

SAHARAUIS, NUESTROS HERMANOS DEL DESIERTO

Vengo de tomar el Té en casa de Asuha; siempre que tengo nostalgia de los campamentos voy a su casa y comparto con su familia el delicioso ritual de tomar té, que no es uno, sino tres: el primero amargo como la vida, el segundo dulce como el amor y el tercero suave como la muerte.

Tomar té con una familia saharauí es algo más que disfrutar de una deliciosa infusión, es el vehículo de comunicación preferido por los saharauís para tratar cualquier tema, ya sea banal o trascendente. Nunca se tarda menos de una hora, y entre charla y charla siempre hay alguien dispuesto a empezar la ceremonia nuevamente.

Me han pedido que les pase al ordenador la copia de una sentencia del tribunal supremo (español), en la que se reconoce a un saharauí su derecho a recuperar su nacionalidad española después de una batalla judicial de largos años. He quedado impresionado por la documentación que van a presentar para intentar que les reconozcan ese derecho: carné de identidad, libro de familia, certificado de escolaridad, de nacimiento y no sé cuantos certificados más, todos ellos expedidos en el Aaiun (capital de lo que fue la antigua provincia del Sahara español). La verdad es que creo que alguno de ellos, tiene más papeles que yo.

Su estatus en España es como el de cualquier otro emigrante, carecen de cualquier privilegio, como no pareciera corresponder



a quienes sólo hace unos años estaban considerados como españoles de pleno derecho, España hace un par de siglos les acogió bajo su bandera, la misma que juraban durante su servicio militar y que hace ya casi tres décadas, ante la presión de la “Marcha Verde” lanzada por Hasan II, fue arriada de forma apresurada y vergonzosa, dejándoles abandonados a su suerte y favoreciendo con ello la invasión militar de Marruecos y Mauritania, sus países vecinos. Esta situación llevó a la mayoría del pueblo saharauí a huir de sus poblaciones de origen y buscar refugio en Argelia, el único país limítrofe que no les invadió.

El Frente POLISARIO, organización creada años antes, que reivindicaba la independencia del pueblo saharauí y que se

encontraba negociándola con España en ese momento (según había solicitado la O.N.U.), asume desde entonces la lucha por la liberación de su territorio, así como la organización de los campamentos donde se refugió la población civil. El día antes de que España arriara su bandera, los líderes del Frente POLISARIO proclaman ante un gran número de medios de comunicación mundial la República Árabe Saharaui Democrática.

Desde ese momento se inicia una lucha en dos frentes diferentes, por un lado la batalla diplomática, con logros tales como mantener abierta embajada en distintos países, así como mantener un representante permanente en la O.N.U. y ser miembro de pleno derecho de la U.A. (unión africana), organismo al que pertenecen la casi totalidad de los países africanos a excepción de una minoría, entre los que se encuentra Marruecos. Por otro, el POLISARIO pone en práctica lo que hasta entonces nadie había imaginado que pudiera hacerse. Una guerra de guerrillas en el desierto. La guerra con Mauritania duró poco. Concedora de sus limitaciones militares y de la oposición del pueblo a una guerra con los que consideran sus hermanos, 2 años después del inicio del conflicto, firma la paz con el POLISARIO y les cede la parte que le correspondió en el reparto derivado de los acuerdos de Madrid (secretos) firmados entre España,



Marruecos y Mauritania (parte que se apresuró a invadir Marruecos).

Conocedores de su territorio, han puesto durante 16 años de guerra, en serios aprietos a un ejército que les multiplicaba en número y en medios, pero desconocedores del terreno, hasta forzarles a construir muros de defensa para contener las continuas incursiones del ejército saharauí, lo que en la práctica ha supuesto la partición del territorio de la antigua provincia española en dos, una controlada por Marruecos bajo un exhaustivo control militar, y otra menor el 20% más o menos, controlada por el POLISARIO, donde todavía hoy puede encontrarse a familias nomadeando con sus rebaños de cabras y camellos.

Esta situación forzó a Hassan II en 1991 a pactar un alto el fuego y a reconocer el derecho a un referéndum de autodeterminación para el pueblo saharauí, como ya lo había planteado la O.N.U. en varias resoluciones del consejo de seguridad, la U.A. e incluso el tribunal internacional de La Haya. Pareciera en estas circunstancias, que el fin del conflicto se aproximaba, pero nada más alejado de la realidad. Primero vinieron las diferencias

para actualizar el censo de votantes, y a partir de ahí un sinfín de incoherentes dilaciones, solo explicables por el incondicional apoyo de Francia y EEUU a la monarquía marroquí.

El alto el fuego se mantiene, mientras se suceden los planes de paz, con modificaciones de unos a otros, siempre ante la negativa de Marruecos a aplicarlos, mientras trata desesperadamente de que se legalice su ocupación, cosa imposible si se tiene en cuenta que ante los organismos internacionales O.N.U., U.A., etc. el territorio del Sahara Occidental está directamente relacionado con un problema de descolonización inconcluso.

El POLISARIO ha liberado unilateralmente a 1.800 presos

de guerra en diferentes ocasiones, con el fin de mostrar su disponibilidad a negociar. Mientras, en los campamentos de refugiados, la vida cotidiana transcurre lentamente, ajena al debate internacional sobre su futuro, sin comprender la razón que les hace diferentes a otros pueblos, que una vez retirada la potencia colonizadora, han adquirido su plena soberanía.

La población civil fue llegando, ayudada por los guerrilleros del POLISARIO, enferma, desnutrida, vencida por el cansancio y aterrada por lo visto y vivido, pues la aviación marroquí no tuvo ningún escrúpulo en bombardearles durante su éxodo con Napalm y fósforo blanco, causando quemaduras iniciales que aumentan en tamaño y profundidad hasta llegar a la amputación de miembros y en muchos casos la muerte.

Estaba todo por hacer, teníamos que organizar a los civiles que llegaban en busca de refugio y apenas dábamos abasto para enterrar a los muertos -recuerda Mustafa, veterano guerrillero mientras viajamos de Auserd a Aaiun para visitar el huerto de hortalizas que allí tienen. Es para sentirse orgulloso, el ser capaces de arrancar a ese estéril suelo



unas zanahorias y algunas cebollas. ¡Lástima que tanta tenacidad y esfuerzo no cubran ni las necesidades mínimas del hospital al que van destinadas!.

De regreso a Auserd por un camino inexistente, después de muchos baches, Mustafa paró el Land Rover; ante nosotros se extiende la inmensa llanura de la hamada, denominación que reciben los parajes donde no hay nada, ni pastos, ni vegetación, ni agua, nada, algunas talhas solitarias distantes entre sí varios kilómetros. Caminamos unos metros y ante nosotros va surgiendo, como si lo estuvieran elevando, un enorme poblado de lona y adobe, distante de nosotros unos kilómetros, lo que nos da una gran perspectiva, que nos permite distinguir la singular forma de organizar a la población civil.

Construyeron los asentamientos bajo el temor de una posible incursión del ejército marroquí, posibilidad remota en la actualidad, pero posible en aquellos primeros momentos del conflicto. Eligieron pequeñas depresiones del terreno para evitar una pronta localización desde tierra. La población no está hacinada caóticamente. Lejos de lo que se pueda pensar de un campo de refugiados, los campamentos tienen forma de corona circular, dejando el centro libre para la construcción de edificaciones oficiales, (colegios, hospital, centros de distribución de alimentos, dispensarios, etc., etc.).

Desde la elevación, se puede observar que la corona circular no es completamente cerrada, y que las pequeñas construcciones de adobe y las tiendas de lona, que se van añadiendo, van dejando libres una serie de pasillos.

Un conjunto de viviendas crean un barrio, que dista del siguiente unos 200 metros, 4 barrios forman una Daira (ciudad) que a su vez está separada de la siguiente Daira por unos 800 a 1000 metros, y el conjunto de 6 Dairas forman una Wilaya (provincia). Con estas separacio-



nes consiguen de manera muy efectiva, el control de cualquier brote epidémico, pudiendo en caso de necesidad poner en cuarentena un barrio, incluso una Daira si fuese necesario, protegiendo así al resto de la Wilaya.

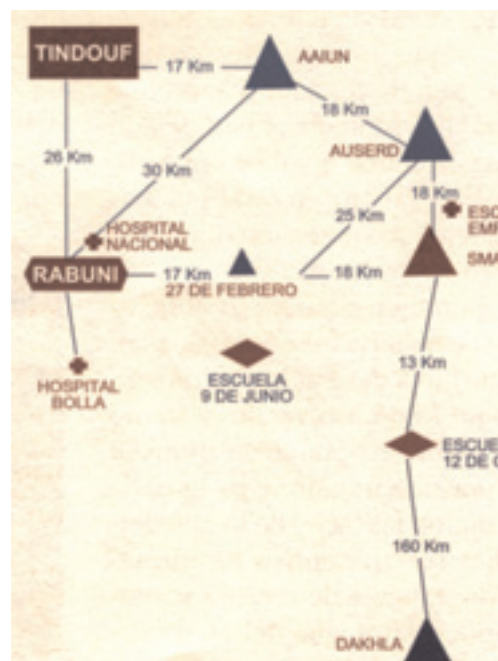
Este modelo de organización también permite un mejor reparto de los escasos recursos de los que disponen: escolarización infantil, sanidad, cursos de formación, talleres de artesanía, así como la distribución de la ayuda humanitaria de la que desgraciadamente dependen en un 90%. Una muestra de ello, es que las pocas cabras que poseen, instaladas a las afueras de las Dairas en diminutos corrales de alambre y latas, son alimentadas con el cartón de las cajas de la ayuda humanitaria.

La organización de los campamentos, es la de un minúsculo estado constituido por 5 grandes núcleos de población (Wilayas) separa-

dos entre sí de 30 a 40 kilómetros, menos Dabla que dista cerca de 160 kilómetros de Rabuni, centro administrativo de este mini estado, donde se encuentran ubicados los ministerios, el hospital nacional, los almacenes de la Cruz Roja y otras instalaciones de carácter nacional.

Estos logros conseguidos en el funcionamiento de todas las estructuras sociales, se deben en gran parte, al papel desempeñado por la mujer, que desde el inicio del conflicto asumió un destacado protagonismo en todas las áreas del entramado social de

los campamentos. Organizadas en comités, las mujeres que se habían formado en distintas profesiones durante el periodo de colonización española, pusieron en práctica todo lo que habían aprendido, las maestras siguieron con la educación de los niños y empezaron a enseñar a leer y escribir a las mujeres sin formación, escribíamos en la arena con





un palo y borrábamos con la mano -me cuenta Malika, con una sonrisa, como si de una anécdota se tratara. Ciertamente las enfermeras lo pasaron peor, muchas de ellas sólo habían trabajado en un hospital como auxiliares o administrativas y las circunstancias exigieron que actuaran como enfermeras y cirujanas. Pero la carencia total de instrumental y medicamentos, limitaba su gestión a acompañar al moribundo en sus últimos momentos, -todos los días llegaban heridos del frente y no podíamos hacer nada, no teníamos ni calmantes, recuerda Minetu- pero era peor ver morir a los niños de diarreas y epidemias que no podíamos controlar- Minetu no sonrío, creo que aquellos momentos han dejado una profunda huella en su mente, al igual que en otras muchas mujeres que perdieron hijos, hermanos y esposos.

La mujer saharaui es dura, se crece cuando las cosas van mal, ante tanta desgracia y sufrimiento no frenó, no vaciló, y siguió creando esperanza, formaron grupos de trabajo, y de la nada sentaron las bases de lo que después serían centros de formación, talleres de costura y artesanía, telares, guarderías, escuelas, dispensarios, etc.

Desde la entrada del alto el fuego, hay más hombres en los campamentos, aunque en los territorios liberados quedan muchos en los acuartelamientos, que solo regresan a sus hogares 15 días cada 3 meses. Esta circunstancia no ha restado protagonismo al papel que ocupa la mujer en la sociedad saharaui. A través de la Unión Nacional de la Mujer Saharaui, siguen impulsando propuestas y reformas, que el gobierno de la R.A.S.D. tiene muy en cuenta.

Casi tres décadas después de los primeros asentamientos, la vida en los campamentos ha evolucionado a su propio ritmo, sujeta a las limitaciones que impone una durísima climatología (por debajo de 0° en las noches de invierno a 55° en los días de verano), la falta de recur-

sos naturales y materiales, y su dependencia de la ayuda humanitaria. Los avances en todos los campos son innegables, no se puede negar que han construido un Estado en medio de la nada y que su determinación de trasladar este estado, a su legítimo territorio sería una posibilidad viable, pues disponen en los campamentos de una juventud bien formada en muy distintas áreas, y en su territorio dispondrían de los recursos naturales que ahora no tienen.

Es realmente surrealista, estar tomando té en una jaima de cualquier familia saharaui (casi siempre muy numerosa) y encontrarte con que la madre que prepara el té, es profesora de español, la hija es ingeniero de telecomunicaciones, uno de los hermanos que estudió en Libia es técnico de laboratorio, y el otro que lo hizo en Cuba es perito agrónomo y los pequeños todavía estudian en la escuela de la Wilaya.

El nivel cultural en los campamentos es algo más que aceptable, y se percibe en casi todos los jóvenes menores de 25 años que se han beneficiado de las becas que distintos países amigos han brindado al gobierno de la RASD, siendo rara la familia que no tiene a alguno de sus miembros estudiando en el extranjero, situación ésta que



asumen las madres con resignación, en beneficio de un futuro mejor para las nuevas generaciones, aunque no deje de ser una fragmentación más a las que ya casi están acostumbradas, pues todas las familias saharauis están separadas desde que unos huyeron dejando a parte de la familia en la zona ocupada, algún miembro está en el ejercito en los territorios liberados, o en el extranjero como emigrante.

La tímida entrada de dinero a los campamentos que llega de la emigración, y sobre todo el que mandan las familias de acogida españolas, a través de los niños que han pasado las vacaciones en España, más el que llevan ellas mismas cuando viajan a los campamentos a visitar a la familia del niño, está generando una nueva realidad social hasta ahora desconocida en los campamentos.

Se están abriendo pequeños comercios y se empieza a ver algunos vehículos particulares, que por su estado, necesitan de continuas reparaciones, lo que genera la aparición de rudimentarios talleres y así sucesivamente.



te nos vamos encontrando en los albores pero incipiente economía de mercado que sólo el tiempo dirá si son capaces de sostener.



En los primeros viajes, te impacta la cordialidad de todo el mundo y las ganas de comunicarse contigo nada más conocerte, con la consiguiente invitación a cenar y visitar su jaima y si lo deseas hospedarte con su familia.

Un joven al que pregunté la razón de su perfecto castellano, me dijo: “estudié en Cuba, soy capitán de navío” -¿en el desierto? - “mi país tiene casi 2.000 Kilómetros de costa y cuando regresemos, la R.A.S.D. necesita gente preparada para poner el país en marcha”. No sé qué me impresionó más, si su profesión

ello. En una visita a una escuela, coincidió que estaban en clase de español (su segunda lengua oficial), saludos, jolgorio de los niños, risas, más saludos y una frase en la pizarra, preparada para ser analizada, decía así: “O seremos independientes o seremos víctimas de un genocidio”.

Es duro pensar que en su plan de estudios existan frases como ésta, pero no deja de ser su triste realidad, también les enseñan que las Naciones Unidas y la legalidad internacional les da la razón en su derecho a un referéndum de auto-determinación y que están próximos a regresar a su tierra.

Ciertamente los distintos organismos internacionales (O.N.U., U.A., U.E., tribunal internacional de La Haya, etc.) han dado la razón a las tesis saharauis. Sólo queda una pregunta ¿por qué se alarga este conflicto tanto tiempo?

Nuevamente se pone de manifiesto la incapacidad de los estamentos supranacionales para hacer cumplir sus propias resoluciones, nada avanzará, mientras exista el derecho de veto y los intereses geoestratégicos y económicos de las grandes potencias, prevalezcan sobre la legalidad internacional y los derechos humanos.

Nano

o su respuesta. Pero desde entonces, comprendí que el pueblo saharauí tiene la firme determinación de ser dueño de su destino, están educados para

PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS Y PHLEBOTOMINOS

Las enfermedades transmitidas por insectos han acompañado al hombre desde el comienzo de los tiempos, si sumamos todos los seres humanos que han fallecido como consecuencia de los diferentes conflictos bélicos a través de la historia, representarán una pequeña proporción con respecto a los que han caído fulminados por las enfermedades transmitidas por insectos. Por otro lado, por cada caso reportado oficialmente (búsqueda pasiva) se pueden encontrar hasta veinte casos si se intenta una búsqueda activa, de este modo al observar los datos oficiales, estamos viendo apenas una pequeña parte del problema.

Además de ello, otros hechos como la resistencia que los parásitos han venido adquiriendo a los tratamientos farmacológicos, los efectos secundarios de los medicamentos empleados para tratarlas, los tratamientos incompletos por la falta de educación tanto del personal de salud como de los mismos pacientes, la falta de métodos profilácticos verdaderamente efectivos y a largo plazo, las grandes corrientes migratorias, la colonización y ampliación de la frontera agrícola, etc, han contribuido a la importancia que estas enfermedades tienen en los países subdesarrollados. Las enfermedades transmitidas por mosquitos más frecuentes son: Malaria, Dengue, Leishmaniasis y Fiebre Amarilla.

MALARIA

¿Quién la causa?

La Malaria la causan cuatro especies distintas de un parásito que infecta los glóbulos rojos de las personas. Para poder sobrevivir, este parásito necesita de dos hospedadores, uno humano y otro un mosquito del género *Anopheles*.

Cuando un mosquito del género *Anopheles* pica a una persona que tiene el parásito en su sangre,

éste pasa al mosquito, el parásito se reproduce en su intestino y de allí pasa a sus glándulas salivares, cuando el mosquito pique a otra persona el parásito pasará a la sangre de dicha persona e infectará sus glóbulos rojos, el parásito necesita de ambos hospedadores para completar su ciclo reproductivo. Las cuatro especies del parásito provocan Malaria siendo la forma más grave la originada por *Plasmodium falciparum*, que provoca una enfermedad grave caracterizada por fiebre, dolor de cabeza y debilidad, el 90 % de los casos de Malaria en el África Subsahariana, (lugar donde ocurren la mayor parte de casos), son debidos a esta especie.

¿Qué impacto tiene sobre la salud de las personas?

La Malaria es una de las enfermedades más comunes y mortales que existen, cada año entre un 9 y 10% de la población global, (300 - 500 millones de personas), sufren esta enfermedad, muchas de las personas que la contraen se recuperan tras 10-20 días, pero entre un 2 y 3% mueren. África es uno de los lugares más afectados, el 10% de las admisiones en hospitales son debidos a este proceso. Los niños son especialmente vulnerables a la Malaria, en África uno de cada 20 niños menores de 5 años que contraen Malaria muere.



Las mujeres embarazadas son también muy susceptibles, durante el embarazo son cuatro veces más susceptibles que en otros momentos de su vida, así mismo cuando se acompaña de una mala nutrición provoca complicaciones en el embarazo y abortos.

¿Qué estrategias se están usando para controlarla?

Se está investigando para obtener una vacuna contra la Malaria, pero a pesar de que se ha hecho un gran número de investigaciones sobre este tema, ninguna de las posibles vacunas ha probado ser efectiva y segura. Debido a que está provocada por un parásito, de la familia de los protozoos, la respuesta inmune generada es diferente a la que se desencadena tras una infección viral, la inmunidad que se origina es parcial mientras que tras una infección viral es completa, lo que genera dificultades en el desarrollo de una vacuna.

De este modo, en los próximos años, hasta el momento en el que se logre crear una vacuna efectiva, el control de la Malaria tendrá que basarse en medidas que permitan controlar los vectores (mosquitos), para así evitar la transmisión de este parásito, estas medidas incluyen: mejoras en la construcción de las casas, control de las fuentes de mosquitos (lugares donde crían), uso de mosquiteras impregnadas con insecticidas así como tratamientos con insecticidas, entre otras.

FIEBRE AMARILLA ¿Qué es la fiebre amarilla?

Es una enfermedad viral transmisible, conocida también como mal de Siam o fiebre de Barbados, causada por el virus de la fiebre amarilla, (género Flavivirus), transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. El modo de transmisión es de un primate enfermo (mono) a un individuo sano, a través de un vector, el mosquito.

Su gravedad puede ser muy variable, una vez padecida se adquiere la inmunidad de por vida, se manifiesta generalmente en brotes epidémicos de alta mortalidad en las regiones de África, América Central y del Sur.

Transmisión;

Silvestre o esporádica: Se da en los bosques tropicales, un mosquito del género *Aedes aegypti* pica a un mono portador del virus de la fiebre amarilla y posteriormente pica a una persona transmitiéndole el virus.

Urbana o epidémica: Es la forma de transmisión más grave, el mosquito actúa como agente transmisor entre las personas en zonas de alta densidad, la



■ SITUACIÓN DE LA MALARIA

epidemia que se origina, puede provocar un alto número de muertes. Esta enfermedad se caracteriza por una fiebre alta repentina, piel y mucosas amarillas y sangrado espontáneo de mucosas.

¿Cómo se previene?

En este caso sí que existe una vacuna para prevenir esta infección, una sola dosis confiere protección por 10 años; se recomienda vacunarse 10 días antes de ingresar a zonas de riesgo, los países en los que la Fiebre Amarilla es endémica exigen a los visitantes un certificado conforme que se han vacunado antes de que entren a su país.

Otras medidas de prevención son aquellas precauciones generales para evitar la picadura de mosquitos, uso de repelentes, mosquiteras para dormir, llevar ropa de manga larga,...

DENGUE.

El dengue es una enfermedad viral, provocada por un arbovirus del grupo togavirus, es transmitida al hombre por varias especies de mosquito siendo el principal vector el mismo que el de la Fiebre amarilla, *Aedes aegypti*, un insecto blanquinegro que mide aproximadamente 5 mm, con rayas en el dorso y las patas. El periodo de incubación es de 3 a 15 días, por lo general 5 a 8 días y tiene dos formas de presentación; fiebre de dengue y fiebre hemorrágica de dengue.

La fiebre de dengue es una grave enfermedad de tipo gripal que afecta a los niños mayores y a los adultos, pero rara vez causa la muerte. Los síntomas varían según la edad y el estado general de salud de la persona.

La fiebre hemorrágica de dengue (FHD), es otra forma más grave, en la que pueden sobrevenir hemorragias y a veces un estado de choque que

lleva a la muerte, en los niños es sumamente grave, el diagnóstico temprano, seguido del oportuno tratamiento puede prevenir la muerte, en caso contrario, el enfermo puede caer en estado de choque y morir.

Los mosquitos del género *Aedes aegypti*, pican en las primeras horas de la mañana y al final de la tarde, se posan en el interior de las viviendas, en locales cerrados y otros sitios oscuros. La enfermedad se disemina por la picadura de una hembra de *Aedes aegypti* infectada, que ha adquirido el virus al ingerir la sangre de una persona con dengue. El mosquito infectado transmite entonces la enfermedad al picar a otras personas, que a su vez caen enfermas.

¿Cómo se previene?

No hay medicamentos que lo curen ni ninguna vacuna que lo prevenga, por lo que se debe recurrir a las medidas básicas que pueden aplicarse para controlar la población de mosquitos y evitar la picadura de los mismos.

LEISHMANIASIS

La Leishmaniasis es una enfermedad provocada por un parásito denominado *Leishmania*, según datos de la Organización Mundial de la Salud, (OMS), afecta a unos 12 millones de personas repartidos en 88 países del mundo, se encuentra presente en América, Europa, África, Medio Oriente y Asia.

Afecta a roedores, perros y diversos mamíferos salvajes. Los vectores de *Leishmania* son insectos que pertenecen a la subfamilia Phlebotominae, algunas especies del género *Lutzomya* en América y del género *Phlebotomus* en el viejo mundo. La hembra de éste cuando pica a un animal o persona infectada por *Leishmania* ingiere el parásito



con la sangre que absorbe, una vez en el interior, el parásito continúa su ciclo de maduración y sufre una intensa multiplicación para posteriormente, cuando vuelva a picar a otra persona, infectarla.

Existen distintas formas de la enfermedad:

- Cutánea; úlceras en la piel de la cara, los brazos y las piernas. (zonas más expuestas a la picadura del mosquito), pueden dejar cicatrices permanentes,

- Mucocutánea; igual que la anterior pero además de a la piel afecta también a cartílago por lo que puede dar lugar a deformaciones.

- La leishmaniasis visceral, también conocida como Kala Azar, es la forma más grave de la enfermedad, siendo mortal casi en la totalidad de los casos si el enfermo no recibe el tratamiento adecuado, los síntomas de esta variante incluyen accesos de fiebre, pigmentación de la piel, pérdida de peso y alteración de los componentes sanguíneos.

Existe tratamiento para esta enfermedad, pero debe realizarse bajo control médico, se utilizan los antimoniales pentavalentes, como el estibogluconato sódico o el antimonio de meglumina, están contraindicados en personas que padezcan una insuficiencia renal, hepática o cardíaca y en aquellas afectadas por tuberculosis. Otros medicamentos utilizados son la anfotericina B, la pentamidina y el ketoconazol.

¿Cómo se previene?

Ningún fármaco ni vacuna se ha mostrado eficaz en la prevención de la enfermedad, por lo que es necesario utilizar otras medidas preventivas, principalmente aquellas encaminadas a prevenir la picadura de mosquitos y controlar su población, por otro lado las horas de mayor actividad del mosquito son entre el anochecer y el amanecer, por lo que en este intervalo de tiempo si se sale al exterior hay que intentar cubrir la mayor parte del cuerpo con ropa y aplicar repelentes en las zonas descubiertas.



BARTONELLOSIS

Es una enfermedad infecciosa caracterizada por anemia, fiebre alta y erupciones de la piel que pueden ir acompañadas de dolor. Se le conoce también con el nombre de enfermedad de Carrion y está producida por la bacteria *BARTONELLA bacilliformis*, se transmite principalmente por la picadura de las hembras de *Lutzomyia* (flebotominos). Principalmente se presenta en los valles situados entre 500 y 3200 m de altitud, donde existen las condiciones ecológicas adecuadas que permiten que el vector viva y transmita la enfermedad.

Presenta dos formas clínicas, una anemia febril que se manifiesta con fiebre irregular, anemia severa y linfadenopatía generalizada y una eruptiva o crónica, más conocida como verruga peruana, que se suele dar en cara y miembros superiores e inferiores. Normalmente son asintomáticas y pueden curar en 4 a 6 meses o permanecer de por vida.

¿Cómo se previene?

Hasta la fecha no existe vacuna y el tratamiento con antibióticos no es demasiado útil, por lo que cuando se visitan las áreas endémicas se aconseja seguir las medidas generales para evitar las picaduras por flebotominos.

MEDIDAS GENERALES

En general, las medidas para controlar una enfermedad transmitida por mosquitos se basan en dos puntos.

1. Eliminación de los criaderos de mosquitos:
 - a. Tapar los recipientes de agua: la colocación de tapaderas bien ajustadas en los depósitos de agua, pozos negros y fosas sépticas, evita que los mosquitos pongan allí sus huevos.
 - b. Eliminación de la basura: en las basuras y los desechos abandonados alrededor de las viviendas se puede acumular el agua de lluvia.
 - c. Lucha biológica: Se puede eliminar las larvas de mosquitos mediante pequeños peces larvívoros (por ejemplo, del género *Lebistes*), o larvicidas químicos inocuos.
2. Prevención de las picaduras de mosquitos:
 - a. Mosquiteras en la cama, puertas y ventanas: La eficacia de estas mosquiteras puede mejorarse impregnándolo con insecticida a fin de repeler o destruir los mosquitos.
 - b. Repelentes: En las distintas partes del cuerpo expuestas a las picaduras de mosquitos.
 - c. Uso de ropa adecuada, en especial en las horas de alta actividad del mosquito.

Medidas generales para evitar la picadura de flebotominos

En general las medidas para evitar las picaduras por flebotominos son parecidas a las medidas generales que se toman para evitar la picadura de mosquitos, si bien hay que tener en cuenta que los flebotominos no son mosquitos, sino que son dípteros y presentan algunas diferencias respecto a los mosquitos.

El hábitat de los flebotominos se encuentra en lugares húmedos, oscuros y donde hay bastante vegetación, son muy pequeños, aproximadamente entre 1,5 y 2 mm por lo que hay que usar mosquiteras de malla fina para dormir, también se recomienda colocarlas en puertas y ventanas. Se pueden impregnar con insecticidas tipo deltametrina o permetrina.



Tienen su mayor espectro de actividad entre el anochecer y el amanecer, por lo que es en estos momentos en los que se ha de tener especial cuidado y usar repelentes en las áreas que están expuestas, sin ropa, en especial en las horas de mayor actividad, a partir de las 5 de la tarde hasta el amanecer.

En áreas de riesgo, se recomienda tener un área de seguridad de 300 metros entre las casas y la vegetación y hay que promover el saneamiento de la vivienda, limpieza de las malezas, drenajes de acequias... y crianza de animales domésticos fuera de las casas.

Alberto Allepuz Palau

Ilustraciones: Ana Carolina Alleguz Palau

ENTREVISTA AL Dr. FRANCISCO REYES

Director médico del Hospital General Rural de Gambo, Etiopía.



Francisco Reyes nació en Almería en 1965, es miembro del Instituto Misionero de la Consolata, y médico licenciado en 1992 por la Universidad Complutense de Madrid. Obtuvo el “diploma in Tropical Medicine and Hygiene” (DTMH) por la London School of Tropical Medicine en 1993. Ese mismo año empezó a trabajar como General Practitioner Tropical en el Hospital de Gambo. El puesto de director médico del hospital lo viene ejerciendo desde 1994. Además, asumió las labores de coordinador del programa de Control de Tuberculosis y Lepra del Hospital de Gambo desde 1994. Es coordinador médico de la diócesis de Meki en Etiopía desde 1998.

¿Cómo es el hospital de Gambo?

El Hospital de Gambo es un Hospital Rural de 135 camas con los servicios de Medicina Interna, Tuberculosis, Lepra, Cirugía, Ginecología y

Obstetricia, Pediatría, Consultas Externas, Farmacia, Radiología, Ecografía y Laboratorio. Tiene también un servicio de Vacunación y Cuidados Prenatales que ofrece atención diaria y

cubre nueve centros periféricos que comprenden un total de 23 poblados con una población de 75.720 habitantes.

Se encuentra en la provincia de Arsi, a 245 Kms. al sudeste de la capital del país Addis Abeba, a 2.200 metros sobre el mar, a 18 Kms. de la ciudad más cercana a través de una pista forestal. La provincia cuenta con una población de 2.700.000 habitantes y una densidad de 115 habitantes por Km.2 En Arsi hay dos Hospitales, Gambo y el regional de Asela a 280 Kms. Alrededor de Gambo se encuentran cuatro estaciones de salud, dos en Arsi a unos 40 Kms. y dos en la provincia limítrofe de Shoa a unos 20 Kms. A 40 Kms. se encuentra otro Hospital regional, el Hospital de ShasFemane, para la provincia de Shoa Este.

El personal del hospital está formado por 118 personas, entre ellos 33 ayudantes sanitarios prácticos, 25 limpiadoras, 9 cocineros, 8 vigilantes, 6 enfermeros, y 3 médicos.

De forma regular ha venido un equipo de ortopedicos y un oculista que con sus cortas, pero intensas visitas, ayudan a muchas personas.

¿A qué tipo de población atiende?

La población que atiende es Rural, acuden pacientes del “área” y otras áreas sanitarias próximas como son la de Asi Negele, Bulubula, Adami Tulu, o Siraro. Este año hemos recibido un total de 167 pacientes derivados desde diversas clínicas de nuestro alrededor, de entre 20 y 110 kilómetros de distancia. La mayoría procedían de clínicas Privadas, el 47%. El resto viene de otras Iglesias 26%, clínicas Gubernativas 24% y clínicas de la Iglesia Católica 3%.

¿Cuál ha sido la actividad del hospital?

La actividad tiene una doble vertiente, las consultas externas y las internas; además de la acción preventiva.

En Consultas externas, se han atendido a 62.698 pacientes, de los cuales 30.306 fueron nuevas visitas y 32.392 repetidas; el volumen diario de pacientes ha sido de 210, que respecto al año pasado supone un aumento del 26,03% del total.

Se han realizado un total de 1.069 radiografías; el 59,03% para pacientes externos. El estudio principal fue el de tórax (76,80%). El número de ecogra-

fías fue de 373, un 4,11% menos que el año pasado; el 48,26% para diagnóstico obstétrico-ginecológico y el 37,00% para estudio del abdomen.

En el laboratorio, el número total de exámenes realizados este año ha sido de 34.473, el 83,6% para pacientes externos. Los



resultados del examen del VIH a pacientes y voluntarios ha sido positivo el 36,34% de los 432 análisis realizados; de los positivos, el 63,06% es de residencia urbana, el 44,59% tiene entre 20 y 30 años y el 49,04% son mujeres. Respecto a los donantes de sangre hubo un 0,95% de positivos, 4 de un total de 420 tests.

Se han realizado 275 transfusiones. El motivo principal fue la anemia debida a malaria, el 89,82%.

Por otra parte el total de ingresos ha sido de 4.417: 2858 (64,7%) ingresaron en pediatría, 714 (16,2%) en la sala de medicina y cirugía, 558 (12,65) en maternidad, 119 (2,7%) en la sala de lepra y 104 (2,3%) en la tuberculosis. Las tasas de ocupación han estado por encima del 100%. La media de estancia para los ingresos ha sido de 10 días, dos menos que el año pasado. La estancia de maternidad fue la menor con 5,6 días, seguido de pediatría con 7,4 días, medicina

con 12,3 días, cirugía 13,9 días, tuberculosis con 40,1 días y lepra con 7 días. Seguimos sin poder encontrar un cirujano pero sigue viniendo regularmente el grupo de ortopédicos voluntarios y el oculista. Junto a la atención de emergencias se ha llegado a 115 operaciones de cirugía mayor, un 30,72% menos que el año pasado; y 1.307 operaciones de cirugía menor, un 30% menos.

Durante el pasado año ha atendido un total de 365 partos, un 28,52% más que el año pasado. De ellos el 83,56% (305) fue normal y el 16,44% (60) anormal; algo más de la mitad (34) fueron cesáreas.

Los servicios preventivos son muy importantes y se trabajan desde varios aspectos:

Educación sanitaria. La educación sanitaria es una importante actividad desarrollada

tanto con los pacientes externos como con los internos. Los temas de las sesiones son Higiene, Nutrición, Tuberculosis, Lepra, Vacunaciones, Diarrea, VIH, ETS, Embarazo y Cuidados Prenatales y Malaria. Durante este año han asistido 213.794 pacientes, un 13,87% más que el año anterior, a las

398 sesiones de educación sanitaria.

Vacunaciones y Cuidados Prenatales. El servicio de vacunación, siguiendo el Programa Expandido de Inmunización (EPI) de la UNICEF, se realiza en 23 pueblos que corresponden al área de cobertura del Hospital asignada por el Ministerio de Sanidad. Los pueblos pertenecen a tres distritos de dos provincias diferentes, Arsi (Kofale y Munessa) y Shoa Este (Neguele), por estar el Hospital cerca de la frontera entre los tres distritos. De los 23 pueblos, 3 reciben el servicio en el Hospital por estar muy cercanos y el resto lo reciben en 11 centros periféricos. Además, se realizan campañas intensivas para vacunar a las mujeres en edad fértil, principalmente visitando las escuelas. Respecto a los niños menores de un año, la cobertura total de vacunación (Difteria-Tos ferina-Tétano, Polio-3, Sarampión) ha



sido del 23,34% en Arsi y del 30,41% en Shoa Este, referido a la población total; en 1994 los resultados fueron el 63,95% y el 56,33% respectivamente.

El programa de vacunación incluye también la vacuna anti-tetánica tanto de las mujeres embarazadas como de las mujeres en edad fértil (entre 15 y 45

años). El objetivo para este año era vacunar el 30% de las mujeres en edad fértil y el 95% de las mujeres embarazadas; Para la provincia Shoa Este se ha llegado al 10,97% de las no embarazadas y el 47,67% de las embarazadas. Respecto a Arsi los resultados son del 4,97% y el 24,47%, respectivamente.

- Control de la Tuberculosis. El Hospital de Gambo participa en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a través del correspondiente departamento de nuestra provincia. Durante el año 1995 del calendario etíope se ha registrado un total de 191 nuevos pacientes, un 13,02% más que el año pasado. El número de pacientes con esputo positivo fue de 269 el 37,99% del total; de ellos 202 fueron transferidos y 58 fueron tratados en el Hospital, 9 pacientes desaparecieron o murieron antes de iniciar el tratamiento.

- Control de la Lepra. Este Hospital es también el Centro de Referencia para el Control de la Lepra en la provincia Arsi por lo

tipo; algunos casos necesitan cirugía para corregir defectos o, sobre todo, ayudar a la curación de las úlceras. La media de estancia de un paciente leproso ha sido casi de 78 días.

¿Cómo funciona el hospital?

La actividad laboral comienza a las 8 de la mañana, se abren la puertas del edificio de consultas externas y se empieza con la obtención de los datos epidemiológicos de los niños y a continuación de las mujeres y de los adultos. En la primera hora en la sala de espera a los pacientes y familiares se les imparte unas charlas de higiene y salud general. En esos momentos se procede a la limpieza de las salas de admisiones, y los preparativos para la comida del día.



¿Cómo se financia el hospital?

El 55-65% se financia de donaciones individuales o de colectivos y el resto de los ingresos por atención médica en consultas externas y admisiones hospitalarias.

¿Cuáles son las necesidades más urgentes del Hospital?

En el aspecto material la renovación de los quirófanos y en el aspecto humano, la formación del personal. Es preciso un cuerpo técnico más formado del que

se dispone. Se necesitaría un farmacéutico, más personal entrenado en enfermería, un médico cirujano y otro general, o personas profesionales encargadas del mantenimiento de los equipos electrónicos. En general se nece-

sitan todo tipo de personas técnicas cualificadas.

¿Cuáles son los principales problemas socioeconómicos de la región?

La región es agrícola con una agricultura de subsistencia, sólo se produce para comer y una escasa cantidad para almacenar. Además, es un cultivo muy básico: arado, y mulas, asnos... para el transporte y el trabajo. Generalmente se siembra el terreno de cereales como el trigo o el tef (grano con el que se prepara la comida tradicional de Etiopía). Por ello se necesita mejorar la agricultura local con medios de regadío, para la producción de otros alimentos que se puedan exportar o la innovación tecnológica como el tractor o la segadora. Se podría mejorar el sistema de almacenaje de los alimentos que permita la utilización en periodos de escasez de alimentos. La mejora de las infraestructuras como carreteras, aprovisionamiento de agua potable, luz y teléfono.



que respecta a tratamiento hospitalario. Para este servicio cuenta con 46 camas. La tasa de ocupación es del 66,84%. Las razones para ingresar pacientes leproso son las reacciones reversas, las neuritis y las úlceras de diverso

FORMAS EN LA PARTICIPACIÓN EN LA ONGD ANAWIM

1.- Socio de la ONGD: podrás participar en la realización de los proyectos que tenemos en marcha y colaborar en otros nuevos. Para esto debes rellenar un formulario y pagar una cuota anual de 36 euros si eres mayor de 25 años y de 12 si no llegas a esa edad.

2.- Apadrinar a un niño: puedes contribuir a mejorar la calidad de vida de un niño de Nicaragua, Colombia o Perú. En este caso debes aportar 180,36 euros al año, en cuotas mensuales de 15,03 euros.

3.- Aportaciones económicas: puedes hacer un ingreso en la cuenta CAM 2090-0185-710040194326.

4.- Instalación de huchas: estamos instalando huchas en lugares concurridos (bancos, tiendas, cafeterías, etc.). Puedes colocar alguna si conoces un lugar idóneo para este fin.

5.- Casos de especial necesidad: niños que, por circunstancias especiales, necesitan una atención sanitaria particular que no puede ser sufragada con las donaciones de apadrinamientos.

Para concretar todos estos temas y todo lo que se te ocurra, puedes encontrarnos en:

ONGD ANAWIM, C/ Terrateig, 2. Apartado de Correos 78. 03200 Elche (Alicante). España

www.onganawim.org Telf/Fax: 32-966661523. e-mail: correo@onganawim.org

BOLETÍN DE INFORMACIÓN

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Código Postal: Provincia:

Teléfono: E-mail:

Estoy interesado/a en recibir información sobre:

- ☐ Socio de la ONGD
- ☐ Apadrinar un niño
- ☐ Colaborar en la redacción de la revista
- ☐ Suscripción gratuita de la revista
- ☐ Venta de camisetas
- ☐ Instalación de huchas
- ☐ Ayudas especiales a niños necesitados

LA MURALLA

Para hacer esta muralla
tráinganme todas las manos:
los negros, sus manos negras,
los blancos, sus blancas manos.

Ay,
una muralla que vaya
desde la playa hasta el monte,
desde el monte hasta la playa, bien,
allá sobre el horizonte.

- ¡Tun, tun!
- ¿Quién es?
- Una rosa y un clavel...
- ¡Abre la muralla!
- ¡Tun, tun!
- ¿Quién es?
- El sable del coronel...
- ¡Cierra la muralla!
- ¡Tun, tun!
- ¿Quién es?
- La paloma y el laurel...
- ¡Abre la muralla!
- ¡Tun, tun!

- ¿Quién es?
- El alacrán y el ciempiés...
- ¡Cierra la muralla!

Al corazón del amigo,
abre la muralla;
al veneno y al puñal,
cierra la muralla;
al mirto y la hierbabuena,
abre la muralla;
al diente de la serpiente,
cierra la muralla;
al ruiñón en la flor,
abre la muralla...

Alcemos una muralla
juntando todas las manos:
los negros, sus manos negras,
los blancos, sus blancas manos.
Una muralla que vaya
desde la playa hasta el monte,
desde el monte hasta la playa, bien,
allá sobre el horizonte...

Nicolás Guillén

