

**TRABAJO FINAL**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN COOPERACIÓN AL  
DESARROLLO**

“Experiencia de voluntariado en un proyecto de formación sanitaria en los campamentos de refugiados saharauis 2016-2017”

Autora: Raquel Crespo Graciano

Tutora: Grisela Soto Personat

Julio, 2018





## Índice de contenidos:

Resumen -----	5
Abstract -----	6
Listado de abreviaturas y acrónimos -----	7
1. Introducción -----	8
1.1 Historia del Sáhara Occidental -----	8
1.2 Condiciones de vida en los campamentos de refugiados saharauis -----	13
1.2.1. Sostenibilidad alimentaria -----	13
1.2.2. Gobernabilidad -----	13
1.2.3. Salud -----	15
1.2.4. Educación y empleo -----	17
1.2.5. Estructura de los campamentos -----	18
1.2.6. Agua, saneamientos e higiene -----	20
1.2.7. Situación de la mujer -----	23
1.3 Sistema sanitario en los campamentos de refugiados saharauis -----	24
1.3.1. Asistencia al parto -----	25
1.4 Proyecto “2017, 7 matronas en Dajla” -----	29
2. Descripción de la entidad -----	30
3. Justificación de la elección del voluntariado -----	32
4. Plan de trabajo desarrollado -----	34
4.1. Periodo 22 de marzo del 2016 al 12 de abril del 2016 -----	37
4.2. Periodo del 4 al 28 de febrero de 2017 -----	37
4.3. Periodo del 1 al 31 de marzo de 2017 -----	40
4.4. Periodo del 1 de abril al 1 de mayo de 2017 -----	42
5. Conclusiones -----	45
5.1. Análisis personal de la experiencia de voluntariado -----	45
5.2. Análisis del proyecto “2017, 7 matronas en Dajla” -----	49

5.3. Evaluación del proyecto -----	54
6. Propuesta de proyecto “Una escuela de matronas en Dajla” -----	57
6.1 Matriz de participantes -----	57
6.2 Relación entre el antiguo proyecto y el nuevo -----	63
6.3 Documento del proyecto “Una escuela de matronas en Dajla” -----	66
7. Galería de imágenes -----	74
8. Bibliografía consultada -----	77

## **RESUMEN**

Entre los años 2016 y 2017 participé en un proyecto de formación de matronas en Dajla, uno de los cinco campamentos de refugiados saharauis de Tindouf, Argelia.

Se calcula que alrededor de 155.000 habitantes<sup>1</sup> sobreviven en cinco campamentos en la hammad argelina, región especialmente árida del desierto del Sáhara, en la frontera con Marruecos y Mauritania. Argelia cedió este territorio a los refugiados saharauis hace 42 años tras la llamada “Marcha Verde”.

Dajla es el campamento más alejado al Hospital Nacional Saharai (170 km). Esta situación, junto con el escaso número de matronas (la asistencia al embarazo, parto y puerperio es atendida por dos matronas tituladas cuya disponibilidad está muy limitada por causas familiares y una partera, que las coordina) se consideran las principales causas de que la mortalidad materno-infantil de este campamento esté aumentada en relación a los demás. Tener más matronas capacitadas y que la formación ocurriera en la misma Dajla, fue una necesidad expresada por el Gobierno Saharai.

En 2016 se inició la formación de tres enfermeros titulados y una partera para capacitarlos como matronas. La duración del proyecto fue de dos años. En el primer año se aportaron los conocimientos teóricos y en el segundo, las habilidades prácticas. En la actualidad está pendiente la acreditación oficial de matronas y la planificación y puesta en marcha de la formación de la próxima promoción. A este proyecto se le denominó “2017, siete matronas en Dajla”, fue coordinado por la Asociación de Amigos del Pueblo Saharai Carmona y Sáhara (CARYSA) y financiado por el Ayuntamiento de Carmona y la Diputación de Sevilla.

**Palabras clave:** voluntariado, matrona, campamentos de refugiados saharauis.

## **ABSTRACT**

Between 2016 and 2017 I took part in a training project for certified nurse midwives in Dajla, one of the five Sahrawi refugees' camps in Tindouf, Algeria. It is estimated that about 155000 inhabitants<sup>1</sup> survive in those five camps in the Algerian Hammada, an especially arid region in the Sahara Desert, located within the borders of Morocco and Mauritania. Algeria ceded this territory to Sahrawi refugee 42 years ago after the so called "The Green March".

Dajla is the farthest camp to the Sahrawi National Hospital (almost 106 miles). This location, together with the scarce number of certified nurse midwives is considered one of the main causes for the rise of maternal and infant mortality in this camp in relation to others; only two certified nurse midwives, whose availability is strictly limited due to family causes, and a midwife who coordinate them, assist during pregnancy, delivery and puerperium. Sahrawi Government expressed the necessity of having more trained and certified nurse midwives as well as the training taking place in Dajla.

In 2016, a course started for three nurses and a midwife to be qualified as certified nurse midwives. The program had a two-year duration. During the first year, the participants were provided with the technical skills, whereas in the second all the practical skills were learned.

Nowadays, the official accreditation for certified nurse midwives is still pending approval, as well as the planning and setting up of the training for the next class. This project was named "2017, seven certified nurse midwives in Dajla" and it was coordinated by the Friends of the Sahrawi People Carmona and Sahara (CARYSA in Spanish) and sponsored by the Carmona Council and the Seville Provincial Council.

**Keywords:** volunteering, midwife, saharawi refugees' camps

**Listado de abreviaturas y acrónimos:**

ONU: Organización de las Naciones Unidas

Frente Polisario: Frente Popular de Liberación de Sagúa el Hamra y Río de Oro

RASD: República Árabe Saharaui Democrática

OUA: Organización para la Unidad Africana

MINURSO: Misión de Naciones Unidas para el referéndum en el Sáhara Occidental

ONGD: Organización no gubernamental para el desarrollo

ECHO: Departamento para la Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

PMA: Programa Mundial de Alimentos

UE: Unión Europea

PISIS: Programa Integral de Salud Infantil Saharaui

UNMS: Unión Nacional de Mujeres Saharaui

AAPSS: Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui de Sevilla

CARYSA: Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui Carmona y Sáhara

## **1. Introducción**

### **1.1. Historia del Sáhara Occidental**

El Sáhara Occidental es un país africano que limita al Norte con Marruecos, al Este con Argelia y al Sur con Mauritania. Al Oeste, el Océano Atlántico baña su costa. Rico en fosfatos, es uno de los caladeros de pesca más importantes del mundo, es potencialmente rico en petróleo y tanto la venta de arena y la industria agrícola han sufrido un gran crecimiento en los últimos años. Son estos recursos naturales los que han sido señalados por muchos como como causa de lo que ha venido a llamarse “el conflicto saharauí”.

La población del Sáhara Occidental es tradicionalmente nómada de origen bereber, árabe y negra. Usan un dialecto del árabe, el hassaniya, y poseen un rico patrimonio cultural en el que sobresale la ceremonia del té, la vestimenta tradicional, melfa para la mujer y darrah para el hombre y el estilo musical “Haul”.

Algunas fechas relevantes en su historia reciente (Guisado Morillas, 2017; Fuente Cobo, 2011; Jiménez López, 2016):

**1884:** Conferencia de Berlín tras la que España se hizo con el Sáhara Occidental, Guinea Ecuatorial y algunas zonas de Marruecos, las del Rif, al Norte y Cabo Juby al Sur.

**1920:** Se crean las fronteras definitivas del Sáhara Occidental.

**1956:** España ingresa en la ONU y Marruecos consigue su independencia.

**1958:** Real Decreto por el que se declara al Sáhara Occidental como “Provincia 53” española.

**1960:**

- Resolución 1514 (XV) de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se determina que no se pueden explotar los recursos naturales de un territorio no autónomo sin el consentimiento de los pueblos indígenas.
- Resolución 1542 (XV) ) de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se denomina al Sáhara Occidental “Territorio No Autónomo”.



**1961:** Hassan II se corona rey de Marruecos y declara su intención expansionista hacia “el Gran Marruecos”.

**1962:** Argelia consigue la independencia tras su guerra con Francia.

**1965:** Resolución 2074 (XX) de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se exige a España que inicie el proceso de descolonización.

**1968:** Nace el Movimiento Nacional de Liberación Saharaui cuyo líder, Mohamed Sidi Brahim Bassiri, desaparece dos años después en la cárcel tras haber sido detenido en una manifestación.

**1972:** Se hace efectiva la Ley de Secretos Oficiales a los asuntos del Sáhara Occidental, decretada por Carrero Blanco junto a la Presidencia de Gobierno.

**1973:** Nace el Frente Polisario (Frente de Liberación de Saguía el Hamra y río de Oro). En el manifiesto político de su fundación podemos leer:

“Una vez comprobado que el colonialismo quiere mantener su dominación sobre nuestro pueblo árabe, intentando aniquilarlo por la ignorancia, la miseria, (...). Ante el fracaso de todos los métodos pacíficos utilizados, (...) el frente Popular para la Liberación de Saguia El hamra y Río de Oro, nace como expresión única de las masas, que opta por la violencia revolucionaria y la lucha armada como medio, para que el pueblo saharauí, árabe y africano pueda gozar de su libertad total y enfrentar las maniobras del colonialismo español.

Parte integrante de la revolución árabe, apoya la lucha de los pueblos contra el colonialismo, el racismo y el imperialismo y condena a éstos por su tendencia a poner a los pueblos árabes bajo su dominación ya sea mediante el colonialismo directo o bien por el bloqueo económico.

Considera que la cooperación con la Revolución Popular Argelina, constituye un elemento esencial para enfrentar las maniobras urdidas contra el Tercer Mundo.

Invitamos a todos los pueblos en lucha a unirse para enfrentar al enemigo común.

¡Con el fusil conquistaremos la libertad!”

Su primer secretario general fue Brahim Gali (actual Presidente de la República Árabe Saharaui Democrática -a partir de ahora RASD-). Diez días más tarde tuvo lugar el primer atentado a un destacamento militar español.

**1974:** Se realiza un censo oficial de la población del Sáhara Occidental (clave en las posteriores negociaciones sobre el referéndum de autodeterminación). Hassan II justifica públicamente una posible invasión del Sáhara Occidental bajo la supuesta pertenencia de estas tierras al reino alauita. España anuncia que en el 1975 se realiza el referéndum que se solicitaba desde Naciones Unidas.

**1975, 21 de Agosto:** Hasan II informa al ministro de asuntos exteriores de EEUU sobre la Marcha Verde, a la que da su aprobación. La financiación corría a cargo de Arabia Saudí.

**1975, 16 de Octubre:** Publicación de la Opinión Consultiva del Tribunal Internacional de Justicia sobre el caso del Sáhara Occidental a instancias de Marruecos y Mauritania en la que se declara que "...la Corte no comprobó que existieran vínculos jurídicos capaces de modificar la aplicación de la resolución 1514 (XV) en lo que se refiere a la descolonización del Sáhara Occidental y, en particular, a la aplicación de la libre determinación mediante la expresión libre y auténtica de la voluntad de las poblaciones del territorio.". Fue otro párrafo de esta misma sentencia el que se usó para justificar los futuros acontecimientos por parte de Marruecos "No obstante, proporcionan indicaciones de que, en el período pertinente, existían vínculos jurídicos de lealtad entre el Sultán y algunos, pero sólo algunos, de los pueblos nómadas del territorio, por conducto de los caídes Tekna de la región Noun, y muestran que el Sultán ejercía, y otros Estados reconocían que poseía, cierta autoridad o influencia respecto a esas tribus".

**1975, 21 de Octubre,** el Secretario General del Movimiento, José Solís, se reúne en Rabat con Hassan II para anunciarle que España renunciaba a un Sáhara independiente y que no considera a Argelia como parte interesada. Solís describió esta negociación como "realista, positiva, dura y fructífera".

**1975, 30 de Octubre:** Entrada de la "Marcha Verde" en suelo del Sáhara Occidental. Se calcula que 350.000 personas formaron parte de esta invasión. Se calcula que un tercio eran soldados marroquíes. Hay constancia del uso de napalm y fósforo blanco sobre la población saharauí. Buena parte de la población huye hacia la frontera de Argelia. Al

día siguiente, Rabat anuncia internacionalmente la incursión “civil” para el día 6 de noviembre. Mientras, en España, el estado de salud de Franco empeora y se teme una gran revuelta civil.

**1975, 2 de Noviembre:** El que 20 días después sería proclamado Rey de España, Juan Carlos de Borbón, visitó a las tropas desplegadas en El Aiun para tranquilizar a los soldados declarando que “España saldrá de este lance con honor”.

**1975, 6 de Noviembre:** resolución 380 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas donde “deplora” la marcha e insta a Marruecos a que se retire inmediatamente del Sáhara Occidental. A su vez, recuerda a “las partes interesadas” que tengan en cuenta las anteriores resoluciones de este órgano en sus negociaciones.

**1975, 14 de Noviembre:** Acuerdos Tripartitos de Madrid en los que España pone fin a las responsabilidades y poderes que tiene sobre el Sáhara Occidental. Desde este momento, España procedería a instruir una Administración temporal en el territorio junto a Marruecos y Mauritania. Se acuerda el 28 de febrero de 1976 como fecha límite de presencia española en la región. En estas negociaciones también se vende a Marruecos el 65% de la empresa explotadora de fosfatos por 5,850 millones de pesetas y la cesión de derecho de pesca para 800 barcos durante 20 años.

**1976, 26 de Febrero:** Retirada de las tropas españolas del Sáhara Occidental. Marruecos destina 30.000 colonos que habían pertenecido a la marcha Verde para ocupar las casas abandonadas.

**1976, 27 de Febrero:** Autoproclamación de la RASD en el exilio.

**1976, 10 de Agosto:** Real Decreto en el que se concede un plazo de un año para optar por la nacionalidad española a cualquier ciudadano saharauí que se persone en el Registro Civil del lugar de su residencia española.

**1979, 5 de Septiembre:** Mauritania renuncia a sus pretensiones con el Sáhara y firma un acuerdo de paz con el Frente Polisario (Acuerdo de Argel). Su lugar es ocupado por Marruecos, que proclama la soberanía sobre la totalidad del territorio del Sáhara Occidental.

**1980:** Reconocimiento de la RASD en la Conferencia Cumbre de la Organización para la Unidad Africana (OUA) en Freetown. En noviembre de 1984 fue reconocida como miembro de pleno derecho.

Inicio de la construcción del muro que separa los territorios ocupados del Sáhara Occidental de los territorios recuperados por el ejército saharauí (tardó 5 años en ser construido. Mide 2.720 Km de largo. Para su defensa cuenta con 160.000 soldados en puestos de vigilancia cada 5 Km y se sembró sus proximidades de cientos de miles de minas antipersona).

**1985, 14 de Noviembre:** El Comité de Descolonización de la ONU reconoce el derecho de autodeterminación del Pueblo Saharaui.

**1989,** se inician las conversaciones de paz entre Marruecos y el Frente Polisario. La mayor controversia es sobre el censo que se debe usar para el referéndum, mientras que el Frente Polisario defiende que el único censo oficial válido fue el de 1974, Marruecos apuesta por un censo que tenga en cuenta toda la población en ese momento (mayoritariamente colonos).

**1991,** se firma un Alto el Fuego en el contexto de un Plan de Paz auspiciado por la ONU y la OUA (Organización para la Unidad Africana). Este plan preveía la realización de un referéndum de autodeterminación para la población saharauí en 1992.

Creación de la MINURSO (Misión de Naciones Unidas para el referéndum en el Sáhara Occidental), entidad encargada de organizar el referéndum en base al censo de población español de 1974. Desde el primer momento, la vigilancia de los Derechos Humanos en la zona no formó parte de los objetivos de la MINURSO, algo que siempre se ha reclamado desde el gobierno de la RASD y numerosas ONGDs.

**1999,** se realiza un censo oficial con más de 86.000 votantes que no complace a nadie, quedando la situación estancada. En los siguientes años se pone encima de la mesa la solución de convertir al Sáhara Occidental en una provincia marroquí con cierta independencia al resto del reino mientras se gestionaba un referéndum, medida que tampoco consiguió consenso.

**2004,** primera prolongación del mandato de la MINURSO. Durante estos 14 años la ONU ha ido prolongando esta misión (la última vez hasta el 30 de Abril de 2018), mientras que el atropello de los derechos de la población saharauí en territorio ocupado es constante. Cabe señalar el episodio en el que se atacó y enjuició a ciudadanos saharauis para acabar con el campamento protesta de Gdeim Izik.

2014, la ECHO puntúa con 11 puntos (la máxima puntuación) al “Conflicto del Sáhara Occidental” como crisis humanitaria olvidada



Fig. 1 División de territorios en la actualidad.

## 1.2. Condiciones de vida en los campamentos de refugiados saharauis

### 1.2.1. Sostenibilidad alimentaria

Se calcula que el 95% de las familias son dependientes de la asistencia para conseguir alimentos suficientes. De promedio, proviene de la Ayuda Humanitaria el 80% de los alimentos que se consumen en los hogares.

Según la última encuesta nutricional realizada por ACNUR más del 8% de los niños menores de 5 años sufren una desnutrición aguda y el 25,2% sufre retraso de crecimiento. En el siguiente colectivo más vulnerable, el de las mujeres en edad fértil, más del 20% sufren anemia moderada o severa y más del 75% de las embarazadas tienen anemia (Ministerio de Asuntos exteriores y Cooperación, 2015).

Por otro lado, la salinidad y aridez del terreno, junto a las condiciones meteorológicas extremas de la zona, hacen que la posibilidad de cultivos sea muy limitada, siendo más floreciente una ganadería basada en el camello y la cabra.

Mensualmente el PMA reparte 90.000 canastas básicas (cereales, leguminosas, aceite vegetal, azúcar y sal. La harina de trigo y el aceite vegetal están enriquecidos con micronutrientes) y 125.000 raciones. Tras la UE, el principal donante es la AECID. Es relativamente frecuente que se produzcan interrupciones en la cadena de distribución, siendo necesarias las reservas de la ECHO para completar las cestas o proveer de alimentos frescos (DARA Informes, 2010).

Además, multitud de ONGDs tienen proyectos de distribución de comida en los campamentos (aunque se pueda observar desorganización tanto en la planificación como en la entrega). La ayuda de familias españolas tras el proyecto “Vacaciones en Paz” y las “Caravanas de la Paz”, promovidas por todas las federaciones autonómicas de asociaciones de amigos del pueblo saharauí, son un alivio para muchas familias.

### ***La controversia sobre la población saharauí:***

Hoy en día no existe consenso sobre cuántas personas viven en los campamentos de refugiados saharauis (lo que es una gran dificultad a la hora de planificar la ayuda).

Cuando en 1.984 el Gobierno Argelino pidió ayuda a Naciones Unidas para afrontar las necesidades de la población refugiada, la cifró en 165.000 saharauis.

En 2004, el representante de US mission en Roma proponía: “Hoy, la cifra de la población asistida por Naciones Unidas en la región de Tindouf es de 155.430. A pesar de que existe un debate considerable alrededor de este número, el personal de Naciones Unidas aseguró a nuestro equipo que, tras revisar los comprobantes de vacunación de los niños, la asistencia a las escuelas primarias,

la lista de electores válidos de la MINURSO y el último registro, la ONU confiaba en que esta cifra, si cabe, era probablemente baja.

Tras haber visitado los cuatro campamentos, que se extienden sobre un área extensa, el equipo USA comparte esta visión” (DARA Informes, 2010).

Sin embargo, en el verano de 2005, ACNUR y el PMA decidieron bajar el número de beneficiarios a 90.000 personas vulnerables, sin especificar los criterios que se tomaron en cuenta. Algunos donantes y agencias se han mostrado abiertamente en contra de esta estimación, no así la AECID, aunque colabora con proyectos que plantean una población beneficiaria de 158.000 personas (cifra comúnmente usada por los proyectos españoles en la zona) (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2016).

### **1.2.2. Gobernabilidad**

Tras la salida de la administración española en 1976, el Frente Polisario se autoproclamó fuerza armada del Gobierno saharauí y garante de la soberanía nacional. Desde entonces, el pueblo saharauí ha desarrollado una estructura administrativa de Gobierno, una legislación propia (cuya máxima expresión es la Constitución saharauí que garantiza la separación entre poder ejecutivo, legislativo y judicial, la igualdad entre todos los ciudadanos, los derechos y obligaciones a los que están sujetos) (Delegación Saharaí para España, s.f.).

La capital de la RASD es El Aiún, actualmente ocupada por Marruecos, como capital provisional se encuentra Bir Lehlu, que se encuentra en los territorios liberados por el Frente Polisario.

El Jefe del Estado es el Secretario General del Frente Polisario. Cada cuatro años la población saharauí mayor de edad que pueda presentar su documento de identidad elige a representantes de cada *daira* (barriada), en número variable entre elección y elección (la Secretaría Nacional define la normativa electoral para cada proceso). Todos los representantes se reunirán en no más de 40 días en Congreso para la elección del Presidente. Para optar a este puesto se debe ser

varón, haber participado activamente en la guerra y haber trabajado en la administración política saharauí durante años.

En sus casi 42 años de andadura, la RASD ha tenido tres presidentes. El primero, El-Ulai Mustafa Sayed (considerado mártir y héroe nacional al que se dedica festejos el 8 de marzo) que fue asesinado el primer año tras la Marcha Verde, Mohamed Abdelaziz que fue elegido inmediatamente después, cargo para el que fue reelegido en todas las elecciones (ocho en total) hasta su fallecimiento el 31 de mayo del año pasado, y el actual presidente Brahim Gali.

El Primer Ministro elige a su gabinete tras consultar al Consejo Nacional. La RADS dispone de 17 Ministerios con representación en cada *wilayat* (provincia, campamento).

En 1974 se creó la Unión Nacional de Mujeres Saharauis, rama femenina del Polisario, sin papel real en el gabinete (Unión Nacional de Mujeres Saharauis, s.f.). Tienen función consultiva, participan en los distintos procesos legislativos y apoyan la labor de algunos ministerios (por ejemplo: entre sus miembros eligen a Promotoras de Salud, que apoyan en la Educación para la Salud al escaso personal sanitario, también tienen gran actividad visibilizando la causa saharauí fuera de sus fronteras). Sus funciones a nivel nacional son:

- Sensibilizar a las mujeres sobre su papel en la comunidad.
- Concienciar sobre los derechos legales y políticos de las mujeres saharauis.
- Luchar por la emancipación de la mujer e impulsar su formación formal.
- Orientar a las mujeres para preservar los logros conseguidos en pro de la liberación nacional.
- Profundizar en el papel de la familia a la hora de garantizar una educación igualitaria entre niños y niñas.
- Concienciar a las mujeres sobre la importancia de la prevención en la salud.
- Fomentar la solidaridad entre las mujeres, especialmente en territorios ocupados donde las agresiones son frecuentes.

A nivel internacional:



- Seguimiento de la situación de la mujer en el mundo.
- Potenciar las relaciones con otras organizaciones de mujeres a nivel mundial.
- Conseguir apoyo material y financiero.
- Denunciar los conflictos bélicos y racistas y la violación de los derechos de la mujer en todo el mundo.

### **1.2.3. Salud**

El sistema de información del Ministerio de Salud Pública saharauí no permite aún conocer la incidencia de determinadas patologías. En el funcionamiento diario de los distintos dispositivos se conoce la prevalencia de los problemas crónicos de la población de la zona, aunque todavía no hay una comunicación efectiva entre los distintos centros sanitarios. Así, todo análisis de la situación es aproximado.

Hay consenso en que existe una alta prevalencia de enfermedades vinculadas al refugio, como la malnutrición, la anemia, la patología dental, el asma, las infecciones gastrointestinales y respiratorias, con un alto componente estacional. Estas patologías, que generalmente tienen un mayor impacto entre los menores de cinco años, se ven agravadas por la malnutrición crónica, que alcanza al 25,2% de la población infantil y la anemia, presente en el 28,4% en el mismo rango de edad.

A pesar de los esfuerzos por llevar a cabo el programa PISIS (Programa Integral de Salud Infantil Saharauí), tan solo el 30% de los niños y niñas son atendidos en más de seis ocasiones (indicador de calidad) y existe un elevado abandono del programa y del tratamiento.

En cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva, aunque en la última década se han conseguido grandes logros en la visibilización del embarazo, asistencia sanitaria durante el embarazo y parto, coordinación de la asistencia y formación de los profesionales, la proporción de partos atendidos por personal cualificado no llega al 70%. Además, se calcula que el 47% de las mujeres

embarazadas tienen anemia moderada o grave y un 33% mantienen ese estado al alcanzar el tercer trimestre. Hay ciertas prácticas tradicionales que limitan la posibilidad de paliar este problema que está en la base de un gran porcentaje de casos de muerte materna y fetal (Ministerio de Salud Pública Saharaui, 2015).

Por otro lado, la limitación del ejercicio físico característicos del refugio, más una dieta muy rica en azúcar y sal, y pobre en proteínas y micronutrientes, junto al notable envejecimiento de la población, ha desencadenado un aumento de las patologías cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión y la patología tiroidea. En el contexto de los campamentos y las costumbres nómadas saharauis, los tratamientos crónicos se hacen muy difíciles, calculándose que solo el 10% de los pacientes con diabetes y/o hipertensión están bien controlados.

Las duras condiciones de vida, así como las escasas expectativas de futuro y otros determinantes sociales son causa de numerosos casos de enfermedad mental en la población. Por una parte, y como ocurre en otras culturas, el tratamiento de estas enfermedades suele estar relegadas a las puramente físicas. Por otro lado, son situaciones vergonzantes o un tabú y las familias suelen preferir silenciar la situación y usar medicina tradicional (ungüentos y rezos) para paliarla.

#### **1.2.4. Educación y empleo**

La educación dentro de los campamentos es obligatoria de los 5 a los 11 años. Está dividida en tres etapas: infantil, primaria o secundaria (Cámara Rubio, 2011).

- *Tarbías* o escuelas infantiles, de los tres a los cinco años. Son públicas y gratuitas impulsadas por la administración local. Son edificios de adobe con un patio central y adheridas a un dispensario. Su función es asistencial y socializador. En el último curso, que sí es obligatorio, se aportan conocimientos de matemáticas y lengua árabe. Las maestras son exclusivamente mujeres, muchas de ellas voluntarias y con experiencia y formaciones muy variables.

- *Madrassas* o Escuelas de primaria, de los seis a los once años (para adaptarlas al sistema educativo argelino). Durante estos años se estudia Geografía e Historia del Sáhara Occidental, Educación Islámica, Dibujo, Educación Física, Matemáticas, Tecnología, Lengua Árabe, Lengua Española y Ciencias Naturales. Las *madrassas* suelen tener muchas deficiencias de materiales escolares y estructurales. Excepto la asignatura de español, el resto de las clases se imparten en *hassanía* (dialecto del árabe). Muchos niños viajarán en verano a España con el programa “Vacaciones en Paz”, donde afianzan notablemente su nivel de español, que es un signo distintivo de la población saharauí en esta zona. Últimamente existe la posibilidad de refuerzo fuera del horario escolar como iniciativa privada.
  
- Educación secundaria, de los 12 a los 17 años. La mayor parte de la población la cursa en territorio argelino. Argelia beca a la población saharauí en esta educación. Se ven obligados a abandonar los campamentos y a sus familias durante años, volviendo solo para las vacaciones de verano, lo que produce aculturación y desmotivación en la lucha de su pueblo. También Cuba y Libia siguen becando alumnos, aunque en mucha menos cantidad que hace unos años. El Ministerio de Educación está apostando por la formación dentro de los campamentos, centralizándola en la Escuela “12 de Octubre”, con capacidad para 2.000 alumnas y alumnos en condición de internado. En los últimos años se han abierto otros centros en distintos campamentos con grandes dificultades aún para organizarse y aportar un currículo suficiente.
  
- Además de esta formación, dentro de los campamentos existe la opción de distintas FP aportadas en los siguientes centros monográficos:
  - Centro de Formación *El Uali Mustafá*, solo para chicos, talleres formativos sobre mecánica, carpintería y administración.
  - Escuela Nacional *27 de Febrero*, solo para chicas, sobre organización y gestión de los campamentos.

- Escuela de Enfermería *Ahmed Abdelfatah*, centro mixto con carácter de internado, tres años de enfermería y dos más para la especialidad de matrona.
- Centro *Castro* de Educación Especial, para niños y niñas del campamento de *Smara* entre los 6 y los 15 años con necesidades especiales.

En cuanto al empleo, es muy escaso. Por un lado, los trabajos con la administración aparecen en los campos de la salud y la educación principalmente, siendo muchos puestos voluntarios y con una frecuencia de cobro muy irregular. La mayoría de los sueldos se encuentran entre los 30 y los 60 euros al mes.

Las mayores oportunidades aparecen como contraparte de los numerosos proyectos de cooperación en terreno. Pero estos empleos están limitados a un pequeño porcentaje de la población y son de alta temporalidad (Trasasmontes, 2011).

Está surgiendo una discreta, pero creciente, iniciativa privada en el comercio, los servicios de telefonía y el transporte.

Con todo, el desempleo es muy frecuente, mayoritariamente femenino y no está subvencionado. Es una de las principales razones del éxodo de jóvenes fuera de los campamentos hacia países de su entorno. Además, aumenta la vulnerabilidad de situaciones como el tráfico de drogas y armas, común en el territorio fronterizo en el que se encuentran los campamentos.

#### **1.2.5. Estructura de los campamentos, cobijo y artículos no alimentarios**

En la actualidad hay cinco campamentos (*Rabouni* -que funciona como capital administrativa-, *Smara*, *El Aiiun*, *Auserd* y *Dajla*), aunque el asentamiento *27 de Febrero* (ahora llamado *Bojador*) está aumentando de población rápidamente y pronto será más grande que algunas *wilayas* (“provincia” y es la expresión que utiliza la población local para referirse a los campamentos).

Cada campamento está dividido a su vez en barriadas (o “*dairas*”). Cada *daira* está dotada, al menos, de un dispensario y una escuela infantil. A las afueras del campamento en un sitio elevado se sitúan los hospitales junto a las cisternas de agua (si las hay).

En cada campamento hay numerosos cementerios donde se aglutinan austeras tumbas en las que la única indicación de su propietario es el tamaño, que nos dirá si es niño o adulto, y el sexo, a la tumba de una mujer se le coloca una piedra en medio simbolizando el ombligo. No suele haber mantenimiento de estos cementerios que están rodeados de un pequeño muro de piedras para separarlo del resto del campamento.

Tras casi 43 años de refugio, los campamentos han cristalizado en protopoblaciones y desde hace un par de décadas el objetivo de mejorar las condiciones de vida e infraestructuras en los campamentos es la principal misión de la cooperación internacional en la zona.

Los campamentos se articulan alrededor de un mercado (pequeños puestos permanentes que se alinean en el recorrido de una calle ancha y dónde podemos encontrar comida, prendas de ropa, artículos de higiene y de cocina).

Los caminos de arena se consolidan con el paso de los vehículos y en los más transitados aparecen “estaciones” para comprar gasolina y algún que otro artículo para el coche.

Las viviendas son familiares en lo que lo común es la convivencia de las tres generaciones. Están adscritas socialmente a la mujer, es decir, que si preguntamos a una persona soltera dónde vive, nos responderá que “en casa de su madre”.

La vivienda tradicional saharauí es la *jaima*, una tienda de lona de base cuadrada, con aperturas en forma de puerta en cada lateral. Se calcula que los excesos del clima, las tormentas de arena, el siroco y las lluvias torrenciales del otoño hacen que cada cinco años se tenga que cambiar la *jaima*. Las *jaimas*

permanecen siempre abiertas y es común recibir visitas de familiares, vecinos y amigos en cualquier momento del día.

Lo común es que las mujeres de la familia cosan la *jaima* (tiene varias capas y una apertura superior) y los varones se dediquen a montarla posteriormente.

Además de las *jaimas*, la gran mayoría de las familias tienen una casa de abobe para refugiarse del frío y del calor extremo. Es una edificación cuadrada con techo de uralita que sujetan con piedras para que no se mueva con el viento. En su interior habrá al menos dos salas grandes, que se usarán como dormitorios por la noche, y una cocina. Afortunadamente, con la reciente llegada de la electricidad a todos los campamentos, cada vez son más familias con un aparato de aire acondicionado en una de las estancias para poder sobrellevar mejor el verano. Este año, el gobierno ha repartido cemento a cada familia para recubrir las casas y hacerlas más resistentes de cara a las cada vez más frecuentes precipitaciones torrenciales del otoño. Las viviendas se construyen a mano en su totalidad. En cada campamento suele haber hombres a los que se les considera expertos en construcción y a los se contrata para levantar una casa junto a los varones jóvenes de la familia.

Pocas familias tienen coche y es utilizado por el padre de familia generalmente. Las mujeres pueden conducir y, de hecho, existe una autoescuela en Dajla solo para mujeres, pero no suelen hacerlo. Para desplazarse al médico o a otro campamento es común buscar alguien del entorno que tenga coche y pueda llevarles en ese momento, haciéndose cargo del costo de la gasolina.

Es común que las familias dispongan de una televisión junto con una antena parabólica, siendo la población muy aficionada a las películas de *Bollywood* y al fútbol español.

Un cambio importante en la forma de relacionarse de la población ha sido la rápida generalización del uso de internet a través de los dispositivos móviles, mayoritariamente por parte de la población más joven, que es asidua usuaria de las redes sociales. Durante dos años *Mobilis* (la empresa de telecomunicaciones

argelina más importante) ofreció el servicio de datos móviles y wifi muy barato a la población refugiada para triplicar los precios a principios de este año, lo que ha convertido a éste último en un artículo de lujo para la mayoría de las familias.

### 1.2.6. Agua, saneamiento e higiene

Durante los primeros años del refugio los sistemas de abastecimiento de agua estaban basados en la explotación de aguas someras a través de pozos familiares. Esto cambió cuando en 1994, tras unas inundaciones, hubo una epidemia de cólera en *El Aiiun*.

Actualmente, el abastecimiento se basa en la explotación de pozos profundos. Hay tres zonas autónomas con distinta problemática (García et all., 2018):

- Zona 1: wilayas de *El Aiiun* y *Auserd*. De producción moderada, el agua es salina, con niveles de nitratos y flúor muy elevados y buena calidad microbiológica. El agua es tratada por un procedimiento de ósmosis durante 20 días.
- Zona 2: Dos pozos en las inmediaciones de la *wilaya* de *Bojador* para abastecer a *Bojador*, *Smara* y el centro administrativo de *Rabouni*. El agua es de gran conductividad eléctrica y rica en sales. La calidad bacteriológica es moderada. La producción es mayor que en la zona 1 y el agua es tratada por un tratamiento de ósmosis inversa.
- Zona 3: *wilaya* de *Dajla*, dos pozos profundos de gran producción, las cualidades físico-químicas son buenas, así que no se trata antes del clorado y distribución.

Se realiza clorado del agua previo transporte. Se rellenan las cisternas que dan a grifos comunitarios (lo que alcanza al 50% de la población). Para el resto, hay un transporte en camiones para rellenar pequeñas cisternas familiares semanalmente.

La gestión de la basura ha sido un gran hándicap hasta hace relativamente poco tiempo. La situación de urgencia y temporalidad no daba espacio a medidas ecologistas y así, todos los campamentos se encuentran rodeados de cinturones

de basuras inertes. En la actualidad, la gestión de los desechos es local, teniendo en dos campamentos una pequeña flota de vehículos que recogen la basura un par de veces a la semana para después llevarla al desierto donde se incinera. En Dajla, dada la lejanía con el resto de las poblaciones, la basura es arrojada sin tratamiento a cierta distancia de las viviendas.

El detergente es el producto más caro del mercado junto a los cosméticos, productos de higiene y pañales. La limpieza de la ropa y la *jaima* (vivienda tradicional saharauí) es considerada una labor exclusivamente femenina y el día viernes el propicio para estas labores mientras los hombres acuden a rezar a la mezquita.

### **1.2.7. Situación de la mujer**

El contexto político, económico y social de la vida en los campamentos tiene consecuencias diferentes en la vida de hombres y mujeres y las relaciones entre ambos. A pesar de que el empoderamiento de la mujer es mayor que en los países del entorno, la división sexual del trabajo es clara y constante. Las labores de la mayor parte de las mujeres quedan relegadas al cuidado de los hijos y mayores y los escasos empleos mejor remunerados son ocupados por los hombres.

El trabajo doméstico en los campamentos es especialmente exigente y dificulta el acceso a puestos de responsabilidad, aunque existe gran presencia femenina en los campos de la sanidad y la educación (puestos mayoritariamente técnicos o auxiliares y voluntarios en muchos casos). Existe una gran resistencia social y familiar a que puedan asumir formaciones o puestos de responsabilidad fuera de su *daira* o *wilaya*.

La población saharauí considera el divorcio (que es relativamente frecuente), aunque está condicionado a la firma del marido y lo exime del mantenimiento de los hijos en común, que quedan a cargo de la madre, lo que hace de estas familias monoparentales extremadamente vulnerables si la mujer no cuenta con recursos económicos propios. Así, algunas mujeres aceptan la convivencia con



otra esposa (a la que popularmente se reconoce como “segunda mujer”), aunque no esté bien visto socialmente.

Los hijos fuera del matrimonio señalan de por vida a la madre, que suele ser abandonada y amenazada por su familia.

Los matrimonios en mujeres muy jóvenes no son aprobados por la mayoría de la población (al aumentar la posibilidad de mortalidad materno-infantil), pero se considera la principal función de la mujer aportar el mayor número de hijos al matrimonio.

Se debe destacar, no obstante, la reciente ley de cuotas que obliga a que un mínimo de 30% de puestos de responsabilidad estén en manos de mujeres y la voluntad expresada de incluir el enfoque de género en todas las políticas. La constitución define una igualdad legal entre hombre y mujeres y ambos sexos se escolarizan por igual en la actualidad (Ministerio de Salud Pública Saharaui, 2015).

## **1.2. Sistema sanitario en los campamentos de refugiados saharauis.**

El Ministerio de Salud Pública fue uno de los primeros en desarrollarse tras la creación de los distintos campamentos para poder dar respuesta a los numerosos problemas de salud y su alta mortalidad (Ministerio de Salud Pública Saharaui, 2015).

Dirige las políticas relacionadas con Educación para la Salud, promoción y sensibilización, control medio ambiente, control de la potabilización de las aguas, control veterinario, control y seguimiento del embarazo, control de patologías crónicas, lucha contra la anemia y desnutrición, Programa de Niño Sano, control de tuberculosis, vacunación y Salud Escolar.

Gestiona los siguientes centros:

Hospitales centrales:

Hospital *Bachir Saleh* - 150 camas

Hospital mixto *Bolla* - 150 camas

Centro de tuberculosis - 30 camas

Centro de psiquiatria - 40 camas

Más seis centros de salud en los territorios liberados (*Zug, Miyek, Aguenit, Tifariti, Meheris y Bir Tigitsit*) con capacidades cada uno de ellos de entre 15 y 45 camas

Hospitales Regionales (*wilaya*)

*Aaiun* - 50 camas

*Awserd* - 50 camas

*Smara* - 50 camas

*Dajla* - 50 camas

*Bujdur* - amas

Dispensarios: estructuras de base: 26 dispensarios (uno por *daira*)

- Escuela *12 de octubre* (internado)
- Escuela *9 de junio*
- Escuela *Chahid el Hafed*

En cada dispensario dos consultas son realizadas diariamente (una la mañana, y una por la tarde) siendo la media de pacientes por consulta de 40 personas.



Fig.2 Estructura física del Sistema Sanitario Saharaui

El Hospital “*Bachir Salek*” es conocido como Hospital Nacional y es el único que tiene capacidad quirúrgica independiente de las brigadas de voluntarios españoles.

La situación de los hospitales regionales es muy variable ya que depende en exclusiva de su director. Algunos disponen de quirófano, pero ninguno de personal con conocimientos quirúrgicos. Suele haber un médico y dos enfermeras por guardias. Todos ofrecen asistencia al parto y primera atención de urgencia. Para poder derivar al Hospital Nacional cada uno dispone de una dotación de “ambulancias” distinta dependiente de la donación de distintas entidades. Son camionetas con un colchoncillo en el suelo y una bombona de oxígeno.

Existe una Farmacia Central que es aprovisionada principalmente por una ONGD alemana de un listado de medicamentos que se va actualizando regularmente. Esta farmacia dota a los distintos hospitales y a los dispensarios. Todos los centros, a su vez, reciben donaciones públicas y privadas, sin que exista un control centralizado de todos estos recursos.

Aunque dispone de una estructura administrativa compleja con representantes en todos los campamentos, el Sistema Sanitario Saharaui tiene grandes debilidades, entre la que destacan:

El Sistema Sanitario, en su totalidad, no es sostenible. Existe una dependencia completa de la Ayuda Humanitaria para conseguir los recursos económicos e instrumentales más básicos.

La información entre centros aún es muy deficiente lo que supone, por un lado, la práctica imposibilidad de la continuidad del cuidado para las personas que pasan de un dispositivo sanitario a otro y, por otro lado, una ineficiencia del sistema al no coordinar los recursos de los distintos niveles y campamentos.

La gestión de los recursos sanitarios está poco organizada y depende de cada profesional de turno. Es común repartir fármacos entre familiares y amigos sin control externo, visitar en domicilio sin dejar ningún documento por escrito, no es común recibir historia al alta o en la derivación a otro centro, por poner algunos ejemplos. Así, las reservas de fármacos se acaban pronto, es difícil encontrar a los profesionales o conocer el seguimiento que ha recibido un paciente, los propios centros desconocen los recursos acumulados en los almacenes y provenientes de la donación y los ciudadanos suelen acudir a los sanitarios más por sus relaciones personales y familiares que por sus perfiles profesionales.

Los profesionales sanitarios cobran unos sueldos muy bajos y con gran regularidad (pude comprobar que podía pasar más de cuatro meses sin que recibieran ninguna retribución), lo que disminuye su motivación para lo exigente que supone una asistencia con tan pocos recursos.

Los perfiles de los sanitarios no se adaptan a sus funciones y son poco homogéneos. La formación de los sanitarios es muy variable, coexistiendo la formación superior en Cuba (buena parte de los facultativos), en Argelia, en España, los títulos propios de la Escuela de Enfermería y personal con formaciones puntuales o experiencia tradicional durante años que después se homologa. Además, la provisión de puestos de trabajos va a depender de los Directores de los hospitales y los representantes del Ministerio en cada localidad, que tienen libertad para dotar cada servicio como vean conveniente.

Por último, me parece reseñable la desconfianza de la población a la medicina occidental en comparación a la medicina tradicional saharauí. Esta desconfianza se afianza, a mi entender, en los malos resultados y complicaciones ocurridas en

algunos proyectos (por ejemplo hace veinte años hubo una tirada de vacuna de la polio caducada que mató a más de cien bebés y contagió a numerosos niños en todos los campamentos) y la poca inversión en sensibilizar a la población sobre los problemas de salud más importantes y las soluciones que la medicina occidental puede ofrecer, imponiendo tratamientos médicos y quirúrgicos con poca aceptación o adaptación cultural, y aportados en gran parte por extranjeros desconocidos que trabajan localmente de manera intensiva durante dos o tres semanas.

### **1.3.1. Asistencia al parto**

En cuanto a la asistencia materno-infantil lo primero es resaltar el gran desarrollo que ha sufrido en la última década. En 2007 Médicos del Mundo promovió una gran campaña de sensibilización a través de las Promotoras de Salud (representantes de la Unión Nacional de Mujeres Saharauis en cada *daira*) para que las mujeres acudieran a los sanitarios a atenderse durante el embarazo. Hasta ese momento, el embarazo se consideraba una situación vergonzante y las mujeres lo disimulaban hasta el último momento, acudiendo a la partera tradicional como principal dispensadora de cuidados y consejo.

En 2010 se realizó una clasificación del riesgo obstétrico en la que basar el consejo sobre el mejor lugar para la asistencia del parto (*jaima* o dispensario, hospital regional u hospital nacional). También se publicó un protocolo para la asistencia al parto hospitalario que está en proceso de actualización en este momento.

En el 2014 se publicó el Programa Saharai de Salud Materno Infantil, que junto al PISIS, son los más desarrollados hasta la fecha. El mismo año, se publicó también el programa de formación de las Enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas) y se inició la primera promoción de ese título en los campamentos.

A finales de 2016 el programa materno-infantil ya estaba implantado en todos los dispensarios habiendo una persona responsable del seguimiento al embarazo

y al puerperio. En los dispensarios que cuentan con una matrona también se puede asistir el parto de bajo riesgo.

En el *Plan Estratégico de salud 2016-2018* se calcula que el 69% de las mujeres se atienden el parto con personal formado, lo que dista de alcanzar los objetivos que se marcaron en el anterior plan, pero suponen un gran avance desde la situación de la que se partía.

### **1.3. Proyecto “2017, 7 MATRONAS EN DAJLA”**

En 2015 la Dra. Ana Barquero y el Dr. Juan Diego González de la Universidad de Huelva desarrollaron un documento para un proyecto de formación de matronas en los campamentos de refugiados saharauis en colaboración con la Asociación de Sevilla de amigos de Pueblo Saharaui (AAPSS), tras negociaciones con el representante del Frente Polisario en Andalucía. A los pocos meses, el Dr. Juan Diego González se retiró del proyecto por lo que la AAPSS ofreció el proyecto a asociaciones locales. La Asociación Amigos del Pueblo Saharaui Carmona y Sáhara (CARYSA) se hizo cargo de la gestión económica y la Dra. Fátima León de la Universidad de Sevilla se responsabilizó de la planificación de las actividades, la selección de voluntarias, el desarrollo del temario, la compra del material necesario y la evaluación anual.

Este proyecto tenía como objetivo específico:

Elaborar y poner en marcha un programa de formación por enfermeras españolas, la AAPSS y en colaboración con las matronas autóctonas, con la finalidad de formar a matronas de la *wilaya* de Dajla. El inicio del proyecto tendrá lugar durante el curso académico 2015-2016.

Para llevarlo a cabo se realizarían las siguientes actividades:

- Incentivar a las matronas saharauis.
- Adecuar los espacios para impartir dicha formación.
- Dotar dichas aulas del material específico para conseguir dichos objetivos.
- Proporcionar a las alumnas el material didáctico.

- Financiar los desplazamientos del profesorado encargado de impartir dicho programa.

Su justificación se basaba en que la gran distancia con la Escuela Nacional de Enfermería disuade a las enfermeras formadas en Dajla de estudiar la especialidad de matrona. Solo hay tres matronas en Dajla (una de ellas, la coordinadora, sin titulación oficial y las otras dos con cargas familiares que impiden su disponibilidad completa) lo que se considera una de las causas de los peores resultados en comparación con las otras *wilayas* (la gran distancia al Hospital Nacional, único centro sanitario donde realizar una cesárea o una transfusión es el otro hándicap de la asistencia en esta localidad).

Para que las matronas formadas tuvieran un reconocimiento social y administrativo y para garantizar una formación suficiente, se siguió el temario oficial saharauí. La idea era “llevar la Escuela Nacional de Enfermería” a Dajla.

La formación constaba de dos cursos completos. Durante el primer curso, se aportaría la capacitación teórica y durante segundo, las habilidades prácticas. La formación sería aportada por matronas españolas voluntarias en español. Para ello se preparó un aula de la Escuela de Enfermería de Dajla (junto al Hospital Regional, a cierta distancia del campamento, requiriendo transporte diario para asistir a clase).

Al finalizar la formación, se crearía una Comisión en el Ministerio de Salud Pública que valoraría si otorgar el título legal de matronas a los alumnos.

En principio se planteó tener siete alumnas que al final se quedaron en cuatro. Los cuatro alumnos (tres mujeres y un varón) eran enfermeros con gran experiencia clínica y responsabilidades en el sistema sanitario de Dajla (la coordinadora de matronas, dos jefas de dispensario y el coordinador de vacunas de la localidad). Así, la vocación de esta primera experiencia fue desde el principio crear un núcleo obstétrico que pudiera liderar en el futuro la formación de matronas en Dajla.

## **2. Descripción de la entidad y proyectos que desarrolla**

La entidad que gestionó el proyecto “2017, 7 matronas en Dajla” en el que participé como voluntaria fue la Asociación de amigos del pueblo saharauí Carmona y Sáhara (CARYSA).

Carmona es un municipio de la campiña sevillana con algo más de 28.500 habitantes y en 1999 su ayuntamiento impulsó la creación de esta asociación sin ánimo de lucro para encauzar la solidaridad de esta localidad con el Pueblo Saharaui.

Finalmente, se fundó en marzo del 2000, con sede en c/ León de San Francisco s/n, Carmona (Sevilla), nº de inscripción Junta de Andalucía: 07955. Depende estructuralmente de la Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui de Sevilla (APPSS) para mejorar la eficacia de la ayuda.

María José Pérez Fernández y Pilar Rodríguez Hidalgo, presidenta y tesorera de la asociación respectivamente, dirigen las acciones de CARYSA que cuenta actualmente con 90 socios.

Tal como dicen sus estatutos, tiene como fines:

- “Fomentar el entendimiento y el desarrollo de los lazos históricos y de amistad entre los pueblos español, saharauí y cualquier otro que lo requiera”.

A través de actividades:

- “Actividades sociales, de autoayuda, culturales, recreativas, artesanales, turísticas, local, etc”.

CARYSA puede financiar sus actividades por donaciones privadas y a través de subvenciones del Ayuntamiento de Carmona y de la Diputación de Sevilla.

Su andadura comenzó gestionando el programa “Vacaciones en Paz” en Carmona y sus alrededores (localidades de El Viso del Alcor y La Campana). A través de este proyecto, alrededor de veinte niños saharauis de entre 10 y 13 años pasan casi dos meses de verano acogidos por familias solidarias. Los objetivos de este proyecto es aportar a los niños asistencia sanitaria (que en la provincia de



Sevilla de realiza en el Hospital Virgen del Rocío, conocimiento de español y una convivencia intercultural que cree lazos familiares entre las dos culturas.

También ha participado en las seis Jornadas Saharauis en Carmona que se han realizado anualmente desde el 2010 al 2015, en las que se ha invitado a autoridades y activistas saharauis y españolas para abordar distintos aspectos de la situación actual de la población saharauí en los campamentos de refugiados y en territorios ocupados por Marruecos.

En noviembre de 2010 organizó una concentración en repulsa por el ataque militar marroquí al campamento pacífico de Gdeim Izik con gran acogida por la población local.

También participó en que, en septiembre de 2015, Carmona fuera uno de los primeros municipios en sumarse a la “Red de Ciudades-Refugio” y que se creara la Plataforma Solidaria con los Refugiados en la localidad.

En febrero de 2016 organizó el transporte de la ayuda donada por la población de Carmona, por la caja de Solidaridad del Ayuntamiento y por la Plataforma “Participa Carmona” para paliar los daños de la población del campamento de Dajla tras las inundaciones de octubre de 2015 en las que quedaron arruinadas más del 90% de las viviendas de adobe.

En marzo de 2016 se ejecutó un proyecto de apoyo al centro de discapacitados del campamento de Smara con la donación de “paquetes de ayuda” a niños refugiados con parálisis cerebral que consistían en un colchón, adecuado, un transformador de energía, una batidora para poder triturar la comida de estos niños, cremas para el cuidado de la piel y prevenir así escaras e infecciones y una canasta de alimentos básicos.

Además de gestionar el proyecto en el que formé parte, en estos últimos años también ha gestionado pequeños proyectos técnicos para:

- Mantenimiento y provisión del protocolo de Dajla: se dotó la cocina, se arregló techo de comedor, se dotó cuarto de baño comunitario.
- Mantenimiento y provisión del Hospital Regional de Dajla: remodelación de paritorio y sala de hospitalización infantil

### **3. Justificación de la elección en la participación del proyecto**

El proyecto “2017, 7 matronas en Dajla” que tenía como objetivo desarrollar la formación como matronas de siete enfermeras saharauis para dotar de estas profesionales el campamento de refugiados saharauis de Dajla, está alineado con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible**, principalmente con los siguientes objetivos:

**Objetivo 3:** "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades“

3.1 Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.7 Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

**Objetivo 5:**” Lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas”

5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

5.6 Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

A su vez, según el **Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016**, las orientaciones en las que se incardina son las siguientes:

**O2.** Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis.

- Políticas de prevención: Políticas de prevención frente a shock extremos o estructurales en salud fortaleciendo los mecanismos de resiliencia.

**O4.** Fomentar sistemas de cohesión social enfatizando los servicios sociales básicos.

- Derecho humano a la salud: Equidad y cobertura universal incluyendo salud sexual y reproductiva, la lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas y el acceso a medicamentos esenciales.

**O5.** Promover los derechos de las mujeres y la igualdad de género.

- Líneas específicas para acelerar el cumplimiento de los derechos de las mujeres: Líneas para la igualdad formal: (...) buscarán la adecuación de los marcos normativos de los países a la normativa internacional sobre género, especialmente relacionadas con los DESC y los derechos sexuales y reproductivos y políticos, teniendo en cuenta las circunstancias de cada país.

La *Población Saharaui* es uno de los “países” en los que se concentrará la acción de la Cooperación española durante este periodo.

Finalmente, según el **Plan Estratégico de Salud 2016-2020 del Ministerio de Salud Pública de la RASD**, el proyecto contribuye a:

- Los ejes estratégicos:

**Eje 2.** Aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos, al dotar de más profesionales sanitarios.

**Eje 3. Incorporar la perspectiva de género en salud.**

- Metas para el 2020:

**M.1** Se supera el 80% en la cobertura de puestos por categoría (medicina, enfermería, matronas, administración y servicios), según lo requerido en los planes de gestión de departamentos y servicios.

**M.2** Se satisface al menos el 80% de las necesidades de formación de los/las profesionales identificadas en los Planes Anuales de Formación.

**M.5** Tasa de mortalidad materna inferior a 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

**M.6** Tasa de mortalidad neonatal inferior a 12 por cada 1.000 nacidos vivos.

**M.7** Tasa de mortalidad en menores de 5 años inferior al 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

**M.12** Cobertura universal en todas las dairas (barriadas) de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (seguimiento del embarazo, atención al parto, seguimiento del puerperio, planificación familiar, promoción de salud, y prevención y tratamiento del aborto).

**M.13** Participación activa de colectivos y organizaciones de mujeres de la sociedad civil en el análisis y toma de decisiones en salud.

**M.15** Inclusión de capacitación sobre género en los Planes de Formación del personal.

- Objetivos específicos:

**OE.7** Homogeneizar los procedimientos asistenciales hospitalarios y fomentar el trabajo en equipo de profesionales saharauis y cooperantes.

**OE.9** Consolidar y monitorear los programas de salud infantil, salud reproductiva y enfermedades crónicas, definir la estructura organizativa de otros programas y reforzar la coordinación entre ellos y con organizaciones para garantizar los servicios necesarios.

**OE.17** Desarrollar planes de comunicación y promoción de la salud para aumentar la aceptabilidad de los servicios y programas entre hombres y mujeres, en cooperación con organizaciones de la sociedad civil y ONGD.

#### 4. Exposición detallada del Plan de Trabajo

##### 4.1. Periodo 22 de marzo del 2016 al 12 de abril del 2016

<p><b>Tareas realizadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Desarrollo de temario docente:</b> Dentro del programa académico de la Escuela de Enfermería “<i>Ahmed Abdelfatah</i>” para la formación de la Especialidad de Enfermería Matrona, se me asignó el punto 4.2. Parto de Riesgo. Desarrollé un temario específico siguiendo las recomendaciones de las compañeras que ya habían estado en Dajla, para adaptar en lo posible los contenidos a la realidad cultural y asistencial del campamento. Llevamos una copia impresa para cada alumno, más dos manuales de Obstetricia que pusimos a su disposición. Preparamos también presentaciones Power Point de cada tema y aportamos material de oficina (cuadernos, lápices y bolígrafos a cada alumno).</li> <li>- <b>Impartición de clases</b> sobre el contenido teórico desarrollado previamente. Los festivos semanales son el jueves y el viernes, con lo que, mi compañera y yo, impartimos 8 sesiones teóricas, de 9 de la mañana a 1 y media de la tarde, con un descanso de media hora a las 10 y media. Yo empezaba las mañanas con el material de Parto de Riesgo y mi compañera continuaba después del descanso con el suyo de Puerperio de Riesgo (punto 5.2 del temario). Realizamos un pretest y postest de los contenidos de nuestra parte del temario.</li> </ul>
<p><b>Aprendizaje</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntesis de conocimientos con intención docente y planificación de las sesiones.</li> <li>- Adaptación a la metodología docente habitual en el terreno: Iniciamos las clases con proyección en la pared de presentaciones power point, pero pronto nos dimos cuenta que los cuatro alumnos preferían explicaciones en la pizarra a base de esquemas y dictado de definiciones.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La propia experiencia docente, que fue tremendamente satisfactoria por los avances y motivación de los alumnos.</li> </ul>
<b>Necesidades y problemas detectados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No contábamos con suficiente información de la realidad en terreno. Todo era muy confuso. No sabíamos cómo se trabajaba exactamente, con qué material se contaba, no conocíamos en contexto. Esto nos obligó a improvisar en clase continuamente.</li> <li>- Cuando llegamos estaban en plenas vacaciones de primavera (del 20 al 31 de marzo), con lo que estuvimos una semana en terreno sin actividad. Esto nos hizo sentir muy desubicadas en relación con la población local y con los cooperantes de otros proyectos con los que convivíamos.</li> </ul>

#### 4.2. Periodo del 4 al 28 de febrero de 2017

<b>Tareas realizadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organización de las prácticas y los talleres.</b> Se consensuó con los alumnos y el personal sanitario que los lunes se realizarían las visitas puerperales en <i>jaima</i>. Los martes y los miércoles se acompañaría el seguimiento de embarazo en los dispensarios y los sábados y domingos se realizarían talleres en el aula de matrona de la Escuela de Enfermería de Dajla reforzando las necesidades observadas en la práctica. Se acompañarían los partos según ocurrieran y los alumnos se turnarían para asistirlos. Adaptar las necesidades de formación a las responsabilidades profesionales de los cuatro alumnos nos obligó a las tres voluntarias a separarnos para poder acompañarlos. Consideramos que lo más oportuno es que cada una siguiera al mismo alumno para poder evaluar mejor sus progresos y necesidades.</li> <li>- <b>Acompañé siete partos</b>, tres en dispensario y cuatro en hospital de los que se derivan tres al Hospital Nacional. Los partos estaban asistidos por la matrona que lo hubiera asistido en todo caso, a la</li> </ul>
--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>que acompañábamos el alumno que le tocara y las voluntarias. Al principio intentamos asistir todas a cada parto por cubrir necesidades en caso de surgir una emergencia, pero pronto vimos que esto era una carga laboral insostenible y decidimos acudir una por turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante los fines de semana realizábamos talleres en el aula de la Escuela de Enfermería de Dajla que utilizáramos el año anterior. Estos talleres pretendían reforzar la teoría que se impartió en primero. Decidimos crear talleres dependiendo de las necesidades que se evidenciaran en la práctica a modo de “casos clínicos” sobre situaciones vividas durante la semana. Los <b>talleres</b> que yo desarrollé e impartí fueron sobre:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentación clínica.</li> <li>- Reanimación Neonatal.</li> <li>- Hemorragias Postparto.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Aprendizajes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las negociaciones necesarias para poner en marcha la actividad fueron una experiencia. Aprender la jerarquía de las reuniones, crear un clima negociador, mantener nuestra postura, decidir qué ceder, fue un gran aprendizaje personal. Desde el primer momento quisimos adaptarnos a la situación de cada alumno y a sus preferencias. Fue muy importante que las tres voluntarias tuviéramos una visión muy parecida de lo que queríamos hacer.</li> <li>- Aún así, hubo decisiones que tuvimos que rectificar posteriormente. Los ritmos de trabajo que nos marcamos entre todos desde el principio fueron insostenibles. Pretendimos tener actividad programada durante las mañanas y las tardes de sábado a miércoles, acompañar todos los partos que se dieran en dispensarios y paritorios y desarrollar talleres para los fines de semana. En el siguiente mes tuvimos consecuencias importantes por esta causa.</li> <li>- Pronto se hizo evidente las situaciones extremas a las que nos tendríamos que enfrentar. Embarazadas con anemias graves, sin</li> </ul>

	<p>seguimiento adecuado, necesidad de reanimación neonatal, etc, que requirieron de nosotras una actualización en ciertas patologías aquí poco frecuentes y la adaptación de la clínica a la ausencia de tecnología y equipo de distintos profesionales. Eso sí, la experiencia personal nos afirmó en la convicción de lo exigente que debía ser la formación de matronas en Dajla para poder tomar decisiones clínicas adecuadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Programa materno infantil acababa de implantarse en los dispensarios, así que ayudamos a desarrollarlo y a crear las rutinas para llevarlo a cabo.</li> <li>- La convivencia fue muy interesante, estuvimos solas en protocolo casi todo este mes y, aunque el ambiente fue muy agradable, tuvimos que enfrentar varios malentendidos que, a largo plazo, fortalecieron mucho nuestra amistad.</li> </ul>
<p><b>Necesidades y problemas detectados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hubo dirección desde España, no hubo seguimiento de las reuniones, tuvimos que improvisar y tomar decisiones sobre la marcha que después tuvieron consecuencias.</li> <li>- La decisión clínica pronto se mostró como muy complicada. Exponer a una mujer en trabajo de parto a una hora y media de carretera o a que no tuviera acceso a parto instrumentado o cesárea, requiriendo debate por parte de todos los implicados. Al final, la adherencia a los protocolos y la prudencia fueron la solución ante las dudas que nos surgían.</li> </ul>

### 4.3. Periodo del 1 al 31 de marzo de 2017

<p><b>Tareas realizadas</b></p>	<p>Seguimientos al embarazo y visitas puerperal en <i>jaima</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 seguimientos en <i>jaima</i> en el primer, segundo y séptimo día, según Programa materno infantil.</li> <li>- 6 seguimientos de puerperios tardíos (después de la primera semana) que surgen por demanda de las familias.</li> </ul>
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañamiento a cinco partos, de los cuales cuatro fueron en el hospital, el otro en el dispensario. Uno de los partos hospitalarios se derivó al Hospital Nacional por no progresión.</li> <li>- Talleres que desarrollé:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asesoría en lactancia materna</li> <li>○ Preeclamsia</li> <li>○ Diagnóstico diferencial de deshidratación e infección en el bebé pequeño.</li> </ul> </li> <li>- Asistencia a complicaciones:             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Trombosis venosa profunda en puérpera de doce días.</li> <li>● Ictericia de bebé de cinco semanas que tras varias visitas al Hospital de Dajla y posterior derivación a <i>Tindouf</i> (ciudad argelina más cercana a los campamentos), falleció.</li> <li>● Preeclampsia en gestante a término, diagnosticada en el seguimiento del dispensario, a la que se trató en el Hospital Nacional y posteriormente pude asesorarla en varios problemas con la lactancia.</li> <li>● Retirada de sutura no reabsorbible en lesión perineal tras un parto asistido en Tindouf (ciudad argelina).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Aprendizajes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de Dajla y los profesionales sanitarios nos acogieron, lo que provocó que algunas familias pidieran nuestra valoración. Para resolver algunos casos que encontramos tuvimos que organizar nosotras mismas la derivación y traslado. Por otra parte, diversas organizaciones sanitarias quisieron contactar con nosotras y tuvimos la oportunidad de conocer a muchos profesionales españoles con influencia en la zona, así como distintas maneras de ejecutar y gestionar proyectos de cooperación.</li> <li>- Una de las compañeras volvió a España, lo que nos decidió en seguir siendo equipo en España para desarrollar el proyecto de</li> </ul>

	<p>formación de matronas que durante este mes se evidenció que no conseguiría cumplir los objetivos en esta experiencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuvimos que aprender a redactar informes de manera correcta en un formato adecuado.</li> <li>-</li> </ul>
<p><b>Necesidades y problemas detectados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejaron de avisarnos a los partos. Tardamos dos semanas en comprender que estaban ocultándonos casos. Tras varias reuniones resultó que la gran carga laboral que les exigíamos tanto a los alumnos como al personal que tenía que acompañarnos y escoltarnos durante la noche, había provocado la connivencia de las distintas partes para evitar tener que acompañar los partos nocturnos y en festivos. Se hizo evidente que no íbamos a cubrir los 50 partos que tenía como requisito la Escuela Nacional de Enfermería para otorgar el título.</li> <li>- En este mes tuvimos que convivir con los voluntarios de otras organizaciones. Una de estas convivencias (que duró tres semanas) se hizo tremendamente estresante por varias razones: el equipo estaba muy mal avenido siendo frecuentes las disputas, no se respetó el descanso ni la limpieza de los espacios comunes y se entró en competencia en cuanto a la importancia y pertinencia de los dos proyectos.</li> </ul>

#### 4.4. Periodo del 1 de abril al 1 de mayo de 2017

<p><b>Tareas realizadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento de embarazo en dispensario. Durante este mes, los alumnos han realizado las visitas íntegramente, supervisados por las matronas docentes: Entrevista, Exploración, Toma de constantes, Documentación y Consejos: autocuidados y cuidados del bebé. Lactancia materna</li> <li>- 17 visitas puerperales en <i>jaima</i></li> </ul>
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañamiento de seis partos hospitalarios de los que no se deriva ninguno.</li> <li>- Talleres: sutura perineal y diabetes gestacional.</li> <li>- Asistencia a complicaciones:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Broncoaspiración neonatal de meconio durante un parto que se resolvió al mes.</li> <li>• Infección de sutura de una episiotomía.</li> <li>• Mastitis en puérpera de 10 días.</li> <li>• Recién nacida prematura y de bajo peso.</li> </ul> </li> <li>- Tutoría de la preparación de la tesis fin de especialidad con cada alumno. Para conseguir el título de matrona, los alumnos debían desarrollar una tesis sobre un caso clínico que diera la oportunidad de hablar de la patología, su diagnóstico, tratamiento y el papel de la matrona en todo el proceso.</li> </ul>
<p><b>Aprendizajes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendí la importancia de la aceptación de la comunidad local para la consecución del proyecto. Y para ello, la participación a actos sociales (bodas y bautizos) a los que nos invitaban, era imprescindible. También el hecho de ser voluntarias, de no cobrar por nuestra labor, causó simpatías en el ambiente sanitario local. El colaborar de igual a igual con los profesionales saharauis produjo un aumento de la sinceridad y de la eficacia como equipo. Aún así, la inercia de la cooperación sanitaria habitual en los campamentos basada en la asistencia directa por sanitarios españoles sin tener en cuenta la estructura sanitaria ni a los profesionales sanitarios, generó situaciones incómodas que tuvimos que explicar mucho.</li> </ul>
<p><b>Necesidades y problemas detectados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuestros alumnos terminaban sin cubrir buena parte de los requerimientos comunes a los alumnos de la Escuela Nacional, lo que imposibilitaba que les otorgaran el título, que era el principal resultado del proyecto. Esto requirió varias reuniones para</li> </ul>

	<p>deliberar cómo nuestros alumnos podían conseguir cubrir las necesidades que tenían sin nosotras en terreno (la continuidad del proyecto).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Durante todo el periodo hubo poca coordinación y comunicación con la asociación CARYSA, llegando a realizarse reuniones paralelas en los campamentos y con la delegación saharai en Andalucía para tratar los mismos temas llegando a distintos acuerdos. Todo esto se debió a una falta de planificación desde el principio, consensuar objetivos y una comunicación muy ineficaz marcada por conflictos personales</li></ul>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 5. Conclusiones:

### 5.1. Análisis personal de mi participación como voluntaria en el proyecto “2017, 7 matronas en Dajla”

Con anterioridad a esta experiencia yo ya había tenido la oportunidad de participar como voluntaria dos meses en Ecuador, como enfermera acompañando a una médica rural en la localidad andina de Cayambe y en Bolivia, en un centro de acogida de muchachas en La Paz. Además, había usado mis vacaciones en ocasiones para conocer entornos vulnerables en Gambia, Senegal, Nepal o India. Sin embargo, nunca me había formado en Cooperación Internacional, ni me había identificado con los proyectos en los que participé.

El voluntariado en los campamentos de refugiados saharauis en el proyecto de formación de matronas en Dajla, sin duda, ha sido un punto de inflexión en mi vida.

Mi selección para este proyecto fue totalmente casual. Tras una selección oficial, dos de los periodos de voluntariado quedaron desiertos y se hizo una solicitud urgente de voluntarias vía WhatsApp a finales de 2015 entre las matronas andaluzas. Una compañera me reenvió el mensaje, mandé mi currículum y una carta motivacional y me seleccionaron.

El periodo previo al viaje lo sentí muy caótico. No tuvimos una formación previa. A los dos meses de ir me comentaron que tenía que desarrollar el temario a impartir y la poca información de las condiciones reales del terreno que teníamos me imposibilitó adaptarlo correctamente. Por otra parte, la compañera con la que iría era amiga desde hacía años y eso me hizo sentir muy segura.

Se creó un blog para que las compañeras que pasaban su periodo voluntario fueran compartiendo su experiencia. Antes de ir tuvimos consejos de cómo comprar una tarjeta telefónica, en qué consistía el viaje, cómo era la comida, qué íbamos a necesitar llevar de artículos de higiene y ropa... pero muy poca información sobre la marcha del proyecto. Después comprendí que la razón era que el primer grupo, al llegar, había tenido que buscar alumnas y organizarlo todo, y no nos lo habían dicho para no asustarnos.

Cuando, por fin, llegamos a Dajla, tuvimos la suerte de coincidir cuatro días con la pareja anterior, que nos puso al día de la marcha de las clases, sus sensaciones con cada uno de los alumnos, compartieron con nosotras sus relaciones sociales en el campamento y pudimos conocer la dinámica de estancia en el protocolo.

Esas tres semanas fueron muy intensas. La experiencia docente fue estupenda. Hasta ese momento, yo solo había impartido algún taller en la Unidad Docente de Matronas de Córdoba, las clases diarias fueron una experiencia muy diferente. Los cuatro alumnos tenían mucho interés por aprender y eran cuatro personas maravillosas. Tuvimos que adaptar la metodología, por supuesto.

Tardamos diez días en saber que no les gustaba el Power Point proyectado en la pared, sino que preferían el desarrollo de la clase con esquemas en la pizarra y pequeños dictados. Se generaron verdaderas conversaciones en las que cada alumno pudo exponer multitud de casos clínicos que conocían y fue muy enriquecedor. El temario también lo modificamos, la tecnología disponible en los campamentos en general y en Dajla en particular era mínima, así que priorizamos las técnicas manuales y el diagnóstico de riesgo antes que tratamientos muy complejos. Fue muy enriquecedor.

Otro factor que me impresionó mucho era el contexto de refugio. Yo ya había estado en localidades muy pobres, pero eso era distinto. Dajla no es un pueblo, no hay calles ni infraestructuras, la población no quiere desarrollar el lugar, todos los saharauis son soldados preparados para volver mañana mismo a su tierra o a la guerra. La conexión con la población es rápida e inevitable. Primero, mucha gente habla español, después su pasado como colonia española y su experiencia con voluntarios y cooperantes españoles, hace que sean magníficos anfitriones. Todo el mundo es acogedor, todo el mundo es amable, todo el mundo es muy pobre. Todo es muy difícil en Dajla. Vuelves prendada e indignada.

Debo reconocer que antes de ese primer viaje, me preocupé más por desarrollar un temario suficiente que por conocer la historia y costumbres del pueblo saharauí, lo que me hizo protagonizar algún que otro momento bochornoso.

Desgraciadamente, los saharauis están acostumbrados a que los españoles no conozcamos su Historia y situación.

En conclusión, a la vuelta me traje una causa y mi primer “choque cultural inverso”. No comprendía por qué sentía tanta nostalgia, por qué me sentía a disgusto en mi vida, por qué volver a estar con mis personas queridas no era suficiente. Tardé un tiempo en normalizarme, pero tomé varias decisiones: la primera fue ponerme al día de la Historia del Sáhara Occidental, otra, implicarme en la gestión de proyectos de cooperación, por lo que me matriculé en este máster y, por último, presentarme como voluntaria para el segundo curso de formación.

Antes de la salida del segundo año, hubo un conflicto con la asociación CARYSA. Resulta que se usaron fotos del proyecto en las que aparecíamos, junto con fotos de bebés saharauis, para hacer una colecta local de biberones y leche artificial para lactantes. En nuestra estancia, varias familias habían acudido a mi compañera y a mí para ayudarlas con el mismo problema de lactancia: en su momento habían conseguido una o dos latas de leche en polvo de asociaciones, se las habían dado al bebé (aguadas para que durara más), el bebé había perdido peso y ellas producción de leche. Así, informamos a las compañeras de CARYSA que la leche de fórmula en contextos como el de Dajla hacía más mal que bien y eso llevó a una disputa cada vez más acalorada, hasta que les prohibimos publicar fotos en las que se nos viera la cara ni nuestro nombre. Este desacuerdo fue uno más entre varios. La asociación estaba teniendo problemas para conseguir la financiación, el proyecto no era suyo, ninguna era sanitaria ni tenía contacto con el mundo obstétrico, ni tan siquiera tenían muy clara la función de la matrona en España, así que los malentendidos fueron en aumento.

La siguiente experiencia fue distinta en algunos aspectos, pero la continuidad de muchos otros. Decidí irme tres meses en esta ocasión. Conmigo vendrían dos compañeras más, una de ellas estaría un mes y la otra (a la que conocí cursando este máster) me acompañó todo el periodo. Lo primero que quiero comentar es la gran suerte que tuve con mis dos compañeras. Hubo desacuerdos, evidentemente, sin embargo, las tres nos esforzamos en llegar a soluciones consensuadas (y así seguimos).

Este voluntariado fue mucho más exigente que el anterior. Por un lado, el final del proyecto se acercaba, quedaban muchos cabos por atar, no se había llegado a consensos con los actores más importantes de la contraparte, así que nosotras fuimos las encargadas de reunirnos en terreno para solucionar conflictos y eso fue algo muy complicado teniendo en cuenta la falta de comunicación que teníamos con las verdaderas gestoras del proyecto.

Por otro lado, este año debíamos aportar las prácticas necesarias, así que se abrió ante nosotras una realidad clínica que el año anterior no conocimos. La situación de salud de las mujeres saharauis refugiadas es verdaderamente lamentable. La malnutrición y la desnutrición son situaciones comunes, no es posible diagnosticar diabetes gestacional, la hipertensión es más frecuente por etnia, la higiene en el parto es muy mejorable, carecen de tecnología básica, no hay conocimientos sobre reanimación neonatal, la deshidratación del bebé es muy común por las condiciones climatológicas y el contagio de infecciones de niños mayores, muy común. Aún así, tuvimos suerte, todos los partos en los que participamos acabaron bien y cada vez fuimos disfrutando de mayor aceptación por las gestantes, hasta que algunas familias terminaron acudiendo a nuestro domicilio directamente en busca de consejo o asistencia.

Yo era la encargada de redactar los informes, así que al principio cometí el error de priorizar el trabajo “de oficina” a la asistencia de actos sociales como bautizos o bodas. Pronto comprendí que esto se vivía como un desprecio y que si quería ser aceptada debería atender las invitaciones. El detalle de usar melfa (prenda femenina tradicional saharauí) y usar palabras en hassaniah era muy celebrado.

Al estar un periodo tan largo en el campamento, tuvimos la suerte de conocer a muchas personas que son referencia en la cooperación y ayuda con los campamentos, así como distintos proyectos y distintas maneras de hacer las cosas. La convivencia con uno de estos grupos en concreto fue muy estresante y en una época en la que mi compañera y yo estábamos agotadas por varias gastroenteritis seguidas y porque el proyecto se bloqueó a mitad del voluntariado. Resulta que al llegar teníamos grandes planes y convencimos a nuestros alumnos de realizar



prácticas mañana y tarde y acudir a los partos que surgieran por turnos. Ocurrió que cansados todos, nos sabotearon no avisándonos de los partos que ocurrían por la noche y en festivos (la mayoría). Pronto se hizo evidente que no cumpliríamos los objetivos docentes (lo que no se entendió desde España, por supuesto).

Al final, se creó una comisión para decidir las debilidades de nuestros alumnos para conseguir el título y nosotras volvimos con la fuerte determinación de seguir trabajando para que nuestros antiguos alumnos puedan obtener una capacitación suficiente y un título oficial.

Ese verano, tanto las representantes de CARYSA como las tres voluntarias hicimos un intento de acercamiento para ver cómo podíamos llevar a cabo los requisitos que nos pedía el Ministerio de salud pública saharauí para otorgar el título a nuestros alumnos. Pero CARYSA y sus financiadores estaban muy cansados y nosotras teníamos una idea de continuación del proyecto aumentando tiempo y recursos, y no al revés, así que no hubo acuerdo.

Al fin, las tres voluntarias del último año, que nos encontrábamos formándonos en Cooperación Internacional y Migraciones, decidimos asociarnos como Matronas en Movimiento para desarrollar otro proyecto que hiciera realidad la necesidad de que en Dajla haya más matronas tituladas.

Mientras, conocimos la asociación Sáhara Libre Linares, que nos apoya en este camino y junto a la que viajé este abril a los campamentos de nuevo para valorar las necesidades de un nuevo proyecto.

## **5.2. Análisis del proyecto “2017, 7 matronas en Dajla”**

El proyecto “2017, 7 matronas en Dajla” fue desarrollado en principio por dos profesores de la Universidad de Huelva tras reuniones con la delegación saharauí y representantes del Ministerio de Salud Pública de la RASD. En 2013, estos profesores valoraron que no podían hacerse cargo del proyecto. Al ser un proyecto con alta prioridad para las autoridades saharauí la delegación andaluza se ocupó de que otra entidad se hiciera cargo de él. Aquí aparece la Asociación CARYSA que, al no tener conocimientos sanitarios ni experiencia en proyectos semejantes,

contacta con la profesora de la Universidad de Sevilla Fátima León Larios, que se ofrece altruistamente a seleccionar las voluntarias y organizar el desarrollo del temario y la ejecución del proyecto en terreno.

En 2015 se realiza un viaje diagnóstico en el que se pacta que la formación se aportará conjuntamente con la Escuela de Enfermería de Dajla de la siguiente manera:

- Las voluntarias españolas aportarán las asignaturas específicas de la especialidad (Anatomía, Obstetricia y Ginecología) quedando las demás (Informática, Español, Farmacología y Psicología) en manos de profesores locales. Para concentrar la estancia de las voluntarias se decide que estarán en terreno el segundo cuatrimestre (de mediados de enero a finales de abril), sirviendo el primero para el resto de las asignaturas.
- En el segundo curso, el año de las prácticas, las voluntarias españolas aportarían las prácticas en dispensario y hospital regional, teniendo los alumnos también que realizar sus prácticas en el Hospital Nacional, estando exentos de las prácticas en Tindouf ya que se entendía que no las necesitaban para trabajar en el contexto de Dajla. Así, el periodo de experiencia en terreno sería de tres meses.

Cuando las primeras voluntarias llegan a Dajla encuentran que las alumnas no solo no han cursado asignaturas hasta ese momento, sino que tampoco saben que la asistencia a clase es condición para cobrar la beca mensual de 40 euros que el proyecto aportaba para facilitar la formación. Casi todas las alumnas se retiran y se busca urgentemente alumnas para el proyecto encontrándose cuatro profesionales experimentados y con puestos de responsabilidad en el sistema sanitario en Dajla:

- *Fatimetu*: Coordinadora de matronas en Dajla. No es enfermera, es una partera tradicional que a lo largo de los años se ha formado y actualizado siendo la única “matrona” de alta en ese momento (las otras dos están de baja, una por baja maternal -que en los campamentos es de un año- y otra por cuidar a una hermana enferme de cáncer).

- *Jnaza*: Enfermera, Directora de la escuela de Enfermería de Dajla y Jefa del dispensario de Tiniguir.
- *Fatimetu (Januasha)*: Enfermera, Jefa del dispensario de Birinzarán.
- *Sidahmed*: Director de la farmacia del hospital regional y responsable de vacunas del campamento.

Las muchas responsabilidades laborales hacen que en ocasiones no puedan asistir a clase, pero su gran experiencia facilita la docencia y se replantea el proyecto como una formación de formadores para generar en Dajla, en última instancia, una “Escuela de matronas” liderada por ellos.

En cuanto al temario a desarrollar, en principio iba a ser desarrollado por profesoras de la Universidad de Sevilla, pero al ver que les faltaba tiempo, nos plantearon a las voluntarias que desarrolláramos la parte que teníamos que aportar según el periodo docente que cubríamos.

La experiencia en terreno se hizo en parejas. Se valoró que una persona sola no era deseable ante la posibilidad de caer enferma y para afrontar mejor la experiencia. En el segundo curso ocurrió que fuimos tres voluntarias durante el primer mes y nos quedamos dos el resto del periodo, por la dificultad de encontrar voluntarias para el proyecto.

Al finalizar el proyecto, la Escuela Nacional de Enfermería valoró que no había tenido conocimiento sobre el desarrollo de la formación y que no podía dar un título sin saber qué habían aprendido estos alumnos. Se creó una comisión para valorar a nuestros alumnos que llegó a la conclusión que si cursaban las asignaturas que les faltaban y realizaban las prácticas hospitalarias, obtendría el título de matronas.

A día de hoy, únicamente *Fatimetu* ha realizado las prácticas en el Hospital Nacional.

Los puntos a mejorar en el proyecto fueron:

- No se vigiló que la formación empezara en septiembre de 2016 como se había pactado.

- No se conocía a las futuras alumnas, no se había hablado con ellas sobre qué consistiría la formación ni cuál era su motivación.
- Las voluntarias no teníamos información suficiente sobre las condiciones en terreno como para adaptar un temario occidental a las necesidades de Dajla. No hubo ninguna supervisión sobre el desarrollo, por lo que el desarrollo de los temarios fue muy errático, llegando el último grupo de voluntarias a no aportar temario.
- No se facilitó un formato de informes ni se precisó la frecuencia con que había que mandarlos.
- Toda la información provenía de grupos de la app WhatsApp entre voluntarias. Estos grupos (comprendí después) fueron muy importantes en el seguimiento del estado emocional de las voluntarias. Con la excusa de compartir con las compañeras que ya habían pasado las experiencias del día a día para paliar su nostalgia, compartíamos experiencias y emociones, lo que era muy liberador, a la vez que manteníamos un contacto continuo con España. Sin embargo, al compartirse experiencia vivencial principalmente, no se aportaron los datos técnicos suficientes para adaptar un temario occidental a la realidad de Dajla. No había información ni debate sobre métodos didácticos más o menos apropiados, ni sobre circunstancias y características de los alumnos, por lo que, básicamente, todas terminamos improvisando.
- En el segundo curso, al haber tan pocas voluntarias, esta comunicación informal no estaba, por lo que la sensación fue de total abandono por parte de las personas que gestionaban la organización del proyecto, cuando ellas hicieron lo mismo que en el primer curso, mantener contacto frecuente con los coordinadores locales.
- El proyecto fue ejecutado por las voluntarias, que estaban coordinadas por alguien que también participaba de manera altruista y que no se consideró líder o supervisora de la marcha del proyecto o de la vivencia de las demás. Esto conllevó que las voluntarias (únicas representantes del proyecto en terreno durante la mayor parte del tiempo) tuvieran que enfrentar reuniones para las que no disponían de la información suficiente.

- La visión del proyecto no era compartida entre la entidad que lo gestionaba y las voluntarias matronas. Esto supuso multitud de desencuentros, un distanciamiento y una falta de reconocimiento mutuo que impidió un trabajo colaborativo y eficaz.

### **Propuestas de mejora:**

- Visión realista sobre la participación local en la formación. La Escuela de Enfermería de Dajla aún está en proceso de desarrollo. Sus tituladas precisan la valoración de una comisión nacional para obtener el título oficial y la mayoría no lo consiguen. Actualmente, no se pueden hacer cargo del desarrollo de ninguna asignatura de la especialidad independientemente. La formación precisa de la presencia de representantes del proyecto durante todo el periodo lectivo.

- Las responsables de la gestión del proyecto deben participar en la captación y selección de alumnas. Es la motivación de éstas la que permitirá la sostenibilidad y la viabilidad del proyecto.

- Es imprescindible mantener comunicación fluida con la Escuela Nacional de Enfermería y las entidades con influencia en el campo de la salud en los campamentos de refugiados (Médicos del Mundo y enfant du monde).

- La ejecución del proyecto no puede depender de las voluntarias, sino de las personas que han gestionado el proyecto y desarrollado las negociaciones y documentos.

- Las voluntarias precisan una formación previa a la estancia. Esta formación debe tratar sobre el Pueblo Saharaui, contexto de vida y asistencia sanitaria en los campamentos de refugiados en Argelia y sobre su experiencia de voluntariado, dejando claro su rol e instrumentos y personas de referencia para resolución de conflictos. Además, el seguimiento de la estancia debe ser frecuente por parte de las personas que gestionan el proyecto, tanto de la parte formal a través de informes (se debe aportar formato estándar y determinar frecuencia deseable) como de llamadas para valorar estado emocional y vivencia personal.

- Los objetivos del proyecto a corto y largo plazo y la visión bajo la que se quiere llevar a cabo debe ser informada y compartida por todas las partes. Esto no solo

permitirá un buen trabajo de equipo (una coherencia mantenida en el tiempo), sino que marcará la dirección de la resolución de muchos conflictos, facilitándola.

### **5.3. Evaluación del proyecto según los principios básicos de evaluación**

#### **Pertinencia**

Desde mi punto de vista, el proyecto es totalmente pertinente. Pudimos comprobar que mayor número de matronas para la wilaya no solo era una necesidad sentida, sino que era una necesidad real tanto para implantar el Programa materno-infantil en los dispensarios, como para ofrecer una atención al parto de calidad suficiente para prevenir y controlar los riesgos.

El proyecto tuvo muy buena aceptación social (teniendo en cuenta que uno de los alumnos es varón y que todo lo relacionado con los genitales femeninos es un tabú en esta cultura). Dos factores que apoyaron que la población femenina aceptara nuestra presencia e intervención en los partos, primero, y requiriera nuestra asistencia, finalmente, fueron:

Los buenos resultados. Ningún parto en el que estuvimos presente terminó en malos resultados. Esto no fue debido únicamente a nuestra pericia, evidentemente, sino a la casualidad. Existen muchas supersticiones alrededor del parto en la cultura saharauí, una de ellas es que hay personas que traen suerte en los partos y otras que atraen desgracias, los buenos resultados nos colocaron en el primer grupo para la población, lo que no había ocurrido con otros cooperantes según nos comentaron las compañeras de Médicos del Mundo.

La participación en los actos sociales (bodas y bautizos) a los que nos invitaron, acudiendo con el atuendo tradicional y participando en los actos. También era muy acogida el uso del *hassaniah* (muy limitado por mi parte, tengo que reconocer) y las costumbres (como evitar sillas y sentarse en el suelo, por ejemplo).

No cambiamos la práctica clínica. Nuestro objetivo era utilizar la práctica clínica como oportunidad docente, no asistir directamente a la población y, así, no interrumpimos la normalidad de la asistencia y pudimos ser testigos de el funcionamiento del sistema cuando dependía de profesionales locales y no de brigadas sanitarias extranjeras.

## **Eficiencia**

La falta de experiencia hizo que el presupuesto no estuviera bien adaptado desde el principio. Por ejemplo, se planteó un gran gasto en muñecos de simulación para el parto que ni cabían en el aula ni se usaron en su mayor parte. Se compró un proyector cuando los alumnos preferían el desarrollo de la explicación en la pizarra. No había partida para material de oficina, ni para actos sociales (la celebración de los finales de curso fue pagada por las matronas voluntarias), sin embargo, había una partida para el desayuno de los alumnos desmesurado. La financiación no permitió más tiempo de formación para así cubrir los objetivos de la Escuela Nacional para otorgar el título de matrona a nuestros alumnos, pero sí para arreglar el techo del paritorio del hospital y una de las salas de protocolo.

Por otro lado, se contrató a personal fuera de las decisiones de la administración tanto para el transporte como para la coordinación local del proyecto sin que estas personas aportaran servicio alguno en terreno.

## **Eficacia**

En el proyecto no se definen las acciones a realizar ni el cronograma real. Todas las voluntarias tuvimos que improvisar cómo desarrollar el temario sin idea de la situación real de Dajla, cómo aportarlo en clase, cómo evaluarlo y cómo informarlo (no había ningún formato consensuado). No teníamos información de cómo funcionaba la formación en la Escuela Nacional y al final las diferencias entre ambas formaciones supuso la causa para que nuestros alumnos no recibieran el título. Esto se hubiera amortiguado con una formación a las voluntarias en la que se nos ofreciera guías de actuación conjunta y con una negociación con la contraparte de mayor profundidad.

Pero, desde mi punto de vista, fue la no definición de los roles de cada una de las partes lo que provocó más conflicto. Los malentendidos fueron constantes, así como los conflictos personales entre la asociación que gestionaba el proyecto y las voluntarias. Así, el seguimiento del personal en terreno fue muy irregular y las voluntarias tuvieron que hacer frente no solo a la ejecución del proyecto, sino a la negociación de puntos sobre los que no tenían suficiente información.

## **Impacto**

Ninguno de los alumnos consiguió el título de matrona, aunque se llegó a negociar cómo podrían hacerlo y en el proyecto que se derivó de esta experiencia se cuenta con la posibilidad de dotar a los alumnos de los conocimientos y prácticas que les hacen falta.

De los cuatro alumnos, cada uno ha recorrido un camino distinto:

*Fatimetu*, coordinadora de matronas de Dajla, realizó prácticas en el Hospital Nacional el verano pasado y si cursa las tres asignaturas que no aportamos (Farmacología, Informática t Psicología) recibirá su título.

*Januasha* no desea asistir partos y no quiere realizar las prácticas que le faltan, sin embargo, está realizando una gran labor en su dispensario con el seguimiento del embarazo y del puerperio y no descarta seguir formándose teóricamente.

*Sidahmed* ha tenido graves problemas de salud que lo han mantenido alejado de todo, aunque verbaliza su deseo de continuar la formación en los posible.

*Jnaza* viajó a España el verano pasado y aquí sigue, esperando la situación legal de residente.

## **Viabilidad**

La viabilidad no se pudo conseguir finalmente dado que la financiación conseguida fue mucho menor que el presupuesto planteado ante lo que se decidió aportar sólo las asignaturas de obstetricia y ginecología durante cinco meses en el primer curso y tres meses de prácticas intensivas en segundo. Con tan escaso tiempo, no se cumplieron los requisitos para que los alumnos obtuvieran el título oficial.



## **6. Propuesta de proyecto “Una escuela de matronas en Dajla”**

### **6.1. Recomendaciones para la continuidad del proyecto y análisis de la participación**

A la vuelta del voluntariado, las voluntarias que formamos parte del segundo curso decidimos intentar que el proyecto tuviera una continuidad que hiciera posible el logro de los objetivos marcados en un primer momento.

Para ello propusimos a la entidad CARYSA una valoración de la asignación de roles que considerábamos más efectiva tras nuestra experiencia en terreno.

La propuesta que CARYSA nos planteó fue que los alumnos desarrollaran una nueva promoción de matronas cuando el Ministerio de Salud Pública les diera el título (condición que ellas ponían para continuar) y que nosotras supervisáramos esa formación desde España con dos tres viajes de 10-15 días durante el curso. Nuestra propuesta fue, por el contrario, comenzar de nuevo una formación que abordara todas las asignaturas, en coordinación con la Escuela Nacional y el Ministerio, durante dos cursos completos.

La Delegación Saharaui en Andalucía de aquel momento, se mostró interesada en nuestra visión de la continuidad del proyecto e intentó una reunión común con CARYSA. Las relaciones con esta entidad se enfriaron bastante tras la publicación de varios artículos en la prensa local en la que no se nombró a ninguna de las voluntarias del último curso. La reunión no se dio y CARYSA informó al delegado de su falta de interés en seguir con el proyecto.

Esa fue la razón por la que las tres voluntarias decidimos asociarnos como “Matronas en movimiento”, para llevar a cabo este y otros proyectos que puedan surgir en el futuro.

Los fines de la Asociación son los siguientes:

- a) Apoyar, promover y desarrollar la asistencia de la salud materno-infantil en comunidades vulnerables.

Y para su consecución se desarrollarán las siguientes actividades:

- Asesoramiento, planificación, ejecución y evaluación de proyectos de Cooperación Internacional, Ayuda Humanitaria y Educación al Desarrollo, dirigidos a la formación de matronas, la asistencia materno-infantil y la educación para la salud de las mujeres y sus familias.
- Colaboración en voluntariados sociales con mujeres en situaciones de vulnerabilidad y riesgo de exclusión.

Con el objetivo de generar un documento válido de un nuevo proyecto, fuimos consensuando el papel de cada participante:

**Participantes/partes implicadas/stakeholders:** Personas/entidades que se verán afectadas o afectarán en alguna medida a la marcha/consecución de los objetivos del proyecto. Para saber si alguien es o no un participante nos hacemos la pregunta ¿si esa persona desapareciera cambia la marcha del proyecto?

<b>GESTIÓN DEL PROYECTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financiadores (los incluyo por si terminan teniendo requerimientos especiales como cierto tipo de informes/fotos/publicidad, lo que sea) Precisaré proyecto, conocer convocatorias de ayuda y modelos específicos a rellenar para cada administración</li> <li>- Matronas en Movimiento (Buena relación con población beneficiaria. No tenemos experiencia previa ni contacto con financiadores) A FAVOR MEJORABLE</li> <li>- Antiguas voluntarias con motivación para seguir participando. También pueden tener una función importante para publicitar proyecto en la selección de voluntarias, publicidad en redes. Maite tiene buena relación con Carysa A FAVOR</li> <li>- Voluntarias nuevas AÚN NO LAS TENEMOS, ES UNA DEBILIDAD</li> <li>- Delegado Saharaui Andalucía (representante de la contraparte en España) Habría que reunirse con él a principios de septiembre como muy tarde AÚN NO LO CONOCEMOS, ES UNA DEBILIDAD</li> </ul>
<b>POBLACIÓN BENEFICIARIA DIRECTA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alumnos de la primera promoción</li> </ul>

- *Fatimetu* (seguir el contacto, buena relación, trabaja mucho, debemos apoyar que se la valore en su ambiente, buena relación con Lucila de Médicos del Mundo A FAVOR (ES LA MEJOR ALUMNA)
  - *Jnaza* (seguir en contacto, ir a verla mientras que está en España, intentar que sea la Coordinadora en terreno, tiene relación con Lucila, fue Directora de la Escuela, mala relación con Director de Salud en Dajla. Reforzar prácticas y conocimientos, que aporte clases) A FAVOR (ES EL MAYOR IMPACTO DE LA FORMACIÓN HASTA AHORA, DEBEMOS CONVERTIRLA EN UNA FIGURA ESTRATÉGICA)
  - *Januasha* (buena relación con el resto de los participantes, es su papel en el proyecto el núcleo para generar estrés. Nuestra función: acompañar y apoyar. Reforzar prácticas y conocimientos, que aporte clases) A FAVOR MEJORABLE
  - *Sidahmed* (Seguir en contacto. Valorarlo ante la comunidad, aprovechar su pasión por aprender. Reforzar prácticas y conocimientos, que aporte clases. Tiene problemas de salud que posiblemente le obligarán a viajar a España) A FAVOR
- Alumnas de la segunda promoción (durante este año largo que no vamos a estar allí es probable que se enfríe su disposición de ser nuestras alumnas. Mantener interés ¿cómo?. Podemos plantearnos un viaje corto para hablar con todas las partes, conocerlas y aportar la seguridad de que el proyecto se va a realizar (¿semana santa del año que viene?) AÚN NO LO SON, ES UNA DEBILIDAD

#### AUTORIDADES DAJLA/LOGÍSTICA DEL PROYECTO

- Autoridades/personal sanitario con el que coordinarse:
- Director de Salud de Dajla. Ha tenido buena actitud hacia nuestro proyecto, sin embargo, ha impedido que acompañáramos muchos partos de noche por no tener que recogernos y llevarnos después. Propuso arreglar una habitación para que nos quedáramos allí la noche que fuéramos a un parto (no lo veo necesario, podemos encontrar algo intermedio que no genere mucho gasto -nos comentaron que ya se había hecho una habitación para las matronas, pero que ahora no se usa. Preguntar cuál es y utilizar). Es un déspota con su personal, nuestra actitud ya va a ser contraria a su forma de funcionar, intentar evitar vernos involucradas en conflictos internos de personal AMBIVALENTE. A FAVOR MEJORABLE

- Director médico del Hospital. Sustituye al anterior cuando no está o no contesta. Hay que tenerlo en cuenta el resto del tiempo para que cuando tenemos que tirar de él no se ofenda. No le conocemos un conflicto con nadie A FAVOR MEJORABLE
- *Hourria* (matrona titulada Dajla) Tiene mucho carácter, tiene un niño pequeño lactante (existe la posibilidad que cuando vayamos esté embarazada y de baja). La pusimos en evidencia en un parto y no volvió a querer trabajar con nosotras. Buena matrona, todavía con poca paciencia y empatía. Creo que se la debe motivar económicamente para fidelizar su compromiso con el proyecto si es el caso. Mala relación con *Fatimetu*, El Director de Salud la beneficia EN CONTRA
- *Masdruga* (matrona titulada Dajla) Buena matrona, precisa (y desea) actualizar conocimientos. Muy buena relación con el resto del personal. Ella trabajaría con nosotras sin necesidad de pagarle, pero hay que darle el mismo dinero que a *Hourria* y además tiene muchas cargas familiares A FAVOR MEJORABLE
- ¿Coordinador en terreno? No quisiera que volviera a ser el anterior, no ha aparecido este último año. Debería ser *Jnaza*. Hay que definir sus funciones NO LO TENEMOS
- Autoridades Escuela de Enfermería
  - Director de la Escuela de Enfermería de Dajla. No sé si seguirá siendo este muchacho. Hay que implicarlo en el proyecto. La formación de matronas debe coordinarse con la formación de enfermería, no podemos seguir siendo independientes dentro del mismo edificio A FAVOR MEJORABLE
  - Profesores colaboradores. Necesitamos involucrar a profesores de la escuela de Dajla, cuantos más mejor ¿Quiénes son? NO LO HEMOS CERRADO
- Autoridades civiles:
  - Gobernador Dajla Necesitamos que nos permita al menos las “condiciones especiales” que hemos tenido este año. Que queden bien definidas desde el principio A FAVOR
  - Personal Protocolo Pagar protocolo mes a mes. Fruta/yogures no entran en el trato. AMBIVALENTE. A FAVOR MEJORABLE
  - ¿Conductor? Es una barbaridad que nuestro transporte sea la ambulancia. Hay personas en Dajla con coche propio que estarían interesados en hacernos de

conductores. Vehículo suficiente para llevarnos a Rabouni si precisamos (solo añadir la escolta) A CONSEGUIR
<b>AUTORIDADES SANITARIAS DEL PROYECTO MATERNO INFANTIL</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ministro de Salud Mantener las buenas relaciones. Reuniones A FAVOR</li><li>- Director de formación del Ministerio de Salud Pública. Mantener línea directa. Hay que viajar a terreno previo a septiembre 2018 para coordinar allí la formación y conseguir compromiso del ministerio A FAVOR</li><li>- Director de Programa Nacional Sexual y Reproductivo saharauí. Mantener buenas relaciones. Volver a acudir a alguna reunión mensual de coordinación de matronas AMBIVALENTE, MEJORABLE LA CONFIANZA EN NUESTRO PROYECTO</li><li>- Coordinadora del Programa Materno Infantil saharauí. Coordinación más directa. Es nuestra interlocutora (<i>Nina Mohamed</i> está muy implicada con las francesas A FAVOR (MUESTRAS A FAVOR EN FACEBOOK)</li><li>- <i>Nina Mohamed</i> (matrona del campamento de <i>Smara</i> referente en obstetricia en los campamentos). Mantener las buenas relaciones. Es una gran matrona y persona. No ponerla mucho en evidencia porque necesita no quedar mal con las francesas A FAVOR, NEUTRA</li></ul>
<b>AUTORIDADES ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Director de la Escuela de Enfermería Nacional Es muy cuadrículado, sin embargo, es justo dentro de su propio código de funcionamiento. En las reuniones con él, el mantra debe ser “nos vamos a ajustar a tus normas”. Hay que implicarlo al proyecto y habrá que pagarle algo. Invitarle a Dajla EN CONTRA</li><li>- Coordinadora de profesores. Quiere el manual. Esto es otra historia que arreglar cuando hagamos el proyecto. A FAVOR MEJORABLE</li><li>- Profesores colaboradores Si no consiguiéramos que alguna profesora diera clase en Dajla, al menos que vengan dos veces por cuatrimestre para evaluar a las alumnas. La evaluación de las alumnas las tiene que hacer la escuela nacional porque si no siempre será una fuente de conflicto NO LOS TENEMOS</li></ul>
<b>ONG ESTRATÉGICAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS CAMPAMENTOS</b>

- Médicos del Mundo Como organización está a favor del proyecto, en la práctica no nos va a beneficiar (tampoco a perjudicar). Creo que hay que generar negociación con ellos porque nuestra posición estratégica en Dajla les viene genial y nosotras queremos apoyo de ellos en Rabouni. Reunión con ellos A FAVOR MEJORABLE
- *Enfants réfugiés du monde*. No nos quieren ni ver. Creo que nos ven muy poco serias. Con ellas mantener una relación cordial, demostrar la seriedad con todo el trabajo que estamos haciendo, evitar conflicto. No negociar directamente con ellas, sino a través de la Escuela Nacional EN CONTRA

#### ONG SANITARIAS/INFLUENCIA EN POBLACIÓN MATERNO INFANTIL DAJLA

- *Amal Esperanza*: están haciendo un quirófano en el Hospital de Dajla y llevan una comisión médica con ginecóloga en septiembre. Ver el nombre, contactar con ellos el año que viene.
- Asociación de Amigos del Pueblo saharauí de Sevilla (el estudio en embarazadas con leche de camella) Acudir a reuniones FANDAS, informar de nuestras intenciones con el proyecto, mantener cerca
- El proyecto de la spirulina de la Universidad de Las Palmas. Seguir contacto
- La ONG que lleva el PISIS, que son de Mallorca. Seguir contacto.
- APSS (la ONG catalana que lleva material sanitario, que su técnica es María José, sigo en contacto con ella) Seguir contacto, buscar objetivos comunes, disponen de financiación.

En este punto de desarrollo, la casualidad quiso que conociera a Paco Gutierrez, presidente de la asociación Amigos del Sahara libre de Linares, que se interesó por el proyecto y por apoyarnos en la búsqueda de financiación hasta que nosotras tengamos requisitos suficientes como asociación para acceder a subvenciones públicas.

Para la reunión con la vicepresidenta y con el responsable de salud de Amigos del Sáhara Libre Linares, redacté el siguiente documento exponiendo cómo el nuevo proyecto surgía de una experiencia anterior en terreno.

## **6.2. Relación de “Una escuela de matronas en Dajla” con el proyecto, finalizado ya “2017, 7 matronas en Dajla”**

Entre estos dos proyectos hay dos conexiones principales:

Por una parte, al conocer que la asociación CARYSA no iba a dar continuidad al proyecto de formación de matronas, las voluntarias participantes en el segundo año de formación (matronas con formación específica en Cooperación Internacional y Migraciones) nos asociamos como “Matronas en Movimiento” con el objetivo principal de planificar, ejecutar y evaluar proyectos de formación de matronas en comunidades vulnerables, en concreto, generar un proyecto que diera solución a los objetivos no conseguidos en la experiencia anterior y formar otra promoción de matronas que aporte especialistas suficientes para cubrir la asistencia y formación obstétrica en la wilaya de Dajla.

Y la otra circunstancia que los relaciona es que es, básicamente, la experiencia en el proyecto “2017, 7 matronas en Dajla” la que ha dirigido la planificación del nuevo proyecto, aprovechando lo aprendido, que ha sido mucho, e implementando remedio a las situaciones mejorables o inconclusas que ocurrieron.

Por otro lado, es la relación con la Asociación Sáhara Libre Jaén la que aporta viabilidad al proyecto. Dado que “Matronas en Movimiento” no posee antigüedad suficiente, Sáhara Libre Jaén posibilita acceder a financiación suficiente para llevar a cabo el nuevo proyecto.

Pero, ¿cómo este nuevo proyecto da solución a los problemas que surgieron en el pasado?

Tras una evaluación interna de la evolución del proyecto “2017, 7 matronas en Dajla”, llegamos a la conclusión de que los factores que impidieron la consecución de los objetivos originales fueron los siguientes:

- La financiación que se planteó en un principio nunca se hizo efectiva, con lo que los periodos docentes tanto en el primer como en el segundo año se limitaron mucho.
- La coordinación con el Ministerio de Salud Pública y con la Escuela Nacional de Enfermería fue muy insuficiente, existiendo una verdadera desconexión entre la

ejecución del proyecto y las autoridades que posteriormente debían validar la formación expediendo el título de Matrona.

- Durante el primer año, hubo asignaturas que los alumnos no cursaron. En un principio, se planteó que estas asignaturas las aportarían profesores de la Escuela de Enfermería de Dajla, pero no se llegó a los acuerdos que lo hicieran posible.
- Durante el segundo año, nuestros alumnos solo recibieron experiencia clínica en Dajla (sin la rotación en el Hospital Nacional y Hospital de Tindouf). Tampoco pudieron realizar el mínimo de partos que exige la Escuela Nacional para la titulación de matrona. Esto ocurrió así, entre otras razones, por lo engorroso de nuestro traslado al dispensario y hospital durante la noche.
- Aunque todos los actores involucrados están de acuerdo en la necesidad de formar matronas en la misma Dajla, no se consiguió apoyo expresado por Médicos del Mundo y “*enfant réfugié du monde*”.

A todas estas situaciones se dará respuesta en el siguiente proyecto de la siguiente manera:

- La formación será de dos cursos completos, desde principios de septiembre a finales de abril adaptados a los periodos lectivos oficiales saharauis. Se fomentará la participación en la formación de las nuevas alumnas de los profesores de la Escuela de Enfermería de Dajla y los antiguos alumnos, pero si esto no fuera posible, las asignaturas serán impartidas por matronas españolas voluntarias. Previamente se desarrollarán los temarios de todas las asignaturas aportando una copia impresa a cada alumna y a la Escuela Nacional de Enfermería. Desearíamos que desde el Ministerio de Salud Pública y/o la Escuela de Nacional de Enfermería se evaluara la formación impartida en Dajla con frecuencia, habiendo una comunicación fluida entre todas las partes de manera que la formación en Dajla sea semejante a la de la Escuela Nacional en lo posible.
- Los alumnos de la promoción anterior recibirán la formación de las asignaturas que no cursaron junto con los de la nueva promoción. Los horarios se consensuarán entre todos, cursándose las mismas horas al día que la Escuela Nacional.



- Durante el segundo año, los nuevos alumnos tendrán que realizar las prácticas en el Hospital Nacional a semejanza que sus compañeras. El proyecto facilitará su manutención y transporte durante este periodo. Las alumnas tendrán que realizar el número de partos exigidos, para ello se intentará llegar a consenso para acompañar los partos nocturnos en hospital (las voluntarias pueden pasar allí la noche volviendo a la mañana siguiente a su residencia, por ejemplo) y la posibilidad de que las matronas tituladas que trabajan en Dajla puedan tutorizar los partos con las alumnas sin requerir siempre nuestra presencia.
- Se priorizará la comunicación con Médicos del Mundo durante el periodo formativo. Pensamos que nuestro establecimiento continuado en Dajla puede aportar una situación privilegiada para apoyar el buen seguimiento al embarazo, parto y puerperio según los programas oficiales y los protocolos establecidos por la administración saharauí.
- No se aportarán nuevos conocimientos sin afianzar los anteriores, de manera que nuestro objetivo es realizar la formación en dos años, sin embargo, si algún requerimiento quedara descubierto por cualquier contingencia, se podría alargar los periodos formativos. El objetivo es formar matronas capaces que puedan ser reconocidas por el Ministerio de Salud Pública de la RASD y su comunidad.

Ya juntas las dos asociaciones, presentamos la propuesta de proyecto a la Delegación Saharaui en Andalucía, planteando un viaje diagnóstico en abril.

El Ministerio de Salud Pública de la RASD se mostró interesado con lo que el 17 de abril partimos a los campamentos. El viaje diagnóstico duró una semana y tuvimos la oportunidad de entrevistarnos con el Ministro de Salud Pública de la RASD, con autoridades sanitarias locales y con cuatro de las cinco futuras alumnas.

Tras la vuelta de los campamentos, desarrollé el documento definitivo del proyecto para presentar a las entidades financiadoras:

### **6.3. Memoria del Proyecto para actividades de Cooperación y Ayuda al Desarrollo**

**Nombre del proyecto:** “Una escuela de matronas en Dajla”

**Sector(es) de intervención:**

- Gobernabilidad democrática, participación ciudadana y desarrollo institucional. Cobertura de necesidades sociales básicas (alimentación, salud, educación, habitabilidad, colectivos especialmente vulnerables, agua potable y saneamiento básico.
- Promoción del tejido económico y empresarial. Mejora de la sostenibilidad medioambiental.
- Aumento de la libertad, capacidades culturales y cooperación con pueblos indígenas.
- Aumento de las capacidades y autonomía de las mujeres. Prevención de los conflictos y construcción de la paz.

**¿Tiene en cuenta el proyecto una perspectiva de género? ¿Cómo?**

Este es un proyecto de mujeres para mujeres cuyo colectivo meta son las enfermeras que opten a formarse como matronas, sin embargo, no podemos dar por supuesto que porque las beneficiarias directas son mujeres la perspectiva de género está garantizada.

Incorporaremos esta visión a nuestro proyecto desde tres puntos de vista distintos:

- Es objetivo del Plan Estratégico de Salud 2016-2020 incluir la perspectiva de género en salud en la formación de sus profesionales y así lo haremos en el desarrollo de los temarios a impartir.

- En el viaje diagnóstico de Abril se entrevistará a cada alumna, identificando entre otras cuestiones sus necesidades de género, prácticas y estratégicas, que se tendrán en cuenta en la planificación de la formación.
- Se becará a cada alumna, colaborando en su autonomía económica, además, esta formación no solo les aportará una oportunidad laboral, sino que las situará como figuras de referencia en su comunidad.
- Durante la estancia, para conocer y comprender la cultura y costumbres de la comunidad saharauí con objeto de adaptar conocimiento y prácticas, se realizará un análisis de factores de influencia en las relaciones de género, factores jurídico-políticos, socioeconómicos, lingüísticos y educativos, y los factores de cambio y de resistencia en la situación de nuestras alumnas.

### **Objetivos del proyecto**

#### Objetivo General:

- Mejorar la calidad de vida de la población refugiada saharauí residente en el campamento de Dajla, reduciendo la patología y la mortalidad materno infantil a través de la formación de especialistas en obstetricia y ginecología (matronas).

#### Objetivos Específicos:

1. Establecer un plan de estudios de matrona validado por el Ministerio de Salud Pública de la RASD y la Escuela Nacional de Enfermería saharauí.
2. Desarrollar y editar temarios adaptados de todas las asignaturas.
3. Impartir conocimientos actualizados y suficientes para realizar las labores de matrona.
4. Aportar beca económica y transporte a las alumnas.
5. Prestigiar la labor de las matronas y colaborar en la aceptación de la población a la asistencia profesional del embarazo, parto y puerperio.
6. Realizar comunicaciones en Congresos y Jornadas profesionales sobre el proyecto.

7. Crear un blog con enlace a cuentas de Facebook, twitter y demás redes sociales, que informe de manera frecuente, breve e ilustrada la marcha del proyecto y actividades destacables.

### **Actividades a realizar y calendario. Actores de la iniciativa.**

1. Visita a los campamentos. CALENDARIO 17/04/2018-24/04/2018

El objetivo será coordinar objetivos, calendario, horario, temario y evaluaciones parciales y finales con responsable de Educación del Ministerio de Salud Pública de la RASD, director de la Escuela Nacional de Enfermería y representantes de la organización “enfant réfuieé du monde”. También se visitará Dajla para conocer a las futuras alumnas y organizar estancia de voluntariado español.

2. Desarrollo de temario oficial del primer curso de la especialidad de matrona. CALENDARIO 01/02/2018-31/08/2018

Las asignaturas que se desarrollarán para impartirse posteriormente serán:

- Anatomía y fisiología
- Farmacología
- Obstetricia
- Informática
- Ginecología

Los temarios estarán actualizados y adaptados a la realidad de los campamentos de refugiados saharauis bajo el “enfoque de riesgo” en salud.

3. Impartición de clases de primer curso. CALENDARIO: 11/09/2018-30/04/2019

Se realizará en el aula cedida de la Escuela Regional de Enfermería de Dajla, situada anexa al Hospital Regional de Dajla. Se respetará el horario de la carrera de enfermería para facilitar el transporte de las alumnas. La metodología a seguir será:

A) Sesiones expositivas (clases magistrales), lectura o video con discusión, búsquedas bibliográficas, Este método se caracteriza por la claridad y la estructuración del contenido, porque mantiene el interés y la atención, facilitando la participación de las alumnas. Esta herramienta didáctica se considera eficaz si:

- Promueve el conocimiento por comprensión.
- Crea la necesidad de seguir aprendiendo.
- Favorece un ambiente de trabajo personal y colaborativo entre las alumnas.
- La alumna asume la responsabilidad y protagonismo del aprendizaje

B) Trabajos de grupo, talleres, seminarios, aprendizaje basado en problemas [ABP], proyectos, brainstorming o tormenta de ideas, elaboración de proyectos, experiencias dramatizadas, experiencias simuladas, formación clínica, sesiones clínicas, portafolio.

C) Tutorías: La tutoría se concreta en la atención individualizada al estudiante, para reforzar, aclarar y/o complementar aspectos relacionados con los contenidos, solucionar incidencias y orientar el trabajo. Existirá un horario semanal de tutorías establecido formalmente y remunerado a las matronas tutoras.

Esto será realizado por parejas de matronas españolas voluntarias que cubrirán cuatro periodos:

- Del 7 de septiembre al 1 de noviembre de 2018
- Del 28 de octubre al 16 de diciembre de 2018
- Del 11 de enero al 20 de marzo de 2019
- A partir del 30 de marzo hasta cerrar primer curso

## **Resultados previstos**

Prestaciones o servicios que recibirá la población beneficiaria, o cambios que se prevén.

- Formación específica como matrona que doten de conocimientos suficientes para asistir embarazos y partos normales, identificar riesgo y patologías para derivar con tiempo suficiente, aportar educación maternal, asesoría en lactancia materna y consejo en concepción/contracepción.

- Aportar condiciones que posibiliten que estas enfermeras puedan recibir la formación: transporte al hospital, material de oficina, temarios, wifi, beca que compense la dedicación exclusiva.

Se prevé que:

- Al menos el 80% de las alumnas supere el curso según requisitos de la Escuela Nacional de Enfermería “Ahmed Abdelfatah”.

- Al menos el 80% de las alumnas se matricularán en el segundo curso.

## **Procedimiento para recogida de información. Actividades a realizar y calendario.**

Seguimiento (durante periodo académico, del 11/09/2018 al 30/04/2019):

- Académico:

- Examen trimestral de cada asignatura.
- Informe individualizado de cada alumna en el que conste: asistencia, participación en clase, actitud, resultados de exámenes parciales, talleres y actividades, por periodo de voluntariado consensuado por cada pareja de voluntarias.
- Informes mensuales para la Escuela Nacional de Enfermería sobre material impartido.

- Marcha del proyecto:

- Cada voluntaria emitirá un informe dentro de los primeros 10 días de su vuelta a España donde se debe recoger, al menos, actividades realizadas, su pertinencia y efectividad, puntos de mejora, relación con población local, convivencia con compañeras de proyecto y con otros cooperantes.
- Se mantendrá contacto frecuente telefónico con el coordinador en terreno.
- Experiencia voluntariado:
- Se realizará formación previa a todas las voluntarias, se mantendrá contacto frecuente para conocer su situación personal, anímica y de salud.

Evaluación:

- Externa: se acordará con el responsable de educación del Ministerio de Salud pública de la RASD (señor Sueilm Hanan) y con el director de la Escuela Saharaui de Enfermería (señor Musa Isa Nayen) la evaluación continua de la formación impartida en Dajla a través de informes y visitas de responsables. El coordinador en terreno organizará las reuniones y transportes necesarios.
- Interna (del 15/04/2019 al 30/04/2019 por coordinadora del proyecto) Se realizarán entrevistas semiestructuradas con cada alumna y con el coordinador en terreno. Se realizará un informe final para contraparte y se analizarán con ellos puntos de mejora. Se realizará reunión con voluntarias posteriormente para poner en común experiencias y puntos de vista que se implementarán en la planificación del segundo curso. Informe final para entidad financiadora.

**Indicadores, con referencia a objetivos propuestos y resultados previstos.**

Fuentes de verificación.

Nº de temarios adaptados desarrollados. Objetivo Nº 2. Resultado: Que todas las alumnas tengan sus temarios completos impresos. Fuente de verificación: Recibí por parte de las alumnas cada uno de los temarios y factura de las impresiones.

Nº de asignaturas impartidas en su totalidad durante periodo docente. Objetivo Nº 3. Resultado: Que todas las asignaturas se impartan en clase según criterios

del Ministerio de Salud Pública de la RASD y la Escuela Nacional de Enfermería Saharaui. Fuente de verificación: Informes mensuales sobre material teórico impartido.

Nº de alumnas becadas para formación. Objetivo Nº 4. Resultado: Que todas las alumnas reciban sus becas al final de mes mientras que superen una asistencia del 85% de las clases presenciales. Fuente de verificación: Recibí de los pagos a cada alumna.

Nº de actividades en la comunidad para prestigiar el papel de la matrona, mejorar la aceptación de la población a la asistencia oficial del embarazo, parto y puerperio, y para aportar información adecuada sobre cuidados en salud. Objetivo Nº5. Resultado: Todas las alumnas deberán participar en al menos dos actividades en la comunidad relacionadas con la labor de las matronas. Fuente de verificación: Memoria de la actividad con fotos.

Nº de comunicaciones en Congresos Nacionales y/o Jornadas profesionales. Objetivo Nº6. Resultado: Se realizarán comunicaciones en, al menos, tres congresos o jornadas profesionales distintas. Fuente de verificación: certificados de asistencia, de comunicaciones a los congresos y de ponencias a las jornadas.

### **Participación de la población beneficiaria**

Para el diseño de este proyecto hemos contactado con el representante de la Media Luna Roja Saharaui Mohamed Zrug y del Gobierno de la RASD, quienes nos han comunicado su interés en que se lleve a cabo el proyecto.

El temario a desarrollar es el oficial de la República Árabe Saharaui Democrática. Se adaptará en lo posible a la cultura y costumbres saharauis.

Con el Ministerio de Salud Pública y la Escuela Nacional de Enfermería saharauí se planificará la docencia en cuanto a calendario, horarios, metodología docente y evaluaciones parciales y finales dado que serán ellos quienes validen la titulación tras los dos años de formación.

El proyecto se adaptará a las necesidades personales, económicas, laborales y familiares de las alumnas en lo posible, priorizando su participación activa en la toma de decisiones.



Se impulsará que docentes de la Escuela Nacional de Enfermería y de la Escuela de Dajla impartan el mayor número de clases, así como seminarios de líderes de la obstetricia en los campamentos, como la matrona Nina Mohamed.

Se participará en programas de radio saharauis y las alumnas participarán en charlas de Educación Maternal en los dispensarios.

La Media Luna Roja Saharaui y el/la coordinador/a serán los responsables de velar por el buen funcionamiento en la ejecución del proyecto. Desde Amigos del Sáhara Libre de Jaén supervisaremos ese trabajo con los informes enviados por la persona que coordine el proyecto al menos una vez al mes. Nos ofrecerá información concreta de las dificultades y los logros para así poder modificar o incidir en la mejora de nuestra actuación.

En la actualidad, Matronas en Movimiento estamos en fase de búsqueda de financiación y voluntariado para llevar a cabo el proyecto “Una escuela de matronas en Dajla”.

## GALERÍA DE IMÁGENES



Fig 1. Paritorio de Dajla



Fig. 2. Taller didáctico



Fig 3. Parto hospitalario



Fig. 4. Reunión fundacional de “Matronas en Movimiento”





Fig. 5. Reunión con el Sr. Ministro de Salud Pública de la RASD



Fig. 6. Reunión con antiguos y nuevos alumnos en el Hospital de Dajla

## **Bibliografía consultada:**

Cámara Rubio, J.C. (2011). *Política comparada de la Educación social. Tema 4. La educación en los campamentos saharauis*. UNED. Les Illes Balears.

Recuperado de: [https://joseluisedusocial.wikispaces.com/file/view/Polit-compara\\_T4\\_La\\_educación\\_en\\_los\\_campamentos\\_saharauis.pdf](https://joseluisedusocial.wikispaces.com/file/view/Polit-compara_T4_La_educación_en_los_campamentos_saharauis.pdf)

DARA Informes (2010). *Evaluación del Proyecto de Ayuda Alimentaria del MPDL en los campamentos Saharauis en Argelia*. Programa de la Ayuda

Alimentaria de la Cooperación Española. Recuperado de: <https://daraint.org/wp-content/uploads/2010/10/sahara.pdf>

Delegación saharauí para España, s.f.. *Constitución política de la RASD*.

Recuperado de:

[http://delsah.polisario.es/documentos/Constitución\\_RASD\\_1991.pdf](http://delsah.polisario.es/documentos/Constitución_RASD_1991.pdf)

Fuente Cobo, I. (2011). *Sáhara Occidental: origen, evolución y perspectivas de un conflicto sin resolver*. Instituto español de Estudios Estratégicos. Recuperado de:

[http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs\\_marco/2011/DIEEEM08-2011SaharaOccidental.pdf](http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_marco/2011/DIEEEM08-2011SaharaOccidental.pdf)

García, R.; Blanco, R.; Anta, J.; Naves, A.; Molinero, J. (2018). *Plan de seguridad del agua en los Campos de refugiados Saharauis en Tindouf* (Argelia). Ingeniería del agua 22(1), 37-52. Recuperado de:

[https://www.google.es/search?ei=k9EvW4bvGMGFgAb6zbiIDA&q=+Plan+de+seguridad+del+agua+en+los+Campos+de+refugiados+Saharauis+en+Tindouf+%28Argelia&oq=+Plan+de+seguridad+del+agua+en+los+Campos+de+refugiados+Saharauis+en+Tindouf+%28Argelia&gs\\_l=psy-ab.12...4106.15472.0.18979.72.29.0.0.0.0.342.3282.0j14j1j2.18.0....0...1.1j2.64.ps\\_y-ab..65.4.929.6..0j35i39k1j0i10k1j0i7i10i30k1j0i7i30k1j0i10i203k1j0i10i30k1j0i67k1.224.jskRvrBqI1o](https://www.google.es/search?ei=k9EvW4bvGMGFgAb6zbiIDA&q=+Plan+de+seguridad+del+agua+en+los+Campos+de+refugiados+Saharauis+en+Tindouf+%28Argelia&oq=+Plan+de+seguridad+del+agua+en+los+Campos+de+refugiados+Saharauis+en+Tindouf+%28Argelia&gs_l=psy-ab.12...4106.15472.0.18979.72.29.0.0.0.0.342.3282.0j14j1j2.18.0....0...1.1j2.64.ps_y-ab..65.4.929.6..0j35i39k1j0i10k1j0i7i10i30k1j0i7i30k1j0i10i203k1j0i10i30k1j0i67k1.224.jskRvrBqI1o)

Guisado Morillas, A. (2017). *Cartas contra el olvido*. Sevilla: Arma Poética Editorial. ISBN: 9788494627675

Jiménez López, F. (2016). *El Conflicto del Sáhara Occidental* (Trabajo de Grado). Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Recuperado de:

[http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3824/1/Jimnez\\_Lpez\\_Francisco\\_TFG\\_Geografa\\_e\\_Historia.pdf.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3824/1/Jimnez_Lpez_Francisco_TFG_Geografa_e_Historia.pdf.pdf)

Ministerio de Asuntos Sociales y Cooperación, Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo, (2007). *Estrategia de la Acción Humanitaria de la Estrategia de la Cooperación Española para el Desarrollo*. Recuperado de: [http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificación%20estratégica%20por%20sectores/DES\\_AH.pdf](http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificación%20estratégica%20por%20sectores/DES_AH.pdf)

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (2013). *Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016*. Recuperado de: [http://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/plan\\_director\\_cooperacion\\_espanola\\_2013-2016.pdf](http://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/plan_director_cooperacion_espanola_2013-2016.pdf)

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, AECID (2015). *Memoria de actuación 2015*. Campamentos de la población refugiada saharauí. Recuperada de: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Acción%20Humanitaria/04.%20Capítulo%20geográfico.%20Sáhara%20Memorias%202015.pdf>

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, AECID (2016). *Estrategia de contexto 2016-2017*. Población Refugiada Saharauí. Recuperado de: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Acción%20Humanitaria/Estrategia%20CRS%20definitiva.pdf>

Ministerio de salud Pública saharauí (2015). *Plan Estratégico de Salud 2016-2020*. Recuperado de: [https://msprasd.org/archivos\\_subidos/Plan\\_Estrategico\\_de\\_Salud\\_Saharaui\\_2016-20.pdf](https://msprasd.org/archivos_subidos/Plan_Estrategico_de_Salud_Saharaui_2016-20.pdf)

Trasasmontes, V. (2011). *Los Campamentos de refugiados saharauis en Tinduf: Una aproximación desde la economía*. Revista de Economía Mundial 29, 287-317. ISSN 1576-0162. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86622169010>

Unión Nacional de Mujeres Saharauis, s.f.. *Trayectoria*. Recuperado de: [http://www.mujeressaharauisunms.org/p/blog-page\\_3731.html](http://www.mujeressaharauisunms.org/p/blog-page_3731.html)