

El Colegio de México
Centro de Estudios de Asia y África

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDICINA CHINA EN EL SISTEMA DE SALUD
DE TANZANIA DURANTE EL PERÍODO DEL *UJAMAA* (1967-1985): CAUSAS Y
CONSECUENCIAS

Tesis presentada por
ALEJANDRA ROBLEDO ARRONTE
Para optar al grado de
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE ASIA Y ÁFRICA
ESPECIALIDAD: ÁFRICA

DIRECTOR:
JOSÉ ARTURO SAAVEDRA CASCO

Ciudad de México, 2019

AGRADECIMIENTOS	2
ABSTRACT	3
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	14
1. ANTECEDENTES	14
1.1 UNA ZONA DE MÚLTIPLES ENCUENTROS CULTURALES	15
1.2 UN LUGAR PROPICIO PARA ALGUNAS ENFERMEDADES.....	18
1.3 OTRO TIPO DE ENFERMEDADES Y OTRO TIPO DE EXPERTOS	20
1.4 MEDICINA LOCAL EN ÁFRICA DEL ESTE	25
1.5 INTENTOS ALEMANES PARA LA CREACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD	27
1.6 SISTEMA DE SALUD EN EL GOBIERNO COLONIAL BRITÁNICO.....	31
CAPÍTULO II	37
2. LOS PRIMEROS PASOS DE NYERERE Y LA SALUD EN TANZANIA	37
2.1 UN MAESTRO PRESIDENTE.....	37
2.2 EL ORDEN BIPOLAR INTERNACIONAL.....	40
2.3 EL GOBIERNO DE NYERERE Y LA SALUD EN TANZANIA.....	45
2.4 AMISTAD E INFLUENCIA.....	54
CAPÍTULO III	62
3. EL MODELO DE SALUD PÚBLICA CHINO EN TANZANIA.....	62
3.1 LA LLEGADA DE LOS EXPERTOS CHINOS Y SU MEDICINA A TANZANIA	63
3.2 EL PROYECTO DE DESARROLLO RURAL DE TANZANIA.....	65
3.3 UN MODELO VIABLE PARA TANZANIA	67
3.4 SISTEMA DE SALUD TANZANO CON “TINTES CHINOS”.....	74
3.5 LA INFLUENCIA CHINA EN LA “MEDICINA TRADICIONAL TANZANA”	77
3.6 EL FIN DEL UJAMAA Y EL OCASO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	83
CONCLUSIÓN	89
APÉNDICE	95
LISTA DE REFERENCIAS.....	99

AGRADECIMIENTOS

Mi profundo agradecimiento a las autoridades y personal que forman El Colegio de México, al Centro de Estudios de Asia y África y a todos mis profesores que me transmitieron sus conocimientos. Especialmente, le agradezco a mi director de tesis, el Dr. Arturo Saavedra, quien me acercó desde octavo semestre de la licenciatura al estudio de los grupos culturales de África y quien con su experiencia, conocimiento y motivación me orientó en todo el proceso de esta investigación.

Mi más sincero agradecimiento a mis lectores: la Dra. Hilda Varela, quien me transmitió sus conocimientos y experiencias, pero sobre todo su amor por el estudio de este gran continente, y al Dr. Aaron Rosenberg, por su paciencia, dedicación y experiencia aplicados a mi aprendizaje, sobre todo del idioma swahili.

Agradezco a El Colegio de México y al Centro de Estudios de Asia y África por haberme otorgado la oportunidad de estudiar la Maestría en Estudios de Asia y África con especialidad en África Subsahariana y apoyarme con una beca para la terminación de manera satisfactoria de esta tesis.

Por último, pero no menos importante, agradezco al CONACyT por su programa de becas para posgrados de calidad que permite y amplía oportunidades para estudiar posgrados demandantes, mediante el cual pude recibir un apoyo económico sustancial para realizar este proyecto y concretar con éxito esta maestría.

ABSTRACT

This thesis studies the changes that medicine has undergone in Tanzania at the political level and their consequences within the Tanzanian society, focusing on the implementation of a health policy inspired in the public health system of the People's Republic of China (RPC) as it existed during the *Ujamaa* period (1967-1985). In order to acknowledge how this health system with Chinese strains was established in Tanzania, the thesis will document the relevant health systems which were used in the Tanzanian territory before European colonization and during the various colonial administrations, both German and British, as a link to the singularities of African conceptions of medicine and the transformations generated by the colonial interventions. The country's health policies since independence to 1985 and the political thinking of first Tanzanian President, Julius K. Nyerere, will also be considered in order to explain the international relations between the RPC and Tanzania during *Ujamaa*. Then, it is argued that the European colonial heritage in medicine, along with local medicines from Tanzania, led President Nyerere and the Tanzanian population to subscribe to the supposed success of the Chinese medicine during the *Ujamaa* period and even after it ended.

Keywords: Healthcare, Medicine in Tanzania, *Ujamaa*, Chinese medicine, Julius Nyerere

RESUMEN

Desde una perspectiva histórica, este trabajo estudia los cambios que ha sufrido la medicina en Tanzania a nivel político y sus consecuencias en la sociedad tanzana, enfocándose en la implementación de un sistema de salud público inspirado en políticas de la República Popular China (RPC), durante el período del *Ujamaa* (1967-1985). Dicho período, *Ujamaa*, fue un sistema basado en ideas socialistas, impuesto por el primer presidente Julius K. Nyerere para conseguir el desarrollo nacional de Tanzania después de su independencia. Para conocer de qué manera se instauró un sistema de salud chino en Tanzania y sus consecuencias se realiza un recorrido histórico sobre los sistemas de salud utilizados en Tanzania antes de la colonización europea y durante las administraciones coloniales, tanto alemana como británica. Asimismo, se consideran las políticas de salud del país desde su independencia hasta 1985 y se analiza el pensamiento político de Julius K. Nyerere. La herencia colonial europea en materia de medicina, junto con las medicinas locales de Tanzania, orillaron tanto al presidente Nyerere como a la población tanzana a que la medicina china tuviera un éxito aparente durante el período del *Ujamaa*, incluso después de que este terminara. Esta investigación espera contribuir a la historia de las relaciones internacionales entre Tanzania y la RPC en materia de salud y aportar una mayor comprensión sobre los cambios producidos en la construcción de las medicinas en las sociedades africanas, especialmente, la tanzana.

Palabras clave: Sistema de salud, medicina en Tanzania, *Ujamaa*, Medicina China, Julius K. Nyerere

INTRODUCCIÓN

La medicina es un término complejo y amplio que abarca desde la percepción que cada grupo social construye sobre los significados de salud y enfermedad hasta la política y la economía asociadas a las necesidades de salud de una población que proveen el acceso al bienestar. Para obtener salud se debe combatir la enfermedad mediante las prácticas médicas asociadas, las cuales pueden conformarse por cuestiones biológicas, psicológicas, espirituales, sociales, entre otras, dependiendo de cada grupo. Aunado a esto, las personas expertas en la materia o médicos son aquellas que designan el tratamiento adecuado para cada enfermedad.

En base a todo lo anterior, los grupos sociales edifican una medicina o sistema médico compuesto de conocimientos, prácticas y sustancias para el mantenimiento o restablecimiento de la salud, que conforman las prácticas terapéuticas, así como de reglas e instituciones que otorgan el acceso a éstas.

Desde una perspectiva histórica, este trabajo estudia los cambios que ha sufrido la medicina en Tanzania a nivel político y sus consecuencias en la sociedad tanzana, enfocándose en la implementación de un sistema de salud público inspirado en políticas de la República Popular China (RPC) durante el período del *Ujamaa* (1967-1985). Se destaca este período, ya que fue uno de los intentos representativos en el continente africano de la instauración de un gobierno alineado al “socialismo africano” en pleno orden bipolar internacional.

Su nombre *Ujamaa* es una palabra swahili que se puede traducir al español como “familia” y fue creado por el primer presidente de Tanzania, Julius Kambarage Nyerere.

Si partimos de que cada grupo cultural elabora su propio sistema médico, debido a que este se relaciona con las dinámicas e interacciones que tiene el grupo con su entorno, entonces al encontrarse Tanzania en la costa este del continente africano y la RPC en el extremo este del continente asiático las medicinas de ambos son bastante diferentes. A partir de esta cuestión surgió el deseo por saber por qué Julius Nyerere instauró un modelo de salud pública aplicado en la RPC en el nuevo gobierno tanzano y por qué creyó que este iba a solventar las necesidades médicas de la población tanzana.

Por lo anterior, se tiene como objetivo principal conocer de qué manera se instauró la medicina china en Tanzania y sus consecuencias en la población tanzana.

Para ello se explican los sistemas médicos que existían en el este de África antes de la colonización europea del siglo XIX, con el fin de saber las concepciones que tenía la población sobre medicina y cómo éstas fueron cambiando con las imposiciones de otros sistemas médicos, primero el colonial y después con el sistema médico inspirado en la RPC en el período socialista.

Por otra parte, se analiza el pensamiento político de Julius Nyerere en el contexto bipolar internacional para conocer las razones por las cuales se acercó a la RPC y encontró la inspiración para desarrollar políticas de salud de origen chino.

Ahora bien, el lenguaje dejó de ser solamente un medio de transmisión de ideas entre las personas y se convirtió en un elemento más para el ejercicio del poder con consecuencias políticas. Aunado a esto, dada la invasión europea de África de la mitad del siglo XIX y sus consecuencias sociales derivadas de la ideología de superioridad del “hombre blanco y civilizado” sobre “el negro atrasado” se sostiene el abandono de la dicotomía “moderno-tradicional” para referirse al tema de la

medicina en el continente africano, específicamente, en lo que hoy es Tanzania. Por tales motivos, resulta evidente la aclaración de los siguientes conceptos:

Para fines prácticos de este trabajo se tomará como definición de **medicina** al sistema conformado por un conjunto de conocimientos, conceptos y prácticas enfocadas a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Las prácticas a las que se alude en esta definición son las actividades que se hacen para manipular la salud y se le denominará **práctica médica**. Asimismo, se entiende por **sistema de salud** a la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (OMS, 2005).

Es importante recordar, que cada grupo social desarrolla su propia medicina de acuerdo con su contexto cultural y social, y que puede tener influencias de otros grupos. Asimismo, el grupo desarrolla la percepción de lo que es “bienestar” o “salud” y “malestar” o “enfermedad”, así como “lo que cura” y “lo que daña”. Cabe aclarar, que estas dicotomías no se deben interpretar como categorías rígidas y antagónicas, pues no es posible tener bienestar o malestar absolutos si se consideran los aspectos sociales, culturales, mentales y físicos. Además, de que lo que para una persona es malestar para otra puede no serlo y viceversa.

No obstante, esta construcción social y cultural, de lo que es “enfermedad” y “nocivo” y lo que es “salud” e “inocuo”, tiene la limitante biológica y física de que

existen patógenos que perjudican, evidentemente, al cuerpo humano (Feyisetan, Asa y Ebigbola, 1997).

En el **Capítulo 1** se habla de **medicina local** y **medicina colonial**, en donde la primera se refiere a la filosofía, las prácticas médicas y las reglas sociales (político económicas) construida por los grupos étnicos que habitaban el territorio de África del este antes de la invasión colonial de mitad del siglo XIX y que se han mantenido hasta la fecha, obviamente, no de una manera pura. Asimismo, se utiliza el término de **medicina local** en lugar de “etno-medicina”, “medicina indígena” o “medicina tradicional”, ya que estos términos se han utilizado para estudiar el tema de las medicinas *de* África y *en* África, pero tienen una carga peyorativa que subyace los sistemas médicos de los grupos locales o grupos étnicos a la hegemonía de la medicina basada en la metodología científica. Asimismo, específicamente, la palabra “tradicional”, comúnmente y de manera errónea, se asume como la característica de lo incambiable, estático y rígido, por lo que en el contexto africano es preferible no usarlo.

El segundo término, la **medicina colonial**, alude a las medicinas que trajeron los colonizadores europeos, que podían tener componentes de la religión cristiana, pero también otros provenientes de diferentes latitudes. La descripción detallada de esta medicina se sale de los objetivos e intereses de esta tesis, por lo que se abrevia y aglomera en un término que hace referencia al período histórico en donde se presentó.

Por otro lado, de manera general se les llamará **médicos** o **expertos en medicina locales** a quienes utilicen la medicina local y **médicos** o **expertos coloniales** a quienes utilicen la medicina colonial. De forma específica, se le llamará al experto

de la medicina de acuerdo con el nombre que utilizan en su grupo cultural o étnico, por ejemplo, en las culturas swahili hablantes será *mganga* o en su plural *waganga*. Además de estas palabras, se utilizan los términos en swahili relacionados a la medicina de *uganga*, *uchawi*, *mchawi* y *wachawi*, ya que su traducción al español es limitada para comprender el significado ontológico. No obstante, en el capítulo, se esboza una breve explicación.

A grandes rasgos, en el **Capítulo 1** también se describen los sistemas médicos que existían en el este de África previamente a la invasión colonial europea del siglo XIX. Se aborda, aunque de manera limitada las concepciones de salud y enfermedad y algunos tipos de prácticas médicas que realizaban los médicos locales en aquel entonces. Se resalta que estos personajes tenían la responsabilidad de restablecer la salud de la población, pero esto tenía un significado extenso, pues iba desde que ellos aseguraran la tierra para sembrar y que lloviera, hasta mantener las relaciones sociales sin conflictos y aconsejar a los gobernantes, de hecho, en algunos casos los mismos gobernantes eran médicos locales. Como la antítesis del *mganga* existía (y todavía) el personaje del *mchawi*, quien era la persona que hacía daño a otras personas, a los animales e incluso a elementos naturales como la tierra. Los tipos de prácticas que realizaban los médicos locales dependían del tipo de enfermedad de la cual se sufría. Algunos utilizaban adivinaciones, otros realizaban sustancias a base de plantas medicinales, algunos más entraban en trance, entre otras.

Una vez planteada esta descripción, se estudia cómo con la invasión colonial alemana, y después la británica, se afectaron las concepciones sobre medicina que tenían las personas africanas del territorio que, actualmente es Tanzania, por la

imposición de la medicina colonial y las formas de acceso a esa medicina. Primero por las misiones religiosas, especialmente las cristianas, pero después por la implantación de un sistema médico de tipo europeo, en donde, por ejemplo, las prácticas médicas se centralizaban en el hospital. La literatura revisada para este capítulo consta de una obra muy importante para la historia y la literatura swahili llamada “The Medicine Man: *Swifa ya Nguvumali*” (1968) del poeta Hasani Bin Ismail. Esta obra es un poema del género *utenzi*¹ acerca de la desaparición y muerte de una mujer joven seguida de la investigación criminal sobre un posible caso de *uchawi*. Sin embargo, solo se leyó la introducción traducida al inglés por Peter Lienhardt (1968), ya que este autor contextualiza y otorga una explicación sobre el poema aproximando al lector a las concepciones sobre enfermedad, medicina, poderes ocultos, entre otros temas, que se tenían -y aún se tienen- en las culturas swahili. Otra obra consultada fue la de John Iliffe (1998), quien realizó una investigación histórica sobre la formación de la “medicina; una disciplina moderna”, entre otros artículos académicos.

Continuando, en el **Capítulo 2** se utiliza el término de ***medicina verificada científicamente***, cuyas prácticas médicas pasan por procesos de investigación científica acoplados al método científico y relacionados a las disciplinas de la biología y la química. En este capítulo, también se utilizan las palabras en swahili de *daktari*, *madaktari* (plural), pues de acuerdo a Noelle Sullivan (2011), estos términos se refieren a los médicos que utilizan la educación heredada de la medicina

¹ El género *utenzi* de la poesía swahili se caracteriza por llevar cuatro líneas, cada una de ocho sílabas y se espera que cada estrofa tenga ca. 32 sílabas. Se usa para formar obras largas sobre un tema en específico (Saavedra, 2008).

colonial, así como la medicina verificada científicamente y las personas tanzanas los distinguen claramente de los *waganga*.

En este segundo capítulo se estudia la figura de Julius K. Nyerere y las razones por las cuales se acercó a la RPC. En un contexto internacional intensificado por las ideologías políticas de Estados Unidos y la Unión Soviética, así como por los procesos de descolonización, la biografía de Nyerere se sitúa en el amplio compendio de líderes africanos de élite, intelectuales, revolucionarios y “europeizados” que buscaban de una u otra manera organizar a las sociedades africanas dentro de los límites del Estado-nación de tipo europeo.

De igual manera, se explica cómo Tanzania y la RPC comenzaron sus relaciones bilaterales y por qué Nyerere se interesó por el sistema de salud público aplicado por Mao Tsetung en la RPC. Para este apartado, destacan las obras del mismo Julius Nyerere (1967; 1974), la investigación de las relaciones internacionales de China en África (1958-1971) del autor A. Ogunsanwo (1974), entre otras.

Por último, en el **Capítulo 3** se presentan los términos de *medicina china* y “**Medicina Tradicional China**” (**MTC**). El primer término, que en lengua swahili y en Tanzania la llaman **dawa ya Kichina**, tiene diferentes significados de acuerdo a la autora Elisabeth Hsu (2002; 2008). Esta autora, dedicada a la historia de la medicina china y su divulgación por varios continentes, encontró que la *dawa ya Kichina* se podía referir a “terapias occidentales” practicadas por médicos de origen chino, a medicamentos chinos u occidentales producidos en China, o a sustancias provenientes de China. En cuanto al segundo término, “**Medicina Tradicional China**”, se refiere a la combinación de medicinas locales de los grupos sociales de China, las cuales son verificadas científicamente durante el período maoísta.

A falta de un término más preciso se mantiene el de “**medicina occidental**” de los autores que lo utilizan, por lo que se citará entre comillas. Sin embargo, el apellido de “occidental” es ambiguo, pues puede referirse a todo un conjunto de sistemas médicos de Europa, Canadá o de los grupos étnicos de Estados Unidos, pero también, y de manera amplia, puede referirse a los sistemas médicos que se han internacionalizado. Estas definiciones puntualizan las diferencias de los sistemas médicos de los que se habla en este trabajo para así poder dar una explicación más clara del problema abordado.

Aclarado lo anterior, en este último capítulo se explica de qué manera llegó la medicina proveniente de China a Tanzania, específicamente, en qué consistía aquella medicina y qué impactos tuvo durante el período del *Ujamaa*. Se trató pues de la “Medicina Tradicional China” que llegó a través del gobierno y afectó tanto las políticas de salud pública de Nyerere como los sistemas médicos que ya tenía la población tanzana antes del período de corte socialista. Asimismo, se analizan las razones por las cuales la población tanzana no rechazó la medicina china (Altorfer-Ong, 2010) e incluso la incluyó dentro de su gama de opciones para conseguir salud.

Finalmente, se concluye que la herencia colonial europea en materia de medicina junto con las medicinas locales de lo que actualmente es Tanzania ampliaron las opciones para la obtención de bienestar, pero también los problemas de salud de la población tales como cólera, diarrea, entre otras. Algunas cuestiones heredadas del sistema de salud colonial como, por ejemplo, las conductas de los médicos africanos, que aplicaban la medicina colonial y la medicina con verificación científica hacia la población africana, así como las deficiencias económicas y la alta

dispersión demográfica en el territorio, fueron los motivos que orillaron al presidente tanzano, pero también a la población tanzana a que la medicina china tuviera un éxito aparente durante el período del *Ujamaa*, incluso después de que este terminara.

La relevancia de esta investigación radica en dos partes: La primera, en que se espera contribuir a la historia de las relaciones internacionales entre Tanzania y la RPC en materia de salud, un tema que no ha sido tratado con mayor profundidad por esta disciplina; y la segunda parte, porque aporta una mayor comprensión sobre los cambios producidos, sobre todo a nivel político, en la construcción de las medicinas de las sociedades africanas, especialmente, la tanzana.

CAPÍTULO I

1. ANTECEDENTES

En el presente capítulo se realiza una descripción de las formas en las que las sociedades africanas, en general de África del este, y en particular del grupo cultural swahili, manejaron las enfermedades endémicas y extranjeras en el territorio de lo que hoy se conoce como Tanzania. Este territorio resulta propicio para la reproducción de ciertos insectos transmisores de enfermedades, principalmente, infecciosas, que han afectado la salud de sus habitantes a lo largo del paso del tiempo. Aunado a esto, el desarrollo de un amplio comercio exterior por parte del grupo cultural swahili propició la introducción de enfermedades ajenas al entorno ambiental dañando a los grupos sociales de la zona. Sin embargo, aquellos grupos sociales de la costa este africana construyeron sus propios sistemas curativos basados en prácticas y conocimientos transmitidos de manera oral de una generación a otra, hasta que los mismos se vieron subyugados durante el proceso de colonización por otros sistemas curativos.

Se designa como medicinas locales a los sistemas que surgieron de las interacciones de las personas del territorio de África del este con el medio en el que habitaban, así como con su cosmovisión. Mientras que, a los sistemas externos, provenientes por los colonizadores europeos se le llamará medicina colonial.

1.1 UNA ZONA DE MÚLTIPLES ENCUENTROS CULTURALES

Ubicado en el este del continente africano, el territorio que actualmente conforma Tanzania (Tangañica, Zanzíbar, Pemba y Mafia) ha sido un lugar de múltiples encuentros entre diferentes grupos socioculturales (Askew, 2002; Saavedra, 2014). A principios de la era cristiana, diversos grupos de origen bantú se consolidaron en las zonas con más lluvias, ya que éstas eran favorables para la agricultura y podían cultivar raíces y tubérculos. Posteriormente, se establecieron comunidades que cultivaban cereales y se dedicaban a la cría de ganado (Ehret, 1987). Asimismo, navegantes y comerciantes de la Península Arábiga, India, China y del Sur de Asia aprovechaban los vientos del Océano Índico para llegar a esta zona (Askew, 2002). A partir del siglo VI y hasta el siglo X, las influencias árabes y bantúes consolidaron un grupo cultural comercial de amplia relevancia, llamado swahili, en la costa este del continente africano, la cual alcanzó su máximo esplendor entre los siglos XII y XV. La palabra *swahili* viene del vocablo árabe *sawahil* (سَوَاحِل) que significa *costas* y era utilizada por las personas árabes para designar a los habitantes de este litoral oriental (Askew, 2002). Estas “personas de la costas” siguen compartiendo el idioma swahili, construido con vocabulario de los idiomas árabe, hindi y persa y con gramática, sintaxis y morfología bantú, así como la religión islámica de manera preponderante.

Cuando emergió el sultanato de Kilwa en el s. XII y hasta su decadencia en el s. XV, por la llegada de los portugueses, los pueblos swahili dominaban el comercio en donde las exportaciones se caracterizaban por oro, marfil, esclavos, ámbar, cuernos de rinoceronte y especias, mientras que las importaciones eran objetos de cerámica

provenientes de Persia, India y de China, específicamente, de la dinastía Song (Saavedra, 2014, p.31).

Después de la expulsión de los portugueses en 1593, el islam y el comercio en la zona atrajeron la atención del Sultán de Omán, Sayyid Said, quien durante el siglo XVIII y principios del XIX se dedicó a dominar territorios en el este de África. Como parte de su interés, Said transfirió la capital de Omán a la isla de Zanzíbar (*Unguja*) en la década de 1840 y ahí mismo estableció una economía de plantación para la producción de clavo, con mano de obra esclava africana (Welliver, 1990).

A mitades del siglo XIX, diversas sociedades africanas se estaban desarrollando de manera independiente en el interior del continente. Estas sociedades se estaban transformando en sociedades estamentales, centralizadas y agricultoras (Koponen, 1988). En el este de África desde la zona de los Grandes Lagos² hasta el noreste de Tanzania se formaron estados de diferentes tamaños tanto grandes y poderosos como pequeños y débiles. Por ejemplo, los estados más poderosos en este siglo fueron Buganda, Bunyoro y Burundi, mientras que otros menos poderosos eran Busoga, Toro, Ankole, Karagwe, los estados Buhaya y Buzinza (Kimambo, 1989, p. 252).

Con el transcurso del tiempo y el devenir de los procesos sociales cada vez más complejos, este período también se caracterizó por la violencia generalizada y continua, en gran parte, derivada de la competencia por el control de las rutas comerciales. Cuando estas se extendieron de la costa este hacia el interior del

² La zona de los Grandes Lagos en África incluye los territorios actuales de Ruanda, Burundi, Uganda, así como partes de la República Democrática del Congo, Kenia y Tanzania.

continente, diversos grupos de origen bantú participaban en actividades como en la cacería de elefantes, extracción de minerales y en la captura de esclavos. De esta manera, a mediados del siglo XIX se formaron hegemonías de grupos sociales como la de los nyamwezi, hehe, gogo, yao y ngoni, quienes delimitaron sus territorios y obligaron al sultanato de Omán a asegurar el abastecimiento de productos en las rutas (Saavedra, 2014). Algunos de estos grupos se enfocaron en el suministro de materias primas y mano de obra para cubrir la demanda, a cambio de esto, conseguían productos elaborados en el extranjero, principalmente, objetos de lujo como cuentas, brazaletes, artículos de ornamento y ropa, que eran destinados para ciertos grupos con poder, como los reyes o algunos médicos locales (Feierman, 1990; Iliffe, 1998). No obstante, otros grupos sociales se vieron amenazados ante la posibilidad de ser capturados, por lo que en algunas ocasiones atacaban las rutas, mientras que otros más, como los makonde, a veces se entregaban voluntariamente como esclavos ante la escasez en sus territorios (Saavedra, 2014).

De manera general, el comercio de esclavos y de marfil afectó la estructura económica en la que las sociedades estaban organizadas; por ejemplo, destruyó la producción local de ropa de los nyamwezi (Koponen, 1988). Asimismo, este fue un factor fundamental para la creación de conflictos, pues debido a la creciente demanda de clavo, principalmente, pero también de azúcar y granos, se necesitaba el aumento de la captura de africanos para esclavizarlos.

No obstante, el sultanato de Sayyid Said podría haber sido un precedente de los conocimientos sobre prácticas terapéuticas, así como funcionó el comercio de vehículo para diferentes materiales medicinales.

1.2 UN LUGAR PROPICIO PARA ALGUNAS ENFERMEDADES

Desafortunadamente, la zona de los Grandes Lagos tiene tierras bajas húmedas y bosques tropicales secos, los cuales crean el clima adecuado para que vivan y se reproduzcan insectos transmisores de varias enfermedades. Durante el siglo XIX las enfermedades que se presentaron en esta zona eran transmitidas por estos insectos de manera constante, las cuales eran de carácter infeccioso por lo que el contagio de una persona a otra se daba sencillamente haciendo difíciles los procesos de mejoría de la salud.

Uno de los insectos que dominaba la zona en el período precolonial de África del este era la “mosca tse tse” (*Glossina morsitans*), la cual provoca la Tripanosomiasis africana, más conocida como “la enfermedad del sueño”. Esta enfermedad produce fiebre, ronchas, dolor de cabeza intenso, incremento de los ganglios, anemia y en su fase más avanzada afecta algunas funciones neurológicas como la pérdida de los instintos, el estímulo de comer y del equilibrio y desencadena problemas psiquiátricos. Cuando no es tratada se presenta pérdida de peso, conduciendo a un estado de coma hasta que finalmente provoca la muerte (OMS, 2018a).

Por otra parte, el mosquito hembra del género *Anopheles* encuentra en esta zona un buen lugar para esparcirse y contagiar a las personas de malaria (paludismo). La malaria provoca dolores en abdomen y músculos, escalofríos, fatiga, fiebre, sudoración nocturna, diarrea, náusea o vómitos, dolor de cabeza, alteraciones en la frecuencia cardíaca y confusión (OMS, 2018b). Durante el siglo XIX, esta enfermedad también dominó la zona y atacó principalmente a los infantes (Iliffe, 1998, p.8).

Estas enfermedades junto con la diarrea, disentería,³ infecciones por gusanos, lepra, tracoma⁴, úlceras, pian,⁵ bilharzia,⁶ bejel,⁷ neumonía, tuberculosis y enfermedades respiratorias, eran las afecciones⁸ que trataban los médicos extranjeros, principalmente europeos, en los años setenta del siglo XIX (Iliffe, 1998). Otras enfermedades que pudieron haberse presentado en el período precolonial son cáncer, leucemia, tumores benignos y algunas condiciones del corazón o trastornos neurológicos como epilepsias (Cook, 1987).

Además de este tipo de enfermedades propias de las condiciones ambientales y del desarrollo intrínseco del cuerpo, se presentaron otro tipo de enfermedades provenientes de diversas latitudes del mundo. Algunas mediante la intensificación del comercio en la zona, las cuales provocaron epidemias en los últimos treinta años del siglo XIX, ya que la población no tenía los remedios para curarlas (Dumbel & Hqu, 1975; Feierman, 1990). Por ejemplo, se introdujo un tipo de viruela proveniente de Asia o Europa, que afectó fuertemente al grupo maasai en la década de 1880

³De acuerdo con Bush (2015b) y Pearson (2015), la disentería es una infección provocada por la bacteria shigella, o el parásito entamoeba. Los síntomas son diarrea, vómito, heces con sangre y dolores abdominales fuertes por inflamación del colon y los intestinos. Se contagia por alimentos contaminados o al no lavarse las manos después de defecar u orinar.

⁴ El tracoma es una infección ocular y provoca la ceguera. Es causado por la bacteria *Chlamydia trachomatis* (Roat, 2016).

⁵ Infección bacteriana crónica que afecta la piel, los huesos y los cartílagos. Se expresa en forma de llagas en la piel y se contagia mediante el contacto directo con la piel de una persona infectada (Bush, 2015).

⁶ Esquistosomiasis o bilarzhia es una enfermedad intestinal transmitida por gusanos en agua contaminada que atraviesan la piel provocando sangre en la orina e infección en el hígado (OMS, 2019).

⁷ El bejel o sífilis endémica (no venérea) es una enfermedad crónica de la piel causada por la bacteria *Treponema*, como la sífilis venérea. Esta infección se transmite por el contacto cercano con la piel de una persona infectada (Bush, 2015).

⁸ Estas enfermedades se les ha identificado con diferentes nombres para su clasificación dentro de la medicina internacional. Resulta importante resaltar la naturaleza de estas enfermedades, ya que la mayoría se da por falta de higiene e infraestructura e indican que los problemas de salud eran básicos.

(Kimambo,1989), el cólera, traído de India, enfermó a las personas en Zanzíbar y también a los maasai en 1869 (Kimambo,1989), así como la gonorrea y la sífilis venérea (Christie,1876).

1.3 OTRO TIPO DE ENFERMEDADES Y OTRO TIPO DE EXPERTOS

Las enfermedades o dolencias tienen diferentes orígenes, síntomas y tratamientos, los cuales son interpretados de múltiples maneras. En diversos contextos africanos se puede considerar que aquellas desgracias son producto de algún acto voluntario y dañino de otros sujetos fuera del mundo material; es decir, de sujetos que se sitúan en un espacio espiritual o místico que forma parte de la cosmovisión de los grupos.

En el este de África, particularmente en lo que hoy es Tanzania, a finales del siglo XIX se presentaron enfermedades, que eran consideradas haber sido causadas por *uchawi*. Esta palabra swahili significa la abstracción del uso de poderes sobrenaturales u ocultos para dañar a las personas, a otros seres vivos o a las cosechas (Feierman, 1990; Lienhardt, 1968; Langwick, 2011). La persona encargada de manipular o hacer *uchawi* lleva el nombre de *mchawi* (*wachawi*, en plural), quien tenía la función de hacerle daño tanto a los seres humanos como a otros seres vivos.

Los habitantes de esta zona le atribuían a *uchawi* aquellos males que no mostraban síntomas físicos directamente visibles como la impotencia sexual, la ceguera o, por ejemplo, se pensaba que los trastornos neurológicos como la epilepsia eran actos de un *mchawi*, ya que sus síntomas de convulsiones y espasmos musculares

asustaban a las personas (Iliffe, 1998). También, otros malestares derivados de problemas sociales podían ser considerados propios de *uchawi*. Estos se podían presentar entre las mismas personas o entre las personas y figuras fantasmales (“espíritus”) o ancestros enfadados (Langwick, 2011).

Por otro lado, al proceso de curación en las culturas swahili se le llama *uganga* y a la figura socialmente responsable y quien tiene el poder de curar se le llama *mganga* (*waganga*, en plural). Antes de la colonización europea del siglo XIX, el *mganga* era la figura experta poseedora del conocimiento, no sólo sobre las sustancias con propiedades curativas o “mágicas”, sino también sobre el restablecimiento de las relaciones entre los seres humanos vivientes y los ancestros o los “espíritus”. Parte de sus responsabilidades era decidir cuál era el mejor tratamiento para curar la enfermedad por la cual eran visitados.

Sin embargo, los pueblos swahili también consideraban que, si la causa de la enfermedad era por *uchawi*, era casi imposible sanar o hacer el bien sin hacerle el mal a alguien más al mismo tiempo, entonces los *waganga* podían ser también considerados *wachawi* y viceversa. Por lo mismo, existía entre estas dos figuras una competencia sobre los “poderes mágicos”, así como una fuerte rivalidad (Lienhardt, 1968).

Los médicos locales en los grupos del este de África tenían una distinción entre los que hacían el proceso de diagnóstico o adivinación y los que realizaban las sustancias curativas⁹ (Beck, 1979). La mayoría eran hombres, aunque también

⁹ A excepción de Buganda en donde el médico local hacía ambos trabajos (Iliffe, 1998).

había mujeres parteras y quienes trataban las enfermedades de otras mujeres y las de los infantes.

Estos expertos locales buscaban guías espirituales, a través de sueños, posesión espiritual o mediante caminatas a solas¹⁰ (Langwick, 2011), pero también mediante la identificación de patrones en ciertos objetos. Por ejemplo, en el reino Bunyoro se buscaban patrones de polvo en el agua, semillas esparcidas en una canasta o en el flujo de la sangre y en los órganos de un animal silvestre o un ave sacrificada para identificar las causas más profundas de las desgracias (Beck, 1977).

Parte de los tratamientos era la aplicación de hierbas en heridas externas, especialmente en úlceras o llagas, la generación de calor para que el paciente transpirara, se usaban cuernos de animales para hacer sangrar a las personas, cauterizaciones, succión del veneno de serpientes, acomodaban huesos dislocados y para las enfermedades mentales entraban en trance. También hay evidencia de que en la zona interlacustre se hacían orificios en el cráneo con algún instrumento para aliviar dolores de cabeza y procedimientos parecidos a las cesáreas, pero solamente en casos de urgencia (Ilfie, 1998).

Otra de las prácticas que acostumbraban a hacer los médicos locales era dar a probar las sustancias que realizaban en comunidades vecinas antes que en la suya como un método para asegurar la eficacia de estas sin poner en peligro a su comunidad. Asimismo, las visitaban para buscar a personas sospechosas de ser wachawi. Para descubrirlas utilizaban una sustancia, que si ésta intoxicaba a la persona entonces mostraba que aquella sí era un mchawi y era obligada a revelar

¹⁰ De acuerdo al trabajo de Langwick (2011) en el sur de Tanzania esto se sigue presentando en la actualidad.

sus secretos. Otro ejemplo de medicina local previa a la colonización europea del siglo XIX se encuentra en la población ganda. El *omusawo*¹¹ tenía sus precauciones y no trataba a ninguna persona enferma si esta llegaba sola, porque le daba miedo la venganza en caso de que la o el paciente muriera (Iliffe, 1998).

Cabe resaltar, que la confianza de los pueblos swahili parlantes en los *waganga* y la de los ganda en los *omusawo* era fundamental para que los procesos de curación se llevaran a cabo. Para generar esta situación, y además mostrar su poderío, los médicos locales utilizaban el conocimiento de las relaciones personales del paciente antes de dar su diagnóstico y hacían parafernalia con el fin de mostrar mayores poderes (Beck, 1979).

En cuanto al proceso en la elaboración de sustancias este dependía de la especialización del médico local, pero compartían las características de que se elaboraba a partir de información secreta. Sin embargo, se presentaba el caso de los *sheikhs* religiosos, personas con alto rango en las confraternidades islámicas que sabían leer el Corán y escribir en árabe. Estos eruditos escribían textos apropiados relacionados con el Corán para varias ocasiones y controlaban los espíritus que podían intervenir en la política. Eran visitados por aquellos que creían que estaban sufriendo por causa de espíritus y este recitaba también suras para exorcizarlos (Lienhardt, 1968). Esto muestra la diversidad de los tipos de islam que podían encontrarse en el continente africano, así como la relación del estado de bienestar con elementos religiosos.

¹¹ Nombre en luganda para referirse a los médicos locales que curaban y daban protección entre el grupo étnico ganda (Iliffe, 1998)

La medicina local de África del este utilizaba plantas para el tratamiento de diversos tipos de enfermedades. Los médicos locales que usaban este método correspondían a una especialidad de la medicina local. Otras especialidades consistían en dar tratamientos a enfermedades específicas: huesos rotos, enfermedades causadas por gusanos, por *uchawi* o espíritus, relacionadas con juramentos y para reestablecer la relación con los ancestros (Iliffe, 1998).

Por último, comúnmente los médicos locales tenían pupilos que trabajaban con ellos a cambio de la enseñanza de sus conocimientos, secretos y poderes. La mayoría de estos aprendices eran sus hijos, pero también aceptaban a otros jóvenes cuando los espíritus lo aprobaban.

El entrenamiento de pupilos, por ejemplo, en el reino Shambaa¹² consistía en largos períodos de viaje en donde aprendían otras medicinas locales, lo que demuestra apertura a los conocimientos de otros grupos y a la innovación (Feierman, 1990). Estas ideas posiblemente contribuyeron a la aceptación de elementos de otras medicinas locales, así como parte de la medicina colonial y de la medicina proveniente china en años posteriores.

Las prácticas y los conocimientos de estas figuras, junto con la relación con el paciente, organizaron su sistema de atención médica, el cual enfrentó varias transformaciones a través de la invasión europea y la administración colonial.

Los médicos locales buscaban obtener el mayor prestigio para ganar la confianza de las personas. Al tener el poder del conocimiento sobre diversas áreas, que

¹² Los shambaa fueron gobernados por la dinastía Kilindi desde mediados del siglo XVIII hasta finales del siglo XIX. El reino alcanzó su mayor extensión bajo Kimweri ye Nyumbai. Después de su muerte, en 1862, estallaron conflictos de sucesión que se intensificaron por el control del comercio en el valle de Pangani, al noreste de Tanzania (Kimambo, 1989).

afectaban en múltiples aspectos a la población, ellos esperaban conseguir varias esposas, tener muchos hijos, pacientes y honor social (Feierman, 1990). Si bien la mayoría no buscaban vivir con muchos lujos, como los gobernantes, además de que no podían hacerlo tan fácilmente debido a la competencia, sí cobraban lo necesario para poder vivir cómodamente, por ejemplo, recibían como paga bienes tales como alimentos, animales de granja o carga, ornamentos o incluso esclavos. En menor medida recibían dinero o metales (Saavedra, 2008). De esto, se puede inferir que la cantidad de su paga era directamente proporcional a su reputación, sustentando así esta gran institución en una “economía de prestigio”.

1.4 MEDICINA LOCAL EN ÁFRICA DEL ESTE

Algunas personas tenían cierto escepticismo sobre las terapias de los médicos locales y estaban dispuestos a probar nuevas curas para los diferentes tipos de enfermedades. Se rehusaban a tomar las sustancias que el médico les daba,¹³ y buscaban otra opción que les complaciera, de médico en médico (Beck, 1979; Iliffe, 1998; Feierman, 1990).

Las familias acostumbraban a tratar a los niños y a los adultos enfermos con los “remedios caseros”; es decir, con conocimientos locales no expertos. Cuando estos remedios fallaban entonces iban con algún *mzee*¹⁴ vecino o algún pariente que fuera conocido por tratar alguna condición. Si esto también fallaba entonces buscaban al *mganga*, quien era el experto en las técnicas de curación (Karasek, 1911).

¹³ En la introducción de Lienhardt (1968) comenta el caso de un señor que no se tomó la sustancia que le dio el *mganga* Nguvumali, pero para no molestar a la comunidad pretendió que lo hizo.

¹⁴ *Mzee*, en swahili se refiere a un hombre de edad avanzada que por sus años tiene mucha experiencia por lo que es respetado (TUKI, 2000).

Asimismo, cuando se sospechaba de *uchawi* buscaban al *mganga* que se dedicaba, sobre todo, al trato con plantas o sobre cuestiones espirituales.

Cabe destacar que las personas le tenían miedo a los *wachawi*, y como era difícil identificarlos, los jóvenes se dirigían con gran respeto y formalidad¹⁵ a las personas mayores para no molestarlos, ya que había una alta probabilidad de que alguno fuera uno de ellos y les hicieran *uchawi* (Lienhardt, 1968, p.53).

Una de las prácticas que tenía la población era la introducción de algún amuleto u objeto poderoso dentro de los órganos sexuales de la mujer para darle mayor poder, ya sea para aliviar un problema social o personal. Por ejemplo, una mujer se podía introducir granos y luego con ellos hacer una “poción de amor” (Lienhardt, 1968, p.63). En este caso, se puede observar que la función de la sustancia era arreglar un problema interpersonal y social.

Por otro lado, en el reino de Bunyoro los nyoro “vacunaban” a sus hijos contra el bejel, la sífilis no venérea o la viruela mediante el contagio con un poco de la enfermedad como las secreciones de las pústulas de la viruela, práctica que se conoció en el siglo XVIII y se extendió por el siglo XIX (Herbert, 1975).

La medicina local en África del este durante el siglo XIX abarcaba todas las áreas de la sociedad, desde cuestiones socioeconómicas y políticas, hasta interpersonales y espirituales. Es debido a esto que los expertos en la salud, los médicos locales, eran los sujetos que tenían el poder de manipular el bienestar de las personas. Este bienestar se consideraba por la población de manera global, pues todo lo que tuviera que ver con la vida humana era parte de su salud. Por

¹⁵ *Shikamoo* es la salutación en swahili para dirigirse respetuosamente a las personas mayores por parte de los jóvenes. Significa “abrazo sus pies” (TUKI, 2000).

ejemplo, si había sequías buscaban al médico, quien tenía el poder de hacer llover, curar la tierra y poder tener tierra fértil para sus alimentos.

Por otro lado, los gobernantes se valían de las actividades de los médicos locales para buscar curas de enfermedades o eliminar epidemias o curar el entorno que estaba relacionado con el bienestar de las personas.

Por ejemplo, los médicos locales kamba en Kenia, que se dedicaban a la adivinación, tenían como función actuar ante la aparición de epidemias y realizar “hechizos” en contra de ellas. Asimismo, en Buganda, el médico local y sacerdote del dios de las plagas, Kawumpuli, envió a un grupo de hombres a limpiar las zonas afectadas por la plaga, distribuyó amuletos y trató a los enfermos. Otros ejemplos fueron el rey de Bunyoro que en la primera década de 1800 le ordenó a un famoso médico local que buscara la cura para la plaga y le llevó enfermos de dicho mal para que experimentara con ellos y también el jefe hehe, Mkwawa del sur de Tanzania, quien ordenó el aislamiento de las víctimas de una plaga (Ilfie, 1998).

1.5 INTENTOS ALEMANES PARA LA CREACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD

La colonización alemana de Tangañica, la parte continental de Tanzania, se llevó a cabo durante el período 1888-1918 y en esos años el territorio se llamaba África Oriental Alemana (*Deutsch-Ostafrika*), integrado por Tanzania (continental), Burundi y Ruanda. Esta ocupación se vio obstaculizada por la “Rebelión Abushiri” (1888-89), la “Rebelión de los wahehe” y la “Rebelión Maji Maji”, pero los alemanes finalmente consolidaron su dominación en estos territorios en 1907.

Cabe destacar, que la “Rebelión Maji Maji”¹⁶ tuvo elementos medicinales, que a la vez eran concebidos como mágicos. Expertos en la medicina local llamados *hongos* distribuyeron “agua sagrada o mágica” (*maji maji*) que, decían, podía disolver las balas del atacante y que hacía invisibles a los africanos ante los ojos del hombre blanco. Una de las figuras de la Rebelión fue el *mganga* de Nagarambe de nombre Kinjikitile Ngwale, quien realizó la famosa sustancia con agua, sorgo y maíz dándole fuerza a la Rebelión. Se dice que el *mganga* utilizó un medicamento llamado *uliro*, que no debía usarse para dañar a las personas inocentes (Lienhardt, 1968) y que esta sustancia tenía gran poder, ya que se creía que el *mganga* estaba poseído por “Bokero”, una deidad poderosa de los rápidos de Pangani (Saavedra, 2014).

Esta rebelión muestra parte de la concepción sobre la medicina que tenían los habitantes de Tanzania antes de la colonización, la cual estaba relacionada con elementos espirituales y con poderes extraordinarios para la protección del cuerpo y la eliminación de malestares.

Durante el período de colonización se iniciaron procesos débiles de institucionalización de la salud, la educación, la religión y la justicia como parte del proyecto de la formación del Estado colonial (Mamdani, 1998), por lo que los grupos étnicos africanos estuvieron expuestos al sistema de instituciones europeas y sus lógicas de la modernidad, así como a la explotación de personas y recursos naturales.

¹⁶ La traducción al español de la palabra *maji* es agua (TUKI, 2000).

En África Oriental Alemana las misiones religiosas alemanas eran las encargadas de realizar prácticas curativas y de promover recomendaciones de higiene e incluso establecieron pequeños centros de salud (Iliffe, 1998), antes de la colonización formal. De esta manera, se introdujo paulatinamente información, conocimientos y prácticas provenientes de Europa entorno a la salud y enfermedad, pero fue en 1888 cuando la construcción del sector salud de corte institucional europeo se llevó a cabo por parte del gobierno colonial alemán (Sullivan, 2011).

A pesar de la presencia de misioneros con conocimientos de prácticas curativas, los africanos no abandonaron las suyas en favor de la medicina proveniente de Europa y ésta se volvió una más dentro de las opciones para mejorar la salud. No obstante, con la construcción del Estado moderno europeo, las prácticas curativas, así como las creencias de los grupos africanos se vieron minimizadas, desacreditadas y en gran parte ridiculizadas por las nuevas ideas y leyes de los colonizadores, que a su vez dieron pie a rupturas de las estructuras socioculturales de los grupos étnicos (Langwick, 2011).

De acuerdo con Sullivan (2011), durante la colonización alemana hubo intentos para desarrollar la medicina preventiva y los servicios curativos al mismo tiempo, involucrando a varios de los cirujanos militares en campañas contra enfermedades transmisibles, como la malaria (paludismo) y la “enfermedad del sueño” (tripanosomiasis africana). Asimismo, se abrieron algunos centros de salud pequeños, administrados por los militares en zonas puntuales del territorio.

Los practicantes alemanes de medicina llegaron a la colonia para darles sus servicios a los gobernadores y militares alemanes, principalmente, pero también a aquellos trabajadores asiáticos y africanos que eran parte del servicio civil (Clyde,

1962; Nsekela & Nhonoli, 1976). Dejando de lado a mujeres, niños y todo aquel que no formaba parte de ese servicio. Desde que llegaron los alemanes a Tangañica, en 1888, hasta que perdieron esta colonia, en 1918, se incrementó el número de practicantes de la medicina colonial asentados en la región (Sullivan, 2011).

En la década de los 90s del siglo XIX se construyeron dos hospitales en la ciudad de Dar es Salaam: Sewa Hadji y Ocean Road. El primer hospital, cuyo nombre fue un homenaje al financiamiento del comerciante Sewa Haji Paroo, abrió en 1893 y siguió creciendo hasta 1905.¹⁷ En seguida, en 1894-95, el gobierno colonial financió la construcción del segundo hospital, que finalizó en 1897 y se convirtió en el primer hospital para servir a las personas europeas en Dar es Salaam (Clyde, 1962). En años posteriores se construyeron otras instalaciones de salud y para 1914 ya se contaban con doce hospitales y pequeños centros de salud, en la mayoría de los pueblos de Tangañica (Nsekela & Nhonoli, 1976). No obstante, las pocas personas africanas que tenían permitido tratarse en estas instalaciones, no recurrían a las mismas, posiblemente debido a la desconfianza hacia los colonizadores y a las prácticas curativas (Clyde, 1962).

¹⁷ En 1956 cambió su nombre al de "*Princess Margareth*" Hospital, bajo la administración colonial británica y desde 1976 lleva como nombre "*Muhimbili Medical Centre*".

1.6 SISTEMA DE SALUD EN EL GOBIERNO COLONIAL BRITÁNICO

Al finalizar la Guerra Imperial europea¹⁸ o Primera Guerra Mundial, Alemania perdió sus colonias en África y éstas fueron absorbidas por Francia, Bélgica, Gran Bretaña y la Unión Sudafricana. En el caso de Tangañica fue Gran Bretaña quien tomó el control.

Desde el “Siglo de las Luces” el razonamiento científico conquistó el pensamiento de las altas élites de los pueblos europeos occidentales y como consecuencia el mundo material fue considerado como el único real, válido, moderno y civilizado.

En materia del sistema de salud, lo colonia alemana le heredó a la británica doce hospitales, un sanatorio y un hospital para enfermedades mentales. Sin embargo, el personal de estas construcciones era mínimo, al grado de que el hospital Ocean Road contaba con una sola enfermera para sus pacientes (Clyde, 1962). Por otra parte, la población tenía mayores acercamientos con los misioneros cristianos para que atendieran su salud, por lo que no consideraban el sistema de salud del gobierno (Sullivan, 2011).

En 1921 el gobierno colonial británico contrató más personal médico europeo, pero también indio (Nsekela & Nhonoli, 1976). Además de los servicios médicos establecidos por el gobierno y las misiones cristianas, la comunidad de musulmanes ismaelíes estableció un dispensario privado en Dar es Salaam, que en 1964 se convirtió en el Aga Khan Hospital. Cabe destacar que este hospital forma parte actualmente de la red Agha Khan Development Network, organización fundada y dirigida por el príncipe Karim al-Hussayni, el Aga Khan IV, en donde se otorgan

¹⁸ Nombre tomado de Prah (2016)

servicios médicos generales tanto en Tanzania como en otros países africanos de la cuenca del océano Índico (AKHS, 2003).

No obstante, dichas instituciones de salud pública seguían escasas de personal y de medicamentos, así como de materiales de curación. A pesar de estas faltas, el gobierno británico tuvo éxito en la aplicación de la quinina¹⁹ para tratar la malaria y del uso del óxido de bismuto²⁰ para tratar las llagas (Malloy, 2003), a través de jeringas con agujas. Esta forma de aplicación originó historias y mitos sobre los médicos europeos, por ejemplo, White (2000) menciona que las personas aceptaban las inyecciones, pero también eran temidas, pues decían que ellos eran “vampiros que chupaban la sangre con instrumentos”. El testimonio de Lathman & Lathman (1995) difiere sobre el temor que le podían tener a las inyecciones, de hecho, los autores afirmaron que los africanos del este pedían inyecciones:

[...]Las *sindano*²¹ o agujas se han convertido en un tipo de cura milagrosa. [...] cientos de nativos pueden demandar simplemente una inyección sin describir su malestar, incluso diciendo que estaban seguros de que les haría bien, les daría fuerza y los haría física y sexualmente viriles. (Lathman & Lathman, 1995, p.94).

A pesar de esto, muchos de los tratamientos de la medicina colonial podían afectar severamente el organismo, incluso provocar la muerte, y no había medicamentos eficientes para combatir los parásitos de aquel tiempo (Malloy, 2003).

¹⁹ La quinina es una sustancia que se produce naturalmente en la corteza del árbol de la quina. Este compuesto se utiliza para el tratamiento de la malaria por sus propiedades antipiréticas, antipalúdicas y analgésicas (OMS, 1996).

²⁰ Compuesto químico que se encuentra en su estado de oxidación en la naturaleza.

²¹ La palabra *sindano* del swahili significa aguja o inyección (TUKI, 2000)

Algunas personas africanas empezaron a ser capacitadas como paramédicos y técnicos de laboratorio y sobre todo en la medicina colonial del momento, así mismo, se capacitaron a mujeres como enfermeras (Stirling, 1977). En 1938 también fueron enviados tres jóvenes africanos para que estudiaran en el Makerere College en Uganda, que era la única escuela de medicina para África del este (Iliffe, 1998). En 1948 el Hospital Sewa Haji tenía un programa para crear “Auxiliares Médicos” (*Assistant Medical Officers*) y dos años después se estableció la primera escuela de enfermería en Moshi (Sullivan, 2011).

Se esperaba por parte del gobierno, y por las personas africanas capacitadas, que la población siguiera las indicaciones médicas, pero esto no se satisfizo, pues las personas seguían consultando a sus médicos locales. Aunado a esto, las actitudes de los médicos europeos eran negativas hacia sus compañeros africanos y hacia los pacientes (Sullivan, 2011).

En este sentido se puede hablar de racismo entre la población británica y los africanos. Asimismo, los médicos europeos no creían capaces a los médicos africanos de practicar adecuadamente la medicina colonial, los auxiliares médicos tenían salarios inferiores a los asistentes indios y las enfermeras afirmaban ser “explotadas” (Iliffe, 1998).

Por otro lado, el pensamiento mágico-religioso fue concebido absurdo y atrasado en la mente del colonizador, lo que originó, desde finales de la década de los veinte del siglo XX, una división entre las prácticas curativas aceptadas y legales y las prohibidas o ilegales.

La práctica de extracción de propiedades curativas de las plantas para la elaboración de remedios fue aceptada, pero las demás características de *uganga* y *uchawi* fueron prohibidas. Este tipo de actitudes discriminatorias y criminalizadoras se perpetuaron hasta el período independiente y post independiente; por ejemplo, en Tanzania sigue vigente el documento llamado “Reglamento de Brujería” (*Witchcraft Ordinance*) de 1928, en donde se plasma dicha división de prácticas (Langwick, 2011, p. 52).

A finales de los años treinta se presentaron conflictos entre los profesionales de la salud africanos y el gobierno debido al mezquino salario y las condiciones más precarias para trabajar. La literatura sobre el período colonial plantea la situación en la que a las personas africanas se les había enseñado que el conocimiento “europeo” era superior al “africano”, por lo que valía más (Kane, 1963; Iliffe, 1998).

Ahora bien, la situación económica internacional también afectó a los gobiernos coloniales y en el caso de los británicos en Tangañica se vio reflejado en los servicios de salud. Asimismo, durante la Segunda Guerra Mundial Tangañica no tenía recursos ni suficiente personal para afrontar la gran demanda de pacientes enfermos ni para abastecer los hospitales. En años posteriores se trató de normalizar ambos recursos humanos y económicos, pero no se logró dada la creciente demanda; por ejemplo, en el período 1955 a 1960 el número de pacientes aumentó de 2.7 millones a 5.6 millones (Nsekela & Nhonoli, 1976).

Esta cifra indica que la población empezó a consultar cada vez más la medicina colonial, pero no necesariamente muestra un cambio en su pensamiento o una mezcla entre las formas de concebir la salud. De acuerdo con White (1995), las personas africanas que visitaban el hospital llevaban consigo sus propias

concepciones sobre la salud y la enfermedad y que esta medicina colonial era simplemente una opción más.

En este sentido, la región del este de África, específicamente, en donde se encuentra actualmente Tanzania, en el tema de la salud ha tenido influencias culturales desde hace miles de años, tanto para tratar las enfermedades endémicas como las propagadas por otros lugares mediante el intercambio comercial.

De la misma manera, los abordajes de dichas enfermedades estuvieron influenciadas por diferentes ideologías, comenzando por las locales, que atribuían las enfermedades a poderes sobrenaturales surgiendo los médicos locales que mediaban con los ancestros o los espíritus. A esto se fueron agregando personajes religiosos del islam que trajeron consigo otras prácticas terapéuticas relacionadas con el Corán, que se fueron permeando entre los pueblos africanos para formar diferentes concepciones sobre la salud y las enfermedades.

Tiempo después, en los albores de la colonización alemana de este territorio, las misiones religiosas se encargaron de divulgar información y conocimientos sobre la salud y las enfermedades dando paso a finales del siglo XIX a la construcción del sector salud de corte institucional europeo.

Posteriormente, la creación de hospitales y el predominio del razonamiento científico durante la colonización británica no fue del todo aceptado, debido en parte a la discriminación y el racismo que ejercían los colonizadores, por lo que la población africana siguió consultando a sus médicos locales, de tal manera que la medicina colonial solo era una opción más, mientras se conservaban sus creencias e ideologías con respecto a la salud y los tratamientos hacia las enfermedades, a pesar de haber estado prohibidas.

Al momento de la independencia y unos cuantos años posteriores, la construcción del sector salud en Tanzania continuó bajo los parámetros europeos, marginalizando a su vez a los médicos locales y favoreciendo a los médicos africanos que habían obtenido cierta educación médica europea. Sin embargo, como se verá próximamente, esta situación empezó a cambiar cuando el presidente Julius Nyerere decidió instaurar políticas de salud de corte socialista en el recién país independizado, en donde su amistad con la República Popular China tuvo un papel relevante.

CAPÍTULO II

2. LOS PRIMEROS PASOS DE NYERERE Y LA SALUD EN TANZANIA

Julius Nyerere, quien en 1964 se convirtió en el presidente de la República Unida de Tanzania (en swahili, *Jamhuri ya Muungano wa Tanzania*), trató de sedimentar las bases para un nacionalismo tanzano de corte socialista. Como parte de este proyecto político y económico, la salud de la población era sustancial para que Tanzania pudiera “desarrollarse”.

Mediante el análisis de su pensamiento político, influenciado por los contextos internacional y nacional, se argumenta que las necesidades en materia de salud de la población de Tanzania orillaron a Nyerere a acercarse a la República Popular China (RPC) con el fin último de lograr desarrollar al recién formado país. Una vez entabladas las relaciones entre ambos países, Nyerere consiguió el apoyo para poder materializar su modelo particular de desarrollo socialista llamado *Ujamaa* (Ogunsanwo, 1974; Altorfer-Ong, 2010).

2.1 UN MAESTRO PRESIDENTE

Inspirado por las independencias de India y Sri Lanka, entre otras, algunas de las élites académicas, políticas y económicas africanas, como la tanzana, negociaron con las metrópolis europeas debilitadas para poder autogobernarse. En la década de los sesentas la mayoría de los países africanos consiguieron sus independencias, sin embargo, dicha liberalización no pasó de manera profunda, pues económicamente continuaban teniendo una gran dependencia con las ex metrópolis europeas. En Tangañica, que forma parte de la actual Tanzania, “el

reemplazo de la administración colonial en 1961 no significó un rompimiento total con los británicos ni con sus instituciones. Fue más bien un cambio de personal en los escalones más altos del gobierno y del servicio civil, que un cambio de nuestras instituciones, actitudes y pensamiento” (Kimambo & Temu, 1969, p.213).

Como parte de esta élite en Tanzania se encontraba Julius Kambarage Nyerere, quien nació en Butiama, Musoma en 1922, en una pequeña aldea cercana al Lago Victoria. Su padre fue el jefe del grupo étnico *wazanaki* que habitaba en las orillas de este lago, por lo que tuvo una posición privilegiada a pesar de las limitaciones coloniales y pudo mandar a su hijo Julius a la escuela. Nyerere estudió en la escuela primaria de Musoma²² y en la secundaria de Tabora.²³ Posteriormente, estudió en el Colegio Makerere en Uganda y dio clases en la Escuela Católica de Sta. María. En 1949 entró a la Universidad de Edimburgo, en donde también realizó un posgrado en historia y le dio una visión humanista. Poco tiempo después regresó a Tangañica para ser profesor en la Escuela Secundaria Pugu, cercana a Dar es Salaam, lo que le dio el seudónimo de *mwalimu*, que del swahili al español se traduce como maestro (TUKI, 2000).

Después de esta trayectoria académica, Nyerere se involucró en la política y, en 1954, se convirtió en miembro fundador del partido Unión Nacional Africana de Tangañica (TANU, por sus siglas en inglés), que posteriormente pasó a ser el partido único de Tanzania. Un año más tarde Nyerere se dirigió al Consejo de Administración Fiduciaria de las Naciones Unidas en Nueva York, con el fin de

²² Musoma es la capital de la región Mara al noroeste de Tanzania y al este del Lago Victoria.

²³ La región de Tabora se encuentra al este de Tanzania. Durante el siglo XIX fue un núcleo comercial de esclavos y en la colonización germánica se convirtió en un centro importante administrativo.

buscar la independencia de Tangañica de la administración británica. Fue hasta el 9 de diciembre de 1961 que la independencia se logró y Tangañica pasó a formar parte de la Mancomunidad de Naciones (*The Commonwealth*). Al siguiente año, en diciembre de 1962, Tangañica fue declarada una república.

Por otro lado, las islas que conforman el archipiélago de Zanzibar²⁴ obtuvieron el autogobierno por parte de los británicos en junio de 1963 y logró formalmente su independencia el 10 de diciembre del mismo año. A principios del siguiente año, se organizó una revolución en Zanzíbar, cuya resolución fue el derrocamiento del sultán Jamshid bin Abdullah, quien había obtenido el poder por parte de los colonizadores británicos.

Posteriormente, se instauró un gobierno por parte del partido zanzibará Afro-Shirazi y pocos meses después, en abril de 1964, se procedió a la unificación con Tangañica para formar lo que hoy es la República Unida de Tanzania, en la cual Zanzibar constituye una región autónoma.

Para 1965 diversos países africanos se movían de acuerdo con la lucha anticolonial, nociones de independencia económica y conciencia nacional tanto a nivel nacional como internacional (Ogunsanwo, 1974, p.260). En este sentido, cabe profundizar en el contexto internacional para situar la coyuntura que le tocó vivir a Nyerere, la cual le influenció fuertemente.

²⁴ El archipiélago de Zanzíbar se compone por las islas Unguja, que es la más grande, Pemba y Mafia. Esta última pertenece a la administración de Tangañica y de Zanzibar.

2.2 EL ORDEN BIPOLAR INTERNACIONAL

Después de la Segunda Guerra Mundial se generó un nuevo sistema internacional distinto al que se había basado en el orden europeo vigente. A saber, desde 1815 hasta 1873 Inglaterra se había convertido en la potencia hegemónica, antecedida por Holanda durante el período 1625-1672. Sin embargo, a partir de una recesión económica en 1873 en Inglaterra, Estados Unidos (EE.UU.) y Alemania comenzaron a competir por el dominio del orden global (Wallerstein, 2004)

En febrero de 1945 la derrota de las Potencias del Eje ya se vislumbraba, por lo que se organizó la Conferencia de Yalta entre los Aliados. Seis meses más tarde, con la derrota de Alemania, EE.UU. se impuso como potencia bélica hasta que en 1949 la Unión de Repúblicas Socialistas y Soviéticas (URSS) detonara su primera bomba nuclear balanceando el poder, además de que al mismo se juntaban para edificar el nuevo orden mundial.

Así, este nuevo orden se enmarcó en un espacio de dos bloques que compartían una visión del mundo, la cual consistía en seis puntos claves: 1) la defensa por la autodeterminación de los pueblos; 2) la búsqueda por el desarrollo económico de todos los Estados (urbanización, comercialización, proletarización e industrialización con prosperidad e igualdad); 3) la creencia en la existencia de valores universales que fueran aplicables a todos los pueblos por igual; 4) la afirmación de su fe en la validez del conocimiento científico (newtoniana), como única base racional del avance tecnológico; 5) la creencia que el progreso humano era tanto inevitable como deseable y que dicho progreso era asegurado por un Estado fuerte, estable y centralizado; y 6) la creencia en la democracia, pero

definida como una situación en la que los expertos reformadores racionales podían tomar las decisiones políticas esenciales y no el pueblo (Wallerstein, 1996, p.52).

Sin embargo, estas dos superpotencias establecieron una división simétrica basada en las formas de obtener aquella visión, pues uno de los bloques se conducía por el camino de las teorías socialistas, encabezado por la URSS, mientras que el otro seguía las ideas liberales capitalistas y era liderado por EE. UU.

En este ordenamiento básico de la geopolítica mundial cimentado en la competencia ideológica entre comunistas y liberales, con el fin de imponer una sola ideología, se explicaba y justificaba el supuesto nuevo rumbo del mundo hacia el “desarrollo y el progreso”, términos sujetos a múltiples interpretaciones. Asimismo, se justificaba la carrera armamentista nuclear (*Mutual Assured Destruction, MAD*), la institucionalización del sistema económico monetario mundial (en una primera etapa), enmascarado como “ayuda extranjera”, la intervención internacional, el fomento al secretismo y el apoyo a luchas armadas reivindicativas, revolucionarias, de oposición o de defensa del *status quo* respondiendo, principalmente, a intereses soviéticos y estadounidenses.

Este contexto fue nombrado como “Guerra Fría”, acuñado por George Orwell, y que desde la perspectiva histórica estadounidense comenzó en 1946-47 y terminó en 1990-91, con la caída de la URSS, planteando al mismo tiempo “el fin de la historia”²⁵ dada la victoria del liberalismo capitalista.

²⁵ Término tomado de Francis Fukuyama de su libro “El fin de la Historia y el último hombre” (*The End of History and the Last Man*) publicado en 1992.

La lucha ideológica, metodológica y simbólica de las dos superpotencias abarcó varias localidades, en donde dicha lucha se tradujo como presiones políticas o económicas. Así mismo, la amenaza existente de destrucción mutua y terribles consecuencias para el planeta, por el uso de las armas nucleares, orillaron a diversos países con menor poder a formar parte de algún bloque y como lo dice un proverbio de África oriental, “cuando los elefantes pelean, es el pasto el que sufre”, por lo que se encontraban en desventaja. Sin embargo, estos países con menor poder no fueron pasivos ni víctimas inertes a la disposición de los “dos grandes elefantes”. Estos países también estaban forjando sus intereses internacionales y se vieron afectados y modificados e incluso beneficiados por las interconexiones con las diferentes dinámicas del plano internacional haciendo más compleja la geopolítica del período. Estos países fueron llamados durante el largo período como “países tercermundistas”.²⁶

Como parte de estos países cabe mencionar el papel internacional de China, pues el 21 de septiembre de 1949 la Conferencia Consultiva Política del Pueblo Chino eligió a Mao Tsetung como presidente de la nueva República Popular China (RPC), en donde enseguida Mao pronunció las siguientes palabras:

Los chinos hemos sido siempre una gran nación valiente y laboriosa, y sólo en los tiempos modernos nos hemos quedado atrás. Este atraso se debió exclusivamente a la opresión y explotación del imperialismo extranjero y de los gobiernos reaccionarios del país. (Tsetung, 1977)

²⁶ Este término fue acuñado por el economista Alfred Sauvy en 1952, quien lo utilizó en un artículo titulado “*Trois Mondes, Une Planète*” (“*Tres mundos un planeta*”) para referirse a los países de Asia, África y América Latina comparándolos con el “Tercer Estado” de la sociedad feudal.

Para este momento, la URSS y EE.UU. se habían posicionado como las únicas grandes potencias que iban a luchar por el dominio internacional relegando a los demás países. No obstante, Mao y sus “camaradas” proclamaron que la RPC era un aliado natural de los “pueblos oprimidos” y sostendría la postura antiimperialista y anticolonialista (Jian, 2001, p. 5).

La importancia de la RPC en este contexto radicaba en parte por su enorme tamaño geoestratégico, así como en el volumen de su población. Cabe añadir que, en la década de los cincuentas, la RPC se alió con la URSS mediante la afinidad ideológica marxista-leninista, siendo esto una amenaza para Estados Unidos. No obstante, para las décadas de los sesentas y setentas las relaciones entre China y la URSS se rompieron y con ello modificaron nuevamente la geopolítica mundial. Por otra parte, el tamaño poblacional para 1970 de la RPC era de 771 millones, mientras que, por ejemplo, la de Tanzania era de 11.2 millones (Mitchell, 1982, pp. 41-3), siendo el factor demográfico un peso importante a considerar en las dinámicas internacionales, dado que la RPC podía ofrecer personas capacitadas a Tanzania, elemento que este país carecía.

Como parte de la participación de estos “países tercermundistas” se puede mencionar la Conferencia de Bandung de 1955, en donde 29 países principalmente asiáticos y africanos²⁷ en procesos de descolonización y de creación del Estado-nación manifestaron su rechazo a la colonización y al imperialismo y establecieron diez postulados que, a *grosso modo*, defendían la soberanía y autonomía de los

²⁷ Los países representados en Bandung en 1955 fueron: Afganistán, Bután, Birmania, Camboya, Ceilán, República Popular China, Egipto, Etiopía, India, Indonesia, Irán, Iraq, Japón, Jordania, Laos, el Líbano, Liberia, Libia, Mongolia, Nepal, Pakistán, Filipinas, Arabia Saudí, Siria, Tailandia, Turquía, Vietnam del Norte, Vietnam del Sur y Yemen.

países. Una vez más la RPC tuvo un papel relevante en esta conferencia, especialmente hacia los países africanos, pues Zhou En Lai²⁸ reiteró los principios conductores de la política exterior de China hacia África, los cuales decían lo siguiente: 1) China apoya a los pueblos africanos en su lucha para combatir el imperialismo, el viejo y el nuevo colonialismo, así como a que ganen y protejan su independencia nacional; 2) China apoya la persistencia de una política de paz, neutralidad y no alineamiento por parte de los gobiernos africanos; 3) Apoya el deseo de los países africanos para alcanzar la unidad y la solidaridad, 4) mantiene que la soberanía de los países africanos debe de ser respetada por todos los países y que la agresión y la interferencia desde cualquier lugar debe de ser enfrentada (Ogunsanwo, 1974 p.120.).

Dicha conferencia marcó un antecedente para el Movimiento de los Países No Alineados (MPNA), cuyo origen se debió a la inconformidad de varios gobiernos, principalmente, asiáticos y africanos, pero también hispanoamericanos, con el orden bipolar internacional implantado por Estados Unidos y la Unión Soviética, así como con los legados del colonialismo. Los entonces jefes de Estado y de Gobierno: Gamal Abdel Nasser de Egipto, Kwame Nkrumah de Ghana, Julius Nyerere de Tanzania, Shri Jawaharlal Nehru de India, Ahmed Sukarno de Indonesia, y Josip Broz Tito de Yugoslavia, desempeñaron un papel clave en la creación de este movimiento y en su primera cumbre en 1961, en Belgrado, asumieron los postulados previamente acuñados en Bandung.

²⁸ Primer Ministro de la RPC desde su fundación y hasta su muerte en 1976.

Otro evento importante de los países que no estaban conformes con el nuevo orden bipolar fue la Primera Conferencia Tricontinental, llevada a cabo en La Habana en 1966, la cual dio origen a la Organización de Solidaridad de los Pueblos de África, Asia y América Latina. Entre los objetivos de esta Organización se encontraban alcanzar la liberación, la independencia y la soberanía nacional de los pueblos frente al imperialismo. Se posicionaron en contra del *apartheid* y la segregación racial, así como a favor del desarme y la paz mundial.

Estos espacios, entre otros, mostraron que las relaciones entre los países aparentemente excluidos y ajenos al orden bipolar podían consolidarse, apoyarse y tener presencia política a pesar del poder de las superpotencias. Asimismo, se buscaba el espacio entre los dos bloques para que pudieran delinear sus propias formas de gobierno, manteniendo con cierta distancia las presiones estadounidenses o soviéticas.

2.3 EL GOBIERNO DE NYERERE Y LA SALUD EN TANZANIA

Una vez independizada Tanzania, Nyerere, como otros líderes africanos durante el proceso de descolonización, se enfrentó a diversos problemas, ya que durante el período colonial los gobiernos europeos no se preocuparon por el desarrollo de la infraestructura económica interna o por aumentar la autosuficiencia productiva de sus colonias. Al contrario, los colonizadores estaban motivados por la explotación de las tierras, minerales y de la fuerza de trabajo africana. Consecuentemente, las tierras se agotaron; hubo escasez de alimentos para el consumo interno; había poblaciones analfabetas, sin preparación técnica ni calificada; ausencia de

infraestructuras, tales como comunicaciones, transporte, servicios de salud y educación, solo por mencionar algunas (Rodney, 1985).

Dichas condiciones orillaron a los países a ser dependientes de la ayuda extranjera, que, posteriormente, contribuiría a la formación de la economía política internacional, que ha existido en gran medida hasta ahora.

Esta coyuntura, junto con las presiones intrínsecas y extrínsecas de la construcción del Estado nación en pleno contexto bipolar, orillaron a Nyerere a buscar alternativas para organizar las políticas socioeconómicas, que condujeran al “desarrollo” del nuevo país y minimizar lo más posible aquella dependencia.

En los primeros cinco años del país independiente, Nyerere siguió recomendaciones de los británicos para la creación de sus políticas de salud (Sullivan, 2011, p. 76), pero después buscó inspiración en países socialistas para construir el sistema público de salud, principalmente en la RPC (Iliffe, 1998).

Cabe mencionar que, previamente a la independencia, Nyerere, como líder del partido TANU, observó una gran deficiencia que tenía su país: la falta de personas africanas calificadas²⁹ para la salud de la población.

Los servicios de salud, al momento de la independencia, estaban carentes de personal, principalmente africano, y de suministros médicos. En 1961 sólo había alrededor de 400 médicos para una población aproximada de 9 millones (Iliffe, 1998; Sullivan, 2011). De este limitado número, 182 estaban registrados como médicos privados, de los cuales más del 80% eran de origen asiático, mientras que sólo

²⁹ Tanzania sólo contaba con una docena de graduados (Oliver & Atmore, 2005, p.325), por lo que la ganancia de la independencia no significó un éxito inmediato hacia el desarrollo social y económico.

había 12 personas africanas registradas³⁰ en el gobierno (Titmuss, 1964; Gish, 1975; Turshen, 1984). Cabe destacar que los médicos privados, tanto personas africanas como de otro origen, se encontraban en su mayoría en ciudades como Moshi, Arusha, Tanga, Dar es Salaam y Mwanza (Sullivan, 2011).

Estos médicos, que la población tanzana los han identificado en swahili como *daktari*³¹ (TUKI, 2000; Sullivan, 2011), incluye a las personas con licencia de Asistente Médico (AMO, por sus siglas en inglés); a Oficiales Clínicos, que reciben tres años de capacitación médica en medicina clínica³², salud comunitaria, así como técnicas de colocación de huesos, sutura y cirugías menores; y a los Oficiales Médicos, quienes tienen un grado académico de medicina verificada científicamente, incluso algún posgrado en salud pública, y practican, sobre todo, a nivel regional en hospitales, el sector privado o en organizaciones no gubernamentales (Sullivan, 2011, p. 24).

Asimismo, los *madaktari* son herederos de la educación médica colonial, la cual data de finales del siglo XIX (Ilfie, 1998, p. 7). Este tipo de educación se impartió principalmente por tres vías, una por parte de misiones religiosas como la Sociedad Misionera de la Iglesia (*Church Missionary Society*), la segunda por parte del servicio médico militar en los hospitales establecidos,³³ sobre todo por los colonizadores alemanes, y la tercera vía fue por parte del hospital Sewa Hadji.

³⁰ Entre 1961 y 1970 el número de médicos tanzanos registrados pasó de 12 a 123 (Ilfie, 1998,p. 202).

³¹ El plural de *daktari* es *madaktari* (TUKI,2000).

³² Aquella que los médicos practican en directa relación con las personas enfermas.

³³ Por ejemplo, en 1889 los colonizadores alemanes abrieron dos hospitales militares en Bagamoyo y en Pangani (Ver Ilfie, 1998,p.29)

No obstante, la educación que les daban a las personas africanas era mínima y, más bien, estaban ahí para realizar trabajos de muy baja cualificación como traer instrumentos médicos o cargar pacientes. A excepción del hospital Sewa Hadji que era el único que, además de ofrecer los servicios básicos de salud, ofrecía educación médica de corte colonial a mujeres y hombres africanos, indios y árabes (Iliffe, 1998, p.29).

La situación cambió cuando Nyerere llegó a la presidencia, pues empezó a colocar personas africanas en los altos puestos gubernamentales, como por ejemplo en el Ministerio de Salud designó a Charles Mtawali, quien fungió como Secretario Principal de 1962 a 1968. Asimismo, nombró a Benjamin Akin, quien se había graduado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Makerere,³⁴ como Director Médico.

Por otro lado, el presidente tanzano empleó a Derek Bryceson, de origen inglés y miembro de la TANU, con ideas radicales, para fungir como primer Ministro de Salud hasta finales de los sesentas. Bryceson acompañó y apoyó a Nyerere en su proyecto nacional (Iliffe, 1998) e incluso lideró la apertura de una escuela de medicina propia del Ministerio de Salud en el Hospital Muhimbili, la cual empezó a admitir estudiantes en 1963 (Nsekela y Nhonoli, 1976).

Desafortunadamente, al mismo tiempo en el que se obtuvo la independencia, el país se insertaba en el sistema internacional que demandaba personal en sus oficinas para que Tangañica, y posteriormente Tanzania, estuviera representado. Ante esta situación, el país se quedó con menos personas calificadas en el sector salud, ya

³⁴ Fundada en 1924, la Escuela de Medicina de la Universidad de Makerere es la más antigua del este de África.

que algunos médicos calificados se fueron a trabajar para la OMS, mientras que otros estaban ocupados con las demandas que la ayuda extranjera conllevaba. Esto dejó de lado el liderazgo en el sector salud, así como la atención hacia la población (Iliffe, 1998; Jangu, 2012).

Ante esta situación el gobierno se enfocó en darle continuidad a lo que se había instaurado, sobre todo a seguir dando los servicios básicos y la educación médica heredada de la colonia. En un primer momento, se pretendía seguir la ideología individualista capitalista, como ejemplo de esto, el ministro de Finanzas, P. Bomani, en 1962 expresó que “en Tangañica debemos enfrentar la plena verdad de que nosotros no tenemos los suficientes recursos propios para tal inversión capitalista y la única forma de alcanzar un alto grado de desarrollo es obtener capital de ultramar” (Kahama, Maliyamkono y Wells, 1986, p. 2).

Había problemas cuyos orígenes estaban en la falta de prevenciones básicas, como hervir el agua para evitar enfermedades como el cólera (*kipindupindu*) o la tifoidea (*homa ya matumbo*), entre otras. Asimismo, la escasez de medicamentos agudizaba los problemas y potenciaba una población enferma que se contraponía al curso del desarrollo nacional.

Una vez reconocida la urgencia de la salud pública como aspecto sustancial del país, con una población enferma de viruela, tuberculosis y otras enfermedades, se prepararon acciones en el primer Plan de Desarrollo, 1961-1964 (Iliffe, 1998).

Este plan consideraba acciones en la salud pública basadas en la medicina curativa, es decir, la medicina que se encarga de tratar la enfermedad, a diferencia de la medicina preventiva, que trata la enfermedad en potencia. Sin embargo, la falta de personal hacía imposible esta tarea por lo que en los años sesenta se convirtió en

una prioridad gubernamental capacitar a enfermeras, asistentes médicos y personal para que pudieran atender a las zonas rurales (Iliffe, 1998). Esto implicó grandes desafíos, como la premura de una capacitación rápida para curar a los ya enfermos. Para dicha capacitación, en 1961 el gobierno abrió una escuela de medicina en Dar es Salaam. Esta escuela aceptaba a personas con apenas un certificado de sólo 4 años de educación secundaria y se les proporcionaba un curso de 8 semestres en medicina aplicada a las zonas rurales (Iliffe, 1998). El curso se abrió en julio de 1963 con tan sólo 16 estudiantes, de los cuales solamente 4 se graduaron con un diploma que los acreditó como Asistentes Médicos (*AMOs, Assistant Medical Officers*). Posteriormente, esta escuela se incorporó a la Universidad de Dar es Salaam y los AMOs (por sus siglas en inglés) se convirtieron en el núcleo de los servicios médicos durante el período del *Ujamaa* (Iliffe, 1998).

A pesar de estos esfuerzos, los estudiantes, así como, otros *madaktari* no estaban de acuerdo con la rápida certificación ofrecida, con la escasa oferta de profesores, las pobres instalaciones ni el modo de titulación con un diploma en lugar de un grado. De hecho, algunos consideraron que esto era un “retroceso” en la profesionalización médica y se refirieron a los AMOs como “pseudo-doctores” (Iliffe, 1998, p. 127).

Aunado a esto, dicho Plan marchó sobre la línea de las políticas de salud que se tenían en la estructura colonial británica, por lo que seguía ajeno a las especificidades y a los obstáculos que presentaba la población, llegando inevitablemente a su fracaso.

Posteriormente, el ministro de Salud Bryceson solicitó un examen del sector salud, para poder determinar cómo integrar adecuadamente los servicios disponibles en el país. Un grupo de expertos británicos evaluaron la situación y en su reporte, titulado “Titmuss Report” del año 1964, concluyeron que los problemas económicos, el aumento demográfico y el alce en la demanda de los servicios obstaculizaban el progreso de la salud pública (Ilfie, 1998). Con esta información el gobierno elaboró el Plan 1964 a 1969, con el fin de mejorar el estatus socioeconómico y las condiciones de vida de los tanzanos, por ejemplo, a través de la construcción de varios centros de salud rurales (Nsekela & Nhonoli, 1976). En estos momentos, Nyerere había implementado la Constitución Interina de Tanzania en donde estableció un sistema político de partido único en el país, que evidenciaba el cambio hacia políticas de corte socialista. De esta manera Tangañica quedó controlada por la TANU, mientras que el partido Afro-Shirazi de Zanzibar (ZASP, por sus siglas en inglés) tenía el poder sobre las islas (Branson, 2015). Por lo tanto, el gobierno tomó el control de los servicios de salud de los hospitales que se dirigían a la salud pública en general, mientras que en las zonas rurales el control de los centros de salud les correspondía a las autoridades locales.

Por otro lado, el ministerio de Salud sugirió que la práctica privada se redujera, mediante el pago mensual de una tarifa por parte de los *madaktari* para que pudieran practicar y que se restringiera la concesión de licencias a aquellos médicos, quienes proporcionaron un número mínimo de años de servicio en las zonas rurales con poco personal. No obstante, estas ideas se desecharon ante las

protestas de la Asociación Médica de Tanzania³⁵ (Nsekela & Nhonoli, 1976; Sullivan, 2011).

En cuanto a los centros de salud rurales, las autoridades locales no contaban con los recursos suficientes para pagarle al personal ni a los encargados de realizar la supervisión, y a su vez éstos no cumplían con el monitoreo constante por la falta de vías de comunicación y transporte (Sullivan, 2011). Esta constelación de eventos impactó en los médicos que se tenían disponibles, por lo que varios de ellos, sobre todo de origen asiático, se marcharon del país (Ilfie, 1998; Sullivan, 2011, p.93).

Para agravar la situación en la década de los sesentas se presentó una fuerte epidemia de sarampión, que duró de 1964 hasta 1967, dejando un saldo de 46,049 muertos (Tangañica/Tanzania Annual Medical Reports, 1954-1967).

Además, los *madaktari* sentían que sus prácticas curativas eran superiores a las prácticas locales, lo cual repercutía en la confianza de las personas hacia los servicios de salud gubernamentales (Reid, 1969). Estos servicios eran supuestamente gratuitos, pero sufrían por la falta de abastecimiento de medicamentos llevando a problemas éticos, por ejemplo, decidir a quién se le otorgaba el tratamiento y a quién se le negaba. Generalmente, se les daba preferencia a los jóvenes o se diluía el medicamento para que abasteciera a más personas (Sullivan, 2011).

³⁵ La Asociación Médica de Tanzania (*Medical Association of Tanzania*) reemplazó la rama tanzana de la Asociación Médica Británica (*British Medical Association*), pero tuvo poca participación africana hasta 1975 (Ilfie, 1998).

Debido a las características del trabajo no se necesitaban médicos reduccionistas, quienes solo atienden la enfermedad del cuerpo, sino gente con motivaciones altruistas y vocación médica, que evaluara integralmente la condición de la persona enferma, es decir, que tomara en cuenta aspectos sociales y espirituales, además de los físicos. Ante estas necesidades, los misioneros religiosos que tenían conocimientos para tratar lesiones y algunas enfermedades fueron consultados frecuentemente (Beck, 1981, Nsekela & Nhonoli, 1976).

Por otro lado, la población también consultaba a los médicos locales, quienes estaban buscando su nuevo rol dentro del recién formado país. En este sentido, a principios de los sesentas, los *waganga* formaron una asociación para tratar de legitimar sus prácticas ante el nuevo Estado, sin embargo, dicha asociación fue frenada por el gobierno bajo la premisa desarrollista de que se estaba llevando a cabo una “transición hacia un Estado moderno” en donde tenía prioridad la medicina basada en metodologías y resultados científicos (Heggenhougen, 1987, p.44). Aunado a esto se realizaron campañas negativas en contra de la utilización de la medicina local, catalogándola como “primitiva” y limitada en el nuevo contexto post independiente (Jangu, 2012).

De esta manera, en la década de los sesentas los médicos locales perdieron su prestigio, fueron marginados y se estableció el estatus de *uganga* (uso de técnicas y poderes para curar) por debajo de la medicina instaurada en el gobierno. A su vez, *uchawi* (uso de técnicas y poderes para dañar), siguió castigándose bajo el documento titulado *Witchcraft Ordinance*, de 1928, que tuvo una enmienda en 1956 y aún continúa vigente bajo el nombre de Acta de Brujería (*Witchcraft Act*). Fue hasta finales de los sesentas, en 1968, que la práctica de *uganga* fue formalmente

reconocida a través del documento llamado *Medical Practitioners and Dentist Ordinance* (Jangu, 2012, p. 78), lo que ha dado pie a la búsqueda de la instauración de *uganga* en los servicios de salud nacionales³⁶, tanto por los *waganga* como por el gobierno (Langwick, 2011).

2.4 AMISTAD E INFLUENCIA

Nyerere siguió activamente una política exterior no alineada, que acogió con satisfacción la asistencia para el desarrollo de donantes de todo el espectro político, desde la Unión Soviética y Alemania del Este hasta Estados Unidos y los países escandinavos, así como el Reino Unido. Tanzania, con un presidente popularmente respetado al mando, se convirtió rápidamente en un destino favorito para la cooperación y la ayuda extranjera. Por ejemplo, aceptó ayuda tanto de países occidentales como Canadá y Suecia, como de países socialistas como la RPC (Askew, 2002, p. 191-3; McGillivray, 2016, p.51). Esta última marcaría un hito en el pensamiento y en las políticas de Nyerere, pues encontró en ella la inspiración y el ejemplo óptimo para la materialización de su utopía nacionalista y desarrollista, la cual consistía, entre otras cosas, en la centralización del poder, el desarrollo autosuficiente del país mediante la participación de toda la población, el trabajo comunal de la tierra y el fortalecimiento de algunos valores “tradicionales” africanos, que ayudaran al bienestar mayor de todos.

Dentro de la situación internacional, la política exterior de la RPC en los países africanos se tradujo en la oportunidad de ayudar a los movimientos nacionalistas

³⁶ Véase los trabajos de Langwick (2011) y Jangu (2012) para mayor información sobre el estado de las “medicinas tradicionales” en África.

africanos, tanto a nivel político como militar, los cuales podrían sumarse a la revolución socialista continua de Mao y con ello legitimar su revolución interna y, al mismo tiempo, mantenerla activa políticamente (Jian, 2001, p.1-15). Uno de los países subsaharianos con quien la RPC tuvo una fuerte relación en términos políticos y económicos durante las décadas de los sesentas y setentas fue Tanzania.

En 1965 los países firmaron el Tratado de Amistad en Beijing, lo que significó para Tanzania un apoyo para su comercio y la obtención de tecnología en beneficio de sus planes de desarrollo. De igual manera, significó un paso más hacia su política de emancipación de la influencia “occidental” y sus intereses económicos (Ogunsanwo, 1974, p.282-3).

La primera visita de Nyerere a la RPC la realizó en febrero de 1965 (Nyerere, 1974) y pudo observar ciertas similitudes con su país, sobre todo que ambos eran mayoritariamente rurales. En este tiempo la Revolución Cultural de China estaba preparándose y el 6 de junio de 1965 se presentó una declaración relevante para el inicio de la misma, en donde Mao Tsetung criticó al ministerio de Salud Pública, por otorgar el servicio prioritariamente a las personas de las zonas urbanas y negárselas a la población rural:

Dile al ministerio de Salud Pública que solo trabaja para el quince por ciento del total de la población de este país y que este quince por ciento está compuesto principalmente por caballeros, mientras que la gran mayoría de los campesinos no reciben ningún tratamiento médico. Primero ellos no tienen ningún médico; segundo no tienen ninguna medicina. El Ministerio de Salud Pública no es el ministerio de Salud Pública para el pueblo, entonces, ¿Por qué no cambiar el nombre a ministerio de Salud Urbana, ministerio de

la Salud de los Caballeros o inclusive el ministerio de la Salud de los Caballeros Urbanos? (Tsetung, 1965)³⁷.

La postura de Mao compaginaba con las ideas de Nyerere y pronto las relaciones se incrementaron en todos los ámbitos y continuamente se enviaron representaciones tanto del gobierno como de la población por parte de ambos países. Por ejemplo, el 14 de mayo de 1966 Tanzania envió a una delegación para que visitaran el Ballet y la Ópera de Beijing (Askew, 2002, p. 157) y, posteriormente, se enviaron grupos para que fueran instruidos en la Medicina Tradicional China (Langwick, 2011).

Debido al creciente deseo tanto de TANU como de Nyerere de transformar y abandonar las estructuras coloniales, como la precaria industria capitalista (Bienen 1967, p.308), Nyerere en su discurso se posicionó como un antiimperialista que rechazaba cualquier forma de colonización:

El colonialismo es una humillación intolerable para nosotros. No debemos usar violencia. No nos detendremos a ningún método deshonesto. Debemos ser tan limpios en nuestros métodos como lo somos cuando declaramos públicamente nuestros objetivos. No debemos entregarnos a la humillación. (Nyerere, 1967, p.59).

Su pensamiento político se tornaba más colectivista, influenciado por la RPC, aunque seguía teniendo una base individualista, es decir, él buscaba el desarrollo individual de los tanzanos para que la suma de cada una de las personas formara una nación tanzana desarrollada, moderna y africana.

³⁷ Traducción del inglés al español por la autora.

En 1967 Nyerere publicó su plan de desarrollo social y económico titulado “La Declaración de Arusha” en la cual destacó la necesidad de un modelo de “desarrollo africano”. En éste Nyerere expresó que el objetivo principal de TANU, era construir la autosuficiencia y el autogobierno de Tanzania, por lo que rechazaba el sistema económico capitalista y se decantaba por la ideología socialista, aunque de apellido “africano” para no caer en la importación de ningún modelo extranjero (Nyerere, 1974, p.36).

Así, Nyerere se convirtió en un precursor del “socialismo africano” (Nyerere, 1967, p.162-71) y con ello inventó la comunidad³⁸ del *Ujamaa*³⁹ (TUKI, 2000) en Tanzania. El presidente justificó dicho socialismo mediante la alusión a un pasado precolonial idílico y precomunista en donde los africanos vivían y trabajaban juntos, los alimentos y los productos básicos se producían en comunidad, nadie podía pasar hambre mientras, otros pocos acumulaban los alimentos, ni a nadie se le podía negar refugio si otros tenían un poco de sobra, así mismo, todos tenían la obligación de trabajar (Bjerk, 2017), pero también pensaba que debían eliminarse ciertas tradiciones o elementos que perpetuaban “el tribalismo” de la sociedad para construir “la conciencia nacional” (Nyerere, 1967, p.38-9). Asimismo, el sistema del *Ujamaa* se basó en la idea de organizar al país en grupos de familias, que funcionaran como pequeños sistemas productivos, autónomos y guiados por unos cuantos expertos para formar parte de un sistema general de desarrollo social y

³⁸ Concepto tomado de Benedict Anderson de su obra *Comunidades imaginadas: Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo (Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism)* publicada en 1983.

³⁹ *Ujamaa* se traduce como familia o comunidad (TUKI, 2000). Este sistema sociopolítico se basó en las ideas de autosuficiencia, la participación de todos en el desarrollo de la nación, el trabajo comunal en el sector rural, propiedad comunal de la tierra y nacionalizaciones del sector privado.

económico moderno, esto a través de la relocalización autoritaria de la población mediante su política rural de aldeanización (*ujamaa vijijini*, en swahili o *villagization*, en inglés) y la nacionalización de algunas industrias clave, cuya vieja tecnología obstaculizaba su innovación (Shivji, 1976, 176-7).

En su política titulada “Libertad y desarrollo”, impresa en octubre de 1968 (Nyerere, 1974), Nyerere expresó la base de su pensamiento para el desarrollo económico y social, como ya lo había hecho en la Declaración de Arusha de 1967. En este texto guía argumentó que sin libertad no habría desarrollo, pero que también sin desarrollo no habría libertad. En este sentido, él se refirió a que tanto el individuo como el país deberían tener libertad para poder desarrollarse de manera individual y nacional sin influencias externas mediante su autonomía y autosuficiencia (*self-reliance*). Estableció que había tres tipos de libertades: la primera era una libertad física, cuyo principal objetivo en su plan de construcción nacional era conseguir la liberación de su pueblo de la hambruna, enfermedad y pobreza. La segunda era la libertad personal del individuo, que se refería al derecho del individuo para que viviera una vida digna e igualitaria. También mencionó el derecho a la libertad de expresión y a la libertad de participación en la toma de decisiones. La tercera libertad la llamó la libertad nacional que significaba la habilidad de los ciudadanos tanzanos para determinar su propio futuro y gobernarse a ellos mismos, así como a la no interferencia de personas no tanzanas (Nyerere, 1974). Estas “libertades” las estableció específicamente en un discurso desarrollista, muy popular en aquellos años, el cual seguía la siguiente línea lógica: al conseguir la libertad de hambruna, enfermedad y pobreza, entonces se podía ejercer sin ataduras físicas la libertad personal del individuo, misma que resultaba indispensable para poder ejercer la

libertad nacional, lo cual llevaba al desarrollo y éste daba pie a una mayor libertad nacional, generando así una espiral de crecimiento que culminaría en el logro de ya no pertenecer al “Tercer Mundo”.

Asimismo, Julius K. Nyerere manifestaba en su retórica un ambicioso eje conductor de su quehacer político, que consistía en la modernización de la población tanzana a través de la educación, la disciplina, la honestidad y el desarrollo económico con base en la igualdad entre las personas y siguiendo el camino del socialismo ya que para él era “la única elección real que se tiene para desarrollar a los países pobres y débiles del Tercer Mundo” (Nyerere, 1974, p. 114).

Aunado a esto, evidenciaba su continuo paternalismo vis-à-vis sus sujetos, al reiterar la ética detrás del *Ujamaa* que fomentaba y apoyaba a la persona trabajadora, clave en los objetivos de su socialismo, mientras que se discriminaba a aquellas personas que no trabajaban pero que se aprovechaban del trabajo de otros, los llamados *wanyonyaji*,⁴⁰ quienes frenaban el desarrollo del país (Brennan, 2006).

Por otro lado, la utilización del “pasado colonial” como uno de los episodios de “humillación” sirvió para la construcción de sus políticas post independentistas y desarrollistas (Shivji, 2009, p.1). No obstante, a pesar de sus palabras de tono socialista y de autonomía, cuando era preciso Nyerere tomaba lo necesario de cualquier bloque o de cualquier grupo social o cultural para seguir con sus planes hiper modernizadores y nacionalistas (Scott, 1998).

⁴⁰ Este sustantivo viene del verbo en swahili *kunyonya*, que significa chupar, amamantar o explotar (TUKI, 2000). Durante el período socialista de Tanzania, este verbo era utilizado por Nyerere con el significado de *explotar* para hacer referencia a la explotación capitalista de las clases propietarias del capital hacia el proletariado.

En el período de 1946-7 a 1990-91 la mayoría de los países, sobre todo los africanos y asiáticos, pertenecían al llamado “Tercer Mundo”, los cuales tenían diversos objetivos en el plano internacional y diferentes situaciones en lo nacional. Aunado a esto, el ser acreedores del tercer lugar en aquel sistema de discriminación de naciones desencadenaba, por un lado, posiciones antiimperialistas como Julius Nyerere y Mao Tsetung lo manifestaban, pero por otro, una gran dependencia de la ayuda extranjera, la cual, posteriormente, contribuiría a la formación de la economía política internacional.

Una vez independizada Tanzania, Nyerere, como otros líderes africanos durante el proceso de descolonización, se enfrentó a diversos problemas económicos, que llevaron, entre otras cosas, a una deficiente atención de la salud a falta de infraestructura, material, personal y educación. Esto provocó que los intentos de darle continuidad al sistema de salud heredado de la colonia fracasaran e, incluso, empeoraran la situación generando aún más necesidades médicas para la población.

Asimismo, el sistema de salud heredado no tenía la cercanía interpersonal que la población consideraba valiosa, por lo que los *madaktari* podían ser vistos como reproductores de la dominación colonial, opinión que se reforzó cuando ellos mismos se creían superiores a las personas africanas, ya sea que fuesen médicos locales o personas enfermas (Sullivan, 2011). Algunos de ellos, sobre todo los médicos privados, abandonaron el recién formado país al avecinarse las presiones internacionales, pero también debido a los indicios de las políticas socialistas, dejando con ello un hueco en la sociedad que era vital para que el desarrollo nacional se consiguiera, pues una población sana implicaba un país con una fuerza

de trabajo robusta, por lo que se requería de un nuevo modelo que abarcara el mayor número de personas en el menor tiempo posible.

Por otro lado, no hubo cambios en la situación legal de los médicos locales, pues desde las políticas británicas continuaron siendo criminalizados y marginados por parte del gobierno. En este rubro, para Nyerere en este momento, los médicos locales formaban parte de aquello “tradicional” que debía eliminarse, para que no se obstaculizara el desarrollo nacional.

En el plano internacional, Nyerere y Tsetung seguían activamente una política exterior no alineada, lo que los llevó a colaborar entre ellos, encontrando cierta confianza en la posible materialización de su utopía nacionalista y desarrollista, principalmente por parte de Nyerere, pues Tsetung ya lo estaba implementando mediante su Revolución Cultural. Sobre esta línea de pensamiento, la amistad entre Tanzania y la RPC significó para la RPC la oportunidad de legitimar su revolución interna y, al mismo tiempo, mantenerla. Mientras que, para Tanzania, la ayuda de Mao Tsetung, así como su socialismo asentado en China, consistió para Nyerere una maravilla sistemática, que, posteriormente, lo alentó para imitar el modelo de salud pública que la RPC estaba implementando, el cual además de proveer salud a las zonas más necesitadas como eran las rurales, podría difundir la ideología política y poder aterrizar su proyecto del *Ujamaa*.

CAPÍTULO III

3. EL MODELO DE SALUD PÚBLICA CHINO EN TANZANIA

En 1967 la población tanzana estaba dispersa y el 93.6% vivía en zonas rurales (Bech, Lawi, Massay y Rekdal, 2013). Estaba constituida por un gran número de grupos étnicos que, si bien compartían el territorio “dibujado” por los europeos, no lo hacían en otros aspectos, como el idioma, la religión y diversas costumbres. En este mismo año, con el fin de construir la nación tanzana, Julius Nyerere publicó el plan para la construcción de un sistema de desarrollo social y económico, titulado “La Declaración de Arusha”. En dicho plan se destacó la necesidad de un modelo de “desarrollo africano” basado en la filosofía de la planeación estatal centralizada, ideas de autosuficiencia, la participación de todas las personas en el desarrollo de la nación, el trabajo comunal de la tierra y en nacionalizaciones del sector privado (Bech et. al, 2013). Este sistema llevó como nombre *Ujamaa*, que traducido del swahili al español se puede entender como “familia” o “comunidad” (TUKI, 2000) y fue la iniciativa política, económica y cultural para construir el nuevo país independiente.

Como parte del gran proyecto, la construcción de un sistema nacional de salud eficiente para la mayoría de la población era de mayúscula necesidad y para ello el presidente Nyerere, después del fracaso del modelo europeo de salud heredado, buscó inspiración en la RPC (Iliffe, 1998). Con la afinidad política establecida entre los dos líderes y los diferentes propósitos de ambos, de Tanzania el desarrollarse y de la RPC el mantener la ideología socialista de Mao, las relaciones entre Tanzania y la RPC seguían creciendo, en un contexto internacional bipolar, nacionalista y

desarrollista. En este capítulo se explica de qué manera se insertó la Medicina Tradicional China, entendiendo por ésta, las prácticas terapéuticas provenientes del país asiático, aplicada por los equipos de expertos chinos durante las décadas de los sesentas y setentas en Tanzania. Asimismo, se analiza el sistema de salud durante el período del *Ujamaa* y la situación de los médicos locales tanzanos.

3.1 LA LLEGADA DE LOS EXPERTOS CHINOS Y SU MEDICINA A TANZANIA

En el rubro de la salud pública, funcionarios chinos y tanzanos se reunieron en Beijing a finales de 1967 para explorar la posibilidad de un proyecto en materia de salud y en enero del año siguiente un equipo de expertos chinos llegó a Tanzania para realizar un recorrido de un mes por varias instalaciones médicas (Yu, 1970). A partir de este momento, la presencia del conocimiento sobre prácticas terapéuticas provenientes de China se afincaba en el país africano y se colaboraba con las personas africanas para ampliar los servicios de salud en el nuevo país independiente.

Los primeros trabajos de los expertos chinos se llevaron a cabo en la isla *Unguja* (Zanzíbar), en donde a su vez establecieron un taller para elaborar sus medicamentos, con el financiamiento del Hospital Lenin (Altorfer-Ong, 2010, p. 83). Debido a que este programa estaba administrado por las oficinas de salud de las provincias chinas de Jiangsu y Shandong, el reemplazo de personal, así como el abastecimiento y la continuidad del mismo fue limitado (Hsu, 2002; Langwick, 2011). No obstante, esto no fue impedimento para que aquellos equipos impartieran clases sobre la prevención de enfermedades a los médicos de la zona (Altorfer-Ong, 2010). De acuerdo con Altorfer-Ong (2010), los expertos chinos que llegaron a finales de

los sesentas al país costero eran “especialistas en cirugía general, obstetricia y ginecología, ortopedia, farmacología y otorrinolaringología” (p.84). No obstante, cabe la duda sobre la especificidad de dichas especialidades, ya que para esos años en la RPC se estaba llevando a cabo la Revolución Cultural (1966-1976), en la cual la medicina fue objeto de diversos cambios que la hacían difícil de caracterizar, pues se trató de una mezcla de tres tradiciones: “la occidental, la china y la revolucionaria” (Gross, 2018, p.334), por lo que aquellos nombres solo estarían evocando la tradición de la “medicina occidental”. Cabe aclarar, que, con el término de “medicina occidental” se hace referencia a la ciencia y a la práctica del diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades considerando solamente los procesos físicos y biológicos. Ésta tiene como fundamento seguir el método científico, que consiste en las reglas de falsabilidad y de reproductibilidad. Asimismo, incluye el sistema compuesto por médicos con título universitario, grandes hospitales, empresas farmacéuticas, máquinas para el diagnóstico y tratamiento, así como medicamentos sintéticos (Langwick, 2011; Lock y Nguyen, 2010).

Por otra parte, la autora Elizabeth Hsu (2002) menciona que la medicina que llegó de China a Tanzania es la llamada “Medicina Tradicional China”, la cual es una mezcla de prácticas terapéuticas y conocimientos locales de los diferentes grupos sociales de China, que pasaron por verificaciones con metodologías científicas occidentales. Para otros autores como Gross (2018), esta medicina tiene como nombre “medicina revolucionaria”, ya que, en la década de los 50s, fue Mao Tse Tung, con su proyecto socialista, quien estableció esa mezcla para modernizar a su país. Este modelo de medicina china se basaba en cuatro principios, a mencionar:

1) capacitación de los trabajadores “indígenas” en las zonas rurales y de los doctores-trabajadores en las fábricas; 2) énfasis principal en la medicina preventiva; 3) desarrollar una fuerte cooperación entre los médicos de “occidente” y los médicos locales; y 4) las tareas de salud pública deben depender de movimientos masivos o en masa (Sidel y Sidel, 1982; Bibeau, 1985).

En Tanzania, la medicina proveniente de China se le llama *dawa ya Kichina* (medicina de China), la cual conserva diferentes connotaciones que pueden hacer referencia a las “terapias occidentales” practicadas por médicos de origen chino, a medicamentos chinos u occidentales producidos en China, o a sustancias provenientes de China (Hsu, 2008).

3.2 EL PROYECTO DE DESARROLLO RURAL DE TANZANIA

El pensamiento de Nyerere influenciado por países como la URSS, pero sobre todo por la RPC se manifestó en su proyecto del *Ujamaa* (McHenry, 1994). Parte de la esencia de este proyecto era la centralización del poder en un sistema de gobierno, cuyos objetivos eran mantener la seguridad del país, alcanzar el orden social y controlar los procesos de producción. De esta manera, los servicios sociales serían distribuidos eficientemente y los programas de desarrollo podrían ser monitoreados constantemente. Para poder lograr aquellos objetivos gubernamentales, se tomaron acciones con el fin de unificar y, de cierta forma, homogeneizar a la población tanzana. Una de esas acciones fue la imposición del idioma swahili en las escuelas y en la esfera política, con lo que se sometió a su vez los idiomas de los diversos grupos étnicos (Bessire, 2000).

Otra acción de gran relevancia fue la política para el desarrollo de las zonas rurales llamada en inglés *villagization* (aldeanización en español). Esta política comenzó en 1967 y tuvo su cenit en 1974. Su principal objetivo era acelerar los procesos de desarrollo mediante la utilización de métodos científicos en la agricultura (Jangu, 2012). Bajo esta política se intentó reorganizar⁴¹ a la población tanzana en espacios designados, los cuales juntaban alrededor de 250 a 300 familias para formar un tipo de aldea. Cada una era diseñada para que se facilitara el acceso a los servicios sociales como: el acceso al agua, clínicas de salud, escuelas, dispensarios médicos, entre otras instituciones públicas. Asimismo, las personas en las aldeas eran las encargadas de trabajar la tierra asignada con el fin de contribuir al desarrollo de todo el país y, con ello, al bienestar de toda la población.

Es posible afirmar que, desde una perspectiva funcionalista de la sociedad, la política de aldeanización buscaba construir una población unida, organizada, sana y eficiente para trabajar por el desarrollo económico y social del reciente país. No obstante, esta política no consideró contextos históricos, estructuras sociales, formas de vida “tradicionales”, ni los conocimientos locales de cada uno de los grupos sociales que conforman Tanzania. Además de esto, dicha política tuvo un matiz autoritario, pues en algunos períodos se llevaron campañas por medio de la fuerza que obligaron a la población a mudarse a los sitios designados por el gobierno (Coulson, 2013; Lawi, 2007).

⁴¹En 1975 el Acta de Registro, Designaciones y Administración de la Aldea del *Ujamaa* (*Ujamaa Village Registration Designation and Administration Act*) se convirtió en ley, la cual implicó la cancelación o modificación de derechos, títulos e intereses sobre las tierras (Ver Jangu, 2012).

3.3 UN MODELO VIABLE PARA TANZANIA

La construcción del nuevo sistema de salud de Tanzania necesitaba de un modelo distinto a los conocidos, pues la población se encontraba pobre, dispersa y en constante crecimiento (Bech et.al., 2013), por lo que no era adecuado construir grandes edificios equipados con aparatos costosos y profesionistas con altos grados de estudio sobre medicina que demandaran altos salarios. Al contrario, se requerían acciones rápidas para prevenir y controlar enfermedades básicas producidas, en su mayoría, por la falta de higiene y de información, elementos que el modelo chino podía ofrecer.

Fue en su segunda visita al país asiático, en junio de 1968, cuando el presidente de Tanzania quedó impactado por el sistema de salud chino, especialmente por el modelo de los “médicos descalzos” (Altorfer-Ong, 2010), el cual se alineaba con sus proyectos y políticas de desarrollo.

Aquel modelo fue desarrollado por Mao Tsetung, en donde los jóvenes con una educación media provenientes de familias campesinas eran seleccionados para recibir capacitación médica por parte del gobierno para después ir a las zonas remotas y atender a las personas, como una forma de médicos “errantes”. A estas personas se les llamó “médicos descalzos”⁴² y eran el motor para los programas de salud primaria en la RPC.

⁴² El origen de los “médicos descalzos” es debatido en la literatura (Ver Gross, 2018), pero se tiene el acuerdo de que a lo largo de los años 50s del siglo XX algunos médicos de base fueron entrenados en algunas zonas de China donde se tenían más jóvenes educados como en Shanghai, quienes posteriormente fueron involucrados en el programa. El nombre hace referencia a los agricultores del sur de China, quienes supuestamente trabajaban descalzos en los arrozales.

Dicha capacitación duraba de 3 a 12 meses, incluso menos, y consistía en aprender a identificar y tratar las enfermedades más comunes con plantas medicinales locales, algunos medicamentos “occidentales”, utilizar la acupuntura para algunos puntos corporales y realizar cirugías menores, como el retirar uñas encarnadas o remover cuerpos ajenos subcutáneos. Asimismo, este tipo de médicos tenía que recolectar, cultivar y procesar plantas medicinales locales y convertirlas en medicamentos accesibles, mejorar el saneamiento y educar a las comunidades sobre higiene básica y prevención de enfermedades (Liu, Guo, Qian, Tang, Li y Chen, 2014). Otro papel que tenían los médicos descalzos era actuar como líderes en la salud pública organizando, por ejemplo, campañas de vacunación (Gross, 2018). Dicho sistema tuvo gran éxito ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) e influenció la Declaración de Alma-Ata de 1978 sobre Atención Primaria de Salud (Langwick, 2011; Bech et.al., 2013) y fue utilizado, sobre todo, en países con bajos recursos y poca infraestructura.

Por otro lado, el sistema de “médicos descalzos” funcionaba como un “brazo” de la Revolución Cultural china y fueron clave en la misma, pues ellos esparcían el mensaje de que usar las plantas locales era una cuestión patriótica y preferible a cualquier otra opción (Gross, 2018). De esta manera, se esparcía el nuevo sistema de salud que priorizaba la salud en las zonas rurales, mientras que al mismo tiempo se trataba de eliminar los sistemas médicos preestablecidos y de fortalecer el proyecto de modernización del país. Asimismo, la recolección y el procesamiento de las plantas medicinales locales en medicamentos accesibles funcionaría como un facilitador de las demandas de China para convertirse en un actor competitivo

internacionalmente en la ciencia médica⁴³ y para exportar la “Medicina Tradicional China” (Hsu, 2002). Este modelo se desarrolló de manera muy similar en Tanzania durante el período del *Ujamaa*, sobre todo a partir de 1969 y hasta 1981, a través de los planes de desarrollo gubernamentales para los años 1969 a 1974 y 1976 a 1981 (van Etten, 1976; Jangu, 2012).

En el Plan de Desarrollo de 1969, el gobierno tanzano adoptó un esquema de cinco años para el sector salud hasta 1974. Este plan para la salud abrazaba las ideas expresas en la Declaración de Arusha, que tenía como objetivo mejorar la calidad de vida del pueblo mediante el acceso a servicios sociales, por lo que se dio máxima prioridad a los servicios de salud en las zonas rurales, tanto en salud preventiva como curativa para el control de las enfermedades contagiosas (Juntunen, 2001). Se enfatizó en la urgencia de llevar agua, salud y educación a las zonas rurales, en fortalecer la salud preventiva y la capacitación de personal, y se determinó que los servicios de salud en general fueran gratuitos (Bech et. al., 2013). Este vuelco hacia lo rural se reflejó en el gasto gubernamental, pues el sector salud pasó de tener un gasto de 5.2% en 1970 a 8.9% en 1974 (Iliffe, 1998).

En este proyecto los médicos chinos participaron de forma relevante, pues otorgaban sus servicios de manera conjunta con los esfuerzos de Nyerere para llevar salud a todo el país. Por un lado, mostraban el apoyo a la difusión de programas del *Ujamaa* y por otro enfatizaban que lo rural era prioridad para

⁴³ En 1970 el gobierno del Partido Comunista Chino comenzó una campaña nacional masiva de herbolaria para recolectar los conocimientos locales sobre las propiedades de las plantas y sus usos, así como los métodos para utilizarlas. Posteriormente, esta información y conocimientos eran probados mediante métodos científicos de falsabilidad, reproducibilidad y repetibilidad (Ver Hsu, 2002; Gross, 2018).

desarrollar el nuevo país (Altorfer-Ong, 2010). Asimismo, hubo intentos por aumentar la autosuficiencia mediante el establecimiento de salas de preparación, en donde se guardaban, principalmente, ingredientes para la elaboración de medicamentos e inyecciones con el fin de reducir la importación de medicamentos, pero también contaban con equipo e instrumental médico. Además de esto, se organizaban salas de improvisación médica para emergencias en donde las condiciones eran demasiado básicas y les enseñaban a los Asistentes Médicos (*Assistant Medical Officers*, AMOs)⁴⁴ sus conocimientos y técnicas sobre medicina para las zonas rurales (Altorfer-Ong, 2010).

En los distritos de Lindi, Nachingwea y en la región de Mtwara, los equipos chinos tenían un sistema de circuito, el cual asignaba a cada grupo un área en particular y realizaban visitas continuas a las aldeas del *Ujamaa* para ofrecer pláticas sobre el cuidado de la salud, vacunas y tratamientos infantiles. En ausencia de hospitales en las áreas rurales, los equipos improvisaban y operaban desde las instalaciones disponibles, como pequeñas clínicas o incluso desde un salón de clases (Yu, 1975). Estas acciones fueron vistas como un ejemplo para los *madaktari*,⁴⁵ especialmente para los Asistentes Médicos (AMOs). De hecho, el asistente personal de Nyerere, Joan Wicken, sugirió que la llegada de los expertos chinos proporcionó el impulso para que los AMOs realizaran con mayor frecuencia visitas a las comunidades rurales (Altorfer-Ong, 2010). Los halagos por parte de los funcionarios tanzanos no fueron escasos, ya que estos equipos chinos gozaban de un fuerte apoyo político

⁴⁴ Ver capítulo 2, página 48.

⁴⁵ Los *madaktari*, en singular *daktari*, incluye a las personas con licencia de Asistente Médico (AMO por sus siglas en inglés), a Oficiales Clínicos y a los Oficiales Médicos. (Ver capítulo 2).

de los niveles más altos del gobierno de Tanzania. Otro ejemplo de esto fueron las palabras que el ministro de Educación, Juventud y Cultura, Ali Sultan Issa, mencionó sobre los médicos chinos, quienes para él eran más afines a los africanos y más fácilmente aceptados que los soviéticos (Altorfer-Ong, 2010).

Continuando con la participación de los médicos chinos, bajo contratos de corto plazo, China envió anualmente durante los años setenta alrededor de 200 equipos de expertos a hospitales gubernamentales que practicaban la “Medicina Tradicional China”, haciendo de esta medicina parte del sistema de salud de Tanzania (Hsu, 2007, p.2). Un equipo de médicos chinos, por ejemplo, estaba compuesto por 31 médicos especialistas en Medicina Tradicional China, 6 enfermeras y 5 intérpretes (Yu, 1975, p.110).

Sin embargo, para 1972 el número⁴⁶ total de equipos médicos chinos era de once en los centros de salud existentes en Musoma, Dodoma, Morogoro, Mbeya, Kigoma, Mtwara, Nachingwea, Newala y Kondoa (Altorfer-Ong, 2010).

Posteriormente, con el avance e incremento de los proyectos de ayuda chinos para el desarrollo de Tanzania en la década de los setentas llegaron más equipos de expertos chinos tanto en materia de salud como en minería, construcción y milicia (Hsu, 2002). En materia de salud se abrió un dispensario médico de medicina china y médico chinos al norte del país, específicamente, en la ciudad de Moshi (Hsu, 2002, p. 295), pero en materia de construcción cabe resaltar el proyecto ferroviario chino más grande en África del este de aquella década, el llamado *Tanzania Zambia*

⁴⁶ Este número siguió disminuyendo y para 2001 los equipos médicos chinos eran solamente 4 (Hsu, 2007).

Railway (TAZARA) o también conocido como “Great *Uhuru*⁴⁷ Railway” (Gran Ferrocarril de la Libertad), por el cual llegaron más médicos chinos.

Esta línea ferroviaria, con una longitud de 1860 km, se empezó a construir en 1970 mediante un préstamo chino sin intereses para conectar el puerto de Dar es Salaam con la ciudad de Kapiri Mposhi en Zambia. En este proyecto trabajaron alrededor de 65,000 personas (Prah, 2016, p. 66), de las cuales aproximadamente 25,000 eran de origen chino (Altorfer-Ong, 2010, p. 88). Uno de sus objetivos, entre otros, era el darle salida al mar a Zambia para comerciar su cobre y con ello atraer la inversión extranjera en la región, con el fin último de desarrollar económicamente ambos países (Song, 2015).

Los médicos chinos, que acompañaban a los trabajadores chinos mandados para laborar en estos proyectos de infraestructura,⁴⁸ atendían también a los trabajadores africanos y a la población africana local. Aunado a esto, su participación derivó en la construcción de una excelente reputación sobre su trabajo y sobre la eficacia de la *dawa ya Kichina* (medicina de China), la cual ha perdurado hasta la actualidad (Hsu, 2002, 2008; Jennings, 2005; Langwick, 2011). Estos médicos probablemente tuvieron capacitación en centros especializados de la RPC para tratar afecciones propias de las condiciones de trabajo en el ámbito de la construcción o de las minas de carbón (Altorfer-Ong, 2010). Algunas personas de la ciudad de Mbeya dieron buenas memorias sobre el trabajo que realizaban estos médicos chinos a principios

⁴⁷ La palabra *uhuru* en swahili se traduce al español como libertad (TUKI, 2000).

⁴⁸ Estos proyectos incluyen la fábrica textil *China Friendship Textile Mill*, una fábrica de material para la agricultura como azadas, arados, entre otras herramientas llamada *Ubungo Farm Implements Manufacturing Company*. (Para más información sobre los proyectos chinos en Tanzania, ver Yu, 1975; Prah, 2016).

de los años setenta (Hsu, 2007), pero a pesar de la buena reputación, hubo un bajo nivel de interacción social entre los expertos chinos, los trabajadores tanzanos y las comunidades a las que servían, principalmente, por el idioma, pues sólo algunas personas chinas hablaban inglés y eran escasas las que hablaban swahili (Altorfer-Ong, 2010, p.85).

Además de la limitación lingüística, algunas conductas sociales como el que las personas chinas no quisieran convivir fuera del ámbito laboral con las personas africanas contribuyeron a la mínima construcción de relaciones cercanas. Esa distancia permitió que en Tanzania se difundieran rumores y especulaciones sobre las habilidades y capacidades de los expertos chinos (Altorfer-Ong, 2010), pero también sobre la *dawa ya Kichina*; por ejemplo, actualmente se cree que la construcción del ferrocarril TAZARA se llevó a cabo en tan sólo cinco años, de 1970 a 1975, gracias a “la magia” de esa medicina (Hsu, 2002).

Debido a las limitadas condiciones del país para ofrecer servicios de salud, el enfoque práctico de los médicos chinos fue útil, así como que su actitud hacia el trabajo fue vista de manera positiva, principalmente, por parte del gobierno tanzano. Profesionalmente, se percibió que los médicos chinos dejaron una "fuerte influencia personal como modelos" (Yu 1975, p. 110), ya que, como se comentó anteriormente, los médicos chinos impulsaron a su vez el trabajo de los AMOs, pero también les mostraban la “manera china” de trabajar poniendo como ejemplo la puntualidad y el buen comportamiento socialista (Altorfer-Ong, 2010).

3.4 SISTEMA DE SALUD TANZANO CON “TINTES CHINOS”

En 1973 y 1975 TANU organizó dos campañas de salud pública con el fin de dar educación a toda la población sobre la prevención de enfermedades comunes. Las campañas se realizaban mediante el radio y se enseñaba cómo construir letrinas o cómo hervir agua. Sus slogans eran *Mtu ni Afya* (“Una persona es salud”) y *Chakula ni Uhai* (“La comida es vida”). Participaron 42 de 65 distritos juntando a dos millones de tanzanos para escuchar las maneras de conservar la salud diariamente (Hall, 1978). Desafortunadamente, la escasa infraestructura, el no tener acceso al agua, la falta de baños y la pobre sanidad, obstaculizó el éxito de las campañas y no se alcanzaron los propósitos de proveer salud y reducir las enfermedades. De hecho, se presentaron epidemias de cólera, tifoidea y diarrea a pesar de estos esfuerzos (Jangu, 2012).

De manera general, el desarrollo del sector salud en las zonas rurales iba muy lento y el ministerio tomó el control quitándoselo a las autoridades locales. Había 1200 dispensarios, pero estaban mal abastecidos, algunos con más otros con menos personal capacitado y medicamentos (Nsekela y Nhonoli, 1976), lo que obstaculizó la extensión de los servicios de salud.

Ante esta coyuntura, el gobierno lanzó otro plan de 1976 a 1981, en donde se priorizó el acceso al agua potable, a los servicios de salud en las comunidades rurales y la continuación de la capacitación de los médicos en primeros auxilios y medicina básica (Juntunen, 2001). Estos programas fueron implementados al mismo tiempo que el establecimiento de centros de salud e instituciones rurales de salud, capacitación de personal en las zonas rurales y auxiliares médicos y el lanzamiento de los AMOs para las áreas remotas, siguiendo el modelo de los

“médicos descalzos” (van Etten, 1976). Los esfuerzos dieron resultados, pues se mejoraron los indicadores de salud como la disminución de la mortalidad y la esperanza de vida, así como en la distribución de vacunas para los infantes (Bech et.al., 2013, p. 76).

Asimismo, se aumentó la ayuda financiera para las zonas rurales, pero fue a costa del financiamiento de los hospitales en las zonas urbanas, lo que creó conflictos entre los otros *madaktari*, principalmente, entre los Oficiales Médicos (*Medical Officers*) y los AMOs; así como inconformidad en la población con los servicios en los hospitales. Aunado a esto, los servicios privados fueron restringidos a partir de 1977, motivando que varios Oficiales Médicos practicaran en sus casas o en las de sus pacientes e incluso de manera informal (Iliffe, 1998).

Por otro lado, parte de la población rural se quejaba⁴⁹ de la actitud de los *madaktari*, especialmente la de los AMOs, quienes estaban capacitados para las zonas rurales, pues era en su mayoría negativa y de superioridad frente a la población rural. Su petulancia radicaba, en parte, por la búsqueda de asemejarse a la imagen del médico europeo e incluso a la del Oficial Médico, quien tenían un título universitario (van Etten, 1976; Iliffe, 1998; Sullivan, 2011). En este sentido, después de las independencias de los países africanos, sobre todo en la ola de liberación de la década de los sesentas, muchas personas africanas querían parecerse al “blanco o blanca europeos” para poder gozar de los privilegios que habían conseguido desde la colonización del siglo XIX. Esto debido, en parte, a repercusiones psicológicas producidas por los abusos de la invasión colonial europea del siglo XIX,

⁴⁹ Estas quejas fueron recopiladas a través de entrevistas realizadas en los trabajos de van Etten (1976) y Sullivan (2011)

pero también, a la existencia de jerarquías en el sistema heredado, en donde los trabajadores como médicos con títulos universitarios y enfermeras capacitadas disfrutaban de un mayor estatus y de mejores salarios que los trabajadores de las zonas rurales.

Por otro lado, la medicina curativa y el diagnóstico que realizaban los médicos más capacitados tenía mayor valor que la medicina preventiva y básica que los AMOs practicaban en las zonas rurales (Young, 1986). Esto evidencia las maneras en las que los diferentes tipos de médicos creaban su estatus profesional separado de las personas a las que les servían.

Una de las particularidades a destacar de los médicos chinos que llegaron a Tanzania es que ellos estaban “muy cerca de la gente” y que mostraban su experiencia atendiendo las áreas rurales (Burgess, 2009, p.122). Como resultado de sus acciones al poner el ejemplo del “buen socialista” se presume que, hasta cierto punto, el problema de la arrogancia de los *madaktari* tanto de las zonas urbanas como los de las zonas rurales se minimizó, ya que querían parecerse a sus homólogos chinos. De igual forma, se deduce que la participación de los médicos chinos, indirectamente, mejoró el acceso a la salud en las zonas rurales.

3.5 LA INFLUENCIA CHINA EN LA “MEDICINA TRADICIONAL TANZANA”

La influencia de los expertos chinos y su medicina llevaron al presidente Nyerere a considerar la institucionalización de las medicinas locales, en una sola “Medicina Tradicional Tanzana” (Langwick, 2011). Ésta debía contener las prácticas y conocimientos terapéuticos de los *waganga* que estuvieran relacionados con las plantas, pero ninguna práctica relacionada con *uchawi*, adivinaciones, ni con cuestiones espirituales, pues eran consideradas dañinas para la sociedad, además de que surgían de un pensamiento mágico o supersticioso, contradictorio a un supuesto pensamiento moderno promovido por Nyerere.

En relación a esto último, el “Reglamento de Brujería” de 1928 impuesto durante el gobierno colonial británico, siguió vigente durante el período del *Ujamaa* y ha llegado con validez hasta la actualidad con el nombre de “Acta de Brujería”. Este documento prohíbe los actos de brujería, encantamientos o el uso de cualquier poder oculto (Act No. 12, 1998), por lo que tanto *uchawi* como los *wachawi* han estado prohibidos desde el período colonial.

Continuando, el líder de la Tanzania independiente consideró que la explotación de la “Medicina Tradicional Tanzana” podía funcionar como un eslabón más para la supuesta economía autosuficiente del país, pero también para la de otros países africanos, por lo que dirigió esfuerzos y apoyos a la investigación científica en plantas, animales y minerales con el propósito de elaborar medicamentos e introducirse en el mercado (Langwick, 2011). Evidencia del gran interés de los recién independizados países africanos surgió en 1968, cuando se organizó el Simposio sobre Plantas Medicinales Africanas (*Symposium on African Medicinal Plants*) para colaborar en la herbolaria e integrarla en sus sistemas nacionales de

salud y construir una industria propia de África, agregando así un elemento más para fortalecer sus economías.

Al mismo tiempo, algunos funcionarios tanzanos fueron becados, tanto por la OMS como por la RPC, con el fin de estudiar los sistemas de salud socialistas de varios lugares; por ejemplo, una delegación tanzana enviada a la RPC expresó lo siguiente:

Nos impresionó mucho la etapa de desarrollo de servicios de salud, que se han revolucionado y transformado por la nueva China. En particular, la manera en que los médicos tienen que ir al país para servir a las amplias masas.... La combinación de la medicina tradicional y moderna con el fin de averiguar lo que es bueno en los métodos tradicionales en vez de rechazarlas es también algo que podríamos seguir (Iliffe, 1998, p.202).

Las personas que regresaron de su experiencia en los sistemas socialistas trajeron consigo nuevas ideas sobre lo que podría ser la “Medicina Tradicional Tanzana”. Pensaban que ésta no tenía que ser practicada de manera oculta ni supersticiosa ni tampoco ser anticuada o retrógrada, pero sí tenía que ser estandarizada.

Ante esto, a principios de los años setenta el gobierno se enfocó en la recolección de plantas, raíces, cortezas, entre otros elementos, para que, posteriormente, se analizaran si éstas eran medicinales o tóxicas para el cuerpo humano (Semali, 1986). Estas investigaciones se hacían a través de la “Unidad de Investigación de Medicina Tradicional” (*Traditional Medicine Research Unit*), que se estableció en 1974 en el Centro Médico de Muhimbili como parte de la Universidad de Dar es Salaam.

Como se comentó previamente, otros funcionarios tanzanos fueron becados y enviados a la RPC para aprender sobre la Medicina Tradicional China. Este fue el caso de Sabina Mnaliwa, quien fue de las primeras personas que institucionalizó la “Medicina Tradicional Tanzana” en Tanzania y trabajó por su legalización, principalmente, para que las prácticas y conocimientos para curar las enfermedades relacionadas con *uchawi* no fueran criminalizados (Langwick, 2011). Durante los cinco años que duró su entrenamiento médico, Sabina Mnaliwa, así como varios de sus colegas y sucesores, estuvieron expuestos a la “medicina occidental” en la RPC y buscaron mezclarla con las medicinas locales de Tanzania. A su regreso trabajó en la Unidad de Investigación del Centro Médico de Muhimbili y, tiempo después, fue la directora y fundadora de la Oficina para la Medicina Tradicional del Ministro de Salud (Langwick, 200, p.61).

En 1974 y 1975 los investigadores de la Unidad recolectaron 354 plantas medicinales y un equipo de médicos chinos recolectó cerca de 1,000 plantas utilizadas por los médicos locales para la elaboración de sustancias curativas. Esto fue posible gracias al Proyecto Conjunto de Tanzania y China sobre Medicina Tradicional (*Joint Tanzania and Chinese Project on Traditional Medicine*), en donde enlistaron a los *waganga* solamente como informantes, pero no como parte del sistema de salud (Langwick, 2011).

Años después, en 1982 *uganga* se reconoció como “cultura” y se puso bajo el control del Ministerio de Juventud y Cultura Nacional, que hizo esfuerzos para facilitar la colaboración entre los *waganga* y los *madaktari* (Feiermann, 1986; Jangu, 2012), con el fin de trasladar los conocimientos locales a un nivel con mayor validez en el nuevo sistema basado en el supuesto raciocinio científico y, por lo tanto,

moderno que promovía Nyerere. Posteriormente, estas acciones que se asemejaban al modelo chino llevaron a la institucionalización a largo plazo del Programa de Investigación de la Medicina Tradicional China para el VIH/SIDA del hospital de Muhimbili (Hsu, 2007).

Así como Mnaliwa, varios de los funcionarios siguen siendo líderes en la institucionalización y legalización de las medicinas locales en Tanzania (Langwick, 2011; Jangu, 2012), aunque se siguen enfrentando a varios obstáculos como la presión de médicos instruidos en otras medicinas, la falta de financiamiento y la limitante sobre su medicina ante enfermedades graves o incurables como el VIH/SIDA.

A pesar de estos esfuerzos realizados a nivel gubernamental, el enfoque se acentuó en las medicinas locales, específicamente, en las plantas medicinales o como en swahili se dice en la *dawa za mitishamba*⁵⁰. No obstante, los médicos locales o *waganga*, sufrieron algunos problemas y fueron tratados duramente en el período de aldeanización.

Como se mencionó en el capítulo 1, el papel de los médicos locales en las sociedades de la región de África del este era diverso y de gran importancia. De acuerdo con la literatura revisada, los médicos locales eran clave en las estructuras de poder de las comunidades, pues aconsejaban a los líderes, daban protección a la sociedad, se encargaban que la tierra diera frutos, entre otras cosas (Feierman, 1990). Después de la independencia, el gobierno se encargó de disolver jerarquías de poder de las comunidades que habían continuado a pesar de la colonización

⁵⁰ La traducción literal de este concepto al español es: medicinas de árboles del campo (TUKI, 2000).

(Jangu, 2012). Entre ellos estaba la disolución de los médicos locales como figuras con autoridad y se les negó la participación política, además de que se denigraron sus conocimientos y prácticas curativas caracterizándolas como atrasadas y perniciosas. Sin embargo, durante los años de 1971 a 1974 los *waganga* hicieron esfuerzos para unirse y lograr un papel en la nueva organización social, a través de la Asociación Nacional de Médicos Tradicionales (*Umoja wa Waganga Tanzania*, UWATA), cuyo objetivo era juntar a los *waganga*, establecer centros de tratamiento en Tanzania, ofrecer servicios curativos y regular las cosechas, la publicidad y administración de las plantas medicinales, así como otros elementos de la naturaleza tales como cortezas y raíces para la elaboración de medicinas. No obstante, ante procedimientos médicos no satisfactorios, que provocaron la muerte de algunas personas, el gobierno decidió anular el registro formal de dicha asociación (Last y Chavunduka, 1986).

Durante el *Ujamaa*, los *waganga* fueron objeto de hostigamiento por parte del gobierno, especialmente, en el establecimiento de la política de aldeanización. Fueron forzados a dejar sus tierras, tirar sus remedios en los arbustos, destruir los objetos para elaborar sus medicinas e incluso fueron torturados para revelar sus conocimientos medicinales (Jangu, 2012, p. 132). Estas medidas fueron tomadas por el gobierno, en parte, porque los *waganga* formaban un grupo opositor a la aldeanización y se rehusaban a dejar sus espacios, pues para ellos sus lugares o zonas tenían una conexión ancestral con sus prácticas terapéuticas y en la elaboración de sus medicinas (Jangu, 2012).

Como parte del enfoque en las plantas medicinales, en 1976 Tanzania jugó un papel importante en los diferentes foros internacionales que la OMS organizó, pues

encabezó el debate sobre cómo podían ser explotadas las medicinas locales, particularmente la herbolaria, al servicio del desarrollo nacional y regional. Asimismo, se discutió sobre los avances de la “medicina occidental” que pudieran combinarse con los métodos locales africanos de curación (Langwick, 2011), fomentando y fortaleciendo con esto la aplicación del modelo chino para la salud primaria.

Desafortunadamente, estos foros omitieron la participación de los médicos locales, ya que estas figuras eran consideradas no aptas para ese tipo de eventos, debido a su supuesta falta de educación y pensamiento científico que las hacía “estar atrasadas”.

La influencia del neoliberalismo a partir de la década de los setentas, así como los avances tecnológicos y científicos en el ámbito de la medicina, llevaron a los países del “Prime Mundo” a dictar las pautas para que se considerara la “medicina occidental” como el sistema de salud más apropiado para todos los países, subyugando cualquier otro sistema de conocimientos y prácticas curativas. Aunado a esto, eventos internacionales como el conflicto árabe-israelí, el boicot petrolero de 1973, la carrera armamentista y otros eventos internacionales relacionados con avances tecnológicos y demás sucesos político económicos, minimizaron los esfuerzos de Tanzania y de la RPC para llevar el modelo chino adaptado a las condiciones africanas, particularmente, la explotación de la riqueza de las plantas medicinales africanas con la verificación científica, empezaron a diluirse hasta desaparecer.

3.6 EL FIN DEL UJAMAA Y EL OCASO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En la década de los setentas se presentaron varios acontecimientos, tanto internacionales como nacionales, los cuales afectaron drásticamente la economía de Tanzania. Entre ellos se puede mencionar la crisis del petróleo de 1973, la ruptura de la Comunidad de África del Este en 1977, la guerra contra Uganda en 1978-9, el declive de la producción agrícola y las exportaciones como resultado de inundaciones, sequías y la ineficiente implementación de la política de aldeanización, así como epidemias de cólera, tifoidea, neumonía y diarrea (Coulson 2013; Jangu, 2012).

La ayuda internacional de la que Tanzania era bastante dependiente empezó a reducirse incluso en la guerra contra Uganda, cuando se tenía gran apoyo político para derribar el régimen de Idi Amin (Biermann y Wagao, 1986). De igual forma, en 1980 los precios de exportación estaban cayendo y los términos de intercambio eran muy desfavorables, lo que provocó un mayor descenso en la situación económica de Tanzania. Aunado a estas coyunturas la densidad de la población urbana iba en aumento desde principios de los 70s hasta la década de los 80s, por lo que aumentaron las demandas de servicios públicos en las ciudades, que el gobierno, para esos momentos, no podía solventar. La comida era cada vez más escasa, y los artículos básicos esenciales, como el aceite de cocina y el jabón, eran más difíciles de conseguir (Lugalla 1997; Tripp 1997). Con todo esto, la economía del país estaba muy afectada al grado de que la tasa de crecimiento anual promedio del PIB per cápita fue de -1.7 por ciento entre 1981 y 1986 (World Bank, 1994, p.243).

Esta crisis también se manifestó fuertemente en el sistema de salud, pues a finales de la década de los setentas, los dispensarios no tenían suficientes medicamentos, los fondos monetarios eran difíciles de conseguir gracias a la creciente demanda de los servicios y a los costos de mantenimiento. Asimismo, los *madaktari* tanto de zonas urbanas como rurales no recibían un salario digno y cada vez más faltaban más personas capacitadas para realizar los trabajos médicos, desmoralizando con esto a otros *madaktari*, así como a otros trabajadores gubernamentales (Bech et.al., 2013). El éxodo de los médicos de Tanzania había comenzado a principios de los años setenta, pero se aceleró a partir de 1975 cuando varios *madaktari*, así como médicos y enfermeras de origen asiático⁵¹ abandonaron el país (Nsekela y Nhonoli, 1976). Algunos se fueron a los países vecinos⁵² por mejores oportunidades o a países más lejanos como Canadá o Inglaterra (Ilfie, 1998). Otros, quienes se quedaron, obtuvieron financiamiento por Aga Khan IV, a través de la *East African Muslim Welfare Society* (EAMWS), fundada a mitades de 1940. Esta sociedad apoyaba a la comunidad ismaelí de Tanzania y financiaba clínicas, dispensarios y daba otros materiales apoyando el *Ujamaa* (Kaiser, 1996).

Por otro lado, las personas tanzanas no estaban conformes con los servicios en cuanto a su calidad. Se quejaban de corrupción en el sistema y del favoritismo por atender a las personas con más dinero. También mostraban su inconformidad en

⁵¹ De acuerdo con Bech et. al. (2013) alrededor de cincuenta médicos de origen asiático abandonaron Tanzania para 1973, pero no se especifica la nacionalidad de estos.

⁵² Angwara D. Kiwara (1994) estimó que cerca del 26% de los *madaktari* que trabajaban en el gobierno abandonaron Tanzania en la década de los 80s. Asimismo, Shaidi (1991) aproximó que 196 *madaktari* se fueron a países vecinos entre 1984 y 1989.

cuanto a la manera en la que se diagnosticaban las enfermedades, tanto en centros gubernamentales como de los *madaktari* que atendían de forma privada (Sullivan, 2011; Bech et.al., 2013). Para mediados de los años 80s, la mayoría de los tanzanos vivían a 10 kilómetros de algún centro de salud, hospital o clínica (Ilfie, 1998), lo que podría indicar resultados positivos sobre los planes de salud. Sin embargo, estos estaban escasamente surtidos de medicamentos y de personal evidenciando el declive económico, pero también el político, del país.

Además de esto, cuando los donantes bilaterales dejaron de apoyar el socialismo de Nyerere, el gobierno de Tanzania no tuvo más remedio que aceptar los principios de liberalización de la economía para poder obtener préstamos de las instituciones de Bretton Woods. En 1985 Julius Nyerere decidió dejar la presidencia y preparar la sucesión del cargo para dárselo a Hassan Mwinyi,⁵³ poniéndole fin al *Ujamaa*. No obstante, Nyerere continuó como líder del partido único Chama Cha Mapinduzi,⁵⁴ hasta 1990 (Shivji, 1986) significando con esto, la fuerza política que todavía tenía dentro de la estructura gubernamental post independiente.

Fue hasta 1986 que se alcanzó un acuerdo entre el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el nuevo gobierno de Tanzania para que estas instituciones otorgaran los préstamos. Tanzania se tuvo que ajustar a los programas estructurales que dictaban el BM y el FMI, los cuales requerían de la privatización

⁵³ Ali Hassan Mwinyi nació en Kivure, Tangañica, pero creció en Zanzibar. La sucesión de la presidencia al Mzee Ruka, como era llamado por la población tanzana, fue también un simbolismo de unidad entre Tangañica y Zanzibar, pues manifestó la alternancia entre los dos territorios.

⁵⁴ El partido fue creado el 5 de febrero de 1977, bajo la dirección de Julius Nyerere con la fusión del partido TANU y el Partido Afro Shirazi (ASP), el entonces partido gobernante del archipiélago de Zanzibar.

de las industrias, recortes en los servicios públicos, así como la privatización y descentralización del sistema de salud (Biermann y Wagao, 1986).

Consecuentemente, los servicios de salud, especialmente la de los hospitales y clínicas en las zonas urbanas se encarecieron y el gobierno perdió control sobre los programas de salud en las zonas rurales. Aunado a esto, la reestructuración dictada por las instituciones internacionales no tuvo del todo resultados positivos, pues, por ejemplo, en 1988 la mayoría de los hospitales en Tanzania no contaban con los medicamentos necesarios y varios de los edificios fueron abandonados a su deterioro (Sullivan, 2011). Asimismo, se minimizaron los esfuerzos por institucionalizar las medicinas locales tanzanas en una sola “Medicina Tradicional de Tanzania” y los *waganga* seguían siendo periféricos en el sistema nacional de salud (Jangu, 2012).

En años posteriores el presidente Mwinyi declaró que las relaciones entre Tanzania y la RPC serían amistosas, pero éstas se distanciaron debido a la continua implementación de los planes de ajuste estructurales en Tanzania (Fujita, 2017), pero también a causa de la disminución del financiamiento que la RPC designaba a su política exterior (Prah, 2016).

El modelo de salud chino parecía ofrecer una opción viable para tratar los problemas de la población tanzana, así como el reto que tenía el gobierno de Nyerere para formar un sistema de salud pública que fuera eficiente, accesible y de largo alcance. Cabe destacar que los conocimientos médicos y los usos y costumbres que trajeron los expertos médicos chinos a Tanzania no fueron un sustituto absoluto de la “medicina occidental”, ni de la herencia de la medicina colonial que ya se había practicado y usado en el país. Se trató de un modelo que trabajaba paralelamente

y de manera mezclada con la medicina de occidente con la gran diferencia de que su prioridad era tratar a las personas de las zonas rurales mientras se proliferaba el proyecto político de desarrollo.

Por un lado, la población le dio la bienvenida a la medicina china y a los expertos chinos, porque requerían de acciones urgentes ante los problemas de salud que se estaban viviendo y porque rechazaban las actitudes petulantes parecidas a la de los médicos europeos. Esto propició que las personas tanzanas creyeran en la medicina china o al distanciarse del trato indebido de la élite médica africana que trataba de conseguir el status que los médicos europeos mostraron durante el período de colonización y aún después de las independencias.

Por otro lado, el gobierno fomentó y facilitó los canales para que los expertos chinos pudieran desempeñar sus capacidades y, además, con ello educar a las personas tanzanas tanto médicos como no médicos en la prevención de las enfermedades y en los cuidados básicos de la salud.

A pesar de atender necesidades urgentes de salud en la población, no resolvió por completo los problemas básicos como eliminar las epidemias de cólera, diarrea, entre otras, que necesitaban a su vez de una infraestructura adecuada para lograrlo. Parte de esto fue debido a que este modelo de salud no llegó ni fue implantado con el único propósito de dar atención médica a la población, sino que también pudo haber funcionado como una herramienta política para esparcir tanto el socialismo de Mao Tsetung como el modelo de desarrollo socialista africano que Nyerere estaba implementando (Altorfer-Ong, 2010).

Así, los expertos chinos en medicina estuvieron trabajando en varias de las áreas involucradas. Es decir, estuvieron en el gobierno y en los proyectos de salud de Nyerere de la forma *top-down* en dos partes: en lo urbano por medio de los hospitales y las clínicas, pero también en lo rural, apoyando la implementación de los “médicos descalzos” y visitando con regularidad las zonas rurales. En el transcurso del *Ujamaa* se presentaron sucesos críticos tanto internacionales como nacionales como guerra, epidemias, graves dificultades económicas, represiones, entre otros, los cuales afectaron la legitimidad de los proyectos políticos y económicos que Julius Nyerere había planeado, decantando en su final en 1985. A pesar de estas coyunturas, la medicina china no desapareció del país africano, pero se transformó en cuanto a la manera en la que se tenía acceso a ella, pues de haber estado inmersa en el sistema público de salud y otorgada gratuitamente, pasó a formar parte de la economía de mercado de una manera más lucrativa, que se implementó con mayor ímpetu en la década de los noventa en Tanzania (Hsu, 2002).

CONCLUSIÓN

Los sistemas médicos de Tanzania han pasado por diversos cambios, sobre todo, a partir de la colonización europea del siglo XIX, la cual impuso un sistema médico basado en la construcción de hospitales, educación médica universitaria, prácticas médicas avaladas por la investigación científica y en el acceso al mismo mediante el pago de cierta cuota. No obstante, dicho sistema estaba compuesto por personas europeas y asiáticas y se atendía especialmente a las personas europeas discriminando, sobre todo, a las personas africanas.

De igual forma, si bien dicha investigación científica de finales del siglo XIX y principios del siglo XX en el área de la medicina, fomentada en continente europeo, no se compara con los avances, la tecnología y el vasto acervo especializado sobre medicina de hoy en día, ésta fue lo suficientemente fuerte o potenciada tanto por cuestiones políticas y económicas propias de la colonización como por la eficacia en contra de algunas enfermedades para que desplazara a un nivel inferior los sistemas médicos locales que existían antes de la invasión colonial europea.

En este sentido, los africanos desarrollaron cierta desconfianza en cuanto a las atenciones de los médicos locales, lo que pudo haber propiciado el espacio para cierta aceptación de los conocimientos y prácticas curativas de los misioneros europeos y posteriormente de la medicina colonial.

Paralelamente, la jerarquía discriminatoria y racista que estableció el sistema médico colonial europeo derivó en la marginalización y hasta criminalización de los *waganga* en Tanzania, que incluso se perpetuó en el período independiente. Los inicios de la institucionalización de la salud como parte del proyecto del gobierno

colonial alemán, pero también británico, aunado a la violencia del proceso de colonización y la marginalización de otros saberes (de los médicos locales) fomentaron cierto rechazo hacia la medicina local por parte de las élites africanas que fueron educadas con influencia europeas, con ideas desarrollistas, modernizadoras y hasta cierto punto altruistas.

En esa élite se encontraba el tanzano Julius Nyerere, así como otros líderes africanos durante el proceso de descolonización, quién se enfrentó a diversos problemas económicos, que llevaron, entre otras cosas, a una carente atención de la salud a falta de infraestructura, material, personal y educación. Esto provocó que los intentos de darle continuidad al sistema médico heredado de la colonia fracasaran e, incluso, empeoraran la situación generando aún más carencias médicas para la población. Debido a esto, se pensó en instaurar un nuevo sistema que abarcara la mayor cantidad de población rural a un costo accesible para el nuevo Estado.

En un contexto internacional bipolar, nacionalista y desarrollista Tanzania y la RPC encontraron afinidad política para cumplir sus diferentes propósitos. Por un lado, Tanzania vio en la RPC un ejemplo a seguir para la instauración del socialismo africano. Por el otro lado, la RPC pudo fortalecer la ideología de Mao Tsetung a nivel nacional a través de políticas internacionales.

Las relaciones entre ambos países se tradujeron en diferentes proyectos, siendo el ámbito de la salud pública el de mayor interés para el presente trabajo.

En este sentido, el modelo de salud chino parecía ofrecer una opción viable para tratar los problemas de la población tanzana, ya que se adecuaba a la población que era de mayoría rural y estaba dispersa. Así pues, el modelo chino que consistía

en contar con médicos móviles o errantes fue imprescindible para aumentar la accesibilidad a la salud. No obstante, este modelo no solucionó del todo los problemas de salud, pues debido a la política de aldeanización se esparcieron otras enfermedades creando epidemias, haciendo insuficiente nuevamente dicho sistema.

Por otro lado, los médicos expertos chinos que llegaron a Tanzania como parte de la cooperación en salud, pero también como acompañantes de otro tipo de proyectos tuvieron impacto tanto en los trabajadores gubernamentales encargados de la salud pública como en las personas tanzanas a las que se les aplicó sus prácticas terapéuticas. Sobre esta cuestión, a pesar de la poca información precisa sobre la enseñanza de los médicos chinos hacia los médicos *madaktari* tanzanos, se puede deducir que los trabajadores tanzanos de la salud aprendieron prácticas de la “Medicina Tradicional China” (MTC), la cual consistía en una mezcla entre saberes locales de diversos grupos sociales chinos y verificaciones a base de métodos científicos. De manera puntual, al contrario de la deducción anterior, la influencia de la MTC se tradujo en los intentos por la institucionalización de una parte de las medicinas locales de Tanzania, específicamente, la que se basa en conocimientos sobre plantas medicinales, sin alusiones a cuestiones espirituales, de brujería, o de otra índole ajena a propiedades tangibles curativas. A pesar, de que se buscó construir la “Medicina Tradicional Tanzana” como lo había hecho la RPC, no se logró, precisamente, porque se mantenían marginalizados a los médicos locales *waganga* y las otras partes de las medicinas. Aunado a esto, los *waganga* formaban una parte de gran relevancia en la estructura social de los grupos étnicos de Tanzania desde siglos atrás, lo que les había dotado de poder político. Situación

que, desde la administración colonial europea, tanto alemana como británica, era riesgosa para la consolidación del nuevo poder. Sin embargo, a pesar de haber conseguido la independencia, los líderes políticos también vieron a los *waganga* no solo como un riesgo para el nuevo poder, sino también para el desarrollo y la modernización de toda la población. Por lo que, el papel de los *waganga*, hasta la fecha, sigue siendo controlado y limitado de diversas maneras. Cabe añadir, que los otros personajes que pueden causar daño, los *wachawi*, desde el período colonial hasta la actualidad siguen siendo prohibidos por las leyes tanzanas, pero la población los sigue consultando, por ejemplo, para supuestamente aliviar el VIH/SIDA mediante la utilización de las extremidades o de la sangre de las personas con albinismo (Langwick, 2011).

La instauración de diferentes sistemas médicos motivados, principalmente, por cuestiones político-económicas tuvieron impactos en lo que se pensaba sobre salud y enfermedad en la población tanzana. Esto se puede apreciar en la concepción que se tenía durante el período de la colonización cuando las personas africanas creían que cualquier inyección curaba cualquier enfermedad de manera rápida (Lathman & Lathman, 1995). Por otro lado, en la actualidad se puede observar el cambio en el aprecio de la *dawa ya Kichina*, la cual es considerada por las personas africanas como una “medicina realmente moderna,” ya que ésta, supuestamente, conserva la mezcla de conocimientos “tradicionales chinos” y “científicos”, que la hacen mejor en comparación con otras (Hsu, 2002; Langwick, 2011).

Por otro lado, se puede inferir que algunos expertos chinos en medicina que llegaron en las décadas de los sesentas y setentas se quedaron en Tanzania y siguieron practicando sus conocimientos y técnicas, por lo que el aliciente para generar

cambios en las concepciones de salud y enfermedad siguió presente, así como la posibilidad de que la medicina de China se quedara en el país africano. De hecho, en la década de los noventas, una vez que Tanzania se abriera a los mercados internacionales y la situación mundial cambiara en beneficio del neoliberalismo, llegaron personas chinas dispuestas a emprender negocios en el ámbito de la medicina, incluso de forma clandestina y sin conocimientos médicos (Hsu, 2007; Jennings, 2005). Dado que ya había una población china en el país africano, así como el antecedente del acercamiento con la Medicina Tradicional China durante el *Ujamaa*, se pensó la factibilidad de este mercado que hasta la fecha continua. Actualmente, la medicina de China ha ayudado a ampliar el sistema de salud de Tanzania, ya que después del período del *Ujamaa* los servicios de salud gubernamentales se encarecieron y, desde entonces, no alcanzan a la mayoría de la población.

De igual manera, la medicina china en Tanzania ha sabido adaptarse ante los fenómenos culturales y se puede apreciar en cómo se construye la relación médico-paciente; por ejemplo, el paciente tanzano llega a una clínica china en donde el médico chino, por ser primera consulta realiza el análisis clínico y le da una fórmula explicándole los efectos instantáneos que tendrá, como sudoración, cambios de color y olor en la orina u otros cambios corporales inmediatos. Después, el paciente sufrirá estos efectos probando que lo que dijo el médico es verdadero y regresará a la clínica con una confianza construida. Posteriormente, el médico procede a darle otra medicina, en este caso de efectos menos inmediatos, mostrando aceptación a los tratamientos (Hsu, 2002).

Esta aceptación que tiene la *dawa ya Kichina* en Tanzania se debe principalmente a que el tanzano la percibe como una medicina rápida, eficiente y más accesible que la medicina ofrecida por el gobierno, pues en esta última se debe de esperar bastante tiempo para ser atendido además de que tiene un precio elevado. Asimismo, en los primeros años del siglo XXI, la *dawa ya Kichina* ha sido utilizada por las personas tanzanas en parte debido a la característica de basarse en las propiedades medicinales de las plantas, así como de tener validaciones científicas, lo que para los tanzanos constituye una medicina moderna mejor y distinta a la proveniente de Europa.

Finalmente, los cambios en el ordenamiento del acceso a la salud, así como el establecimiento de los tipos de prácticas médicas que se otorgaran en el sistema médico repercuten en las concepciones en general de lo que es bienestar. Posteriormente, esas concepciones volverán a impactar en las prácticas médicas y después en el ordenamiento del acceso a la salud creando un circuito hasta que se llegue al equilibrio entre las concepciones, los tipos de prácticas médicas y el acceso a esas prácticas. El sector salud de Tanzania actualmente sigue en la búsqueda por el equilibrio en donde la pluralidad de sistemas médicos, tanto los locales como los extranjeros sean una posibilidad real para prevenir el deterioro de la salud.

APÉNDICE

A) Act No. 12, 1998.

Witchcraft (22-05-2015). *Law Reform Commission of Tanzania*. Recuperado de <http://www.lrc.tz/download/updated-acts-tanzania/>

CHAPTER 18

THE WITCHCRAFT ACT

[PRINCIPAL LEGISLATION]

ARRANGEMENT OF SECTIONS

<i>Section</i>	<i>Title</i>
1.	Short title.
2.	Interpretation.
3.	Exercise of witchcraft, possession and supply of instruments of witchcraft, and advice or threats as to the use of witchcraft an offence.
4.	Accusation of witchcraft.
5.	Penalty.
6.	Abetting and attempts.
7.	Employing or soliciting the use of witchcraft or the instruments of witchcraft.
8.	District Commissioners may order persons practising witchcraft to reside in certain places.
9.	Penalties incurred under other laws not excluded.

CHAPTER 18

THE WITCHCRAFT ACT

An Act to provide for the punishment of witchcraft and of certain acts connected therewith.

[28th December, 1928]

Ords. Nos.
33 of 1928
25 of 1935
45 of 1956
Act No. 12 of 1998

Short title

1. This Act may be cited as the Witchcraft Act.

Interpretation
Ord. No. 45 of
1956 s. 2
Cap.11

2. In this Act unless the context otherwise requires—
"court" includes a local court as defined in the Magistrates Courts Act;
"instrument of witchcraft" means anything which is used or intended to be used or is commonly used, or which is represented or generally believed to possess the power, to prevent or delay any person from doing any act which he may lawfully do, or to compel any person to do any act which he may lawfully refrain from doing, or to discover the person guilty of any alleged crime or other act of which complaint is made, or to cause death, injury or disease to any person or damage to any property, or to put any person in fear, or by supernatural means to produce any natural phenomena, and includes charms and medicines commonly used for any of the purposes aforesaid;
"police force" means the Tanzania Police Force;
"public officer" means any employee of Government or of a local government authority;
"witchcraft" includes sorcery, enchantment, bewitching, the use of instrument of witchcraft, the purported exercise of any occult power and the purported possession of any occult knowledge.

Exercise of
witchcraft,
possession and
supply of
instruments of
witchcraft, and
advice of
threats as to
the use of
witchcraft an
offence Ord.

3. Any person who—
(a) by his statements or actions represents himself to have the power of witchcraft;
(b) makes, uses, has in his possession or represents himself to possess any instruments of witchcraft;
(c) supplies to any other person any instrument of witchcraft;
(d) advises any other person upon the use of witchcraft or any instrument of witchcraft; or

No. 45 of 1956
s.3

(e) threatens to use or resorts to the use of witchcraft or any instrument of witchcraft upon or against any person or property,
commits an offence under this Act.

Accusation of
witchcraft Ord.
No. 45 of 1956
s. 4

4. Any person, otherwise than in the course of communicating information to or obtaining advice from a court, a member of the police force, a local government authority or any public officer—
(a) whether with or without any of the intents mentioned in subsection (1) of section 5, names or indicates any person as being a witch or wizard by imputing to him the use of witchcraft or any instrument of witchcraft with intent to cause injury or misfortune to any person or class of persons or to cause damage to any property; or
(b) with any of the intents mentioned in subsection (1) of section 5, names or indicates any person as being a witch or wizard,
commits an offence under this Act.

Penalty Ord.
No. 25 of 1935
s. 2; Act No.
12 of 1998
Sch.; G.Ns.
Nos. 149 and
236 of 1961

5.-(1) Any person who commits an offence under this Act with intent to cause death, disease, injury, or misfortune to any community, class of persons, person, or animal, or to cause injury to any property shall be liable to imprisonment not less than seven years.
(2) Any person who commits an offence under this Act without any intent such as is described in subsection (1) of this section shall be liable to a fine of not less than one hundred thousand shillings or imprisonment of not less than five years.
(3) The trial of a person for an offence punishable under subsection (2) shall not begin unless the consent of the Attorney-General or the Zonal State Attorney in-charge is obtained.

Abetting and
attempts

6. A person who abets or attempts to commit an offence under this Act commits such an offence.

Employing or
soliciting the
use of
witchcraft or
the instruments
of witchcraft
Ord. No. 45 of
1956 s. 5

7. Any person who employs or solicits any other person to resort to the use of witchcraft or any instrument of witchcraft for any purpose whatsoever commits an offence.

District
Commissioners
may order
persons
practising
witchcraft to
reside in
certain places

8.-(1) If it is reported to the District Commissioner that a person is suspected of practising witchcraft, and the District Commissioner, after due inquiry, is satisfied that the person so suspected causes or is likely to cause fear, annoyance or injury in mind, person or property to any other person by means of pretended witchcraft or is practising witchcraft for gain or reward, he may, for reasons to be recorded, order the person so suspected to

reside in any specified locality within his district until such order is varied or revoked, and further or in the alternative may order such person to report to the District Commissioner or to a local authority at such intervals not being less than seven days as he shall direct until such order is varied or revoked.

(2) Any order made under this section shall with the reasons therefor be forthwith reported by the District Commissioner to the Regional Commissioner of his Region.

(3) Every report made under subsection (2) shall be accompanied by a record of the inquiry.

(4) The Regional Commissioner may suspend, reverse or vary any order made under subsection (1) and shall report such order and the action taken thereon to the President, and any such order of the District Commissioner or Regional Commissioner may at any time be disallowed or varied by the President.

(5) The power of a Regional Commissioner to vary an order under this section shall include a power to direct that the person in regard to whom the order is made reside in any specified locality within the Region and shall report, at such intervals as aforesaid, to any District Commissioner or local authority in such locality.

(6) The power of the President to vary an order under this section shall include a power to direct that the person in regard to whom the order is made reside in any specified locality in Tanzania and report at such intervals as aforesaid to any District Commissioner or local authority in such locality.

(7) Any person who without lawful excuse refuses or neglects to obey an order lawfully made under this section is liable to a fine not exceeding one hundred and fifty shillings or to imprisonment of either description for a term not exceeding two months.

Penalties
incurred under
other laws not
excluded

9. Nothing in this Act shall affect the liability of any person to any penalty which he may incur under any other law, provided that no person shall be punished twice for the same act.

LISTA DE REFERENCIAS

- AKHS. (2003). *Aga Khan Hospitals, Dar es Salaam*. Recuperado de:
<http://agakhanhospitals.org/DarEsSalaam>
- Ackley, C. (2010). *The Fetishization of Albinos in Tanzania*. University of Chicago.
- Altorfer-Ong, A., (2010). They Came as Brothers, Not Masters: Chinese Experts in Tanzania in the 1960s and 1970s. *Journal Für Entwicklungspolitik*. 26, 73-94.
- Askew, K.M. (2002). *Performing the Nation. Swahili Music and Cultural Politics in Tanzania*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bech, M.M., Lawi, Y.Q., Massay, D.A., y Rekdal, O.B. (2013). Changing Policies and their Influence on Government Health Workers in Tanzania, 1967–2009: Perspectives from Rural Mbulu District. *International Journal of African Historical Studies*, 46(1), 61-103.
- Beck, A. (1981). *Medicine, Tradition and Development in Kenya and Tanzania, 1920–1970*. Waltham: Crossroads Press.
- _____, (1979). *The Traditional Healer in Tanzania*. *African Issues*, 9(3),2-5. Doi: 10.1017/S1548450500001876
- _____, (1977). *Medicine and Society in Tanganyika 1890-1930*. Philadelphia: Independence Square.
- Bessire, A. H. C. (2000). *Negotiating Cultural Icons: Sukuma Art, History and Colonial Encounter in Tanzania*. (PhD Thesis). Harvard University, Massachusetts.
- Bibeau, G. (1985). From China to Africa: The Same Impossible Synthesis between Traditional and Western Medicines. *Social Science and Medicine*, 21(8), 937-943. Doi:10.1016/0277-9536(85)90152-2
- Bienen, H. (1967). *Tanzania: Party Transformation and Economic Development*. Princeton: Princeton University Press.
- Biermann, W. & Wagao, J. (1986). The Quest for Adjustment: Tanzania and the IMF, 1980-1986. *African Studies Review*, 29(4), 89-103. Doi: 10.2307/524008

- Bjerk, P. (2017). *Julius Nyerere*. Ohio: Ohio University Press.
- Branson, N. (2015). Party Rules: Consolidating Power Through Constitutional Reform in Tanzania. *Africa Research Institute*. Recuperado de <https://www.africaresearchinstitute.org/newsite/publications/constitutional-reform-tanzania-2/>
- Brennan, (2006). Blood Enemies: Exploitation and Urban Citizenship in the Nationalist Political Thought of Tanzania, 1958-75. *The Journal of African History*, 47(3), 389-413.
- Burgess, T. (2009): *Race, Revolution, and the Struggle for Human Rights in Zanzibar: the memoirs of Ali Sultan Issa and Seif Sharif Hamad*. Athens: Ohio University Press.
- Bush, L.M. (2015a). Bejel, pian y pinta. En *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/infecciones/infecciones-bacterianas/bejel,-pian-y-pinta?query=bejel>
- _____, (2015b). Shigelosis. En *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/infecciones/infecciones-bacterianas/shigelosis>
- Christie, J. (1876). *Cholera Epidemics in East Africa*. Londres: McMillan and Co.
- Clark, W. (1978). *Socialist Development and Public Investment in Tanzania, 1964-73*. Toronto; Buffalo; London: University of Toronto Press.
- Clyde, D. (1962). *History of the Medical Services of Tanganyika*. Dar es Salaam: Government Press,
- Cook, A. R. (1897). *Uganda memories (1897-1940)*. Kampala. En Iliffe, J. (1998). *East African Doctors: A History of the Modern Profession*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coulson, A. (2013). *Tanzania: A Political Economy*. Oxford: Oxford University Press. pp.250-254.
- Dawson, M. (1983). *Socio-economic and epidemiological change in Kenya: 1880-1925*. (PhD Thesis) University of Wisconsin-Madison, Wisconsin-Madison.
- Duggan, W.R. & Civile, J.R.(1976). *Tanzania and Nyerere: A Study of Ujamaa and Nationhood*. New York: Orbis Books.

- Dumbell, K.R. & Hqu, F. (1975). Epidemiological Implications of the Typing of Variola Isolates. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 69(3), 303-6. Doi: 10.1016/0035-9203(75)90123-6
- Ehret, C. (1987). "Entre la costa y los grandes lagos", en D. T. Niane (coord.) *Historia General de África*, t. IV, Madrid, Tecnos/UNESCO, p. 501.
- Feierman, S. (1986). Popular Control Over the Institutions of Health: A Historical study. En Last, M. & Chavunduka, G.L. (Eds.). (1986). *The professionalization of African Medicine*.
 _____, (1990). *Peasant Intellectuals. Anthropology and History in Tanzania*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Feyisetan, B. J., Asa, S., & Ebigbola, J. A. (1997). Mothers' Management of Childhood Diseases in Yorubaland: The Influence of Cultural Beliefs. *Health Transition Review*, 7(2), 221–234, 175.
- Fujita, M. (2017). Chinese Involvement in Tanzania and Its Local Impacts. (Honors Theses). Bucknell University, Pennsylvania. Disponible en: http://digitalcommons.bucknell.edu/honors_theses/413
- Gish, O. (1975). Planning the Health Sector: The Tanzanian experience. Londres, pp.71, 186. En Iliffe, J. (1998). *East African Doctors: A History of the Modern Profession*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Green, R. y Heller, C. (1980). Surgimiento y proyección del Tercer Mundo: De Bandung a los ochenta. *Foro Internacional*, 21(2), 161-193. Recuperado de: <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/854>
- Gross, M. (2018). Between Party, People, and Profession: The Many Faces of the 'Doctor' during the Cultural Revolution. *Medical History*, 62(3), 333–359. Doi: 10.1017/mdh.2018.23
- Hall, L.B. (1978). *Mtu ni Afya ("Man is Health"): Tanzania's Health Campaign*. Washington, DC: Clearinghouse on Development Communication.
- Heggenhougen, K. (1987). *Community Health Workers: The Tanzanian Experience*. Oxford: Oxford University Press.
- Herbert, E. (1975). Smallpox Inoculation in Africa. *The Journal of African History*, 16(4), 539-559. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/180496>

- Hsu, E. (2002). The Medicine from China has Rapid Effects: Chinese Medicine Patients in Tanzania. *Anthropology and Medicine*. 9(3), 291-313. Doi: 10.1080/13648470216335
- _____, (2007). Chinese Medicine in East Africa and Its Effectiveness. *International Institute for Asian Studies Newsletter* 45(45).
- _____, (2008). Medicine as business: Chinese Medicine in Tanzania. En: Alden, C., Large, D. & Soares de Oliveira, R. (eds.) *China Returns to Africa: A Rising Power and a Continent Embrace*. London: Hurst Publishers, 221-236.
- Iliffe, J. (1998). *East African Doctors: A History of the Modern Profession*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jangu, M.H. (2012). *Healing Environmental Harms: Social Change and Sukuma Traditional Medicine on Tanzania's Extractive Frontier*. (PhD Thesis) University of Michigan, Michigan.
- Jennings, M. (2005). Chinese Medicine and Medical Pluralism in Dar es Salaam: Globalisation or Glocalisation? *International Relations*, 19(4), 457-473. Doi: 10.1177/0047117805058535
- Jian, C. (2001). *Mao's China and the Cold War*. London: University of North Carolina Press.
- Juntunen, A. (2001). *Professional and Lay Care in the Tanzanian Village of Ilembula*. Department of Nursing and Health. Oulu: University of Oulu.
- Kahama, C.G., Maliyamkono, T.L. & Wells, S. (1986). *The Challenge for Tanzania's Economy*. Dar es Salaam: Tanzania Publishing House.
- Kaiser, P. J. (1996). *Culture, Transnationalism, and Civil Society: Aga Khan Social Service Initiatives in Tanzania*. Westport: Praeger.
- Kane, H. (1963). *Ambiguous adventure*. London: Heinemann.
- Karasek, A. (1911). Beitrage zur Kenntnis der Waschambaa. *Baessler-Archiv*, 1, 197. En Iliffe, J. (1998). *East African Doctors: A History of the Modern Profession*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Kimambo, I.N. (1989). *The East African Coast and Hinterland 1845-1880*. En Ajayi Ade J.F. (Ed.) *General History of Africa VI. Africa in the Nineteenth Century until the 1880s* (pp.234-269). Paris: UNESCO.
- Kimambo, I. N. & Temu, A.J. (1969). *A History of Tanzania*. Nairobi: East African Publishing House.
- Kiwara, D.A. (1994). Health and Health Care in a Structurally Adjusting Tanzania. En Msambichaka, A.L., Moshi, P.B.H., & Mtatifikolo, P.F. (Eds.). (1994). *Development Challenges and Strategies for Tanzania: An Agenda for the 21st Century*. Dar es Salaam: Dar es Salaam University Press.
- Koponen, J. (1988). *People and Production in Late Precolonial Tanzania. History and Structures*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Langwick, S.A. (2010). From Non-aligned Medicines to Market-Based Herbs: China's Relationship to the Shifting Politics of Traditional Medicine in Tanzania. *Medical Anthropology*, 29(1), 15-43. Doi: 10.1080/01459740903517378
- _____, (2011). *Bodies, Politics and African Healing. The Matter of Maladies in Tanzania*. Bloomington: Indiana University Press.
- Last, M. & Chavunduka, G.L. (Eds.). (1986). *The professionalization of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press. En Jangu, M.H. (2012). *Healing Environmental Harms: Social Change and Sukuma Traditional Medicine on Tanzania's Extractive Frontier*. (PhD Thesis). University of Michigan, Michigan.
- Latham, G. & Latham, M. (1995). *Kilimanjaro Tales: The Saga of a Medical Family in Africa*. London & New York: The Radcliffe Press.
- Lawi, Y.Q. (2007). Tanzania's Operation Vijiji and Local Ecological Consciousness: The Case of Eastern Iraqwland, 1974-1976. *Journal of African History*, 48(1), 69-93. Doi:10.1017/S0021853707002526
- Lienhardt, P. (1968). *The Medicine Man. Swifa ya Nguvumali*. Oxford: Clarendon Press.

- Liu,P., Guo, Y., Qian, X., Tang, S., Li, Z., & Chen,L. (2014). China's distinctive engagement in global health. *The Lancet*, 384 (9945), 793-804. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60725-X
- Lock, M.M. & Nguyen, V.K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lugalla, J. L. P. (1997). Development, Change, and Poverty in the Informal Sector during the Era of Structural Adjustments in Tanzania. *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Études Africaines* 31(3), 424-451. Doi:10.1080/00083968.1997.10751121
- Malloy, T.P. (2003). *Holding [Tanganyika] by the Sindano: Networks of Medicine in Colonial Tanganyika* (PhD Thesis) University of California, Los Angeles.
- Mamdani, M. (1998). *La Estructura del Poder, Ciudadano y Súbdito*. México: UNAM-Siglo XXI, pp. 131-202.
- McGillivray, M. (2016). *Swedish Development Cooperation with Tanzania – has it helped the poor?* Stockholm: Elanders Sverige AB.
- McHenry, D. (1994). Limited Choices: The Political Struggle for Socialism in Tanzania. En Jangu, M.H. (2012). *Healing Environmental Harms: Social Change and Sukuma Traditional Medicine on Tanzania's Extractive Frontier*. (PhD Thesis) University of Michigan, Michigan.
- Mitchell, B.R. (1982). *International Historical Statistics Africa and Asia*. London: Macmillan Press Ltd.
- Nsekela, A.H. & Nhonoli, A.M. (1976). *The Development of Health Services and Society in Mainland Tanzania*. Kampala: East African Literature Bureau.
- Nyamwaya, D. (1979). *Societal Response to Illness: The Pokot of Kenya*. Nairobi: University of Nairobi Institute of African Studies.
- Nyerere, J.K. (1967). Freedom and Unity. *Uhuru na Umoja: A Selection from Writings and Speeches, 1952-65*. Londres: Oxford University Press.
- _____, (1974). *Man and Development. Binadamu na Maendeleo*. New York: Oxford University Press.
- Ogunsanwo, A. (1974). *China's Policy in Africa 1958-1971*. London: Cambridge University Press.

- Oliver, R. y Atmore, A. (2005). *Africa Since 1800*. 5th ed. New York: Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2019). *Esquistosomiasis*. Disponible en línea <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis> _____, (2018a). *La tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño)*. Disponible en línea [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/trypanosomiasis-human-african-\(sleeping-sickness\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/trypanosomiasis-human-african-(sleeping-sickness)) _____, (2018b). *Paludismo*. Disponible en línea <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria> _____, (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* Disponible en línea <https://www.who.int/features/qa/28/es/> _____, (1996) *Portal de Información. Medicamentos Esenciales y Productos de Salud*. Disponible en línea <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2924s/2.5.2.html>
- Pearson, R.D. (2015). Amebiasis (amebosis). En *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/infecciones/infecciones-parasitarias/amebiasis-amebosis>
- Prah, D.L.S.K. (2016). *Ideology and Practice. Relations Between China and Tanzania in Historical Perspective (1968-1985)*. Trenton: Africa World Press.
- Roat, M.I. (2016). Tracoma. En *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-oft%C3%A1lmos/trastornos-conjuntivales-y-esclerales/tracoma>
- Rodney, W. (1985). *De cómo Europa subdesarrolló a África*. México: Siglo XXI.
- Saavedra, A. (2008). *La poesía swahili como fuente histórica. Utenzi, poemas de guerra y la conquista alemana de África del Este 1888-1910*. Ciudad de México: El Colegio de México.
- _____, (2014). *La Rebelión Maji Maji. Un análisis historiográfico*. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Scott, J.C. (1998). *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven: Yale University Press.

- Semali, I. A. J. (1986). Association of Healers: Attitudes towards Collaboration in Tanzania. En Last, M. & Chavunduka, G.L. (Eds.). (1986). *The professionalization of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press.
- Shaidi, P.L. (1991). The Leadership Code and Corruption. En Hartmann, J. (1991). *Re-thinking the Arusha Declaration*. Copenhagen: Center for Development Research.
- Shivji, I.G. (2009). "Good Governance, Bad Governance and the Quest for Democracy in Africa: An Alternative Perspective" (pp.20-29), *Where is uhuru? Reflections on the Struggle for Democracy in Africa*. Dakar: Fahamu Books & Pambazuka Press.
- _____, (1986). *The State and the Working People in Tanzania*. Dakar: Council for the Development of Social Science Research in Africa (CODESRIA).
- _____, (1976). *Class Struggles in Tanzania*. London: Heinemann.
- Sidel, R. & Sidel, V.W. (1982). *The Health of China*. Boston: Beacon Press.
- Song, W. (2015). Seeking New Allies in Africa: China's Policy Towards Africa During the Cold War as Reflected in the Construction of the Tanzania–Zambia Railway. *Journal of Modern Chinese History*, 9(1), 46-65. Doi: 10.1080/17535654.2015.1030836
- Stirling, L. (1977). *Tanzanian Doctor*. Montreal, Canada: McGill-Queen's University Press. En Sullivan, N. (2011). *Negotiating abundance and scarcity: Health Sector Reform, Development Aid, and Biomedical Practice in a Tanzanian Hospital* (PhD Thesis). University of Florida, Florida.
- Sullivan, N. (2011). *Negotiating abundance and scarcity: Health Sector Reform, Development Aid, and Biomedical Practice in a Tanzanian Hospital* (PhD Thesis). University of Florida, Florida.
- Tangañica/Tanzania Annual Medical Reports (1954-1967). En Iliffe, J. (1998). *East African Doctors: A History of the Modern Profession*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Tripp, A. M. (1997). *Changing the Rules: The Politics of Liberalization and the Urban Informal Economy in Tanzania*. Berkeley, LA, London: University of California Press.
- Tsetung, M. "El pueblo chino se ha puesto de pie", 21 de septiembre de 1949, *Obras Escogidas*, t.V, 1977, Pekín, Ediciones en Lenguas Extranjeras. p.13. En Cornejo R. (2010). *Hacia el mundo contemporáneo*. En Botton, F. (Coord.), *Historia mínima de China* (299-348). Ciudad de México: El Colegio de México, p.300.
- Tsetung, M., "June 26 'Directive' (June 6, 1965), "Red Medical Battle Bulletin and August 18 Battle Bulletin Commemorative Issue (June 26, 1967), translated in Survey of China Mainland Press 198 supplement (1967), p.30. En Sidel, R. & Sidel, V. (1982). *The Health of China*. Boston: Beacon Press, p.4.
- TUKI (2000). *English-Swahili Dictionary. Kamusi ya Kiingereza-Kiswahili* [versión electrónica]. Dar es Salam: Institute of Kiswahili Research. Disponible en: <http://www.elimuyetu.co.tz/subjects/arts/swa-eng/index.html>
- Turshen, M. (1984). *The Political Ecology of Disease in Tanzania*. New Brunswick: Rutgers University Press. p.164.
- van Etten, G.M. (1976). *Rural Health Development in Tanzania: A Case-Study of Medical Sociology in a Developing Country*. Assen: Van Gorcum.
- Wallerstein, I. (1996). "¿Qué esperanza hay para África? ¿Qué esperanza hay para el mundo?", *Después del Liberalismo* (pp.49-71), México: Siglo XXI.
- _____, (2004). *World Systems Analysis. An Introduction*. Durham and London: Duke University Press.
- Welliver, T.K. (1990). *The Clove Factor in Colonial Zanzibar, 1890-1950*. (PhD Thesis). Northwestern University, Evanston, Illinois.
- White, L. (1995). They Could Make their Victims Dull: Genders and Genres, Fantasies and Cures in Colonial Southern Uganda. *American Historical Review* 100(5), 1379-1402. Doi: 10.2307/2169863
- White, L. (2000). *Speaking with Vampires: Rumor and History in Colonial Africa*. Berkeley: University of California Press.

- World Bank. (1994). *Adjustment in Africa: Reforms, Results, and the Road Ahead*.
New York: Oxford University Press.
- Young, K. (1986). Socialist Development and Primary Health Care: The Case of
Tanzania. *Human Organization* 45(2), 128-134. Doi:
10.17730/humo.45.2.17p75666m4347g14
- Yu, G. T. (1970). *China and Tanzania: A Study in Cooperative Interaction*.
Berkeley: Centre for Chinese Studies, University of California.
- _____, (1975). *China's African Policy: A Study of Tanzania*. New York: Praeger
Publishers.