratamiento mejor y con menos riesgo que las mujeres que viven solas con sus hijos, porque pueden distribuirse las tareas, y pueden realizar trabajo ocasional sin descuidar la *shamba*. Las unidades domésticas monoparentales femeninas son las más expuestas a padecer las consecuencias negativas de las estrategias activadas para pagar los tratamientos, por ejemplo - y especialmente - el abandono de la *shamba*, y son, en general, las más vulnerables.

Las dificultades de las mujeres por conseguir recursos se agravan como efecto del círculo enfermedad/ciclo agrícola: cuando más malaria hay, también hay más trabajo en la *shamba* y, por lo tanto, mayor exposición al vector; aumenta la distancia al centro de salud y más afectan las largas horas de espera en el hospital al trabajo; se dispone de menos dinero y menores son las posibilidades de activar estrategias para conseguirlo sin efectos negativos; y mayor es la malnutrición. Esta multiplicación de factores de riesgo afecta más a las mujeres que a los hombres. En primer lugar, porque la escarda, una ocupación típicamente femenina, es la labor agrícola que más tiempo requiere, e implica, como es obvio, una elevada exposición a las picaduras de mosquito. En segundo lugar, la permanencia en la *shamba* incrementa el riesgo de las mujeres embarazadas de contraer la enfermedad (debido a la inmunosupresión del embarazo, que se añade a la malnutrición). Y finalmente porque cuidar de sus hijos enfermos puede perjudicar seriamente su trabajo en la *shamba* o en los pequeños negocios.

Nos encontramos, por lo tanto, ante unas *espirales acumulativas de vulnerabilidad física y/o social* que desafortunadamente han pasado desapercibidas en la investigación sociocultural y epidemiológica de malaria, ambas dedicadas a dilucidar los misterios del retraso terapéutico.

Referencias bibliográficas

- AGYEPONG, I.A. (1992) "Malaria: Ethnomedical perceptions and practice in an Adagbe community and its implications for control", *Social Science & Medicine*, 35(2): pp. 131-137.
- EVERS, H.D.; CLAUSS, W. & WONG, D. (1984) "Subsistence reproduction: A framework for análisis", in Smith, J.; Wallerstein, I. & Evers, H.D. (eds.) *Households and the world-economy*, London: Sage Pub.
- FREYVOGEL, T.A. & KIHAULE, P.M. (1968) "Report on a limited anopheline survey at Ifakara, South-eastern Tanzania", *Acta Tropica*, 25(1), pp. 17-28.
- HAUSMANN-MUELA, S., MUSHI, A.K. & MUELA, J. (2000) "Cost and affordability of traditional and government health services in Tanzania: policy implications of a paradox", *Health Policy and Planning*, 15(3), pp. 296-302.
- JÄTZOLD, R. & BAUM, E. (1968) *The Kilombero valley, characteristic features of the economic geography of a semihumid East African flood plain and its margins*, London: Hurst & Co.
- KVTC (1993) *Socio-economic survey*, Sokoine University of Agriculture.
- MATTHIES, F. (1998) *Traditional herbal antimalarials – their role and their effects in the treatment of malaria patients in rural Tanzania*, Swiss Tropical Institutes, PhD Thesis, Basel.
- MOLYNEUX, C.S. ; MUNG'ALA-ODERA, V.; HARPHAM, T. & SNOW, R.W. (1999) "Maternal responses to childhood fevers: A comparison of rural and urban residents in coastal Tanzania", *Tropical Medicine & International Health*, 4(12), pp. 836-845.
- MONSON, J. (1991) *Agricultural transformation in the inner Kilombero Valley of Tanzania, 1840-1940* (Tesis doctoral), Los Angeles: University of California.
- MUNGUTI, K.L. (1998) "Community perceptions and treatment-seeking for malaria in Baringo District. Kenya: Implications for disease control", *East African Medical Journal*, 75(12), pp. 687-691.
- MWENESI (1993) *Mother's Definition and Treatment of Childhood Malaria on the Kenyan Coast*. Dept. of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine London, PhD Thesis.

- MWENESI, H.; HARPHAM, T. & SNOW, R.W. (1995) "Child malaria treatment practices among mothers in Kenya", *Social Science & Medicine*, 40, pp.1271-1277.
- NABARRO, D. (1999) "Roll Back Malaria", in Coluzzi, M. & Bradley, D. (eds.) "The malaria challenge after one hundred years of malariology". *Parassitologia* 41, pp. 1-3.
- ONGORE, D. & NYABOLA, L. (1996) "The role of shops and shopkeepers in malaria control", *East African Medicine Journal*, 73(6), pp. 390-394.
- ONGORE, D.; KAMUNVI, E.; KNIGHT, R. & MINAWA, A. (1989) "A study of knowledge, attitudes and practices (KAP) of a rural community on malaria and the mosquito vector", *East African Medical Journal*, 66(2), pp. 79-89.
- RYAN, G.W. (1998) "What do sequential behavioural patterns suggest about the medical decision-making process?: Modeling home case management of acute illnesses in a rural Cameroonian village", *Social Science & Medicine*, 46(2), pp.209-225.
- SAUERBORN, R., NOUGTARA, A., HIEN, M. & DIESFELD, H.J. (1996) "Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso", *Social Science & Medicine*, 43(3), pp. 281-290.
- SHELLEMBERG, J. A. (2001) *Socially marketed treated nets and child survival in Southern Tanzania* (Tesis doctoral), Basel: Swiss Tropical Institute, Universität Basel.
- SMITH, T.; CHARLWOOD, J.D.; KIHONDA, J.; MWANKUSYE, S.; BILLINGSLEY, P.; MEUWISSEN, J.; LYIMO, E.; TAKKEN, W.; TEUSCHER, T. & TANNER, M. (1993) "Absence of seasonal variation in malaria parasitemia in an area of intense seasonal transmission", *Acta Tropica*, 54, pp. 55-72.
- SMITH, T.; CHARLWOOD, J.D.; KITUA, A.Y.; MASANJA, H.; MWANKUSYE, S.; ALONSO, P.L. & TANNER, M. (1998) "Relationships of malaria morbidity with exposure to *Plasmodium falciparum* in young children in a highly endemic area", *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene*, 59(2), pp. 252-257.
- STOLCKE, V. (1992) "The slavery period and its influence on household structure and the family in Jamaica, Cuba and Brazil", in Berquó, E. & Xenos, P. (eds.) *Family systems and cultural change*, Oxford: Charendon Press.
- STOLCKE, V. (1988) *Coffee planters, workers and wives. Class conflict and gender relations on São Paulo plantations, 1850-1980*, New York: St. Martin's Press.
- TANNER, M. & LUKMANJI, Z. (1987) "Food consumption practices in a rural Tanzanian community (Kilkwawila village, Kilombero District, Morogoro region) during lean and post-harvest season", *Acta Tropica*, 44(2), pp. 229-244.
- TARIMO, D.S.; LWIHULA, G.K.; MINJAS, J.N. & BYGBJERG, A. (2000) "Mothers' perception and knowledge on childhood malaria in the holoendemic Kibaha District, Tanzania: Implications for malaria control and the CMCI strategy", *Tropical Medicine & International Health*, 5(3), pp. 179-184.

- WINCH, P.J.; MAKEMBA, A.M.; KAMAZIMA, S.R.; LURIE, M.; LWIHULA, G.K.; PREMJI, Z.; MINJAS, J.N. & SHIFF, C.J. (1996) "Local terminology for febrile illnesses in Bagamoyo District, Tanzania and its impact on the design of a community-based malaria control program", *Social Science & Medicine*, 42(7), pp. 1057-1067.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1993) *Implementation of the Global Malaria Control Strategy. Report of a WHO study group on the implementation of the global plan for action for malaria control 1993-2000*, Geneva: WHO Technical Reports Series 839.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2003) *The Africa Malaria Report*, Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2005) *World Malaria Report*, Geneva: WHO.

Resumen

A pesar de todos los esfuerzos realizados para controlar la malaria, esta enfermedad protozoaria sigue siendo uno de los principales azotes del continente africano. En los grupos más vulnerables a la enfermedad, particularmente los niños menores de cinco años, el tratamiento rápido con medicación adecuada es la única manera de prevenir la muerte u otras graves consecuencias de la enfermedad. Los datos de este artículo proceden de una etnografía médica realizada en Lipangalala, una comunidad tanzana que basa su economía en el cultivo del arroz, y donde la malaria es holoendémica. Lipangalala se distingue del panorama médico africano general por una larga historia de presencia biomédica. En la actualidad cuentan con un hospital bien equipado, la biomedicina es la primera opción para el tratamiento de la malaria, existe un buen conocimiento del problema fruto de numerosas campañas de salud y, sin embargo, el paludismo sigue siendo la primera causa de mortalidad infantil, con unas cifras muy por encima de lo que cabría esperar en estas condiciones.

En Lipangalala, más que con las 'creencias' o la disponibilidad de recursos, la terapia antipalúdica tropezaba con la falta de dinero y las dificultades para conseguirlo. En este artículo nos enfocamos en la búsqueda de recursos para pagar el tratamiento, un proceso clave, aunque a menudo olvidado por los investigadores, para comprender el problema del acceso a la terapia en toda su dimensión. Concretamente presentamos los procesos de toma de decisiones, los itinerarios sociales – normativos y reales – que las madres de niños enfermos siguen para conseguir dinero del padre u otros parientes, las estrategias activadas para hacer frente a los costes del tratamiento, el contexto socio-económico y ecológico que condiciona estos procesos, y el papel determinante de

las desigualdades de género. Contrariamente al objetivo dominante en las investigaciones actuales en salud pública, orientadas a dilucidar los factores determinantes del retraso terapéutico, aquí proponemos una perspectiva a la vez procesual y estructural, que permite articular y contextualizar los elementos en juego, así como reconstruir las espirales de vulnerabilidad en las que están inmersas las personas de Lipangalala.

Summary

Malaria remains one of the major scourges on the African continent. For children under five, who have not yet developed semi-immune responses against the disease, prompt and adequate treatment is the only way to prevent progression to severe complications and, eventually, to death. In this article, we present data from a medical ethnography study carried out in Lipangalala, a rice-producing Tanzanian community, where malaria is holoendemic. Lipangalala has a long history of presence of biomedicine. Adjacent to the community, there is a well equipped hospital. In general, biomedicine is the first option for treating malaria, and, as a result of successful health promotion campaigns, the local population has good knowledge about the disease. Nevertheless, malaria remains the leading cause of child mortality in Lipangalala.

The question is why? In Lipangalala, the main obstacles for obtaining prompt antimalarial treatment are not 'local beliefs' or non-availability of medication, as the literature on treatment-seeking behaviour tends to suggest. Rather, it is the lack of cash and the problems people, particularly women, face while searching for economic means to pay for the hospital. In this article, we focus on resource-seeking processes mothers engage in for coping with treatment costs. We analyse decision-making for treatment-seeking and social normative and actual itineraries that mothers follow in order to obtain cash from their children fathers' or other relatives. Furthermore, we present mothers' strategies to cope with illness costs, explore the socio-economic and ecological contexts, and discuss the fundamental role which gender inequalities play in access to care. Rather than trying to identify key determinants for delay, we propose a perspective that permits to articulate and contextualise different factors in play, and portray the spirals of vulnerability that trap disadvantaged women in Lipangalala.