

Diagnóstico de Salud Comunitario en la población rural de Hassilabied (Marruecos)

COMMUNITY HEALTH DIAGNOSIS IN RURAL POPULATION OF HASSILABIED (MOROCCO)

SANDÍN VÁZQUEZ, M.,⁽¹⁾ MOYA-PALOMARES, M.E.,⁽²⁾ TENA GRACIA, E. M.⁽³⁾

⁽¹⁾ Dpto. Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Universidad de Alcalá. ⁽²⁾ Dpto. Geología. Universidad de Alcalá. ⁽³⁾ Dpto. Geología. Universidad de Alcalá.

Correspondencia: María Sandín Vázquez. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales. Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá. Ctra. Madrid-Barcelona KM. 33,600. CP 28871 Alcalá de Henares (Madrid). Correo-e: maria.sandin@uah.es

RESUMEN

Los factores que determinan la salud de las poblaciones no son los mismos en zonas ricas que en zonas empobrecidas. En éstas últimas, el medio ambiente, tiene un peso protagónico en la carga de enfermedad. Una gran barrera para poder mejorar los resultados de salud es que la información sobre las necesidades de salud en poblaciones rurales es escasa en la mayoría de los países pobres, ya que no hay mecanismos de recogida y análisis de datos. Es esencial clarificar en las poblaciones más deprimidas económicamente, donde además no hay cobertura de asistencia sanitaria, cuáles son los problemas de salud más prevalentes, así como los factores relacionados con los mismos, para poder proponer soluciones y capacitar a la población en su manejo. La metodología del Diagnóstico Local Participativo, es esencial para un buen diagnóstico en salud, ya que es la propia población la que identifica los problemas, los actores involucrados en ellos y las posibles soluciones. Este tipo de metodología ha sido utilizada en el estudio que a continuación se presenta, ubicado en la población rural de Hassilabied, al Sureste de Marruecos.

Palabras clave: Salud ambiental, diagnóstico comunitario, promoción de la salud.

INTRODUCCIÓN

Es un hecho que los factores que determinan la salud de las poblaciones no son los mismos en zonas ricas que en zonas empobrecidas. En éstas últimas, el medio ambiente, entendido éste como natural, socioeconómico y cultural,⁽¹⁾ tiene un peso preponderante en la carga de enfermedad.⁽²⁾ La Promoción de la salud es el “Proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud”,⁽³⁾ por lo que un estudio con este enfoque debe comenzar analizando cuáles son los determinantes de salud concretos de

una comunidad, para poder conseguir que las personas ejerzan control sobre los mismos.

Para poder abordar los problemas de salud de las poblaciones rurales, la principal dificultad es que la información descentralizada sobre las necesidades de salud es escasa en la mayoría de los países pobres, ya que no hay mecanismos de recogida y análisis de datos en dichas zonas rurales. Es esencial clarificar en las poblaciones más deprimidas económicamente (como la población rural que nos ocupa, Hassilabied, del Sureste de Marruecos), donde además no hay cobertura de asistencia sanitaria, cuáles son los problemas de salud más prevalentes, así como los

factores relacionados con los mismos, para poder proponer soluciones y capacitar a la población en su manejo.

En los datos generales que se tienen sobre Marruecos, el análisis que más información aporta es el que indica que hay una gran disparidad entre el medio rural y urbano.⁽⁴⁾ Por ejemplo, respecto a la alimentación, encuestas nacionales han mostrado que los diferentes indicadores del estado nutricional son peores entre la población rural que entre la población urbana.⁽⁵⁾ Así, el retraso de crecimiento afecta dos veces más a los niños del ámbito rural que a los niños urbanos, mientras que la insuficiencia ponderal afecta entre dos y cuatro veces más a los campesinos. En términos de uso de los cuidados preventivos, menos de la mitad de las mujeres campesinas utilizan métodos anticonceptivos (39,2%) frente al 64,2% de las mujeres urbanas. Asimismo, mientras que el 75% de las mujeres embarazadas reciben un seguimiento del embarazo, sólo el 36,8% de las mujeres campesinas se benefician de él. El parto a domicilio se practica aún en el ámbito urbano en el 28% de los nacimientos, y en el medio rural en un 78,7%. La infancia rural presenta un índice de mortalidad que dobla el de la infancia urbana⁽⁶⁾. Así, se estima que la mortalidad infantil (< 1 año) afecta al 36,6% de los niños a escala nacional, y un 46,1% en el ámbito rural, es decir, el doble que la cifra del ámbito urbano (23,8%). La mortalidad de 1 a 5 años afecta al 9,8% en el conjunto de la población, el 15% entre los campesinos, es decir 2,5 veces el índice del medio urbano (6%), siendo el índice de mortalidad infantil-juvenil de 45,8% en el conjunto de la población (61,1% en el medio rural y 29,9% en el medio urbano).

A pesar de la Iniciativa Nacional para el Desarrollo Humano, presentada por el reino Marroquí en 2005,^(7,8) para incidir sobre estas desigualdades, analizando los indicadores generales de salud de Marruecos, los problemas más acuciantes persisten en las regiones del país circunscritas a las principales cadenas montañosas (vertiente sur del Atlas y Riff). Este hecho está unido a su carácter rural, a poseer un mayor aislamiento, a un claro déficit de infraestructuras sanitarias y a mayores niveles de insalubridad.⁽⁹⁾

Y en una de las zonas más aisladas del Sureste de Marruecos se encuentra Hassilabied. Es una población rural de origen bereber, localizada en la zona de Chebbi (región de Meknès-Tafilalet), cuyo medio principal de subsistencia fue la extracción de las minas de plomo de MFis hasta la independencia de Marruecos en año 1956. Desde entonces hasta prácticamente la mitad de los años 70, la población pasó a dedicarse al pastoreo, a una agricultura de subsistencia o emigraron. En la segunda mitad de la década de los setenta se inicia un incipiente desarrollo del turismo que se ve incrementado en el año 2004 con la construcción de una carretera que une Rissani (al Norte de Hassilabied) con Taouz (al Sur). A partir de ese hecho, Hassilabied ha

experimentado un notable crecimiento en el número de habitantes (a pesar de que no hay un censo de los mismos). La creación de numerosos complejos hoteleros (más de 60) en la zona (cuyos dueños son en su mayoría profesionales extranjeros) que utilizan en parte las aguas subterráneas, unida a la ineficaz red de saneamiento y de tratamiento de residuos provoca una degradación ambiental que se traduce en enfermedades para la población local.⁽¹⁰⁾ Si bien existe en la zona una red de abastecimiento de agua estatal, el precio del agua unido a la baja renta de los habitantes determina que la fuente principal de abastecimiento sean las kettaras (antiguos sistemas de conducción de aguas subterráneas), en los que no hay ningún tipo de control de la calidad del agua (ni físico-químico ni microbiológico), por lo que las repercusiones en la salud pueden ser importantes⁽¹¹⁾.

Por todo lo expuesto anteriormente, el objetivo de este estudio es realizar un diagnóstico comunitario de los principales problemas de salud así como de los factores ambientales asociados a los mismos en la población rural de Hassilabied, para finalmente proponer junto con la población local acciones de mejora para la comunidad que les permita controlar los determinantes, mejorando así la salud comunitaria.

METODOLOGÍA

Este estudio se desarrolla dentro del "I Taller sobre Educación en gestión sostenible de los recursos naturales y salud como factor de lucha contra la pobreza", realizado en Hassilabied en el periodo del 18 al 26 de Septiembre de 2010. El trabajo se planteó como parte del proceso de sensibilización de los alumnos de la Universidad de Alcalá (UAH) participantes en el taller, así como una posibilidad de investigación-acción con la población local, ya que el trabajo de diagnóstico se realizó conjuntamente con la Asociación de Jóvenes de Hassilabied.

La investigación-acción es un tipo de investigación social cuyo objetivo es que la población tenga intervención en el estudio de su realidad, en la elaboración de un diagnóstico de situación, en la programación de lo que se decide realizar y en la forma de llevarlo a cabo.⁽¹²⁾ En este método de investigación, el carácter preponderante de la acción es definitorio. Esta dimensión se concreta en el papel activo que asumen los sujetos que participan en la investigación, tomando como inicio los problemas surgidos en la práctica y reflexionando sobre ellos para actuar. En este tipo de investigación, se considera fundamental llevar a cabo la toma de decisiones de forma conjunta, orientada hacia la creación de comunidades autocríticas con el objetivo de transformar el medio social.⁽¹³⁾

Dentro del ámbito de investigación-acción en salud, se realizó un diagnóstico de salud comunitario,^(14,15) mediante la metodología del Diagnóstico Local Participativo, en la que es la propia población la que identifica los problemas, los actores involucra-

Tabla 1. Dimensiones abarcadas por la encuesta de Salud Comunitaria.

A. Salud comunitaria y exposición (vivienda, alimentación, servicios básicos)	
Problemas de salud más importantes en la comunidad	
Problemas de salud por los que la población acude al médico	
Posible solución para los problemas de salud	
Tipo de alimentación	
Forma de cocinar los alimentos	
Creencia sobre la influencia de alimentos en la salud	
Gestión y tratamiento de residuos	
Influencia de los residuos en la salud	
Obtención de agua de consumo	
Efecto del agua en la Salud	
Sistema de saneamiento domiciliario	
Electricidad	
B. Salud personal	
Salud General	
Problemas de Salud crónicos	
Problemas de salud en la comunidad	
Problemas de salud en su familia	
C. Acceso a la atención sanitaria	
Última visita al médico	
Solución del problema	
Necesidad de ir al médico en el último año	
Razón de no acudir al médico	
Enfermedad que necesitaba tratamiento	
D. Datos sociodemográficos	
Sexo	
Edad	
Lugar de nacimiento	
Estado civil	
Número de hijos	
Ocupación de la vivienda	
Nivel de Educación	
Red Social / Asociacionismo	
Experiencia profesional (actual y pasada)	
Nivel de Ingresos	

dos y las posibles soluciones.⁽¹⁴⁾ El objetivo general de este tipo de diagnóstico es abordar la situación de salud con la participación de los distintos actores sociales con los que, en conjunto, se organizará un plan de trabajo. Para ello, han de seguirse una serie de pasos: Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud, así como la descripción y análisis de los actores sociales y sus redes; Conocer la situación de las prácticas familiares y comunitarias a nivel local; y Analizar los problemas de salud detectados, en conjunto con la población y los actores sociales. Finalmente, revisar sus causas y consecuencias y proponer acciones para hacer frente a los mismos.

Para cubrir estas fases, el trabajo incluyó como primer paso la realización de la Matriz de actores sociales (es decir, agentes locales como instituciones públicas y privadas, organizaciones comunitarias, escuelas, organizaciones religiosas, gobierno local, etc.) con la población local, ya que de la función y estructura de dichos actores sociales (diversa y diferente en cada realidad local), se puede deducir las posibilidades del involucramiento para llegar finalmente a cambios en la comunidad.

Como segunda fase, se llevó a cabo la realización de encuestas sobre salud comunitaria y factores ambientales que afectan a la salud (ver Tabla 1) para conocer la situación de las prácticas comunitarias. Se realizó un estudio transversal exploratorio, con análisis descriptivo de las principales variables (frecuencias) y tablas de contingencia con el estadístico Chi cuadrado de Pearson con el programa SPSS v. 17.0.

Tabla 2. Variables sociodemográficas.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	24	48,0
	Hombre	26	52,0
Edad	Menos de 12	1	2,1
	12-25 años	10	21,3
	26-50 años	29	61,7
	Más de 50 años	7	14,9
Estado civil	Soltero	17	34,0
	Casado	33	66,0
Hijos	No	16	34,0
	Sí	31	66,0
Educación Primaria	No	32	64,0
	Sí	18	36,0
Alfabetización	No	21	42,0
	Sí	29	58,0
Trabajo Actual	No	27	54,0
	Sí	23	46,0
Nivel de ingresos	Medios	25	53,2
	Bajos	16	34,0
	Muy bajos	4	8,5
	Altos	2	4,3
Nacido en Hassilabied	No	33	66,0
	Sí	17	34,0

Por último, se realizó mediante técnica de consenso un listado de conclusiones sobre los problemas principales en la comunidad y de actividades que

propondrían para mejorar el estado de salud de la comunidad de Hassilabied.

Por el carácter participativo y compartido de la investigación acción, la recogida de información así como los grupos de consenso y de propuesta de acciones, los llevaron a cabo conjuntamente 19 alumnos de la UAH junto con 15 jóvenes locales de la Asociación de Jóvenes de Hassilabied, identificando la matriz de actores sociales a través del trabajo conjunto, así como realizando 50 encuestas de salud comunitaria en hogares de la mencionada población (en este caso, los jóvenes de Hassilabied ejercían de traductores de las mismas) y las propuestas de mejora.

Tabla 3. Influencia de los alimentos en la salud y razones de dicha influencia.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Influencia de los alimentos	No	15	30,0
	Sí	35	70,0
Razón de influencia	Ciertos alimentos son malos	26	74,3
	Los alimentos están mal cocinados	6	17,1
	Los alimentos están caducados	2	5,7
	Alergia a ciertos alimentos	1	2,9
	Total	35	100,0

RESULTADOS

Matriz de actores sociales

Respecto a los actores sociales relacionados con el tema sanitario, se identificaron tres grupos diferentes: el relacionado con el ámbito asistencial, el de la medicina tradicional, y las Organizaciones no gubernamentales (ONGs).

Con relación al ámbito de la asistencia sanitaria, hay un hospital localizado en Hassilabied (construido por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, AECID) que no está en funcionamiento actualmente, a pesar de que contiene aparatos médicos básicos y medicamentos que no se utilizan por falta de personal sanitario.

Tabla 4. Tipo de tratamiento de residuos sólidos, influencia de los residuos en la salud y razones de dicha influencia.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tratamiento de residuos	Vertedero e incineración	47	97,9
	Depósito en hamada	1	2,1
Influencia residuos en la salud	Sí	44	88,0
	No	6	12,0
Razón de la influencia	Humo	21	61,8
	Mosquitos	6	17,6
	Microbios	4	11,8
	Olores	3	8,8
	Total	34	100,0

La información institucional dice que hay dos horas de consulta semanales, aunque la población refiere que “realmente no hay asistencia”. A pesar de contar con una estructura de nueva construcción, la falta de uso hace con el tiempo, la infraestructura se esté deteriorando. La población tiene que acudir al médico en el centro de salud de atención primaria más cercano, situado en Merzouga, a unos 7 Km de Hassilabied, o bien desplazarse hasta Errachidia a unos 20 Km, y muchos de ellos no tienen medio de transporte para hacerlo o dinero para pagar dicho desplazamiento.

Otros actores de relevancia en el ámbito de la salud para la población son las personas que conocen la medicina tradicional.⁽¹⁶⁾ En este sentido hay que indicar que la población local confía más en la medicina tradicional de origen natural que en los médicos del sistema asistencial (ya que las personas con estos conocimientos son conocidas por la gente, y además “curan y ayudan gratis”, siendo el elemento económico un elemento influyente para la población como se verá en los resultados de las encuestas).

Respecto al tema de salud materno infantil, en el pueblo hay una partera tradicional que colabora en los partos de manera gratuita (mientras que las matronas están en el centro de salud de Merzouga). El problema detectado es que las mujeres de la comunidad no confían en las matronas del centro de salud,⁽¹⁷⁾ ya que piensan que no las van a atender bien y dicen conocer muchos casos de gente que ha muerto durante el parto en los hospitales. El sesgo que ocurre en estos casos es que cuando el parto llega a ser atendido por un sanitario del centro de salud es porque ya se ha complicado mucho y en el pueblo no lo pueden llevar a cabo con éxito (lo que puede influir en las

creencias de las mujeres de la comunidad, ya que solo llegan al centro de salud partos de alto riesgo).

También se identificaron como involucrados en el tema salud las diferentes ONGs que hacen talleres de Educación para la salud. El problema es que los talleres se realizan en función de la formación de los cooperantes que llegan a Hassilabied, y no están centrados en las necesidades reales de la población (por ejemplo, se hacen cursos centrados en enfermedades y no en los determinantes de esas enfermedades, como pueden ser el agua a los residuos).

Tabla 5. Fuente de agua, descripción, problemas relacionados y presencia de sistema de evacuación de aguas residuales.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Fuente de agua	Kettara	25	50,0
	Agua corriente	14	28,0
	Corriente y Kettara	9	18,0
	Pozo	1	2,0
	Embotellada	1	2,0
	Total	50	100,0
	Descripción del agua	Buena	42
Mal sabor		8	16,0
Total		50	100,0
Problemas de salud por el agua	No	35	70,0
	Dolor de estómago	7	14,0
	Piedras en el riñón	4	8,0
	Nauseas o vómitos	2	4,0
	Dolor intenso pectoral	1	2,0
	NS/NC	1	2,0
	Total	50	100,0
Sistema de evacuación de aguas fecales	Ninguno	27	54,0
	Pozo ciego	23	46,0
	Total	50	100,0

Resultados de la encuesta de salud

Se realizaron un total de 50 encuestas de salud, de las cuales el 52% fueron contestadas por hombres y el 48% por mujeres (Tabla 2). El 66% de los participantes eran casados y con hijos. El 64% de los encuestados carecen de Educación Primaria como

nivel educativo, pero el 58% refieren saber leer y escribir. El 54% no tiene trabajo, y el 53,2 refiere tener ingresos medios.

Tabla 6. Problemas de salud más importantes en la comunidad.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estómago	13	26,0
Dolor de cabeza	12	24,0
Fiebre	6	12,0
Reuna	5	10,0
Problemas de vista	3	6,0
Tos	2	4,0
Hipertensión	2	4,0
Riñón	2	4,0
Dolores de huesos	1	2,0
Problemas de piel	1	2,0
Gripe	1	2,0
Leishmania	1	2,0
NS/NC	1	2,0
Total	50	100,0

Tabla 7. Problemas de salud por los que se acude al médico.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin diagnóstico	9	18,0
Leishmania	7	14,0
Estómago	6	12,0
Riñón	5	10,0
Garganta	4	8,0
Bucales	4	8,0
Vista	3	6,0
No acuden	2	4,0
Gripe	1	2,0
Piel	1	2,0
Fiebre	1	2,0
Diabetes	1	2,0
Accidentes Laborales	1	2,0
Embarazo, Parto y Postparto	1	2,0
Respiratorios	1	2,0
Vacunaciones	1	2,0
Salud infantil	1	2,0
NS/NC	1	2,0
Total	50	100,0

Tabla 8. Necesidad de acudir al médico en el último año y razones por las que no lo hacen.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Necesidad de acudir al médico en el último año</i>		
No	23	46,9
Sí	25	53,1
Total	49	100,0
<i>Razón de no acudir al médico</i>		
Razones económicas	6	24,0
Razones de tiempo	6	24,0
Razones de Lejanía/Distancia/Falta de transporte	4	16,0
Idea de autocuración	3	12,0
Toma medicina natural	2	8,0
Falta de confianza	1	4,0
Problemas de idioma	1	4,0
Automedicación	1	4,0
Ausencia de médico en Rissani	1	4,0
Total	26	100,0

Respecto a la influencia de la alimentación en la salud, el 70% de los encuestados creen que los alimentos que consumen afectan a su estado de salud (Tabla 3). En un 74,3% de los casos, esa influencia está basada en creencias que poseen sobre las características de los mismos, es decir, consideran que algunos alimentos son malos y otros buenos para la salud. Por ejemplo citan como alimentos perjudiciales para el estómago el pepino, el melón, el ajo, el aceite y las altas cantidades de azúcar, y como beneficiosos para la salud los dátiles, la leche y la cebolla. El 17,1% piensan que pueden influir porque están mal cocinados, el 5,7% porque están en mal estado y el 2,9% porque producen alergias.

En cuanto a la gestión de los residuos, no hay en la población un sistema de recogida comunitario de deshechos. La mayoría de las familias cuentan que esta función la tienen asignada dentro de la familia los niños pequeños o las mujeres. Lo realizan semanalmente, o cuando acumulan basura suficiente es la casa. Las familias depositan los residuos sólidos generados en sus domicilios en un vertedero abierto

localizado en una zona cercana al pueblo, y los queman allí directamente. Algunas familias hacen tratamiento diferenciado en función del residuo: los orgánicos los utilizan para la alimentación de animales; los plásticos los queman en el vertedero; y el papel y cartón, lo queman cerca de casa. Si hay viento, queman todos los residuos para que la basura no llegue de nuevo al pueblo arrastrada desde el vertedero. El 2,1% de las familias no los llevan al vertedero, si no que queman los residuos en la hamada (desierto abierto) (Tabla 4). El 88% de los encuestados creen que las basuras influyen en la salud. Entre las razones de esta influencia, el 61,8% de las respuestas consideran que es por el humo que se produce al quemar los residuos, el 17,6% porque se generan mosquitos en el vertedero que pueden transmitir enfermedades y en el 11,8% de los casos porque se generan allí microorganismos.

Respecto a la fuente de agua de consumo, el 50% utiliza el agua de la kettara (sistema tradicional de abastecimiento) y el 28% el agua canalizada gubernamental (Tabla 5). El 18% de las familias utilizan el agua tanto del grifo como de la kettara. Normalmente explican que el agua de la kettara es para beber (sabe dulce) y la del grifo para lavarse y cocinar (porque sabe muy salada). El 84% refieren que el agua de consumo es buena, y el 16% que tiene mal sabor. Respecto a si piensan que el agua produce problemas de salud, el 70% opina que no, el 14% lo relacionan con dolores de estómago y el 8% con problemas de piedras en el riñón. Ninguno de los encuestados cuenta con sistema de saneamiento, pero el 46% de las familias refieren tener pozos ciegos en sus domicilios, que esperan a que se llenen y después extraen el agua para llevarla a las afueras del pueblo.

Los problemas de salud que identifican como más importantes en la comunidad son los relacionados con el estómago (26%) y el dolor de cabeza (24%) (Tabla 6), aunque no coinciden con los problemas por los que acuden al médico, que son cuando tienen síntomas desconocidos (28%) y *Leishmania* (14%) (Tabla 7).

A pesar de que el 53,1% de los encuestados han necesitado acudir al médico el último año, no todos lo pueden hacer por diversas razones (Tabla 8). Entre ellas, la económica es la mayoritaria (el 24%). Hay familias que explican no tener dinero para comprar los tratamientos, y por ello utilizan plantas medicinales. También hablan de falta de confianza porque en ocasiones, los medicamentos recetados por el médico no les han ayudado.

Respecto a su percepción de salud (tabla 9), el 32% refiere que es muy buena, buena en 28%, regular el 28%, mala el 8% y muy mala el 4%. Al relacionar estos valores con las variables sociodemográficas, se observan relaciones significativas con la edad (empeorando la percepción con el aumento de la misma p:0,034) el nivel de ingresos (teniendo pero percepción las personas de ingresos inferiores p:0,019) y el

lugar de nacimiento (presentando peor percepción las personas no nacidas en Hassilabied $p:0,046$).

Para mejorar el estado de salud de la comunidad, los encuestados proponen mejorar el acceso al sistema y personal sanitario (40%), utilizar más la medicina tradicional (24%) y disponer de acceso a los medicamento (22%) (Tabla 10).

funcionalidad y utilidad de los servicios sanitarios actuales. Hay creencias culturales de que la medicina occidental no funciona, y eso condiciona que los enfermos no quieran acudir, aunque la distancia de los servicios sanitarios también es un motivo importante, y como se ha visto en las encuestas, los problemas económicos para poder pagar los

Tabla 9. Percepción del estado de salud actual en función de la edad, nivel de ingresos y lugar de nacimiento.

	Muy buena (%)	Buena (%)	Regular (%)	Mala (%)	Muy mala (%)	Chi cuadrado (sig)
Total	32,0	28,0	28,0	8,0	4,0	
Grupos de edad						0,034
Menos de 12	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
12-25 años	70,0	20,0	10,0	0,0	0,0	
26-50 años	24,1	37,9	24,1	10,3	3,4	
Más de 50	0,0	14,3	85,7	0,0	0,0	
Nivel de ingresos						0,019
Muy bajos	0,0	25,0	50,0	0,0	25,0	
Bajos	12,5,0	25,0	37,5	25,0	0,0	
Medios	52,0	32,0	16,0	0,0	0,0	
Altos	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	
Lugar de nacimiento						0,046
Hassilabied	52,9	35,3	5,9	5,9	0,0	
No hassilabied	21,2	24,2	39,4	9,1	6,1	

Propuestas de mejora

Se enumera a continuación las áreas consideradas por los jóvenes de la Asociación de Hassilabied como prioritarias para la actuación, así como las actividades que consideraban necesarias para solucionarlas.

1. *Gestionar las aguas residuales y de consumo.* Los jóvenes consideraron este un problema fundamental, por lo que proponen como necesaria la canalización de aguas residuales, así como el vaciado controlado de las fosas sépticas. Pero además destacaron como imprescindible que la población local estuviera informada de la calidad de las aguas que consumen, realizando un control sistemático por parte de los responsables locales (ya que la población no conoce la calidad de las aguas de consumo y los problemas que pueden acarrear para su salud).

2. *Salud.* Los jóvenes son conscientes que las medidas necesarias en el ámbito sanitario dependen de los responsables políticos, ya que el que haya personal sanitario que pueda asistir a la población depende de instancias superiores. Por eso, proponen trasladar esta demanda a la administración, y conseguir mediante la movilización social que el gobierno tome medidas. También detectan como problema en la comunidad que hay bastante escepticismo de la

medicamentos. Proponen que se realice un programa de educación sanitaria a la población, en el que se podría incluir capacitaciones en el uso de los servicios sanitarios.

3. *Absentismo escolar.* Otro problema detectado entre los jóvenes es relacionado con la educación. Consideran importante la sensibilización de la comunidad de la importancia de que los niños acudan a la escuela, para poder en un futuro contar con profesionales formados. Según ellos es muy difícil concienciar a la población adulta sobre esta necesidad, por eso se destacó la importancia de reforzar la base de los jóvenes y que ellos impulsen el movimiento.

4. *Residuos.* El problema de vertidos incontrolados sería solucionado si se pudiera centralizar los depósitos de residuos en un vertedero controlado, el cuál tuviera una buena disposición según las características del sustrato, vientos dominantes y cercanía a la población entre otros factores y si se implementara un sistema de recogida de basuras (solicitaron un camión para desarrollar esta labor). Además destacaron la importancia de la sensibilización a la población en el tema de gestión de residuos para lograr un compromiso por su parte. Se acordó que lo óptimo sería iniciar un proceso de gestión integral, separación de materiales y quizás la agrupación en mancomunidades. Esta gestión se podría potenciar incentivando

económicamente (por reducción de costes y ahorrando gastos en el reciclado).

5. *Medio ambiente y turismo.* Los jóvenes, conscientes de la importancia que tiene su entorno en relación con la entrada de recursos a nivel de la comunidad por el turismo, detectaron como problema importante la alteración del paisaje (el complejo de dunas que rodea la localidad). Estimaron como necesario una planificación territorial con la inclusión de zonas de protección y señalización, y para ello sería necesario un comité de señales y control y el conocimiento de dichas zonas por parte de los habitantes. Además, otra medida imprescindible para el mantenimiento sostenible de su entorno ambiental (y medio de vida en muchos casos, como aparece en la encuesta) es la formación de trabajadores y empresarios del sector turístico. Se debe informar de los impactos que está provocando el turismo en Hassilabied y para que los propios trabajadores sean conscientes de la degradación de su medio de vida. Es necesario también una sensibilización a los turistas que acuden a la población, para lo que se propuso el reparto de folletos informativos, pegatinas para el ahorro de agua, etc. Son conscientes de que el turismo es el medio laboral y económico fundamental en la comunidad, y de que es necesario gestionarlo adecuadamente para poder asegurar su calidad de vida futura.

Tabla 10. Solución para los problemas de salud.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Hospital abierto y personal sanitario	20	40,0
Manejo de plantas medicinales	12	24,0
Acceso a medicamentos	11	22,0
Dinero para comprar tratamientos	2	4,0
Medidas de higiene ambiental	2	4,0
No ingerir sal	1	2,0
Baños de arena para el reuma	1	2,0
NS/NC	1	2,0
Total	50	100,0

DISCUSIÓN

Los determinantes de salud en poblaciones rurales están íntimamente relacionados con los factores ambientales,⁽¹⁸⁾ aunque sin olvidar el papel coprotagonista que unos buenos servicios de asistencia sanitaria tendrían en el mantenimiento de la salud de la población. Es importante la presencia de personal

sanitario que atienda a la población una vez que aparece la enfermedad, pero es más determinante que los factores que la causan estén controlados, para prevenirla. Y en concreto, en Hassilabied, estos factores están relacionados con la gestión de agua y residuos (como determinantes ambientales) así como con la educación y el turismo como medio económico o laboral (como determinantes sociales). Las autoridades, responsables en última instancia de medidas estructurales, deben a su vez estar informadas y participar en las medidas que la población, conocedora de los problemas en estos determinantes, demandan para su solución.

De manera general se podría destacar que actualmente los problemas de salud más prevalentes en Hassilabied están íntimamente relacionados con factores ambientales (aguas, residuos, exposición a vectores) y con la falta de información y capacitación de la población. Estos problemas podrían ser mitigados a corto plazo con acciones enmarcadas dentro del ámbito de la gestión ambiental, apoyadas con intervenciones de capacitación a la población. Algunas de estas acciones incluirían el establecimiento de una red de saneamiento sanitario; dotación y gestión de un vertedero acorde a las necesidades de la población y planificación territorial para la conservación de zonas frágiles del entorno, que a su vez se relacionaría con mejoras en el ámbito del turismo sostenible (fuente de ingresos para gran parte de la población de Hassilabied); y capacitación de la población tanto en la importancia de la gestión adecuada de sus recursos (tanto agua, como residuos como entorno natural) como en el buen uso de los servicios sanitarios (elección entre medicina natural y occidental según problemas de salud, importancia del seguimiento materno-infantil, etc).

Por otro lado, sería imprescindible el apoyo con acciones a nivel de las autoridades que gobiernan y gestionan los recursos de Hassilabied. Desde la Comuna (gobierno local), sería conveniente que se estableciera un mecanismo de seguimiento del cumplimiento de servicios mínimos fundamentales para la comunidad, como son la escuela y el hospital. Teniendo en cuenta la limitación en los recursos económicos de los que disponen, es esencial priorizar con los actores de cooperación que trabajan en Hassilabied los proyectos relacionados con la creación del sistema de saneamiento de aguas, así como los relacionados con la gestión de residuos sólidos. Además, deberían introducir en su agenda cuestiones relacionadas con la mejora del tipo de turismo ofertado en Hassilabied, ya que es imprescindible que se controle los efectos que de éste se derivan en el entorno. Es evidente que el turismo es una fuente de ingresos para la comunidad, pero debe ser gestionado adecuadamente para que el escenario no se degrade, y pueda ser un turismo sostenible en el tiempo y de calidad. Por otra parte, es responsabilidad del gobierno marroquí dotar al hospital que fue construido en la población con profesionales sanitarios para po-

der atender a la población local en las enfermedades crónicas que ya padecen, ya que en éstas, el seguimiento y control adecuados es clave para la calidad de vida de dichos pacientes.

En Promoción de la salud se sabe que los factores determinantes de salud son múltiples (individuales, ambientales, económicos y sociales),⁽¹⁹⁾ y que por lo tanto, las acciones que se deben implementar para favorecer la salud de la comunidad tendrán que abordarse desde esas múltiples perspectivas (con medidas a nivel individual, como la capacitación de la población, pero también a nivel estructural, relacionadas con la dotación de infraestructuras y la gestión y mantenimiento de las mismas). Y el diagnóstico en salud comunitario realizado en Hassilabied puede ayudar a los decisores a implementar las medidas identificadas como más necesarias por la población, consiguiendo así una mejora de la calidad de vida de la misma y una creación de oportunidades (tanto en educación, sanidad y desarrollo laboral y económico) para su desarrollo futuro.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a los alumnos de la Universidad de Alcalá y a los jóvenes de la Asociación de Hassilabied la ayuda prestada en la realización del trabajo de campo. Se agradece igualmente a las autoridades y asociaciones locales y al albergue Mohayut por habernos facilitado la labor de campo. Finalmente, queremos agradecer a la población de Hassilabied que nos acogió durante nuestra estancia y participó en la encuesta.

Este trabajo ha sido financiado gracias al proyecto titulado "I Taller sobre Educación en Gestión sostenible de los recursos naturales y Salud como factor de lucha contra la pobreza" por el Vicerectorado de Relaciones Internacionales de la Universidad de Alcalá.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992). Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo Río de Janeiro, República Federativa del Brasil.
2. Prüss-Üstün, A (2006). Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Ginebra: OMS.
3. Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS.
4. Benjelloun, S (2006). Les disparités urbain – rural au Maroc: une réalité à considérer. Proceedings of an International Seminar L'agriculture et le partenariat Euro Méditerranéen: défis et opportunités. Barcelona, España.
5. Direction de la Statistique (2002). Enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages 1998/1999. Accessibilité aux soins et niveau de

- vie. Rabat : Ministère de la Prévision Économique et du Plan.
6. Ministère de la Santé (1999). Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant. Rabat/El Cairo : Ministère de la Santé/ Ligue des États Arabes.
7. INDH (2005). Iniciativa Nacional de Desarrollo Humano [Consultado 03-03-2011] Disponible en: <http://www.maroc.ma/PortailInst/Es/MenuGauche/Las+grandes+Obras/Iniciativa+Nacional+del+De+sarrollo+Humano/La+Iniciativa+Nacional+de+De+sarrollo+Humano.htm>
8. Martin I. (2006). Marruecos, ¿las bases para un nuevo modelo de desarrollo? (I): la Iniciativa Nacional de Desarrollo Humano (INDH). Real Instituto El Cano. Área: Mediterráneo y Mundo Árabe. ARI, 35 (2006): 1-6.
9. Nieto Calmaestra J.A., Boulifa F (2008). La fractura demográfica del estrecho. Cuadernos Geográficos, 42 (2008-1): 7-36.
10. Moya-Palomares M.E., de Pablo M.A., Vicente R., García M., Acaso E, Aberkan M, Zanniby F (2008). La necesidad de gestión sostenible de los recursos naturales ante el desarrollo del turismo como factor de lucha contra la pobreza. El caso de Erg Chebbi (Marruecos). Actas del IV Congreso Universidad y Cooperación al desarrollo, Barcelona.
11. Vicente R, Moya-Palomares M.E., de Pablo M.A., Acaso E, García. M, Aberkan. M, Zanniby F (2008). Study of the groundwater quality in the ERG Chebbi area, central- South Morocco. Women and Year of the Planet Earth 2008, AAWGA. 4th Conference of the association of African Women Geoscientists (Cairo, Egypt). P.62-65.
12. Ander-Egg E. Fases e instrumentación del proceso de la Investigación-Acción Participativa. En: Repensando la Investigación-Acción Participativa. Lumen Humanitas; 2003. p. 61-110.
13. Kemmis S, McTaggart R. (1988). Cómo planificar la investigación-acción. Laertes: Barcelona.
14. Gillette E (2002). Cómo realizar una evaluación de salud comunitaria. Greenpeace.
15. Quijano Calle, A. M. (2005). Guía para el diagnóstico local participativo: componente comunitario de la estrategia AIEPI. Serie OPS/FCH/CA/05.04.E.
16. Moya-Palomares M.E., Aguirre A., Andreu A., Fernández A (2011). La medicina tradicional bereber en la localidad de Hassilabied (SE de Marruecos): un punto de encuentro intercultural para la conservación del patrimonio natural. Actas del V Congreso Universidad y Cooperación para el desarrollo, Cádiz.
17. Mira Tirado, M.E (2009). Memoria del voluntariado en Hassi Labied (documento de trabajo).
18. Lebel J (2005). Salud, Un enfoque ecosistémico. Ed. Alfaomega Colombiana.

19. IUHPE (1999). The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European

Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo.