

A. Jiménez Dato, V. de Currea-Lugo y V. Grabe Loewenherz

Educación en emergencias

.iecah.

Instituto de Estudios sobre Conflictos
y Acción Humanitaria

Icaria  Ακαδημία
COOPERACIÓN Y DESARROLLO



EDUCACIÓN EN EMERGENCIAS

II. EDUCAR EN EL DESIERTO. REFLEXIONES SOBRE LA EDUCACIÓN EN SALUD DEL PUEBLO SAHARAUI EN EL REFUGIO*

Víctor de Currea-Lugo**

Aquí la gente asimila fácilmente y aquí la gente
olvida fácilmente.

UN SAHARAUI

Presentación

Es un deber de la cooperación internacional contribuir a mejorar el sistema de adquisición y mantenimiento de nociones, prácticas, certezas y hábitos que determinan positivamente la salud de la población saharauí, para lo cual se enfatiza en la educación en salud, educación para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud. En esto no hay, en principio, debates.

La pregunta central es el cómo: cómo hacer que los mensajes para la prevención en salud (siendo los mensajes el qué) logren su objetivo, que es, resumiendo, incorporar unas nociones, prácticas, certezas y/o hábitos en salud en la población saharauí de manera eficaz. Así, la educación no es un fin en sí mismo sino un medio para transformar y/o incorporar hábitos que mejoren las condiciones de salud de las personas.

* Diagnóstico realizado entre febrero y mayo de 2006, incluyendo la visita a todos los servicios de salud de los campamentos de refugiados saharauís. Revisado y actualizado en 2008.

** Médico, Especialista en Derechos Humanos y Doctor con una tesis sobre el derecho a la salud. Ha trabajado en Colombia, Palestina, Sáhara Occidental, Bolivia y Darfur (Sudán). Autor (entre otros) de: *La salud como derecho humano* (Universidad de Deusto, Bilbao, 2005), *Palestina: entre la trampa del muro y el fracaso del derecho* (Icaria, Barcelona, 2005).

Este material está basado en los pocos documentos y análisis escritos sobre el tema y, fundamentalmente, en las reuniones sostenidas en el terreno con autoridades sanitarias del Ministerio de Salud de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD), personal de salud de hospitales y dispensarios de los campamentos de refugiados Aaiun, Smara, Dahla, Auserd y la escuela «27 de febrero», así como de intercambios con organizaciones humanitarias y/o solidarias que desarrollan programas de educación en salud.¹

Este documento no busca de ninguna manera desconocer ni desvirtuar los proyectos de salud desarrollados en solidaridad y/o apoyo al pueblo saharauí, ni cuestionar sus autoridades sanitarias, pero sí busca incentivar un debate interinstitucional sobre cómo hacer de esa cooperación una labor más eficaz y más justa.

La situación de salud del pueblo saharauí depende, entre otras cosas, de su condición de ocupados (en las zonas ocupadas por Marruecos) y de ser refugiados (en el caso de los campamentos ubicados en el sur de Argelia). En este último caso, la supervivencia de la población depende casi exclusivamente de la ayuda exterior, aunque dicha ayuda no cubre las necesidades existentes.

En el caso de los campamentos de refugiados, la dependencia de la ayuda humanitaria es esencial tanto por la falta de tierra fértil como de medios para producir localmente. Los servicios locales de salud no son ni suficientes ni adecuados. El minúsculo mercado local no representa un porcentaje significativo de la economía de los campamentos. Según el presidente de la Media Luna Saharaui, se ha reducido un 43% de la ayuda humanitaria destinada a los campamentos saharauíes, por presión del gobierno marroquí ante las agencias humanitarias del sistema de las Naciones Unidas.

1. Se consultaron, en el terreno las experiencias de: Médicos del Mundo España, Médicos del Mundo Grecia, Comisión de salud de Baleares, Comisión de salud de Galicia, Asociación Navarra de Amigos de la RASD (AnaRasd), Asociación de Amigos de Sevilla, Comisión de salud mental, y Comisión de Evacuación, y se asistió a la consulta de la Comisión de evacuación (Smara), la consulta de pediatría (Aaiun), control de niño sano (escuela «27 de febrero»), sin que ninguno de los datos, informaciones y/o opiniones aquí presentadas comprometan total ni parcialmente a tales organizaciones.

El déficit de tiendas calculado para 2002 era de 5.000.² El déficit alimentario existente en los campamentos se remonta a octubre de 2001, debido principalmente a los reiterados incumplimientos de los convenios previamente firmados por parte del Programa Mundial de Alimentos (PMA).

A pesar del déficit, la ayuda humanitaria tiende a disminuir. Por un acuerdo entre la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados (ACNUR) y el PMA, estas organizaciones decidieron reducir el número de beneficiarios de la ayuda humanitaria de 158.000 a 90.000.³ Esa ayuda exterior no es suficiente y de hecho el Frente Polisario echó mano de sus reservas alimentarias y de medicamentos para la atención de los afectados por las lluvias de febrero de 2006.

Un trabajo de evaluación de los proyectos de las organizaciones solidarias con el pueblo saharauí,⁴ realizado en 2002, plantea entender la situación actual como de «desarrollo en el refugio». Esta afirmación tiene en todo caso la tensión interna que se observa sobre cómo gestionar, no sólo la cooperación internacional, sino el conflicto mismo: la tensión entre la mejora de las condiciones de vida (que puede leerse, por algunos, como una renuncia al deseo de volver a su tierra ocupada) y el mantenimiento de las condiciones actuales teniendo en cuenta que la *Hamada* no es la tierra saharauí, que es una tierra prestada temporalmente. Pero esa temporalidad se ha ido alargando por más de 33 años. Lo ideal es, de acuerdo al derecho internacional, la autodeterminación del pueblo saharauí, pero lo real son los campamentos de Tindouf. En esa realidad, en todo caso, es posible hacer algún tipo de acción para mejorar, a pesar de lo dicho, la situación de salud del pueblo refugiado mediante, entre otras cosas, una estrategia de educación en salud.

Los saharauíes hacen educación en salud desde tiempos remotos pero hablar de metodología o de pedagogía en salud les suena a hablar en una lengua extraña, no en el sentido de que se impartan cursos en

2. Beristain, Carlos; Lozano, Itziar (2002), *Ni guerra, ni paz. Desarrollo en el refugio. Esperanzas y desafíos de la cooperación con el Sáhara*, Hegoa, Bilbao, p. 29.

3. Naciones Unidas: *Informe del Secretario General sobre la situación relativa al Sáhara Occidental*. S/2006/249 Consejo de Seguridad. 19 de abril de 2006, párrafo 16.

4. Beristain, Lozano: *Ni guerra, ni paz*. p. 21.

otros idiomas (inglés, francés, español que no todos entienden) sino en el sentido que parece un concepto ajeno a su cotidianidad.

Ellos ya tienen metodología, enseñan y transmiten conocimientos en salud, bien o mal, desde hace más de 33 años, desde antes, pero no la llaman así ni la han sistematizado, eso es precisamente a lo que apunta nuestra reflexión y que, por tanto, el beneficiario no sería solo el sistema de salud saharauí, sino el resto de ONG que trabajan en educación en salud.

El Sáhara Occidental no está en guerra pero tampoco en paz, los refugiados llevan años esperando el regreso, un pueblo en guerra con una tregua en vigor que ha logrado desgastarlos. Un pueblo enredado en una provisionalidad de 33 años esperando regresar y oponiéndose a mejoras locales porque «aquí estamos de paso». En esta temporalidad donde no pasa mucho, la comunidad internacional reparte arroz y calla frente a los abusos del ocupante.

La alegada soberanía de Marruecos sobre el Sáhara no ha sido reconocida por ningún país de las Naciones Unidas, mientras la república saharauí ha sido reconocida por más de 70 países, pero la situación en los campamentos no es una prioridad para la comunidad internacional.

Para 2007, después de años de tensión, el Polisario y el gobierno marroquí volvieron a sentarse a la mesa: Marruecos insiste en dar al Sáhara Occidental una autonomía administrativa pero sin renunciar un ápice a su pretendida soberanía, el Polisario insiste en la autodeterminación, Naciones Unidas miran y hacen poco, en los campamentos siguen naciendo y muriendo los saharauís, en el territorio ocupado la crisis de derechos humanos permanece. En 2008 siguen la tercera y cuarta ronda de conversaciones, mientras el Frente Polisario examinó en un XII Congreso (diciembre de 2007) la posibilidad de regresar a la lucha armada.

Consideraciones sobre educación en salud

La educación en salud es, sin duda, más barata que la atención, es eficiente, genera cambios, previene enfermedades y mantiene la salud. Hay ejemplos en la literatura médica de éxitos de la educación en salud: reducción de hospitalización y de número de consultas de pacientes con asma, reducción de los partos pretérmino, reducción

del dolor en pacientes con enfermedades osteo-articulares, etc. Pero estos logros dependen de que la educación sea eficaz además de que se acompañe de otras medidas. Cursos sin metodología, metodología que no logra transformar las prácticas, prácticas que no se pueden implementar por falta de otras medidas y/o de recursos materiales, hacen fracasar cualquier modelo de educación en salud.

El otro factor fundamental en la educación en salud es el contexto cultural en el que se hace. Konrad Lorenz, dijo «dicho no quiere decir escuchado, escuchado no quiere decir entendido, entendido no quiere decir estar de acuerdo, estar de acuerdo no quiere decir hacerlo, hacerlo no quiere decir mantenerlo». Es decir, las costumbres no se cambian solo con conferencias, desafortunadamente. Culpar a la educación de todos los males o poner en sus hombros todas las soluciones es injusto.

Esto enlaza con lo dicho por Marx: «si tengo *vocación* para estudiar, pero no dinero para ello, no tengo ninguna vocación (esto es, *ninguna* vocación *efectiva, verdadera*)». ⁵ Parafraseando a Marx, podemos decir que si tengo *vocación* para ser saludable, pero no tengo dinero para ello (para comprar comida saludable, tener actividades saludables, tener un entorno saludable y disfrutar de un reposo saludable) mi vocación no puede ser efectiva, real, verdadera. No se cura la desnutrición con conferencias si no hay disponibilidad de alimentos, como no se cura la tristeza de la pobreza con antidepresivos.

De nada sirve pues la educación en salud si ésta no se apoya en otros cambios reales de las condiciones concretas de vida de las personas. Estos cambios se han denominado «estilos de vida saludables» con un problema conceptual: tal noción no reconoce, de manera justa, el peso de las realidades socioeconómicas de las personas. Si de aceptar la categoría de estilos de vida se trata, preferiríamos hablar de «estilos de vida dignos» tal como lo entiende John Rawls. ⁶

5. Marx, Karl: «Tercer manuscrito» *Manuscritos. Economía y filosofía*. Alianza, Primera Edición: 1968. Quinta Edición, Madrid, 1974. Introducción y traducción de Francisco Rubio Llorente, p. 180.

6. Rawls, John, (1993), *Political liberalism*, Columbia University Press, New York.

La educación en salud y la prevención son, como una desafortunada tendencia general en el mundo sanitario, el patito feo de la medicina. Esto, de entrada, hace que los esfuerzos en este área se descuiden y se prioriza la asistencia médica. El derecho a la salud no puede reducirse a un asunto de hospitales dejando de lado otros deberes que guardan relación directa con las condiciones de salud tales como los aspectos medioambientales, las políticas de prevención de la enfermedad, el suministro de agua potable, la calidad de los alimentos, la exposición a tóxicos, las condiciones laborales de riesgo para la salud, el manejo de basuras, las condiciones de higiene en el lugar de vivienda, el control de vectores, y un largo etcétera.

Hay una problema que aparece en forma de pregunta (todavía sin respuesta) en la mayoría de educadores en salud: ¿después del curso, qué? No se sabe el grado de impacto de los cursos, cosa por sí ya difícil de medir. Para algunos de los entrevistados hay una aceptación de los mensajes con cierta implementación, para otros son mensajes que caen en el vacío, ya sea por el mensaje mismo, por la forma de transmitirlo, por la falta de motivación, o por el entorno cultural. Algunas ONG que trabajan en el Sáhara Occidental expresan las mismas dudas.

El sistema saharauí de salud

Frente a la invasión Marroquí-Mauritana, el personal sanitario se organizó ante a la situación y programó la primera reunión en noviembre de 1975 para estudiar las distintas formas de organizar la atención sanitaria a las personas exiliadas. La reunión fue encabezada por el primer ministro de la salud: Bolla Ahmed Zein. La atención se centró en asistir a las personas que huían de las diferentes zonas. Hoy en día, después de probar varias estructuras organizativas para el Ministerio de Salud de la RASD, la estructura se compone de: un ministro, un viceministro y ocho direcciones centrales; Asistencia médica, Prevención, Farmacia, Personal, Logística, Cooperación, y Evacuación.

Este modelo se repite a sí mismo en las wilayas (4) y en las dairas (27). A nivel regional (en las wilayas) existe un director, y responsables regionales de diferentes áreas (Asistencia médica, Prevención, Farmacia, Personal, Veterinaria y Logística). A nivel

local existe un Jefe de dispensario, un responsable de barrios, uno de personal y uno de programas.⁷ La dirección de prevención ha creado una comisión de educación en salud compuesta por personas que sumarían a sus deberes cotidianos las tareas de coordinación de la educación en salud.

En un informe de 2004,⁸ ésta era la relación de médicos por wilaya: Aaiún, un director asistencial y 7 médicos; Auserd, un director asistencial y 7 médicos; Smara, un director asistencial 7 médicos, y un pediatra; Dahla: un director asistencial y 7 médicos; y «27 de febrero»: un médico.

Como reflejo de la estructura del Ministerio de Salud existe, en la estructura regional de salud, responsables de prevención. Pero en torno a tales responsabilidades hay tres elementos que serían materia del debate: *a)* la capacidad real o no de movilizar en torno a la prevención, es decir, poder político real de que sus políticas se realicen, en otras palabras: cuál es el peso específico de las autoridades de prevención en salud en el contexto del sistema de salud, *b)* la existencia o no de políticas de prevención, no se habla aquí de cursos o programas sino de políticas definidas y obligatorias, y *c)* la conexión o no de las autoridades centrales de prevención con sus expresiones en las wilayas, y de éstas últimas con las personas, mayoritariamente mujeres, que son quienes hacen la educación para la salud.

Estadísticas de salud

Tampoco se trata de un exhaustivo análisis cuantitativo porque, precisamente, uno de los problemas es la inexistencia de indicadores de salud fiables e incluso, de un censo general de la población, tema éste que es parte esencial del estado actual del conflicto. Como es argumentado por las autoridades del Ministerio de salud pública del RASD, las estadísticas podrían tener, dicen ellos, implicaciones

7. Basado en la conferencia «La administración sanitaria» presentada en las «23 Jornadas Científicas de Salud» Ministerio de Salud de la RASD, abril 24 de 2006, Aaiun. Autores: Dr. Salek Absamad y Brahim Salem Hafdala.

8. «Coordinación de la cooperación en atención primaria y prevención sanitaria en los campamentos de refugiados saharauis», julio de 2004. Informe.

político-militares, por lo cual no las hay y las pocas que hay no son del todo fiables.

No hay suficientes estadísticas disponibles para sustentar un trabajo serio de educación en salud. Y tampoco hay personal formado para tal fin. Datos del año 2000, hablan de una tasa de natalidad de 28 por mil, un ritmo de crecimiento anual de 4.000 personas (diferencia entre nacimientos y defunciones), y una tasa de mortalidad infantil de 25 por mil nacidos vivos.⁹

Hay en todo caso pocos datos y altamente preocupantes: 13% de mortalidad perinatal,¹⁰ 80% de los partos son atendidos en *jaimas* (tienda tradicional), en general el mínimo de hijos por mujer es entre cinco y seis, las mujeres que hacen control prenatal (que no son ni mucho menos la totalidad), sólo tienen en una gran mayoría un único control.¹¹ Preocupa en este aspecto el poco tiempo de recuperación entre un parto y el comienzo de otro (períodos intergenésicos muy cortos). Médicos del Mundo España trabaja precisamente hacia la configuración de un sistema nacional estadístico en salud que sirva a las autoridades de salud a visualizar sus políticas.

La siguiente información es fruto de la observación de los archivos de algunos hospitales, del seguimiento de la consulta pediátrica y de conversaciones con el personal de salud tanto local como de las comisiones médicas extranjeras. Un inventario de las patologías más mencionadas incluiría: infección respiratoria, diarreas, anemia (tanto en niños como en mujeres embarazadas), desnutrición, enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, enfermedad celiaca: 5% de la población según información verbal). En la consulta pediátrica se observó un número importante de casos de otitis, asma y reacciones alérgicas tanto de la piel como de las vías respiratorias.

Las patologías cardíacas (isquemia, infarto) son muy raras. La población adulta ha ido en aumento a la par que se ha reportado

9. Beristain, Carlos; Lozano, Itziar, (2002), *Ni guerra, ni paz. Desarrollo en el refugio. Esperanzas y desafíos de la cooperación con el Sáhara*, Hegoa, Bilbao, p. 58.

10. III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el pueblo saharauí, Vitoria-Gasteiz, 12, 13 y 14 de diciembre de 2003.

11. Observación directa obtenida tanto de conversaciones con personal médico local como al revisar estadísticas de algunas de las dairas.

un número importante de pacientes con hipertensión arterial, como hallazgo espontáneo en la consulta médica, sin que haya un programa efectivo sobre el tema. Tanto para esta patología como para la diabetes, reconociendo los aspectos culturales de la población mayor, urge el desarrollo de programas que apunten a la búsqueda activa de pacientes. Muchos pacientes que padecen de enfermedades crónicas no aparecen en censo alguno.

La salud oral es altamente preocupante, es una realidad que se constata a simple vista. Lo que se reporta es, además de la falta de educación en salud oral, la presencia de infecciones en la boca (gingivitis, abscesos dentales, etc.). En relación con parásitos, lo más comúnmente reportados es giardiasis. Las enfermedades de la piel que más de observan son micosis (infección por hongos).

La problemática de salud mental no tiene una dinámica diferente a la vivida en otros contextos, pero aquí se agrava por las condiciones propias. Problemas como la negación de la enfermedad mental y el ocultamiento de los pacientes, la explicación de la enfermedad mental por causas mágicas, la satanización de la medicación psiquiátrica, se da en un entorno agravado por la cultura saharauí en la que llorar no es bien visto, donde los sentimientos, usualmente asociados a debilidad, no se pueden expresar. Igualmente, como se observa en otros conflictos, no se puede tratar de curar la pobreza con antidepresivos pero tampoco reducir la enfermedad mental a un problema sólo del contexto de vida, con lo cual se apunta a su negación.

Las enfermedades de transmisión sexual son, en principio, negadas. La infección de vías urinarias es alta en mujeres en edad fértil. Según el Ministro de Salud, en cuanto son una comunidad musulmana y la promiscuidad está prohibida, es de esperar que no haya casos de VIH/sida, lo que refleja el mecanismo de negación colectiva de las enfermedades. Pocos intentos hechos por algunas ONG y/o asociaciones amigas de la RASD para hablar del uso de preservativos han sido prohibidos por el Ministerio de Salud. La negación produce además una falsa seguridad. Lo cierto es que la promiscuidad existe y la visita por parte de los varones saharauís a prostíbulos en Mauritania, a donde viajan para comerciar, es relativamente alta.

Cooperación internacional y salud

Un informe sobre la solidaridad con el pueblo saharauí, divide la cooperación con los campamentos en tres períodos: *a)* 1975-1986, cooperación de países, como es el caso de Cuba y de Argelia, *b)* desde 1986, intervención de organizaciones humanitarias internacionales (ACNUR, PMA, etc.), desde el inicio de los años ochenta, con una presencia de ONG especialmente españolas e italianas¹² y *c)* desde comienzos de los noventa, cuando se consolida la tregua y la construcción del Estado, en los campamentos gana prioridad sobre la lucha armada.

Existe una prioridad marcada en las políticas de la RASD y sentida así por una parte de la población: «el pueblo saharauí sólo piensa en regresar a su tierra. Los otros problemas son menos importantes».¹³ El debate aquí es qué tan «menos importantes», en el sentido de que muchos temas terminan siendo matizados en aras del regreso a los territorios actualmente ocupados por Marruecos. Es cierto que nadie puede estar 100% sano en las condiciones actuales del refugio saharauí, pero el exilio no puede ser un argumento para justificar un eventual inmovilismo del sector salud.

Por ejemplo, el debate sobre el uso de preservativos genera tensiones entre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual y el deseo de que el pueblo saharauí sea más numeroso por razones estratégicas de la lucha por el retorno a su tierra. Ésta es una de las razones por la que se dice hay por lo menos 5 hijos por mujer¹⁴ aunque se observa una tendencia a la disminución. Este balance no es fácil y este debate, desde la justicia con las personas pero también con la causa saharauí, debe plantearse de manera correcta.

La cooperación internacional en todas sus declaraciones y códigos incluye dos elementos que algunas veces no son reconciliables: el respeto a la cultura tradicional local y la defensa de los derechos

12. Beristain, Carlos; Lozano, Itziar, (2002), *Ni guerra, ni paz. Desarrollo en el refugio. Esperanzas y desafíos de la cooperación con el Sáhara*, Hegoa, Bilbao, p. 14.

13. Poster colocado en la escuela «27 de febrero» para la celebración del día internacional de la mujer, 8 de marzo de 2006.

14. Aclaración hecha explícita por Sidahmed Larossi, Director de Prevención del Ministerio de Salud (marzo de 2006).

humanos como discurso universal. El caso saharauí es un claro ejemplo donde, en el caso particular de la salud, hay por lo menos dos miradas: la de la persona que quiere controlar su natalidad, por ejemplo, y la de un gobierno que impone aumentar la tasa de natalidad como una política de Estado. Otro tanto podría decirse de la satanización que se hace de la homosexualidad y, por tanto, su negación dentro de la sociedad.

La cooperación en salud en los campamentos saharauí se expresa de diferentes maneras: la construcción de hospitales y dispensarios, la provisión de medicamentos y suministros hospitalarios, la formación de profesionales de la salud (caso cubano), y las comisiones médicas. Este último mecanismo es el más cercano a nuestro debate.

Las comisiones de salud son, resumiendo y a riesgo de distorsionar, misiones cortas de profesionales de salud (principalmente españoles) que se desplazan hasta los campamentos de refugiados a ofrecer, principal pero no únicamente, asistencia médico-quirúrgica. Estas comisiones son muy agradecidas por la población local, pero no por ello están exentas de críticas. Dificultades ya identificadas del trabajo de las comisiones incluían: falta de información sobre planes de viaje y actividades, ONG que actúan sin consultar a las oficinas de coordinación, etc.¹⁵

Preocupa, entre otras cosas, la falta de continuidad de los programas de salud desarrollados por las comisiones, esto guarda relación con la dinámica misma de la ayuda humanitaria, en este caso, una lógica de ayuda de emergencia prolongada en el tiempo. En los campamentos vienen y van pequeñas comisiones que trabajan pocas semanas (a veces pocos días) apoyando los servicios de salud locales. En materia de asistencia, la atención a personas con enfermedades puntuales hace que sea fácil la adaptación de los visitantes a los locales, pero en el caso de los programas de prevención y/o el manejo de enfermedades crónicas no es tan fácil. Por eso, precisamente, la necesidad real de una estrategia en educación para la prevención en salud. En términos de las autoridades sanitarias,

15. III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el pueblo saharauí, Vitoria-Gasteiz, 12, 13 y 14 de diciembre de 2003.

preocupa el paralelismo que una comisión y/o un proyecto de cooperación puede generar.¹⁶

En el caso de las comisiones médico-quirúrgicas problemas de información de su llegada impiden programar de manera adecuada las cirugías. En general, el perfil de las comisiones quirúrgicas obedece más a la composición misma de la comisión que a las patologías quirúrgicas de la población. No se discute el aporte importante que hacen estas comisiones además porque al no haber información sistematizada sobre las patologías quirúrgicas es difícil pedir que priorice tal o cual especialidad quirúrgica pero, en rigor, éstas deberían preguntar por las necesidades para ajustar su oferta de servicios, así como garantizar mayor cuidado pre y post quirúrgico.

Además de esto, preocupa el impacto simbólico del médico «extranjero». En Aaiun, por ejemplo, se observó una mujer buscando un médico especialista extranjero para un chequeo que perfectamente podría hacer un médico general local, ella argumentaba que buscaba «un médico con experiencia». Esa tendencia dentro de la población también se observó en Dahla: infravaloración del personal médico local en relación con el médico de comisiones médicas extranjeras.¹⁷ Esto afecta el empoderamiento del personal local y de sus mensajes en la población. Dentro de la estructura formal ya hay una clara distinción jerárquica entre el sector salud, agravada aquí con la figura del médico extranjero.

Por otro lado, el personal de salud local expresa dudas en sentido contrario, incluso hubo la queja de que algunos médicos que participaban de las comisiones no tenían la suficiente experiencia por lo que habían pedido al Ministerio de Salud de la RASD exigir certificados de los médicos de las comisiones para evitar esto.¹⁸

Una comisión que merece mención especial es la de evacuaciones. Su mecanismo de solidaridad consiste en la evacuación o bien a Argel o bien a España, cuando médicamente se justifica, de pacientes

16. Conversación al respecto con autoridades del Ministerio de Salud, marzo de 2006.

17. Observación realizada por la comisión médica de Granada que trabaja en Dahla (marzo de 2006).

18. Información presentada en la reunión con el personal de salud de Smara.

a los que el sistema de salud establecido en los campamentos no puede ofrecerles más ayuda.

Este mecanismo ha enfrentado los problemas de la burocracia de cualquier traslado de pacientes de un país a otro, los problemas de comunicación en salud entre las razones médicas y las expectativas familiares (lo que es sin duda un problema donde la educación en salud tiene cosas que decir) y, en menor medida, las presiones de algunas personas y/o autoridades para priorizar uno u otro paciente a veces, sin cumplir con criterios médicos que justifiquen la evacuación.

El balance final es que un mecanismo claro de solidaridad que establece, de entrada, reglas claras de juego, evita que se generen falsas expectativas, que se falsee el propósito inicial de la comisión de evacuación. En resumen, que el mecanismo de evacuación por razones médicas se convierta en un mecanismo que se pueda instrumentalizar para fines diferentes a la garantía de la salud de personas saharauis.¹⁹

Salud y educación en el Sáhara

Podría decirse que la educación en salud, para su éxito, debe no quedarse en abstractos y/o en situaciones ideales porque, paradójicamente, en condiciones ideales se necesita muchísimo menos la educación en salud. Me explico: los barrios pobres con diarrea (en cualquier ciudad) son los sitios dónde se hacen los cursos contra la diarrea porque no hay condiciones ideales de vida que eviten la diarrea; los barrios de los ricos no reciben cursos contra la diarrea porque las condiciones de vida hacen que, aún sin cursos, no se presenten casos de diarrea. Es decir, pensar que la educación resuelve todo es negar el contexto y dar a la educación unos deberes que no le corresponden.

En la RASD existen dos periodos en la educación en salud, la de antes de 1991, donde la ayuda internacional era más difícil y basada principalmente en la guerra, y una después de 1991, donde

19. Observación en el acompañamiento a las actividades de la comisión de evacuación (abril de 2006).

fue mayor la llegada de cooperantes y la incorporación de nueva técnicas.²⁰

En Dahla hay, según fuentes locales, 4 médicos en el hospital de la wilaya para 20.000 personas²¹ (1 médico por cada 5.000; en América Latina la media es 1 por 1.200 y en Europa la media de 1 por 500, más o menos). Estos 4 médicos centran todos sus esfuerzos en la atención. Esto se observa en muchos otros conflictos pero aquí, por las condiciones de la población, las enfermedades prevalentes, las limitaciones asistenciales y, sobre todo, la experiencia, es claro que es mejor recurrir a la prevención desde el hogar (dietas, los llamados y discutibles hábitos saludables, etc.) que a resolver todos los problemas de salud por vía médica, por ejemplo: es mejor el enriquecimiento de la dieta durante el embarazo aumentando el consumo de hierro que la construcción de un banco de sangre. Lo anterior no desconoce las necesidades de un banco de sangre sino que establece prioridades de acuerdo no a lo que es ideal, sino a lo que es posible. Lo ideal es, de acuerdo al derecho internacional, la autodeterminación del pueblo saharauí, pero lo real son los campamentos de Tindouf.

Los médicos, de hecho, participan en las labores de educación en salud pero su carga asistencial (más su sesgo profesional) les impide volcarse de lleno en la prevención. Por otro lado, la historia misma de los campamentos (construidos por las mujeres porque los varones estaban en el frente de guerra) hace que ellas sean la base de la educación en salud. Así, tanto por razones históricas de cómo se desarrollaron los campamentos, por razones de identidad de género (hablar de ciertas enfermedades y condiciones de salud les resulta más fácil entre mujeres), prácticas (los médicos, en su mayoría varones, se centran en la atención), y por otras razones la educación en salud depende fundamentalmente de las mujeres saharauíes.

20. Mohamed Alua, Dahla, (mayo de 2006).

21. Este número no es fiable porque pareciera que nadie sabe el número exacto de personas por campamento y ni siquiera un número aproximado, otras fuentes hablan hasta de 40.000 habitantes en Dahla lo que haría la situación médica aún más precaria; para efectos de mostrar la sobrecarga médica tomamos la cifra más conservadora.

Las pocas actividades médicas de educación en salud no se centran en educación para la prevención sino en educación para el tratamiento. Es decir, en explicar al paciente cómo debe tomar los medicamentos. Esto, como en muchas partes del mundo, no se hace de manera adecuada por la tradición médica de no dedicar el tiempo adecuado, de hablar con tecnicismos, entre otras costumbre médicas, cosa que se agrava en los campamentos por las condiciones de vida. Incluso, algunas experiencias de educación en prevención en salud enfrentan el mismo problema: un médico gineco-obstetra es preferido para que hable de la anemia, independientemente de sus capacidades para enseñar, y éste usa términos técnicos para hablar a la comunidad en general (por ejemplo «valores de hematocrito» expresión que el público general no entiende). Un paciente con hipertensión debe saber lo necesario para seguir su medicación pero no necesariamente el papel de la válvula mitral en la fisiopatología cardíaca para entonces tomar su medicamento.

Salud y educación: observaciones en los campamentos²²

Los dos mecanismos reportados como más usados son la radio y las pancartas, eso no quiere decir que necesariamente sean los más útiles. De entrada, la experiencia de otras ONG muestra que es casi inútil la producción de panfletos, por bonitos que éstos sean, no resultan familiares ni son usados ni leídos.

En el caso del «27 de febrero» la experiencia del dispensario ha sido positiva usando talleres de pintura y obras de teatro. En la pintura trabajaron el tema de la maternidad y en el teatro los temas de la anemia y de la obesidad. El problema es que los talleres de pintura, la pintura en sí, sólo gusta a muy pocos e inhibe a algunos, siendo el teatro la forma más valorada para la educación en salud.

La sensibilización por grupos de interés (pacientes con determinada enfermedad, madres, escolares, etc.) puede ser el eje pero el problema es la continuidad. La percepción que se tiene es que las

22. Las más relevantes conclusiones de las conversaciones con personal de salud local, las comisiones de salud y las visitas a los servicios sanitarios (febrero a mayo de 2006).

actividades son puntuales dependiendo de las comisiones en salud que visitan los campamentos, cuando estas comisiones se incrustan en los programas estos salen fortalecidos (es el caso del programa del niño sano).

Hay dos figuras reconocidas (o por lo menos mencionadas): las matronas diplomadas y las parteras tradicionales; estas personas en sí podrían ser sujeto de una estrategia detallada para la sensibilización de madres y de mujeres embarazadas. Sin embargo, una experiencia previa de la Cruz Roja Española fracasó en un trabajo con parteras tradicionales.²³

En el caso del Aaiún, el personal de salud local planteó la necesidad de que la educación en salud no se quede en el Ministerio de Salud, ni siquiera en los hospitales de la wilayas, sino que la educación tiene que ir a las dairas y los barrios, solo así sería eficaz. En resumen, es el dispensario y no el hospital la estructura donde se hace la prevención en salud.

Se mencionan a continuación las más importantes observaciones hechas tanto por personal médico local como por ONG y comisiones médicas. Estas observaciones variaron en intensidad de un sitio a otro e, incluso, en algunos casos hubo opiniones contradictorias. En todo caso se recogen para el debate.

Debates sobre la capacidad institucional

La conversación con el personal de salud muestra que, cada vez que se menciona el tema de educación en salud, aparece la lista de lo que podría ser, pero ni siquiera se entiende el tema del cómo. En las conversaciones con las autoridades en salud, éstas mostraron más énfasis en los medios de la comunicación (cámaras, computadores, etc.) que en la estrategia misma con lo cual, los medios se convierten en los fines, lo que se reproduce de manera más tenue en el personal de salud de las wilayas.

Solo se puede hacer educación con información, y la información que no fluye, no es información sino datos. La distancia percibida entre el Ministerio de Salud y los campamentos de refugiados no es sólo geográfica. Algunos médicos no se sienten para

23. Acta Jornada Cooperación Sanitaria Madrid (12 de junio de 2004), p. 5.

nada identificados con lo que se piensa en el Ministerio de Salud o se planea.

Además se observa una falta de sentimiento de democracia interna en las prácticas del sector salud, lo que parece ser el resultado de: la cultura autoritaria, la práctica médica vertical, las prácticas del Frente Polisario, etc. Los comentarios tendientes a educar en salud desde una relación más horizontal entre el que transmite la información y quien la recibe no son bien recibidas: hay alguien que sabe y alguien que no sabe (!).

Uno de los problemas percibidos es la capacidad real de los responsables en prevención en salud para incidir en las dinámicas de su entorno, cosas como el control de animales y la recolección de basuras, para citar dos ejemplos, parecen desconectadas del ámbito del responsable de prevención en salud de la wilaya en algunos casos. Este responsable de prevención a veces pareciera que no fuera un cargo de responsabilidad reconocida dentro de la estructura de salud sino, un comodín para ser usado a necesidad.

La falta de incentivos es otro problema. Las condiciones de trabajo no se compensan con los salarios recibidos.²⁴ El ingreso del dinero en la vida cotidiana de los saharauis, de reciente aparición (vía pensionistas del ejército español y del programa de «vacaciones en paz»), ha generado expectativas económicas también en el personal de salud.²⁵ Incluso hace algunos años hubo una huelga de profesionales de la salud para exigir mejoras. Es decir, un debate serio sobre la educación en salud debe incluir el mensaje (el qué y el cómo de éste), el medio y, como sugerimos, el mensajero: su contexto, sus dinámicas sociales y su necesidad de incentivos.

Un estrategia (ya no solo de comunicación sino de gestión del personal de salud) debería buscar, tanto para hacer atractivo la permanencia de los médicos saharauis que han estudiado en Cuba (los llamados saharauis-cubanos), como para mejorar la participación de las mujeres en los servicios de salud, especialmente de las que ocupan

24. «Coordinación de la cooperación en atención primaria y prevención sanitaria en los campamentos de refugiados saharauis», junio de 2004. Informe.

25. III Jornadas de Cooperación sanitaria con el pueblo Saharaui, Vitoria-Gasteiz, 12, 13 y 14 de diciembre de 2003.

los puestos más bajos en la jerarquía sanitaria y en las que precisamente recaen las tareas de prevención y educación en salud.²⁶

Se observa una relativa alta rotación del personal de salud por pérdida de profesionales que deciden continuar estudios de especialización y/o emigrar a otros países. Esto afecta la continuidad de los programas que están bajo su responsabilidad. En el caso de la educación en salud, esto es menos notorio por cuanto la rotación del personal de base que lo lleva es menor (las mujeres en las dairas), pero sí afecta el aprovechamiento de los médicos para las labores de educación en salud.

Un estudio menciona que, en materia de atención primaria «muchos médicos ven que su función es peor que la del personal sanitario de la daira, dado que no tienen el equipos suficiente (...) y, por otra, no tienen la confianza que tienen con la gente que sí tienen los sanitarios (...) debido a que vienen de su formación en el exterior con escasa inserción en sus propias comunidades».²⁷

La prevención en salud tiene, por lo menos, dos agravantes: depende de personas con poca formación en salud, lo que pervierte cualquier mensaje en salud, porque el receptor no tiene claros incluso conceptos básicos, lo segundo es que, en una sociedad jerarquizada, un programa de prevención basado en el último escalón de la pirámide de los servicios de salud no tiene el respaldo debido, máxime cuando algunas prácticas machistas desmeritan el esfuerzo hecho por las mujeres educadoras *jaima* por *jaima*.

Salud mental

Los problemas de salud mental han aumentado en los últimos años. Se cree que la guerra y la lucha política actuaban como mecanismos que centralizaban las energías de los saharauis y daba razón incluso a su propia existencia. Pareciera que la tregua²⁸ evidenció otras

26. Este fue el tema sobre el que más se insistió en Smara pero que apareció, con más o menos intensidad, prácticamente en todas las reuniones sostenidas en los campamentos.

27. Beristain, Carlos; Lozano, Itziar, (2002), *Ni guerra, ni paz. Desarrollo en el refugio. Esperanzas y desafíos de la cooperación con el Sáhara*, Hegoa, Bilbao, p. 55.

28. Tregua en vigor desde el 28 de abril de 1991, fecha de la firma del Plan de Paz entre el Frente POLISARIO y el gobierno marroquí.

tensiones aplazadas por la urgencia de la guerra, tensiones que se han manifestado tanto en forma de enfermedad mental como en el reconocimiento de su existencia.

Los cambios de expectativas colectivas han generado igualmente un impacto en la salud mental, es el caso de la percepción de la realización inminente de un referéndum (1997), estos choques entre las expectativas y la realidad se han visto reflejados en el estado mental de la población. «Se da un contexto de disminución de la motivación por lo comunitario y búsqueda de salidas individuales».²⁹ Es decir, la salud mental de los saharauis tiene una clara correlación con el momento político que vive el conflicto.

Un problema manifestado por la Comisión de Salud Mental,³⁰ es la dificultad de interpretar sus síntomas: la expresión de la enfermedad mental se da en códigos culturales en los que es difícil distinguir entre comportamientos normales y patológicos.³¹ Otra observación hecha por la Comisión es la dificultad de verbalizar que tienen los pacientes. Esa no verbalización, que no es una cosa exclusiva de la consulta de salud mental, sino que es un mecanismo social, explica la presentación de sintomatología difusa como expresión somática del, si se permite llamarlo así, malestar mental del saharauí.

La prevención del VIH/sida

El VIH/sida es una realidad que no es aceptada como tal o, en el mejor de los casos, minimizada al máximo en los campamentos de refugiados. Esta negación no es una actitud sólo de parte importante de la población, sino claramente del personal de salud y de las autoridades sanitarias.

Cada cinco minutos una persona muere de sida en el mundo. En Botsuana, el 35% de las mujeres embarazadas son seropositivas y más del 40% de los jóvenes entre 20 y 34 años están infectados.³²

29. Beristain, Carlos; Lozano, Itziar, (2002), *Ni guerra, ni paz. Desarrollo en el refugio. Esperanzas y desafíos de la cooperación con el Sáhara*, Hegoa, Bilbao, p. 17

30. Abril de 2006.

31. En Colombia, en el desastre del río Paez (junio de 1994) el concepto psiquiátrico de «despertar temprano» no podía ser interpretado dentro de la población indígena porque el «despertar temprano» era un comportamiento normal.

32. «Un país que se muere de sida», *El País*, Madrid, 17 de junio de 2001.

En 2003, 700 mil niños contrajeron VIH.³³ En Kenya, más del 50% de las camas hospitalarias están ocupadas por pacientes con Sida; durante la primera década del siglo XXI el Sida matará más personas en el África subsahariana que todas las guerras del siglo XX.³⁴ Para 2004, se calcula que hay 40 millones de personas infectadas, de los cuales 25 millones viven en África subsahariana. En 2003, más del 50 % de los infectados son menores de 25 años.

La falsa sensación de seguridad en el pueblo saharauí, con relación al Sida, se alimenta precisamente de sus condiciones. He aquí una breve lista de errores conceptuales contruidos en torno al VIH/Sida³⁵: *a*) como son un pueblo relativamente aislado (no del todo), incluso de otros pueblos de su entorno, entonces no hay peligro de que la infección llegue de fuera; *b*) como son un pueblo musulmán —argumento de las autoridades sanitarias— entonces no hay promiscuidad; *c*) como el virus se transmite principalmente —según un médico saharauí que estudió en Cuba— por vía placentaria, entonces no es necesario hablar de sexualidad para prevenir el VIH/sida; *d*) como son un pueblo pequeño que debe crecer y multiplicarse para preparar el regreso a su tierra ocupada, la procreación es un deber de la lucha por la liberación y, por tanto, los métodos anticonceptivos son una acción poco menos que revolucionaria. El mismo Ministerio reconoce que ha prohibido campañas de distribución de condones entre la población realizadas por comisiones médicas, basándose en la lógica política de su lucha.

Si esto no fuera poco, este debate pone sobre la mesa nuevas cosas de la realidad saharauí: la satanización de la homosexualidad, la ausencia de derechos sexuales y reproductivos, etc. El derecho a la salud, como lo entiende el derecho de los derechos humanos, incluye cosas que el gobierno saharauí en el exilio no reconoce para su pueblo y que no se puede ni justificar ni explicar sólo con el hecho de ser un pueblo en el exilio. El derecho al control de la persona de

33. Herranz, Emilia: «Sida: millones de muerte evitables», *El País*, Madrid, 13 julio de 2004.

34. INTERNATIONAL FEDERATION OF THE RED CROSS: *World Disaster Report 2000*, Geneva, p. 53.

35. Jornadas sobre VIH/sida y Hepatitis B, realizadas por el Ministerio de Salud en la escuela «27 de febrero», 15 de marzo de 2006.

su propio cuerpo y de su propia salud, a la información relacionada con su salud, a rechazar tratamientos, a la salud reproductiva y sexual,³⁶ no son una cosa secundaria pues un proyecto de educación en salud que niegue estos postulados simplemente termina siendo funcional al poder pero no a la salud de las personas.

No hay VIH/sida en el discurso oficial saharauí porque no es funcional a la dinámica política y de poder. No hay medios diagnósticos para saber si hay o no VIH/sida, pero médicos de varias comisiones reportaron la existencia de pacientes con lesiones compatibles con el sarcoma de kaposi (asociado al VIH/sida) y con un cuadro de síntomas que les permite afirmar que se trataba de casos de VIH/sida. La lógica oficial es: no hay reportes diagnósticos luego no hay sida.

En el seminario citado sobre la situación del VIH/sida en los campamentos,³⁷ un médico planteó las preguntas centrales: ¿por qué no se aborda el debate de la transmisión sexual?, ¿qué cifras reales hay sobre el Sida en nuestra comunidad?, ¿por qué se alimenta el uso de la religión como tabú?, ¿por qué se paró la investigación de casos? Esas preguntas precipitaron el cierre del evento.

El seminario fue lo más parecido a una misa medieval contra la peste negra: se menciona la enfermedad pero se niega que exista dentro de dicha comunidad o que esté cerca, se cree que con rituales como las misas o las conferencias es suficiente, se ocultan los pacientes, se dejan las cosas al azar sin profundizar en las causas y cómo combatirlas, se niega la ciencia, se explica todo sobre la base de fantasmas políticamente correctos. Así, estrategias como la dotación de los hospitales con medios diagnósticos, la enseñanza frente a la realidad del VIH/sida, el intercambio de experiencias con otros países de África afectados por el VIH/sida no aparecen en el futuro del Ministerio de Salud.

36. COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000, comentario 8.

37. Jornadas sobre VIH/sida y Hepatitis B, realizadas por el Ministerio de Salud en la escuela «27 de febrero», 15 de marzo de 2006.

Aspectos culturales

La medicina tradicional es un componente muy fuerte de la cultura saharauí. No se acepta fácilmente la medicación en casos crónicos. Se cree, por ejemplo, que el inhalador produce asma o que los tratamientos crónicos (contra la hipertensión o la diabetes) aumentan la enfermedad y/o la perpetúan. Sobre las causas de las enfermedades hay explicaciones basadas en la «alergia a...» trátense de alimentos ó medicamentos.

Sobre los tratamientos que se usan, amparados en la cultura, hay una larga lista: quemaduras en la piel (al estilo de la moxibustión china), dar al recién nacido dátiles y/o grasa de camello, no amamantar el primer día (que es precisamente el momento en que la leche materna contiene más inmunoglobulinas), curar el ombligo con saliva de la abuela, no comer durante el embarazo (para que el niño no sea gordo y no tenga un parto difícil), no sacar el niño de la *jaima* durante los primeros 40 días (lo que afecta el programa de vacunación y el control del recién nacido), el uso indiscriminado de las «101 plantas del desierto» que se formulan tanto para el estreñimiento como para la diarrea pasando por todas las enfermedades posibles.

Es más fácil modificar los tratamientos que la explicación de las causas de las enfermedades, pero no debería plantearse la confrontación cultural como razón de ser del proyecto mismo por muchas razones. El médico tradicional no establece prohibiciones y por eso, entre otras cosas, es a veces más aceptado que el médico que estudió en Cuba.³⁸ De hecho parece que hubiera dos discursos colectivos frente a la salud: uno explícito y formal que acepta los medicamentos, y uno dominante que es implícito y que rechaza los tratamientos. Este rechazo no es directo, lo mismo puede pasar con la educación en salud: se recibe pero no se aplica, con lo cual se llena la formalidad impuesta por el sistema de salud, pero se continúa con lo que la tradición impone.

La medicina tradicional no debe confrontarse sino hacerse partícipe del proceso, igual que a los ancianos, pues éstos, como

38. Conversación con una «médica tradicional» en la Escuela del 27 de febrero (marzo de 2006).

los médicos tradicionales, representan un elemento de legitimidad. Debe buscar legitimarse los mensajes en salud a través de los ancianos y los médicos tradicionales, el problema es cuando el mensaje es incompatible con prácticas culturales como las mencionadas. De igual manera se debe mencionar el debate sobre los códigos culturales que deben ser tenidos en cuenta para evitar rechazo de parte de la población saharauí. Por ejemplo, decir que una niña es «guapa» puede dar «mal de ojo», las dificultades para hablar del embarazo (en algunos casos el sentimiento de vergüenza que le acompaña) o prácticas y creencias erróneas que acompañan el parto.

Resulta particular el uso cotidiano de refranes y expresiones locales españolas de éstos para con los saharauís, en el marco de los programas de educación en salud. Si bien es cierto que muchos saharauís hablan español, no por eso necesariamente entienden tanto refrán. Un hispano-hablante no español ve mucho mejor el corto circuito entre lo que pretende decir el español y lo que el saharauí pierde por culpa de las frases hechas, no siempre claras.

Llama la atención la existencia de un grupo de homeopatía en Dahla y el relativo éxito que ésta empieza a tener en la comunidad. A pesar de que, en el caso de la homeopatía, numerosos estudios han demostrado su inutilidad terapéutica y aquellos que han mostrado ventajas de la homeopatía adolecen de rigor metodológico priorizando lo anecdótico en sus investigaciones,³⁹ tanto donantes como ONG apuestan por una forma de medicina que no es científica, que desvía el derecho al acceso a la ciencia y a la tecnología de los saharauís, y que se hace intocable en dos columnas: la cultura

39. Dantas, Flavio, *Estratégias metodológicas e eficácia terapêutica da homeopatia: um estudo meta-analítico em quatro revistas homeopáticas durante três anos*. Material académico de la Universidade Federal de Sao Pablo, Escola Paulista de Medicina. Sao Pablo, Brasil. Disponible en: <http://climed.epm.br/eletivas/aula02/estrategia.pdf>
Kleijnen J., Knipschild P., Ter Riet G.: «Clinical trials of homoeopathy». *British Medical Journal* (1991) 302: 316-323. Investigación realizada por el: Department of Epidemiology and Health Care Research, University of Limburg, Maastricht, Holanda. Lkken P., Straumsheim P.A., Tveiten D., Skjelbred P., Borchgrevink C.F. «Effect of homoeopathy on pain and other events after acute trauma: placebo controlled trial with bilateral oral surgery», *British Medical Journal* (1995) 310: 1439-42. Investigación realizada por la Section of Dental Pharmacology and Pharmacotherapeutics, University of Oslo, Noruega.

saharai y la posmodernidad europea. Lo cierto es que frente al avance de la homeopatía, cuyos resultados en el Sáhara son, por no decir menos, pintorescos: en las «23 Jornadas Científicas de Salud» Ministerio de Salud de la RASD, se presentó la curación de una depresión postparto de una gata como un éxito de la homeopatía en el Sáhara.⁴⁰ Cuando se habla de homeopatía no se menciona que ésta fue creada en Europa ni se ve como un ataque a la cultura saharai, lo que muestra, en el fondo, la instrumentalización del concepto de «cultura» en el campo de la salud.

El debate de género

Hay un discurso que se repite tanto en Palestina como el caso saharai que sostiene que la mujer ha logrado un nivel de igualdad que sobrepasa a la del resto de los pueblos árabes, argumento peligroso en la medida que la igualdad no es un concepto que pueda negociarse en aras del relativismo cultural o que se conforme con la comparación a otros pueblos similares. «Las mujeres enfermeras no ocupan puestos de coordinación en los puestos sanitarios de las dairas, aun cuando hayan recibido la misma capacitación en la Escuela de Enfermería, o hayan alcanzado el mismo título en el exterior».⁴¹ Lo cierto es que la situación de salud de las mujeres tiene elementos que deben ser discutidos más a fondo.

La expresión «las mujeres saharais han logrado el mayor nivel de igualdad del mundo árabe», escuchada en los campamentos saharais, curiosamente es una idea usada también por mujeres de Egipto, Irán y Palestina. Los campamentos fueron construidos y administrados por las mujeres porque los hombres estaban en la guerra, pero con la tregua y, desde antes, con el regreso de algunos hombres, se perdió buena parte de ese empoderamiento logrado por las mujeres.

En el caso saharai el debate de género incluye los puntos más importantes de la agenda de género: la imposición de una forma de vestir que cubre el cuerpo, el crimen de honor, la imposibilidad

40. Abril 24 de 2006, Aaiun

41. Beristain, Carlos; Lozano, Itziar, (2002), *Ni guerra, ni paz. Desarrollo en el refugio. Esperanzas y desafíos de la cooperación con el Sáhara*, Hegoa, Bilbao, p. 25.

de la planificación familiar, la ilegalidad absoluta del aborto, el uso del condón oficialmente censurada. Además, hay otras expresiones contra los derechos de la mujer como el matrimonio no consentido, la vergüenza de reconocer el embarazo, la fuerte condena social a la maternidad fuera del matrimonio, etc.

En la celebración del 8 de marzo, día internacional de la mujer, en los campamentos, 6 luchan por la igualdad y la libertad, pero en el Sáhara eso se consiguió hace mucho tiempo» lo dijo ante el aplauso fervoroso de las mujeres, vestidas de acuerdo a la cultura.

Otras observaciones

Quien asume la carga de los niños y niñas enfermas son las mujeres, así que la lógica de prevención en salud no compromete a los hombres como se debiera, según lo expresaron las mismas mujeres en las reuniones llevadas a cabo. Es decir, se percibe que los varones, por equivocada definición, no son público de la prevención en salud. Incluso, algunas enfermedades (como el caso de la obesidad en las mujeres) son asumidas por ellas, quienes ven en la obesidad un criterio de belleza.

En el caso de la consulta, un grave problema que amerita un cuidado especial en la educación en salud es la educación para la terapéutica o, dicho en otras palabras, la educación que el médico hace en su consulta de las medidas (incluyendo medicamentos) que el paciente debe seguir para garantizar su tratamiento. Lo que se observa, que ha sido estudiado como un problema que sucede no solo en el pueblo saharauí sino como un problema general de los servicios de salud,⁴² es la múltiple prescripción, el uso de medicamentos cuando lo que está indicado es su no uso (por ejemplo, antibióticos para combatir enfermedades víricas), el uso de medicamentos con una posología incorrecta (ya por error de explicación del médico o por falta de entendimiento del paciente en cómo debería tomar la medicación), rechazo a los medicamentos a los que se les acusa de «cronificar las enfermedades», abandono del tratamiento cuando

42. Tomado parcialmente, y complementado con ejemplos de observación directa de la consulta en los campamentos de refugiados: UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES, 2006: *Drug Management Manual*, UNHC.

ceden los síntomas (caso especial de los antibióticos), problemas de barreras lingüísticas entre los profesionales de salud, los pacientes y el idioma en que vienen las prescripciones médicas, fechas de caducidad próximas, etc.

En este mismo espacio (la educación para la terapéutica) llama la atención la falta de educación médica continuada en los hospitales; es decir, no hay sesiones clínicas y ningún centro asume el papel indispensable de «hospital universitario» que permita afianzar los conocimientos del personal de salud en general.

Para una parte de la población, que trata de abusar de los servicios de la comisión de evacuación, la concepción de la enfermedad es muy particular, pues ésta representa más que una dolencia, un billete al exterior, una solución a la necesidad de garantizar una salida de los campamentos.⁴³ También se observa un intento de uso clientelar del mecanismo de evacuación por parte de las mismas autoridades sanitarias.⁴⁴ Una vez no se ha otorgado la evacuación, es decir cuando no hay razones médicas para ello, la enfermedad pierde toda importancia, al punto que no es motivo de consulta ni en el nivel local de salud.

Hay un número muy alto de población que padece enfermedad celiaca, al nivel que personas que trabajan el tema, a veces tienen dudas de si el paciente realmente tiene la enfermedad o si es un mecanismo para acceder a los «beneficios» de ser celiaco (apoyo económico y apoyo alimentario, de los programas de España y de Italia). Valdría la pena preguntarse, no sólo como ejercicio teórico, si el nivel de población que alega ser celiaca sería el mismo en ausencia de ayudas, o qué pasaría si se estableciera un programa de apoyo nutricional a diabéticos ¿se evidenciaría el impacto de la diabetes o proliferarían los diabéticos dependientes ya no de insulina sino de ayudas?

Otra observación, de difícil generalización pero que en todo caso pareciera no limitarse a ser una cosa anecdótica, es la poca tendencia

43. Lo que la médica de la Comisión de Evacuación llama «la patología del exilio».

44. Observación directa en la consulta de evacuación realizada en Smara (abril de 2006).

a compartir el conocimiento dentro del personal de salud. Una vez se apropia una destreza, rara vez se comparte. En una sociedad donde hay muy poco, cualquier cosa es mucho, y una sociedad altamente jerarquizada (tanto por la dinámica del ejército, que impone la guerra, como por la tradición tribal) hace que pequeñas destrezas se conviertan en una forma de ejercicio de poder: quien sabe pesar un niño, por ejemplo, no lo transmite pero lo usa como símbolo de su papel en la sociedad.

Debate sobre la ayuda al pueblo saharauí

¿Cómo definir la ayuda en conflictos crónicos?, ¿se puede usar la palabra «emergencia» para definir el aprovisionamiento continuado a los hospitales durante años?, ¿se puede hablar de «desarrollo» para definir la ayuda dada a un pueblo que no apuesta por el desarrollo bajo la premisa de que su situación en la *Hamada* es temporal?

Es necesario subrayar que las condiciones de vida actuales, en los campamentos de refugiados saharauíes, no corresponden a la dignidad de las personas pero que la solución final a estas circunstancias no depende ni puede depender de la cooperación internacional mediante proyectos. La ayuda humanitaria no está diseñada para solucionar la agenda política. Entendiendo esto, está fuera de toda duda la necesaria ayuda humanitaria al pueblo saharauí con el fin de tratar de mejorar sus condiciones de vida. Ahora, esa situación es la consecuencia de un proceso histórico que involucra a Francia, a España, a Mauritania y al actual ocupante, Marruecos. Pero, en una mínima parte, también corresponde a la política del Frente Polisario.

El continuo flujo de ayuda humanitaria y la dependencia del pueblo saharauí de ésta, ha pervertido de alguna manera las relaciones entre la población saharauí, especialmente con el sector salud. Por ejemplo, se observa que algunas mujeres acuden a *la consulta del niño sano*, con la expectativa de recibir algo a cambio, al punto que rechazan pesar el niño si notan que no van a recibir algo material por asistir al hospital.

La ayuda, no en la lógica de la cooperación política sino de la ayuda humanitaria clásica, es humanitaria e imparcial. Es decir, la ayuda humanitaria no entra en el debate político sino en el debate de las prioridades de los afectados y en su solución a partir de sus

propias necesidades, no de las necesidades establecidas por su gobierno o por sus organizaciones.

La ayuda humanitaria en el Sáhara es prestada por un grupo de organizaciones donde, lo primero que llama la atención es la ausencia de las agencias humanitarias de más renombre en un contexto donde efectivamente hay necesidades, es el caso de la ausencia de CICR, Médicos Sin Fronteras, Acción contra el Hambre, Oxfam, etc.

Por otro lado, la ayuda (ya no humanitaria) solidaria por razones políticas (en el sentido de la lucha por la justicia y/o la solución justa al conflicto) no puede ser una ayuda ausente de crítica, como no lo es (o no debería serlo en Colombia, Palestina o Chechenia). Sin embargo, la percepción general es que los beneficiarios, más exactamente sus líderes, consideran que toda crítica al Frente Polisario equivale a pasarse al lado de la fuerza ocupante Marruecos.

Algunas de las organizaciones aparecen como «amigas de la RASD», eso implica, en rigor, no sólo una declaración política expresa, sino una forma de entender la cooperación basada en la identificación con la causa de la RASD, lo que en principio no es malo pero que genera, como en toda cooperación, su sesgo determinado. En el caso del Frente Polisario, sus relaciones con las ONG y las comisiones son, para algunos, una relación desigual en la que el Frente asume una actitud más de instrumentalización política de la ayuda que de trabajo hombro a hombro. Se puede definir tal dinámica como la de «la víctima empoderada (de manera errónea) frente al cooperante». Ese empoderamiento hace del cooperante (y de sus organizaciones) un sujeto que tiene poco juego: la aceptación sin crítica alguna de la dinámica interna entre los líderes saharauis y su pueblo, o el cierre de proyectos. Es decir, estamos ante la «víctima arrogante» que ha entendido que el cooperante y la ONG necesitan de la víctima tanto o más que lo que la víctima necesita la ONG.

Volviendo al debate sobre los incentivos, urge precisar algunas cosas. El problema de los incentivos se puede ver de otra manera: acaso tal necesidad de incentivos pueda resolverse simplemente por pago desde las ONG a los saharauis que apoyan los proyectos haciendo las veces de trabajadores locales; creemos que no. Esto podría generar una especie de elite, como sucede con los trabajadores locales de ONG en otros países. Se requiere de una política de personal que no debe ser reemplazada por la voluntariedad de las ONG en el terreno.

Aquí se repite el debate sobre la necesidad de definir estímulos para los trabajadores, con la tensión sobre qué tipo de estímulos serían los más recomendables. Se necesitan, claramente y más como están las cosas, estímulos materiales pero ¿serían éstos suficientes?, ¿bastarían?, ¿no es esto sintomático de algo más allá de la simple retribución económica a cambio del trabajo?, ¿acaso detrás de esto no hay un desgaste en el discurso de resistir en la lucha que, sin renunciar a la lucha, se plantee de otra manera?

El derecho internacional, por otra parte, es una de las herramientas del pueblo saharauí para reclamar sus derechos, pero no lo es para determinar su dinámica interna. Los derechos humanos, como realidad jurídica de los individuos, está limitada por las lógicas: religiosa del Islam (en relación con las mujeres), cultural del mundo árabe y principalmente política, la tensión entre el individuo y la sociedad, en el caso saharauí, se resuelve en contra del individuo de manera marcada. Temas como el derecho al aborto sería impensable incluso de ser discutido en espacios públicos, aunque el discurso oficial incluye la palabra género continuamente, así como la mayoría de proyectos de cooperación internacional.

El capítulo negro de la historia saharauí⁴⁵ no puede ocultarse porque «todas las revoluciones hayan tenido un capítulo negro». Los proyectos no pueden seguir siendo proyecto sin contexto. Se puede estar con la víctima sin estar con los líderes, pero esto en el Sáhara es bastante difícil, no porque así se desee (o no), sino porque la dinámica de la guerra ha establecido un control por parte del Frente Polisario de toda expresión política y social. Lo que no se puede es, sin caer en una terrible contradicción, asumir una posición política basada en el derecho a favor del pueblo saharauí en la esfera internacional, y caer en una falsa neutralidad de respeto a las dinámicas internas a la hora de evaluar los derechos humanos de los refugiados de cara al gobierno de la RASD.

Pero, más allá de la formalidad de concentración de la contraparte en una sola figura, los proyectos empiezan a ser, como

45. El libro *Historias del Sáhara* no es de aceptación general pero, en todo caso, no es una gran mentira sino una verdad sesgada que no por eso debería de marginarse del debate. Ver: García, Alejandro, (2002), *Historias del Sáhara. El mejor y el peor de los mundos*. Libros de la Catarata, Madrid.

ya lo son en otras sociedades, una forma de caza y recolección del beneficiario. Esto, visto así, es dañino tanto para la percepción de la ayuda internacional como para la lucha del pueblo saharauí. Si la ayuda internacional se vuelve sólo sinónimo de bienes materiales y no de acompañamiento político (para el cual puede o no necesitarse bienes materiales), entonces la acción de los cooperantes se reduce a la de proveedores de bienes.

El hecho de que la única contraparte sea un Estado (así sea en el exilio y en condiciones precarias) es un riesgo que se observa claramente en el caso saharauí. No se puede empoderar a la sociedad civil porque, simplemente, no hay sociedad civil (cualquiera que sea su definición, pero necesariamente separada del Estado). Ahora, la creación de la sociedad civil saharauí es una lucha de los saharauís y no de los extranjeros; no quiere decir esto que no debe ser motivo de preocupación por parte de los cooperantes, sino que tal creación no es una tarea en que, en ninguna parte del mundo, pueda suplantarse al sujeto local.

El monopolio ejercido por el Frente Polisario en términos de recepción de la ayuda humanitaria y como contraparte de los proyectos de cooperación al desarrollo, explica la relativa eficacia de la distribución pero, igualmente, cuestiona críticas sobre los criterios de tal distribución o la eficacia del Frente como contraparte (respeto a la agendas y a los compromisos, flujo de información, etc.).

La población saharauí por sus condiciones de crónica dependencia de la ayuda humanitaria y la falta de espacios políticos diferentes al Frente Polisario se ha convertido, como en el caso de Haití, en una sociedad fundamentalmente receptora de ayuda de bienes materiales, estableciendo un sistema clientelar de bienes dentro de la sociedad que pervierte incluso el ejercicio de la medicina. El clientelismo del Frente Polisario incluye la herencia de la organización social de tribus, de su propia formación militar vertical y de la crónica dependencia de la ayuda humanitaria.

Por ejemplo, en la consulta del niño sano (escuela «27 de febrero», marzo de 2006), una mujer que había empezado a desvestir su hijo para ser pesado rechazó seguir en la consulta si no le garantizaban que recibiría algo de material a cambio de venir al médico. Según el personal del programa del niño sano, éste es un comportamiento común que se observa no sólo en esta consulta o no sólo en la salud

(sucede lo mismo con algunas asistentes al control prenatal) sino en muchos ámbitos de la vida saharauí.

Otra reflexión guarda relación con el alto nivel de movilización social de la sociedad española para procurar ayuda a los saharauíes (vuelos charter, programas de apadrinamiento de niños, vacaciones de niños saharauíes, visitas a los campamentos, comisiones de salud, etc.), que contrasta con la poca presión política de esa misma sociedad para que el Estado español, responsable en parte del conflicto y por ende de la situación actual, busque una solución real, seria y definitiva para el mismo. Es decir, contrario a otros conflictos donde los Estados directamente hacen política de sustitución, de reemplazar lo político por lo humanitario (caso la Unión Europea en Chechenia o en Palestina⁴⁶), aquí parece que la misma llamada de la sociedad civil española es la que reemplaza la lucha por la realización del derecho por la ayuda humanitaria. Es cierto que existe un desgaste, por lo prolongado del conflicto, que explica parte de esa actitud pero no explica todo. Según algunos de los cooperantes, algunas familias les preocupa «su hijo» pero no los saharauíes como comunidad.

Hay suficientes elementos para justificar un estudio de lo que significa «salud / enfermedad» en el mundo saharauí. No se plantea aquí la necesidad de una investigación antropológica de las raíces últimas de tales conceptos in situ, sino una aproximación a lo que, hoy por hoy, importa en términos de salud a los saharauíes: la enfermedad mental y la expresión del dolor, la enfermedad como puerta a la evacuación a España, el mito de la obesidad como símbolo de belleza, lo que realmente se mueve en términos de sexualidad dentro de la sociedad saharauí, etc.

Dentro del mismo sector salud, se están abriendo debates novedosos, exposiciones realizadas en las jornadas científicas de salud⁴⁷ incluyeron: desmitificación de que el concepto de belleza para el hombre saharauí prioriza la obesidad, aunque ésta sí es priorizada en el concepto femenino de belleza; se colocó sobre la mesa el uso del condón para la prevención del VIH/sida; se planteó el debate del mejoramiento de la

46. De Currea-Lugo, Víctor, (2005), *Palestina, entre la trampa del muro y el fracaso del derecho*, Icaria y Acsur, Barcelona, pp. 75-93.

47. «23 Jornadas Científicas de Salud» Ministerio de Salud de la RASD, abril 24 de 2006, Aaiun.

gestión de los servicios de salud hecha por el Ministerio, etc. En jornadas anteriores se habían abordado temas como el aborto.

El trabajo colectivo de la comisión de educación en salud y los jefes de prevención de las wilayas puede servir para identificar y/o formular las políticas adecuadas. El uso de esquemas de identificación de estrategias de trabajo (análisis vulnerabilidad / capacidad, o el análisis DOFA: debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas) pueden ayudar en tal identificación.

Conclusiones

1. Los saharauis han avanzado en la prevención en salud pero no lo deseado y ni siquiera lo necesario. Hace años, tenían que ir, con personas armadas del Frente Polisario para obligar a las madres a que dejaran vacunar a sus hijos; esto es historia pero no significa que en otros aspectos se haya evolucionado. La conciencia de la importancia de las vacunas se debe en buena parte a la epidemia de sarampión que en los años setenta mató miles de niños. Este dato es importante de cara a una eventual epidemia de VIH/sida: la negación como mecanismo colectivo para enfrentar las enfermedades. Lo que no se sabe es si tal mecanismo se superó con la epidemia o, por el contrario, se mantiene. En el caso concreto del VIH/sida parecería lo segundo.
2. La situación actual obliga a no posponer más un debate pendiente en la sociedad saharai: la temporalidad requiere una respuesta diferente, un cambio de estrategia en la lucha saharai, pero tal decisión debe ser parte del ejercicio del derecho de autodeterminación del pueblo y no una imposición extranjera. Luego, los proyectos de cooperación con la causa saharai, deben contribuir, en la medida de sus posibilidades, a enriquecer los debates necesarios, en todas las esferas, para fortalecer aquello que los saharauis decidan sus métodos y estrategias de lucha, dentro del derecho internacional.⁴⁸

48. El derecho internacional significa, como pueblo, la realización del derecho de autodeterminación y el reconocimiento a la Opinión Consultiva de la Corte Internacional de Justicia, y como personas la realización de los derechos humanos contenidos en los Pactos de 1966.

3. La dependencia saharauí de la ayuda internacional afecta la visión de la sociedad y hace más fácil el desarrollo de formas clientelares de interacción, la juventud crece en una situación de dependencia que no le permite ver el paisaje general y la lucha se ve afectada en cuanto el referente de la tierra a la cual regresar no es el mismo para las nuevas generaciones que para quienes vivieron la expulsión de 1976.
4. Las Organizaciones No Gubernamentales, así como todas las comisiones médicas, deberían establecer mecanismos de información de sus actividades a las autoridades en salud tanto antes como después de éstas. Antes, para organizar y coordinar de mejor manera los servicios que puedan ofrecerse y después, para consolidar estadísticas y compartir experiencias. Pero esto no sirve si, a la vez, el Ministerio no cuenta con mecanismos que le permitan recibir, procesar y aprender de tal información.
5. Una conclusión que aparece ya consignada en otro documento⁴⁹ se retoma aquí de manera literal: «la situación actual está caracterizada por un punto de no-retorno, en el que no es viable una forma de motivación y cohesión solamente basada en la convicción política de resistencia, por lo que se impone la necesidad de activar el sistema mediante la instauración de un programa de motivación e incentivos para el personal de salud» sin lo cual los esfuerzos en salud, incluyendo la salud preventiva, se ven afectados. Pero una política de personal de salud es más que un asunto de incentivos económicos, debe ser integral.
6. La solidaridad con el pueblo saharauí debe estar basada en el respeto a ciertos valores innegociables, dentro de ellos, los derechos de los y las saharauís como personas que, en el caso de la salud, nos lleva necesariamente a debates como el aborto, la prevención de enfermedades de transmisión sexual mediante el uso del condón, la realización de programas de planificación familiar, etc.

49. III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el pueblo saharauí, Vitoria-Gasteiz, 12, 13 y 14 de diciembre de 2003. La misma idea ya aparecía en: Beristain, Carlos; Lozano, Itziar, 2002: *Ni guerra, ni paz. Desarrollo en el refugio. Esperanzas y desafíos de la cooperación con el Sáhara*, Hegoa, Bilbao, pp. 44-45.

7. Algunas prácticas solidarias de la sociedad española con el pueblo saharauí, parecen más apuntar a cosas puntuales (el niño o niña que han adoptado) que a una visión global del conflicto. Esto hace que su implicación se exprese en bienes materiales (regalos para las familias de sus niños) pero no en la lucha política por demandar una solución justa al conflicto en el marco del derecho internacional. Es decir, no se puede leer en clave de solidaridad política global lo que realmente es un proyecto de solidaridad interfamiliar.
8. En el caso de la educación en salud, la formulación de un currículo unificado permitiría sumar esfuerzos en dos sentidos: *a*) temas que serían materia prioritaria de las comisiones que hagan educación en salud, y *b*) metodologías que han demostrado ser más eficaces en la enseñanza en salud dentro del pueblo saharauí. Esto debería no sólo ser una guía optativa para las comisiones médicas sino una obligación.
9. Es necesario garantizar la adecuada actualización del personal médico, para lo cual existen mecanismos que no resultan particularmente costosos: por ejemplo, suscripción a revistas médicas internacionales cuyo transporte y distribución puede estar garantizado por las ONG con presencia en el terreno. Otra opción es la de comprometer a las comisiones médicas a hacer formación sistemática a los médicos saharauís como parte de sus actividades.
10. La prevención en salud es más un discurso, que raya en el slogan, que una política institucional. Los esfuerzos de prevención en salud no dependen del Ministerio sino del trabajo en los barrios, los cuales no son realizados por las autoridades del Ministerio de Salud. La alternativa no es la formulación de programas y menos de actividades de prevención sino de políticas de prevención a nivel nacional con el desarrollo de la capacidad institucional para realizarlas.
11. La comisión de educación en salud del Ministerio de Salud es una entidad nominal sin que tenga ningún desarrollo ni perspectiva, mucho menos estrategia. La metodología no es una política de educación en salud, una metodología necesita de políticas, de objetivos, de actividades y de mecanismos de evaluación, dentro de los cuales se incrusta la metodología. Hoy por hoy, el Ministe-

rio de Salud no cuenta con las capacidades para aprovechar una formación en metodología. El Ministerio no está en capacidad porque no tiene políticas. No se trata de hacer actividades sino procesos, y los procesos no se pueden reemplazar con una lista de actividades inconexas. Por ejemplo, hasta la fecha, no hay un documento (por lo menos el Ministerio no lo mencionó ni lo suministró) de análisis serio de las múltiples actividades de educación en salud hechas en los campamentos.

12. Hay un hallazgo citado por varios autores y que se observa en las universidades europeas: después del *boom* de la «tecnología de punta» en educación (ordenadores, videos, etc.), hay una tendencia a regresar al papel, el lápiz y la pizarra. Esto no quiere decir que a los saharauis se les debe negar el acceso a tecnología de educación en salud con tal argumento, pero quiere decir que el énfasis en los recursos físicos no reemplaza el debate sobre la metodología y el mensaje. Esto es más grave en un contexto en que las autoridades sanitarias entienden los proyectos como la «donación de cosas» en vez de la realización de proyectos.
13. Se requiere que los responsables de prevención en salud tengan un poder real que les permita incidir en la acción de otros niveles y/o instituciones relacionadas con el desarrollo de actividades materia de prevención en salud. Sin poder de ir más allá de cursos y recomendaciones, la prevención en salud se limita a la buena voluntad de otras instancias de poder. Por eso se insiste no en programas, sino en políticas de prevención y de educación en salud.
14. La información es un elemento central, sin perfiles epidemiológicos los programas de prevención se basan en especulaciones, lo que no es ni conveniente ni justo para con la sociedad saharauí. Es necesario contar con indicadores en salud, desdramatizando su valor militar. Además de la necesidad de contar con estadísticas fiables, es necesario mejorar la información en salud en general: la educación en salud se hace con información, por tanto sin información real sobre las causas de las enfermedades cualquier intento de educación en salud se convierte en un ritual carente de contenido. De igual manera hay un problema de comunicación entre los campamentos, las autoridades argelinas que brindan servicios de salud a los saharauis y el Estado

español, aspecto éste que afecta especialmente a la comisión de evacuación. Lo mismo, en otra escala, parece afectar la comunicación Ministerio-Wilayas-Jaimas.

15. Finalmente, las políticas de educación en salud requieren la voluntad política y el respaldo técnico necesarios por parte de las autoridades de salud. La educación en salud debe darse en el contexto de la lucha por la libertad, y la lucha por la libertad debe ofrecer un espacio justo a la educación en salud.