



# NI GUERRA NI PAZ

اللا حرب و اللا سلم

Desarrollo en el refugio  
Esperanza y desafíos  
de la cooperación con el Sahara

*Carlos Martín Beristain*  
*Itziar Lozano Urbieta*



INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
NAZIOARTEKO LANKIDETZA ETA GARAPENARI BURUZKO IKASKETA INSTITUTUA  
UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO - EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA



NI GUERRA NI PAZ

اللا حرب و اللا سلم

Desarrollo en el refugio  
Esperanza y desafíos  
de la cooperación con el Sahara

*Carlos Martín Beristain  
Itziar Lozano Urbietta*



INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
NAZIOARTEKO LANKIDETZA ETA GARAPENARI BURUZKO IKASKETA INSTITUTUOA  
UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO - EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA



INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
NAZIOARTEKO LANKIDETZA ETA GARAPENARI BURUZKO IKASKETA INSTITUTOA  
UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO - EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA

© HEGOA

Edita: HEGOA

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Avda. Lehendakari Agirre, 83 • 48015 Bilbao

Tfno.: 94 601 70 91 • Fax: 94 601 70 40


E-mail: [hegoa@bs.ehu.es](mailto:hegoa@bs.ehu.es)

[www.ehu.es/hegoa](http://www.ehu.es/hegoa)

Diseño y maquetación: Marra Publicidad

Imprime: Berekintza, S.L.

Depósito Legal:



Sahara significa también oasis, solidaridad, encuentros. Viajes entre diferentes puntos conocidos y amados, sea en búsqueda de agua reconfortante, sea por los pastos verdientes. Sahara balizado por voces milenarias por *ued* rugientes o deseados, por árboles históricos. Sahara mapa viviente en las memorias de cada nómada. Sahara, años, temporadas de fiestas, de arena florecida y fértil. Sahara, años, temporadas de arena rojiza, estéril.

Sahara, historia de libertad. Historia de muerte para proteger la vida. Paradoja sin saldo de una palabra al mismo tiempo tan vacía y tan llena que aviva los extremos de todos los sentimientos.

(C. Perregaux)



# Índice

Presentación • Aurkezpena	7
<b>I. Situación actual y perspectivas de la cooperación en los campamentos saharauis</b>	11
1. Contexto actual en los campamentos saharauis	13
2. Evolución de la cooperación en los campamentos saharauis	14
3. Perspectivas de la cooperación en un futuro incierto	14
4. Diferenciación y activación social: los cambios en la sociedad saharai	16
5. Escenarios en la sociedad saharai	18
6. Retos para la nueva etapa	20
7. Salud mental y derechos humanos	22
8. Evolución del marco cultural y de la situación de las mujeres saharauis	23
9. Contexto socioeconómico de los campamentos	28

<b>II. Implicaciones para la cooperación</b>	37
1. Fortalecer las capacidades locales	40
La necesaria coordinación	40
Equipamiento en los campamentos saharauis	43
Fortalecer el apoyo al personal local	44
2. La cooperación en el campo de la salud	48
Las prioridades de salud	48
Refuerzo del sistema de Atención Primaria	55
Desarrollar un enfoque comunitario	56
Implicaciones para la salud maternoinfantil	58
Hacia un plan de salud	63
3. El apoyo a las mujeres saharauis	65
Retos y alternativas para la estrategia de la UNMS	65
<b>Recomendaciones generales</b>	73
Cooperación en salud y apoyo a las mujeres saharauis	75



# Presentación

El refugio es una mitad de camino hacia ninguna parte que dura ya 27 años en el caso del Sahara. Este informe recoge una valoración de los problemas y desafíos de la sociedad saharauí en el exilio, basada en una evaluación del trabajo de cooperación con los campamentos de población refugiada saharauí a partir de los proyectos llevados a cabo por la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD<sup>1</sup> con el apoyo del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz entre 1997-2002<sup>2</sup>.

Además de una valoración concreta de dichos proyectos, la evaluación fue también una oportunidad de adentrarse en la vida de la gente, conocer sus necesidades y su cultura, tratar de comprender su situación e identificar algunos problemas y posibles soluciones.

El informe está estructurado en dos grandes partes. En la primera parte se incluye la información sobre la situación actual de los refugiados y refugiadas saharauís y las perspectivas de cooperación en un contexto aún incierto respecto a las salidas políticas al conflicto. En la segunda se hace un análisis de las implicaciones prácticas para la cooperación en general, y especialmente en el campo de la salud y apoyo a la organización de las mujeres. Por último se incluyen algunas recomendaciones para la cooperación en el futuro.

En las próximas páginas se habla de desafíos sociales, de soluciones al conflicto, de tendencias políticas, de organizaciones humanitarias, de las formas de la cooperación, etc. Pero sobre todo se trata de reconocer la actitud de afirmación colectiva de la población saharauí y su capacidad de resistencia en medio de unas con-

---

<sup>1</sup> República Árabe Saharaui Democrática

<sup>2</sup> La valoración específica de dichos proyectos puede verse en el referido Informe de Evaluación. Los criterios de evaluación de los proyectos se encuentran recogidos en varios cuadros incluidos en la segunda parte de este informe.

diciones muy difíciles. Este informe es también una muestra de reconocimiento y apoyo a la población refugiada.

Este libro, pues, es el resultado de un trabajo en el marco de una evaluación del Convenio de cooperación entre el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava. Este informe incluye los programas Quirúrgico, Radio y Medios de Comunicación, Escuela de Enfermería y Unión Nacional de Mujeres Saharaui, encargado por el Servicio de Cooperación al Desarrollo del citado Ayuntamiento a Hegoa. Agradecemos al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y a la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Vitoria-Gasteiz por el apoyo y colaboración prestado tanto en la evaluación como en la publicación del mismo.

# Aurkezpena

Errefuxiatuen aterpea, 27 urtekoa honezkero Saharan, norabiderik ez duen erdibea baino ez da. Saharako gizarteak erbestean errefuxiatu bizi dituen arazo eta erronken bilduma dugu txosten hau eta zehatzago bertan egindako lanaren ebaluapena. RASDren<sup>1</sup> aldeko lagunen elkarrean eraginez eta Vitoria-Gasteizeko udalaren 1997-2002ko urteetako laguntzaz baliaturik, kanpamentuetan babesean bizi diren saharauiekin lankidetzan egindakoa azaltzen da<sup>2</sup>.

Baina proiektuen ebaluapen zehatza baino zerbait gehiago lortu dugu. Bertako jendearen bizimodua ezagutzeko aukera izan da, bertakoen premia eta kulturaren ezagupidea ere badugu eta bertako egoera eta zenbait arazoentzat soluziobideak aukitzeko grina ere agertzen saituko gara.

Txostena bi zati dederdin ditu: lehenak, errefuziatu saharaiuen egoerari buruz, informazioa biltzen du. Hari horretan, gatazkaren kontextuan, lankidetzaren programen etorkizuna aztertzen da. Bigarren zatia, koperazioaren erakundetzan, osasunaren arloan eta emakumeen erakundearen laguntzarako lankidetzaren programen antolamendua, aurrerantzean nola garatu eta hobetu erakusten du.

Ondoko orrialdeetan gai hauek jorratzen dira: Gatazkaren soluziobidea, gizarteko erronka sozialak, giza laguntzarako elkarrean lana, lankidetzaren era desberdinak eta abar. Baina batez ere, saharai herriak, duen nortasun kolektiboa azpimarratzen da eta orain arte erakutsi duen, oztopoak oztopo, erresistentziarako gaitasuna agiri da, argi eta garbi. Azkenik, txosten honek, bertako errefuxiatuen populazioaren aldeko onespina agertu nahi du, euren arazoaren eza-gutzaren bidez.

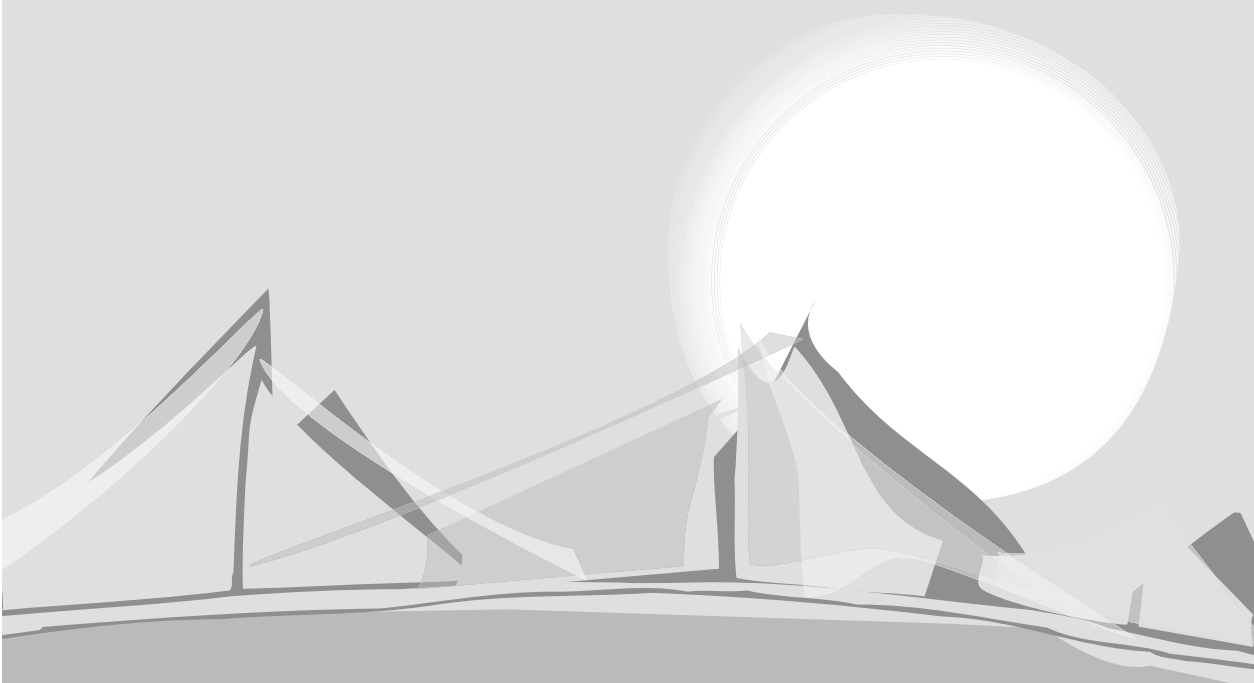
---

<sup>1</sup> Saharar Errepublikari Arabiarra Demokratikoa.

<sup>2</sup> Proiektuen ebaluapen zehatza, txostenaren irakur daiteke. Ebaluapenerako erabili diren abiapuntuak eta indikatoreak, txostenaren bigarren zatian argitaratzen diren laukietan agiri dira.

Liburu hau, beraz, Vitoria/Gasteizko Udalak eta SEADen Lagunen Elkartek duten lankidetzarako hitzarmenaren barruko ebaluazioaren emaitza da. Txostenak, Udaleko Garapenerako Landidetza Serbitzuak Hegoari agindua, ondoko programak aztertu ditu: Kirurgia, Erizaintza Eskola, Irratia eta Komunikabideak, eta Saharar Emakumeen Batasun Nazionala. Ebaluaziorako eta liburu honen beronen argitalpenerako bai Vitoria/Gasteizko Udalak eta baita SEADen Lagunen Elkartek eskeinitako laguntza eskertu nahi dugu.

# I. Situación actual y perspectivas de la cooperación en los campamentos saharauis





## **1. Contexto actual en los campamentos saharauis**

En el territorio de la *hammada* de Tindouf vive una población de aproximadamente 200.000 saharauis, repartidos en cuatro grandes campamentos (*wilayas*): Auserd, Aiun, Smara, y Dakhla.

La población de los campos de refugiados y refugiadas depende exclusivamente para su sobrevivencia de la ayuda exterior, principalmente del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea (ECHO), Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), y Gobiernos estatales, regionales y locales, principalmente del Estado español a través de diferentes asociaciones y organizaciones.

El marco en que se encuentra el pueblo saharauí en el refugio ha sido caracterizado como de “ni guerra ni paz”, ya que la situación no reúne las condiciones de la una ni de la otra. Esta situación nació a partir del 28 de abril de 1991, con la firma del Plan de Paz entre el Frente Polisario y el Gobierno de Marruecos, y se consolidó a lo largo de los años en que dicho Plan no se ha llevado a cabo, y durante el cual se han ido frustrando los intentos sucesivos de solución política, especialmente a partir de 1996-97.

Esa etapa ha propiciado, a lo largo de la última década, una sensación de transitoriedad en que las decisiones no se encaminaron hacia la aplicación de medidas de mediano plazo, ya que se espe-

raba un fin inminente a la situación de refugio. En el ámbito internacional se fue desdibujando la imagen de la situación, el problema de la población refugiada saharauí y la gravedad de su situación fue pasando a un segundo plano. Ello condujo, junto a otros factores políticos como la presión de Marruecos y el apoyo a su postura por parte de EEUU y Francia en la esfera internacional, a una disminución del sentido de urgencia y del volumen de los apoyos de Naciones Unidas (ACNUR, PMA, etc.).

## **2. Evolución de la cooperación en los campamentos saharauis**

Desde una perspectiva histórica, la cooperación ha tenido tres grandes fases. Del año 1975-86 se caracteriza por la cooperación de países, como Argelia o Cuba. Es una cooperación basada en relaciones y con objetivos políticos de apoyo a la población refugiada saharauí. A partir de 1986 se produce la intervención de las organizaciones humanitarias internacionales, como el ACNUR y el Programa Mundial de Alimentos, en base al establecimiento del número de población beneficiaria y los parámetros habituales de la ayuda humanitaria, así como la ayuda directa de la CEE/UE junto con unas pocas ONG.

Desde el inicio de los años 90 la participación de las sociedades civiles europeas, a través de las ONG, ha ido en aumento, volcándose hacia la causa saharauí especialmente en el caso español e italiano. Actualmente la cooperación de las ONG complementa otras ayudas que siguen apoyando la resistencia saharauí provenientes de Argelia, organismos internacionales o la UE.

En el caso del Estado español en el último año se ha dado una implicación mayor de ayuntamientos y comunidades autónomas, con diferentes proyectos, caravanas de ayuda humanitaria, etc.

## **3. Perspectivas de la cooperación en un futuro incierto**

En los últimos años, la cooperación con el Sahara ha estado sometida a los vaivenes de la búsqueda de una solución negociada al



conflicto, en las coordinadas del plan de paz de la ONU con el referendun. El posterior estancamiento de las negociaciones, el bloqueo de Marruecos a la celebración del referendun y el rechazo por parte de las autoridades saharauis a la alternativa de Acuerdo Marco<sup>3</sup> planteada por el Sr. Baker, enviado especial del Secretario General de Naciones Unidas, ya que se sitúa fuera de las resoluciones de la ONU, ha llevado a un momento de impass político después de 27 años de refugio.

En los últimos dos años y dado que se veía cerca la posibilidad del referendun, muchos de los proyectos de cooperación se derivaron hacia la creación de infraestructuras para el mismo. Por ejemplo, en el caso de la cooperación en salud se derivó a construir los hospitales (Agüenit) como base para la población que iba a retornar según los Acuerdos, junto con un listado de infraestructuras básicas para los reasentamientos. La frustración de esas expectativas ha colocado a los refugiados y refugiadas en una situación de incertidumbre que se sigue prolongando en el tiempo, en espera de una solución política que no llega. En la actualidad, las autoridades saharauis cuentan con que la cooperación que se ha venido desarrollando se mantenga al menos en un periodo transitorio, especialmente mediante programas de transferencia de conocimientos y tecnología con el apoyo de las organizaciones amigas que les han estado acompañando con confianza y disponibilidad.

La experiencia de retorno frustrado de 1997 no fue la primera de la población refugiada saharauí. En 1991, frente a la inminencia de un próximo retorno, la gente empezó a deshacer las casas, se cerraron escuelas, y hasta el ACNUR llegó a hacer censos y tomar medidas en metros cúbicos de los materiales y equipamientos para calcular las necesidades para el traslado. Esa experiencia, y la posterior frustración, mostró los riesgos de un enfoque de transitoriedad permanente, dado que la gente no reconstruye su vida.

Del contexto de las negociaciones para una salida política pueden sacarse actualmente tres conclusiones:

1. El plan de paz está bloqueado ya que a pesar de las presiones de la ONU para que las partes cumplieran sus compromisos, éstos fueron rotos por el gobierno marroquí.

---

<sup>3</sup> El Acuerdo Marco propuesto en los últimos años por James Baker consideraba como única alternativa viable un acuerdo sobre la consideración del Sahara Occidental como una autonomía dentro del Reino de Marruecos, lo que favorecía claramente la posición de éste. Esta postura ha sido apoyada en los últimos tiempos por EEUU y Francia, tratando de dejar de lado las anteriores resoluciones de la ONU y los reiterados acuerdos ya suscritos sobre el Plan de Paz que incluía la celebración de un referéndum de autodeterminación.

2. El acuerdo marco también ha fracasado, no se puede llevar a cabo por el rechazo del Polisario y de Argelia, dado que supone una opción favorable a Marruecos y un quebranto de los acuerdos previamente alcanzados. A finales de 2001 el enviado de la ONU, Sr. Baker, pidió al Polisario los motivos del rechazo por escrito y las alternativas propuestas. Entre ellas está que el territorio sea cedido a la ONU para su gestión durante un periodo transitorio hasta que se llegue a una decisión, mientras del otro lado parece apostarse por la partición del territorio del Sahara Occidental.
3. La salida política tiene que basarse en las resoluciones de la ONU y buscar fórmulas imaginativas que rompan el bloqueo. Recientemente, en julio de 2002, el Consejo de Seguridad votó una resolución planteada por Gran Bretaña para pedir la continuidad de la Misión de Naciones Unidas (MINURSO), así como que el enviado del Secretario General busque nuevas alternativas para volver a revisar la situación en enero de 2003, teniendo en cuenta los acuerdos firmados hasta ahora. Esta resolución desestima en la práctica las pretensiones del Acuerdo Marco y bloquea en parte la presión ejercida por dos superpotencias, Francia y EEUU, para que se apoyara una resolución favorable a la autonomía como considera la posición marroquí. En los últimos años el debate en torno al futuro del Sahara occidental está cada vez más mediatizado por supuestos argumentos de geopolítica en el Magreb, o intereses económicos ligados a la explotación petrolífera entre otros, dejando de lado el derecho internacional y la voluntad del propio pueblo saharauí, por lo que, a pesar de los avances, dichas presiones seguirán ejerciéndose en el futuro. La perspectiva para lograr una solución política es de dos o tres años, pero aún incierta.

#### **4. Diferenciación y activación social: los cambios en la sociedad saharauí**

En la situación actual se están dando cambios importantes en la sociedad saharauí. Entre ellos están los cambios socioeconómicos, las expectativas de diferentes grupos y los cambios en las generaciones que han crecido en el refugio.

Por una parte la gente trata de buscar alternativas económicas en un contexto de precariedad, disminución de las ayudas y cambios en las necesidades para el soporte y desarrollo familiar (activación del comercio, etc.). Para muchas familias las pequeñas fuentes de empleo, pequeñas tiendas o en otros casos la emigración, son fuentes de recursos económicos para mejorar su situación y preparar su futuro.

Desde el punto de vista colectivo, las actividades económicas y la mayor apertura social (circulación del dinero, ganado, viajes de vacaciones de niños y niñas, salidas para trabajar, etc.) son un factor con efectos ambivalentes. Por una parte, se da un contexto de disminución de la motivación por lo comunitario y búsqueda de salidas individuales. Por otro, esa apertura hace más soportables las condiciones de refugio, ayudando a mejorar la vida cotidiana y acercando algunas posibilidades de desarrollo frente a una situación de emergencia humanitaria ya crónica. La estructura social y la cultura saharauis tienen numerosas formas de compartir estos recursos entre las familias extensas y generar formas de solidaridad interna.

Esta tendencia de activación y diferenciación social supone un nuevo ritmo en los procesos sociales, actividades económicas o dinámicas colectivas a las que no pueden ser ajenos los procesos organizativos.

Estos cambios también están alterando los factores de cohesión social en el pasado. En el contexto de la guerra, hasta principios de la década de los noventa, la gente estaba centrada en las formas de resistencia colectiva de ese momento. Lo que para unos es un resquebrajamiento de un proyecto, para otros es una respuesta normal a los cambios sociopolíticos y una necesidad de reorganizar la vida cotidiana y prepararse para el futuro.

Movidos por sus necesidades económicas, mucha gente ha ido dejando sus trabajos comunitarios y algunas personas han salido como emigración, pero otras van y vuelven. La emigración es también, como en otros pueblos, una forma de sobrevivencia colectiva ya que la gente que emigra envía el dinero a sus familias y sigue atenta al proceso político.

<sup>4</sup> En otras comunidades refugiadas que han vivido desplazamientos muy largos en el tiempo se han dado problemas de fractura en la capacidad de resistencia y cohesión social entre la generación adulta y joven. Si los y las jóvenes no encuentran formas de construir su propia identidad en un contexto transcultural o bien formas de participación política en la resistencia (como en el caso de Palestina), se convierten en un grupo más susceptible de sufrir procesos de aculturación y asimilación (por ejemplo a través de la inmigración).

<sup>5</sup> Por “vuelos charters” nos referimos a los viajes organizados por delegaciones, asociaciones de apoyo, familiares de acogida, etc. que visitan periódicamente los campamentos saharauis.

Por otro lado, se da también una situación de cambio generacional que tiene influencia social en un contexto precario y cambiante. Por ejemplo, la población adulta tiene una mayor identidad política y la experiencia de la represión y la guerra, y la juventud, con una menor memoria histórica, ha crecido en una situación de dependencia y un mejor nivel de vida -aún en el contexto del refugio- con oportunidades de formación en el exterior, etc.<sup>4</sup>

Además de ello, está la población infantil con una fuerte y creciente influencia exterior por el contacto directo con países europeos a través de las salidas masivas de vacaciones en los meses de verano y las relaciones con familias y vuelos charters<sup>5</sup>. Hasta ahora la “conciencia saharai” es un factor de cohesión desde el punto de vista cultural (por ejemplo, apenas se dan matrimonios mixtos) y en lo político el elemento aglutinador de la gente es la liberación nacional (dentro de lo cual conviven todas las tendencias políticas).

## 5. Escenarios en la sociedad saharai

### Implicaciones para la cooperación

En un contexto cambiante, como el que hemos descrito hasta ahora, la definición de algunos escenarios posibles es un instrumento básico para cualquier tipo de planificación. Los escenarios permiten establecer pasos para acercarse a ellos o preparar los desafíos que plantean. En el caso de la población refugiada saharai, las prioridades de cooperación, y específicamente en el campo de la salud, han ido cambiando en función no sólo de las necesidades, sino de las perspectivas de futuro, como en el caso de la preparación centrada en infraestructuras para el retorno que se dio a partir de 1997.

Sin embargo, la incertidumbre actual respecto a las salidas políticas para el problema de la población refugiada y la soberanía del Sahara no permite una planificación a medio plazo en función de escenarios claros. Los cambios que se están dando en la propia sociedad (mayor apertura económica y social, actividades productivas, relación creciente con el exterior, etc.) y en el tipo de cooperación (mayor intervención externa, diferente grado de compromiso y criterios, visitas de delegaciones, impli-

caciones de las políticas de vacaciones de los niños y niñas, etc.) suponen nuevas tendencias.

Dichas tendencias implican la necesidad de adaptarse a los cambios para poder seguir teniendo un protagonismo político y haciendo que la situación de la población refugiada y la salida política al conflicto estén en la agenda de la política internacional. Definimos tres posibles escenarios con diferentes implicaciones para la cooperación:

- a) Escenario 1: *Tratar de mantener la situación actual*. Se trataría de mantener las formas de resistencia, cohesión interna y apoyo exterior, tal y como se han dado hasta ahora, mejorando la eficiencia en algunas cuestiones. Esto conllevaría una revisión de las actividades realizadas anteriormente y un fortalecimiento de los programas con una mejor coordinación.

Sin embargo, trabajar en este escenario tiene grandes riesgos. El mantenimiento de una situación centrada en la transitoriedad ha tenido un alto costo en el pasado, dado que la población refugiada ha hecho su propia evaluación de la situación y está movilizándose para lograr un mayor nivel de desarrollo personal y familiar. Estos cambios sociales van generando contradicciones y pueden en el futuro producir un efecto de descohesión social y distancia de las autoridades, así como una pérdida de recursos humanos (desmotivación, etc.).

- b) Escenario 2: *Preparación centrada en la inminencia del retorno*. Es decir, en las infraestructuras en lugares previstos, así como preparación de desplazamientos y resasentamientos. Sin embargo, la falta de perspectiva para una salida política inmediata hace que este escenario esté más distante en el futuro. Poner el énfasis en la planificación del retorno o reintegración no parece en la actualidad una estrategia prioritaria, aunque supone el horizonte próximo de la esperanza saharauí.
- c) Escenario 3: *Preparar la estructura para el cambio*. Desde esta perspectiva se trata de generar las bases estratégicas para el desarrollo de la sociedad saharauí. Eso supone introducir mayores niveles de identificación de necesidades, planificación, capacidad técnica y pasar más de coordinar intervenciones externas a fortalecer las capacidades locales y el

cuidado de cuadros y recursos humanos para fortalecer la futura salida política al conflicto, incluido el retorno al Sahara. En el contexto general de este trabajo los retos que se describen a continuación están planteados desde la necesidad de trabajar desde este tercer escenario.

## **6. Retos para la nueva etapa**

Ante la realidad evidente de prolongación de la situación por un tiempo indefinido, se hace necesario redefinir la etapa e impulsar la gestación de un nuevo discurso que exprese las aspiraciones del pueblo saharauí en el refugio y que articule un proyecto de sociedad. Este tendría que tener en cuenta la apertura ya iniciada del marco económico y social, e incorporar las grandes tareas que la sociedad necesita cumplir para llegar al momento del retorno como una sociedad organizada, capaz y lista para asumir la reconstrucción.

### **Refugio y autoridades saharauis: implicaciones para la cooperación**

La existencia de una estructura cuasi-estatal en el refugio saharauí, con sus autoridades, ministerios, delegaciones, y en la actualidad un parlamento naciente, hace que la cooperación tenga algunas características específicas:

- a) Contraparte saharauí “gubernamental” organizada, con capacidad de decisión y construcción de un sistema propio, lo cual es muy positivo, pero también sometida a más filtros y estructuras burocráticas.
- b) La distribución de recursos puede ser más equitativa (reparto de ayudas entre los diferentes sectores y no en función de “su proyecto”), estableciendo prioridades y criterios comunes, pero que necesita una buena comunicación y transparencia informativa.
- c) Mayor interés en captar recursos y apoyos, pero menor capacidad en el seguimiento técnico de los proyectos (lo que hace que la puesta en marcha se limite a medio plazo). Se facilita que las comisiones hagan su trabajo, pero se implica menos al personal técnico local.
- d) Quienes están en puestos de mayor responsabilidad son en la gran mayoría hombres, con más movilidad y menos continuidad, lo que es un factor problemático. Se necesitaría involucrar más a las mujeres y proporcionar sistemas de apoyo para que puedan ejercer sus funciones.

En este contexto, los retos para la nueva etapa pueden definirse como:

1. Entender la situación actual como de “Desarrollo en el refugio”, puesto que ya no es de emergencia ni es definitivo. Esto implica que la sociedad saharauí esté dispuesta a invertir en obras de infraestructura de mediano plazo para la producción o los servicios, algunas de los cuales deberán abandonarse en el retorno. El sentido de esta inversión sería mantener las condiciones de sobrevivencia, fuerza, cohesión social y capacidad de espera de la población frente a las condiciones adversas.
2. Fortalecimiento de las instituciones y ministerios, que desarrollarían la capacidad para diagnosticar y registrar, planificar, ejecutar y evaluar programas.
3. Fortalecimiento del liderazgo saharauí de cara a la coordinación de la solidaridad internacional, en términos de su capacidad de gestión interna y de desarrollo técnico y social.
4. Desarrollo de una política nacional de personal para los servicios públicos, a través de un sistema que proporcione estímulos de acuerdo a la calidad de la participación laboral, del tiempo y del compromiso demostrado, y que establezca normativas que permitan que las condiciones laborales sean transparentes y predecibles, sosteniendo así el ánimo y el sentido de justicia de las y los trabajadores.
5. Fortalecimiento de estructuras básicas de formación y desarrollo de una estrategia de sostenimiento de los cuadros, con el fin de consolidar la capacidad instalada saharauí para la capacitación de sus propios cuadros políticos, técnicos y administrativos.
6. Corregir las tendencias sociales y materiales que, a pesar de los avances logrados, hacen retroceder la calidad y la igualdad en la participación y beneficio de las mujeres saharauís en la nueva sociedad.
7. Fortalecer el tejido social a partir de la participación y educación comunitarias de manera que la población, apoyada por las instituciones, se sensibilice, reflexione y desarrolle alternativas propias que le permitan un mayor bienestar y cohesión social.

<sup>6</sup> Para conocer más datos sobre la situación general de derechos humanos en la zona ver *Ahora que es la hora de saber*. Informe 2002. Amnistía Internacional: Madrid. y *Marruecos y el Sáhara Occidental: La libertad de reunión a juicio* (Índice AI:MDE 29/11/2001/s).

## 7. Salud mental y derechos humanos

En los campamentos saharauis funciona la Asociación de Familiares de Detenidos Desaparecidos Saharauis AFAPREDESA. Según esta asociación se calcula que hay 526 personas detenidas-desaparecidas en los territorios controlados por Marruecos desde 1976 hasta 1995. Una parte de la población saharauí es vista por las autoridades como sospechosa de formar parte del Frente Polisario, motivo por el cual han sido detenidas y desaparecidas muchas personas.

Los últimos casos de desaparición forzada se dieron en 1995. Desde entonces predominan más las detenciones arbitrarias, torturas durante el tiempo de detención y juicios rápidos, en los que mucha gente es encarcelada sin motivos ni garantías procesales. Existe una falta total de información a los familiares sobre el destino del detenido. Se dan casos de personas que después de haber pasado más de 15 años sin saber nada del paradero de sus familiares, éstos fueron “encontrados” en prisión o liberados posteriormente. En los campamentos se encuentran casos “antiguos” de familiares de prisioneros o desaparecidos. Los casos “nuevos” se encuentran en el Sahara Occidental.

Respecto al Sahara Occidental bajo régimen marroquí la situación de derechos humanos es preocupante según los datos de Amnistía Internacional<sup>6</sup>, dado que siguen existiendo numerosos presos de conciencia, personas que sometidas a juicio sin garantías y falta de investigación de las denuncias de tortura. Además, tampoco se ha llevado a cabo el reconocimiento ni indemnización por las víctimas de desaparición forzada saharauis entre mediados de los años setenta y comienzos de los noventa, lo que en cambio sí se han empezado a dar en el caso de desaparecidos marroquíes. Muchas de esas personas son familiares de la población refugiada saharauí que se ve afectada por la situación de separación familiar crónica y la incertidumbre permanente sobre su situación.

El trabajo de DDHH en los territorios del Sahara Occidental bajo la administración marroquí es muy difícil, dado el muro de silencio existente. En la actualidad AFAPREDESA trata de actuar rápido en los casos de detenciones arbitrarias de defensores de derechos humanos o miembros de organizaciones sociales saharauis.



La asociación forma parte de FEDEFAM (Federación de Asociaciones de Familiares de Detenidos Desaparecidos). Después de la muerte de Hassan II, bajo el reinado de Mohamed VI, según sus denuncias la represión ha continuado, y las detenciones arbitrarias se hacen bajo la acusación de tráfico de hachís en algunos casos (para criminalizar la causa saharauí o esconder el carácter político de la represión), o de traición y amenazas a la seguridad nacional en otros.

A pesar del riesgo para su vida, hay gente que sigue recogiendo los testimonios, denuncias, etc. para sacarlas fuera. Ese trabajo de derechos humanos necesita de apoyo exterior dada la precariedad de medios, dificultades de comunicación y control político. En la actualidad AFAPREDESA está tratando de contar con una oficina en el Estado español, para favorecer la comunicación.

Respecto a las familias se encuentran muy afectadas, por el impacto de la desaparición, la huida y el exilio. Según algunos miembros de la asociación, los saharauís interiorizaron ese trauma como parte de su historia personal y memoria colectiva.

Los presos marroquíes que aún quedan en los campamentos saharauís, si bien sufren por su situación que se prolonga en algunos casos durante más de veinte años, viven en sus propios asentamientos o repartidos en las diferentes wilayas. No están aislados y realizan trabajos comunitarios. Las Comisiones de salud y otros organismos de cooperación proporcionan también asistencia a los presos marroquíes en las mismas condiciones que la población saharauí (atención clínica, operaciones quirúrgicas, etc.).

## **8. Evolución del marco cultural y de la situación de las mujeres saharauís**

La población saharauí llegó al refugio en situación de guerra, y ello representó una condición determinante para la organización y estructura social en los años que siguieron a la llegada a Argelia. Un elemento central fue el hecho de que estando los hombres movilizados militarmente, fueron las mujeres quienes organizaron el suministro de alimentos y la sobrevivencia cotidiana en condiciones extremadamente difíciles. Este factor pro-

vocó un fuerte salto cultural en la capacidad de las mujeres saharauis, para asumir nuevos papeles en la vida social, laboral y política. Durante esta etapa, hubo intensas campañas de alfabetización que alcanzaron a muchos sectores y de manera determinante a las mujeres.

Otros factores influyeron en la misma dirección. Por ejemplo, la salida regular de niños y niñas a las escuelas secundarias de Argelia provoca una separación de la familia, pero facilita en alguna medida nuevos aprendizajes y desarrollo de autonomía personal. Un tercer factor que ha incidido en la mentalidad, costumbres y organización de la vida cotidiana de las mujeres es la salida de las y los jóvenes para su educación superior a diversos países como Cuba, Hungría, y otros.

El resultado general de este proceso es que las mujeres saharauis gozan hoy de un nivel de autodeterminación y autonomía que sobrepasa lo logrado por las mujeres de otros pueblos árabes que hace veinticinco años se encontraban en el mismo nivel de desarrollo social de éste.

*Contexto organizativo:*

*Identidad, carácter y estructura de la UNMS*

La Unión Nacional de Mujeres Saharauis (UNMS) nace al mismo tiempo que el Frente Polisario y forma parte de su organigrama, siendo la coordinadora general de la UNMS integrante de la dirección del Frente. La organización está considerada como *la organización de masas* de las mujeres saharauis, orientada a que las demandas y necesidades de éstas puedan ser transmitidas a la dirección del Frente, así como para que éste pueda transmitir a las mujeres sus orientaciones.

La UNMS se proyecta hacia los tres niveles territoriales: comités en las *dairas*; un equipo en cada una de las *wilayas* formado por representantes de las *dairas* y por una persona elegida en el congreso de la UNMS como secretaria; y el equipo de dirección general de la UNMS conformado por representantes de las *wilayas* y otras personas designadas para este cometido.

La dirección general de la UNMS concibe que la misión de ésta es contribuir a la liberación de su pueblo y el retorno a su tierra, pro-

moviendo la salud personal y familiar de las mujeres, el respeto a sus derechos, la capacidad y oportunidades laborales de las mujeres, y su presencia, valoración y participación social y política.

En relación a la imagen que las mujeres de los campamentos tienen de la UNMS, las entrevistas realizadas indican que ésta es reconocida por las mujeres como un referente importante para ellas. La conciben como un agente del cual se espera que resuelva situaciones difíciles, transmita demandas a la autoridad, y consiga beneficios o medios para hacer las cosas. Como contrapartida, a la UNMS se la responsabiliza de cuestiones no resueltas, como son la falta de guarderías, escasez de medios para la atención de la población incapacitada o la falta de materia prima en las escuelas de Formación Profesional.

### *Límites y oportunidades para las mujeres saharauis*

En el terreno educativo, la política del Polisario ha establecido el acceso igualitario de mujeres y hombres a la educación básica, media y superior, y existe un número considerable de mujeres capacitadas profesionalmente. Sin embargo, en la actualidad en el aspecto de formación profesional existen diferencias marcadas en el tipo de oficios y profesiones a las cuales unas y otros tienen acceso.

También existen diferencias importantes en los niveles de responsabilidad profesional que ejercen las mujeres en relación a los hombres. Por ejemplo, las mujeres enfermeras no ocupan puestos de coordinación en los puestos sanitarios de las *dairas*, aún cuando hayan recibido la misma capacitación en la Escuela de Enfermería, o hayan alcanzado el mismo título en el exterior. Entre los factores que explican este fenómeno está la mentalidad cultural tradicional que coloca a las mujeres en un plano de menor capacidad o responsabilidad, así como la falta de apoyos para combinar este tipo de trabajos con las cargas familiares, que frecuentemente las disuaden de aceptar cargos de responsabilidad.

Para las mujeres jóvenes, se han abierto Escuelas de Formación Profesional en donde se pueden aprender nuevos oficios. Sin embargo, tanto los talleres tradicionales como las escuelas nuevas

---

<sup>7</sup>La UNMS ha realizado campañas con el objeto de recoger materia prima, como por ejemplo la realizada en el año 2000 en el Estado español que obtuvo 4 toneladas de lana para los telares. Necesidades de carácter urgente son la mejora y reparación de las instalaciones, la renovación de maquinarias, el suministro de materia prima, los estímulos económicos para las trabajadoras, y la formación en diferentes niveles: asesoría para la producción, el control de calidad y la comercialización.

están teniendo dificultades para mantenerse equipadas y actualizadas, y este hecho es una fuente de preocupación para la UNMS.

En cuanto a otras oportunidades ocupacionales, existen en los campamentos 27 talleres de artesanía, cuatro de los cuales son también escuelas de formación profesional, que dependen de la Dirección de Producción del Ministerio de Economía pero que están tutelados por la UNMS. En total absorben 800 mujeres, la mayoría mayores de 40 años. Hasta hace poco, la producción de artesanías se había aplicado a la promoción del conocimiento de la existencia y necesidades del pueblo saharauí en el refugio. Recientemente, ante la necesidad de fortalecer económicamente a la población, se ha dado acceso a la posibilidad de abrir pequeños espacios de producción y venta privada. Comienzan así a perfilar-se perspectivas de que los talleres sean medios de generación de ingresos, al menos una parte del tiempo, de manera que constituyan una fuente de estímulo para las mujeres. Esto significa que en algunos talleres, las mujeres podrán dedicar una parte de su tiempo a producir para vender, formando algún tipo de agrupación comercial o cooperativa.

Se observan una serie de problemas de fondo en los talleres debido a la antigüedad de éstos y a los escasos recursos asignados, que es necesario atender si se pretende que sean una alternativa real para las mujeres<sup>7</sup>.

Recientemente se ha tomado conciencia de la existencia de sectores importantes de mujeres mayores de 45 años que fueron alfabetizadas hace tiempo pero que debido a la falta de práctica requerirían alfabetizarse de nuevo para poder tener acceso a nuevas oportunidades y a la actualización laboral.

En el marco de la llegada de mujeres jóvenes capacitadas en el exterior y que requieren oportunidades laborales, y de la situación de las mujeres adultas que sostienen la tradición militante y son responsables de grandes cargas familiares, se está dando un nivel de competencia que ha motivado a la UNMS a promover nuevas opciones laborales que permitan emplear a las jóvenes y reducir el choque ideológico al interior de la familia. Estas nuevas opciones todavía no florecen al ritmo de las necesidades que aparecen.

Una necesidad ampliamente manifestada es la formación de las trabajadoras, estudiantes y mujeres en el nivel humano: autoestima, cuidado de la propia salud, y participación social y política.

También la estructura de población está cambiando, en el sentido de que ya existe una generación de personas mayores que requieren cuidados especiales. El desarrollo de servicios de atención hacia esta generación está sustentado oficialmente sobre las mujeres, sin que aún se hayan desarrollado nuevos medios para llevar a cabo el cometido dignamente.

Otro grupo que ha adquirido una nueva visibilidad es el de las personas discapacitadas, a las cuales anteriormente no se había podido dar cuidados especiales. En todos los casos, el cuidado y atención a estas personas significa una gran carga de trabajo para sus madres y familias, incluso en aquellas situaciones en que las personas discapacitadas están accediendo a los servicios especiales que comienzan a crearse. En algunos casos, la discapacidad es profunda: parálisis cerebral y otras situaciones que mantienen a la persona prácticamente inmóvil de por vida. Se puede hacer un estimado de unos 12 a 15 casos por *wilaya*, lo cual representa un mínimo de 60 casos severos en los campamentos. No se recogieron datos de otros niveles y tipos de discapacidad que claramente deben de estar presentes y cuyo cuidado corresponde a las mujeres.

Los embarazos frecuentes debido, entre otras razones, al escaso acceso al uso de anticonceptivos y la ausencia de servicios sociales para atender a los niños y niñas durante los tres primeros años –en la guardería se acepta únicamente a niños de esta edad como mínimo– colocan a las madres en fuertes dilemas, ya que después de este tiempo se enfrentan al regreso a la estructura laboral en condiciones de falta de actualización. La alternativa es la reinserción más temprana en el trabajo si la familia está dispuesta a cuidar al hijo/a o hijos/as durante los primeros años. Esta situación puede generar una gran dependencia de las mujeres en edad reproductiva hacia su familia y fuertes tensiones en el seno de ésta.

En el plano de la participación comunitaria, las mujeres trabajan en los comités de *daira*, que incluyen el de Salud, Educación, Abastecimiento, Desarrollo Económico, un Comité de Justicia y Asuntos Sociales. Además de las tareas que corresponden a esta

---

<sup>8</sup> Grupo de Trabajo “Ayuda Humanitaria” del Eucoco 2001.

participación, se encargan de las tareas tradicionales en la *jaima*, que son de gran dureza ya que no cuentan con el equipamiento adecuado que pudiera hacerlos más llevaderos: cocina, fuente de energía, refrigerador, etc. Hasta la fecha parece haberse cuestionado poco el rol tradicional de las mujeres, que actualmente conlleva una mayor carga y responsabilidad de tareas y que las mujeres desempeñan a costa de su propia salud física y mental.

En cuanto a la participación política, las mujeres tienen acceso a la participación en los comités de *daira* y en las elecciones para representantes de éstas ante las instancias siguientes: la dirección de *wilaya*. Asimismo, ejercen su decisión política cuando eligen representantes al congreso de la UNMS. Un gran esfuerzo de educación política se llevó a cabo entre las mujeres como preparación para su participación en el referéndum pero quedó frenado con la interrupción del proceso.

En el marco de la transición que la sociedad saharauí está atravesando, la organización de las mujeres continúa siendo una base fundamental de ordenamiento de los sistemas de sobrevivencia en los campamentos ya que las mujeres siguen asumiendo fuertes cargas de trabajo y responsabilidad en la *jaima* y en la *daira*. Se detecta la importancia de continuar fortaleciendo la organización de base para dar respuesta a los muchos retos que la comunidad enfrenta en la presente etapa y a las necesidades de las propias mujeres.

Recientemente, las mujeres están reivindicando una mayor visibilidad en las tareas nuevas que se les han encomendado, como son la atención a las personas mayores y a las discapacitadas, así como los medios para llevarla a cabo. En este marco podrían generar una mayor fuerza y autonomía para sí mismas.

## **9. Contexto socioeconómico de los campamentos**

Por último, ofrecemos un resumen de las condiciones de vida y necesidades más importantes de los campamentos saharauíes, respecto a equipamiento y vivienda, transporte, agua, alimentación, servicios de salud y educativos, con la información actualizada disponible<sup>8</sup>. Las implicaciones para la cooperación en algunas de estas áreas se analizan en la segunda parte de este informe.

## *Equipamiento*

El equipamiento necesario para las familias en los campamentos era hasta hace poco asumido por el ACNUR. En los últimos años se ha producido una disminución en el presupuesto que está dando lugar a carencias que se agravan crecientemente. Las condiciones y necesidades en los diferentes aspectos se detallan a continuación:

### a) Condiciones de vivienda

En cuestión de vivienda, un número creciente de familias está construyendo habitaciones de adobe, que complementan el espacio disponible en las tiendas (*jaimas*). En cuanto a la disponibilidad de éstas, el crecimiento de nuevas familias ha aumentado la demanda, de manera que, teniendo en cuenta los aportes de ACNUR y ECHO de 3.500 tiendas, existe todavía un déficit de 5.000 aproximadamente.

La necesidad de mantas continúa siendo importante, ya que hasta el presente solamente se ha logrado cubrir la población más vulnerable en hospitales, internados de población infantil, y otros. Sería necesario ampliar la cobertura para la población en general.

En cuanto a la disponibilidad de cocinas, parece necesario impulsar la renovación de muchas de ellas además de cubrir la demanda adicional de las nuevas familias. Debido a esto, aparece un déficit aproximado de 4.500 cocinas y útiles de cocina.

La situación de la ropa y calzado es aceptable, dado el volumen de las ayudas que se han recibido, que es necesario mantener de manera continua debido al desgaste de éstos en el desierto.

### b) Transporte

En este aspecto existen dificultades serias para atender a las necesidades de la población, además del sostenimiento del suministro de la ayuda humanitaria. Un fuerte problema es el de reparación de los vehículos disponibles, que se está tratando de subsanar a través de la capacitación de personal saharauí y de la instalación de talleres móviles que permitan la reparación rápida de vehículos. A su vez, el parque móvil se está comenzando a renovar a través del apoyo de la cooperación interna-

cional. Aparecen como necesidades prioritarias la adquisición de camiones para la distribución de víveres, camiones para transporte de gas, ambulancias, camiones cisterna y piezas de recambio, neumáticos y baterías.

#### c) Material higiénico

En este aspecto se ha logrado una cobertura aceptable por el momento gracias a la cooperación de colectivos del Estado español, que proveen aspectos básicos como son champú-gel, jabón para lavar la ropa, toallas higiénicas, ropa interior, pastillas de jabón y crema hidratante.

#### *Educación*

La estructura de la educación en los campamentos incluye 26 escuelas en funcionamiento, una en cada *daira* y dos grandes internados que no están actualmente en funcionamiento por necesidades de reparación. La educación se imparte en el idioma oficial (*hassania*) durante los dos primeros cursos y a partir del 3º se imparte español como segundo idioma. Existen asimismo 27 círculos infantiles que atienden a población de 3 a 5 años. Se cuenta con un personal docente de 3.500, en su mayoría mujeres.

A lo largo de los años el Ministerio de Educación ha elaborado el programa de educación saharauí y textos educativos en el idioma oficial.

El Ministerio es responsable de los centros de cuidado infantil que atienden a hijos/as del personal educativo y a solicitud, a los centros que debieran instalarse en otras instituciones. También es responsable de 3 centros de formación profesional, el Aaiún, el 12 de Octubre y el 27 de Febrero.

La población menor de 25 años tiene una educación promedio de secundaria. Es necesario renovar la educación de personas adultas, ya que existe una población que fue alfabetizada poco después de su llegada al refugio pero que por falta de práctica es hoy analfabeta funcional. Las campañas que solían hacerse durante el verano por parte de los y las jóvenes no se han realizado durante los años de conversaciones de paz, y se ve la necesidad de reiniciarlas actualmente.



Existen distintos tipos de dificultades. Ha avanzado la renovación de edificios gracias al apoyo de ECHO, pero falta la restauración de los dos grandes internados. Se construyeron dos nuevas escuelas básicas en Smara y Aaiún, así como dos guarderías.

También es necesario renovar los materiales pedagógicos, que hasta el presente han sido aportados por las caravanas provenientes de la ayuda humanitaria del Estado español.

Existen fuertes necesidades en el terreno del reciclaje de la población docente saharauí, así como la incorporación de estímulos que permita la estabilidad y perfeccionamiento de las maestras. Se requiere asimismo dar seguimiento a la población de estudiantes que se encuentran en el Estado español y la gestión de nuevas becas y convenios con instituciones.

Otro ámbito de necesidad es el de la enseñanza del castellano. Debería valorarse si las mujeres están aprendiéndolo en la misma proporción que los hombres, y reforzar las condiciones de acceso y de aprendizaje en caso contrario.

En cuanto a la situación de la formación profesional, ésta requiere de mucha atención por su actual situación precaria<sup>9</sup>. Las necesidades de este sector van desde la construcción y el equipamiento de los centros, el acopio de materia prima, la asesoría a la calidad de la producción, y la formación del personal docente.

### *Aguas de consumo*

Este recurso constituye uno de los problemas más críticos en los campamentos. Para la población, la escasez y la contaminación del agua en el desierto es una de las mayores amenazas a su salud. En cuanto al acceso al agua, algunos de los retos radican en la extracción y el traslado sin contaminación del agua a los campamentos, la instalación de depósitos en cada barrio que garanticen la salubridad del agua, y el asegurar que no se utilicen los pozos superficiales cercanos a los lugares de vivienda.

Hasta el presente se ha trabajado con ACNUR, que actualmente está financiando a una organización noruega para llevar a cabo un proyecto de canalización del agua hacia las diferentes *dairas* de Aaiún. Por el momento se cubrirán dos *dairas*, con la posibi-

---

<sup>9</sup> El Centro de Gazuani ha recibido apoyo para hacer avanzar los talleres y dispone de stock para un año. Las escuelas de “12 de octubre” y de Olof Palme están en el nivel más bajo de funcionamiento por falta de recursos.

lidad de llegar a todas las demás. Entre las necesidades destaca la desinfección y vigilancia de los procesos de transporte y almacenamiento para evitar su contaminación. Necesidades de urgencia mientras se establecen las alternativas de fondo serían la adquisición de camiones cisterna, bombas sumergibles, motobombas y generadores.

#### *Autosuficiencia y situación alimentaria*

Se están fomentando las alternativas en este aspecto, a pesar de las graves condiciones que presenta el desierto para ello, con el objetivo de que las actividades tendentes a desarrollar proyectos de naturaleza productiva cumplan la doble función de contribuir al autoabastecimiento y preparar a la población en el aprendizaje de diferentes oficios de cara a un futuro retorno.

Sectores prioritarios son la agricultura, que se ha ampliado a través del establecimiento de huertos colectivos ubicados en los campamentos; la ganadería; y la granja avícola. En el renglón de la agricultura se ha desarrollado en Dakhla un huerto de 18 has., en el que se ha comenzado a emplear el riego por goteo con financiación extremeña. Se pretende continuar el desarrollo de las 100 has de plantación que existen actualmente en los campamentos.

En Aaiún se ha dado impulso a la cría de ganado. En este ámbito existen problemas debido a la dificultad de las hembras de reproducirse exitosamente por deficiencias alimentarias. Este problema, y la profunda sequía existente, implican que se deberá importar alimento para el ganado y cuidar el suministro de agua.

Se está estudiando la posibilidad de establecer pequeñas unidades ganaderas en las *wilayas* para criar camellos que proporcionen carne y leche para la población infantil. También la Granja Avícola continúa la producción de huevo para su distribución a esta población. La población adulta no tiene acceso a este tipo de alimento.

#### *Situación sanitaria*

Las condiciones de salud de la población están marcadas por las deficiencias alimentarias, por las huellas de la guerra, las condiciones climáticas y la provisionalidad de las instalaciones habitacionales. Se pueden señalar algunas tendencias en varios aspectos:

## a) Nutrición

La dieta a la que está sujeta la población en los campamentos es restringida, escasa, y no secuencial. La desnutrición y las enfermedades carenciales son consecuencia de ello, y aparecen de manera particular en infantes menores de un año con destete temprano o falta de alimentación complementaria.

Las causas de la deficiencia alimentaria estriban en varios factores. Por un lado, las condiciones de suelo del desierto no permiten la producción de alimentos en una escala suficiente para atender las necesidades de la población en lo relativo a alimentos frescos. La capacidad y el número de huertas y granjas son limitados por diversos factores. Entre ellos están el bajo rendimiento de la tierra por su calidad arenosa; la escasez de agua que puede destinarse al riego; los productos que pueden obtenerse son en su mayoría tubérculos y bulbos como zanahoria, cebolla, nabo y otras. La disponibilidad de alimentos proteicos como carne y huevo es escasa, como se mencionó en el apartado anterior.

Otro factor limitante es la situación de Argelia, que dificulta el transporte terrestre de cargas de alimento hacia los campamentos. El resultado de esta situación es una gran dependencia alimentaria de la solidaridad internacional. Sin embargo en la práctica se ha dado un recorte de la ayuda humanitaria que sigue siendo responsabilidad de las organizaciones internacionales y vehiculizada a través de ACNUR y el Programa Mundial de Alimentos (PMA).

Existe un Consorcio de Seguridad Alimentaria responsable de este aspecto, aunque en los últimos años se han dado problemas como la rotura de stock y la falta de cumplimiento de los compromisos alcanzados. Para algunos observadores independientes esos problemas se han agudizado en diferentes momentos según los avatares de la situación política y negociación para la solución del conflicto. En cada uno de estos aspectos del problema, sería necesario profundizar en posibles alternativas parciales que promovieran la superación de los obstáculos para mejorar la situación alimentaria.

## b) Condiciones de vivienda

Otras fuentes de agresión a la salud son las deficiencias de los lugares de vivienda –*jaimas* de lona– frente a lo extremo del

---

<sup>10</sup> En la actualidad está poniéndose en marcha una Unidad de Quemados en el hospital de Rabuni.

<sup>11</sup> Para un mayor desarrollo del tema, ver la segunda parte de este informe.

clima del desierto en que vive la población. Hay muertes y enfermedades por exposición a picaduras de animales (insectos, víboras, arañas) y epidemias por mordeduras de ratas y plagas; muertes y secuelas de quemaduras por incendios en las *jaimas*, producidos por el gas que se utilizar para cocinar y calentar, y para cuya atención no existen recursos en los casos de gravedad<sup>10</sup>.

#### c) Salud mental

Las condiciones del exilio, del aislamiento por ausencia de comunicaciones, de la incertidumbre y desmoronamiento de la esperanza de arreglo y retorno generan problemas de salud mental como son la depresión, desmoralización y enfermedades psicosomáticas. En el año 2002 se ha creado un Centro de Asesoría psicológica, sociológica y legal dirigido a atender algunas de estas problemáticas entre las mujeres.

#### d) Salud en la tercera edad

Existe un problema creciente en los campamentos en la medida que la población alcanza nuevas etapas de edad, y en la medida en que se observa la no resolución del conflicto que los llevó al exilio. Se observa una pérdida de las funciones tradicionales de las personas mayores en esta cultura, pérdida que tiene su impacto en los estados de ánimo, y también en las condiciones de salud física. En la actualidad la Unión Nacional de Mujeres ha diseñado formas de identificación de las personas con mayor necesidad de atención aunque todavía no dispone de medios para generar mejores condiciones para esta población.

#### e) Salud materna<sup>11</sup>

En los campamentos la tasa de nacimientos es alta y los partos muy seguidos y con poco descanso de lactancia entre un parto y el siguiente son un riesgo para las mujeres. La anemia causada por estos factores es un problema crónico y en muchos casos severo. Existe un nivel importante de morbilidad materna e infantil que es necesario continuar investigando con el fin de mejorar la calidad de la atención de este problema, así como de las enfermedades carenciales que requieren atención específica.

f) Sistema de atención a la salud

El sistema primario de salud está basado en la *daira*, donde existe un Comité de Salud integrado por un subcomité de profesionales con función asistencial y otro de salud preventiva (salubridad de las aguas, ambiente, campañas de vacunación). Las mujeres forman parte mayoritariamente de los Comités realizando el papel de enfermeras-auxiliares. Cuidan asimismo de la higiene de los niños, niñas y madres lactantes, de la situación de guarderías, etc.

En este campo, se están realizando estudios y diseñando propuestas para mejorar la salud a nivel primario y en el campo del embarazo y parto, desde la educación de las mujeres para el cuidado de la salud hasta su manejo sanitario, en el ámbito de la casa y en la *daira*.

g) Sistema hospitalario

Existe un complejo sistema operado por comisiones médicas de la cooperación internacional que atienden especialidades médicas y quirúrgicas en el campo de la oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, medicina familiar, etc. Este sistema, que es uno de los objetos del presente informe, es de una calidad alta en relación a la que se imparte en otros países. Sin embargo, requiere ser continuamente actualizado, tanto en lo que se refiere a la transferencia de tecnología al personal saharauí como en lo concerniente a la coordinación entre las diversas comisiones de diferentes países. Muchas otras dificultades de infraestructura, capacitación y otros tipos están en continua revisión a este efecto.

*Desarrollo económico y situación laboral*

En este campo organiza el trabajo la Dirección de Producción, perteneciente al Ministerio de Desarrollo Económico. Existen dos comités, el de artesanía, responsable de la realización de los programas que emanan del Ministerio de Economía, y un subcomité de desarrollo agrícola, que se encarga del trabajo en las granjas y huertos. En ambos la composición es mayoritariamente femenina. La población masculina trabaja en ámbitos tales como el transporte, construcción y mantenimiento de edificios, salud y otros.

Asimismo, un número creciente se dedica al desarrollo de pequeños negocios de compra-venta.

El trabajo de artesanía abarca 27 talleres que absorben a más de 800 mujeres. Problemas que sufren tradicionalmente a estos talleres son el mantenimiento y renovación de instalaciones y maquinaria, el suministro de materia prima, la ausencia de estímulos para las trabajadoras, y la falta de capacitación tanto para las trabajadoras como para las personas que dirigen los talleres.

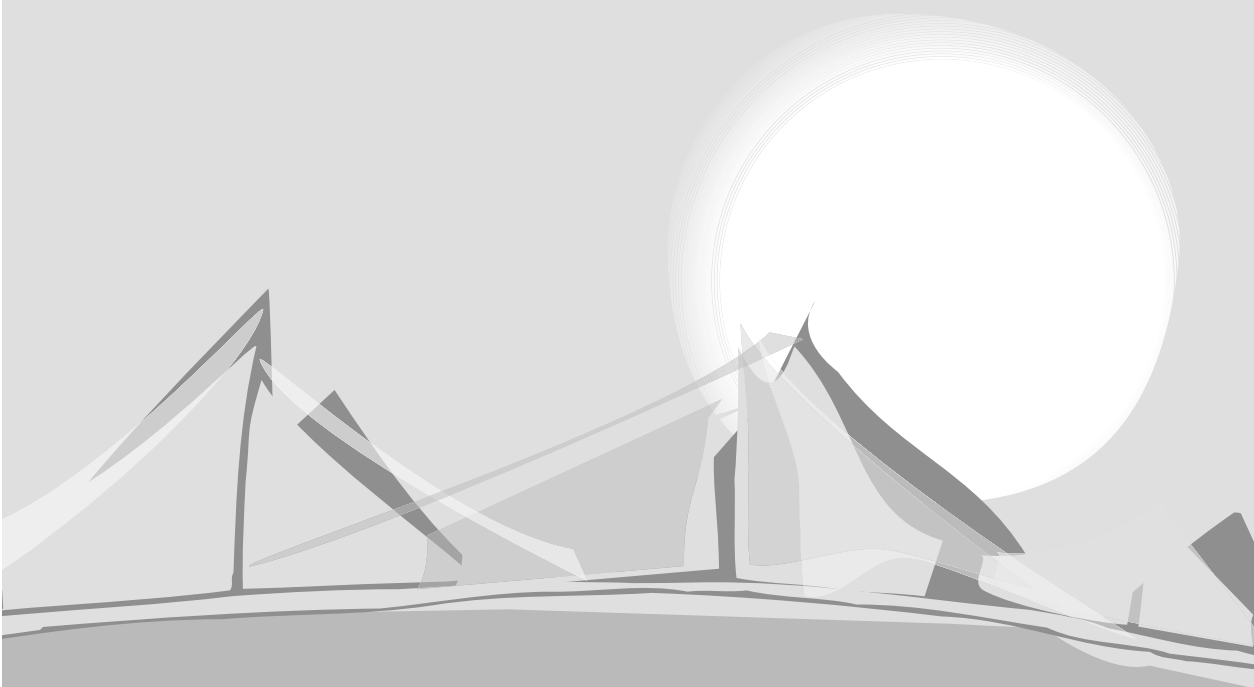
Recientemente se impulsa un sistema de producción combinada, de manera que las trabajadoras puedan producir para ellas mismas durante una parte de la jornada semanal. Esta es una alternativa positiva pero que requiere de una inversión considerable en la primera etapa de reciclaje y puesta al día.

En cuanto a la actividad agropecuaria, se informó sobre ésta en el apartado sobre alternativas de nutrición. Se trata de una actividad que ocupa prioritariamente a mujeres, y en la actualidad no ha desarrollado medios para que las trabajadoras tengan un estímulo para su trabajo.

Son mujeres las que trabajan en estos dos ámbitos que no están suficientemente valorizados y que hasta la fecha no disponen de las condiciones básicas para levantar el perfil profesional y laboral, promover la iniciativa y preparar las condiciones para que las mujeres que se inserten no pierdan las condiciones ganadas en la sociedad saharai en un futuro.

Lograr disponer de estos estímulos constituye una de las necesidades prioritarias para estas mujeres que desarrollan cargas pesadas de trabajo en el campo y en sus familias requiriendo factores que estimulen su estado de ánimo, la mejora de sus condiciones de vida y su valoración social.

## II. Implicaciones para la cooperación







En esta segunda parte se analizan algunas de las implicaciones prácticas para la cooperación con los campamentos saharauis. En concreto se discuten las estrategias para el fortalecimiento de las capacidades locales (coordinación, equipamiento y personal local), la cooperación en el campo de la salud (prioridades de salud, enfoque comunitario, salud materno infantil y planificación), así como las estrategias y desafíos del apoyo a la organización de las mujeres saharauis (UNMS).

Se incluyen además algunos cuadros con recomendaciones generales y otros que resumen los criterios de evaluación de los proyectos que la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD con el apoyo del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz ha llevado acabo en los últimos años en los campamentos saharauis.

**Metodología de cooperación**  
**Asociación de Amigos y Amigas de la RASD**  
**Vitoria-Gasteiz**

1. Formulación de los proyectos de acuerdo con las autoridades saharauis, y coordinado en su ejecución y seguimiento con la participación de diferentes niveles de la estructura saharai.
2. Contrapartes saharauis participan directamente junto con la propia comisión en la ejecución (como el programa de salud o enfermería), mientras en otros la ejecución del programa recae en la organización saharai, como en el caso de la UNMS.
3. Los proyectos son evaluados de forma continua (dos o tres veces al año) y anualmente por la Asociación y las contrapartes saharauis (ministerio de salud y UNMS).

Papel de la Asociación respecto a los proyectos de cooperación *in situ*:

- a) Asistencia profesional (selección de profesionales de las comisiones, equipos, criterios de intervención y desarrollo de actividades)
- b) Coordinación con diferentes comisiones de salud y ONG.
- c) Organización de viajes, caravanas y comisiones (equipos, transporte de medicamentos, materiales, permisos, etc.)
- d) Gestión administrativa (contacto diario con los campamentos, informes, etc.)

Fuente: Informe de Evaluación Proyectos de cooperación de la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD y Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Febrero 2002

## **1. Fortalecer las capacidades locales**

### **La necesaria coordinación**

Toda la situación descrita anteriormente de precariedad, incertidumbre política y la multiplicidad de actores en el campo de la cooperación hace que las necesidades de coordinación local sean mayores. Los problemas de coordinación que se dan en la actualidad son consecuencia de:

- a) la propia situación de necesidad (lo cual lleva, por parte saharauí, a no ser más selectivos con las ofertas de apoyo o a estar pendientes de donde se pueden colocar diferentes proyectos),
- b) el conflicto político abierto (dificultad de tener visados, presiones políticas, llevar a cabo acciones que impidan que se cierre el espacio político, etc.),
- c) la precariedad de infraestructuras (difícil comunicación telefónica, problemas de transporte, etc.),
- d) y las agendas y formas de funcionamiento de las propias ONG y organizaciones internacionales (aumento de la intervención exterior, poco tiempo que se quedan las comisiones, etc.).

En un contexto de fuerte conflicto político, hay una tendencia a la centralización y toma de decisiones más controlada. Dicha tendencia es “normal” ya que es la que ha permitido sobrevivir a muchos pueblos en resistencia en las últimas décadas (caso de las Comunidades de Población en Resistencia en Guatemala, la situación del pueblo palestino, etc.). Sin embargo, en las situaciones de mayor apertura y transición se necesita abrir nuevos espacios para hacer frente a la desesperanza por la falta de salidas y retomar el protagonismo social abriendo nuevos espacios de participación.

Desde el cambio de escenario descrito anteriormente, el desafío actual es no sólo coordinar la creciente acción desde el exterior, sino fortalecer el sistema local. Si bien en estos años se ha dado un esfuerzo cada vez mayor por parte de la coordinación exterior, se dan algunos problemas en cuanto a la claridad de funciones y capacidad de llevarlas a cabo (entre diferentes ministerios implicados, asociaciones u ONG que tienen proyectos, etc.).

Por ejemplo, la coordinación sanitaria exterior se realiza desde la Oficina de Coordinación que está en la sede de la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Vitoria-Gasteiz. Muy diferentes interlocutores señalan la necesidad de mejorar la coordinación, estableciendo criterios claros entre asociaciones, delegaciones y responsables del Polisario en el exterior y en los campamentos. Algunos ejemplos de esas dificultades son: a) falta de información sobre planes de viajes y actividades; b) ONG que actúan de forma directiva, sin consultar con las estructuras de coordinación y que

<sup>12</sup> Se necesita mejorar el plan de coordinación y realizar otras jornadas de coordinación, las últimas se hicieron en 1995, dado el momento actual de aumento de la disponibilidad de comisiones, delegaciones, etc. y la necesidad de mejorar la coordinación.

son aceptadas ante la necesidad en que se encuentran los campamentos, pero que plantean muchos problemas locales. Debería establecerse una mayor planificación, por ejemplo anual, e incluir las nuevas visitas en esa planificación<sup>12</sup>.

Se necesita fortalecer la coordinación local para evitar los efectos centrífugos que podría tener la ayuda exterior en el futuro. Eso supone la necesidad de:

- Apoyar a las autoridades saharauis en la formación de un equipo que prepare esa transición hacia un sistema nacional de salud, educación, servicios sociales, etc.
- Un discurso que sea difundido entre las diferentes asociaciones y ONG que apoyan a la población refugiada saharauí.
- Fortalecer el liderazgo local en la coordinación de las comisiones y ONG (calendarios, tiempos de estancia, necesidades, tipos de proyectos, criterios de calidad, etc.).

### **Delegaciones: impacto y sostenibilidad**

Las delegaciones, visitas, viajes de autoridades, ONG y profesionales de otros países, constituyen un elemento valioso para generar una conciencia ética, lograr mayores apoyos económicos, y movilizar políticamente a diferentes grupos y sociedades contra el olvido en el que se encuentra la población refugiada saharauí.

En los últimos dos años esa presencia se ha hecho más frecuente, aumentando el número y tipo de delegaciones. Sin embargo, esa presencia exterior también genera un impacto importante en la dinámica de la propia sociedad saharauí, en aspectos tales como las costumbres y actitudes (mayor presencia de modos de vida externos, consumo, etc.) o sobrecarga del sistema saharauí (vehículos que tienen que dedicarse al transporte y no disponibles para otras necesidades, gasto en comida, alojamiento, etc.).

Es probable que llegue un momento en que las autoridades saharauis tengan que valorar cómo disminuir el peso de las delegaciones y hacer un sistema más sostenible (por ejemplo que las delegaciones aporten algunos recursos para su comida o su desplazamiento, utilizar los taxis privados, etc.), dado que pueden suponer un problema creciente que bloquee otras actividades. Se trataría de minimizar la interferencia y maximizar el impacto del apoyo.

## **Equipamiento en los campamentos saharauis**

Numerosos proyectos de cooperación conllevan la dotación, puesta en marcha y funcionamiento de infraestructuras y equipos. En un contexto climático extremo (arena, calor, etc.) y pocas infraestructuras (luz eléctrica, agua potable, instalaciones, etc.) la dotación y mantenimiento de la tecnología adecuada para el desarrollo de las distintas necesidades es un desafío importante.

Hay dos tendencias respecto al tipo de equipamientos a proporcionar: a) métodos más simples, que ya no se usan en la tecnología moderna; b) incorporar a la gente a la tecnología de forma que tengan mejores resultados. Entre estas dos tendencias habría que valorar una intermedia que se adapte a las condiciones del contexto y los problemas habituales de funcionamiento, pero no exija en función de la precisión de los resultados un mantenimiento o gasto excesivo para el uso que posteriormente tienen los equipos.

En estos años se han ido haciendo pruebas para identificar los aparatos más idóneos, que tienen que tener algunas características: robustos, fáciles de abastecer en cuanto a suministros y con un fácil mantenimiento. Hay que tener en cuenta también la aceptación y motivación de los técnicos y técnicas saharauis para el buen control del funcionamiento.

### **Recomendaciones para suministros y materiales**

- Compartir información con otras comisiones y ONG. Lo que hace el personal técnico de una comisión deberían conocerlo las otras comisiones y unificar criterios respecto a dotación, suministros y mantenimiento.
- Mejorar el aporte de materiales fungibles y suministros para el funcionamiento de las infraestructuras. Hay que unificar el tipo de aparatos uniformizando la tecnología (evitando que diferentes comisiones o proyectos aporten diferentes aparatos para las mismas cosas). Se debería coordinar mejor estos pedidos con las estructuras encargadas de coordinación. Se podría establecer un banco de datos que sirva para que al venir las comisiones tengan una referencia concreta de lo que se necesita.
- Por último, se podría establecer un mejor sistema de registro y archivos respecto a equipamiento disponible y necesidades.

Aproximadamente un 75% de las averías que se dan en muchos aparatos se podrían solucionar por personal técnico local que adquiriera una formación básica. Sin embargo los intentos de realizar esta capacitación se han encontrado con los problemas ya referidos de falta de continuidad en el personal local, lo que hace que el trabajo recaiga de nuevo en el personal técnico exterior, ya sobrecargados de trabajo, además de las consecuencias en cuanto a mantener una situación de dependencia. También la falta de mantenimiento preventivo hace que los aparatos se deterioren más rápido. La intervención exterior debería tener como criterios de eficacia no sólo el tiempo de su estancia sino la continuidad (pasado-futuro).

#### **Recomendaciones para el mantenimiento de infraestructuras**

- Es necesaria una mayor formación del personal local en el mantenimiento preventivo y arreglo de averías pequeñas. Una alternativa posible es hacer cursos para los técnicos y técnicas locales sobre la resolución de problemas.
- El personal técnico de las diferentes especialidades en el exterior debería revisar antes las ofertas de equipos que se dan en forma de donaciones (equipos en desuso, viejos o que se cambian para adaptar nuevas tecnologías), dado que algunos de ellos no han llegado a funcionar o han sido retirados.

#### **Fortalecer el apoyo al personal local**

Como se explicó anteriormente, el fortalecimiento de la situación de los y las profesionales locales es una parte básica de la capacidad instalada en la sociedad saharai refugiada. La situación de desmotivación de una parte de los y las profesionales locales está producida por la falta de expectativas de solución política y la búsqueda de mejoras económicas para una problemática social prolongada durante décadas, se ha dado también en otros exilios prolongados y en una situación de impass (como el de la población refugiada guatemalteca en México). El mayor impacto en esas situaciones se produce en los servicios públicos (salud y educación, fundamentalmente).

La situación actual está caracterizada por un punto de no-retorno, en la que no es viable una forma de motivación y cohesión sola-

mente basada en la convicción política de resistencia, por lo que se impone la necesidad de activar el sistema teniendo en cuenta una política de estímulo y cuidado de los recursos humanos.

A continuación se identifican algunas estrategias de motivación que deberían ser vistas en su conjunto y no de forma aislada para establecer una política de apoyo a los recursos humanos:

- a) **Sentido político de resistencia y solidaridad.** Funciona en estructuras más politizadas y muchas veces con importante componente jerárquico, pero no integra a profesionales menos politizados y puede no ser sensible a las necesidades sociales. Es un factor importante a tener en cuenta, a tener en cuenta con flexibilidad, pero también a complementar con otras acciones.
- b) **Crecimiento personal y profesional.** Se necesitaría una planificación específica de estas actividades dentro del programa de diferentes comisiones, adecuada a las posibilidades del medio local (diagnósticos adecuados, uso de técnicas sencillas, manejo de instrumentos, etc.). El aumento de la capacidad de resolver problemas mejoraría la confianza y relación con la población local.
- c) **Reconocimiento social.** Puede estimularse a través de la formación y de las formas de prestigiar al sistema local respecto a la población. Se necesita cuidar la forma en cómo se interactúa con los y las profesionales locales y la población. El apoyo explícito de los responsables políticos puede ayudar también a prestigiar de forma abierta a los y las profesionales locales.
- d) **Supervisión y acompañamiento como estímulo.** Este sistema es especialmente importante en el caso de la atención primaria de salud, y puede establecerse en cadena: personal médico local y responsables organizativos respecto a quienes trabajan en las *dairas*; comisiones respecto a personal de enfermería y medicina locales, pero también respecto al funcionamiento y mantenimiento de hospitales.
- e) **Refuerzo negativo (control de expectativas).** Funciona en un contexto más centralizado, pero menos en una situación de cambio social como la actual en la que la gente puede buscar, con

mayor flexibilidad, sus propias salidas (especialmente en lo económico, pero también en lo formativo).

**f) Incentivos económicos.** La práctica totalidad de los interlocutores consultados han hecho énfasis en que se necesitan iniciativas de estímulo económico. El personal de salud y educación especialmente se ven en una situación de mayor compromiso y menor éxito social en un contexto en el que no tienen reconocimiento económico por su trabajo, que además les impide además acceder a otras fuentes de recursos (comercio, etc.). Algunas iniciativas han funcionado durante el último tiempo y en algunos lugares con relativamente poco dinero (240 €/año en varios “pagos”).

Existe el convencimiento de que estas partidas deberían considerarse ya dentro de los presupuestos de los proyectos. La gente debería saber con qué va a contar (regularidad, seguridad), y eso contribuye también a tener con ellos una exigencia. Algunas pequeñas experiencias realizadas en este sentido han tenido un efecto positivo, pero al acabarse han vuelto a la situación anterior. Existe el riesgo de que algunas ONG paguen a “sus” trabajadores/as y eso genere desestructuración social y divisiones.

<b>Política de incentivos económicos</b>	
<b>Riesgos a evitar</b>	<b>Alternativas</b>
Transmitir insensibilidad frente a necesidades sociales.	Escuchar las necesidades de los profesionales de salud y buscar conjuntamente algunas soluciones.
Establecimiento de una mentalidad de dependencia (si no hay dinero no hay trabajo).	Claridad en la información de recursos disponibles y plazos de entrega.
Generar agravios comparativos que empeoren algunas situaciones.	Establecer los criterios de forma equitativa.
Riesgo de que los profesionales se conviertan en trabajadores de las ONG.	Unificar criterios con las ONG respecto al reparto de recursos y vehicular a través de las instituciones saharauis con transparencia informativa.
Descuidar las otras fuentes de estímulo y motivación.	Coordinar un plan de recursos humanos que tenga en cuenta el conjunto de factores de motivación.



**g) Refuerzos positivos.** Son frecuentes en culturas colectivistas y con alta distancia de poder (importancia del reconocimiento social, valoración de la jerarquía, etc.) como forma de reconocimiento del esfuerzo personal. Algunos de esos refuerzos pueden ser materiales (instrumentos, dotación, etc.), pero también actividades colectivas que supongan comparación y premio al estímulo (actividades colectivas que incluyan premios por actividades científicas o profesionales) adecuadas al contexto local.

**h) Reconocimiento de rol dentro de la estructura de servicios.**

Se da cuando los y las profesionales son tenidos en cuenta en el diseño de las políticas y tienen canales de participación.

**Apoyo al personal locales**

**Recomendaciones**

- Contemplar una política de apoyo a resolver las necesidades materiales del personal local (por ejemplo: ayudas familiares, alimentación, o cuestiones que ayuden a resolver las necesidades materiales).
- Hacer ver a las organizaciones de cooperación la importancia de sostener estas iniciativas durante el periodo transitorio hasta que se pueda establecer un sistema independiente (que implicaría una política de impuestos, gestión autónoma de presupuestos, etc.).
- Poner en marcha mecanismos de actualización y estímulo científico o técnico (en el caso de la salud, acceso a algunas revistas, posibilidad de hacer una asociación científica, etc.), así como poder dar un protagonismo colectivo y su implicación en la búsqueda de soluciones.
- Estimular la participación en actividades formativas de los y las profesionales que mantengan una continuidad en la atención, mediante un programa de actividades estructurado, aprovechando la participación de las Comisiones y otras iniciativas y proyectos.

## **2. La cooperación en el campo de la salud**

### **Las prioridades de salud**

Una parte importante de los proyectos de cooperación con los refugiados y refugiadas saharauis tienen que ver con el área de la salud. El ejemplo de los desafíos y alternativas en este campo, en medio de la situación actual, puede ayudar a tener mayor claridad sobre las prioridades de actuación y las necesidades en el contexto de apertura y cambio descrito anteriormente.

En la actualidad las autoridades saharauis del ministerio de salud están optando por trabajar como si la situación de refugio fuera a durar un periodo más largo dado que muchos proyectos se paralizaron por la perspectiva del retorno (97-99). Las autoridades sanitarias han manifestado que es prioritario: a) la rehabilitación de infraestructuras, b) retomar los programas y reestructurarlos, c) volver a dar énfasis en los programas de prevención. Específicamente las prioridades enunciadas por las autoridades saharauis se resumen en el siguiente cuadro.

#### **Prioridades de salud 2002-2005**

1. Rehabilitación de infraestructuras de hospitales y dispensarios.
2. Preparar los dispensarios para convertirse en centros de salud (dotación médica y equipamiento).
3. Reforzar las políticas de prevención. Poner en marcha la cartilla del niño/a sano/a (algunos problemas de desnutrición, anemia, parásitos en edades de 0-5 años). Programa de control de embarazo, dada la al parecer alta morbilidad perinatal y materna.
4. Programa de higiene ambiental, cuyas actividades disminuyeron por la perspectiva del retorno.
5. Programa de aguas. Se necesita proporcionar una cantidad suficiente de agua en condiciones (riesgo de usos de pozos familiares contaminados). Estas necesidades van en aumento porque la población además está creciendo. Mejorar la infraestructura de cloración y mantenimiento.
6. Aumentar la capacidad de los hospitales. Mejorar la calidad de asistencia del personal médico saharauí. La dificultad

actual más importante es que, a pesar de la estructura sanitaria y los logros obtenidos durante estos años, no existe como tal un sistema de salud establecido (presupuestos, plan de salud, etc.) y se necesita perfeccionar la metodología de trabajo, unificar sistemas y criterios entre los profesionales. Las especialidades en las que plantean que hay más necesidades son: 1) ORL, oftalmología, ginecología y ortopedia. 2) endocrino y digestivo.

7. Refuerzo de la enfermería. Existen en la actualidad los programas de la escuela de enfermería y una experiencia de formación de comadronas llevada a cabo por varias ONG. Se ha acondicionado una sala de formación en los hospitales con el objetivo de hacer actividades de formación (aprovechar viajes de Comisiones).
8. Motivación y apoyo al personal de salud. Existe un problema de agravios comparativos por dedicarse al trabajo voluntario comunitario respecto a las personas que buscan sus alternativas individuales (comercio, emigración, etc.). Se plantean los incentivos económicos como una parte del presupuesto de los proyectos de ONG pero se distribuyen a partir del ministerio de salud, y de forma equitativa entre el conjunto del colectivo de personal para evitar agravios o que los trabajadores se conviertan en personal de la ONG correspondiente.
9. Mejorar el sistema de registros, dado que hay una falta de registros sanitarios fiables sobre morbilidad, asistencia y necesidades de salud.

Durante muchos años, la estructura sanitaria de los campamentos saharauis se mantuvo gracias a la estructura organizativa del Polisario y la militancia y dedicación de los sanitarios locales de Daira. En un contexto de pobreza de recursos, la prevención fue el elemento clave para la supervivencia colectiva.

Con el paso del tiempo, este trabajo de base fue complementándose con el apoyo exterior, especialmente a través de las Asociaciones de Amigos y Amigas de la RASD y otras ONG. Una parte importante de la cooperación en salud se ha desarrollado mediante comisiones de especialistas para tratar los problemas de

salud para los que no había posibilidades de tratamiento o solución en base a los recursos locales. En los primeros años estas intervenciones estaban orientadas a un trabajo resolutivo, de corta duración, que mejorara determinadas situaciones problemáticas en el contexto de una situación de emergencia que se mantenía en el tiempo. Paralelamente, la formación de nuevos profesionales de salud saharauis se fue llevando a cabo mediante salidas a diferentes países (Cuba, Argelia, países de la UE, etc.) para su formación básica o especialización.

### **Criterios de evaluación en la formación**

#### **Programa de apoyo en prácticas a la Escuela de Enfermería.**

#### **Características y dificultades de la formación práctica in situ**

- Problemas con el idioma.
- Problemática social para seguir las clases o desplazarse.
- Adaptación y amplitud del programa teórico en enfermería.

#### **Pertinencia**

- Aspecto básico para mejorar la formación (prácticas, tutorías, etc.).
- Formación de personal local según necesidades.
- Coordinación con el personal de enfermería local.

#### **Eficacia**

- Calidad de la formación proporcionada.
- Número de profesionales en formación y proceso.
- Sistema de evaluación de los objetivos.
- Trabajo in situ en situaciones reales.

#### **Eficiencia**

- Económica: gastos de “personal” exterior por falta de personal local especializado.
- Frecuencia de actividades/viajes.
- Coordinación con oportunidades de aprendizaje (Comisiones).
- Tiempo de visitas.
- Incidencia en la adaptación del curriculum.
- Límites: formación ocupacional-profesional.

### **Impacto y sostenibilidad**

- Inserción en la política sanitaria: ministerio.
- Apoyo al trabajo de la comisión quirúrgica.
- Inserción en el sistema de asistencia local: Dairas.
- Hábitos adquiridos: prácticas profesionales.
- Supervisión local.
- Implicación como docentes en la escuela de enfermería.

Fuente: Informe de evaluación proyectos de cooperación de la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD y Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Febrero 2002.

El mantenimiento de la incertidumbre, debido a la falta de una salida política, ha ido haciendo que parte de esas capacidades logradas en la sociedad saharauí se vayan perdiendo o disgregando, debido a la necesidad de buscar alternativas para la sobrevivencia familiar o el desarrollo personal. La situación en los campamentos ha ido pasando así de una situación de refugio, a una búsqueda de alternativas personales en un contexto de estancamiento de los sectores que en el pasado habían constituido los medios básicos de la resistencia colectiva (salud, educación).

La situación actual viene definida por un aumento de las comisiones y ONG que trabajan en salud, especialmente dirigidas al mantenimiento de ese nivel terciario (hospitalario y quirúrgico), pero a la vez un debilitamiento del nivel intermedio de los y las profesionales de salud saharauíes (medicina y enfermería) debido a la falta de reconocimiento y expectativas. La dificultad más importante es el problema de la motivación. La gente trabaja de forma voluntaria movida por la convicción de trabajar por su pueblo, pero las necesidades materiales son grandes. A partir de que no se ve la salida del referéndum cada quien busca sus alternativas en un momento de transición, por lo que los servicios públicos (educación y sanidad) son el punto de crack en esa situación (se necesita introducir incentivos y una política de apoyo al personal local).

Por otra parte la estructura de las *dairas* sigue siendo un pilar básico de la salud, a pesar de la ausencia de recursos. El perso-

nal sanitario de *daira* cuenta con su experiencia, formación empírica y capacidad, así como con la confianza de la gente y la continuidad de su trabajo.

<b>Cooperación de las Comisiones de Salud</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Riesgos y debilidades</b>
• Capacidad resolutive.	• Inducida por disponibilidad externa.
• Confianza de la gente.	• Condicionada por el escaso tiempo.
• Mantener y dinamizar la organización.	• Intervenciones parciales, exigentes para la población y cuadros medios.
• Puesta en marcha <de infraestructuras y disponibilidad de tecnología.	• Adaptación al medio y problemas de mantenimiento.
• Esfuerzo de sostenibilidad terciaria.	• Mensajes contradictorios y cansancio para sostener el nivel.

El tipo de comisiones que acuden a los campamentos saharauis a realizar trabajos de cooperación en salud ha ido aumentando y variando en los últimos años. Por una parte esto ha generado mayores posibilidades de atención a diferentes problemas de salud que antes no encontraban atención, pero, por otra, también supone una mayor necesidad de coordinación, confusión y establecimiento de hábitos no siempre positivos, y un mayor nivel de intervenciones sobre la misma población en el que se necesita unificar criterios, con un gran esfuerzo coordinador externo e interno.

Además se dan diferentes tipos de comisiones que corren el riesgo de contaminar los logros actuales o generar confusión en los y las profesionales y la población. Habría que diferenciar entre a) comisiones con una fuerte experiencia y confianza con la población y autoridades locales, que funcionan en la práctica como parte del sistema de salud saharauí; b) comisiones que vienen a realizar algunas actividades específicas, muchas veces sin una continuidad, o sin un conocimiento de las dificultades del contexto o del tejido

social saharauí; c) delegaciones sin un proyecto específico desde las que se realizan algunas consultas o actividades aprovechando la visita.

Las comisiones suponen un aporte muy importante en lo quirúrgico, pero tienen un tiempo excesivamente corto, lo cual es una limitación. Se han dado casos de algunas comisiones que no encuentran casos porque se quedan poco tiempo o por mala organización<sup>13</sup>. El trabajo de las comisiones también ha aumentado el consumo de medicamentos, lo que también hace que las necesidades sean mayores.

<sup>13</sup> Además de los problemas que ya cuentan con cobertura quirúrgica, como oftalmología, ORL, urología etc. parece haber un importante número de población infantil con patología quirúrgica.

### **Criterios de evaluación de los programas quirúrgicos**

#### **Características y dificultades prácticas de los programas quirúrgicos**

1. La organización del sistema de derivaciones y consultas de especialidad.
2. Dotación y funcionamiento de infraestructuras de diagnóstico (laboratorio, RX).
3. Dotación y mantenimiento de infraestructuras, tecnología y material quirúrgico adecuados.
4. Condiciones adecuadas de hospitalización pre y post-quirúrgica.
5. Coordinación e implicación de los profesionales de salud locales (medicina y enfermería) y de las autoridades sanitarias (hospitales y ministerio de salud).

#### **Pertinencia**

1. Perfil epidemiológico: necesidades de atención.
2. Falta de alternativas locales.
3. Impacto en los problemas de salud: prevención de nuevos problemas, mejora calidad de vida y complicaciones.

#### **Eficacia**

1. Coordinación consultas-cirugía.
2. Ratios de nº y tipo de intervenciones.
3. Garantías y criterios de calidad de la cirugía.
4. El trabajo de enfermería: coordinación y apoyo.

<sup>14</sup> Los baremos medios para las estimaciones fueron tomados de: *Morbilidad atendida y Resultados asistenciales en los hospitales de Osakidetza/SVS*. Año 2000. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Considerando solamente el monto de las subvenciones y el número de operaciones realizadas, el costo-beneficio comparativo según los baremos estándar entre coste de operación quirúrgica realizada en nuestro medio y en los campamentos saharauis sería de 1/5. Además del beneficio para la propia población, se proporciona equipamiento local y se produce un beneficio añadido en el trabajo de otras comisiones.

5. Accesibilidad: desplazamiento de especialistas.
6. Capacidad de resolver problemas e imprevistos.

### **Eficiencia**

1. Tiempo de hospitalización y condiciones.
2. Índice de operaciones-día y de complicaciones.
3. Uso de la tecnología.
4. Coordinación de suministros y reparaciones.
5. Evaluación coste/beneficio comparativo<sup>14</sup>.
6. Problemas de derivaciones (necesidades económicas y reconocimiento).

### **Impacto y sostenibilidad**

1. Dotación y funcionamiento.
2. Mantenimiento de la capacidad hospitalaria y ampliación de servicios.
3. Implicación de profesionales saharauis del exterior.
4. Participación de personal saharauí local: capacidades adquiridas.
5. Creación de referentes y protocolos de trabajo.

Fuente: Informe de Evaluación Proyectos de cooperación de la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD y Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Febrero 2002.

Si bien la creciente apertura de los campamentos supone un aumento del conocimiento exterior de la causa saharauí y del apoyo social o político a la misma, no puede obviarse el impacto que estas tendencias debilitan la eficacia de otras intervenciones. Eso es especialmente negativo cuando no siguen las reglas básicas sino sus propios criterios y generan confusión entre la población (se hace llamamiento a la gente sin preparación, no saben quién viene, los médicos no hacen entonces su trabajo de filtro y esto no se les transmite bien). Otro riesgo a evitar es que los y las profesionales de las Comisiones más comprometidas empiecen a ver dificultado su trabajo en vez de verse apoyados por la existencia de más recursos externos.



## Refuerzo del sistema de Atención Primaria

Las autoridades saharauis han mostrado durante la evaluación su interés en fortalecer la Atención Primaria. Para ello se ha asignado a cada médico/a una *daira* y una escuela a las que se encarga de visitar, atender y donde se supervisan los programas de salud. Sin embargo, muchos médicos y médicas ven que su función es peor que la del personal sanitario de *daira*, dado que por una parte no tienen el equipo suficiente para atender los casos con mejores medios (diagnóstico, laboratorio, etc.) y, por otra, no tienen la confianza con la gente que tienen los y las sanitarias.

Eso significa que cualquier intento de fortalecer el papel del personal médico en la atención primaria de las *dairas* debería: a) contar con un mejor equipamiento básico, b) un apoyo en formación sobre atención primaria, relación médico/a-paciente, etc. debido a que vienen de su formación en el exterior con escasa inserción en sus propias comunidades, c) un sistema de supervisión más cercana que ayude a resolver los problemas que se vayan presentando, d) establecer un trabajo conjunto con el sanitario y sanitaria de *daira* (reparto de tareas y claridad de funciones), e) favorecer la formación y estímulo al personal sanitario local, que durante años ha mantenido los programas básicos con muy pocos medios y reconocimiento.

Además se necesita una mayor perspectiva temporal. Los cambios necesitan tiempo, continuidad en la intervención y dedicación. La falta de continuidad (por ejemplo cooperantes que vienen una vez al año) no tiene conciencia de las dificultades y se deja arrastrar fácilmente por imágenes ya estereotipadas (no hacen tal cosa, no son capaces de...) y pierden la visión global de las dificultades o la estrategia para proporcionar apoyo. Por último, la intervención sanitaria exterior ha carecido durante mucho tiempo de la idea de cooperación (buenos y buenas profesionales de salud, pero escasa perspectiva o conocimientos de cooperación).

Por otra parte el mayor conocimiento y presencia más frecuente hace que la gente vea que no se está para poner problemas sino para facilitar soluciones. Muchos de los programas traídos de “afuera” han tenido que ir adaptándose al “nivel” de la gente. Los instrumentos que se manejen tienen que estar adaptados a sus necesidades. La experiencia muestra que con mayor partici-

pación y estímulo la transformación se puede dar, si además se da una cooperación cercana con más empatía con la realidad y seguimiento.

Uno de los desafíos para el refuerzo de la atención primaria es tener en cuenta a las diferentes personas que intervienen, así como sus diversas expectativas y necesidades, junto con una estrategia para asegurar la continuidad. Eso supone:

- a) Apoyar a las estructuras que aseguran más continuidad, es decir, los y las sanitarias locales. Se necesita favorecer su formación y capacidad de resolver problemas, así como la provisión de medios para los programas de prevención y salud ambiental.
- b) Trabajar con los y las profesionales de salud, especialmente personal médico, para avanzar en el sistema de atención primaria (desarrollar programas, mejorar medios, diagnósticos y capacidad de resolución). Se necesita favorecer su motivación, pero también un trabajo en equipo con el sanitario de *daira*, y un mayor conocimiento de la población local.
- c) Estimular la participación comunitaria, a través de las estructuras de las *dairas* y las organizaciones sociales que pueden activar la comunidad (escuelas, UNMS, etc.) mediante la educación para la salud.

### **Desarrollar un enfoque comunitario**

El trabajo de prevención y asistencia primaria debería basarse en modelos más cercanos a la comunidad, que tengan en cuenta las características socioculturales de la población y un trabajo de redes. Eso ayudaría por una parte a mejorar el impacto del trabajo de las comisiones de salud, así como el propio desarrollo de la atención primaria saharauí.

Algunas de estas características recogidas en diferentes entrevistas se resumen a continuación:

1. *Conocer los hábitos de la población.* Por ejemplo, los hábitos de la población respecto al consumo de medicamentos (según algunos informantes, la población beduina se toma los medicamentos sólo durante el periodo sintomático o los

toma mal – salvo en el caso de oftalmología en donde parece que se da un seguimiento mayor)–. Además está aumentando el consumo de medicamentos (automedicación) por los suministros llegados a través de delegaciones, visitas o envíos con los niños y niñas en el periodo de vacaciones, etc.

2. *Superar las dificultades de comunicación intercultural.*

Mucho personal médico que viene ha sido educado en poblaciones diferentes (Estado español, Cuba, etc.). Los traductores a veces no hacen una traducción fidedigna (por ejemplo, dificultad de decir “no lo entiendo”, o problemas para hacer preguntas en función de la jerarquía social a un anciano, o la diferencia de género). El personal médico y las comisiones deberían saber más de esto<sup>15</sup>.

3. *Establecer una relación de confianza.* Si la persona tiene confianza en el/la profesional se van a poder superar muchos de los obstáculos o barreras culturales. La experiencia de varios profesionales con un mejor nivel de integración con la población local muestra que a pesar de las dificultades de cumplimiento terapéutico, seguimiento, o pautas de prevención, si se establece una relación de confianza se superan todos los obstáculos. Si la gente no evalúa una actitud positiva de ayuda por parte del profesional, entonces se produce rechazo o distancia: *El personal de salud debería sentirse antes que nada ciudadano, meterse con la gente, ir a hablar con los abuelos, entender mejor la influencia, y el valor de la tradición y la cultura.*

4. *Diálogo con terapias tradicionales.* Por ejemplo, los técnicos veterinarios han ido a que los terapeutas tradicionales del ganado les den una charla (conocimiento de terapéuticas, valoración de agentes clave de la comunidad). Existen terapias tradicionales con una base científica (dar aceite a los animales antes de un cambio de alimentación desierto-wilaya). En otros casos conocer lo tradicional ayuda a establecer una empatía e introducir mejoras terapéuticas (además de la hierba tradicional para tratar la diarrea en los animales, dar arroz para mejorar sus problemas digestivos; de esta forma se complementa lo tradicional con nuevas prácticas saludables sin entrar en contradicción).

---

<sup>15</sup> Algunas reglas para la traducción:  
1) Atención a los cambios en los contenidos, traducciones mucho más extensas que la pregunta original, etc. 2) Empatía por la persona y tiempo de presentación. Persona que genere confianza. 3) Formación básica sobre lo que se habla. 4) Atención si existe un conocimiento demasiado desequilibrado de los dos idiomas. 5) Utilizar preguntas cortas y concisas.

## **Implicaciones para la salud materno infantil**

Un área en la que es particularmente importante el conocimiento de los aspectos culturales y el trabajo comunitario es la relativa a la salud materno infantil. El desconocimiento de muchos de estos factores está incidiendo de manera muy importante en el fracaso de los programas de salud en esta área. Los enfoques excesivamente tecnologizados, que no tienen en cuenta las características culturales y la psicología comunitaria, corren el riesgo de chocar contra las prácticas tradicionales y no lograr los objetivos de mejora del nivel de salud.

Las mujeres tienen a lo largo de su vida un número considerable de hijos e hijas. Por ejemplo, según datos de la ginecóloga, el promedio de embarazos por mujer que ha formado su familia registrados en la *wilaya* de Ausserd es de seis-siete. Los datos del año 2000 proporcionados por el ministerio de salud suponen una tasa de natalidad de 28 por mil, con un ritmo de crecimiento de unas 4000 personas por año (diferencia entre nacimientos y defunciones).

Los datos de mortalidad registrados muestran el impacto de los problemas relacionados con embarazo y parto tanto en niños y niñas como en las madres, se da así, aparentemente, una alta mortalidad y morbilidad perinatal que habría que evaluar más detenidamente. La tasa de mortalidad infantil está en 25 por mil nacidos vivos, lo cual es similar a países en vías de desarrollo, pero lejos del nivel europeo (8 por mil).

A continuación se recogen algunos conocimientos tradicionales y hábitos frecuentes en relación al embarazo y parto. Dichos conocimientos y experiencias necesitan ser mejor investigados y tenidos en cuenta en la formulación de los programas y el trabajo del personal de salud local y de las comisiones.

### **Algunos aspectos culturales de salud materno infantil**

- Las mujeres no aceptan que se les diga directamente “embarazada” (reaccionan de forma negativa). Probablemente piensan que el niño/a puede ponerse en mal estado con eso. En cambio, por problemas de esterilidad van a buscar ayuda y no se da la vergüenza, así como tampoco por problemas menstruales.

- En los campamentos no hay costumbre de acudir a un médico/a o comadrona para seguimiento o control ni durante el embarazo ni en el post-parto. Pocas mujeres acuden al hospital, y los partos se llevan a cabo en la *jaima* o en la casa. La costumbre determina que cuando las mujeres sienten los dolores de parto guardan cama y dejan de tomar alimentos, lo cual alarga el parto y produce una mayor debilidad para enfrentar éste.
- En el embarazo la mujer no quiere comer mucho o tomar vitaminas porque piensa que engorda al feto y es peor para el parto. Según la experiencia de varias especialistas en obstetricia, la mayoría de los niños y niñas recién nacidos tienen un peso moderado, no se dan problemas de partos distócicos por un excesivo tamaño del bebé. Se dan problemas frecuentes de anemia en el embarazo.
- Las mujeres no dan pecho a los bebés si delante está un tío u otros familiares, requieren intimidad.
- Hay comadronas tradicionales, pero éstas tienen experiencia en el parto, no en el embarazo. En el parto tienen problemas de falta de antisepsia, falta de medios para episiotomía, por lo que se dan desgarros. Tradicionalmente no conocen nada del feto hasta que sale, ni tienen prácticas de escuchar el latido, etc. Por eso no se hace ningún control, se espera hasta que nazca el bebé.
- Hay niños y niñas que han muerto o quedado con secuelas por sufrimiento fetal. Los problemas más importantes se dan en el manejo del parto de nalgas/pies, disposición transversa, parto distócico. También en el prolapso de cordón, se han dado casos de estrangulamiento por el cordón entorno al cuello, provocando la muerte.
- Si el parto se atrasa o se alarga la creencia es que hay algo que hacer para estimular a la mujer porque no se ha tenido en cuenta lo que ella quiere. En esos casos hay que tratar de estimular su motivación y disminuir su ansiedad. Se le pregunta y si quiere traer una alfombra o cualquier cosa, hay que ir a por ello. Eso a veces puede retrasar mucho la intervención y poner en riesgo a la madre y al bebé. No se puede luchar de frente contra eso, hay que negociar un tiempo para ir a buscar y traer, y si no resulta hacer intervención.

*Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas con informantes-clave.*

### *Niveles de atención a la salud*

En las *dairas* quienes atienden los partos más frecuentemente son las comadronas tradicionales. Además, están las matronas de formación reciente que trabajan a partir de los dispensarios de *daira*. Las matronas tradicionales son respetadas por la población, su trabajo es percibido como una contribución a la comunidad, pero no reciben estímulos o retribución de ninguna especie. En los dispensarios las mujeres pueden recibir atención del enfermero responsable y de las enfermeras capacitadas en la Escuela de Enfermería a las cuales la comunidad respeta de acuerdo a sus habilidades y compromiso con su trabajo.

Existe un servicio ginecológico en los cuatro hospitales de *wilaya*, cuya situación puede analizarse de la siguiente manera. El hospital de Ausserd tiene un área de gineco-obstetricia con una escuela y una consulta. Existen problemas de infraestructura al igual que en otras *wilayas*, además de escasez de compresas, pañales y alimentos, todos los cuales podrían servir como incentivo para que las mujeres acudieran al hospital para el parto. Por otra parte, el hospital de Ausserd, así como los demás hospitales de las *wilayas*, no tienen infraestructura para la atención de anomalías en el parto (necesidad de cesárea). En caso de que éstas se den es necesario un traslado a Rabuni, aunque no siempre existe transporte para ello.

### *Programas de la Cooperación Internacional*

En la actualidad existen en las *wilayas* equipos auspiciados por diferentes ONG internacionales que se responsabiliza de la situación sanitaria, aunque esto puede ir variando con el tiempo. En Ausserd trabaja un equipo auspiciado por PTM y conformado por tres ginecólogas y tres comadronas que realizan visitas periódicas a los campamentos. En Dakhla es responsable un equipo de Terre des Hommes que incluye una ginecóloga y una comadrona. Ambos equipos han llevado a cabo diversos acercamientos para abordar la problemática. En las *dairas* han llevado a cabo conferencias y reuniones con las matronas tradicionales, con dificultades de distinto tipo: el bajo nivel educativo de éstas, las dificultades para la convocatoria y la traducción, y la baja prioridad de esta actividad para el enfermero responsable.

El equipo de Ausserd ha asistido a algunos partos en las *jaimas*, experiencias que además de proporcionar datos sobre costumbres y dificultades, sugiere que es necesario impulsar los diagnósticos de calidad en las *dairas* para detectar situaciones anómalas, y programas de formación centrados en las matronas con nuevas formas de convocatoria y metodología.

*Posición de la Unión Nacional de Mujeres Saharaui  
sobre la salud materno-infantil:*

Respecto a la planeación o espaciamiento de los embarazos la dirección de salud y la UNMS plantean que nadie tiene derecho a decirle a la mujer cuantos hijos/as tener. Cuando la mujer pide un anticonceptivo éste se le puede proporcionar, con la condición de que su marido esté de acuerdo (no se requiere que éste esté presente). El hospital no da orientaciones generales de manera colectiva, de manera que la información que las mujeres tienen es muy escasa. Otras mujeres tienen temores a la utilización de anticonceptivos o no los usan por motivos religiosos.

La UNMS tiene un departamento de Salud y Asuntos Familiares que ha organizado algunas conferencias sobre los procesos de salud-enfermedad en el campo materno-infantil, en colaboración con el Ministerio de Salud. Ante el panorama general de las necesidades de las mujeres en este aspecto, son conscientes de que ésto no es suficiente, pero no existe una política más integral al respecto.

La directiva de la UNMS no entiende este campo de la salud como de responsabilidad directa de la organización, pero sí está dispuesta a asumir un papel de impulso a una acción más concertada con el Ministerio de Salud en este aspecto. Una acción más intensiva requeriría ciertos medios económicos para la organización, así como capacitación para un grupo de cuadros o promotoras de la dirección de formación de la UNMS, que pueda capitalizar la capacitación que traen otros y otras cooperantes, y pueda coordinarse con el personal médico.

Algunas alternativas o líneas de trabajo para mejorar los programas de salud materno-infantil son:

- *Superar las dificultades de hablar del embarazo o diagnóstico.* Utilizar actividades comunitarias con las mujeres dado

que no hay problema para hablar del embarazo en general, por lo que sí hay facilidad y aceptación de actividades comunitarias en las que se hable de esas cosas. Además, en los casos individuales se pueden utilizar mensajes indirectos o generalizaciones: *este medicamento hace daño a las mujeres embarazadas o durante la lactancia* (sin focalizar en ella). O preguntas que no señalen (*¿cuándo tuvo la última regla?* Para chequear si puede estar embarazada).

- *Estrategias para mejorar la aceptación de tratamientos.* Respecto a la aceptación de hierro o suplementos para el control de la anemia, buscar otras alternativas terapéuticas que disminuyan los problemas de adhesión al tratamiento como dar el hierro con vitaminas o mejor jarabe que pastilla para facilitar la aceptación.
- *Establecer un diálogo y complemento entre lo profesional y lo tradicional.* Hay que trabajar juntos desde el respeto de unas a otras, también para poder convencer y tener una intervención pedagógica. Eso significa respeto, empatía y disminuir las barreras de distancia social (visitas a las *jaimas*, compartir experiencias en momentos informales, preguntar y ofrecer apoyo, etc.).
- *Atención a las diferencias de género.* Para facilitar una comunicación sobre aspectos relacionados con embarazo y parto, aunque no sean del todo determinantes (según cual es el nivel de confianza) es deseable que la atención la realicen ginecólogos. Se necesitaría investigar algo más en estos conocimientos, creencias y hábitos tradicionales, para establecer algunas líneas de trabajo comunes para las diferentes profesionales que intervienen en la detección, control de embarazo, detección del riesgo obstétrico y apoyo en el parto.
- *Dimensionar los objetivos respecto al control y atención en el embarazo y parto.* Un enfoque médico y tecnologizado no ha funcionado (en el hospital de Auserd hay dos incubadoras que nunca se han utilizado). Por ejemplo, el proyecto de Atención Primaria de Auserd empezó con un objetivo muy pretencioso y poco adaptado al medio (“sacar el parto de la *jaima*”). En la actualidad se encuentra en un proceso de cambio y está empezando a lograr una mayor confianza,



relación con las comadronas y resultados en el nivel de salud, pero dichos aprendizajes deberían ser generalizables a las diferentes *wilayas*.

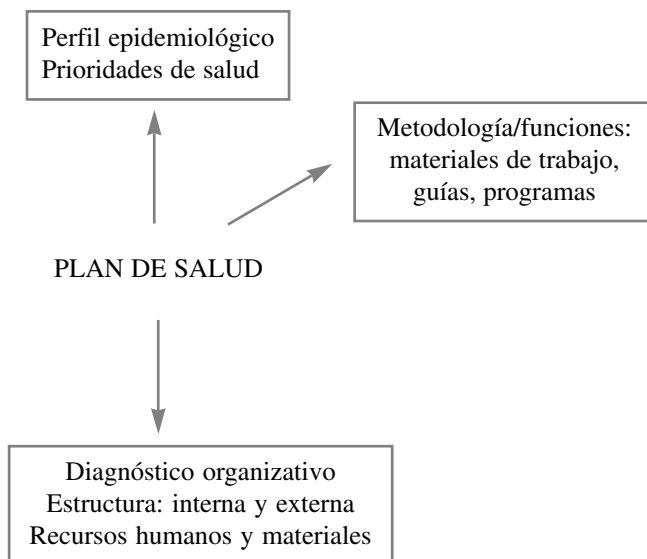
- *Unificar criterios sobre diferentes estrategias*: 1) sobre trabajo en formación y apoyo a comadronas (por ejemplo, en algunos lugares se da un kit para el parto a las comadronas con diferente contenido); 2) hay en preparación varias cartillas de control y seguimiento de embarazo; 3) las ecografías suponen un refuerzo positivo en algunos lugares como un estímulo para control del embarazo (motivación por conocer el sexo, estado, etc.) y ejercicio de sensibilización más que para una detección sistemática; 4) en algunos hospitales se han dado compresas y algunos materiales para la madre que han favorecido un acercamiento al hospital, en otros es prácticamente inexistente; 5) parece necesario aumentar la confianza y mejorar las prácticas de los y las profesionales de salud saharauis respecto al control del embarazo y parto (por ejemplo, para el manejo de problemas que se salen de los esquemas habituales).
- *Necesidad de un enfoque comunitario* que mejore la formación y capacidad de atención de los y las profesionales y servicios de salud, su relación con las comadronas tradicionales, la educación para la salud y la activación y participación comunitaria (por ejemplo a través de líderes locales, el papel de la UNMS, etc.). Una posibilidad sería que una ginecóloga de confianza recoja los diferentes enfoques, experiencias de profesionales de salud, de comadronas y mujeres y establecer un equipo de trabajo con participación de profesionales saharauis en el que se diseñe en conjunto el programa de control y cuidado del embarazo y parto.

## **Hacia un plan de salud**

Todas las anteriores propuestas y recomendaciones están orientadas a fortalecer la sociedad saharauí y su capacidad de resistencia en un contexto de transición hacia nuevos escenarios.

Eso supone pasar de la coordinación de proyectos a introducir elementos de diseño y planificación rescatando los aprendizajes y experiencias de todos estos años e introduciendo mayores dosis de

estrategia para el fortalecimiento institucional. Para ello se necesita: a) mayor trabajo de análisis epidemiológico y planificación; b) dotar al sistema sanitario de metodología y criterios comunes (medicamentos, protocolos, etc.); c) un diagnóstico organizativo que ponga énfasis en las políticas de motivación y cuidado de recursos humanos.



Hasta ahora los únicos registros disponibles son escasos y fragmentados, se recogen datos pero falta una recogida sistemática que permita analizar el perfil epidemiológico y definir prioridades de salud. Apenas existen archivos de historias o estas están en las *jaimas* (pacientes que tienen su propio historial clínico). Se recogen datos sobre mortalidad (con sesgos debido a: los partes de defunción, no se siguen las medidas estándar OMS para comparar tasas, etc.), natalidad, morbilidad (datos duplicados en registros *daira-hospital* en algunos problemas; relacionados con la disponibilidad de comisiones que atienden esos problemas; agregados por especialidad en lugar de por patología, etc.). Los datos recogidos hasta ahora sirven para ver tendencias, pero no constituyen una base suficiente para la planificación.

Existen algunos instrumentos para la recogida de datos pero faltan hojas de registro, etc. La mayor parte de los registros son manua-

les y no hay elementos de comparación, por lo que se utilizan para ver tendencias de año en año pero no son más selectivos. Contrasta el nivel alcanzado con la atención terciaria.

Se necesitaría establecer un pequeño grupo de trabajo que asesore en lo epidemiológico con el ministerio y los y las técnicas de salud durante un tiempo (1-2 meses), que acompañe, visite, provea de documentación, sistemas de apoyo, etc. En ese tiempo podría establecerse un sistema de registro con una supervisión local por parte de las autoridades saharauis.

### **3. El apoyo a las mujeres saharauis**

#### **Retos y alternativas para la estrategia de la UNMS**

Algunos de los logros alcanzados durante los últimos años, amenazan con perderse ante los retos formidables que presenta la actual situación de "ni paz ni guerra", o bien, como la hemos denominado al inicio de este documento, la que podría ser una etapa de "desarrollo en el refugio" o fortaleza en la espera.

#### **La Unión Nacional de Mujeres Saharauis**

##### **Características del trabajo UNMS:**

- Fortalecimiento de las mujeres a nivel amplio.
- Encargo de la asistencia social.
- Trabajo político, interno y externo.
- Fortalecimiento interno.

##### **Desafíos del trabajo de la UNMS:**

- Formación de cuadros.
- Visibilización de la UNMS con respecto a sus propias contribuciones.
- Revalorización de la inserción laboral.
- Creación de estímulos para el trabajo comunitario.

Consideramos que en esta etapa los siguientes aspectos podrían ser profundizados por la UNMS en la reformulación de su estrategia:

### *La formación de cuadros*

La dirección de la UNMS concibe al equipo profesional que trabaja en la sede como un mecanismo de intermediación entre la base y la dirección del Frente. El equipo profesional es limitado, y los recursos de capacitación a los que tienen acceso no siempre se aplican a fortalecer a los cuadros de la UNMS, sino que se asignan a mujeres que ocupan puestos de trabajo profesionales en diferentes instituciones o ministerios. Debido a esta concepción, la UNMS no ha podido desarrollar una política de construcción de su propia capacidad en diferentes ámbitos. Este vacío incide en una serie de aspectos:

#### a) El relevo de cuadros políticos

La realización del congreso de la UNMS en abril de 2002 planteó el interrogante sobre la disponibilidad de relevos preparados para poder sustituir a los cuadros actuales, ya sean electos o designados en la organización. La entrada de personal sin suficiente preparación podría significar un considerable atraso en el proceso de las áreas que se trabajan. Habría que referirse aquí al desarrollo de los siguientes aspectos:

- la capacidad estratégica para la elaboración de planes de trabajo efectivos, un conocimiento profundo del medio, habilidades técnicas para la planeación y la gestión, técnicas grupales participativas, incluyendo técnicas de investigación, dominio de temas de género, cuestiones de salud materna y salud mental, y el conocimiento de algún idioma diferente al hassenia.
- el desarrollo y ejercicio de liderazgos democráticos, solidarios entre mujeres, aspectos nuevos que las organizaciones están buscando en otros países y sería necesario cultivar para un fortalecimiento actual y de futuro.

#### b) El fortalecimiento de los cuadros intermedios

Existen aproximadamente cincuenta integrantes del aparato de la UNMS en las *dairas* y *wilayas*, que ponen un gran esfuerzo para llevar adelante el trabajo organizativo, de detección de necesidades

y de atención a una variedad de problemas. El fortalecimiento de estas mujeres en términos de capacitación y de estímulo es central para el sostenimiento de la estrategia de la UNMS.

Hasta el momento, no existe un sistema que permita a la organización capacitar integralmente a estos cuadros de manera que puedan ser capacitadoras de otras mujeres, internas o externas al aparato de la UNMS, tanto en las *wilayas* como a nivel central. Crear este sistema significaría dotar a la organización de una capacidad instalada propia que le permita formar y capacitar a otras mujeres en el contexto de su proyecto estratégico y adquirir gradualmente una independencia de los organismos externos, en todos los temas que la organización desee priorizar.

*La formación de las mujeres de las dairas a nivel amplio y la reducción de la distancia entre la dirección y la base*

Por otra parte, se estima oportuno realizar un trabajo educativo orientado a las mujeres que trabajan en sus *jaimas*, muchas de las cuales son analfabetas funcionales, las cuales requerirían un enfoque participativo que les permita una reflexión colectiva y el desarrollo de nuevos vínculos sociales. Se trata de un planteamiento que ha sido muy útil para que los grupos marginados se sensibilicen ante su propia realidad, se atrevan a formular sus necesidades y deseos, compartan y confronten sus temores, descubran sus propias fortalezas personales y las de las demás personas, y se apoyen mutuamente al poner en práctica cambios en su vida que pueden ser difíciles o que se contraponen a expectativas tradicionales.

Este tipo de proceso es respetuoso con la cultura, en el sentido de que anima a las integrantes del grupo a explorar y cuestionar esos rasgos culturales, a seleccionar y retener como propios aquellos que fortalecen las dimensiones de sobrevivencia más vitales de las personas, su capacidad de desarrollo y bienestar y la solidaridad entre ellas.

La UNMS ve la necesidad de desarrollar este tipo de alternativa por cuatro motivos:

- regenerar el nivel de energía y vitalidad presente entre las mujeres de la *daira*,
- fomentar la confianza y solidaridad en las comunidades,

- romper silencios que fomentan el desánimo y la falta de visión sobre las alternativas,
- reducir la distancia entre la dirección y la base social de la organización,
- transmitir a las mujeres de base la importancia de los derechos que tienen y el sentido de su participación en puestos de representación para la defensa de esos derechos.

En relación a las alternativas institucionales abiertas, existe en el organigrama de la UNMS una Dirección de Formación que podría adecuarse para este fin si es dotada de medios institucionales y financieros por parte de la cooperación internacional.

**Criterios de evaluación**  
**Programa de apoyo a la infraestructura**  
**de la Unión Nacional de Mujeres Saharaui**

**Pertinencia**

- Apoyo a organización que cohesiona la población.
- Necesidades de infraestructura.
- Capacidad instalada para establecer comunicaciones.
- Falta de apoyo en infraestructuras por la cooperación.

**Eficacia**

- Disponibilidad de los equipos.
- Estímulo a las mujeres jóvenes.
- Facilita acceder a otros puestos para las mujeres.
- Materiales de difusión y comunicación.
- Participación de las mujeres en las oficinas.
- Presencia de las responsables de la UNMS en las diferentes *wilayas*.

**Eficiencia**

- Uso intensivo que todo el equipo.
- Sistema de registro y archivo.

### **Impacto y sostenibilidad**

- Visibilidad, presencia y capacidad de actuación en los campamentos.
- Contacto con el exterior.
- Cuidado y mantenimiento de infraestructuras.
- Potencia nuevas experiencias: asesoría psicológica y legal.
- Apoyo al debate y enriquecimiento de las mujeres.

Fuente: Informe de Evaluación Proyectos de cooperación de la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD y Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Febrero 2002.

### *La conversión de las necesidades en fuente de fuerza política: Visibilización de la UNMS con respecto a sus propias contribuciones*

La UNMS atiende muchas de las necesidades que aparecen en el contexto de la vida cotidiana en la *jaima* y busca alternativas de solución. Sin embargo, el efecto de estas acciones no parece ser reivindicado suficientemente por la organización con el fin de que se visibilice y pueda ser retribuido por la sociedad y por las autoridades, a nivel simbólico o material, a través del reconocimiento público, de la dotación de medios e infraestructura, o de estímulos. Dos elementos aparecen como prioritarios:

- a) La obtención de datos que evidencien los problemas. Actualmente hay una falta de datos que permitan diagnosticar los problemas, visibilizarlos, planificar acciones y medir los logros. Una forma de avance en este aspecto sería realizar algunas encuestas o investigaciones en torno a las problemáticas más prioritarias, que permitan a la UNMS posicionarse en torno a las alternativas. Las cuestiones que fueron analizadas en el Congreso podrían ser algunos de los temas a ser diagnosticados con mayor precisión.
- b) La necesidad de una política de difusión. En el plano de la visibilización es necesario que la UNMS tenga formas de difusión que estén a la altura de sus necesidades actuales. Esta política debería contemplar las siguientes dimensiones:

- la negociación de espacios en el periódico, radio y TV para los programas que diseñe la UNMS;
- la capacitación de mujeres en las escuelas de FP para este tipo de actividades;
- la formulación de un proyecto que contemple la creación de un equipo profesional en cada *wilaya* que produzca, a partir de entrevistas y observaciones, materiales para los programas en los diferentes medios.

### *La revalorización de la inserción laboral*

A lo largo de las entrevistas mantenidas para la evaluación se evidenció la situación difícil que viven las mujeres en el nivel laboral, lo cual representa un retroceso del estatus que tenían en otros momentos de su vida en el refugio. Se percibe una desvalorización de los trabajos femeninos, y el creciente contraste entre las posiciones en donde se reciben estímulos y aquellas en las que no ocurre esto.

El resultado de todo ello es que en la etapa actual, en que la inserción laboral aparece cada vez más como la vía de sobrevivencia digna para las mujeres, las contradicciones de esta doble jornada están pesando de tal manera sobre ellas que la calidad y nivel de dicha inserción parecen haber retrocedido.

Su resolución, ya sea por la vía positiva de la ampliación de los horarios y acceso temprano a los centros de cuidado infantil, o bien por la vía negativa de que las mujeres ocupen puestos laborales de bajo nivel o se retiren a su *jaima*, podría determinar el estatus que las mujeres de esta sociedad ocupen en el futuro.

La posición de las mujeres se vería fortalecida a partir de algunos ajustes tanto ideológicos como materiales en este aspecto. En este sentido:

- a) El desarrollo de un nuevo discurso en torno a las dificultades de las mujeres para asistir a los centros de capacitación que están organizados como internados, y a su baja presencia en puestos de dirección, discurso que no ponga la responsabilidad solamente en ellas o en la mentalidad tradicional, sino que además muestre la importancia de promover los apoyos materiales como son los estímulos y el cuidado infantil.



- b) Sería importante que la UNMS asigne un estímulo para todas sus trabajadoras, e introduzca un apartado para éstos en todos los proyectos ya que este procedimiento está generalizándose en todos los empleos de los ministerios y considerando que de otra manera será difícil asegurar la permanencia y estabilidad laboral y política de los cuadros femeninos.
- c) En cuanto a los Centros de cuidado infantil, las entrevistas indican que las mujeres con hijos e hijas pequeñas tienen muchos problemas para cuidar de éstos y al mismo tiempo sostener un empleo o un régimen de estudios intensivo. En las entrevistas se hacen múltiples referencias a las mujeres que abandonan su proceso de formación o su puesto de trabajo después del primer año, y pasan a ocupar más adelante puestos auxiliares, de salud o en otros campos, debido a las dificultades que encuentran para compatibilizar trabajo y cuidado familiar. Las madres trabajadoras con hijos e hijas pequeñas deben de dejarlos al cuidado de su familia, y esto las coloca en una posición de dependencia.

Se valora pertinente crear un centro de cuidado infantil, lo que implicaría disponer de un edificio y de materiales pedagógicos. Sería importante que la UNMS contemple de nuevo la situación y la plantee ante las autoridades saharauis, así como a las mujeres de las *dairas* y a la cooperación internacional.

#### *La creación de estímulos para el trabajo comunitario*

En la medida en que las mujeres adultas de cierta edad no pueden insertarse laboralmente, y continúan llevando pesadas cargas de trabajo en las *jaimas*, es necesario estudiar las formas de estímulo que podrían asignárseles, de manera que se sientan valoradas socialmente.

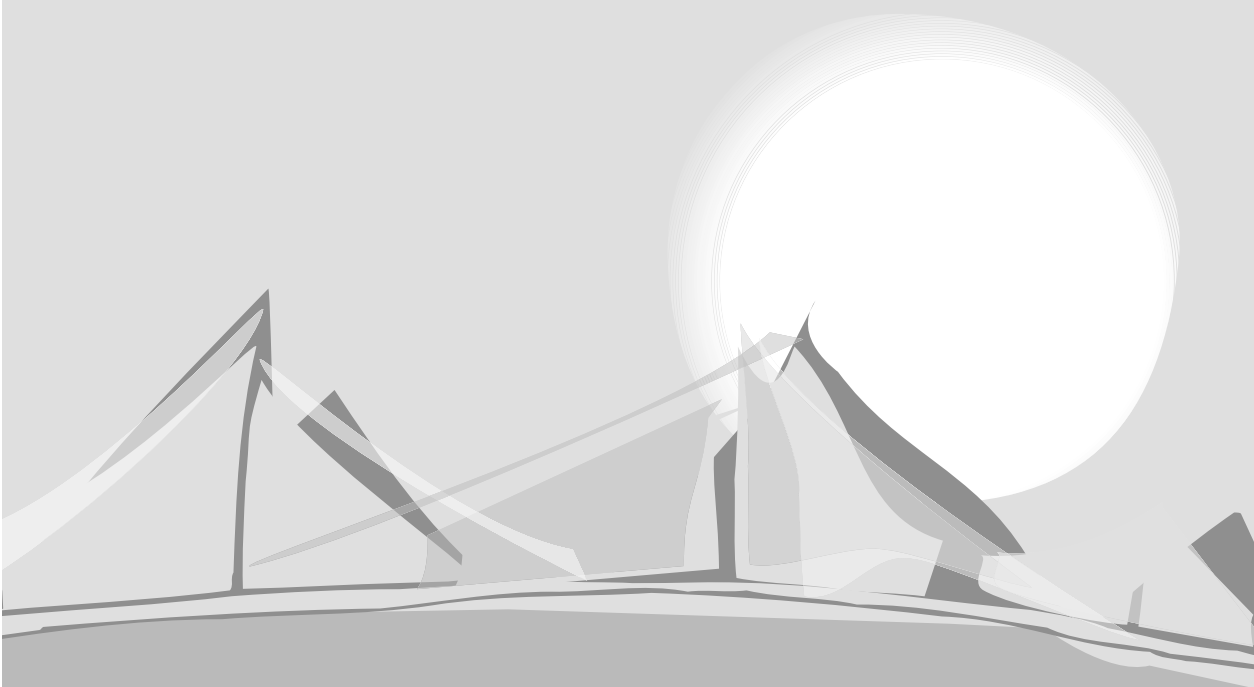
#### **Recomendaciones para la cooperación con la UNMS**

1. La UNMS ha desarrollado una amplia gama de acciones en torno a diferentes necesidades: actividades para facilitar el funcionamiento de las escuelas de FP, promoción de un centro de asesoría a las mujeres en aspectos de salud mental, depresión, autoestima y enfermedades de distinto tipo, de atención a la

población discapacitada y a la de edad avanzada, y de fortalecimiento político de las mujeres a través de acciones que visibilicen su aporte a la sociedad, entre otras.

2. Con el fin de actualizar su estrategia y su programa, la UNMS requeriría fortalecer su capacidad instalada para formar cuadros de alto nivel y de nivel medio en aspectos de diagnóstico, planeación y gestión, técnicas participativas en diferentes temáticas y metodología para formar a formadoras en estos aspectos.
3. Se requieren procesos de reflexión y sensibilización con las mujeres profesionales, con las que trabajan en las *dairas* y en sus *jaimas* de manera que puedan procesar las dificultades que enfrentan, compartir las contradicciones entre las concepciones y formas de pensar tradicionales frente a las nuevas y hacer frente común en la búsqueda de alternativas.
4. Es necesaria la visibilización de la situación de talleres profesionales y escuelas de FP con el fin de abordarlas de manera integral ante la población y ante la cooperación internacional, dando respuesta a la necesidad de cuidado infantil y de estímulos.
5. Se requeriría además diseñar sistemas de registro de datos y diagnosticar necesidades con el fin de que la UNMS pueda visibilizar los temas que preocupan y medir los logros y avances difundiendo las alternativas a través de programas en los medios escritos, radio y TV adaptados a las necesidades de las mujeres y producidos por mujeres saharauis capacitadas para ello.

## Recomendaciones generales





## **Cooperación en salud y apoyo a las mujeres saharauis.**

### **a) Para las instituciones que apoyan proyectos de cooperación:**

1. Mantener la cooperación con la población saharauí refugiada mientras se encuentra en una situación transitoria en la búsqueda de una solución política. Incorporar a la cooperación con el Sahara proyectos de apoyo que ayuden a paliar los efectos negativos de la incertidumbre permanente y transitoriedad mantenida, así como a adquirir los mecanismos de planificación en un contexto de transición.
2. Además de requerir los recursos económicos proporcionados por las instituciones, especialmente los proyectos de cooperación en salud implican la participación de cooperantes vascos y vascas que se encuentran trabajando en diferentes instituciones y cuya participación es clave para el desarrollo de los proyectos. En los casos específicos, se debería facilitar una política de permisos acorde con la consideración de la cooperación como una parte de las instituciones sanitarias.

### **b) Para la coordinación en salud y la relación entre instituciones, ONG y autoridades saharauis:**

1. Los programas quirúrgicos y de formación en enfermería siguen siendo prioritarios en el mantenimiento de la capacidad asistencial y mejora del nivel de salud de la población saharauí. Los programas de asistencia en especialidades deberían dedicar más tiempo en los próximos años a la for-

mación y estímulo del personal local, mediante un plan de trabajo coordinado con las autoridades saharauis.

2. Mejorar las condiciones de transporte sanitario de forma que se asegure una igualdad de acceso a los servicios de salud, consultas y cirugía, compensando las dificultades geográficas o de recursos de transporte (de las *dairas* más lejanas al hospital o *wilayas* más alejadas de los centros quirúrgicos).
3. Mejorar la coordinación entre las comisiones de salud en el exterior (establecimiento de criterios comunes, calendarios, parcelas de trabajo y toma de decisiones), así como una mejor comunicación y coordinación en los propios campamentos. Se necesita reforzar la coordinación local y la adecuación de las intervenciones al ritmo, decisiones y fortalecimiento de la capacidad saharai.
4. Realizar un programa de refuerzo de la atención primaria que tenga en cuenta el análisis de las fortalezas y debilidades de las experiencias piloto puestas en marcha en los últimos años.
5. Apoyar la puesta en marcha en las instituciones saharauis de un sistema de registro de datos y un estudio diagnóstico a partir del cual se elabore una propuesta desde la planeación estratégica. Este sistema podría iniciarse en el ministerio de salud como institución piloto (incluyendo lo epidemiológico, los recursos humanos para la planificación de los servicios).
6. Incorporar los incentivos a los servicios de salud y otros, para promover una mejor sostenibilidad del trabajo comunitario. Los beneficios y formas de prevenir algunos riesgos se valoran en el epílogo de este informe.
7. Incluir áreas de formación en técnicas participativas o educación comunitaria en las diferentes escuelas técnicas que atienden a la población (formación de cuadros, UNMS, escuela de enfermería, etc.) para favorecer un enfoque comunitario y un estímulo a la iniciativa de la población refugiada.

**c) Para la UNMS y los programas de cooperación y apoyo:**

1. El apoyo a la Organización Nacional de las Mujeres Saharauis, UNMS, en cuanto a infraestructura, medios y programas que

- permitan mantener y desarrollar su trabajo. De esta manera, puedan seguir siendo visibles y su papel catalizador de muchas otras iniciativas en todos los niveles y en torno a las diferentes alternativas emprendidas por el pueblo saharauí.
2. Promover la capacidad instalada de la UNMS a través de la Dirección de Formación para formar a sus cuadros a través de un curso de formación de formadoras en los campamentos en áreas como: técnicas de diagnóstico e investigación participativa, gestión y liderazgo, administración e informática y otros temas de interés que defina la UNMS.
  3. Incluir en las escuelas de Formación Profesional para mujeres la capacitación de personal para la realización de talleres de sensibilización y capacitación en temáticas de género a través de técnicas participativas.
  4. Promover la incorporación de estímulos para las mujeres y la UNMS y la atención a las necesidades de cuidado infantil en todos los proyectos de cooperación internacional en que participen mujeres.
  5. Promover la producción de un programa de difusión en radio dirigido a las mujeres de diferentes niveles educativos, con el fin de impulsar la sensibilización de las mujeres, visibilizarlas en todos los niveles sociales y políticos y fortalecer el potencial político de la UNMS. Se trataría de formular y gestionar un proyecto por medio del cual se capacite a un equipo de mujeres para elaborar programas de radio, en acuerdo con el Ministerio de Información para su difusión a través de la infraestructura de éste.
  6. Impulsar el departamento de Producción de la UNMS y en coordinación con los talleres y escuelas de formación profesional, fomentar la capacidad productiva de las mujeres y su fortalecimiento económico a través de la elaboración de proyectos que contemplen la producción y comercialización. La formación profesional para mujeres deberá contemplar módulos que aporten los elementos necesarios para la comprensión de la situación de las mujeres y sus derechos y los problemas que impiden su plena integración en todos los ámbitos.

Askatasun historia, Saharakoa. Heriotzeko historia, bizitza babesteko. Paradoja horretarako tarteko lotura ondutzeko ez dago hitzik, hain huts eta betea aldi berean, moeta guztietako sentimentuen muturrak berpizten dituena.

*(C. Perreaux)*

Errefuxiatuen aterpea, 27 urtekoa honezkerok Saharan, norabiderik ez duen erdibea baino ez da. Saharako gizarreak erbestean errefuxiatu bizi dituen arazo eta erronken bilduma dugu txosten hau eta zehatzago bertan egindako lanaren ebaluapena. RASDren aldeko lagunen elkarteen eraginez eta Vitoria-Gasteizeko udalaren 1997-2002ko urteetako laguntzaz baliaturik, kanpamentuetan babesean bizi diren saharauekin lan-kidetzan egindakoa azaltzen da.

Baina proiektuen ebaluapen zehatza baino zerbait gehiago lortu dugu. Bertako jendearen bizimodua ezagutzeko aukera izan da, bertakoen premia eta kulturaren ezagupidea ere badugu eta bertako egoera eta zenbait arazoentzat soluziobideak aukitzeko grina ere agertzen saituko gara.

Sahara, historia de libertad. Historia de muerte para proteger la vida. Paradoja sin saldo de una palabra al mismo tiempo tan vacía y tan llena que aviva los extremos de todos los sentimientos.

*(C. Perreaux)*

Este libro es el resultado de un trabajo en el marco de una evaluación del Convenio de cooperación entre el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava. Este informe incluye los programas Quirúrgico, Radio y Medios de Comunicación, Escuela de Enfermería y Unión Nacional de Mujeres Saharaui, encargado por el Servicio de Cooperación al Desarrollo del citado Ayuntamiento a Hegoa. Agradecemos al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y a la Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Vitoria-Gasteiz por el apoyo y colaboración prestado tanto en la evaluación como en la publicación del mismo.

Financia:



Ayuntamiento  
de Vitoria-Gasteiz  
Vitoria-Gasteiz  
Udala