

II JORNADAS DE COOPERACION SANITARIA CON EL PUEBLO SAHARAU SAHARAR HERRIAREKIKO OSASUN KOOPERAZIOARI BURUZKO II. JARDUNALDIK

Vitoria-Gasteiz, 21, 22 y 23 de Junio de 1.996 / Gasteiz, 1.996ko Ekainaren 21, 22 eta 23an

MESA Nº 1: PLANES DE SALUD INTEGRAL

1.- Introducción.

Las II Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui tuvieron su origen en la demanda presentada por el Ministerio de Salud Pública de la R.A.S.D. para coordinar las acciones que nazcan de las líneas de trabajo que marque el M. de S. P. y que la cooperación tenga una mayor información de las prioridades.

El lema del 9º Congreso en materia de Salud fue "**Acercar la Salud al ciudadano**", y en esa línea se ha trabajado en todas las mesas de la conferencia.

La asistencia de una numerosa delegación del Ministerio de Salud Pública de la R.A.S.D., presidida por el Ministro, ha garantizado la presencia de expertos saharauis en cada grupo de trabajo. Estos han marcado las líneas estratégicas de los diferentes temas tratados y han dado solución a las dudas que se han presentado a lo largo de las sesiones. Asimismo certifican con su presencia la legitimidad de las conclusiones y su operatividad para el trabajo futuro en la Salud en los campos de refugiados.

Los trabajos de la Mesa nº 1 se han desarrollado partiendo de las necesidades que el M. de S. P. manifiesta tener y que son la consecuencia de las limitaciones humanas y técnicas que existen en el Plan de Salud del Ministerio y que, aún previstas la mayoría de ellas, no se puede evitar su aparición a lo largo del desarrollo de dicho Plan.

El Plan de Salud de la R.A.S.D. adolece de un problema inherente a la situación de exilio, la imposibilidad de elaborar unos presupuestos a corto, medio y largo plazo que garanticen la seguridad de su cumplimiento y la certeza de su financiación así como de la continuidad de las acciones. Esto depende en muchas ocasiones de instancias que el M. de S. P. no puede controlar.

A esta dificultad para la autogestión, hay que sumar la tendencia autocrática que a veces tenemos desde la cooperación de asumir funciones de carácter estratégico sin consulta previa ni demanda, invadiendo campos de decisión que deberían ser competencia exclusiva de los responsables del Ministerio de Salud Pública de la R.A.S.D.

Estas actuaciones disminuyen la eficiencia de los propios programas que rara vez coinciden con las necesidades y nunca con las prioridades.

Desde estas Jornadas se quiere dar un toque de atención en algo que debería ser obvio para todo cooperante pero que, a veces por inexperiencia, otras por excesiva seguridad y siempre con buena voluntad, nos puede hacer pensar por otros. No es admisible que un proyecto de Cooperación Sanitaria se diseñe sin conocimiento de los responsables del M. de S. P., eso siempre contamina el Sistema Sanitario de la contraparte y produce efectos perversos impidiendo cualquier tipo de planificación y por consiguiente la elaboración y desarrollo de un Plan de Salud.

Considerando que un Plan de Salud precisa de, un diagnóstico de Salud previo al diseño del Plan, unos objetivos específicos (por áreas de salud, patologías prevalentes, personal de riesgo, bandas de edad, cobertura de riesgos con prevención, etc.) y una estrategia con líneas de trabajo, indicadores y cronograma que identifiquen las acciones y su grado de consecución en el tiempo, el Ministerio presentó al 9º Congreso el Plan de Salud hasta el siguiente Congreso y al Parlamento en Diciembre de 1995 el Plan del año 96.

2.- Áreas de Salud

2.1. Planes de Salud de wilayas

- Fortalecer la estructura sanitaria regional dotando los hospitales de wilaya de los servicios necesarios para dar cobertura a la atención que se espera de ellos.

- Hospital de wilaya

Infraestructura

remodelación arquitectónica

energía

dotación de servicios

archivo

laboratorio

radiología

urgencias

odontología

sala de espera

consultas

médicas

de enfermería

ingresos

Medicina Interna

Pediatría

Ginecología

farmacia

Derivación a hospitales centrales

- Dignificar el puesto de trabajo de los sanitarios.
- Dar una asistencia de calidad y una atención confortable.
- Formación de personal sanitario para la atención primaria y especializada.

En la actualidad hay un programa de Apoyo a la Atención Primaria en la wilaya de Dajla desarrollado por Medicus Mundi de Catalunya y otro, para la wilaya de Auserd, recién aprobado por la S.E.C.I.P.I. de un consorcio entre la Asociación de Amigos de la R.A.S.D. de Alava e Hirugarren Mundua ta Bakea. Las otras dos wilayas, Smara y Aaiun, serían las que precisarían de ese plan de apoyo a la estructura sanitaria autóctona.

Estos programas tendrían como uno de sus objetivos el invertir algunos de los efectos nocivos que han producido en el Sistema de Salud Saharaui los programas de atención terciaria que se han desarrollado en los últimos años:

- La descapitalización de los escalones primarios por la inversión en los programas quirúrgicos.
- La desmotivación de los sanitarios saharauis.
- Su pérdida de prestigio entre la población por comparación con los cooperantes.
- La falta de medios de diagnóstico y tratamiento en sus manos.

Este listado, sin ser exhaustivo, es ilustrativo de los peligros que la cooperación siempre conlleva y que se tratarán con más detalle en la mesa nº 7.

2.2. Territorios Liberados

Existe un plan de dotación del Hospital de Miyek que daría cobertura a toda la zona de influencia con atención a los nómadas y demás personas que se encuentren allí o en zonas próximas dentro de Mauritania. Dicho proyecto está financiado por el Gobierno Canario y su gestión está a cargo de la Asociación Canaria de Amigos del Pueblo Saharaui.

3.- Patologías Prevalentes

3.1. Enfermedad Diarreica Aguda.

- Control del agua de consumo.
- Rehidratación.
- Diagnóstico.
- Encuestas epidemiológicas.

3.2. Desnutrición.

- Formación
- Programas de nutrición
- Prevenciones (viajes a las zonas de nomadeo de la población de riesgo para sobrealimentación con carne y leche fresca, --->TRANSPORTE)

3.3. Ferropenia.

Hay estudios de prevalencia de ferropenia realizados en los Campamentos por Rada Barnen, la Universidad de Graz y Enfants Refugiés du Monde (el último en el año 1990), que concluyen en afirmar que representa un problema de entidad en su número como para abordarlo. Se dio una papilla durante unos años que se hizo por parte de Rada Barnen y cuyo único defecto era el de incluir yodo en su composición cuando hay un exceso de yodo en el agua. En aquel tiempo no se conocía este dato de la composición del agua.

3.4. Diabetes.

Hay un programa actualmente en marcha de la Asociación de Asturias de Formación de Técnicos para Tratamiento y Control de Diabéticos. La Formación se realiza en Asturias y cubre todas las wilayas.

3.5. Bocio.

Se han realizado dos estudios de bocio y sus causas. El primero realizado por la Asociación de Amigos de la R.A.S.D. de Euskadi en 1991 se enfocó como un estudio de enfermedades por *déficit* de yodo hasta que el resultado de la analítica de orina y químico del agua dio un resultado de difícil solución, un exceso de yodo. El segundo estudio realizado por un equipo italiano de la Universidad de Catania concluyó con el mismo resultado. Actualmente se intenta en Asturias encontrar la causa de la prevalencia del bocio no muy lógica en presencia de un exceso de yodo. Se está en fase de investigación de la causa y no hay datos en la actualidad. Únicamente comentar que en los primeros estudios se recogieron en la bibliografía los pocos lugares en el mundo en los que había bocio y exceso de yodo, comedores de algas en una isla de Japón y asentamientos en lugares desérticos en Asia.

3.6. Tracoma.

Hay un estudio de prevalencia del tracoma realizado por CESTAS, O.N.G. de Bolonia que inició tratamientos con pomadas y que en la actualidad lleva a cabo un tratamiento con dosis única de Azitromocina en el 27 de Febrero (Escuela de Mujeres)

3.7. Tuberculosis.

No hay estudios. Existe un Hospital de Infecciosos.

3.8. Asma.

3.9. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

3.10. Hipertensión Arterial.

3.11. Hepatitis B.

Es necesario hacer un estudio de prevalencia para ver la necesidad de incluir la vacuna de la Hepatitis B en el calendario del M. de S. P. de la R.A.S.D.

3.12. Impedidos Físicos.

Hay una Unidad de Atención a Minusválidos en NJAILA pero su dotación, y medios son pocos y caducos, y su personal con poca formación en la Rehabilitación. Se plantea como prioritario el abordar un proyecto de atención a este tipo de pacientes con las siguientes condiciones:

- Para pacientes parapléjicos, secuelas de polio, amputados, postraumáticos:
- 50 camas. Colchones antiescaras.
- Unidad de dolor.
- Gimnasio.
- Masaje.
- Hidroterapia.
- Baño Turco.
- Transporte.
- Aire acondicionado.
- Escuela.
- Biblioteca.

4.- Personal de Riesgo

4.1. Embarazadas

Programas de control de embarazo.
Nutrición sobre todo en el último mes de embarazo.
Dotación de salas de ingreso en los hospitales de wilaya.
Formación de comadronas.
Integración de las parteras.
Abandonar la costumbre de parir en la jaima.

4.2. Recién nacidos

Todo lo anterior.
Dotación de equipamiento en el hospital de wilaya para control del neonato.
Protocolo de derivación a hospitales centrales con incubadoras.

4.3. Convalecientes

Nutrición y traslado a las prevenciones.

5.- Bandas de edad

5.1. Lactante

Programas de apoyo nutricional a las madres en periodo de lactancia.
Evitar en los programas nutricionales el que la leche maternizada llegue a las jaimas por el riesgo que conlleva de acortar la lactancia materna.
Apoyo nutricional a los niños nada más abandonar el periodo de lactancia que es el momento en el que se produce el mayor y más grave riesgo de hiponutrición y enfermedades carenciales. Estos programas deben de aportar el suplemento de la dieta fuera de la jaima por el riesgo antes descrito y en forma de dosis diaria en una institución de cada daira.
Programas de diagnóstico, tratamiento y control de Enfermedad Diarreica Aguda (E.D.A.).

5.2. Salud escolar

Formación de personal en la realización de despistajes en instituciones escolares para prevención de defectos auditivos, visuales, buco-dentales, escoliosis y criptorquidia.

5.3. Adolescente

Valorar con el M. de S. P. la posibilidad de ir incluyendo algún sistema de información sobre enfermedades de transmisión sexual.

5.4.Adulto

Programas de estudio de patologías prevalentes.

5.5.Anciano

Programas específicos de detección de patología del anciano, adenoma de próstata, catarata, prolapso, sorderas, etc.

6.- Prevención

6.1.Vacunación

Valoración de la necesidad de vacunación de Hepatitis B.
Garantizar la cobertura
Cubrir los territorios liberados.
Asegurar la cadena de frío en todo el transporte y almacenamiento.

6.2.Agua de consumo

Valorar la posibilidad de llegada del agua a las dairas por tuberías en el pozo nuevo de Aaiun y en el futuro de Dajla
Garantizar la cloración.
Encuestas en caso de enfermedad diarreica aguda

6.3.Eliminación de residuos

Mejorar el parque móvil para el transporte de basuras.
Programas de instalación de letrinas.
Realizar estudio de Proyecto de tratamiento de residuos hospitalarios.
Mejorar el sistema de eliminación de animales muertos.

6.4.Nutrición

Educación de madres.
Programas de sensibilización.
Posters.
Programas de nutrición para la población infantil.
Transporte para las Prevenciones.
Campañas de recogida de alimentos con un tipo de producto por cada comunidad.

Todo lo anterior dentro de un espíritu en el que la Promoción de la Salud sea el pilar básico del Plan de Salud, con especial importancia en la Educación Sanitaria, la Higiene Ambiental y la Formación del personal sanitario y de los trabajadores sociales no sanitarios de los campos de refugiados.

Actualmente en los campos de refugiados hay programas de formación estables en:

Escuela de enfermería con apoyo docente en la formación de enfermería con profesorado y programa de estudios, a cargo de Enfants Refugiés du Monde.

Escuela de Enfermería con apoyo docente teórico-práctico en técnicas y cuidados de enfermería dirigido a enfermer@s que ya trabajan en hospitales de diferentes niveles y alumn@s de último curso, A cargo de la Asociación de Amig@s de la R.A.S.D. de Alava.

Reciclaje de Médicos con introducción de protocolos en las patologías prevalentes de O.R.L. y Oftalmología. A cargo de la Asociación de Amig@s de la R.A.S.D. de Alava.

Formación de enfermería para tratamiento y control de diabetes. A cargo de la Asociación de Asturias.

Los aspectos formativos del Plan de Apoyo a la Asistencia Primaria en la wilaya de Dajla de Medicus Mundi de Catalunya.

Evidentemente sigue siendo deficitaria la cooperación en materia de formación, debería hacerse un esfuerzo en este campo e intentar programas de formación de técnicos sanitarios en los aspectos que el Ministerio considere prioritarios y siempre intentando, si fuera posible, que estos programas fueran "in situ".

7.- Comisiones Médico-Quirúrgicas

Lo referente a este apartado se verá en las conclusiones de la mesa 5

8.- Evacuaciones

Considerar en su justa medida lo que significa ofrecer un tratamiento en los campamentos por parte de cualquier cooperante.

Un programa de **Evacuaciones** debe cubrir todo lo que sigue:

- Criterios de evacuación
- Determinar la cobertura de un programa de atención de enfermos:
 - Viajes
 - Alojamiento
 - Seguro
 - Manutención
 - Gastos
 - Tratamientos
 - Convalecencia
 - Controles y reconsultas
 - Número de pacientes/año
 - Máximo número de pacientes a la vez.
 - Pasaportes y visados

- Para el M. de S. P. de la R.A.S.D. es prioritaria la apertura de casas de acogida de enfermos. Para ello se precisa la realización de un proyecto que cubra la financiación de todos los puntos de la lista anterior. La gestión de estos centros de acogida debe ser compartida con el representante que el M. de S. P. designe para el control de los enfermos que pueda acoger la casa. El número de casas que se necesitarían actualmente sería 5 casas con cabida para 5 enfermos cada una en todo el estado.

CASAS DE ENFERMOS ACTUALMENTE EN FUNCIONAMIENTO:

- Sabadell: 6 a 8 camas
- Granada. Al hayat.: 50 a 70 niños.
- Granollers: 6 niños.
- Tenerife: 24 niños.

9.- Coordinación

Se ha visto en todas las mesas la necesidad de una **Oficina Central de Coordinación**. Este instrumento de comunicación debería ser creado con un administrativo profesionalizado a media jornada como comienzo. Deberían estar juntos en la oficina el coordinador saharauí y el coordinador nacional.

MESA N° 2: PREVENCIÓN

1.- Introducción.

“ La prevención ” es uno de los pilares en los que se sustenta cualquier Sistema de Salud.

Su valoración es necesaria por consideraciones económicas y consideraciones sociales.

Tiene su existencia asociados BENEFICIOS (aspectos positivos) y RIESGOS (aspectos negativos). Entre los primeros, cabe destacar o considerar la PREVENCIÓN como el instrumento de que se sirve el Sistema de Salud para conocer, evitar, corregir o amortiguar los innumerables perjuicios que comporta la NO-SALUD de la población de referencia.

Los aspectos negativos asociados, hacen referencia a la necesidad de disponer de importantes recursos (materiales, personales y económicos) y una fuerte ORGANIZACIÓN orientados todos hacia unos determinados objetivos fijados previamente. Es necesario destacar la importancia de la cooperación en la financiación de proyectos de forma que permita garantizar su ejecución y desarrollo.

*En este sentido, y partiendo de la consideración de la estructura de medios y de la organización existentes en el Sistema de Salud Pública de la R.A.S.D., se formulan las siguientes conclusiones obtenidas en sesiones de trabajo realizadas en las **II Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui**:*

2.- Salubridad del agua de consumo.

Existen actuaciones a tres niveles:

- A.- Bacteriológica*
- B.- Contaminación parasitaria.*
- C.- Letrinas: evacuaciones de excretas.*

Partiendo de la situación actual en las distintas Wilayas sobre el estado de potabilidad del agua, en la que o no existe una adecuada cloración del agua, o existen contaminaciones fecales en otras, las medidas propuestas para resolver los problemas existentes son:

A - Propuestas Generales

- 1. - Garantizar el abastecimiento regular del cloro y su FINANCIACION .*
- 2. - Habilitar un sistema adecuado de almacenamiento una vez resuelto el proceso de compra, y su distribución por los pozos de extracción.*
- 3. - Asegurar el cumplimiento del proceso de cloración del agua.*
- 4. - Dotar de un laboratorio de control bacteriológico (control de fecales) en Dajla, y adecuar el existente (en Rabuni).*
- 5. - Potenciación de los sistemas de conducción, canalización, distribución y recepción de las aguas: Camiones cisternas, redes de tubería, cubas de depósito, griferías: FINANCIACION*
- 6.- Fortalecer la actuación y la formación de los comités de Salud de Dairas en el control del agua.*

B - Propuestas a situaciones específicas, partiendo de la diversidad de situaciones

7.- **Rabuni:** Dotación de un sistema de dosificación del cloro. (Rabuni: suministra a Instituciones , Smara y parte de Auserd garantizando con esta actuación la potabilidad bacteriológica del agua consumida en estas wilayas.).

8. - **Aaiun:** -Recabar toda la información sobre el estudio de prospecciones del pozo nuevo.
- Realizar el estudio de conducción y distribución de las aguas a las Dairas.
- Financiación del proyecto.
- Una vez resuelto y finalizado todo el proyecto, sellado de todos los pozos familiares.
- Desarrollo del proyecto de letrinas:
. Análisis de alternativas.
. Financiación del proyecto.

9- **Dajla:** Dispone de condiciones de calidad del agua similares al Aaiun, se proponen pues las mismas recomendaciones con la actuación inmediata de la realización de estudios que permitan la prospección de un nuevo pozo

3. Vacunación.

- Garantizar la continuidad del programa de vacunación.
- Garantizar las condiciones adecuadas (de refrigeración) en el transporte a las Wilayas, y la conservación en las mismas.
- Garantizar el suministro del material necesario para la administración de las vacunas: jeringuillas, gasas, desinfectante, etc.

4.- Nutrición.

La situación actual se puede resumir en:

- Carencia de ciertos alimentos que garanticen una dieta equilibrada.
- Deficiencias en la educación alimentaria:
 - Dosis.
 - Horarios.
 - Dietas.
- Existencia de grupos de riesgos.
- Existen proyectos en curso vía proyectos ECO.

Por parte de la mesa se realizan las siguientes propuestas en este campo:

- Propuesta de la introducción de los frutos secos en la dieta alimentaria por su aporte nutricional.
- Promover la realización de proyectos de cooperación que permitan el suministro de productos alimentarios que enriquezcan su dieta nutricional:
 - Aceites (oliva, soja)
 - Leche maternizada (sólo niños pequeños)
 - Conservas, etc.
- Promover programas estables de aporte nutricional a grupos de riesgo de su población infantil, mujeres embarazadas, diabéticos, celíacos, ancianos (...).
- Fortalecer los programas de educación alimentaria.

5.- Residuos.

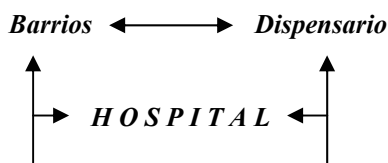
- Potenciar los sistemas actuales de recogida de residuos dotándole de los medios necesarios que garanticen su mejor funcionamiento: **PROBLEMATICA DEL TRANSPORTE.**
- Valoración de soluciones ante el incremento de los residuos hospitalarios.
- Fortalecer el cumplimiento de los programas de formación : Protocolos, campañas.
- Valoración de alternativas válidas adaptadas a la realidad del medio, sobre sistemas de eliminación de residuos, sin reincidir en los errores de nuestro sistema (esterilización de residuos por sistemas de vapor, en vez de la incineración)

6.- Profilaxis materno-infantil.

- La estructura actual es adecuada siendo aconsejable el fortalecer la dotación y su financiación de los medios de transporte (ambulancias y equipamientos).
- Fortalecer los programas de formación (ecografistas, ...)

7.- Encuestas epidemiológicas.

- La existencia de proyectos sobre ovinos, caprinos, camella, etc., induce a aconsejar la realización de estudios sobre ZOONOSIS.
- Establecimiento de la red de vigilancia de cloración de agua:



8.- Grupos de riesgo.

- Ante la situación carencial actual descrita en los puntos anteriores, se recomienda:
 - Dotación de recursos (alimentos, sistemas de transporte,...).
 - Dotación de medios personales de apoyo.
 - Programas de seguimiento médico y sanitario.

MESA N° 3: ATENCION PRIMARIA

Al encontrarnos con dificultades para adecuar el marco teórico del programa con la realidad práctica, en ciertos apartados juzgamos de gran complicación el establecer conclusiones.

1.- Funciones y actividades del Equipo de Atención Primaria (E.A.P.).

Las Funciones Básicas de todo Sistema de Salud son la Promoción, Prevención y Asistencia.

La Rehabilitación es un servicio sanitario a la comunidad que se fomentará en la medida en la que el desarrollo del Sistema lo permita. Asimismo siempre tiene que haber una sistemática de trabajo que permita el funcionamiento y desarrollo del Sistema.

• Promoción de la Salud

Educación sanitaria individual y colectiva:
en el centro de salud
en escuelas
campañas sobre hábitos de vida
radio
posters
cursos a educadores y grupos motivados
"in situ" a promotores de salud
"in situ" a educadores
en el 27 de Febrero a madres
comités de salud

• Prevención de la enfermedad (MESA N° 2)

salubridad del agua de consumo
vacunaciones
estado nutricional
tratamiento de los residuos

• Asistencia

Visita en el centro de salud de wilaya y urgencias en la jaima:
espontánea
programada. Consultas médicas y de enfermería.
urgente. Dotación de Unidad de Urgencias en el Hospital de wilaya
Diagnóstico precoz, tratamiento y control

• Rehabilitación

Grupos de enfermos crónicos
Secuelas de polio
Paraplégicos
Amputados
Postraumáticos
Invidentes
Psíquica
Reinserción social

Consideramos prioritaria la necesidad de potenciar desde cualquier actuación de los equipos de cooperación en A.P. el nivel de credibilidad y confianza en las estructuras y personal sanitario de la RASD por lo que juzgamos imprescindible empezar por mejorar la calidad de la consulta espontánea, optimizando los recursos humanos y materiales existentes. (MESA N° 4).

Funcionamiento interno y soporte. Facilitar los medios para que el M.de S. pueda llevar a cabo lo preciso para:

- Realizar sesiones y reuniones
- Trabajos de organización interna
- Formación continuada y docencia
- Estudios prospectivos de prevalencia para tener un diagnóstico de Salud.

En base a la morbilidad que en su momento se recoja y siempre según las prioridades establecidas en el PLAN DE SALUD DEL MINISTERIO DE LA RASD, se pasaría a elaborar programas específicos de actuación

- Evaluación y control de los programas y de las actividades del M: de S.
- Gestión compartida y optimización de recursos.

Asimismo estimamos necesaria la concienciación del personal sanitario en la importancia del uso de registros , unificando estos y elaborando un sistema sencillo, claro y eficaz que adaptándose en la medida de lo posible a los modelos en uso en este momento dé cobertura a todas las necesidades de información sobre el paciente.

La elaboración de dichos modelos de registros se efectuará previo conocimiento y valoración del modelo o modelos existentes.

2.- Criterios para la composición del E.A.P.

Para establecer el número y clase de los componentes de los e.a.p. el criterio es el organigrama en el que el médico de medicina general es el pilar del sistema y a partir de él y con criterio proporcional, según el número de habitantes, se establecen las necesidades de pediatras y otros especialistas, así como el de los profesionales de enfermería.

Otro criterio puede venir marcado por la formación de técnicos de salud de la comunidad. Para su aplicación correcta requiere un conocimiento de la situación de salud de la población a atender y consiguientemente de sus problemas prioritarios. Actualmente hay un programa de formación de enfermería para estudio y control de diabetes que creará un equipo destinado al tratamiento de dicha patología prevalente.

• Núcleo básico del E.A.P.

Médicos

- generales
 - consultas de hospital de wilaya
 - consultas en la jaima
 - urgencias
- pediatras (no hay especialistas en los campos. Su función la asumen los médicos generales)
- ginecólogo

Enfermería

- consulta de daira
- consulta de wilaya

Trabajadores sociales no sanitarios

Comités de salud como la base del sistema en aspectos de promoción y prevención la población.

entre

3.- Formación.

• Médicos

- Protocolos para facilitar el trabajo y crear rutinas de manejo de pacientes.
- Tutorías con el fin de que, en estancias cortas, se puedan corregir defectos de funcionamiento de los sistemas de trabajo.
- Seminarios
- Reciclajes
- Especialidad

• Enfermería

Escuela de enfermería. Existen un programa de formación en la Escuela de Enfermería y otro de Apoyo a Técnicas y Cuidados de postgrado. Qualquier programa que se ponga en marcha tiene que contar con lo que en su momento se esté haciendo en ese campo.

• Técnicos.

Se precisa formación en:

- Laboratorio
- Radiología
- Farmacéutico
- Promotores de Salud
- Administración, gestión, logistas

Consideramos previo estudio de pros y contras ; que siempre que sea posible, la formación se realice In Situ, desplazándose a los Campamentos de la RASD el equipo necesario a tal efecto.

Se propone al Ministerio el estudio de algún sistema de incentivos (Titulos de especialistas, permisos o cualquier otro) que facilite la continuidad y asistencia a los programas de formación.

Estimamos fundamental desde nuestra concepción de la A.P. la inclusión en cualquier programa de intervención sanitaria, de la educación para la salud a la población y el fomento de hábitos de vida saludable.

MESA Nº 4: ATENCION ESPECIALIZADA

1.- Introducción.

Dada la situación actual en los campamentos se precisa un apoyo externo en la asistencia especializada pues los médicos saharauis están en fase de formación por los distintos países que colaboran en esta tarea.

Esta situación se considera temporal y hay que contar con una progresiva incorporación de los futuros especialistas.

En estos momentos se plantean las siguientes premisas:

- Necesidad de una colaboración externa.
- Desarrollar el trabajo especializado con el máximo respeto al sistema de salud autóctono.
- Mejorar en lo posible las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios como base de un mayor estímulo y motivación.
- Incidir en las patologías mas relacionadas con la asistencia primaria para optimizar los recursos disponibles.

2.- Elementos de apoyo especializado del E.A.P.

2.1.- Odontología.

- Se constata la existencia de suficiente equipamiento técnico.
- Asimismo existe suficiente y bien preparado personal sanitario autóctono como los técnicos dentales.
- El mayor problema en este campo es el mantenimiento de los equipos y la provisión de material por lo que se sugiere la existencia de una O.N.G. que se encargara de este cometido.
- Se necesita la colaboración de cirugía maxilofacial.

2.2.- Salud mental.

En la actualidad es un campo en una situación precaria y los puntos básicos en los que se concretaría la actuación son:

- Potenciar el hospital psiquiátrico como unidad de agudos.
- Necesidad de formación de personal especializado.
- Creación de un botiquín e psicofármacos y sus instrucciones básicas de uso.
- Potenciar el apoyo externo mediante comisiones de psiquiatría.
- Garantizar el funcionamiento del ELECTROENCEFALÓGRAFO existente o aportar uno nuevo que permitiera el diagnostico de patologías como la epilepsia para controlarlas farmacológicamente y separarlas de la patología psiquiátrica.
- Creación de un dispensario en cada Wilaya para la distribución de medicamentos a los pacientes psiquiátricos.

2.3.- Atención a la mujer.

- Garantizar las condiciones sanitarias de los partos hospitalarios en las Wilayas.
- Mejorar la salud de la embarazada mediante un plan de control del embarazo incidiendo sobre todo en la alimentación.
- Establecer cursos de promoción de salud y educación dedicados a personal sanitario y matronas que a la vez de surtir su efecto formativo tuviera aplicación practica asistencial.

2.4.- Salud pública y Medicina Comunitaria.

Sobre la premisa indicada al principio de este resumen en que se recomienda a la actividad especializada el incidir sobre problemas elementales en relación con la medicina primaria antes que desviar recursos a patologías menos frecuentes que requieran alta tecnología, describimos a continuación los programas que consideramos prioritarios a desarrollar o potenciar en su caso.

- 1- Control de diabéticos y suministro regular de insulinas.
- 2- Diagnóstico y control de la hipertensión arterial.
- 3- Control y tratamiento del bocio infantil.
- 4- Control de la nutrición infantil.

2.5.- Laboratorio.

Se constata la existencia de dos laboratorios funcionando en la Unidad Quirúrgica y en el Hospital Nacional, con técnicos preparados para mantenerlos en funcionamiento y que cubren el espectro necesario en las condiciones actuales.

Con vistas a la futura centralización del laboratorio se sugieren unas mejoras en los locales que previsiblemente ocupará en la Unidad Quirúrgica.

- Espacio suficiente para su correcta instalación.
- Mejora en el mobiliario.

Se considera la coordinación de un sistema de traslado regular y fiable de las muestras desde los Hospitales de Wilaya al laboratorio y devolución a su origen de los informes.

2.6.- Radiología.

Existen técnicos en radiología suficientes y equipamiento adecuado.

Hay que incidir en tres puntos:

- 1- Proteger los equipos para evitar yatrogenia en su utilización.
- 2- Mantenimiento técnico y fungibles para evitar su falta de funcionamiento.
- 3- Asegurar la ausencia de radiación (plomado, muros, orientación,...)

2.7.- Farmacia.

Recomendaciones generales:

- Uso habitual del modelo de receta establecido (F.S.F.) con la sugerencia de añadir el nº de Historia clínica que permitirá recuperar información sobre las necesidades farmacológicas de los campamentos.
- Utilización del vademécum de genéricos (M.M.) por médicos generales y especialistas.
- Potenciar la conexión entre médico y farmacéutico para optimizar el uso de los fármacos disponibles en cada momento.

2.8.- Veterinaria.

En los últimos estudios sobre la existencia de zoonosis en los campamentos se comprobó la ausencia de brucelosis y fiebre Q entre la cabaña camellar, ovina y caprina. La hidatidosis existe con el riesgo de que aumente.

Se aconseja:

- Educación sanitaria de la población enfocada al tema.
- Control de cánidos en la medida de lo posible.
- Eliminación correcta de los animales muertos.

2.9.- Comisiones.

Considerando que el tema se trata sobre todo en la mesa nº 5 únicamente se hacen las siguientes consideraciones.

- Necesidad de veteranía en los equipos quirúrgicos.
- Prudencia en la actividad quirúrgica, para evitar situaciones comprometidas.
- Integración en los equipos de los médicos saharahuis con fines de docencia y reciclaje.
- Protocolos de selección de pacientes para los médicos generales que deben controlar su remisión a los especialistas.

3.- Hospital de Wilaya.

Teniendo en cuenta que distintas O.N.G. se van a encargar de relanzar a los Hospitales de Wilaya únicamente realizamos unas consideraciones generales para conseguir la máxima homogeneidad en el funcionamiento de dichos hospitales.

3.1.- Infraestructura.

- *Mobiliario* adecuado para el trabajo clínico y quirúrgico.
- Protección plomada de las salas de *radiología*.
- Adecuado *abastecimiento de agua y energía eléctrica*, sugiriendo la posibilidad de que posean grupo electrógeno propio.
- *Sala de archivos* ordenada por el nº de Hª clínica con la inicial de la wilaya en primer término.
- *Laboratorio básico*: Hematimetría sin V.S.G. , Orina Sedimento y glucosuria y hemostasia básica.
- *Radiología*: Equipo portátil de RX .
- *Odontología*: Equipo portátil.
- *Urgencias*: Imprescindible oxígeno y agua.
- *Obstetricia*: Sala de dilatación, Sala de partos. En un futuro, y en función de las necesidades, plantear la posibilidad de un depósito de sangre.
- *Sala de espera* con sillas adecuadas.
- *Biblioteca y hemeroteca* básicas.
- *Consultas*: Aparato de tensión arterial, Fonendoscopio y mobiliario básico.
- *Farmacia*: Medicación de urgencias a cargo de un responsable.

Se sugiere: Cortisona I.V.
Diazepam I.V.
Atropina.
Diuréticos I.V.
Analgésicos.
Digoxina.
Antihipertensivos.

MESA N° 5: COMISIONES MEDICAS

1.- Establecimiento de las especialidades prioritarias.

Las especialidades que la representación saharai considera todavía deficitarias son las siguientes :

- Ginecología (solicitándose preferiblemente mujeres)
- Pediatría
- Cardiología
- Traumatología
- Dermatología
- Psiquiatría

De todas ellas ya ha habido especialistas interesados y que incluso han comenzado a trabajar en los campamentos, por lo que posiblemente en cuanto los programas comiencen a tener una continuidad se irán cubriendo las necesidades .

Las especialidades que se consideran bien cubiertas son las siguientes :

- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Urología
- Cirugía general

En cuanto a la forma en que los miembros de la mesa consideraron más idónea para la captación de nuevos cooperantes, especialmente en las especialidades deficitarias, fue la de compartir con los compañeros de trabajo del entorno habitual las experiencias vividas tanto personal como profesionalmente en los campamentos .

2.- Equipo de personal básico para cada actuación.

Se concluyó que debe de ser el mínimo preciso en función de cada especialidad, es decir , grupos pequeños, compartiendo y complementando al máximo el trabajo con el personal saharai ya formado, sin olvidar la formación continuada tanto del mismo, como de nuevos miembros que se vayan incorporando .

Como orientación tendríamos como apropiado :

A.- GRUPO QUIRURGICO :

- Cirujanos : 2
- Anestesiastas : 1 o 2 (en función del trabajo a realizar)
- A.T.S : 1 o 2
- Técnico de mantenimiento

B.- GRUPO MEDICO

- Médico : 1 o 2 (en función del trabajo a realizar)
- A.T.S : 1 o 2

Se evitará en lo posible la coincidencia de múltiples comisiones que pueden entorpecerse en su trabajo así como crear problemas de saturación del sistema de salud saharai , en detrimento de un buen rendimiento.

3.- Necesidades de fungible y equipamiento.

Se compartió el criterio de intentar potenciar el envío de material reutilizable en detrimento del fungible, con la finalidad de evitar la creación de residuos y al mismo tiempo reducir una importante carga en cada viaje .

Ello conlleva la mejora de los sistemas de esterilización y limpieza del área quirúrgica (compra de lavadora y productos de limpieza entre otras cosas)

Así mismo sería aconsejable la mejoría de los sistemas de limpieza para pasar consulta en las distintas Wilayas .

Por otro lado toda la mesa estuvo de acuerdo en que la parte saharauí se encargue de además de inventariar el material existente actualmente, estar en contacto con la Oficina Central, con la finalidad de que cada delegación aporte exclusivamente el material imprescindible .

Ello conlleva a la necesidad de universalizar el material aportado por cada delegación, criterio que fue compartido por todos los miembros de la mesa, llevando implícito lógicamente un compromiso por parte de cada delegación de inventariar todo el material consumido, así como la responsabilidad de reparar o reponer el instrumental que se haya podido deteriorar .

4.- Canales de comunicación entre especialidades y responsables.

Se vio la vital necesidad de la creación de la OFICINA CENTRAL DE COORDINACION, que estaría ubicada en el estado español, por solicitud de la parte Saharauí, que considera este emplazamiento el más apropiado. Estaría compuesta por un miembro saharauí y otro español , así como personal administrativo profesionalizado. Ello implica la necesidad de financiación para este proyecto .

Por otro lado se hace necesario el nombramiento de un coordinador de cada una de las especialidades .

Estas oficinas junto con los coordinadores de las distintas especialidades serán los encargados de elaborar un calendario lógico que garantice la asistencia continuada durante los nueve meses de trabajo (excluyendo junio , julio y agosto), en las distintas especialidades.

5.- Organización de viajes, envíos de material.

En cuanto a la forma de viajar a los campamentos se concluyó que la más idónea, al menos en uno de los trayectos, era la del vuelo regular, ya que en los vuelos charter la estancia es demasiado corta para poder realizar un programa.

Se evitará al máximo el tiempo de estancia en Argelia por motivos de seguridad de las comisiones.

Será decisión personal de cada cooperante el optar por este tipo de viaje, recibiendo por supuesto una buena información del trayecto más apropiado.

Con respecto al envío de material, la oficina central será la encargada de gestionar la vía más apropiada para el envío del mismo en cada viaje. El material estará perfectamente identificado según la normativa vigente y será solo el imprescindible.

Para solventar este importante la problema la mesa acogió dos propuestas :

- Una de ellas fue la de la creación de una línea regular de transporte España (Alicante) - Oran - Tindouf,
- Y la otra , la de solicitar a las distintas organizaciones de los vuelos Charter la reserva de 750 Kg de carga de la bodega para material sanitario .

Recordar e insistir a cada delegación la importancia de reducir al mínimo el material pesado y llevar solo lo imprescindible, dado el acuerdo en universalizar el material pensamos que esto va a ser posible en gran medida.

6.- Redacción de un documento de relación con instituciones.

Durante las II Jornadas de Cooperación Sanitaria con el pueblo Saharaui celebradas en Vitoria - Gasteiz durante los días 21 , 22 y 23 de Junio de 1.996, en las que están representadas distintas ONGs, se constató que las delegaciones Sanitarias de Cooperación que trabajan con el Pueblo Saharaui deben de mantener un compromiso de continuidad para ser eficientes .

Para favorecer esta continuidad es conveniente que exista un marco jurídico-administrativo que facilite el trabajo de los profesionales sanitarios que no deben sufrir menoscabo de su remuneración y de su tiempo libre .

Por lo tanto solicitamos a las diferentes administraciones centrales, autonómicas y municipales con competencias en materia sanitaria que elaboren en base a lo realizado por la Consejería de Salud del Gobierno Valenciano, un decreto ley que regule y proteja la figura del cooperante sanitario .

7.- Seguros del personal expatriado.

Con respecto a este punto se aconseja a todos los cooperantes que lleven un seguro en regla que cubra su estancia en los campamentos y una posible repatriación si fuera necesario .

8.- Atención a los prisioneros de guerra.

Se seguirá la política de atención sanitaria a los mismos, tanto médica como quirúrgica, de forma igualitaria con la población Saharaui , como se ha realizado siempre .

9.- Evaluación de los programas.

Se consideró aconsejable la evaluación " externa " de cada programa una vez que haya adquirido un carácter de continuidad, así como una evaluación del funcionamiento de la coordinación general .

10.- Vehículos.

Se constató la importantísima necesidad de los mismos para poder realizar los trabajos de cada delegación en los campamentos .

11.- Protocolos de derivación de pacientes.

Los médicos de las Wilayas se consideran los idóneos para hacer la selección de los pacientes que precisen ser vistos por las distintas comisiones .

Si alguna de las comisiones lo considera oportuno , se encargará de elaborar un protocolo que facilite la selección de pacientes a los médicos Saharauis .

Además pensamos que es importante el compartir con los médicos saharauis el trabajo realizado en las distintas consultas .

MESA Nº 6: MEDICAMENTOS, EQUIPAMIENTO Y EVACUACIONES

1.- Revisión y control de material sanitario que se envía.

Se sugiere que la aceptación de material médico se protocolice en relación a su procedencia de dos maneras:

• Material nuevo:

-Antes de la adquisición debe ser comunicado para la consideración de utilidad por parte de los responsables sanitarios de la R.A.S.D.

-Responsabilización por parte de la asociación remitente de los manuales técnicos y de operación.

-El remitente debe asumir bien por si mismo o buscando la colaboración de otras entidades que el equipo debe incluir material fungible (cuando sea preciso) y de funcionamiento tanto para su inmediata puesta en marcha como para su uso regular durante un tiempo razonable.

-Debe de incluirse una ficha técnica que incluya al menos el fabricante, modelo, distribuidor y entidad remitente. Recordamos que de toda la documentación remitida debe de quedar un duplicado en la asociación de origen. Debiera considerarse en este tipo de material la posibilidad de que los desplazamientos del mismo lo hicieran bajo la cobertura de algún tipo de seguro que permitiese la recuperación del mismo o su precio en la hipótesis de daño o extravío.

• Material usado:

Habría que añadir a todo lo anterior los siguientes puntos:

-Se procederá a una evaluación de su estado y posibilidades de uso después de todo el proceso de transportes. Para ello es imprescindible atender con sumo cuidado al desmontaje, embalaje y la recopilación de la documentación de montaje y funcionamiento así como el despiece de recambios para su posterior petición. Esto es especialmente importante en un equipos que funcionan en origen pero a los que su antigüedad sitúa en dificultad o imposibilidad de localización de repuestos. Para todo esto recomendamos que por la Coordinadora Nacional de Cooperación se gestione una bolsa de expertos en el tema que puedan estar a disposición de las entidades remitentes.

Tanto en el material usado como en el nuevo la Asociación, ONG, etc., que aporte dicho material debe responsabilizarse de garantizar la instalación de los equipos aportados.

2.- Medicación.

Aunque al día de hoy se constata la existencia de un proyecto de clasificación y control implantado por parte de ONGS especializadas y con un alto nivel de eficacia, la diversa procedencia de los fármacos que llegan a los campamentos por vías múltiples, hace necesario insistir en las siguientes consideraciones aplicables a los envíos espontáneos.

Por ello sugerimos se transmita a las Asociaciones de Cooperación las siguientes consideraciones:

-Tener en cuenta para la recogida de medicamentos la guía farmacoterapéutica elaborada en 1994 entre personal sanitario saharauí y asociaciones de cooperación; para ello es necesario el envío por parte de la Coordinación Nacional a los distintos cooperantes la referida guía . Además se recomienda el mantenimiento de la misma actualizada por diferentes especialistas.

-La clasificación de los medicamentos, que imprescindiblemente debe realizarse en origen, debe de atenerse a la referida guía. Sería conveniente el asesoramiento de personal técnico en farmacia . Se apunta la conveniencia de disponer para este capítulo, de una bolsa de profesionales a los que recurrir en las diferentes regiones.

-Deben de ser excluidos del envío todos los fármacos con un periodo de caducidad inferior a un año, salvo ocasiones excepcionales, en las que la necesidad de uso inmediato de una medicación concreta permita una mayor tolerancia.

-Se valora como necesario la elaboración de un listado de los fármacos que deben existir en los distintos niveles asistenciales, dispensarios, hospitales de wilaya, nacionales, etc..., tendentes a evitar riesgos innecesarios, creación de resistencias a antibióticos, abusos de utilización, etc... En esta elaboración debe participar sobre todo personal saharauí con los colaboradores que se consideren necesarios.

-A la espera de estos listados parece necesario que en la recogida masiva de medicamentos se haga especial incidencia en la prioridad de analgésicos, antiarréicos, antiinfecciosos y material desechable y de curas, excepto recomendación distinta por la autoridad sanitaria saharauí. Se valora como útil una propuesta remitida por Farmacéuticos Sin Fronteras que parece pertinente considerar en su totalidad.

-Se recomienda en esta recogidas la exclusión de hipolipemiantes por su falta de uso, así como la retirada de medicamentos de uso psiquiátrico para su envío individualizado a través de canales controlados por técnicos especializados saharauis o cooperantes, dada su toxicidad y posibilidades de uso indebido con entrega directa en el hospital psiquiátrico.

-Es importante la agilización y coordinación de los envíos para evitar tanto caducidades como desabastecimientos, potenciando, en la medida de lo posible, la correspondencia entre los fármacos solicitados y los remitidos.

-En el envío de productos termolábiles como insulinas o vacunas, es imprescindible para su posterior uso conservar la cadena de frío. Para ello se recomienda el uso de neveras en los vuelos directos con personal responsable del control y la entrega directa del producto, siendo conveniente la comunicación previa del envío al personal de la farmacia central para su rápida recepción y traslado a los lugares de almacenamiento en frío.

-Ante las necesidades de formación de personal estable en el área de farmacia se recomienda que este sean mujeres dada su mayor grado de estabilidad en los campamentos y menor rotación en los puestos.

-Para un mayor aprovechamiento de los fármacos existentes en la farmacia central y los enviados a pesar de las recomendaciones, es conveniente la realización de fichas alternativas terapéuticas para en el caso frecuente de falta del medicamento de elección, se pueda entregar por la farmacia un medicamento existente con similares características. Se ha constatado en las distintas visitas un alto número de medicamentos no utilizados por falta de hábito en su identificación y prescripción que podrían suplir las carencias en muchas ocasiones.

3.- Evacuaciones.

Se considera que toda propuesta de evacuación de enfermos debe reunir las siguientes condiciones:

-Que el paciente no pueda ser tratado de ningún modo en los campamentos.

-Que existan unas razonables expectativas de éxito en el tratamiento a aplicar una vez evacuado y lo sea por patologías evaluadas como graves, aunque autolimitadas en su desarrollo tras tratamiento.

-Que se disponga de una red de asistencia y acogida que cubra todos los aspectos de esa evacuación, es decir, tratamiento hospitalario, ambulatorio, viaje, manutención, estancia, etc... dada la complejidad que presenta el mantenimiento fuera de los campamentos.

-La propuesta de traslado debe ser efectuada por un especialista en la patología en cuestión.

-La notificación de la necesidad de la evacuación nunca debe hacerse a familiares o pacientes, sino directamente a las autoridades sanitarias saharauis para su consideración, evitando la creación de situaciones de ansiedad antes de disponer de certeza razonable de su posible resolución.

-La evacuación debe contemplar la autorización previa, bien directa en el caso de adultos o de los familiares responsables en el caso de menores para la utilización de pruebas, tratamiento e intervenciones necesarias.

-Ante la dificultad de revisiones, reconsultas y controles posteriores es necesario que por parte del responsable saharauí o personal en quien delegue, se contacte con el equipo médico que tratará a los pacientes para ponerlos en situación de este problema, solicitando la utilización de técnicas terapéuticas que generen el menor número posible de estas revisiones; el número de revisiones que sería imprescindible y su periodicidad, es un dato más a tener en cuenta a la hora de recomendar la evacuación.

-A la vuelta a los campamentos es necesario un informe exhaustivo que permita su control en los campamentos o en Argelia.

-En relación con todo este proceso, se valora como imprescindible, la negociación con las administraciones públicas para la asunción por parte de éstas de algunas fases de este tratamiento, al modo vigente ya en algunas Autonomías.

4.- Necesidades de equipamiento.

Se asume por la mesa la necesidad de las dotaciones propuestas para el quirófano de traumatología del hospital de Buel-la que se adjunta, a la vez que se insta a las distintas asociaciones y comisiones a trabajar en la consecución de este objetivo como preferente tanto por las necesidades actuales como futuras.

Se completa la definición del material preciso de una manera mas exhaustiva con respecto a la precisada en la relación existente en la documentación.

• AIRE ACONDICIONADO:

El equipo a instalar debe incluir en sus condiciones técnicas las definidas como tropicalizado, ello le permitirá funcionar y mantener su rendimiento en las condiciones extremas allí existentes. Es preciso completar los detalles dimensionales de los locales a climatizar así como las aportaciones tanto de calor sensible como latente tanto por el aparellaje y personal como por la insolación directa. A título orientativo se propone una superficie de 30 metros cuadrados y una presencia permanente de 5 personas. La aportación del equipamiento se estima en 2 Kilowatios de promedio.

En este capítulo es de la mayor importancia precisar el tipo de aislamiento térmico previsto para la cubierta del tejado así como una ubicación favorable para las unidades de condensación.

Como por razones de economía operativa el equipo deberá recircular casi el 80% del total del volumen del local, es preciso tener en cuenta que el aire exterior de renovación puede entrar a la sala con una temperatura de 50° C y una humedad del 70%.

En este mismo capítulo y dado que la climatización económicamente rentable debe suponer una cifra no muy alta de consumo energético, será preciso proveer en la dotación un ventilador de extracción pequeño que permita la extracción de los residuales de los gases anestésicos expulsados por los ventiladores de anestesia.

• FUENTE DE ENERGIA ELECTRICA

A.- Tendido eléctrico:

Ya que el tendido eléctrico procedente de Tinduf llega actualmente hasta el internado "9 de Junio", distante unos cinco kilómetros del Hospital Buel-la, sería interesante estudiar la posibilidad de prolongarla hasta dicho hospital.

B.- Generador:

Aunque los estándares aplicables en nuestro entorno pueden dar origen a sobredimensionamientos en su aplicación en los campamentos, la necesidad de disponer en este hospital de una central de esterilización de material con equipos duplicados de una capacidad entre 250 y 400 litros, sitúan la potencia demanda entre unas cifras que varían entre los 60 y los 100 Kilowatios únicamente funcionando los dos equipos. Por ello se sugiere que el dimensionamiento se base en una potencia del orden de los 100 Kilowatios en equipos duplicados, aunque se aconseja que la misma sea rebasada. Pudiera ser interesante plantear al equipo que proyecte la instalación la conveniencia de estudiar la posibilidad de unificar la generación de energía eléctrica y la utilización en el circuito de refrigeración de máquinas de refrigeración por absorción que puedan ser utilizadas en la climatización de URPA y zonas periféricas.

Se recuerda que las altas temperaturas existentes durante varios meses al año, obligan al sobredimensionamiento de la parte de refrigeración de los motores si se pretende obtener el total de su potencia nominal .

Es frecuente, que bajo las condiciones de carga máxima de los grupos, la estabilidad de la tensión suministrada no es suficiente, por lo que genera problemas en los equipos electrónicos. Sugerimos se valore este aspecto de una manera detallada en la elección de los mismos.

• ESTERILIZACION

Como ya se ha puntualizado en el anterior párrafo se estima la conveniencia de disponer de dos equipos esterilizadores con unos 250 litros de capacidad.

Nuestra experiencia apunta que las condiciones de dureza del agua de aportación allí existentes deteriora muy rápidamente los equipos. En nuestro entorno es obligada para la utilización en generadores de vapor, equipos de descalcificación de agua que evite la prematura rotura de los mismos así como su posible explosión.

Recomendaríamos la misma solución de un descalcificador para allí, pero mucho nos tememos que el material fungible (sal marina) necesario para la regeneración de las resinas de intercambio no se encuentre entre los recursos de fáciles disponibilidad en la cantidad que se precisen. Sería un dato interesante conocer la dureza del agua existente, si este dato puede ser extraído de alguno de los estudios sobre el mismo llevado a cabo.

Creemos que un criterio determinante para seleccionar los equipos esterilizadores, debiera ser su capacidad para ahorrar agua de proceso, diferenciando el agua utilizada en la producción de vapor (que debe ser descalcificada) y la de refrigeración del equipo, aconsejando que esta última fuera recirculada a través de torre.

Por las importantes aportaciones de calor que el normal funcionamiento de estos aparatos provee, interesa que los mismos no se encuentren físicamente próximos a las zonas climatizadas.

Recordamos la conveniencia de que se prevean armarios de distribución eléctrica para el aparellaje, con el continuo recordatorio de las altas temperaturas esperables.

• DISPOSITIVO DE PRODUCCIÓN DE AGUA ESTÉRIL

Aunque no esta especificado como una necesidad, se entiende como altamente conveniente que en los lugares próximos al quirófano se disponga de una lámpara ultravioleta para la esterilización del agua de lavado de los cirujanos, además de poder servir como suministro de agua potable. La misma es una forma bastante eficaz de resolver localmente la esterilidad del agua sin que genere servidumbre de mantenimiento al margen de la sustitución de la lámpara una vez cubierta su vida útil. Dotada de un automatismo capaz de encenderse y apagarse sólo a demanda y durante un cierto tiempo, puede prolongar su vida útil durante un largo periodo hasta su agotamiento. El hecho de que pueda ir equipada con un medidor de energía ultravioleta puede precisar con más detalle su estado de funcionamiento, si bien este accesorio es de precio elevado

• LAMPARA DE QUIROFANO

Como no aparece en las necesidades presentadas, se puede entender su no necesidad. De ser necesaria, se estima conveniente que la misma debe de tener 5 focos y ser alimentada por un equipo que disponga de unas baterías de reserva. Un dato a tener en cuenta es la altura de montaje hasta el techo, así como la capacidad del mismo de permitir el anclaje del anillo de sujeción de la lámpara. Si el montaje de una lámpara central fuera inviable, se aconseja la dotación de un accesorio de luz fría que permita iluminación vía fibra óptica para las intervenciones de cirugía en campos profundos con fuente de luz exterior.

• MESA DE TRAUMA

La mesa que se precisa para esta especialidad debe de aunar en un mismo material la polivalencia de una mesa general, junto con los accesorios precisos que la complementen para que pueda convertirse en una mesa especializada de trauma que posibilite tracciones y posturas diversas. Queda su mas completa definición a expensas de lo que para ella especifique el personal médico de la especialidad.

• INTENSIFICADOR

De acuerdo con nuestra noticias, este material está contemplado en el proyecto de la especialidad de trauma que se está estudiando por parte de la Asociación de Amigos de Sevilla, y asesorado por especialistas.

Aquí solo comentaremos que dado el alto costo de este material, sugerimos que el mismo, cuando sea adquirido, lo sea con el compromiso escrito de entrega en lugar de destino, quedando por ello al margen el comprador de posibles extravíos o deterioros. Consideramos imprescindible que la recepción previa al pago del material, sea efectuada in situ por la persona encargada de la selección del mismo con una comprobación exhaustiva del funcionamiento del equipo así como que el acto de la entrega de la garantía y su puesta en marcha, sea la condición sine-quantum para su pago.

Ratificamos la conveniencia (dado su bajo coste) de que el equipo vaya dotado de un medio de registro del tipo de papel fotográfico que permita documentar algunas de las actuaciones llevadas a efecto con el mismo.

Parece conveniente advertir lo útil que sería que por parte del especialista encargado de la recepción se conciencie al personal allí encargado de la operación del equipo, ya que el mismo es una importante fuente de radiación cuando se usa en procedimientos largos de radioscopia, lo cual puede ocurrir (por la novedad y curiosidad del equipo) con cierta frecuencia. Se debe insistir en la utilización de medios de protección (delantales y collarines plomados)

• BISTURI ELECTRICO

Este tema que no requiere un extenso análisis. La mayoría de los que existen comercializados cumplen perfectamente. Su potencia debe estar en torno a los 350 watios. Conviene que pueda ser equipado con los terminales de uso en las especialidades de urología así como se debe tener en cuenta la posibilidad de que la placa del electrodo neutro pueda ser un material fácilmente desinfectable y de uso permanente, evitando el material desechable que inutilice el mismo por su posible falta de disponibilidad en un momento dado y su elevado costo.

• APARATO DE RX FIJO

La definición del material de radiología que se precisa para este centro tiene que ver esencialmente con su vocación preferentemente traumatológica. En cualquier caso conviene que disponga de una mesa fija dotada de mecanismo portachasis con antidifusor, así como de un puesto para hacer radiografías de tórax.

Se piensa que el generador pudiera ser un equipo con capacidad de ofrecer una corriente de disparo de 500 miliamperios con 150 Kilovoltios. Dado que la potencia prevista para el equipo tiene una apreciable influencia en la del grupo electrógeno del que ha de alimentarse, ambas deben estar compaginadas, siendo la de este último superior para garantizar el funcionamiento del equipo de RX dentro de sus márgenes de funcionamiento. El tubo de RX pudiera ser uno de 30\50 Kilowatios y el generador, si la adquisición fuera de material nuevo, debiera ser de los que generan la alta tensión con alta frecuencia.

La ventaja de estos equipos con respecto a los convencionales es su mejor regulación y estabilidad en condiciones diversas, si bien el de disponer de un alto nivel de componentes electrónicos, posibilita un potencial de averías de más difícil resolución con los medios allí existentes.

La instalación debe de complementarse con un número de chasis de diferentes medidas provistos de pantallas de refuerzo rápidas para reducir la tasa de dosis necesaria .

También se debe de contemplar la dotación de una procesadora de placas para revelar el material. Sugerimos que la misma no requiera instalación fija de aportación de agua . Existen en el mercado equipos se sobremesa que pueden cumplir perfectamente con esta función y que utilizan en los tanques de funcionamiento una escasa necesidad de revelador y fijador lo cual favorece que las mismas puedan ser llenadas preferentemente sólo en caso de necesidad.

Desde hace algún tiempo existen en el mercado aparatos que permiten la recirculación de los químicos utilizados en las procesadoras de revelado. Esto permiten reducir en un 50% los consumos normalmente producidos en los procesos normales, manteniendo una calidad de radiografía aceptable. Por ello se apunta la posibilidad de que ello sea tenido en cuenta dado que la relación rentabilidad-precio es muy ventajosa.

Como complemento de este elemento interesa que se disponga en el cuarto oscuro de una iluminación con filtro que permita la manipulación de las placas con algo de visibilidad.

• SALA DE POST-OPERATORIO

Dependiendo del índice de cirugía y de su tipo, la sala de post-operatorio debiera ir dotada de algún tipo de monitorización. El equipo que mejor cumpliría esta función sería uno que dispusiera de ECG, Pulsioximetría y Aparato de tensión no invasiva.

5.- Archivo y conservación de la información.

Reconociendo el buen planteamiento del procedimiento existente, se recuerda la necesidad de mantener la historia ambulatoria única, en la que aparezca toda la documentación referente al paciente, tanto revisiones como pruebas complementarias.

Es adecuado el soporte físico de sobres para guardar esta información. Por ello y ante la carencia de éstos, se recomienda como material fundamental a aportar por las distintas comisiones médicas los modelos de sobres e historias clínicas existentes, en aras de una mejor interpretación y archivo. Parece conveniente para abaratar costes la realización de éstos de modo centralizado por la Coordinadora Nacional.

De todas estas conclusiones se desprende una vez más la necesidad de una coordinación estable claramente identificada como elemento vertebrador entre las distintas cooperaciones y las autoridades sanitarias saharauis.

MESA N° 7: RIESGOS DE LA COOPERACION SANITARIA

1.- Efectos que se han constatado como negativos de la experiencia de Cooperación con el Pueblo Saharaui

Muchos de los proyectos sanitarios se han basado en la asistencia de *Comisiones médicas* de atención terciaria que, independientemente de los aspectos positivos que han tenido y tienen (resolución de problemas concretos graves, efecto psicológico positivo en la población al sentirse atendida desde fuera, efecto de altavoz en el exterior a cargo de las delegaciones, etc.) han producido algunos impactos negativos serios que convendría tener en cuenta:

- 1.- Desvalorización y pérdida de prestigio de los profesionales autóctonos y también de los argelinos ante la población, que solo se siente *segura* atendida por profesionales extranjeros. Este hecho tiene como efecto generado la pérdida de motivación de los sanitarios locales.
- 2.- Irrupción en algunos casos en la asistencia primaria, desestructurándola y creando también un efecto inducido de desvalorización social de la medicina general.
- 3.- Descontrol de los recursos disponibles y, a veces, exceso de tecnología, que produce un efecto de deslumbramiento y deja luego solo "la arqueología de la Cooperación".
- 4.- Desprestigio de los sistemas y mecanismos tradicionales de salud valiosos que pasan a juzgarse como propios de "gentes ignorantes e incultas", afectando este hecho fundamentalmente al papel realizado por las mujeres, que son el soporte de la salud comunitaria.
- 5.- Descuido en los programas de los aspectos formativos, que son la garantía de la continuidad y sustentabilidad de los proyectos.
- 6.- Colonialismo cultural que se manifiesta además de en los aspectos arriba citados, en la potenciación de la lengua española u otras lenguas extranjeras como "lenguas de prestigio" y en la posibilidad de que se pudiera producir discriminación de algún tipo entre los beneficiarios en función de conocer o no la lengua extranjera.
- 7.- Incidencias negativas en el campo de la salud y en el medioambiental derivadas de tecnologías introducidas con motivo de proyectos sanitarios (residuos químicos y biológicos, pilas, aparatos de rayos obsoletos o mal instalados...).

2.- Propuestas de la mesa sobre riesgos de la cooperación sanitaria.

Al abordar el diseño y la ejecución de programas y proyectos en el campo de la Salud, un punto de partida básico habrá de ser la aminoración de los impactos negativos que su puesta en marcha pueda suponer y la búsqueda de la sustentabilidad o viabilidad en el tiempo de la acción propuesta. En este orden de cosas, se sugieren las siguientes pautas o líneas de actuación.

- 1.- La Cooperación debe de responder a las necesidades expresadas por las poblaciones destinatarias de la ayuda. En este sentido, las Instituciones de la R.A.S.D. son la legítima representación de la población saharauí. A ellas corresponde la definición de la política sanitaria, su diseño y el señalamiento de prioridades en el orden de la Salud. Los programas de cooperación sanitaria habrán de buscar respuesta a las necesidades y prioridades expresadas por el Ministerio de Salud de la R.A.S.D.
- 2.- La cooperación debe de potenciar el modelo sanitario saharauí, basado en la prevención y en la asistencia primaria como ejes del sistema. Este modelo se ha demostrado adecuado, moderno y capacitado para dar respuesta a las necesidades de salud de la población saharauí refugiada.
- 3.- Principio básico de dicho sistema es el que la atención terciaria descansa sobre la demanda y las necesidades marcadas por la asistencia primaria y especializada.
- 4.- Los programas de Cooperación a la asistencia primaria deberán situar en primer plano a la estructura y a los profesionales saharauis, actuando la cooperación como refuerzo, lo más a la sombra posible.
- 5.- Los proyectos de salud deberán potenciar los aspectos de formación, incidiendo especialmente la cooperación en los niveles de "Formación de Formadores" y de "Formación de técnicos medios", cuya preparación ha de garantizar la continuidad de los programas.
- 6.- Convendría considerar e integrar en el diseño y filosofía de los programas la Medicina Tradicional, buscando eliminar las prácticas perniciosas, tolerando las inocuas y potenciando las beneficiosas.
- 7.- El papel preponderante de las mujeres en el cuidado, su larga experiencia y los conocimientos acumulados por las mujeres como sanadoras o comadronas han de ser considerados, valorados e integrados en los programas. Los programas deberían poner especial atención al papel y formación de las mujeres como elementos estratégicos en la salud y bienestar de la comunidad. Convendría, además, apoyar especialmente aquellos programas que contribuyan a la promoción de las mujeres.
- 8.- Los programas de cooperación sanitaria deberán poner especial atención en el respeto y adecuación a las características e identidad cultural del pueblo saharauí. Se cuidará en no potenciar el prestigio de las lenguas occidentales frente al árabe y al hassania y de que no se produzcan situaciones de discriminación en razón de conocer o no la lengua extranjera. En la elaboración de protocolos, historias clínicas, fichas médicas, materiales de formación, etc. se hará un esfuerzo especial en que tanto los impresos como su cumplimentación sean al menos bilingües.
- 9.- La responsabilidad en la gestión por la parte saharauí será factor preferente frente a la supuesta "eficacia" en la ejecución de los programas. Para ello se potenciará al máximo el protagonismo de los técnicos saharauis buscando:
 - a) Reducir la irrupción negativa de los profesionales extranjeros en el sistema de salud local.
 - b) Potenciar y prestigiar el papel de los técnicos locales, motivándoles.

- c) La adquisición de habilidades de gestión del personal local que garantice la continuidad del programa sin intervención extranjera.
 - d) Disminuir paulatinamente la estancia y dependencia de las delegaciones extranjeras.
- 10.- Las delegaciones sanitarias expatriadas deberán acudir a los Campamentos con una información y conocimientos mínimos de la situación y características del pueblo saharauí y de sus sistema de salud, que permitan aminorar sus posibles efectos perniciosos en el sistema de salud saharauí. Para ello las Asociaciones de Amistad y las delegaciones del F. Polisario, apoyadas por la Coordinación sanitaria,
- a) Informarán a las comisiones y ONGs de la situación general del pueblo saharauí y, en particular, de la organización del sistema de Salud.
 - b) Elaborarán un Catálogo de Recomendaciones o Código de Conducta que haga comprender a los cooperantes sanitarios el sentido de su aportación solidaria y las actividades y valores a desarrollar en su trabajo.
- 11.- Todos los proyectos de cooperación sanitaria deberían incorporar un estudio de impacto ambiental en el que se valorara la incidencia de la introducción de determinadas tecnologías, aparatos, productos químicos, residuos, etc. de modo que las autoridades saharauís conocieran y valoraran los implicaciones de los programas en este orden. Igualmente, los programas habrán de buscar la aminoración de estos impactos negativos contemplando medidas correctoras apropiadas.
- 12.- A fin de optimizar los recursos, al analizar la dotación tecnológica, además de la prelación de necesidades y prioridades marcadas por el Ministerio de Salud de la R.A.S.D., se analizará:
- la utilidad de los equipos.
 - el numero de usuarios y beneficiarios.
 - la sencillez de manejo y de mantenimiento.
 - robustez y adaptación a las condiciones del medio.
 - autonomía de funcionamiento y, en su caso, facilidad y seguridad de conseguir repuestos.

En todo caso, a lo largo de todos los puntos y aspectos tratados se valoró la importancia de establecer una coordinación eficaz entre todos los grupos y ONGs que trabajan en la cooperación sanitaria con el pueblo saharauí.