



FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA
GRADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL

TRABAJO FIN DE GRADO
CURSO ACADÉMICO 2020/2021

**La Medicina Saharaui y su incorporación al Sistema Nacional de Salud de los
Campamentos de Población Refugiada Saharaui:
Hacia la promoción de la salud desde una perspectiva intercultural.**

Trabajo Fin de Grado presentado por María José Franco Moreno,
tutorizado por Carmen Mozo González.

RESUMEN:

El Ministerio de Salud Pública Saharaui, desde su constitución hasta el día de hoy, ha tenido que hacer frente a las consecuencias de la colonización española y de la posterior ocupación marroquí, y a la situación de refugio de gran parte de su población en los Campamentos de Población Refugiada en Tinduf, Argelia. Partiendo de una reconstrucción histórica-etnográfica de la trayectoria de este Ministerio, presento una aproximación al panorama sanitario actual de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD) y al papel de su Ministerio de Salud en la configuración de la relación de hegemonía/subalternidad entre la Medicina oficial, basada en la lógica de la biomedicina o *tab al-hadiz*, en hassanía, y la Medicina verde o natural saharauí, denominada *tab taglidi*.

PALABRAS CLAVE:

RASD; Ministerio de Salud Pública Saharaui; Medicina Natural Saharaui; biomedicina, perspectiva intercultural.

*Dedicado a mi profesora Carmen Mozo,
por darme la oportunidad de aprender y crecer más allá de las aulas.*

*Gracias a Edi Escobar y a la Asociación de Amistad
con el Pueblo Saharaui de Sevilla por su acogida.*

*Y gracias a
Minatu Hosen Muhamed Fadel,
Safia Limam,
Habida Salama y
Said Ali Mahfud,
por recibirme y compartir conmigo sus experiencias.*

ÍNDICE

1. Introducción.	3
1.1. Contexto de la RASD y situación actual.	3
1.2. Justificación y circunstancias de la elección.	5
1.3. Estado de la cuestión: Medicina Saharaui.	6
2. Definición del problema de investigación.	9
3. Unidad de análisis y unidades de observación.	10
4. Marco teórico.	12
5. Hipótesis.	17
6. Objetivos.	17
7. Metodología	18
7.1. Planificación aproximada de etapas.	18
7.2. Trabajo de campo previo.	19
7.3. Técnicas específicas.	21
8. Reconstrucción histórico-etnográfica de la trayectoria del MSP.	24
8.1. La sanidad en el Sáhara Occidental antes del MSP.	25
8.2. Contexto y constitución del MSP.	32
8.3. Evolución del MSP.	35
8.4. Actualidad del MSP.	37
9. Tab taglidi y tab al-hadiz: la configuración de la salud en la RASD.	39
10. Conclusiones.	49
BIBLIOGRAFÍA	51

1. Introducción.

1.1. Contexto de la RASD y situación actual.

Parte de la población saharauí continúa refugiada en el desierto argelino, se estima una cifra de 173,600 personas (ACNUR, 2018), 45 años después de la invasión marroquí del Sáhara Occidental. En aquel entonces el gobierno español se desentendió de su responsabilidad con este territorio, su provincia número cincuenta y tres, a pesar de haber prometido la realización de un referéndum y encontrarse bajo las presiones de la ONU. Juan Carlos de Borbón entrega el Sáhara Occidental a Mauritania y Marruecos el 14 de noviembre de 1975 con la firma del Acuerdo tripartito de Madrid -vulnerando la legalidad internacional-, poco después del inicio de la invasión marroquí conocida como la *marcha verde* y la consecuente retirada del ejército español del territorio. Parte de la población huyó a Argelia y en 1976 el Frente Polisario, legítimo representante del Pueblo Saharaui desde 1973, proclamó la República Árabe Saharaui Democrática (RASD) desde el exilio, constituyéndose como Estado. Sus guerrillas se conformaron entonces como ejército. En 1979 Mauritania se retira de la guerra, siendo el territorio inmediatamente ocupado por las fuerzas marroquíes, y en 1991 a petición de Marruecos se firma el alto al fuego bajo supervisión de la ONU, creando para ello la MINURSO: ‘Misión de Naciones Unidas para el referéndum en el Sahara Occidental’, que -en teoría- se encarga también de observar el alto al fuego en terreno.

Sin embargo, el referéndum no se ha celebrado, debido principalmente a los intereses de las diversas potencias en el territorio del Sáhara Occidental, que destaca por sus reservas pesqueras y por albergar la mina a cielo abierto de fosfato más grande del mundo. La población saharauí sigue dividida desde 1975 entre los territorios ocupados por Marruecos, los liberados por el Frente Polisario durante la guerra, la diáspora y los Campamentos de Población Refugiada en Tinduf (Argelia) [Mapa 1]. Los dos primeros se encuentran separados por un muro de 2700 kilómetros, levantado y minado de norte a sur por Marruecos: se estima que hay unas siete millones de minas antipersona en la zona (Carmona, 2019).

Nuestro proyecto se ubica en los Campamentos. Levantados principalmente por las mujeres saharauíes que huían de los bombardeos con sus familias, se plantearon como una solución temporal a la espera de poder regresar al Sáhara Occidental.



Mapa 1. Situación actual del Sáhara Occidental. Fuente: Mapa de la RASD (s.f.).

Por último, es necesario señalar que el pasado 13 de noviembre Marruecos rompió el alto al fuego firmado en 1991, al atacar a la población saharauí que se encontraba manifestándose pacíficamente en la brecha ilegal de El Guerguerat, una zona del Sáhara Occidental que, según los acuerdos firmados ante la ONU, está desmilitarizada. Los y las manifestantes reivindicaban su cierre y protestaban contra la inoperatividad de los organismos internacionales, pues Marruecos emplea esta brecha para transportar hacia los países subsaharianos los recursos expropiados de los territorios ocupados, así como para el tráfico de drogas (Frente Polisario, 2020). Tras la ruptura del alto al fuego, y tras 30 años apostando por la paz y esperando el referéndum desde el refugio, la RASD le declara la guerra y el enfrentamiento armado continúa desarrollándose a día de hoy a lo largo del Sáhara Occidental.

1.2. Justificación y circunstancias de la elección.

La presente investigación se enmarca en un proyecto del Departamento de Antropología Social y la Asociación de Amistad con el Pueblo Saharaui de Sevilla (AAPSS) con la Escuela de Enfermería de Dajla, financiado por la Convocatoria de Universidades de la AACID y titulado “Fortalecimiento de la Escuela Universitaria de Enfermería de Dajla para el abordaje de enfermedades prevalentes en los Campamentos que vulneran el derecho a la salud de la infancia refugiada, las mujeres en edad fértil y la población anciana”. Surge a petición de la Escuela, que desea revisar la formación en Enfermería para focalizarla en torno a las necesidades concretas de la población en materia de salud. Esta revisión se realizará desde un enfoque holístico de los cuidados, investigando desde la Antropología de la Salud la relación entre salud, prácticas culturales y contexto local y, en concreto desde este trabajo, la configuración y el papel de la Medicina Saharaui y las plantas medicinales en la cotidianidad de los Campamentos.

El grupo de trabajo está conformado por el equipo de la US, con las profesoras Carmen Mozo y Carmen Caro como responsables y coordinadoras de las personas técnicas y voluntarias que se incorporan desde los Departamentos de Antropología y de Enfermería, respectivamente; el equipo de la Escuela de Enfermería de Dajla coordinado por Refaa Sidahmed, su Jefa de Estudios; y la AAPSS, con Mercedes Casas Escobar como asesora técnica y Fernando Blas Pascual como encargado de las relaciones institucionales en terreno. La amplia experiencia de trabajo de los tres equipos en el ámbito de cooperación y, en muchos casos, entre ellos, garantiza una adecuada coordinación interna, así como la integridad y viabilidad del proyecto. Ambas profesoras y sus equipos han trabajado previamente con la AAPSS y Caro es también miembro de su comisión sanitaria. Además, contamos con el apoyo de la Delegación Saharaui, el Ministerio de Salud Pública, las comisiones sanitarias andaluzas y Médicos del Mundo. Está prevista su realización en un plazo de dos años.

Mi labor específica con la realización de este TFG es contextualizar el panorama sanitario que existe actualmente en la RASD y la relación que presentan las distintas lógicas médico-sanitarias, con especial énfasis en la situación de los Campamentos, lugar en el cual se desarrolla el proyecto mayor. La originalidad del presente trabajo reside en su enfoque etnográfico: como veremos en el siguiente apartado, el ámbito de la salud en la RASD ha

sido un tema parcialmente estudiado, especialmente en lo que refiere a la Medicina Saharaui, puesto que la mayoría de estudios al respecto se han planteado desde enfoques botánicos, relegando a un plano secundario la comprensión de las actitudes y las dinámicas sociales en torno a la misma, su relación con las demás lógicas sanitarias, su relación con las enfermedades, etc., cuestiones relevantes tanto para la revisión de los contenidos formativos sanitarios de la Escuela como para la puesta en valor del saber popular local. Además, el caso de la sanidad saharai es muy característico puesto que, como veremos más adelante, diverge de otros casos estudiados desde el campo de la Antropología de la Salud, al fomentarse la implantación de la biomedicina desde el propio gobierno saharai.

Los resultados obtenidos a partir de la presente investigación se alinean con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 11, Ciudades y comunidades sostenibles, concretamente con la meta 4: “Redoblar los esfuerzos para proteger y salvaguardar el patrimonio cultural y natural del mundo”; siempre desde el enfoque de género y el respeto a la diversidad cultural, y en colaboración horizontal continuada con la Escuela.

Hemos de considerar que los Campamentos sobreviven gracias a la ayuda humanitaria internacional y que esto, junto a la progresiva institucionalización de la biomedicina desde que comenzó el refugio, ha contribuido al desplazamiento de la Medicina Saharaui del contexto sanitario de los Campamentos. Debido a la dependencia de ayuda externa, la estructura médica es inestable y, en ocasiones, los recursos necesarios para tratar determinadas afecciones no se encuentran disponibles en la zona. En estas circunstancias, resulta de vital importancia valorar la Medicina Saharaui.

1.3. Estado de la cuestión: Medicina Saharaui.

El artículo 36 de la Constitución de 1999 de la RASD dice así: “Todos los ciudadanos tienen derecho a la protección y a los cuidados de la salud. El Estado vela por la prevención contra las enfermedades y las epidemias y combate estas últimas”. Como vemos, no se hace explícita la relación entre los distintos saberes, ni se hace mención de éstos, en contraposición a la Constitución de países como Ecuador o Bolivia donde sí queda registrado. Esto refleja en cierta forma el panorama que encontramos actualmente al abordar la temática de la sanidad

en la RASD. Por un lado, encontramos la biomedicina institucionalizada a través del Ministerio de Salud Saharaui, por el otro, las prácticas del saber medicinal popular saharai que se transmiten de generación en generación. Ambas se interrelacionan y comparten saberes, pero no hay evidencias concretas de cómo se manifiestan estos puntos de encuentro o de convivencia entre ambas lógicas.

La Medicina Saharaui se ha estudiado bajo la categoría de *tradicional*, de modo que las escasas investigaciones que encontramos al respecto refieren fundamentalmente a las prácticas vinculadas a la fitoterapia y al uso de elementos de origen animal, excluyendo la progresiva incorporación de elementos de la biomedicina en el saber colectivo popular -así como la posibilidad de que hayan sido incorporados elementos de otras lógicas médico-sanitarias-. Además, son abordadas desde una perspectiva sincrónica que pone el énfasis en la etnobotánica y deja en segundo plano su contextualización histórica y estructural, que considero especialmente importantes para nuestro problema de investigación, en tanto que nos interesa conocer el lugar que ocupa en la sociedad y su relación con la biomedicina institucionalizada.

En este apartado presento una aproximación a la Medicina Saharaui que, por los motivos ya mencionados, se limita a sus prácticas tradicionales, entendidas como aquellas que la población ha empleado desde antes del refugio, transmitidas generacionalmente, y que refieren principalmente al uso de recursos de origen vegetal y animal. Entre los estudios etnobotánicos que recogen el uso de plantas, a mencionar por ejemplo el realizado por la Universidad Complutense de Madrid en colaboración con el Ministerio de Cultura de la RASD (2007), es el de Gabriele Volpato (2008), titulado “Plantas Medicinales Saharaui”, el único que introduce una aproximación al contexto cultural-sanitario saharai. Aunque es breve, nos permite esbozar algunas características y circunstancias recientes de la Medicina Saharaui.

Expone el autor que hay dos tipos, la que desempeñan los expertos y expertas saharais y la que se desarrolla en el ámbito doméstico, principalmente a través de las mujeres (Volpato, 2008), que habrían recibido de sus madres y abuelas el saber popular, transmitido de generación en generación. No profundiza más en esta diferencia y se limita a indicar que tratan tanto problemas de salud comunes y conocidos por la biomedicina como enfermedades características de su contexto cultural. Con respecto a las últimas destaca las denominadas

eghindi y *aorag*: la primera refiere a una reacción de rechazo del organismo hacia algún elemento del entorno, y la segunda a una reacción concreta por un consumo excesivo de azúcar (Volpato, 2008).

Sobre los expertos y expertas de la Medicina Saharaui no he encontrado estudios relevantes: lo poco que he visto refiere en exclusiva a las mujeres expertas desde una mirada exotizante que resalta sus supuestas virtudes de sensualidad y seducción sobre el hombre, características del sesgo y el prejuicio occidental en la representación de oriente y del mundo árabe, como bien han señalado autores como Edward W. Said con el concepto crítico de Orientalismo y Wigdan Ali con su artículo “Tópicos sobre las mujeres musulmanas en Occidente y en su propio mundo”. He podido conocer el empleo local de los conceptos *tabib* y *tabiba*, que significan *hombre* y *mujer de la medicina*, respectivamente, aunque no he podido profundizar en los mismos a falta de bibliografía. En lo que refiere al ámbito doméstico, es probable que encontremos una jerarquización del saber entre las mujeres por edad, debido a la transmisión generacional del mismo.

Otro elemento que señala Volpato (2008) es la configuración de vías de acceso a las plantas medicinales de los territorios liberados del Sáhara Occidental desde los Campamentos, entre las que destaca cuatro: a través de los soldados del Frente Polisario cuando regresan de los territorios, a través de las familias que se desplazan a éstos temporalmente, adquiriéndolas en el mercado de Tinduf o bien recurriendo a comerciantes procedentes de Mauritania. Añadiría una quinta vía, conformada por los herbolarios locales ubicados en los mercados de cada campamento y que acercan de manera directa estos recursos naturales a la población refugiada, aunque no podemos obviar la actual situación mundial de pandemia por el Covid-19 ni las posibles adaptaciones que estas circunstancias hayan podido causar.

Por último, en su introducción a la recopilación de plantas medicinales, Volpato recoge algunos dichos y frases populares saharauis sobre éstas, tales como: “todas las enfermedades se curan con plantas”, “todas las plantas del territorio del Sahara Occidental son medicinales” o “la carne y la leche de camella que hayan pastado de plantas medicinales son medicinales también” (Volpato, 2008: 12). Esto refleja ese consenso en torno a la eficacia del que habla Waldram, además de la profunda conexión del pueblo saharauí con su tierra a través del empleo de sus recursos naturales a pesar de la distancia, como símbolo de su identidad que resiste aún desde el refugio. Espero durante el trabajo de campo conocer las circunstancias actuales de esta relación tan particular, que han podido modificarse desde la investigación

realizada por Volpato, debido a la progresiva institucionalización de la biomedicina y a la socialización de parte de la población en el extranjero, a través de los acuerdos académicos que permiten a muchos niños y niñas estudiar fuera de los Campamentos desde los 10 años hasta el fin de los estudios universitarios.

Para concluir este apartado, quiero señalar la importancia de estos estudios sobre la Medicina Saharaui, a pesar de mi previa crítica personal al enfoque de los mismos. El desarrollo de este tipo de investigaciones en los Campamentos de Población Refugiada Saharaui no resulta fácil debido a la situación de refugio, a sus temperaturas extremas y a la difícil comunicación desde España, especialmente años atrás; por ello resulta imprescindible valorar el trabajo realizado en estas circunstancias. Hemos de tomarlo como una base de la que partir: nos ha permitido aproximarnos a una conceptualización de la Medicina Saharaui que de otro modo no habríamos podido establecer y representa un aporte muy importante en lo que refiere a la revalorización del patrimonio natural y cultural saharauí. Ambos hemos de estudiarlos de manera interrelacionada pues la vinculación de la población saharauí con las plantas medicinales del Sáhara Occidental no se limita al uso de dichas plantas, sino que se inserta en el entramado de significaciones del imaginario colectivo y por ende necesario contextualizarlo histórica y culturalmente. Como señala Carmen Mozo:

Si preservar y activar el patrimonio cultural es fundamental en la lucha de un pueblo por su proyecto de liberación nacional, en el caso del pueblo saharauí, esta necesidad se refuerza si tenemos en cuenta el hecho de que existe ya una considerable población menor de treinta años, tanto en las zonas ocupadas como en el exilio, que no ha vivido una parte importante de la historia de su pueblo ni conoce los referentes ni físicos ni simbólicos de su territorio (Mozo, 2009: 240).

2. Definición del problema de investigación.

E. Menéndez entiende el proceso de salud/enfermedad/atención como “un universal que opera estructuralmente -por supuesto que en forma diferenciada- en toda sociedad” (Menéndez, 1994: 71) y bajo el cual se conforma una subjetividad colectiva en relación a los padecimientos y daños a la salud en la comunidad y a la forma de abordarlos en la vida cotidiana.

Entendemos la Medicina Saharaui como el conjunto de saberes de la población referidos al proceso de salud/enfermedad/atención, heterogéneo y en redefinición continuada. Esto es lo que Menéndez denomina *saber popular*, que “se caracteriza por un proceso constante de modificación, en el cual se sintetizan provisionalmente concepciones y prácticas derivadas de diferentes saberes incluido el biomédico” (Menéndez, 1994:71). A partir de esto, hemos de destacar dos elementos importantes: el primero, la crítica a la concepción estática, homogénea y ahistórica de la medicina tradicional -en la que profundizaremos más adelante-, y el segundo, el rechazo a la oposición entre el saber biomédico, institucionalizado, y el saber popular, pues ambas lógicas se interrelacionan y complementan en el contexto local. Explica Menéndez:

Estos sistemas [académicos/científicos de explicación y acción sobre los padecimientos] que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales, no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes, que eran manejadas por los diferentes conjuntos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y al establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1994:72).

Trasladando esto al contexto saharai, me interesa conocer la interrelación entre sus distintos saberes médico-sanitarios, en concreto: **el modo en que esta relación de hegemonía/subalternidad entre ambas lógicas (biomédica y medicinal saharai, respectivamente) se establece y se formaliza institucionalmente con la constitución y desarrollo del Ministerio de Salud Pública**, hasta el día de hoy.

3. Unidad de análisis y unidades de observación.

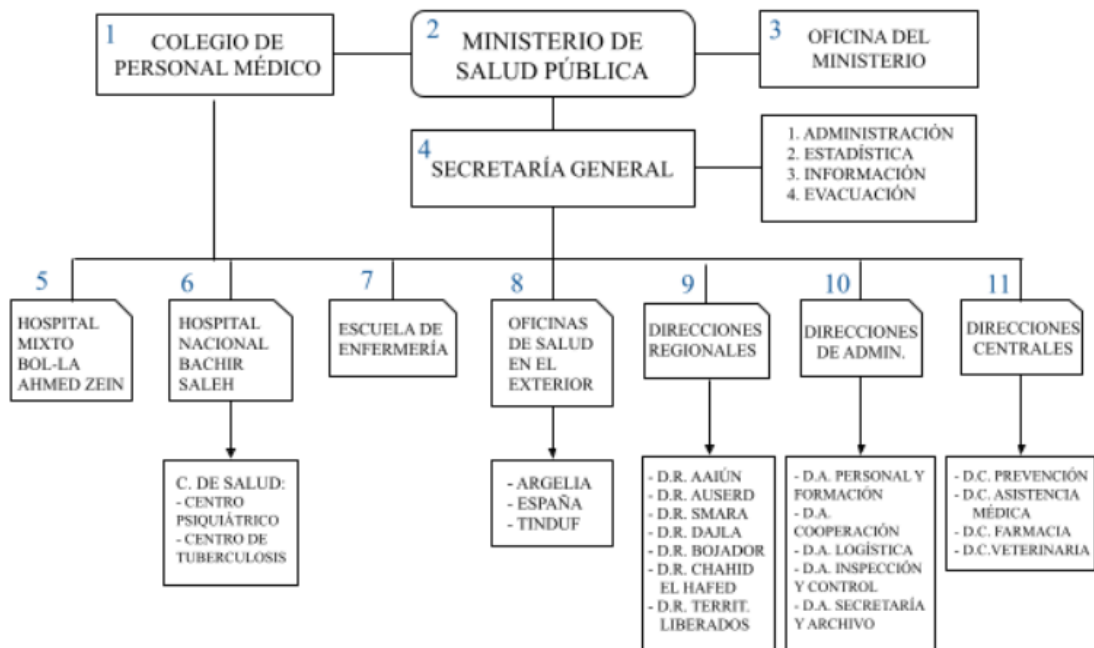
Unidad de análisis: Como hemos visto en el apartado anterior, nos centraremos en comprender la configuración de la relación de hegemonía/subalternidad entre la lógica biomédica y la lógica medicinal saharai, así como el papel del MSP en la misma.

Unidad de observación: El Sáhara Occidental abarca los territorios ocupados por Marruecos, los liberados por el Polisario, la diáspora y los campamentos o wilayas, en los cuales se ubica el proyecto. Estos campamentos se encuentran en Tinduf, al oeste de Argelia. Esta zona de

desierto se conoce como la Hamada argelina y sus condiciones climáticas resultan extremas: en verano se pueden llegar a alcanzar los 60°C y en invierno los 0°C. Si bien inicialmente el refugio en el desierto era algo temporal, a la espera de la paz para regresar al Sáhara Occidental, el referéndum por la independencia establecido por la ONU aún no se ha celebrado, de modo que la RASD se ha visto obligada a implementar mejoras en las infraestructuras para sobrevivir a estas condiciones: se reparte agua en los Campamentos cada dos semanas aproximadamente y hay suministro eléctrico en todos ellos a excepción de El Aaiún.

Las wilayas son cinco en total: Auserd, Smara, Bojador, El Aaiún y Dajla. Encontramos otras dos áreas que no son campamentos per sé pero forman parte de la RASD: Rabuni y Bol-la. Los Ministerios tienen sus instalaciones en Rabuni, que abarca los edificios gubernamentales de la RASD, el Hospital Nacional Mártir Bachir Saleh y el protocolo donde se alojan los y las cooperantes. Bol-la es una zona militar, por lo que allí se sitúan el hospital militar Ahmed Zein, el hospital psiquiátrico y el de tuberculosis, además de la casa de Rossana Berini, una mujer italiana que reside en los Campamentos atendiendo a niños y niñas con diversidad funcional y acogiendo a algunas comisiones durante su estancia en terreno.

La estructura del MSP es la siguiente:



Organigrama 1. Estructura del Ministerio de Salud Pública Saharauí (MSP). Información facilitada por la AAPSS.

Cada wilaya se divide en cuatro dairas, que a su vez se dividen en barrios. En cada wilaya hay un hospital y en cada daira hay un dispensario (centro de salud) para atender a la población de sus barrios, enfocado principalmente a la salud reproductiva y al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas. Existe también un equipo de asistencia social, gestionado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer, que recorre los barrios garantizando la atención y el cuidado de las personas dependientes y/o con diversidad funcional.

En 2005 se constituye la Escuela Auxiliar de Enfermería de Dajla a través de la comisión sanitaria de la AAPSS, liderada por el doctor Juan Antonio González Caraballo, y en el curso 2012-2013 se transforma en Escuela de Enfermería, pasando a formar parte de la Universidad de Tifariti (UTR), constituida ese mismo año en los territorios liberados. El campamento de Dajla es el más alejado, a unas dos o tres horas en coche, de modo que la conformación de una Escuela supuso la posibilidad de formar a su población en Enfermería e incorporarla al sistema de salud, sin tener que desplazarse fuera. De hecho, más del 85% del personal sanitario de Dajla procede de esta Escuela de Enfermería.

Además de la lógica biomédica del MSP encontramos personas expertas o conocedoras de la Medicina Saharai, ámbito en el que profundizaremos en los apartados posteriores.

4. Marco teórico.

Nuestro análisis se enmarca en la propuesta teórico-metodológica de la Antropología de la Salud en su etapa crítica contemporánea, que se caracteriza por su distanciamiento del concepto de *etnomedicina* hasta entonces empleado por la Antropología de la Salud para hacer referencia a todos aquellos saberes ajenos a la medicina occidental, considerados *primitivos* o *tradicionales*, los “otros”. Esta medicina occidental, a la que nos referiremos de ahora en adelante como biomedicina, debido a su énfasis en la dimensión biológica de la enfermedad, se entiende a partir de este momento como un sistema teórico-metodológico propio de la cultura occidental, en contraposición a su concepción *universal* previa y, por ende, susceptible a ser objeto de estudio desde la Antropología. El nuevo modelo propone una revalorización de los sistemas médicos abarcados hasta entonces de manera indiscriminada y homogeneizante bajo la etiqueta de *etnomedicina*. Esto coincide con una

crisis del sistema biomédico en Europa y EEUU, debido a los débiles resultados que mostraba este modelo tanto en la resolución de enfermedades crónicas como en su implantación en los países (mal) catalogados como *en vías de desarrollo*, y con el consecuente auge de movimientos sociales que cuestionaban dicho modelo y defendían la importancia de la definición local de los problemas de salud desde la comunidad. No podemos olvidar que la salud y la enfermedad son fenómenos ligados a la vida sociocultural, e introducen principios que pueden entrar en contradicción con los principios biomédicos.

La Antropología de la Salud como subdisciplina refiere, como señala J.M. Uribe, “al nivel teórico general del objeto último de estudio” (Uribe, 1996:12), mientras que la Antropología de la Medicina refiere a la etapa histórica concreta en que se inserta éste; si bien en la mayoría de casos comparten dicho objeto de estudio. Dado que mi objetivo es comprender el modo en que la configuración de las relaciones de hegemonía/subalternidad de las distintas lógicas sanitarias presentes en el contexto saharauí, planteo un análisis que permita interrelacionar la dimensión individual con la social-comunitaria a partir de la Antropología de la *Illness* y la Antropología de la *Sickness*: la primera recupera la cosmovisión particular del paciente, su experiencia individual y significativa en el proceso de salud/enfermedad/atención, y la segunda se centra en las relaciones sociales estructurales que vehiculan estos procesos (Mozo, 2013). Entendiendo la Medicina Saharauí como heterogénea y diacrónica, el primer paso para una aproximación a una conceptualización *desde* la perspectiva del Pueblo Saharauí consiste en comprender esa vivencia individual, que se encuentra así mismo imbricada en el proceso social de la comunidad y su imaginario colectivo.

Me interesa también el enfoque concreto que plantea la Antropología Médica Crítica, considerando la definición de Junge:

La Antropología Médica Crítica considera temas como la salud y los sistemas médicos de minorías étnicas, en su relación con los sistemas oficiales de salud, desde la perspectiva de los derechos humanos y la participación democrática, (...) cuestionando los aspectos políticos y éticos vinculados con los sistemas y las prácticas médicas, destacando la importancia de la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades de salud, tanto en el nivel individual como comunitario, y de las alternativas terapéuticas a su alcance (Junge, 2001: 18).

Este enfoque plantea el análisis de los saberes locales en su relación con los saberes institucionalizados, que en nuestro caso se trasladaría a la relación entre la Medicina Saharaui y la biomedicina del MSP. Sé que existe también una incipiente sanidad privada pero es algo que de momento he dejado al margen de la investigación, si bien profundizaré en el tema si alguien hace referencia a ella durante el trabajo de campo.

Lo único que enfatizaría tras esta conceptualización es la importancia del enfoque relacional, que Menéndez (1994) define como el análisis de las relaciones entre las partes involucradas, los niveles en los que operan y la articulación entre los mismos; para comprender la configuración de las relaciones de hegemonía/subalternidad estructurales en las que se sustentan. Ya no sólo entre la Medicina Saharaui y la biomedicina institucionalizada, también a nivel interno: en la Medicina Saharaui por ejemplo encontraremos heterogeneidad en la autoridad de las personas -según si es madre de familia, experta en plantas, en veterinaria, etc.- así como en sus prácticas, discursos y, en resumen, en su proceso particular de atención/salud/enfermedad.

Partiendo de esta base, he descartado el uso del adjetivo *tradicional* para referirme a la Medicina Saharaui por su herencia etnocéntrica y su trasfondo ahistórico y estático. Como vimos al definir el problema de investigación, se presenta aquí la Medicina Saharaui como el conjunto de saberes de la población en torno al proceso de salud/enfermedad/atención, que abarca conocimientos diversos de diferentes lógicas, incluida la biomédica. Es por tanto heterogénea, dinámica y en constante redefinición, y no podemos limitarnos a la categoría *tradicional* si queremos comprender en profundidad sus circunstancias actuales. Además, esta concepción se ha construido en oposición a la biomedicina, y por tanto, en oposición a lo *científico* o *racional* (Menéndez, 1994), negando su validez y eficacia desde la mirada occidental. A partir de esto, como señala Carmen Mozo, “poner en diálogo la cosmovisión médica y la antropológica y recuperar la eficacia, sin duda existente, en cada una de ellas, parecería pertinente y de gran utilidad social” (Mozo, 2013: 10). Emplearé así mismo el concepto de *fitoterapia saharai* para hacer referencia al uso de recursos de origen vegetal dentro de la Medicina Saharaui, a expensas de conocer durante el trabajo de campo algún término local que refiera a esto.

Resulta oportuno entonces redefinir el concepto de eficacia desde el planteamiento de la Antropología de la Salud crítica para una adecuada aproximación a la Medicina Saharaui. La eficacia debe entenderse como fluida y cambiante, producto de una comprensión negociada, pero no necesariamente compartida, por parte de los involucrados en el proceso de salud/enfermedad, incluidos médicos/curanderos, pacientes y miembros de la comunidad (Waldrum, 2000). De este modo, la potestad de definir y validar la eficacia de los saberes locales recae sobre la propia comunidad y no sobre agentes externos al contexto de la misma. Explica Junge que “la salud es parte de la experiencia vital de las personas, y la vida no se restringe a sus aspectos fisiológicos; por ende, la salud no puede reducirse al enfoque biomédico” (Junge, 2001: 23), y ello ha de incorporar el concepto de eficacia. Añade Menéndez que “son los conjuntos sociales los que, en función de sus necesidades, construyen nuevas eficacias simbólicas” (Menéndez, 1994: 81). La eficacia se encuentra por tanto inmersa en esa redefinición constante de la Medicina Saharaui y del proceso de salud/enfermedad/atención.

Así, en el contexto saharauí encontramos una superposición de diferentes lógicas médico-sanitarias. Los individuos tienen acceso a distintos tipos de sistemas y agentes de salud, lo que a menudo conduce a una utilización simultánea o en serie (Waldrum, 2000). El saber popular adopta diversos conocimientos de todos ellos, de ahí la importancia de concebirla como heterogénea y dinámica y de entender la eficacia a partir de las circunstancias locales concretas, así como de abordar la forma en que influyen, resisten o incluso sustentan las relaciones de hegemonía/subalternidad subyacentes. Sin embargo, aunque existen diversas lógicas sanitarias, no podemos hablar de pluralismo médico en tanto que no se relacionan en condiciones de igualdad u *horizontalidad*, sino que se enmarcan en una relación jerárquica particular. Como señala Junge al respecto:

La diversidad no implica directamente pluralidad, pues puede organizarse también de manera jerárquica; de hecho, hasta el momento, la relación entre la tendencia hegemónica de la biomedicina y la existencia de otros sistemas médicos usados por las personas, se ha dado principalmente en términos de subordinación (Junge, 2001: 21).

En los Campamentos de Población Refugiada Saharaui encontramos que la Medicina Saharaui, y dentro de ella la fitoterapia, se desarrollan al margen del ámbito institucional biomédico. En otros casos planteados, principalmente localizados en sociedades multiétnicas

en América Latina (Mozo, 2013; Junge, 2001; Mignone, Bartlett, O'Neil y Orchard, 2007), se propone el pluralismo médico para solventar la asimetría y la distancia entre el saber biomédico institucionalizado desde los Estados y los saberes de las comunidades étnicas, tradicionalmente marginadas e invisibilizadas desde las instituciones. El caso que nos ocupa es particularmente interesante porque la introducción de la biomedicina en la sociedad saharauí se da a través del propio gobierno, en concreto del Ministerio de Salud Pública, compuesto por personas de la propia comunidad que han sido socializadas en el marco de la Medicina Saharauí. Es decir, no nos encontramos en una sociedad étnicamente diversa a nivel sanitario, la biomedicina no se impone sobre una minoría étnica desde el gobierno sino que éste la incorpora progresivamente desde el inicio del refugio hasta el día de hoy. Al respecto de esto, hay que considerar varios factores en los que deseo profundizar durante el proceso de investigación. El primero es que ambas lógicas médico-sanitarias se habían encontrado previamente durante la colonización española. El segundo, que desde 1976 Cuba ha recibido a estudiantes saharauís en múltiples materias, entre ellas la medicina, de modo que veremos también una fuerte influencia cubana en el Sistema Nacional de Salud. El tercero, que la Medicina Saharauí continúa practicándose y hace parte de la configuración de la sanidad tanto en los territorios ocupados por Marruecos como en los Campamentos.

Si bien, como hemos visto, no nos encontramos en el caso de una sociedad multiétnica a nivel sanitario, sí que podemos hablar de diversidad cultural al concebir los diferentes sistemas y saberes médico-sanitarios como intrínsecamente culturales. Es pertinente definir el complejo concepto de interculturalidad, que según explica Walsh (2007) es originalmente formulado por el movimiento indígena ecuatoriano como uno de sus principios ideológicos y refiere a:

Una política y un pensamiento tendidos a la construcción de una propuesta alternativa de civilización y sociedad; una política que parta de y en la confrontación del poder, pero que también proponga otra lógica de incorporación. Una lógica radicalmente distinta de la que orientan las políticas de la diversidad estatales, que no busque la inclusión en el Estado-nación como está establecido, sino que, en cambio, conciba una construcción alternativa de organización, sociedad, educación y gobierno, en la que la diferencia no sea aditiva sino constitutiva (Walsh, 2007: 52).

En el ámbito de la salud esto supone, en palabras de Mozo:

(...) una atención a la salud diferente, una atención de cuyo diseño fueron excluidos puesto que, históricamente, el triunfo del modelo biomédico supuso, entre otras cosas, una jerarquización étnica según la cual los “otros” pueblos no tenían nada que aportar porque eran ignorantes y supersticiosos y, por tanto, sus sistemas médicos tampoco. (...) reivindicar un sistema de atención a la salud intercultural nos coloca ante el reto de un cambio paradigmático (Mozo, 2013: 8).

La presente investigación, que como vimos tiene por objetivo último nutrir el programa docente de la Escuela de Enfermería de Dajla -a petición de y en colaboración con la misma-, se plantea desde este enfoque intercultural. De ahí la importancia de comprender la configuración de las relaciones de hegemonía/subalternidad entre saberes en el ámbito de la salud si queremos contribuir a un cambio paradigmático real y acorde a las necesidades y deseos de la Escuela y la población.

5. Hipótesis.

- (1) Pese a la oficialización del sistema biomédico la interacción cotidiana de la comunidad saharauí con ambas lógicas sanitarias (biomédica y medicinal saharauí) ha podido dar lugar a puntos de convivencia y/o colaboración entre ellas en el marco del MSP, de manera formal e/o informal.

6. Objetivos.

1. Reconstrucción histórica de la trayectoria del Ministerio de Salud Pública Saharaui (MSP) desde su constitución.

1.1. Influencia de la colonización española en el discurso, la práctica y la organización del MSP.

1.2. Influencia cubana en el discurso, la práctica y la organización del MSP, a raíz de la ayuda médica y humanitaria prestada desde el inicio del conflicto.

1.3. Influencia de la Medicina Saharaui en la trayectoria del MSP.

1.3.1. Percepción de la Medicina Saharaui desde el MSP durante y tras su constitución.

1.3.2. Rol/es que ha desempeñado antes y durante la constitución del MSP, tanto en el ámbito organizativo-estructural como en el práctico. ¿Existieron pautas concretas para su incorporación? ¿Su incorporación fue formal o informal?

2. Papel del MSP en la configuración de la relación de hegemonía/subalternidad entre las lógicas biomédica y medicinal saharai en la RASD.

2.1. Discurso y valoración de la Medicina Saharaui por parte del MSP en la actualidad.

2.2. Evolución en la percepción y la práctica de la Medicina Saharaui, desde la constitución del MSP.

2.3. Pautas para la incorporación de la Medicina Saharaui en la actualidad.

2.4. Percepción de la población sobre la biomedicina y el concepto de *eficacia*.

7. Metodología

7.1. Planificación aproximada de etapas.

Etapas 1. Bases teórico-metodológicas de la investigación.

- Septiembre-octubre: Búsqueda bibliográfica, planteamiento y redacción del tema de investigación.
- Primera quincena de noviembre: Continuación de la búsqueda bibliográfica y organización de materiales.
- Segunda quincena de noviembre: Planteamiento del problema de investigación, hipótesis y objetivos.
- Primera quincena de diciembre: Redacción del problema, hipótesis y objetivos.
- Segunda quincena de diciembre: Relectura bibliográfica para la elaboración del marco teórico.
- Primera quincena de enero: Redacción del marco teórico. Planteamiento del resto de apartados (introducción, metodología...).
- Segunda quincena de enero: Fin de la redacción y revisión de la misma.

Etapa 2. Inmersión en el campo de la investigación.

- Primera quincena de febrero: Estudiar la posibilidad de viajar a los Campamentos, si se produce la apertura de fronteras argelinas y la situación de Covid-19 lo permite. Plantear una alternativa de comunicación vía online en caso de no ser posible.
- Segunda quincena de febrero: Recogida de nueva bibliografía.
- Primera quincena de marzo: Estudio de la nueva bibliografía.
- Segunda quincena de marzo/primer quincena de abril: Revisión de la primera parte del proyecto.
- Segunda quincena de abril: Planteamiento de análisis discursivo con los nuevos recursos estudiados. Inicio de la selección de informantes, que se ha visto complicada por el contexto bélico.

Etapa 3. Finalización de la etapa 2 y análisis de los resultados de la investigación y redacción.

- Segunda quincena de abril: Continuación de la búsqueda y selección de informantes.
- Mes de mayo: Realización de entrevistas. Continuación del análisis y redacción final de los resultados en forma de relato etnográfico.
- Tras la entrega académica: incorporación de los resultados a la investigación principal del proyecto.

7.2. Trabajo de campo previo.

Me planteaba viajar al terreno un mes en el mes de marzo para llevar a cabo el trabajo de campo, sin embargo esto no ha sido posible debido a la pandemia por Covid-19 y al consecuente cierre de fronteras en Argelia desde marzo de 2020.

Pude viajar al terreno por primera vez en el año 2018, durante dos semanas en el mes de octubre, con una comisión médica gaditana; y por segunda vez en 2019, de nuevo en el mes de octubre, en el marco del proyecto "La cooperación sanitaria andaluza en los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf (Argelia): detección de problemas a nivel local", gestionado por el Departamento de Antropología de la US -por Carmen Mozo-, la AAPSS y el MSP. Estos viajes me han permitido acercarme a la forma en que se configura la salud en

el terreno y, en consecuencia, poder realizar este Trabajo Fin de Grado a sabiendas de la imposibilidad de viajar.

En estos contactos previos en el campo me introduje como estudiante de Antropología y es así como lo he hecho de nuevo en esta ocasión al realizar las entrevistas. He presenciado alguna vez cómo se creaban expectativas en torno a mí antes de presentarme siquiera, por las personas con las que me encontraba en ese momento durante la labor etnográfica: por ejemplo, cuando viajé a los Campamentos con la comisión médica, les acompañaba cada mañana a la consulta y la gente en la sala de espera con frecuencia se dirigía a mí para preguntarme sobre sus problemas médicos, asumiendo que yo hacía parte del personal sanitario. Así mismo, a la hora de reunirme con personas de instituciones gubernamentales me parece importante poner el énfasis en mi condición de estudiante, explicitando siempre que voy en nombre de la Asociación y el Departamento de Antropología Social de la US y que la toma de decisiones pasa por ellos. Si bien esto podría poner en riesgo mi credibilidad o la forma en que se me percibe, especialmente desde las instituciones, lo cierto es que han sido pocas las ocasiones en que esto ha sucedido. En la mayoría de los casos hay una gran predisposición a colaborar y a permanecer en contacto, y creo que esto se debe fundamentalmente a que los proyectos que lleva a cabo la AAPSS responden a las necesidades manifestadas por la población local y sus instituciones, y se efectúan de manera horizontal, por y para el Pueblo Saharaui. Además algunas personas locales saben que no percibo un salario -e incluso han bromeado al respecto diciendo que entonces qué hago allí pasando calor-, de modo que conocen mi interés e implicación y han colaborado conmigo de manera casi incondicional.

Por último, es necesario destacar de nuevo la situación de guerra entre el Frente Polisario y el ejército marroquí, que se está desarrollando en la frontera entre los territorios ocupados y los liberados y dificulta cualquier tipo de contacto desde Sevilla, especialmente por el desplazamiento de gran parte de la población saharauí al frente.

7.3. Técnicas específicas.

Entiendo, tal y como explica Rosana Guber (2001), que en el concepto de etnografía convergen tres acepciones: es un enfoque que nos permite interpretar las perspectivas locales para su descripción, es un método que abarca todas aquellas actividades del trabajo de campo, y es un tipo de texto que plasma la descripción de los resultados obtenidos en dicho trabajo para el lector o lectora. Si bien resulta fundamental entrelazar sus tres significados para dar un sentido total al concepto de etnografía y concebir el tipo de mirada que ésta representa, en el presente apartado me referiré en particular a las actividades que abarca el trabajo de campo.

Inicialmente quería abordar la investigación a partir de la metodología de la etnografía de colaboración propuesta por Clifford. Esto no sólo es éticamente necesario sino que hace parte importante de la contribución al pensamiento antropológico, pues implica tanto co-teorizar con las personas que hacen parte del estudio como co-escribir con éstas (Rappaport, 2007). Consiste en una reformulación del trabajo de campo, de tal manera que tanto el análisis y la redacción de los textos se realizan junto con las personas locales involucradas. Sin embargo, la imposibilidad de viajar a los Campamentos ha supuesto la inviabilidad de esta forma de aproximación al campo y de escritura, motivo también por el cual centré mi objeto de investigación en la reconstrucción histórica y el análisis de las relaciones de hegemonía/subalternidad. Espero poder poner en práctica esta metodología colaborativa en los demás ámbitos del proyecto.

Considero importante referirme también al *extrañamiento* como mirada o como proceso necesario para comprender estas otras lógicas de pensamiento (Velasco y Díaz, 1997). Con respecto al caso que nos ocupa, tengo un especial interés por aproximarme desde este enfoque al problema de investigación y en particular a la conceptualización de la Medicina Saharai desde la perspectiva local. Encontré dos fuentes que finalmente no tomé en consideración para el marco teórico, referentes a la Medicina Saharai, por la falta de información sobre el trabajo de campo o los análisis realizados para llegar a las conclusiones que planteaban. Estas fuentes son las únicas que relacionan la medicina popular con elementos de *magia* o *brujería* y me siento expectante puesto que no es un ámbito que haya considerado previamente ni he visto ninguna otra referencia al respecto, de modo que no sé

hasta qué punto estos escritos reflejan fielmente la realidad actual. Aplicando la conceptualización de Agar (1998), mi deseo es crear una quiebra nuclear sobre la conceptualización misma de la salud, la enfermedad y la atención en los campamentos y sus distintas dimensiones; para comprenderla desde el extrañamiento.

Si bien esto habría resultado más sencillo y cercano a través del trabajo de campo en terreno, planteo a continuación la metodología alternativa que se ha planteado al respecto.

En primer lugar, he conseguido recientemente varios documentos de texto que resultan muy pertinentes para un análisis del discurso que aporte información valiosa de cara, principalmente, a la reconstrucción histórica del surgimiento y desarrollo del Ministerio de Salud. Pueden resultar también relevantes para comprender la evolución de la idea de la *eficacia* con respecto a las distintas lógicas sanitarias. Estos son:

- “La sanidad en la Provincia de Sáhara. Informe sobre la situación de la salud durante el cuatrienio 1965-1968 en la Provincia de Sáhara.”, breve libro del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid, publicado en 1969. Presenta un análisis de la salud tanto cuantitativo como cualitativo, así como los objetivos que se planteaban entonces para la integración de la población saharauí en el sistema de salud español.
- “El sistema de salud en la República Árabe Saharaui Democrática”, libro publicado por la Embajada de la República Saharaui en Cuba, publicado en el año 1988. Narra la historia de la salud saharauí, comprendiendo la Medicina Tradicional, la salud durante la colonización española y la invasión marroquí, y la constitución del Ministerio de Salud, así como sus objetivos y logros en los años posteriores.
- “Medicina y farmacia tradicional en la Trab El-Bidán (Sáhara del Oeste)”, libro de Fernando Pinto Cebrián publicado en 2013.
- “Medicina Tradicional saharauí en los Campamentos de Tinduf (Argelia)”, Trabajo de Suficiencia Investigadora de María Cors Pedrol en el campo de la Antropología Social, publicado en 2002.

La segunda técnica no quiero abordarla como entrevista sino como *conversación*, entendida como diálogo, con las personas seleccionadas específicamente para este cometido. Estas conversaciones se han realizado preferentemente de manera presencial, pero en muchos casos han sido telefónicas o virtuales. Si bien he creído necesario establecer algunas posibles cuestiones para dinamizar la conversación y establecer un primer contacto previo a un diálogo más profundo, he intentado crear un ambiente en confianza que les permita

expresarse libremente sobre los temas que nos ocupan en relación a la Medicina Saharaui y guiar la conversación según sus intereses o inquietudes. En una segunda fase de conversaciones he puesto el foco en aquellas cuestiones que hubieran quedado fuera de las primeras y que fueran relevantes para la investigación, así sea desde mi criterio o del de los y las informantes.

Rol/Posición social	Fecha del ejercicio de dicho rol	Posición respecto a la Medicina Saharaui	Posición respecto a la biomedicina	Posible grado de afinidad con el proyecto
Altos cargos Ministerio de Salud Pública (MSP)	En su fundación/ En la actualidad	Favorable/ No favorable	-	Alto/ Moderado/ Bajo
Personal sanitario MSP	En su fundación/ En la actualidad	Favorable/ No favorable	-	Alto/ Moderado/ Bajo
Sanitarias pre-MSP (Posibles tabibas)	-	Favorable/ No favorable	Favorable/ No favorable	Alto/ Moderado/ Bajo
Tabib/Tabiba	-	Distintos tipos de especialización: Veterinaria, materno-infantil, general...	Favorable/ No favorable	Alto/ Moderado/ Bajo

Tabla 1. Cuadro de selección de informantes planteado al inicio del proyecto.

Aunque por la situación de guerra actual no he podido establecer contacto con todos los y las posibles informantes, sí he podido realizar las siguientes entrevistas:

- a la tabiba Safia Limam y a su hija Habida Salama, estudiante de química, de manera presencial en la provincia de Cádiz;
- a Said Ali Mahfud, auxiliar de otorrinolaringología en el Hospital Nacional de Rabuni, de manera virtual;
- y a la tabiba Minatu Hosen Muhamed Fadel, del Campamento de Ausserd, también virtualmente.

Así mismo, dispongo de las entrevistas realizadas por María Cors en el documento mencionado anteriormente a varios tabibs y tabibas, en el año 1997, que pueden aportar información muy relevante al análisis de la evolución tanto de la Medicina Saharaui como de la concepción de ésta y del MSP.

Por último, cuento con el respaldo de las observaciones realizadas en el terreno de manera previa a este proyecto en octubre de 2018 y octubre de 2019, así como con una entrevista realizada al periodista español Néstor Prieto en relación a su investigación sobre la sanidad del MSP en el exilio, e información facilitada por el antropólogo saharauí Bahía Awah en una llamada telefónica. También he participado en el Diplomado “La descolonización inconclusa en el Sáhara Occidental” entre el 2 de abril y el 20 de mayo de este año, organizado por la Embajada de la RASD en México, la Universidad de Tifariti y el Centro de Estudios del Sáhara Occidental de la Universidad Santiago de Compostela.

8. Reconstrucción histórico-etnográfica de la trayectoria del MSP.

Presento a continuación una aproximación a la historia y trayectoria del Ministerio de Salud Pública Saharaui desde un enfoque etnográfico, que ha de leerse comprendiendo las circunstancias de su escritura. La información que refiere a la etapa anterior a la colonización española es escasa, de modo que a pesar del esfuerzo realizado por concretar la información al respecto, pueden verse omitidos algunos detalles o darse testimonios que contradigan algún aspecto de lo que aquí expongo. A pesar de esto, considero importante recoger el contexto sanitario de dicha etapa, entendiendo que hemos de poner siempre en valor la historia de los pueblos, evitando narrarla en torno a la colonización. Sin más, presento a continuación mi mejor aproximación -hasta el momento- a la trayectoria y contexto de este Ministerio de Salud.

8.1. La sanidad en el Sáhara Occidental antes del MSP.

(...) *la medicina tradicional saharauí logró responder a numerosos males con eficacia y experimentar todos los métodos posibles para combatir a otros, llegando a existir un repertorio médico de más de un millar de fórmulas, métodos y tratamientos para las enfermedades* (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:2).

El Pueblo Saharaui, habitante del Sáhara del Oeste¹, zona principalmente desértica, se caracterizaba por un modo de vida nómada sustentado a través del pastoreo. Tenía además un rol comercial privilegiado como zona de tránsito entre el sur de Europa y el África subsahariana (Embajada de la RASD en Cuba, 1988). Estas circunstancias llevaron al desarrollo de una medicina basada en la experimentación, con influencias africanas y posteriormente árabes, conocida en hassanía como *tab taglidi*, o Medicina Tradicional, en español. Me parece interesante destacar esto puesto que, como señala el historiador español F. Pinto Cebrián (2013), es el nombre que el propio Pueblo Saharaui le ha otorgado a este saber popular medicinal. *Taglidi* es una palabra que refiere al traspaso generacional del conocimiento, según me explicaba Minatu -mi hermana saharauí y, en esta ocasión, también informante-, y que se ha traducido al español como *tradicional*, aunque Bahía Awah, antropólogo saharauí, me indicó que se conoce también como medicina verde saharauí. Por tanto, hemos de entender el adjetivo *tradicional* en relación a la transmisión de los saberes de generación en generación².

La denominación en hassanía para las personas que conocen esta medicina en profundidad es *tabib taglidia* o *tabiba taglidia*, para hombre y mujer respectivamente, aunque ellas conforman la mayoría de la población experta en este ámbito. Esta información me la facilitó Habida Salama, hija de la tabiba taglidia Safia Limam. *Tabib/a* se traduce como doctor/a, y atendían -y atienden- tanto a sus familiares, vecinos y vecinas como a aquellas personas que les visitaban para ser diagnosticadas y tratadas por ellas debido a su prestigio. Expongo a continuación algunas breves pinceladas sobre la *tab taglidi* en la etapa precolonial -en apartados posteriores profundizaré en su contexto y situación actuales-.

¹ El Sáhara del Oeste o *Trab El-Bidán* abarca los actuales territorios del Sáhara Occidental, Mauritania, parte de Argelia y una pequeña parte del sur de Marruecos (Pinto C., 2013).

² Insisto de nuevo en la necesidad de evitar asociar el concepto *tradicional* con la idea de una medicina estática y ahistórica.

La Medicina Tradicional saharai surge para responder a aquellas enfermedades o problemáticas características de su vida en el desierto -cuestiones oftalmológicas, picaduras, mordeduras, fracturas, problemas de carácter veterinario, etc.- (Pinto, 2013) así como cuestiones ginecológicas, obstétricas o alérgicas (Embajada de la RASD en Cuba, 1988). Los saberes y experiencias de las personas de mayor edad eran transmitidos de generación en generación, creándose un corpus de conocimiento muy rico y diverso en relación a las plantas de las distintas zonas del Sáhara del Oeste:

Existen más de quinientas plantas y combinaciones botánicas para uso médico en la tradición saharai, que en su inmensa mayoría crecen en el país; otras proceden del Senegal y de Malí; minerales ferrosos, carbónicos, sulfúricos se empleaban para males oftalmológicos y dermatológicos; grasa de camello, vísceras de algunos reptiles, pescado y carne disecados, anillos de cobre, resina de acacias y otros se emplean para intoxicaciones, alergias y reumas (Embajada de la RASD, 1988:3).

Es frecuente el uso de los mismos recursos para aliviar distintas enfermedades y demás problemáticas sanitarias, combinándolos y preparándolos de distintas formas. Me decía Habida Salama que todos los tipos de plantas del Sáhara Occidental sirven para curar y tienen distintos usos -y así lo recoge también Volpato (2008), como vimos en el marco teórico (p.15)-. Por ejemplo, me habló del *aalk* (también escrito como *elk*), que extraen de una planta y tiene apariencia de cristal [Fotografía 1]: se puede usar para tratar la alergia y la tensión alta poniéndolo en el vaso de té de la persona enferma, o bien se puede mezclar con harina de trigo para posteriormente filtrarlo y mezclarlo con agua, formando una pasta que se aplica sobre heridas superficiales.

Por último, cabe destacar la influencia de la religión musulmana en la *tab taglidi*, que llevó a combinar la Medicina Natural Saharai con la espiritualidad del Islam: “la Medicina Saharai sería desde ese momento una forma de sabiduría que integraba todos los aspectos de la vida (lo corpóreo y lo espiritual)” (Pinto, 2013:17), entre ellos el deber moral de atender a las personas enfermas.



Fotografía 1. Elk que tienen Habida y Safia en su casa, junto al té. Lo traen a España desde los Campamentos. Fotografía propia.

- La sanidad en el Sáhara Occidental durante la ocupación española.

Si bien las primeras relaciones entre españoles y saharauis eran fundamentalmente de carácter comercial, en el año 1884 España declara un protectorado que abarca inicialmente los territorios comprendidos entre Cabo Blanco y la frontera con Marruecos, y cuyas fronteras se concretan en los años posteriores tras la Conferencia de Berlín de 1885 y varios conflictos con Francia (Ministerio de Cultura RASD, 2000). En 1958 se convierte en la provincia española nº 53.

Si bien los intereses de España eran principalmente económicos -el Sáhara Occidental alberga la mina de fosfato a cielo abierto más grande del mundo y destaca también por sus recursos pesqueros, entre otros-, con el paso de los años aumentaron las infraestructuras y servicios disponibles en el territorio, entre ellos los correspondientes al ámbito sanitario. En el ‘Informe sobre la situación de la salud durante el cuatrienio 1965-1968 en la Provincia de Sáhara’ (1969) se hace explícita la búsqueda activa de la aculturación del pueblo saharauí en pos de una asimilación de la medicina española. Alegando que fue fruto de la necesidad y que se basa en creencias y supersticiones, la Medicina Tradicional saharauí es desacreditada y calificada como “penosa” y “primitiva”. Así mismo, critican la higiene general del Pueblo Saharauí y mantienen un discurso muy afín a la figura de *salvador blanco civilizador*

característica de la colonización. Frente a dicha descripción prejuiciosa de la situación sanitaria saharauí, exponen las acciones que están llevando a cabo desde el Gobierno Provincial para remediarla, como por ejemplo la atención sanitaria gratuita para la población nómada. Con respecto a esto, destaca la frase con la que se concluye el Informe, en la cual se señala que son “fieles también a la línea generosa -acreditada y hasta reconocida ya por la Historia Universal- de civilizar y crear pueblos ‘a la española’, con la solera y el estilo español” (Servicio de Sanidad - Provincia del Sáhara, 1969:13).

En pos de la inserción de la población saharauí al modo de vida español, se ponen en marcha una serie de acciones orientadas a provocar su progresiva sedentarización. En primer lugar, el Gobierno Provincial crea Centros Urbanos y Rurales, estos últimos especialmente enfocados hacia la población nómada saharauí. Estos Centros Rurales fueron estratégicamente colocados en zonas de tránsito y puntos clave de abastecimiento de agua y de pastos con el objetivo de que las familias se asienten en ellos, ya sea de manera sedentaria o trashumante (Servicio de Sanidad - Provincia del S., 1969). Además de la construcción de escuelas en estos Centros, se instalan también puestos sanitarios temporales, que posteriormente se constituyen como Dispensarios, y que junto a los Hospitales de El Aaiún y Dajla conforman la mayor parte de la infraestructura sanitaria española en el Sáhara Occidental.

[El nómada] va cambiando gustoso sus hábitos de antiguo nomadismo, inclemente y penoso, por una nueva forma de vida sedentaria; o en todo caso, trashumante, marchando en las épocas de buenos pastos al desierto (enriquecidos actualmente con nuevos alumbramientos de agua en las encrucijadas y puntos clave) y acogidos en las épocas de sequía a los beneficios de los Centros Urbanos y Rurales. (Servicio de Sanidad - Provincia del Sáhara, 1969:12).

Un aspecto llamativo es que posteriormente en el Informe se habla de la problemática del *chabolismo* en referencia a estos asentamientos de población saharauí -generalmente organizada en jaimas- que el propio Gobierno Provincial deseaba y buscaba de manera activa; y como solución se pone en marcha la construcción de viviendas prefabricadas. Resulta ya evidente que el objetivo no es otro que la aculturación y “civilización” -más bien españolización- del Pueblo Saharauí.

Establecimientos de consulta externa para atención médica, preventiva y curativa general:

CLASE DE ESTABLECIMIENTO	Núm. unidades existentes en 31 diciembre 1968	Núm. unidades puestas en servicio dicho año
DOS HOSPITALES en Aaiún y Villa Cisneros, con las siguientes consultas externas permanentes en cada uno: Medicina General, Cirugía General, Tisiología, Puericultura-Pediatría, Maternología - Tocoginecología, Electro - Radiología, Odontología, Análisis Clínicos	18	1 de Tisiología en Villa Cisneros
Las consultas externas de Oftalmología y Otorrinolaringología de ambos Hospitales son realizadas por los mismos Médicos, Oftalmólogo y Otorrinolaringólogo, que se desplazan periódicamente de un Hospital a otro		
Cada consulta externa está a cargo de un Médico, un Practicante y un Sanitario Diplomado como mínimo		
DISPENSARIOS: Seis Urbanos y diez Rurales, a cargo de un Médico civil o militar o un Practicante, secundados por Sanitarios Diplomados, con función asistencial en general y de Sanidad e Higiene, en sus circunscripciones respectivas	16	1 Urbano en Aaiún
PUESTOS DE ASISTENCIA MEDICA: Los cuatro relacionados en el cuadro a cargo de Sanitarios Diplomados	4	
UNIDADES MOVILES DE SALUD: Ocho ambulancias dotadas de un Practicante y un Sanitario Diplomado, ubicadas en los Dispensarios claves. Atienden las solicitudes de asistencia y realizan recorridos de prospección de enfermos por los lugares con población nómada, además de las campañas de vacunaciones y educación sanitaria	8	
TOTAL DE UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA PARA ATENCION MEDICA PREVENTIVA Y CURATIVA	46	
Del total anterior de unidades de consulta que realizan visitas a domicilio se han excluido los Servicios de Electro-Radiología, Análisis Clínicos y Odontología de ambos Hospitales		40 en el año 1968
Número de visitas a domicilio efectuadas por estos Servicios		36.225 en el año 1968

Tabla 2. Infraestructuras sanitarias de atención médica presentes en el Sáhara bajo colonización española en 1968. Recuperado de Servicio de Sanidad - Provincia de Sáhara (1969:19).

Establecimientos de atención especializada en medicina y salud:

CLASE DE ESTABLECIMIENTO	Núm. de unidades existentes en 31 diciembre 1968
TOTAL DE CENTROS MATERNO - INFANTILES:	
a) Número de unidades de servicios prenatales: Dos consultorios en los Hospitales de Aaiún y Villa Cisneros y un consultorio en el Dispensario de Maternidad de Aaiún.	3
b) Número de unidades de salud infantil: Dos consultorios en los Hospitales de Aaiún y Villa Cisneros y un consultorio en el Dispensario de Niños de Aaiún	3
c) Una clínica de embarazadas y una clínica de niños en cada uno de los Hospitales de Aaiún y Villa Cisneros	4
TOTAL DE UNIDADES DE SERVICIOS DENTALES:	
Dos consultorios de Odontología en cada uno de los Hospitales de Aaiún y Villa Cisneros y consultorios de Odontología en los Dispensarios de Güera, Semara y Auserd	5
REHABILITACION MEDICA:	
a) Centros autónomos de rehabilitación médica en Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife, donde son enviados aquellos enfermos que no pueden ser atendidos en los Departamentos de Rehabilitación de los Hospitales de Aaiún y Villa Cisneros	2
b) Departamentos de Rehabilitación en los Hospitales de Aaiún y Villa Cisneros	2
SALUD MENTAL: Dos unidades de consulta externa en los Hospitales de Aaiún y Villa Cisneros y una Clínica Psiquiátrica en Las Palmas de Gran Canaria, donde son enviados los enfermos psiquiátricos tributarios de tratamientos especializados	3
ATENCION DE LA SALUD EN LA INDUSTRIA: Dieciséis empresas industriales que ofrecen a los trabajadores servicios médicos y de salud con puestos de primeros auxilios debidamente atendidos	16
OTRAS UNIDADES PARA ATENCION DE LA SALUD DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO Y PREVENCIÓN, EXCLUIDOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN HOSPITALES: Cinco Consultorios en Dispensarios para tuberculosis; cinco para enfermedades venéreas y dos consultorios de Oftalmología y Tracoma	12
LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA	2

Tabla 3. Infraestructuras sanitarias de atención médica especializada presentes en el Sáhara bajo colonización española en 1968. Recuperado de Servicio de Sanidad - Provincia de Sáhara (1969:20).

Como vemos en las tablas 2 y 3, las infraestructuras no eran numerosas y se organizaban principalmente en torno a los focos urbanos de El Aaiún y Dajla (Villa Cisneros), en tanto que la mayoría de población atendida era española -a pesar de que el Informe sugiere lo contrario-.

Otras acciones a destacar del Gobierno Provincial del Sáhara para la incorporación del Pueblo Saharaui a la medicina española fueron: la creación del rol de *médico nómada* que acompañaba a los grupos para brindarles atención sanitaria durante sus trayectos, las “masivas campañas de vacunaciones” a las que se hace referencia en varias ocasiones en el informe -aunque no se dan cifras en ningún momento, salvo en el caso de la campaña de vacunación de poliomielitis en 1963 con 2465 dosis-, y la formación de *Sanitarios-Intérpretes nativos y divulgadoras de Asistencia Social y Sanitaria*. Sin embargo, en ningún momento se define con claridad a quiénes se refiere el Informe cuando habla de *naturales* y de *nativos* del Sáhara. Además, en los recuentos de las personas atendidas por distintas enfermedades, que se recogen en tablas en las últimas páginas del Informe, no se diferencia entre naturales y nativos ni tampoco entre población española y saharai; de modo que no es posible conocer el alcance de la medicina española sobre ésta última en concreto.

Es importante considerar no sólo quién escribe el Informe -no podemos olvidar que España se encuentra bajo la dictadura franquista-, sino a quién va dirigido. Con la independencia de los países vecinos -Marruecos en 1956, Mauritania en 1960, Argelia en 1962-, era cuestión de tiempo que la ONU presionase al Estado español para responder a los deseos de la población saharai de realizar un referéndum de autodeterminación y poner fin a la ocupación colonial. El discurso que se emplea en el Informe es una reafirmación del control español sobre el Sáhara Occidental, en este caso a nivel médico.

Hay varias fuentes que contradicen múltiples puntos de este discurso del Gobierno Provincial del Sáhara con respecto al contexto sanitario del Pueblo Saharaui y que explicitan aún más si cabe que éste tenía por objetivo crear afinidad en torno a la ocupación, naturalizándola ante su audiencia española -y quizá internacional-.

En primer lugar, la llegada de España al Sáhara Occidental supuso para el Pueblo Saharaui el contacto con enfermedades hasta entonces desconocidas, que en muchos casos no podían afrontar mediante la *tab taglidi* o Medicina Tradicional en tanto que carecían de experiencia

al respecto. Si bien esta medicina goza de profundos conocimientos en torno al uso de los recursos del Sáhara, abarca un conjunto concreto de enfermedades y patologías concretas, de modo que abordar aquellas que no se conocen supone una gran dificultad y no es siempre posible. España aprovechó estas circunstancias en su favor para procurar la progresiva asimilación de la medicina española entre la población:

Al principio de la instalación de sus primeros puestos coloniales sobre las costas saharauies, España trató de utilizar su desarrollo médico como forma de atracción a la población, chantajeando en cierta medida con los conocimientos de algunos elementos de sus tropas a cambio del trato y la sumisión (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:17).

Además, los avances sanitarios que podían beneficiar a la población fueron escasos y tardíos. Según los datos facilitados por la Embajada de la RASD en Cuba, no hubo campañas de vacunaciones masivas -afirman que la RASD en diez años puso más vacunas que España en un siglo de ocupación- y los primeros puestos sanitarios no se constituyeron hasta 1960 “respondiendo más que nada a las necesidades de la población civil de colonos y a las familias de los oficiales” (1988:18). Es interesante cómo en el Informe sobre la Sanidad no se hace distinción entre población colonial y saharauí y de hecho omite a la primera, dedicando la mayoría de páginas a relatar el modo en que se gestiona la salud nómada.

Otro aspecto a destacar es que la Embajada desmiente el papel de los Centros Rurales promovidos por el Gobierno Provincial. Habíamos visto que estos Centros se ubicaban en zonas de paso para favorecer el progresivo asentamiento de población nómada y su acercamiento a la medicina y educación españolas; sin embargo, según declara la Embajada (1988), era frecuente la sedentarización forzada de población saharauí, fomentando el hacinamiento y en consecuencia las enfermedades y epidemias. La población nómada acostumbrada a su propia organización social, política y sanitaria, que veía favorecida la regulación de epidemias al moverse en pequeños grupos por el desierto, se ve ahora recluida en condiciones precarias en estos Centros Rurales que en teoría, y empleando los adjetivos usados por el propio Servicio de Sanidad de la Provincia (1969), debían brindar una atención *cálida y humana*.

Por último, quiero destacar que existen también testimonios de la época sobre el valor y eficacia de la *tab taglidi*, practicada también bajo la ocupación, que refutan el discurso sanitario español en torno a ésta. Profundizaré en ello más adelante.

Aunque no he conseguido demasiada información con respecto a las consecuencias a largo plazo de esta aculturación que pretendía el Estado español sobre el Pueblo Saharaui, veremos a continuación algunos apuntes sobre cómo ha podido influir en la trayectoria que presenta el MSP desde su constitución.

8.2. Contexto y constitución del MSP.

Dos hospitales, una veintena de dispensarios y farmacias de mediana calidad con un total de doscientas camas para una población de dos tercios de millón de almas y una decena de sanitarios medios y de base saharauies, es todo el “legado” de un siglo de colonización española, al pueblo saharai (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:18).

En noviembre de 1975, con la salida de España del territorio y el inicio de la invasión marroquí, el Pueblo Saharaui se encuentra en una posición muy vulnerable, especialmente en lo que respecta a la salud. Marruecos toma de España el relevo del genocidio del Pueblo Saharaui: los bombardeos y ataques constantes sobre la población dejan un gran número de víctimas, a las que se suman los y las combatientes del Frente Polisario heridas en el frente. Los recursos médico-sanitarios para hacer frente a este contexto son muy escasos y se comienza a depender en gran medida de la ayuda humanitaria internacional.

Inmediatamente después, el 26 de noviembre de ese mismo año, se constituye la Media Luna Roja Saharaui como parte de la creación del Estado Saharaui, aún no proclamado, para dar respuesta a la tragedia humanitaria³. La prioridad era entonces atender a las personas heridas, tanto militares como civiles. Si bien ésta surge como un brazo humanitario del futuro Estado, al margen del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, se vio amparada desde su origen por la Media Luna Roja Argelina. Como vimos, Argelia ha sido desde el principio un apoyo fundamental para el Pueblo Saharaui, no sólo facilitando su refugio en el país, también brindando ayuda humanitaria y sanitaria desde entonces.

³ Esta información nos la facilitó el actual Presidente de la Media Luna Roja Saharaui, Buhbeini Yahla, durante el Diplomado internacional “La Descolonización Inconclusa del Sáhara Occidental” organizado por la Embajada de la RASD en México, la Universidad de Tifariti y el Centro de Estudios sobre el Sáhara Occidental de la Universidad de Santiago de Compostela.

La Media Luna Roja Saharaui pudo dar respuesta inmediata a esta crisis sanitaria, a la par que se comenzaba a trabajar en torno a la constitución y organización del Estado Saharaui. No sé si su constitución fue fruto del deseo o de la necesidad, pero me decantaría por esta última. Para un pueblo que había rozado la independencia con los dedos y había vuelto a ser invadido, constituirse como Estado facilitaba la reivindicación de la autodeterminación a grandes niveles institucionales -véase por ejemplo la ONU o la Unión de Estados Africanos- y el amparo en las políticas de reconocimiento de estados de la Convención de Montevideo. Puede verse también como un acto simbólico, en el que el Pueblo Saharaui decide constituirse como Estado para mostrar internacionalmente que sigue siendo dueño de su soberanía a pesar de todo. Recoge el periodista Néstor Prieto (2021) que el objetivo era, en palabras de dirigentes del Polisario, garantizar la vida digna de este Pueblo.

El 27 de febrero de 1976 se proclama la República Árabe Saharaui Democrática e inmediatamente después se constituye el Ministerio de Salud Pública:

(...) el gobierno saharauí estaba frente a la necesidad de dar urgente solución al gravísimo problema planteado, a través de la creación de equipos médicos, dispensarios móviles, suministro de medicamento y métodos de evacuación de enfermos graves, o los heridos víctimas de los bombardeos de napalm de la aviación marroquí contra los campos de refugiados saharauíes (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:X).

La constitución de este Ministerio fue un enorme orgullo para el Pueblo Saharaui, a destacar el papel de las mujeres en este proceso de construcción del Estado mientras gran parte de los hombres se encontraban en el frente. Safia Limam me habló de la gran acogida que tuvo el Ministerio en la población y el deseo de poner en práctica a través de éste la *tab al-hadiz*, traducido como medicina moderna en español. Según me explicaba su hija Habida, el concepto *al-hadiz* se emplea también para hacer referencia a aquello que requiere un proceso de investigación. Ya en este aspecto podemos entrever la influencia española en la concepción de la salud del Pueblo Saharaui. En el libro de la Embajada encontramos lo siguiente:

Si en la época precolonial, el sistema propio y autónomo de combatir las enfermedades constituyó uno de los elementos socioculturales de la identidad y la independencia del pueblo saharauí, el actual sistema de salud corrobora que estamos ante, no ya un pueblo y una nación bien definidos, sino ante un Estado saharauí que quiere edificarse sobre bases modernas y científicas eficaces (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:21).

En este fragmento podemos ver, en primer lugar, cómo la Medicina Tradicional se pone en valor por su importancia en el pasado -época precolonial- y se categoriza no ya como saber sanitario sino como elemento sociocultural identitario. En segundo lugar, ésta se contrapone a la medicina moderna, que se asocia a una etapa posterior -constitución del Estado- y es ‘científica’ y ‘eficaz’. Es decir, en este párrafo se expone la elección sanitaria tomada por el Ministerio en favor de la *tab al-hadiz*. Es interesante porque si bien esto refleja una clara influencia del colonialismo español y sus intentos de asimilación cultural-sanitaria en favor de la medicina española, la mayor parte de las personas que he entrevistado afirman que así se deseaba: la *tab taglidi* tiene limitaciones, de modo que la *tab al-hadiz* es muy útil para aquellas enfermedades que la primera no puede tratar. Profundizaré en esto y en la concepción de la eficacia en el apartado 9.

Néstor Prieto me explicó durante la entrevista que el principal reto, además de proporcionar asistencia sanitaria tanto a las personas refugiadas en Argelia como en el frente, era garantizar la existencia de la propia estructura ministerial -principalmente en los Campamentos-. Ante la carencia de material, infraestructuras y recursos humanos era imposible garantizar la autosuficiencia en materia de salud, dependiendo casi por completo de la ayuda internacional, principalmente de Argelia y Cuba. En consecuencia, las decisiones tomadas se han enfocado y continúan enfocándose en torno a la prevención. La primera brigada cubana llegaba poco después de la constitución del Ministerio y desde entonces siempre ha habido personal sanitario cubano colaborando con la formación y la asistencia en terreno, según la información facilitada por Néstor Prieto. De hecho, vemos que sus ministerios comparten nombre exacto (Ministerio de Salud Pública). Ambas influencias, cubana y española, se manifiestan en diversos aspectos.

Las infraestructuras de atención médica se dividen entonces en hospital nacional, hospitales regionales y dispensarios locales. En concreto, el Hospital Nacional de Rabuni y los hospitales regionales se inauguran en 1977, uno por cada campamento, además de una farmacia central y varios cursos formativos (Embajada de la RASD en Cuba, 1988). Si bien se hereda la denominación española *dispensario* para los centros de salud locales, la división en hospitales nacionales y regionales es principalmente característica del sistema sanitario cubano. En los dispensarios se atiende a la población de la *daira* en que se ubican. Si allí no es posible realizar el diagnóstico o tratamiento debido a la gravedad, se deriva el caso al hospital regional del campamento, y de ahí al Hospital nacional.

Por último, cabe destacar el papel de la Medicina Tradicional en esta época de grandes cambios. Aunque como vimos pudo verse afectada por el discurso colonial español, en ciertos momentos se manifiesta cierto interés y valoración hacia la misma: la Embajada de la RASD en Cuba en su libro expresa el deseo de consolidar una medicina moderna saharauí y añade que “un laboratorio experimental ha empezado a producir los primeros jarabes, ungüentos, soluciones, de una naciente farmacia moderna saharauí” (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:10). Así mismo, la Embajada recoge el testimonio de la Doctora Hermila Ramírez Dávalos, que afirma que el MSP desarrolla “una medicina integral, preventiva-curativa y de rehabilitación; combinada o sincretizada con los conocimientos de su Medicina Tradicional” (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:36).

8.3. Evolución del MSP.

La RASD afronta este punto de partida con una limitación fundamental, no tiene autonomía plena para gestionar los programas sanitarios. La ausencia de presupuestos estables hace que la cooperación y ayuda humanitaria sean vitales. El director del Hospital Nacional de Rabuni, Mulay Ahmed Yumani, resumía la situación afirmando que “el sistema sanitario saharauí es sostenible, pero frágil, porque dependemos de la ayuda humanitaria”
(Prieto, 2021)

El Frente Polisario, a pesar de las adversidades y las duras condiciones del refugio, logra mantener y fortalecer con el paso de los años la estructura ministerial de salud, que responde a los planes de acción acordados en los distintos Congresos del MSP. Como señala Prieto en la cita anterior, la ayuda humanitaria fue fundamental. En el año 1982 se gradúan los ocho primeros médicos saharauís en Cuba, gracias a las becas de educación ofrecidas por este país (Ministerio de Exteriores de Cuba, 2020), que posteriormente se complementaron con plazas formativas en otros países como Argelia o Libia. En este mismo año se celebra el V Congreso del Frente Polisario, que marcó el inicio de una segunda etapa en la trayectoria del MSP con dicha promoción de médicos en Cuba y la adquisición de nuevos equipos para los dispensarios y hospitales (MSP, 2019).

La influencia cubana se consolida y se refleja también en la organización del MSP, que establece como ejes principales “los referentes a los aspectos curativo, preventivo, infraestructura, organización y formación de cuadros” (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:5). En el ámbito organizativo y preventivo se constituyen Comités de Sanidad por dairas para supervisar la situación sanitaria local, que recuerdan a los comités revolucionarios cubanos. Así mismo, en el marco de la prevención, se establecen normativas para la gestión de las aguas, los alimentos y los residuos. Con respecto a la formación de cuadros, me atrevería a decir que ésta se ve también construida a semejanza del sistema cubano, empleando su mismo método y el característico lenguaje marxista-leninista. Se ofrecían cursos anualmente desde los hospitales, en distintas materias sanitarias, así como cursos más breves desde los Comités de Sanidad, y a largo plazo “la política de formación sanitaria proseguida tiende a la creación de escuelas nacionales para preparación básica y media mientras que la medicina superior se sigue adquiriendo en otros países” (Embajada de la RASD en Cuba, 1988:16).

La Brigada Cubana tuvo también un papel muy importante a nivel formativo, puesto que suplía las carencias del MSP cubriendo las vacantes de especialidades en el terreno hasta formarse personal saharauí en dichos ámbitos, por ejemplo en oftalmología, cardiología o dermatología. Así mismo, con la firma del alto al fuego en 1991, las Asociaciones de Amistad con el Pueblo Saharaui que desde el Estado español habían reivindicado durante estos años su derecho a la autodeterminación, comienzan a poner en marcha en los Campamentos diversos programas y proyectos educativos, sanitarios y de toda índole. Ese mismo año en Vitoria se organizan las Primeras Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui, en las cuales se establece como prioridad del momento la coordinación sanitaria entre los agentes involucrados para responder adecuadamente a las necesidades locales. En el Informe de las II Jornadas Sanitarias realizadas en 1996 se señala la necesidad de financiación del MSP, que imposibilita la elaboración de presupuestos y la continuidad de los proyectos emprendidos, y la necesidad de dignificar el papel del personal médico local (MSP, 21-23 de junio de 1996). En todas estas Jornadas, incluidas las de 2004, los puntos clave son: la mejora de la atención sanitaria, la formación de personal, la prevención comunitaria, la financiación y la buena coordinación; fundamentales para la autonomía del Sistema Nacional de Salud saharauí.

En estos años posteriores a la constitución del MSP se levantan infraestructuras sanitarias que complementan a las ya existentes, tanto en los Campamentos como en los territorios que progresivamente liberaron durante la guerra. Sin embargo, no he encontrado apenas fuentes al respecto que señalen las fechas y estructuras concretas construidas en este periodo comprendido entre 1975 y finales de siglo.

Podemos destacar, entre otras cosas, la inauguración de la primera Escuela de Enfermería en la década de los 90, con tres especialidades: pediatría, matrona y auxiliar de estomatología (Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava, s.f.). Así mismo, a principios de siglo se crea la escuela de Auxiliares de Enfermería en Dajla -el campamento más lejano y por ende vulnerable-, fruto de un grupo de trabajo conformado por la AAPSS y personas de la Facultad de Enfermería de la US, que tenía como objetivo la formación de personal sanitario que pudiera derivar a los y las pacientes al Hospital Regional de la wilaya o al Nacional en Rabuni. En el curso 2012-2013 se transforma en Escuela de Enfermería.

Así mismo, en el año 2011 se inaugura el Colegio de Médicos Saharauis con el objetivo de velar por el bienestar tanto del personal médico como de las personas atendidas. Entre sus acciones se encuentra la coordinación con las comisiones médicas para la inclusión y la formación especializada en terreno del personal sanitario saharauí.

8.4. Actualidad del MSP.

Nuestro reto actual es satisfacer la demanda de la sociedad saharauí. Debemos garantizar los recursos materiales y que nuestros/as sanitarios/as graduados/as, médicos/as, enfermeros/as y técnicos/as etc. se incorporen en cantidad suficiente y en condiciones razonables a nuestro Sistema de Salud para poder planificar una atención sanitaria sostenible y de calidad.

(MSP, 2015:9).

Con este párrafo se cierra el preámbulo del Plan Estratégico del MSP 2016-2020, reflejando una vez más la principal preocupación de este Ministerio, que se mantiene con el paso de los años: poder garantizar su existencia de manera autónoma y sostenible. Es difícil mantener la

continuidad de los incentivos al personal sanitario, de los medicamentos, del mantenimiento de equipos, del reciclaje de personal y, en general, de la atención sanitaria, en estas condiciones de refugio a las que ahora se suman las consecuencias de la pandemia por Covid-19 y de la guerra con Marruecos.

Las jornadas sanitarias continúan realizándose anualmente para poner en común las actividades realizadas durante el año por los distintos agentes involucrados, las necesidades detectadas y las líneas de acción determinadas en consecuencia por el MSP; y reciben en la actualidad el nombre de Mesas de Concertación y Coordinación en Salud. Así mismo, se celebra cada año un encuentro de comisiones médicas andaluzas solidarias con el Pueblo Saharaui en el que participan también miembros del MSP para poner en común con las comisiones las problemáticas e inquietudes a afrontar en el ámbito sanitario.

Continúa también presente la ayuda humanitaria internacional por parte de Cuba, Argelia y las Asociaciones de Amistad españolas, entre otros agentes. En Cuba se han graduado a día de hoy más de 2000 jóvenes en el ámbito sanitario, de modo que la discontinuidad de la capacitación del personal es una cuestión que se ha ido paliando con el tiempo (Prieto, 2021). La preocupación actual con respecto a esto es garantizar la continuidad de los incentivos, una de las cuestiones más complicadas. La propia denominación como *incentivo* y no como *salario* o *retribución* se debe a que la cantidad que percibe el personal sanitario es muy baja y en muchos casos se retrasa debido a la inestabilidad de la financiación externa.

Con respecto a la pandemia por Covid-19, la RASD puso en marcha en marzo de 2020 una campaña de prevención que retrasó levemente su entrada. Los primeros casos de Covid-19 tuvieron lugar entre finales de marzo y principios de abril, con una baja incidencia, aunque con picos en verano de 2020 y en los primeros meses de 2021. Sin embargo, las peores consecuencias han sido de carácter económico, debido al cierre de fronteras y por ende a la imposibilidad de recibir ayuda humanitaria internacional (Prieto, 2021). Varias asociaciones y Estados han buscado alternativas con el MSP para paliar los efectos de esta crisis, entre ellos Argelia, que ha enviado en varias ocasiones caravanas con material sanitario y alimentos, además del primer lote de vacunas, un total de 5000 vacunas de AstraZeneca entregadas por su Ministerio de Salud Pública, con el que se inició la primera campaña de vacunación en abril de este año.

Por último, el estallido de la guerra el 13 de noviembre de 2020 desencadenó también consecuencias a nivel sanitario. Con gran parte de los hombres en el frente, el personal médico se ha visto reducido en número para hacer frente ya no sólo a la gestión de la pandemia sino a la atención médica de las víctimas de los ataques marroquíes. El principal reto, según la actual Ministra de Salud Jira Bulahi, es mantener la continuidad de los programas de salud previstos y motivar al personal médico que se encuentra gestionando la pandemia (Prieto, 2021).

9. Tab taglidi y tab al-hadiz: la configuración de la salud en la RASD.

(...) hay que tener en cuenta que para el bidán no hay distinción entre la medicina “tradicional” y la moderna ya que todos los métodos y procedimientos de cura han sido creados por Allah (según el Haditt -dicho- del Profeta: Dios no ha creado las enfermedades sin crear sus remedios conocidos o ignorados).
(Pinto, 2013:13).

Como presenté en el problema de investigación, mi interés se centraba en comprender el papel del MSP en la configuración de la relación de hegemonía/subalternidad entre ambas lógicas medicinales, entendiendo que la priorización de la tab al-hadiz ha podido tener consecuencias en la práctica de la tab taglidi.

El MSP muestra una clara preferencia hacia la tab al-hadiz, aunque hemos encontrado al realizar el recorrido histórico de su trayectoria que puntualmente se han incorporado algunos elementos de la tab taglidi en su labor sanitaria. Además, desde el inicio del refugio en los Campamentos se ha priorizado la prevención y la sensibilización, aspectos que se consideran también relevantes en la lógica de la tab taglidi. Presento a continuación una aproximación al rol de este Ministerio en la configuración del panorama sanitario de la RASD a partir del testimonio de las personas entrevistadas durante el trabajo de campo, que me han aportado información al respecto de la relación entre estas dos lógicas, así como de la valoración que ellas hacen de las mismas, del MSP y sus impresiones sobre la concepción de la *eficacia*.



Fotografía 2. Entrada del Hospital de Bol-la, donde encontramos un rótulo con el lema “Más vale prevenir que curar”. Fotografía propia.

La primera entrevista la realicé en la provincia de Cádiz a Safia Limam, junto a su hija Habida Salama, que además de participar me ayudó como traductora. Safia es una tabiba taglidi, es decir, es experta en la práctica de la Medicina Tradicional. De hecho es muy conocida en los Campamentos y muchas personas acudían a ella para el diagnóstico y tratamiento. Me explicó que hay dos formas de aprendizaje: o bien generacional, o bien autodidacta. Safia en concreto aprendió de su madre, a quien observaba practicarla desde los 12 años, y empezó a ejercerla cuando se independizó, con 19 años, aunque dice que siempre se sigue aprendiendo: la tab taglidi es valorada porque no tiene efectos adversos, pero mala práctica puede provocarlos y por ello es importante interiorizar la teoría durante muchos años. La hermana de Habida ha empezado a aprender hace poco, principalmente de manera autodidacta siguiendo a expertos árabes por internet, aunque consulta con frecuencia a Safia para asegurarse. Tanto Habida como su hermana eran un poco escépticas al principio. Han vivido en España gran parte de su vida y no empezaron a acercarse a esta medicina hasta que su madre llegó al país. Ahora las dos están aprendiendo, gracias a que su madre trae consigo a España las plantas y los recursos que emplea en la tab taglidi, ya que muchos de ellos no están disponibles aquí.

Me contaba Habida una anécdota muy interesante en relación a esto: había participado en la Marcha Saharaui⁴ los días previos a la realización de la entrevista y el día anterior a nuestra

⁴ Marcha organizada por múltiples asociaciones y colectivos solidarios con la causa saharauí. Se está desarrollando actualmente, durante los meses de mayo y junio, con un recorrido que parte desde distintos puntos del país hasta llegar a Madrid. Sus objetivos son visibilizar la lucha del Pueblo Saharaui, denunciar la ocupación

cita tenía mucho dolor y ampollas en los pies, por lo que la madre le recomendó que se aplicase henna, que se usa en la tab taglidi para tratar las quemaduras. Ella se mostró escéptica y preocupada por la posibilidad de que le produjera una infección, sin embargo se la aplicó y a la mañana siguiente ya no tenía dolor. Este tipo de experiencias son el motivo por el que ambas hermanas empezaron a aprender, y ahora mantiene una libreta donde recoge los remedios que prepara su madre.

Cuando le pregunté si había cambiado el MSP con el paso de los años, Safia me respondió que sí: “Un montón. Antes los doctores no tenían tanta formación pero sí mucha experiencia. Ahora muchos se han formado en Argelia, Cuba... En comparación con antes hay más medios”. Sin embargo, cree que antaño los médicos tenían más iniciativa para aprender y experimentar.

Me contó una anécdota al respecto sobre su marido, que había estudiado Enfermería en el Sáhara ocupado por España y ejercía como médico: En el año 1994 hubo unas lluvias torrenciales que hicieron surgir una enfermedad muy parecida al cólera y que hizo enfermar a Habida, con dos años de edad. Me explicaba que había probado de todo aplicando la tab taglidi, sin éxito. Entonces, el padre mezcló una serie de medicinas, reunió a la familia y les dijo “o lo pruebo y funciona, o lo pruebo y muere”. Pero no probarlo también era una muerte casi segura, de modo que decidieron que sí y Habida sanó. En consecuencia, pudieron aplicar el tratamiento a otras personas enfermas.

Además, esta anécdota refleja la *norma* que explicaron que tenían en casa, principalmente establecida por el padre, de intentar siempre buscar la solución desde la tab taglidi antes de acudir a la la tab al-hadiz -aunque él personalmente recurría a la tab al-hadiz-. Me contaba Habida que les decía a ella y a su hermana: “Primero que os trate vuestra madre, luego venís a mí”.

Le pregunté entonces si los tabibs y tabibas taglidia habían trabajado junto al MSP en alguna ocasión. Safia me respondió que si bien ha habido mucho respeto, por lo general no se ha trabajado en conjunto; aunque destaca que en el ámbito de la asistencia al parto sí han colaborado las matronas con el personal sanitario. Cree que es importante que aprendan el oficio porque las mujeres formadas desde el MSP lo hacen de forma “no natural” y “han visto

marroquí y exigir a la ONU, la Unión Europea y el gobierno español que cumplan con su deber de garantizar la descolonización del Sáhara Occidental. Más información: <https://marchasaharaui.org/>

que es necesario mezclar lo natural con la formación”. Me habla entonces Habida de dos tías suyas, que han estudiado Enfermería y aplican también la tab taglidi en casa. “La mayoría conoce la Medicina Tradicional, si no, se acude a alguna vecina” añade.

Me explican que la constitución del MSP fue muy bien recibida, y que ellas lo han entendido siempre como ámbito aparte dedicado a la medicina moderna, mientras que la Medicina Natural se aplica en las casas: “cuando vas al médico es porque la Medicina Tradicional no ha funcionado”. Añaden que las carreras más valoradas en los Campamentos son las de Medicina y Enfermería. Les pregunté si la constitución del Ministerio había influido en la práctica de la tab taglidi y su respuesta fue negativa. Me explican que la gente por lo general piensa primero en la Medicina Natural, y si no funciona entonces acude al médico; que existe un respeto mutuo y que consideran la importancia de la medicina moderna, pero también los beneficios de la tradicional puesto que no tiene efectos adversos. “También hay gente que no tiene paciencia y va directamente al médico”. Habida me explica que depende mucho de cada persona: “Muchas veces prefieres usar algo natural para empezar, aunque influye también el vivir aquí [en España]. En los Campamentos los jóvenes acuden a su madre o a su abuela para curarse, aquí son más paranoicos y piensan que pueden empeorar [con la tab taglidi].” Añade también que cada tabiba taglidia es consciente de sus límites y sabe cuándo es necesario recurrir a la tab al-hadiz.

Por último, les pregunté sobre sus impresiones en torno al concepto de *eficacia*, en concreto, qué necesita una medicina para ser eficaz. Me responde Safia que no puede decidirse: ella valora la Medicina Tradicional porque no tiene efectos adversos como la moderna, pero sabe que también puede hacer daño si no se aplica bien. Concluye que ambas tienen ventajas y desventajas, pero que ella personalmente considera más importante la medicina moderna en tanto que puede curar lo que no puede tratarse con la tradicional.



Fotografía 3. Visitando a Safia Limam.

También entrevisté de manera virtual a la tabiba taglidi Minatu Hosen Muhamed Fadel, que vive en el Campamento de Ausserd. Esta entrevista es breve porque no disponemos de nadie que nos pueda traducir y a veces nos resulta difícil entendernos en profundidad.

Ella empezó a aprender esta medicina de su madre, a los 17 años, y sabe tratar cuestiones oculares y bucales, sobre todo en infantes, y también ginecológicas y veterinarias, entre otras. Me explica que ella pudo aprender porque en lugar de ir a Argelia a estudiar estuvo viviendo con su padre en los territorios liberados, donde siguió aprendiendo sobre la asistencia en los partos y el cuidado de las cabras. Afirma que la mayoría de personas usan la tab taglidi, también el personal médico, “porque la otra medicina [tab al-hadiz] te mata una enfermedad pero te da luego otra”; aunque ella acude a consulta ocasionalmente cuando el tratamiento de la tab taglidi no es suficiente. Cuando le pregunto si se han dado cambios en la tab taglidi con el tiempo, me dice que sí: “Ahora se usa más que antes porque todas las plantas están en las tiendas y antes las mujeres sabían pero no tenían el *taglidi*. Pero ahora viene de Mauritania y de Argelia, y el que está en el campo [territorios liberados] donde vive mi familia que es natural 100%”. Me explica que ahora la gente joven aprende poco al respecto, que ella pudo hacerlo porque no se fue fuera a estudiar y tuvo tiempo para aprender.

Por último entrevisté virtualmente a Said Ali Mahfud, formado en los Campamentos en Enfermería, que trabaja en la consulta de otorrinolaringología del Hospital de Rabuni. Comienzo preguntando sobre el uso de la tab taglidi en los Campamentos y me responde que sí se usa y que hay muchos medicamentos tradicionales que son efectivos. Me explica que a veces el personal sanitario recomienda a los y las pacientes el uso de la tab taglidi, él entre ellos, aunque no lo escribe en la indicación médica: “lo aconsejo depende del estado del paciente, por ejemplo si un caso tiene sinusitis le aconsejo que use hierbabuena con agua, cuando no es un caso grave”.

Me explica que las personas de la tercera edad son quienes conocen bien la tab taglidi y la usan en la casa, aunque cree que en estos últimos años se está empleando menos “porque la mayoría de la gente está estudiando fuera y viajan mucho, mi parecer es que es por esta causa”. Cree que los y las jóvenes aprenden un poco, pero que las expertas son las personas mayores. Le pregunté entonces si piensa que la juventud prefiere la tab al-hadiz, o si usan las dos medicinas: “Sí es verdad que los jóvenes prefieren tab al-hadiz que tab taglidi, pero hay algunos que usan los dos. Especialmente, yo uso las dos, y prefiero tab taglidi que al-hadiz, porque lo natural no es como lo químico”. Para terminar me habló de un compañero suyo que es farmacéutico y también experto en tab taglidi, pero no he logrado establecer contacto con él por el momento.

Nota: En estas dos entrevistas virtuales decidí no preguntar sobre el concepto de *eficacia* porque no disponía de ayuda para la traducción y me parecía un tema complejo de plantear.

No pretendo sacar conclusiones generales a partir de estas entrevistas, pues requeriría una investigación mucho más profunda que abarcase un mayor número de testimonios e incluyese otras técnicas de la etnografía, sino plantear una primera aproximación a la relación entre ambas lógicas sanitarias. La percepción de la población al respecto es diversa, como reflejan los testimonios presentados, pero creo que es posible esbozar algunas ideas sobre esta cuestión.

En primer lugar, entiendo que se ha dado una división relativa entre ambas lógicas sanitarias, en tanto que el MSP ha asumido de manera prioritaria una de ellas. Safia y Habida manifestaban que así lo deseaba el Pueblo Saharaui, puesto que la tab taglidi ya la conocían de manera generalizada y la tab al-hadiz puede atender aquellas cuestiones que la tab taglidi no puede tratar. Sin embargo, vemos que han tenido algunos puntos de encuentro en el marco

del MSP, como es el caso de la colaboración entre las parteras y el personal sanitario, o el empleo de recursos naturales en la preparación de medicamentos. De manera informal también se recomienda en consulta, en tanto que parte del personal médico se ha formado dentro de los Campamentos y ha tenido un contacto constante con ambas lógicas: Said por ejemplo me decía que él no sabía usar la tab taglidi, sin embargo poco antes me había explicado un remedio para la sinusitis que recomendaba a veces en consulta, de modo que pudimos concluir conjuntamente que sí que manejan algunos conocimientos, aunque no hasta el punto de denominarse a sí mismos expertos.

En segundo lugar, no parece que la actividad del MSP haya afectado a la práctica de la tab taglidi. Lo que sí parece haber afectado es el movimiento de estudiantes a otros países, que incide en el proceso de socialización: el fenómeno al que hacía referencia Said lo podemos ver ejemplificado en el caso de Habida, que vino a España a estudiar y no retomó el contacto con la tab taglidi hasta que su madre se instaló en el país y la vio ponerla en práctica. Minatu está de acuerdo con que el hecho de estudiar fuera afecta a la práctica de la tab taglidi, si bien señaló también que en estos últimos años quienes saben practicarla han podido usarla más porque ahora pueden conseguir las plantas en las tiendas.

En tercer lugar vemos que, a pesar de esto, la tab taglidi seguiría siendo valorada junto a la tab al-hadiz, en tanto que por norma general se conciben de manera complementaria y ordenada en función de la concepción sobre las ventajas e inconvenientes de cada una: primero se recurre a la natural o tradicional y, cuando ésta no funciona, entonces se recurre a la moderna. Esto se debe también a otro factor, y es la conciencia con respecto a los recursos de los que disponen. Me explicaba Habida que son conscientes de la inestabilidad sanitaria en los Campamentos y que, en consecuencia, usar la tab taglidi también es beneficioso para que los recursos de la medicina moderna se destinen a los casos que no se pueden tratar por otra vía.

María Cors en su Trabajo de Suficiencia Investigadora titulado “Medicina Tradicional Saharaui en los Campamentos de Refugiados de Tinduf (Argelia)”, recoge la percepción de los tabibs y tabibas sobre la medicina moderna a partir de las entrevistas que realizó en 1997. Comparando los testimonios aquí presentados con los recogidos por M. Cors encontramos

similitudes y divergencias que nos permiten aproximarnos a la forma en que dicha percepción ha evolucionado en el tiempo.

En primer lugar, se da una diferencia importante en el uso personal de ambas medicinas por parte de las tabibas taglidi. La mitad de las entrevistadas -4 de 8- por M. Cors (2002) no habían probado la medicina occidental, mientras que Safia Limam y Minatu Fadel han normalizado su uso cuando no pueden tratarse con la Medicina Tradicional.

En segundo lugar, cabe destacar que la tendencia por edad hacia una medicina u otra parecía darse de manera similar a la señalada por Said y Minatu: “los jóvenes utilizan menos la Medicina Tradicional que la medicina occidental puesto que la segunda (...) es la que ellos y ellas más conocen. Es justo lo contrario que ocurre a la gente mayor, quienes conocemos mejor la Medicina Tradicional” (Cors, 2002:142). Señalaba también una de las informantes de Cors (2002) que había algunos remedios que no podían poner en práctica porque no disponían de las plantas necesarias para ello, y en consecuencia han recurrido a la medicina moderna. Esto ya no supondría un problema en tanto que, como nos indicaba Minatu, con la llegada de las plantas a las tiendas ha crecido el uso de la tab taglidi entre las expertas.

La concepción sobre las ventajas y desventajas de cada una de las lógicas medicinales es también similar. Entre las informantes de Cors (2002) que sí han usado la medicina moderna, destacan de ésta la rapidez y el alcance, pero les preocupan los efectos secundarios -algunas de las entrevistadas manifiestan haber tenido malas experiencias con ella-. Por el contrario, a la tab taglidi le atribuyen beneficios como la seguridad, aunque señalan que el proceso es trabajoso y más lento.

Por último, quiero destacar el testimonio de una de las informantes de Cors que señala que en ocasiones el personal médico coopera con las expertas en tab taglidi porque “han visto que la Medicina Tradicional ayuda, cura e, incluso, tiene terapias mejores que las suyas” (Cors, 2002:141-142). Otra informante de Cors explica al respecto de esto que, si bien ella valora la medicina moderna, no está conforme con la forma en que se gestionan los partos:

Estoy en desacuerdo con que los partos se realicen en los hospitales y con los partos hechos con cesárea. Es mejor parir en las propias jaimas, cada madre en su tienda, con su familia. En un parto atendido con Medicina Tradicional no hay prisa. Por lo tanto, justo hasta el momento en que el feto tenga la postura adecuada y la mujer las dilataciones

necesarias, se espera tranquilamente con los suyos, en la jaima, sin ninguna prisa. (Cors, 2002:142).

Es interesante este testimonio puesto que conocemos a través de Safia que en los últimos años sí se ha dado la colaboración entre matronas y personal sanitario para atender los partos, y de hecho hacía énfasis en la importancia de la naturalidad y la experiencia más allá de la formación médica especializada. De cara a una investigación futura, la comprensión y contraposición de las lógicas medicinales en relación al parto podría aportar información valiosa para facilitar una mejor coordinación entre ambas y una mejor atención y asistencia a las mujeres, de carácter integral e intercultural, si así se desease.

A partir de la puesta en común de los testimonios podemos plantear que el paso de los años ha supuesto un acercamiento entre ambas medicinas, quizá no de manera formal pero sí en el modo en que se gestiona el uso de una u otra a nivel personal o familiar. Se conoce el lado positivo y negativo de ambas medicinas y se intercalan o complementan según la propia experiencia con ellas.

El objetivo que no he satisfecho durante el proceso de investigación ha sido el que refiere al discurso y valoración de la *tab taglidi* por parte del MSP en la actualidad, debido a la participación de parte de su personal en el frente de guerra y la imposibilidad de llevar a cabo entrevistas. Sin embargo, he podido consultar algunos de los informes de las Jornadas Sanitarias que se realizan anualmente entre el MSP y los agentes de salud internacionales, y he podido hacer un leve seguimiento con respecto al interés por la *tab taglidi*. En las II Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui realizadas en 1996 el MSP señala una serie de efectos negativos de la cooperación sanitaria internacional sobre la población a tener en cuenta, entre ellos el “desprestigio de los sistemas y mecanismos tradicionales de salud valiosos que pasan a juzgarse como propios de ‘gentes ignorantes e incultas’, afectando este hecho fundamentalmente al papel realizado por las mujeres, que son el soporte de la salud comunitaria” (MSP, 21-23 de junio de 1996:27). A continuación de esto se hacen una serie de propuestas, a destacar al respecto la nº6 y la nº7:

6- Convendría considerar e integrar en el diseño y filosofía de los programas la Medicina Tradicional, buscando eliminar las prácticas perniciosas, tolerando las inocuas y potenciando las beneficiosas. 7- El papel preponderante de las mujeres en el cuidado, su larga experiencia y los conocimientos acumulados por las mujeres como sanadoras o

comadronas han de ser considerados, valorados e integrados en los programas. (MSP, 21-23 de junio de 1996:28).

Vemos entonces que existía un interés real y explícito hacia la Medicina Natural o Tradicional y sus beneficios por parte del MSP a finales del siglo pasado, que les llevó a llamar la atención sobre la misma ante los agentes de salud internacionales. Además destacan el papel de la mujer en la salud comunitaria y manifiestan su deseo de incorporarla en los programas de salud del Ministerio.

La última mención al respecto la encontramos en las III Jornadas de Cooperación Sanitaria, realizadas en 2004. Entre sus objetivos, se recoge el siguiente:

Medicina Tradicional: Existe una medicina tradicional que cuenta con clientela y sistemas de tratamiento aceptados por la población. Objetivos a determinar: • Establecer puentes de comunicación con la medicina tradicional que no sea ritual ni agresiva (parteras y farmacopea de efecto probado), • Integración de las parteras tradicionales en los Equipos de Atención Primaria en las wilayas, • Etiquetado y dispensa de algunos medicamentos tradicionales. (MSP, 5 de marzo de 2004:13).

El objetivo planteado en las II Jornadas de incluir la Medicina Tradicional en los programas de salud toma forma aquí con la integración de las parteras en el sistema de salud nacional. Además se plantea la búsqueda de otros puntos de encuentro y, como hemos visto anteriormente, la introducción de medicamentos tradicionales.

A partir de esto, sería interesante conocer de primera mano el testimonio de los actuales responsables del MSP y las acciones concretas que se llevan a cabo en la actualidad: ¿Se mantienen a día de hoy las prácticas recogidas en este apartado? ¿Existe un interés por fomentar otros puntos de encuentro entre ambas lógicas de cara al futuro? ¿Se logró satisfactoriamente la inclusión de la Medicina Tradicional en los programas de salud? ¿Y en las acciones de los agentes de salud internacionales?...

10. Conclusiones.

Para finalizar, me gustaría reflexionar sobre cómo se configura la relación de hegemonía/subalternidad entre la medicina moderna y la tradicional o natural, y el papel del MSP en dicho proceso.

Podemos afirmar que sí existe una relación de hegemonía/subalternidad entre ambas, puesto que el MSP ha priorizado la *tab al-hadiz* y el interés en torno a la *tab taglidi* parece haber sido intermitente: en principio no hay constancia de que en los últimos años se hayan llevado a cabo acciones para su incorporación al sistema de salud. Vemos también que la medicina moderna se ejerce en el ámbito público -en las infraestructuras del MSP-, mientras que la natural se practica en las casas, es decir, en el ámbito privado. Lo mismo ocurre con el aprendizaje de estos saberes: la medicina moderna se aprende de manera formal, pública y visible, con reconocimiento; la tradicional se transmite de generación a generación en el ámbito doméstico-privado, principalmente a través de las mujeres. Esta distribución espacial puede influir en la percepción de ambas lógicas medicinales, y por ello creo que es especialmente importante valorar las acciones que se han llevado a cabo desde el MSP para reconocer e integrar la labor de las expertas en Medicina Natural.

Sin embargo, creo que la relación de hegemonía/subalternidad entre ambas lógicas sanitarias es muy peculiar, así como el papel que ha desempeñado el Ministerio, por varias razones. La primera, que la división entre ambas parece ser aceptada, naturalizada e incluso valorada por la población, que así mismo aprecia y apoya los puntos de encuentro y colaboración entre las dos, fomentados por el MSP. La segunda, que se esperaba y deseaba que el MSP priorizase la *tab al-hadiz* para poder garantizar el diagnóstico y tratamiento de las cuestiones que la *tab taglidi* no puede curar; especialmente las graves urgencias sanitarias derivadas tanto del conflicto contra la invasión marroquí como de los desplazamientos de población y la situación de refugio.

La tercera, que la gestión de los salarios es muy particular. Como vimos, lo que percibe el personal sanitario del MSP se denomina *incentivo* porque la inestabilidad del sistema impide garantizar una retribución adecuada, de modo que tanto el personal médico como las personas que se dedican a la *tab taglidi* ejercen su labor por altruismo: el personal del MSP en

ocasiones no percibe siquiera el incentivo que le corresponde, debido a la inestabilidad económica del Ministerio por la situación de refugio y la dependencia de ayuda externa; y los tabibs y tabibas taglidi, salvo excepciones, no cobran por sus servicios -aunque me explicó Habida Salama que pueden recibir algún regalo simbólico por iniciativa de la persona atendida-. Me dijo Safía Limam al respecto de esto que “no se vende la información de la naturaleza” porque se hace por altruismo y se ayudan entre todos y todas.

El único caso que contradice esto, según me explicaba ella, es el de los médicos que, además de trabajar para el MSP, abren una consulta privada junto a su casa y cobran por sus servicios para complementar la cantidad que perciben como incentivo; aunque cabe destacar que ahora durante la situación de emergencia por la pandemia han cerrado estas consultas para dedicarse por completo a su labor en la sanidad pública.

En conclusión, podemos afirmar que el panorama sanitario es diverso y depende de la experiencia propia. Encontramos que la constitución del MSP fue un orgullo para el Pueblo Saharaui, un logro, de la mano de la proclamación del Estado, porque ampliaba las posibilidades sanitarias de la RASD a partir de la medicina moderna, y así se concibe en los Campamentos. Por otro lado, tal como me explicaba el antropólogo saharauí Bahía Awah en una llamada telefónica, la Medicina Natural es un símbolo de resistencia en los territorios ocupados: la población saharauí no puede acudir a los hospitales por el riesgo de sufrir agresiones por parte del régimen marroquí y, en consecuencia, la práctica de la tab taglidi supone una forma de resistencia desde la propia identidad cultural. Vemos también que las personas pueden tener distintas percepciones al respecto dependiendo de si han sido socializadas en los Campamentos, en los territorios liberados o en la diáspora o de si su entorno prioriza una medicina u otra. Con respecto al papel del MSP, parece no haber afectado negativamente al desarrollo de la tab taglidi, aunque tampoco la ha fomentado en exceso: si bien en el pasado se realizaron algunas acciones para combinar ambas lógicas sanitarias, no he encontrado registros que refieran a estos últimos años. Creo firmemente que la concepción de complementariedad entre ambos saberes es muy valiosa y que sería interesante retomar estas iniciativas; especialmente si tenemos en cuenta, como señalaba Habida Salama, que el uso de la tab taglidi posibilita que los recursos médicos del MSP se destinen a aquellos casos que no pueden ser tratados de ningún otro modo.

BIBLIOGRAFÍA

ACNUR (2018). Sahrawi Refugees in Tindouf, Algeria: Total In-Camp Population.

Agar, M. (1998). Hacia un lenguaje etnográfico. En C. Reynoso (Ed.), *El surgimiento de la antropología posmoderna* (pp.117-137). Barcelona: Gedisa.

Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava. (s.f.). Escuela de Enfermería (Formación). Recuperado de: <http://www.saharaelkartea.org/es/escuela-de-enfermeria/>

Carmona, J. (2019). Muros y minas antipersona: las estrategias de Marruecos para frenar a los Saharauis. *Público*. Recuperado de: <https://www.publico.es/internacional/marruecos-muros-minas-antipersona-marruecos-sahara-polisario.html>

Cors, M. (2002). *Medicina Tradicional Saharaui en los Campamentos de Refugiados de Tinduf (Argelia)* [Trabajo de Suficiencia Investigadora, Universidad Autónoma de Barcelona].

Embajada de la RASD en Cuba (1988). *El sistema de salud en la República Saharaui*.

Fernández, G. (2004). Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Guber, R. (2001). La etnografía: método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo Editorial Norma. Recuperado de: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/etnografi-a-Me-todo-campo-reflexivida.d.pdf>

Junge, P. (2001). Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica. *IV Congreso Chileno de Antropología*. Colegio de Antropólogos de Chile A.G, Santiago de Chile. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/4.pdf>

[Mapa de la RASD]. (Sin fecha). n/a. Recuperado de: <https://cutt.ly/yhNICAT>.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, vol 4(7), pp.71-83. Recuperado de: <https://cutt.ly/Bh6VmWO>

Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, J., y Orchard, T. (2007). Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* vol 3, 31. Recuperado de: <https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4269-3-31>

Ministerio de Cultura RASD (2000). Libro Blanco del Sáhara Occidental: Más Allá de la Esperanza... La República Saharaui. Una cultura, un pueblo, un país. *Gráficas Al meida*.

Ministerio de Cultura RASD (2007). *Sáhara Occidental: Plantas y usos*. Universidad Complutense de Madrid. Vicerrectorado de Relaciones Institucionales y Cooperación al Desarrollo. Recuperado de: http://www.jolube.es/pub/Plantas_Sahara_Occ_2007.pdf

Ministerio de Exteriores de Cuba (2020). Médicos de Cuba en la RASD, componente esencial de la solidaridad. Recuperado de: <http://www.minrex.gob.cu/es/medicos-de-cuba-en-la-rasd-componente-esencial-de-la-solidaridad>

Mozo, C. (2009). Patrimonio cultural saharauí: preservar la memoria y protección internacional. *Universidad y Sáhara Occidental: Reflexiones para la Solución de un conflicto*. Cuadernos solidarios n°6. pp.239-243.
Recuperado de: <https://www.uam.es/ss/Satellite/es/1242652012954/listadoCombo/Publicaciones.htm>

Mozo, C. (2013). Aportaciones y potencialidades de la Antropología de la Salud. *Revista Andaluza de Antropología*, n°5. Recuperado de: http://institucional.us.es/revistas/RAA/5/carmen_mozo.pdf

MSP (21-23 de junio de 1996). *II Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui* [Informe de las Jornadas]. Vitoria-Gasteiz. Recuperado de: https://msprasd.org/archivos_subidos/76Conclusiones%20II%20Jornadas.pdf

MSP (5 de marzo de 2004). *III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui* [Informe de las Jornadas]. Rabouni. Recuperado de: https://msprasd.org/archivos_subidos/73Conclusiones%20III%20Jornadas.pdf

MSP (2015). Plan Estratégico de Salud 2016-2020. Recuperado de: https://msprasd.org/archivos_subidos/Plan_Estrategico_de_Salud_Saharai_2016-20.pdf

MSP (2019). Realidad sanitaria en los Campamentos de Refugiados Saharauis [Presentación en diapositivas].

Pasarín, L. (2011). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. Mendoza (Argentina): Editorial de la Universidad del Aconcagua. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/lorena.pasarin/21.pdf>

Pinto, F. (2013). Medicina y farmacia tradicional en la Trab-El-Bidán (Sáhara del Oeste). *Bubok Publishing S.L.*

Prieto, N. (2021). Sanidad en el exilio: el reto del Pueblo Saharaui. *Descifrando Guerra*. Recuperado de:

<https://www.descifrandolaguerra.es/sanidad-en-el-exilio-el-reto-del-pueblo-saharai/>

Rappaport, J. (2007). Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración. *Revista Colombiana de Antropología*, vol.43, pp. 197-229. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1050/105015277007.pdf>

Servicio de Sanidad - Provincia del Sáhara (1969). La sanidad en la Provincia de Sahara: Informe sobre la situación de la salud durante el cuatrienio 1965-1968 en la Provincia de Sahara. *Madrid: Instituto de Estudios Africanos - CSIC.*

Uribe, J.M. (1996). Educar y curar. El diálogo cultural en atención primaria. *España: Ministerio de Cultura.*

Velasco, H.M. y Díaz, Á. (1997). La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela. *Madrid: Editorial Trotta.*

Volpato, G. (2008). Plantas Medicinales Saharai. Monza, Italia: ONLUS Africa '70. Recuperado de: https://www.usc.gal/export9/sites/webinstitucional/gl/institutos/ceso/descargas/Biblio_Volpato_Plantas_Medicinales_Saharais.pdf

Waldram, J.B. (2000). The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues. *Medical Anthropology Quarterly* Vol. 14, nº. 4, pp. 603-625. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/649723?origin=JSTOR-pdf&seq=1>

Walsh, C. (2007). Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial. *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar. Recuperado de: <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libreria/147.pdf>