



Universidad  
de Alcalá

مَنقَة LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΟΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDI  
J MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO  
疾源司 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD  
IE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医師団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर M  
DICI DEL MONDO ΓΙΟΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DE



MÉDECINS D  
LÄKARE I VÄ  
KTERS VAN D  
VÄRLDEN ME  
医生 DOCTO

UAH TEM

# LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS

*CHRONIC DISEASES IN SAHARAUIS  
REFUGEE CAMPS*

Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria

Presentado por:

D<sup>a</sup> INÉS DELGADO RODRÍGUEZ

Tutorizado por:

Dr. D. GABRIEL DE ARRIBA DE LA FUENTE

Alcalá de Henares, a 29 de abril de 2020

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

## ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINA</u>
RESUMEN/ ABSTRACT	2
PALABRAS CLAVE/ KEY WORDS	3
GLOSARIO	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1.- Marco Histórico. Situación Geográfica Y Aspectos Poblacionales.	5
1.2.- Atención Sanitaria A La Población Saharahui.	6
<i>1.2.1.- Estructura Asistencial.</i>	7
<i>1.2.2.- Profesionales Sanitarios.</i>	9
<i>1.2.3.- Epidemiología: Enfermedades Prevalentes</i>	9
2.- OBJETIVOS	10
3.- MATERIAL Y MÉTODOS	10
4.- RESULTADOS	11
4.1.- Factores Epidemiológicos	11
<i>4.1.1.- Cambio Forzoso Del Estilo De Vida.</i>	11
<i>4.1.2.- Etiología Y Factores De Riesgo.</i>	12
4.2.- Tratamiento	16
<i>4.2.1- Diabetes Mellitus:</i>	16
<i>4.2.2.- Hipertensión arterial.</i>	17
5.- DISCUSIÓN. PROPUESTAS Y ESTRATEGIAS DE MEJORA.	19
5.1.- Sistema Sanitario.	19
<i>5.1.1.- Organización General.</i>	19
<i>5.1.2.- Personal Sanitario.</i>	21
<i>5.1.3.- Información Epidemiológica Y Asistencial.</i>	22
<i>5.1.4.- Genero Y Salud.</i>	23
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	29
AGRADECIMIENTOS	32

**RESUMEN:** Han transcurrido más de cuarenta años desde que la población saharauí vive en los Campamentos de Refugiados de Tinduf, pero el conflicto sigue bloqueado sin solución. El paso del tiempo sin embargo se ha dejado notar en la calidad de vida de los saharauís, las precarias condiciones del refugio se han cronificado y han afectado a su salud.

La falta de recursos, como las carencias nutricionales, y los cambios en los estilos de vida saharauís, actualmente sedentarios, han incrementado las consecuencias de esta larga situación. Uno de sus efectos más notables ha sido el aumento de las enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión y la diabetes, cuyo control y tratamiento resulta un verdadero reto con los escasos medios disponibles.

Entre los factores que necesitan una solución más urgente para asegurar la asistencia sanitaria en los campamentos está paliar la falta de personal sanitario, desarrollar plenamente un sistema de información sanitaria y garantizar el abastecimiento de medicamentos. Todas estas medidas dependen de la financiación de la ayuda humanitaria internacional, por otra parte, cada vez más reducida.

Otro punto que está ganando peso en los últimos años, y que es fundamental para el desarrollo social, es la puesta en marcha de medidas favorables a la equidad de género. El Sistema Sanitario Saharaui ha impulsado el Plan de Salud y Género, que busca aumentar el número de mujeres en los puestos de responsabilidad en sanidad y alcanzar al equidad en el derecho a la salud.

**ABSTRACT:** It has been more than forty years since the Saharawi population lives as a refugee in the Tindouf Refugee Camps, but the conflict remains blocked without solution. The passage of time, however, has been noted in the quality of life of the Saharawis, the precarious conditions of the refuge have become chronic and have affected their health.

The lacks of resources, such as nutritional deficiencies, and changes in Saharawi lifestyles, currently sedentary, have increased the consequences of this long refuge situation. One of its most notable effects has been the increase in chronic diseases, including hypertension and diabetes, whose control and treatment is a real challenge with the scarce means available.

Among the factors that need a more urgent solution to ensure health care in the camps is to alleviate the lack of health workers, fully develop a health information system and ensure the necessary supply of medicines. All these measures depend on the financing of international humanitarian aid; it is increasingly reduced due to external international factors.

Another point that is gaining ground in recent years, and that is essential for social development, is the implementation of measures favourable to gender equity. The Saharawi Health System has promoted the Health and Gender Plan, which seeks to increase the number of women in positions of responsibility in health and achieve equity in the right to health.

**PALABRAS CLAVE:** Campamentos de Refugiados Saharauis, enfermedades crónicas, hipertensión y diabetes

**KEY WORDS:** Saharawi refugee camps, chronic diseases, hypertension and diabetes

**GLOSARIO:**

ACNUR – Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

AECID – Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

ECHO – Departamento para la Ayuda Humanitaria de la Unión Europea

MUAHS – Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria

PMA – Programa Mundial de Alimentos

PNSR – Programa Nacional de Salud Reproductiva

PSIS – Programa Integral de Salud Infantil Saharaui

RASD – República Árabe Saharaui

SIS – Sistema de Información de Salud

UNICEF – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## 1.- INTRODUCCIÓN.

En el presente trabajo analizaremos mediante una revisión bibliográfica la situación actual en la que viven miles de saharauis en los Campamentos de Refugiados de Tinduf (Argelia), poniendo especial atención a los aspectos relativos a la salud y, más concretamente, en lo que respecta a las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes.

A lo largo de las siguientes páginas profundizaremos en algunas de las principales consecuencias de esta crisis humanitaria de larga duración, iniciada hace más de cuarenta años cuando en 1975 Marruecos invadió en territorio del Sahara Occidental provocando el éxodo masivo de la población hacia el interior del desierto y 40.000 personas huyeron de las ciudades y se incorporaron a los Campamentos de Refugiados en el interior del Sahara <sup>(1)</sup>.

### 1.1.- MARCO HISTÓRICO. SITUACION GEOGRÁFICA Y ASPECTOS POBLACIONALES.

La situación actual del Sahara Occidental es considerada como una crisis olvidada según el índice de crisis olvidadas elaborado por el Departamento para la Ayuda Humanitaria de la Unión Europea (ECHO), y las perspectivas actuales de encontrar una solución temprana al conflicto son poco esperanzadoras <sup>(2)</sup>. Además del refugio prolongado, se suman a la crisis otras complicaciones como la escasez de donantes, el envejecimiento de la población y el deseo de la población joven de participar en la vida económica, social y política en una comunidad que depende casi en exclusiva de la ayuda internacional <sup>(3)</sup>. En lo que respecta a la ayuda internacional, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) es el responsable de la coordinación de la ayuda humanitaria en los campamentos, estando también presentes en el terreno el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), además de diversas ONG como Médicos del Mundo <sup>(4)</sup>.

Los campamentos se localizan en la zona occidental del desierto argelino (en la llamada Hammada argelina), próximos a la ciudad de Tinduf, y se dividen en cuatro wilayas (provincias): El Aaiún, Smara, Dajla y Auserd, nombres tomados simbólicamente de las provincias del Sahara Occidental. A su vez, cada wilaya está compuesta por diferentes dairas (pueblos) y cada pueblo tiene cuatro barrios. Cada daira dispone de un centro

administrativo, una escuela y un dispensario de salud. Además de estas cuatro wilayas, los campamentos cuentan con el territorio administrativo de Rabouni, en él se localiza el gobierno saharauí, varias escuelas y el hospital principal <sup>(5)</sup>.



Figura 1. *Mapa Campamentos de Refugiados Saharauís en Tindouf (Argelia)* <sup>(10)</sup>

Según el informe de ACNUR de 2018, en los campamentos viven 173.600 personas, de ellas una gran parte reside en jaimas, sin acceso a agua corriente ni a la red eléctrica <sup>(5,6)</sup>. El suministro de agua corre a cargo de la administración estatal, y se distribuye a través depósitos de agua; por su parte, la corriente eléctrica depende de generadores. La población también depende del suministro de alimentos para sobrevivir. En definitiva, la dependencia de la ayuda humanitaria internacional, menguante en los últimos años, condiciona la escasa actividad económica que se puede producir en los campamentos, reducida a la más básica para la subsistencia. El escaso comercio que se puede desarrollar en la zona es muy limitado y las actividades laborales existentes siguen esta misma línea, siendo poco frecuentes los trabajos con dedicación a tiempo completo <sup>(5)</sup>.

## 1.2.- ATENCION SANITARIA A LA POBLACION SAHARAHUI.

Para la organización de los servicios sanitarios de los campamentos se cuenta con el Programa Nacional de Salud desarrollado por el Ministerio de Salud Pública Saharauí, estructurado en tres niveles principales: 27 dispensarios, 5 hospitales regionales y un hospital nacional.

### 1.2.1.- ESTRUCTURA ASISTENCIAL.

El Sistema de Salud Saharaui se ha caracterizado desde su creación por priorizar fuertemente la prevención en salud, como forma hacer frente a las circunstancias adversas del contexto en el que se encuentra y paliar, en la medida de lo posible, la escasez de recursos, tanto humanos como materiales y financieros, que afecta de manera crónica a los campamentos. Con el objetivo de lograr la máxima equidad en salud, la asistencia sanitaria en los campamentos es universal y gratuita, y se realiza mayoritariamente a través de los centros públicos de los tres niveles asistenciales citados en el apartado anterior (primario en los dispensarios, secundario en los hospitales regionales y terciario en el hospital nacional).

#### *- Nivel Primario:*

Corresponde a la asistencia realizada en los dispensarios, y está dirigido directamente a la población que habita en cada daira. En ellos se implementan los programas de atención primaria que están actualmente en vigor, como son el Programa Integral de Salud Infantil Saharaui (PSIS), el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), y otros programas que están actualmente en desarrollo, como es el Programa de Enfermedades Crónicas. Este primer nivel asistencial, puerta de entrada de la población al sistema sanitario y medio fácilmente accesible, constituye la pieza angular del diagnóstico y seguimiento de enfermedades crónicas como la HTA y la diabetes.

#### *- Nivel Secundario:*

El segundo nivel asistencial se desarrolla en los hospitales regionales, en los que da servicio a la población de cada wilaya. Se trata del primer escalón del Sistema Sanitario en el que hay titulados en medicina, aunque su número suele ser insuficiente para cubrir las necesidades asistenciales de cada centro. En términos generales solo hay 4 médicos por cada hospital regional, que se encargan de las consultas generales y de las urgencias.

En los hospitales regionales también trabajan técnicos de imagen, matronas (de guardia 24 horas), servicios de laboratorio clínico (aunque con medios muy rudimentarios) y fisioterapeutas. La mayoría de los servicios prestados en estos centros, desde las urgencias hasta la hospitalización, se caracterizan por sus condiciones precarias debido principalmente a la falta de medios, tanto diagnósticos como terapéuticos, y a la



ausencia una formación continuada del personal que permita un reciclaje periódico de la labor asistencial.

Para el abastecimiento de este segundo nivel asistencial se cuenta con las farmacias de los Hospitales Regionales, que a su vez dependen de un sistema de aprovisionamiento bimestral desde la farmacia central de Rabuni. No obstante, el sistema actual de distribución de los recursos sanitarios es frágil y no permite garantizar un suministro adecuado y regular a toda la población, problema que se acentúa por la falta de control en la prescripción y el correcto uso de los fármacos. Esta situación promueve el desabastecimiento precoz de determinados fármacos y, como consecuencia, uso de medicación no adecuada para tratar las enfermedades en cuestión, lo que lejos de solucionar el problema de salud puede llegar a complicarlo <sup>(8)</sup>.

*- Nivel Terciario:*

El tercer y último nivel del sistema presta sus servicios en el Hospital de Rabuni, centro de referencia a este nivel para toda la población de los campamentos. En él se encuentran las consultas de los especialistas (ginecología, cirugía, odontología, etc.) y la Farmacia Central.

La provisión de medicamentos a este nivel se hace en función del Listado Nacional de Medicamentos que el Ministerio de Salud Pública ha aprobado acorde con las aportaciones de organizaciones internacionales (disponible en: [https://msprasd.org/archivos\\_subidos/Manual%20clinico%20terapeutico.pdf](https://msprasd.org/archivos_subidos/Manual%20clinico%20terapeutico.pdf)), sin embargo su contenido es insuficiente para satisfacer las necesidades de tratamiento de varias áreas asistenciales y patologías y debería ser ampliado para poder cubrir satisfactoriamente las demandas de las distintas especialidades sanitarias <sup>(8)</sup>.

*- Comisiones Médicas:*

Además de estos tres niveles asistenciales comentados, en la sanidad saharauí tiene un peso relevante el papel que realizan las Comisiones Médicas. Se trata de proyectos asistenciales que profesionales sanitarios voluntarios internacionales llevan a cabo en los Campamentos Saharauís, de manera temporal y generalmente con carácter periódico una o varias veces al año, coordinadas con el Ministerio de Salud Pública Saharauí. Cada año alrededor de un total de 34 de estas Comisiones Médicas viajan a los campamentos de Tinduf para reforzar la asistencia sanitaria en diferentes puntos.

Las comisiones son tanto de atención primaria como de atención especializada, y entre ellas también hay comisiones quirúrgicas. Su contribución es fundamental para garantizar la cartera de servicios básicos a la población y para reforzar el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades, dado que sin ellas actualmente sería inviable realizar de forma ordinaria determinados procedimientos en los campamentos <sup>(7)</sup>.

*- Sanidad privada:*

En los últimos años está ganado mayor peso en la sanidad saharauí la medicina privada. El desarrollo del negocio sanitario ha crecido en la última década con la proliferación de consultas y pruebas diagnósticas que atraen los escasos profesionales sanitarios que hay en los campamentos, quienes ven en este sistema la oportunidad de obtener de una mayor remuneración de la que obtienen en el sistema público, desde su punto de vista carente de lo que consideran unos incentivos justos que reconozcan suficientemente la su labor <sup>(9)</sup>.

#### 1.2.2.- PROFESIONALES SANITARIOS.

La cobertura asistencial de estos servicios se mantiene gracias a los profesionales saharauís (que trabajan en los campamentos de manera voluntaria y que apenas reciben una pequeña remuneración), las brigadas médico-quirúrgicas cubanas (que llevan colaborando en los campamentos desde sus inicios) y la las diversas Comisiones Internacionales que regularmente refuerzan la asistencia sanitaria en los sectores de mayor necesidad <sup>(8)</sup>. En este punto destacamos la labor desarrollada por las diversas ONG que colaboran en los campamentos, particularmente a la ONG Médicos del Mundo por su papel fundamental en el fortalecimiento de la salud materno infantil y de la atención primaria <sup>(10)</sup>.

#### 1.2.3.- EPIDEMIOLOGÍA: ENFERMEDADES PREVALENTES.

El sistema de información de salud saharauí actual no permite conocer con exactitud datos epidemiológicos precisos, como la prevalencia real de determinadas enfermedades, y debemos ser prudentes al analizar los datos, si bien con carácter general se considera que la población saharauí tiene un nivel óptimo de salud. No obstante, en los últimos años se ha detectado un aumento de la prevalencia de las enfermedades relacionadas con el refugio, tales como anemia, malnutrición, infecciones gastrointestinales y respiratorias y patologías dentales, que son derivadas o se han visto

agravadas por vivir tanto tiempo bajo las duras circunstancias a las que se ve sometida la población.

Las condiciones de vida derivadas del refugio prolongado, el envejecimiento de la población y la falta de calidad alimentaria también han contribuido al incremento progresivo de la incidencia de enfermedades no transmisibles, entre las que destacan diabetes tipo 2, hipertensión, patologías tiroideas, asma o enfermedades cardiovasculares. Aunque se carece de datos epidemiológicos exactos de estas patologías, se estima que su prevalencia es elevada y sus niveles de control son bajos. Así, se calcula que aproximadamente menos del 10% de los pacientes crónicos con diabetes e hipertensión están bien controlados <sup>(8)</sup>.

## **2.- OBJETIVOS.**

Nuestro estudio abordará el estudio de la diabetes y la hipertensión arterial ya que tienen gran interés por su elevada prevalencia y comorbilidad, así como por su íntima relación con los estilos de vida que tanto se ven influenciados por la condición de refugio prolongado a la que esta sometida la población saharauí. También es relevante que la calidad de vida de los pacientes con dichas patologías puede mejorar muy notablemente si se logra alcanzar un control adecuado.

Los objetivos concretos son:

- Analizar la situación actual de los Campamentos de Refugiados Saharauis, condiciones de vida de la población y sus repercusiones en la salud.
- Analizar el estado de las enfermedades crónicas diabetes e hipertensión arterial en los Campamentos: epidemiología, factores condicionantes, impacto social, abordaje terapéutico y grado de control.
- Describir los condicionantes del género en la salud, su repercusión en el desarrollo y control de las enfermedades crónicas, y su influencia en la gestión sanitaria.

## **3.- MATERIAL Y MÉTODOS.**

En la elaboración de esta revisión bibliográfica nos hemos documentado con la información aportada por la literatura científica actual y por los documentos facilitados por los organismos oficiales que trabajan en los Campamentos de Refugiados Saharauis,

con amplia experiencia y conocimiento en este contexto. Concretamente, para realizar la búsqueda de documentación hemos utilizado la base de datos Cuiden, empleando los términos de búsqueda: *Campamentos de Refugiados Saharauis, enfermedades crónicas, hipertensión y diabetes*. También hemos utilizado la información reflejada en los documentos publicados por el Ministerio de Salud Pública Saharaui “ Plan Estratégico de Salud 2016-2020” y “Plan de Género y Salud 2018-2020”; informes publicados por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y ACNUR. A su vez, hemos utilizado la información disponible en la página web de la ONG Médicos del Mundo referente a su trabajo en los Campamentos de Refugiados Saharauis (<https://www.medicosdelmundo.org/que-hacemos/africa/argelia-campamentos-en-tinduf>).

#### **4.- RESULTADOS.**

##### **4.1.- FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS.**

###### **4.1.1.- CAMBIO FORZOSO DEL ESTILO DE VIDA.**

Para conocer la repercusión que tiene la situación de refugio prolongado en la salud de la población saharauí es necesario conocer las condiciones de vida a las que se ve sometido este pueblo como consecuencia del conflicto, y contrastarlas con su modo de vida previo. Tradicionalmente, el pueblo saharauí estaba constituido por numerosas tribus y diversas culturas en las que era común distinguir entre pastores nómadas y agricultores sedentarios, ambos especializados en la subsistencia en un medio tan inhóspito como es el Desierto del Sahara. Al igual los medios de vida y los oficios, la genética saharauí también se fue adaptando a lo largo de los siglos a las duras condiciones del desierto, preparando así a la población para soportar las altas cargas de actividad física que se requieren para subsistir en un medio tan adverso. No obstante, con los cambios forzados a los que se ha visto sometida la población en el último medio siglo esta situación se ha visto drásticamente alterada acarreando numerosas consecuencias entre las que destaca la repercusión sobre su salud.

A raíz del conflicto, la forma de vida saharauí ha cambiado radicalmente, el refugio ha supuesto que la mayoría de sus medios de vida previos prácticamente hayan desaparecido sin disponer de alternativas ocupacionales viables, dejando una situación que se ha ido agravando a lo largo del tiempo <sup>(11)</sup>.

Como consecuencia del refugio, la comunidad saharai se ha convertido forzosamente en un pueblo sedentario, bloqueado en un terreno limitado y árido en el que las malas condiciones dificultan el desarrollo de la agricultura y obligan a depender de la ayuda humanitaria para poder subsistir. A esto se suma que las duras condiciones climáticas, con temperaturas que llegan a alcanzar los 60 ° C en los meses más cálidos del año, limitan la realización de cualquier actividad física, siendo la práctica de ejercicio en los campamentos casi inexistente.

En resumen, como consecuencia de todo lo expuesto anteriormente, nos encontramos con un pueblo genéticamente preparado para una actividad física intensa pero obligado a vivir de forma sedentaria y sin recursos en unas condiciones climáticas adversas que limitan la actividad física, donde la obtención de una dieta variada y de calidad se ha convertido en un verdadero reto. Este contexto tan inhóspito está favoreciendo la aparición de múltiples complicaciones para la salud, como es el desarrollo de resistencia a la insulina, y la consiguiente predisposición al desarrollo de enfermedades como diabetes e hipertensión arterial (HTA) <sup>(12)</sup>.

#### 4.1.2.- ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO.

En los próximos párrafos analizamos la situación particular en la que se encuentra la población saharai que vive en los campamentos, estudiaremos los condicionantes del terreno que incentivan tanto el desarrollo de Diabetes Mellitus como los que incrementan el riesgo de HTA.

##### - *Diabetes Mellitus:*

Aunque no dispongamos de registros fiables que permitan determinar el número concreto de personas que padecen diabetes o intolerancia a los hidratos de carbono en los Campamentos de Refugiados Saharais, podemos intuir que su prevalencia es elevada dado el alto porcentaje de diabéticos entre los pacientes que acuden a las diferentes consultas sanitarias, cercano al 50%. Según los datos estimados por el Colegio de Médicos de la República Árabe Saharaui (RASD), la prevalencia de esta enfermedad se sitúa en torno al 10% de la población. Aunque se necesitaría un estudio más completo, esta prevalencia es muy superior a la media mundial adulta (situada entre el 6,6% calculado en 2010 y el 7,8% que se prevé para 2030) y a la de Argelia (país en el que se encuentran los campamentos) que es del 7,3% en adultos <sup>(13)</sup>.

El estilo de vida juega un papel fundamental en el desarrollo de la diabetes, siendo el tipo de dieta uno de los factores que más influyen en la enfermedad. Por desgracia, el difícil acceso a una alimentación variada y de calidad uno de los principales retos a los que se enfrenta a diario la población saharai.

Entre los factores nutricionales que contribuyen al desarrollo de la diabetes, y que podemos encontrar en los campamentos, están alteraciones como los desequilibrios en el aporte de determinados lípidos, el consumo inadecuado de algunos tipos de hidratos de carbono (especialmente los de alto índice glucémico), y las alteraciones que se pueden producir durante la etapa fetal relacionadas con la alimentación, como la desnutrición o el crecimiento intrauterino retardado.

En el caso la desnutrición fetal las complicaciones se derivan de la reducción de la cantidad de células  $\beta$  del páncreas del feto, encargadas de la producción y segregación de insulina, que consecuentemente pueden terminar favoreciendo el desarrollo de Diabetes Mellitus tipo 2 en la edad adulta. Respecto al crecimiento intrauterino retardado el principal problema se encuentra en ser un factor de riesgo de obesidad, hecho que a su vez predispone a la resistencia del organismo a la insulina, antesala del desarrollo de diabetes. No es de extrañar por lo tanto, que la salud y la calidad de vida de los saharauis se vea condicionada, ya incluso antes del nacimiento, por la falta de acceso a unos recursos alimentarios básicos que permitan mantener una calidad nutricional adecuada <sup>(12)</sup>.

Es fácil comprobar que la condición de refugio ha alterado drásticamente la dieta saharai. Previamente se basaba en los productos obtenidos en las labores autóctonas, el pastoreo nómada y los asentamientos agrícolas. El plato básico era el cuscús, sémola de trigo cocida al vapor, algunas verduras y carne (generalmente cordero); también verduras cocidas o asadas, ensaladas, dátiles, cacahuetes y naranjas. Hoy en día la situación ha cambiado radicalmente y la alimentación depende del Programa Mundial de Alimentos (PMA), que suministra cada mes unas 90.000 raciones estándar y unas 35.000 raciones suplementarias para los más vulnerables. En estas cestas del PMA se incluyen productos básicos que aportan unas 2.166 Kcal/persona/día, aunque la variabilidad de productos resulta escasa para asegurar un aporte nutricional adecuado.

Otro problema añadido al suministro de alimentos se debe a los sesgos entre el cálculo de necesidades y el abastecimiento de recursos. En el momento en que se inició la

gestión de las ayudas nutricionales se estimaba que sus destinatarios serían unas 90.000 personas aunque en la actualidad habitan en los campamentos más de 170.000 <sup>(6)</sup>. Para hacer frente a esta situación, se ha reducido el número de alimentos suministrados y se ha prescindido de los más caros. Las raciones del PMA incluyen harina de trigo, arroz, lentejas, guisantes, aceite azúcar y un compuesto de maíz y soja.

La parte complementaria de los alimentos consumidos, y que ayuda parcialmente a equilibrar la dieta de los saharauis, corresponde en parte a alimentos frescos aportados por la Cruz Roja Española, por diversas ONG y por la ayuda internacional de otros países, aportaciones que desgraciadamente han disminuido en los últimos años como consecuencia de los problemas económicos internacionales y la aparición y/o agravamiento de diferentes crisis humanitarias en otras partes del mundo <sup>(14)</sup>. En definitiva, nos encontramos con una población que sobrevive con una dieta de subsistencia, compuesta principalmente por alimentos de bajo coste con alto índice glucémico y deficiente en verduras, frutas, leche y pescado. Estas circunstancias, además de predisponer a la aparición de diabetes, pueden llegar a comprometer la cobertura de las necesidades nutricionales básicas y promover el consecuente desarrollo de desnutrición severa y anemia <sup>(15)</sup>.

En conclusión, en lo que respecta a la relación entre la alimentación en los campamentos y la diabetes, nos encontramos con una dieta que aporta un balance energético crónicamente positivo y una población marcadamente sedentaria. Estos factores promueven la resistencia a la insulina, aumento del tejido adiposo, obesidad y síndrome metabólico, que unida a la predisposición genética de la población saharauí, favorecen la génesis de diabetes <sup>(16)</sup>.

Otros factores ambientales también contribuyen al desarrollo de diabetes, y que están relacionados con factores culturales. Uno de los más destacados es la cultura del té: cualquiera que tenga un pequeño conocimiento de la cultura saharauí puede destacar la importancia que tiene el “tomar el té” como evento social. Sin embargo, lo que antiguamente en las comunidades nómadas significaba un momento de descanso, actualmente en los campamentos se realiza de manera continua, aportando grandes cantidades de hidratos de carbono de absorción rápida que contribuyen a desequilibrar aún más la dieta de la población.

Finalmente, otro factor social que también está relacionado con el desarrollo de diabetes en la población saharauí es el prototipo de belleza, y en concreto lo que respecta al aspecto físico de las mujeres. Al igual que pasa en otras partes del mundo, pero con diferentes ideales y modelos a seguir, el deseo y/u obsesión por alcanzar los estándares considerados socialmente más atractivos puede suponer graves consecuencias para la salud, destacando que además este problema afecta globalmente con mucha más frecuencia a las mujeres. En el caso de las mujeres saharauíes, el prototipo de belleza es el de la mujer obesa, condición que como hemos visto está íntimamente relacionada con la aparición de diabetes tipo 2, y que además se puede ver agravado en los casos de mujeres que recurren a la toma de corticoides para incrementar la ganancia de peso. Estos corticoides tienen, entre sus múltiples efectos adversos si se consumen a largo plazo, acciones hiperglucemiantes que se asocian al desarrollo de Diabetes Mellitus <sup>(12)</sup>.

- *Hipertensión arterial:*

La Sociedad Europea de Cardiología define HTA como la presencia de cifras de presión arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg y/o de presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg. Es considerada actualmente un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia y su elevada comorbilidad <sup>(17)</sup>. A modo de referencia, en España la HTA es el problema crónico de salud más prevalente, afectando a un 20 % de la población, y con un aumento progresivo de este porcentaje conforme ascendemos en el rango de edad <sup>(18)</sup>. En los Campamentos de Refugiados Saharauíes el elevado número de casos de HTA detectados en las consultas asistenciales realizadas en los dispensarios de varias wilayas hace sospechar que su prevalencia es también muy elevada.

La gravedad de esta enfermedad radica principalmente en ser el factor de riesgo más común de mortalidad cardiovascular, pudiendo predisponer o agravar otras complicaciones de salud. Además, es conocida la estrecha relación existente entre la HTA y los estilos de vida, y la elevada posibilidad de prevenir y/o controlar la enfermedad si trabajamos sobre los factores adecuados, por eso la importancia que tiene conocer los condicionantes ambientales que favorecen su evolución y establecer las medidas adecuadas para evitar su desarrollo.

En el contexto en el que nos encontramos, la población saharauí vive con elevadas limitaciones y restricciones que perjudican seriamente a su salud. En concreto, también influyen las carencias alimentarias y la falta de ejercicio físico, como se ha comentado



previamente. Además, también entran en juego las carencias en otros sectores fundamentales como es el caso de la sanidad, especialmente por la ausencia de un control adecuado y periódico de la enfermedad debido a la falta de medios y fármacos hipotensores.

#### 4.2.- TRATAMIENTO.

##### 4.2.1- DIABETES MELLITUS

El tratamiento de la enfermedad será diferente dependiendo del tipo de Diabetes Mellitus (tipo 1 o 2).

En el caso de la tipo 1, causada por la falta de producción de insulina por parte del páncreas, sólo puede ser tratada sustituyendo esta carencia con la administración de insulina exógena. Se trata de una enfermedad que no se puede prevenir y los pacientes necesitarán insulina de por vida.

En la diabetes tipo 2, más frecuente en personas adultas, el páncreas suele producir cantidades insuficientes de insulina. En su etiología juega un papel importante el componente genético y su aparición sí se puede prevenir o retrasar con una dieta adecuada y la práctica de ejercicio físico de forma regular. Inicialmente puede tratarse con modificaciones del estilo de vida y dieta. Si no se controla, se debe realizar tratamiento farmacológico inicialmente con antidiabéticos orales y, en los casos avanzados en los que no sea posible alcanzar el control glucémico de esta manera, será necesario suplementarlo con el tratamiento de insulina.

En los campamentos las posibilidades de tratamiento disponibles son:

- **HIGIENICO-DIETÉTICO:** ante un paciente al que se detecta un riesgo evidente de desarrollar Diabetes Mellitus o, en su defecto, en el momento del diagnóstico de la enfermedad, se le debe aconsejar que modifique sus estilos de vida, recomendando lo siguiente:
  - Reducir el consumo de azúcar, miel y derivados. Para endulzar el té se utilizará mejor sacarina.
  - Consumir pocas grasas.
  - Evitar el consumo de bebidas azucaradas y de dulces.
  - Caminar al menos una hora al día o hacer algún otro tipo de ejercicio físico.

- FARMACOS:

En el caso de la diabetes tipo 1 se iniciará el tratamiento con insulina desde el momento del diagnóstico.

En la diabetes tipo 2 se tratará inicialmente con medidas higiénico-dietéticas y, en caso de no lograr un buen control glucémicos, se iniciará el tratamiento farmacológico. En primer lugar se empezará con un antidiabético oral (Metformina o Glibenclamida) y, de no lograr un buen control con este fármaco a dosis máximas, será necesario combinarlo con un segundo antidiabético oral. Si pese a los dos fármacos sigue sin lograrse un buen control se añadirá el tratamiento con insulina <sup>(19)</sup>.

#### 4.2.2.- HIEPRTENSION ARTERIAL.

- HIGIENICO-DIETÉTICO: Las medidas higiénico-dietéticas tienen eficacia comprobada y deben ser el único tratamiento que se recomiende en los primeros tres meses tras la detección de la enfermedad. Las medidas a seguir son:

- Reducir el exceso de peso.
- Hacer ejercicio físico.
- Dejar de fumar.

- FARMACOS HIPOTENSORES: si después de estos tres meses siguiendo las recomendaciones higiénico-dietéticas no se ha conseguido normalizar las cifras de TA se iniciará el tratamiento farmacológico, junto con las medidas higiénicas. También se iniciará directamente el tratamiento farmacológico si las cifras de TA son superiores a 140/90 mmHg o si el paciente tiene patologías previas como diabetes o enfermedades cardiovasculares. Los fármacos utilizados para el tratamiento crónico y de control de la HTA son:

- Hidroclortiazida.
- Enalapril.
- Bisoprolol o Atenolol.
- Nifedipino.
- Metildopa.

Todos estos tratamientos se deben acompañar de una revisión periódica en la que se controle su correcto seguimiento y el estado de salud del paciente <sup>(19)</sup>.

Sin embargo, estas medidas que parecen sencillas desde el punto de vista teórico, se complican a la hora de llevarlas a la práctica en un contexto con tantas necesidades, y a la vez tantas carencias. La situación de refugio influye, directa o indirectamente, en múltiples aspectos de la vida saharai, creando condiciones que terminan repercutiendo negativamente en la salud de esta comunidad.

Por un lado, nos encontramos una notable falta de recursos, hecho que impide desarrollar plenamente una buena calidad de vida y crear los estilos de vida idóneos para promover la salud y prevenir la enfermedad. No obstante, si se dispusiera de unas buenas condiciones, se podrían evitar algunos de los principales factores de riesgo de enfermedades como la HTA, tales como el sedentarismo o la falta de una dieta saludable. Entre estas carencias tienen un peso importante las relacionadas con la alimentación, la falta de verduras y fruta fresca es un hecho alarmantemente frecuente en el común de las dietas de las familias saharais, calculándose que solo el 5% de la comunidad tiene acceso a alimentos frescos.

Por otro lado, es necesario un sistema de gestión eficaz que sea capaz de afrontar las carencias del sistema para poder suplir las limitaciones existentes. Mejorar la distribución de recursos permitiría a la población que lo necesite disponer del tratamiento farmacológico oportuno, factor relevante para lograr el control de la HTA, y que llega a ser imprescindible en aquellos pacientes que no logran controlar su enfermedad por otros medios no farmacológicos.

Desgraciadamente, en la práctica no es raro encontrar en los campamentos de refugiados pacientes con cifras de presión arterial muy altas que, o bien no están con tratamiento farmacológico, o simplemente toman medicación de urgencia de manera puntual, lo que en ningún caso contribuye a controlar la enfermedad. Esta situación tiene lugar por la falta de abastecimiento de medicación específica para el tratamiento crónico de la HTA que se viene produciendo de manera recurrente en los campamentos y, en caso de disponer del mismo en determinadas ocasiones, su duración es tan indeterminada que no permite seguir un tratamiento adecuado, y ni mucho menos abastecer a toda la población necesaria.

## **5.- DISCUSIÓN. PROPUESTAS Y ESTRATEGIAS DE MEJORA.**

En este apartado trataremos las estrategias que el Sistema de Salud Saharaui desarrolla en materia de enfermedades crónicas para dar respuesta a las necesidades de salud que hemos abordado en el apartado anterior. También desarrollaremos con mayor profundidad la perspectiva de género en la salud, tanto la influencia del género en el desarrollo de determinadas enfermedades como el papel fundamental que juegan las mujeres saharauis en la salud de su comunidad.

### **5.1.- SISTEMA SANITARIO.**

#### **5.1.1.- ORGANIZACIÓN GENERAL.**

El actual Sistema de Salud Saharaui tiene sus orígenes en los Comités de Salud que se formaron por iniciativa popular en los inicios del refugio saharauí en tierras argelinas. Posteriormente los gobiernos de Cuba y Argelia ayudaron a impulsarlo aportando asesoramiento y recursos, tanto humanos como materiales, con los que dar respuesta a las necesidades sanitarias. Hoy en día estas colaboraciones gubernamentales siguen siendo notables, y un ejemplo son las brigadas médicas cubanas que en la actualidad siguen acudiendo y prestando servicio en los campamentos.

El Sistema Sanitario Saharaui que nos encontramos actualmente está altamente centralizado y depende mayoritariamente de la financiación de la ayuda humanitaria internacional, en la que participan múltiples y diversos actores. Este hecho exige que se mantenga aún más un alto nivel de colaboración, transparencia y rendición de cuentas entre los diferentes actores.

En cuanto a su organización, sigue un modelo clásico estructurada en tres niveles de atención (primer nivel en dispensarios, segundo nivel en hospitales regionales y tercer nivel en el Hospital Nacional de Rabuni) que, si bien están integrados dentro del Ministerio de Salud Pública, necesitarían mayor coordinación en materia de información y gestión para crear una verdadera red integrada del sistema de salud.

Para la gestión sanitaria el Ministerio de Salud del RASD elabora desde 2006 el Plan Estratégico de Salud (PES), que actualiza cada cinco años, estando actualmente en vigor su 3ª edición (2016-2020). En el PES se recoge la realidad sanitaria en los campamentos

en el momento de su actualización, los elementos de trabajo propuestos hasta la siguiente edición y la declaración de intenciones para el próximo lustro <sup>(7, 8)</sup>.

Si bien es cierto que el Sistema Sanitario Saharaui ha tenido una gran transformación a lo largo de los años hasta llegar a la situación actual, es necesario que este proceso de mejora continúe y se siga avanzando. Especialmente hay algunos sectores clave que necesitan ser impulsados para garantizar la coordinación y el mantenimiento del sistema, como es la importancia de desarrollar plenamente un sistema de registro y recogida de datos epidemiológicos y asistenciales. Por un lado, disponer de un buen sistema de información permite conocer con exactitud la situación de salud de la población, calcular los recursos necesarios y poder hacer una gestión más eficaz de los mismos. Por otro lado, garantizar un fácil acceso a la historia clínica de cada paciente resulta fundamental para un correcto seguimiento de su salud, tanto en los distintos ingresos hospitalarios que este paciente pueda tener a lo largo de su vida, como en el seguimiento de su salud a nivel comunitario, en el dispensario.

También es importante que desde el Sistema Sanitario se siga impulsando y se refuerce el trabajo de concienciación y educación sanitaria a la población. Este sector, fundamental en todas las comunidades para concienciar a la sociedad, crear cultura en salud y desmitificar creencias las falsas que tan dañinas son para la salud colectiva e individual; resulta aún más imprescindible en contextos con recursos extremadamente limitados, como los Campamentos de Refugiados Saharaui. Una buena educación para la salud es una de las mejores herramientas de prevención y de control sanitario, con ella no solo se puede mejorar notablemente la salud de la población, también se consigue un mejor uso y una reducción del consumo de recursos sanitarios, que son aún si cabe más valiosos cuanto más limitados son.

#### 5.1.2.- PERSONAL SANITARIO.

En la década de 1990 se incorporaron al Sistema Sanitario personal saharai cualificado (médicos, enfermeras y técnicos), lo que permitió un mayor desarrollo del sistema y una mejora en la capacidad asistencial. En la actualidad el trabajo de los sanitarios es remunerado con incentivos, ya que por su baja cuantía no pueden considerarse sueldos, con la financiación de la ayuda humanitaria internacional. Las remuneraciones económicas oscilan entre el máximo de 176 €/mes que recibe un médico y el mínimo de 9 €/mes que recibe una agente comunitaria, en términos intermedios están los 58 €/mes

que recibe una enfermera, los 48 €/mes de una matrona o los 24 €/mes de una auxiliar de enfermería <sup>(9)</sup> .

La falta de personal es uno de los principales retos a los que se enfrenta el Sistema Sanitario para mantenerse y satisfacer las demandas de salud de la población. Los profesionales de la salud son muy valorados en los campamentos, aunque las duras condiciones laborales y la falta de un reconocimiento real y completo del trabajo realizado, que se base menos en la presencialidad y más en el rendimiento laboral, impulsa a los sanitarios a buscar otras alternativas profesionales. Frenar la emigración del personal sanitario hacia Argelia, España u otros países del entorno, o su fuga desde el sistema saharauí público al creciente sistema privado de los campamentos, en aumento en los últimos años, es uno de los objetivos prioritarios <sup>(8)</sup>.

Por otro lado, no podemos olvidar el problema que supone la carencia de profesionales sanitarios en el diagnóstico, control y correcto tratamiento de las enfermedades crónicas como la HTA. La falta de salidas profesionales, de una remuneración laboral adecuada que permita satisfacer plenamente las necesidades vitales, y la inexistencia de un sistema de carrera profesional son algunos de los condicionantes a los que se enfrentan los trabajadores del Sistema de Salud Saharauí, que además en numerosas ocasiones tienen que hacer importantes esfuerzos para mantener un sistema sanitario con muchas infraestructuras precarias, insuficiente equipamiento y limitado en medicamentos, en definitiva, un sistema que difícilmente resulta eficiente.

Para poner fin a la falta de personal cualificado se deben considerar opciones de mejora profesional y evitar la fuga de cerebros fuera de los campamentos. Una de las principales estrategias es mejorar la formación continua de los profesionales, asegurando que los programas ofertados estén estandarizados, respondan a criterios suficientes de calidad y se adecúen a las necesidades laborales <sup>(20)</sup>. También se debe hacer un esfuerzo por mejorar el pago de incentivos, valorar su cuantía según las categorías profesionales y el desempeño que dedica cada profesional a su trabajo; no obstante, este punto es más complejo de gestionar debido a que para financiar dichos incentivos se depende económicamente de una ayuda internacional que se ha ido reduciendo en los últimos años <sup>(8)</sup>.

### 5.1.3.- INFORMACION EPIDEMIOLOGICA Y ASISTENCIAL.

Como ya hemos mencionado, una de las dificultades que encontramos para la gestión de la asistencia humanitaria en los campamentos es la falta de datos poblacionales fiables que ayuden a desarrollar una cartera de servicios asistenciales y unos ratios de salud. La información clínica que se suele recoger de los pacientes es precaria o inexistente, a nivel de atención primaria por no existir una herramienta consolidada para la recogida de datos y el seguimiento de los pacientes y, en caso de existir, se encuentra dividida en programas asistenciales y con gran variabilidad en su recogida entre los diferentes dispensarios sin permitir un análisis periódico adecuado. En el caso de la atención hospitalaria las historias clínicas de las personas ingresadas están incompletas y el sistema de archivo existente las hace difícilmente recuperables tras el alta del paciente <sup>(7)</sup>.

Sin embargo, tenemos razones para ser optimistas ya que desde 2012 el Departamento de Estadística de Asistencia Médica está desarrollando un sistema de recogida y gestión de la información de salud de la población a través del conocido como Sistema de Información de Salud (SIS). En 2014 comenzó a implantarse el SIS en los hospitales nacionales y regionales, y en los dispensarios. En 2018 el SIS ya analizaba 86 indicadores de salud, 36 de los cuales se actualizan anualmente. Además, se está impulsando un sistema de control epidemiológico semanal gestionado a través de la oficina de admisión de cada hospital regional, quien posteriormente recopila y envía la información recogida al Ministerio, donde se analiza y se somete a un control de calidad. Desde sus inicios el SIS ha sido diseñado teniendo en cuenta la disgregación por sexos para el análisis de la información, sin embargo se carece de datos disgregados en otros indicadores, como es el caso de la información relativa a las personas con enfermedades crónicas (HTA, diabetes), camino por el que se debe seguir avanzando <sup>(9)</sup>.

Por el momento la información epidemiológica disponible nos permite estimar la situación de salud poblacional, pero no conocer las cifras exactas de prevalencia de las distintas enfermedades y de otros factores condicionantes de la salud, hecho que nos obliga a ser prudentes a la hora de analizar los datos <sup>(8)</sup>. Sin embargo poco a poco se va avanzando en esta materia, el perfeccionamiento y la adecuación del SIS es una de las principales líneas de mejora en las que trabaja el Ministerio de Salud Pública Saharai, en colaboración con Médicos del Mundo, para los próximos años <sup>(7, 8)</sup>.

El desarrollo de los sistemas de información puede contribuir a mejorar la gestión sanitaria desde múltiples aspectos, siendo ya varias las líneas de trabajo que actualmente caminan en esta dirección . Entre los principales avances que se pretende alcanzar en un corto-medio plazo se encuentran los relacionados con la recogida de datos epidemiológicos, como es el desarrollo de los distintos programas de salud y la estandarización de la recogida de datos entre los diferentes centros asistenciales, lo que permite unificar criterios y realizar un posterior análisis más acertado; también seguir incrementando el número de indicadores de salud que son evaluados, de esta manera se pretende disgregar aún más los datos según los diferentes perfiles epidemiológicos, como es el caso de las personas con enfermedades crónicas.

Por otro lado, la recogida y organización de los datos de forma más eficiente también puede contribuir a mejorar el sistema de retribución de los trabajadores sanitarios. Disponer de un registro del número de profesionales con los que cuenta el sistema, clasificados por categorías y contabilizando las funciones y tiempo de dedicación de cada persona, ayuda tanto a mejorar la gestión de los recursos humanos, evitando la duplicidad de funciones, como a la satisfacción y motivación de los propios trabajadores, quienes ven una retribución más justa respecto a la labor realizada.

#### 5.1.4.- GENERO Y SALUD.

Uno de los avances que el Ministerio de Salud Pública está impulsando con más fuerza en los últimos años es su voluntad expresa de incorporar el enfoque de género en el Sistema Sanitario Saharaui. El primer paso dado en esta dirección ha sido introducir en el PES actual de 2016-2020 la perspectiva de género en la gestión sanitaria saharai, su objetivo es orientar mejor las políticas de salud a las necesidades de la población y lograr de esta manera una mayor equidad social. El siguiente hito alcanzado en materia de equidad de género ha sido la elaboración del Plan de Acción de Género y Salud 2018-2020, documento que aporta el marco normativo, teórico e instrumental para justificar las líneas de acción de la perspectiva de género en salud, y que en definitiva es un paso más cerca de poder materializar estas intenciones en cambios reales.

En la búsqueda de la equidad primero tenemos que conocer la realidad en la que nos encontramos. Las mujeres y los hombres tenemos el mismo derecho al desarrollo de nuestra salud, y en muchas ocasiones nos vemos afectados por problemas de salud similares. Sin embargo, nuestros perfiles epidemiológicos tienden a ser diferentes y a



estar condicionados por diversos determinantes que, directa o indirectamente, terminan afectando a nuestra salud. Tanto los factores biológicos (genéticos, fisiológicos, etc.) como los culturales y sociales, asociados a los roles y estereotipos de cada cultura, condicionan la capacidad de acceso a los servicios y recursos y/o de tomar decisiones sobre la propia salud, siendo fuentes de desigualdad que necesitan ser reconocidos como tal por las políticas sanitarias para garantizar el derecho a la salud <sup>(9)</sup>.

Para lograr cambios reales se necesita un compromiso político firme que sea capaz de adoptar medidas concretas que transformen las desigualdades. Una de las líneas más directas en las que trabajar es con los propios profesionales sanitarios, por un lado creando conciencia y sensibilidad de género en los trabajadores, fortaleciendo sus conocimientos en la materia para que puedan aplicarlos en su día a día asistencial; y por otro, analizando el papel de la mujer como profesional de la salud en las propias instituciones sanitarias.

La distribución de la responsabilidad y el poder en el sector sanitario saharauí actual es claramente desigual. Pese a que las mujeres constituyen la parte mayoritaria de los trabajadores de salud (son el 59,8% del personal), su capacidad de influencia en la política sanitaria y en la toma de decisiones es menor debido a que ellos tienen mayor acceso a los puestos de representación y responsabilidad en el gobierno, ministerios y organizaciones sociales, mientras que ellas se concentran en niveles intermedios y comunitarios. Se produce el fenómeno llamado “pirámide de género” en el que las mujeres predominan en la base del sistema pero están subrepresentadas en la cúspide, en los niveles de toma de decisiones.

En el PES 2016-2020 se hace referencia a una ley de cuotas creada recientemente según la cual el 30% de las personas en puestos de decisión política deben ser mujeres. Este hecho, pese a tratarse de un avance, no deja de estar alejado de las medidas que serían óptimas para alcanzar la equidad. La situación se repite si miramos por las retribuciones económicas, de forma que los mayores incentivos profesionales corresponden a las categorías mayoritariamente masculinas, mientras que los menores se corresponden con los perfiles que concentran mayor número de mujeres <sup>(9)</sup>.

Por último, no debemos olvidar el papel fundamental que juegan las mujeres en la salud de la comunidad fuera de los perfiles profesionales. Las mujeres son las mayores generadoras de promoción y prevención de salud. Un claro ejemplo son las promotoras

de salud que trabajan con la Unión Nacional de Mujeres y gracias a ellas se ha extendido la educación para la salud en la población saharauí. Las mujeres son también las principales proveedoras de cuidados en el ámbito familiar, circunstancia que está íntimamente relacionada con el rol social que clásicamente se les ha sado ha la población femenina y que muy frecuentemente suele conllevar sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, dificultades de conciliación profesional y personal, entre otros problemas. Además, no es raro que la duración prolongada en estas condiciones termine produciendo un acusado desgaste físico y emocional, con graves repercusiones para la salud como una mayor propensión a las enfermedades crónicas y, en caso de padecerlas, mayores dificultades para controlarlas <sup>(8, 9)</sup>.

## **6.- CONCLUSIONES.**

Hemos analizado la situación de los Campamentos de Refugiados Saharauís de Tinduf y su repercusión sobre la salud de sus habitantes y a continuación expondremos las conclusiones que hemos alcanzado. También aportaremos nuestra visión personal de los temas tratados tras nuestra experiencia en los campamentos con motivo de las Prácticas Externas de este Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria (MUAHS), en las que pudimos vivir en primera persona el gran esfuerzo que se realiza en los campamentos para proporcionar una cobertura sanitaria digna.

El conflicto y el posterior refugio han cambiado forzosamente las condiciones de vida del pueblo saharauí. Las formas de vida tradicionales de gran actividad, ganaderos nómadas o agricultores, se han transformado en vidas demasiado sedentarias, sumidas en una espera que dura ya demasiado tiempo con la esperanza puesta en un futuro que es incierto.

Las formas actuales de vida en los campamentos, que ya no podemos considerar tan “nuevas” porque el bloqueo dura ya más de cuarenta años, repercuten en la vida saharauí en todos los sentidos, uno de ellos es sin duda la salud. La falta de medios y de financiación son las principales causas de base de gran parte de las dificultades que nos podemos encontrar en el terreno, pero también las condiciones adversas del entorno, que comprometen los medios del vida que allí se puedan desarrollar. En otras palabras, si no hay recursos, no hay sustento ni capacidad para desarrollar una vida plena, y en estas condiciones se puede intentar subsistir durante un corto periodo de tiempo pero, si la

situación se alarga demasiado como es el caso, los problemas agudos se agravan y aparecen nuevos problemas crónicos.

Un claro reflejo de las consecuencias de la larga duración del conflicto es el aumento de las enfermedades crónicas, en especial diabetes e HTA, que se está detectando en los campamentos últimos años. Este incremento está estrechamente ligado a las condiciones de vida impuestas por el refugio, marcadas por las carencias nutricionales de una dieta de subsistencia suministrada por una ayuda internacional cada vez más limitada y por la falta de unas condiciones apropiadas que favorezcan una vida activa, alejada del sedentarismo incentivado por la falta de oportunidades.

A todo esto hay que añadir que el abordaje de las enfermedades crónicas se complica por las limitaciones de los recursos disponibles para su correcto control y seguimiento, y por las carencias de un sistema de registro de información de los enfermos crónicos, que aún se encuentra en desarrollo. Como consecuencia, por el momento la recogida de datos no se realiza de manera totalmente unificada en todos los centros sanitarios, y en ocasiones incluso no se dispone de los mismos. Sin embargo, en los últimos años se están haciendo esfuerzos por impulsar estos registros, tanto de los datos epidemiológicos como de los que corresponden a los controles rutinarios de los pacientes crónicos. Estos últimos a su vez se están mejorando gracias al trabajo realizado por los equipos de atención primaria, quienes conciencian a la población de la importancia de un buen control y seguimiento de las enfermedades crónicas para mejorar su salud.

En esta situación el sistema sanitario se enfrenta a diario a las duras condiciones del refugio. En su precario estado tiene que solventar muchas dificultades entre las que destacan la falta de profesionales de la salud y el desabastecimiento frecuente de medicamentos, muchas veces insuficientes para cubrir los tratamientos de algunas de las enfermedades más prevalentes.

Entre los esfuerzos puestos en marcha por las instituciones para solventar la compleja situación se encuentran los avances destinados a mejorar la satisfacción de los profesionales sanitarios. Una de las medidas más destacadas es la promoción de unos incentivos económicos más justos que respondan más equitativamente al trabajo realizado por los profesionales, aunque tenemos que tener en cuenta que hoy en día aún difícilmente podrán llegar a constituir un sueldo completo. El principal factor que impide

garantizar una mayor remuneración a los profesionales de la salud radica en la falta de solvencia económica, que a su vez es dependiente de la financiación de la ayuda humanitaria, desgraciadamente cada vez más limitada. Además, otro factor condicionante es que los trabajos realizados en el sector sanitario en los campamentos son de carácter voluntario y con una dedicación a tiempo parcial, lo que limita aún más la posibilidad de obtener una remuneración más satisfactoria con la que poder sustentarse.

Otra de las medidas puestas en marcha en los campamentos para reforzar el frágil sistema sanitario e intentar paliar la carencias crónicas de personal es la puesta en marcha de las Comisiones Sanitarias, que son proyectos asistenciales de distintas especialidades realizados por organizaciones internacionales a lo largo del año en el terreno. Su planificación está claramente reflejada en el calendario del Ministerio de Salud Pública Saharaui y su llegada es esperada con gran interés por la población, que suele acudir con bastante afluencia a las consultas de las comisiones.

Durante nuestra estancia en los campamentos pudimos coincidir con una de las comisiones de enfermedades crónicas de Médicos del Mundo, con la que tuvimos la oportunidad de conocer de primera mano la inmensa labor que realizan los voluntarios que participan en ellas, y adentrarnos un poco más en esta parte fundamental de la Sanidad Saharaui. Con ellos pudimos hacernos una idea de las dificultades con las que se encuentran habitualmente los equipos de atención primaria de los dispensarios saharauis para controlar en este medio enfermedades como la HTA y la diabetes. A la ausencia de suficiente personal cualificado que pueda realizar controles periódicos a los enfermos crónicos, se suma el infradiagnóstico y la carencia de la medicación necesaria para seguir los tratamientos. Así, algunos pacientes que acudieron a las consultas atendidas por la comisión presentaban cifras muy altas de presión arterial pero no tenían diagnóstico previo de HTA ni registros anteriores de constantes.

Otro aspecto que es importante destacar respecto al control de las enfermedades crónicas es la necesidad de fomentar la educación para la salud. En nuestra estancia personalmente me sorprendió que un número de pacientes, sinceramente mayor al que esperaba, se negara a tomar el tratamiento por miedo a los posibles efectos adversos, cuando en realidad estos efectos perjudiciales son los propios de un mal control de la enfermedad o, en tal caso, a un mal uso del fármaco, pero no son frecuentes en el

tratamiento y dosis habituales. Estas reticencias a la medicación se daban especialmente en el caso de pacientes diabéticos en tratamiento con insulina donde, además de lo comentado, se suma la aversión a los pinchazos necesarios para administrar esta medicación.

Además, los factores culturales también tienen influencia en la salud. En relación con la toma del té, al que se le añade gran cantidad de azúcares simples, cuesta mucho concienciar a la población para limitar su consumo, hecho que es especialmente importante en pacientes diabéticos. Por otro lado, respecto al prototipo de belleza femenina, basada en la ganancia excesiva de peso y en la obesidad, se debe abordar desde dos puntos de vista. El primero, desde la perspectiva de la salud, para evitar situaciones extremas y medidas de riesgo, como la toma de corticoides para ganar más peso; y el segundo desde el fomento de la igualdad de género, con iniciativas que impulsen el valor de la mujer y se alejen de los ideales y estereotipos discriminatorios. Poco a poco se van dando pasos para alcanzar en la equidad de género, pero el camino es largo y se debe ser precavido para no retroceder en los avances ya logrados.

Las desigualdades entre hombres y mujeres también son notables, directa e indirectamente, en la salud. Las diferencias se ven claramente a nivel social en el rol que históricamente se ha dado a la mujer, cuidadora de todos pero nadie que cuide de ella, que termina generando un desgaste físico y psíquico que repercute negativamente en la salud e incrementa el riesgo de las mujeres de padecer determinadas enfermedades. Por lo tanto, cambiar estos roles, haciéndolos más igualitarios y participativos, ayudaría tanto a lograr una sociedad más justa como a mejorar notablemente la salud individual y colectiva de la comunidad.

A nivel profesional también se van haciendo pequeños avances en igualdad de género. Desde el Sistema Sanitario Saharai se ha impulsado, primero con el PES 2016-2020 y luego desarrollando un documento independiente, el Plan de Género y Salud 2018-2020, una iniciativa con la se quiere fomentar el papel de las profesionales sanitarias en los puestos de alta responsabilidad y toma de decisiones del sistema. Con estos documentos se pretende hacer una declaración de las intenciones que tienen las instituciones para avanzar hacia la equidad en salud entre hombres y mujeres, trabajando para ello tanto desde la perspectiva institucional como desde la comunitaria.

Sin duda, los cambios institucionales son solo el inicio de todos los avances que se deben alcanzar para conseguir la igualdad real, ya que el verdadero cambio se logrará cuando la igualdad llegue a las partes más íntimas de la sociedad. No por ello se debe restar importancia a estos primeros pasos que marcan la senda a seguir, el inicio de una sociedad internamente más justa pese a vivir externamente atrapada en una realidad injusta.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Bárbulo T. La historia prohibida del Sahara Español. Barcelona: Ediciones Península; 2017.
2. ECHO. Forgotten crisis assessment. ECHO;2015. [acceso el 4 de febrero de 2020]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/forgotten\\_crisis\\_assessment.pdf](http://ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/forgotten_crisis_assessment.pdf)
3. AECID. Memoria humanitaria 2016-2017. Contexto de intervención: población saharauí refugiada. AECID; 2017. [acceso el 4 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Memoria%202016-17\\_CRS%20+%20informe%20resultados%202014-15.pdf](https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Memoria%202016-17_CRS%20+%20informe%20resultados%202014-15.pdf)
4. AECID. Memoria de actuación 2015. Campamentos de población refugiada saharauí. AECID; 2015. [acceso el 4 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Acción%20Humanitaria/04.%20Cap%C3%ADulo%20geográfico.%20Sáhara%20Memorias%202015%20marzo%202017%20final.pdf>
5. Campos D., Díaz-Meco A.M. Experiencia en los campamentos de refugiados saharauíes: perspectiva cultural de la salud. Index de Enfermería [revista en internet] 2016 [acceso el 5 de febrero de 2020]; 25 (3). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/monografico4.pdf>
6. UNHCR. Saharawi Refugees in Tindouf, Algeria: Total In-Camp Population. UNHCR; 2018 [acceso el 4 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://www.usc.gal/export9/sites/webinstitucional/gl/institutos/ceso/descargas/UNHCR\\_Tindouf-Total-In-Camp-Population\\_March-2018.pdf](https://www.usc.gal/export9/sites/webinstitucional/gl/institutos/ceso/descargas/UNHCR_Tindouf-Total-In-Camp-Population_March-2018.pdf)
7. Médicos del Mundo. Documento “briefing general” (Campamentos de población saharauí refugiada).

8. Ministerio de Salud Pública Saharaui. Plan Estratégico de Salud 2016/20. MSP; 2015. [acceso el 3 de febrero de 2020]. Disponible en:  
[https://msprasd.org/archivos\\_subidos/Plan\\_Estrategico\\_de\\_Salud\\_Saharaui\\_2016-20.pdf](https://msprasd.org/archivos_subidos/Plan_Estrategico_de_Salud_Saharaui_2016-20.pdf)
9. Ministerio de Salud Pública Saharaui. Plan de Género y Salud 2018-2020. MSP; 2018. [acceso el 7 de febrero de 2020]. Disponible en:  
[https://msprasd.org/archivos\\_subidos/pgs\\_2018\\_2020\\_es.pdf](https://msprasd.org/archivos_subidos/pgs_2018_2020_es.pdf)
10. AECID. Estrategia humanitario 2018-2019: Población refugiada saharauí. AECID; 2018. [acceso el 20 de noviembre de 2019]. Disponible en:  
[https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Acción%20Humanitaria/180309\\_estrategia\\_Humanitaria\\_REFUGIADA\\_SAHARAUI.pdf](https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Acción%20Humanitaria/180309_estrategia_Humanitaria_REFUGIADA_SAHARAUI.pdf)
11. García López S. Vivir en el Sahara: adaptación del hombre a la adversidad de un cambio climático. Ediuno: Ediciones de la Universidad de Oviedo, 2005: 98-105.
12. Campos A., Carretero P. La adaptación de la atención sanitaria a las condiciones socioculturales y económicas: El tratamiento de la diabetes en los campamentos de refugiados. Index de Enfermería [revista en internet] 2016 [acceso el 5 de febrero de 2020];25 (3). Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/monografico6.pdf>
13. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes de la FID. Bruselas: IDF.org, 2013 (6º ed.):105-114.
14. Castellano N. Los refugiados saharauis olvidados en el desierto argelino. Podcast:25/02/2015-20:26. CadenaSER.; 2015 [acceso el 7 de febrero de 2020];25 (3). Disponible en:  
[https://cadenaser.com/ser/2015/02/25/sociedad/1424890959\\_934950.html](https://cadenaser.com/ser/2015/02/25/sociedad/1424890959_934950.html)
15. Barikmo I., Kirkerud E. Series of Norwegian nutrition studies in the refugee camps. The Norwegian Support Committee for Western Sahara. Archive 2011. [acceso el 7 de febrero de 2020];25 (3). Disponible en:  
<http://www.vestsahara.no/a123x1699>
16. Farreras Valentí P, Rozman C. Farreras-Rozman: Medicina Interna. Barcelona: Elsevier España, 2012 (17º ed.).
17. Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC).

Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2013;66(11):880.e1-e64. Disponible en [http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90249392&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pdf001.pdf](http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pdf001.pdf)

18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de España. Principales datos del Sistema nacional de salud; 2019 [acceso el 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS\\_SNS\\_A4\\_032019.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_A4_032019.pdf)
19. Ministerio de Salud Pública de la RASD. Guía para la Atención Primaria Saharaui.
20. Carretero P., Campos A. Un pueblo sometido a la hipertensión arterial [revista en internet] 2016 [acceso el 20 de noviembre de 2019]; 25 (3). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/monografico4.pdf>  
<http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/monografico7.pdf>

### **AGRADECIMIENTOS:**

Durante parte de la elaboración de este trabajo hemos vivido el desarrollo de la pandemia del COVID-19, una emergencia sanitaria mundial que por primera vez ha puesto la salud por delante de todas las demás prioridades del mundo globalizado. Esta situación nos ha tocado de cerca, para muchos muy de cerca, y en la sociedad ha despertado la gratitud por una sanidad que está, pero que siempre ha estado, dando lo mejor de si. Espero que en la vuelta a nuestra “normalidad” no olvidemos las lecciones que esta terrible situación nos ha enseñado, y sigamos defendiendo la importancia plena de una sanidad pública, universal y de calidad.

Es inevitable hacer una comparativa entre la situación que vivimos con esta pandemia en los países industrializados a la que viven en las zonas del mundo con menos recursos si, tal y como hemos visto en este trabajo, los recursos son insuficientes incluso para la asistencia básica diaria. Además, también cabe pensar en la hipocresía en la que vivimos desde las grandes potencias económicas, creyéndonos resistentes ante cualquier imprevisto y considerándonos ajenos a los problemas que muchas veces nos esforzamos



por distanciar. Claro ejemplo de ello son las epidemias de las que apenas se habla en los medios y para las que no se investiga rápidamente un tratamiento.

Desgraciadamente estas partes del mundo más desfavorecidas son las que más se van a ver perjudicadas, por un lado por la enfermedad, que afectará en mayor o menor medida según el territorio, y por otro lado a nivel económico. La pandemia mundial hundirá el frágil sistema económico estos países, y la ayuda humanitaria internacional, de la que dependen muchos de ellos, muy posiblemente disminuya drásticamente al verse arrastrada por la crisis económica mundial que se avecina.

Por esta razón me gustaría dedicar estas últimas líneas del trabajo para agradecer a todas aquellas personas que trabajan día a día para defender la dignidad de todo ser humano asistiendo a las necesidades más fundamentales, han sido un ejemplo y una motivación para estudiar este Máster, e indirectamente una fuente de inspiración para este TFM.