

Saharar Herriarekiko Osasun Kooperazioari Buruzko III. Jardunaldiak
III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui
IIIèmes Journées de Coopération Sanitaire avec le Peuple Saharaoui
الملتقى الثالث للتعاون الصحي مع الشعب الصحراوي

Conclusiones



MÁS VALE
PREVENIR
QUE CURAR

República Árabe Saharaui Democrática
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Asociación de Amig@s de la RASD
SEADen Lagunen Elkartea



Ayuntamiento
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteizko
Udala

**A la memoria de
Juan Antonio García Caraballo**

Nuestros más sinceros agradecimientos por su colaboración en las Jornadas a Alberto Lizarduy, Amaia Cadarso, Edi Feros, Félix Placer, Iñaki Uribe, Javier Errasti "Jerras", Maite Fernández-Villa, Malen Vilches, Unai Arribas, Unai Villalba y Vega Rodríguez.

Índice

	Pág.
Introducción	1
Definición de un nuevo escenario	7
Atención primaria	35
Atención especializada	41
Enfermería	49
Medicamentos	51
Equipamientos y mantenimiento	53
Gratificaciones e incentivos	55
<i>Apéndice 1: Informe sobre el servicio de rehabilitación</i>	<i>59</i>
<i>Apéndice 2: Listado de participantes</i>	<i>63</i>

INTRODUCCIÓN

Las III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui, han sido la culminación del trabajo de mucha gente. Unos hemos estado en el foro de las discusiones y otros han aportado a nuestro acervo su experiencia, su dedicación, sus esfuerzos en los campamentos o sus esfuerzos sin pisarlos jamás, lo que tiene mucho más mérito.

Tras las Conferencias Europeas de Sevilla y Módena, se estableció un calendario para fructificar en esta reunión que marcara las líneas de trabajo en el entorno de los campamentos y en los esfuerzos que, desde cualquier lugar, se hicieran por una mejor salud en el refugio.

Las III Jornadas son la continuación de las anteriores de 1991 y 1996, que se celebraron con los mismos objetivos.

Es importante reseñar que no hay en el mundo de la cooperación una experiencia que, en tantos años, renueve y coordine los esfuerzos dispersos de la ayuda humanitaria y la cooperación al desarrollo en pos de una eficiencia en la utilización de los recursos de todo tipo destinados a un lugar concreto del mapa de la población necesitada.

Es igualmente destacable que en las III Jornadas hemos asistido personas, de diferentes lugares, que ya asistimos a las I y II Jornadas. Eso da idea de que quienes hemos asistido formamos grupo en el que se unen la experiencia, profesionalidad y militancia a los que hay que añadir la perseverancia y cumplimiento de compromisos que son un valor añadido a cualquier proyecto. Asimismo el que una parte mayoritaria de los proyectos se realicen con personal voluntario establece un marco de participación social representativo del sentimiento del pueblo que un día fue metrópoli.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Las III Jornadas se han desarrollado en tres días de trabajo, viernes tarde, sábado todo el día y domingo por la mañana. Los trabajos se han realizado en 6 grupos en los que se ha querido abarcar el mayor número posible de problemas que aquejan a la organización sanitaria saharai.

La elección de los temarios de cada mesa ha sido hecha conjuntamente con el Ministerio de Salud de la RASD.

En todos los grupos de trabajo se indicaba un programa de discusión con puntos concretos a tocar, que, desde la organización, se propusieron como herramienta de análisis y esquema de trabajo que facilitara, tanto el discutir todos los puntos clave, como facilitar los plazos marcados por el limitado espacio de tiempo, además de ser exhaustivos en el repaso a la realidad sanitaria saharai.

A MODO DE BREVE RECUERDO HISTÓRICO

Es muy importante resaltar el valor excepcional de la lucha del pueblo saharauí por mantener con su exilio la atención de la comunidad internacional y la movilización política, así como la llama del único conflicto de descolonización pendiente en África. Sobre todo es de resaltar el que en un refugio tan duro como el que representa la vida en la hamada, hayan sobrevivido manteniendo una organización que ha conseguido crear una administración con conciencia política, salud y educación como pilares de la supervivencia.

Recordando la evolución histórica de la salud en los campamentos de refugiados saharauíes, a finales de la década de los 80 había muy pocos titulados médicos en los campamentos. La salud estaba en manos de los sanitarios de daira en relación directa con los ciudadanos y con responsabilidad total de la atención primaria. Su formación y sensibilidad los había orientado a una visión de la salud eminentemente preventiva, con actividad asistencial limitada y con poca supervisión técnica. Coexistían con los pocos médicos que o estaban en el frente de batalla lejos de los campamentos o que trabajaban en labores hospitalarias en el Hospital Nacional y con la Brigada Cubana que desde el comienzo del refugio reforzó y sigue haciéndolo, la cobertura de la atención sanitaria en los campos de refugiados.

Estos sanitarios o enfermeros de daira acumulaban toda la actividad de la salud trabajando conjuntamente con los comités de salud. Existía un verdadero poder en la actividad de dichos comités que tenían capacidad de interlocución política y gran dedicación a su misión sanitaria. El paso del tiempo y su actividad ejemplar acabó consagrando la figura del enfermero de daira como un elemento clave en la supervivencia del pueblo en las duras condiciones de vida del refugio. Esto les concedió un prestigio social importante y el respeto de la comunidad que admiraba y valoraba su trabajo.

Con el paso de los años, hubo varios factores que variaron este status modificando los valores, actividades, responsabilidades dentro de la estructura de salud saharauí. Estos factores, aparte de otros que no se detallan para no alargar demasiado el análisis, fueron:

- El devenir político del proceso
- La llegada de un gran número de profesionales sanitarios, médicos/as y enfermeros/as formados fuera de los campamentos.
- La afluencia masiva de cooperantes sanitarios que fueron llegando de forma progresivamente más numerosa según avanzó la década de los 90.

Estos factores crearon un escenario en el que casi nadie conocía su papel. La sociedad en función de la desesperanza por la falta de solución política hizo su evaluación y optó por la solución individual, los profesionales sanitarios se encontraron con una estructura que no estaba preparada para recibirles, la cooperación desembarcó en un lugar en el que era fácil trabajar, tanto desde una perspectiva profesional, como desde una intención menos solidaria como la que representaba el cumplimiento de una experiencia personal efímera.

Todo lo anterior creó celos por la posible pérdida del prestigio social adquirido justamente por el trabajo de tantos años por parte de los enfermeros de daira ante la llegada de los médicos que llevaban muchos años sin vivir en los campamentos. Asimismo, los médicos no encontraban su ubicación lejos de la población en unos hospitales de wilaya en los que ya casi no ingresaban pacientes y a los que raramente derivaban pacientes los enfermeros de daira. Y, por último, un agravio comparativo con los sanitarios en general y con los médicos en particular por parte de la cooperación que comenzó con los programas quirúrgicos que los prestigió al tiempo que la población veía a sus médicos como de menor categoría y capacidad.

En medio de este maremagnum y sin poner solución con una reforma sanitaria que ubicara a los profesionales saharauis que habían llegado e iban a continuar llegando, las sucesivas autoridades sanitarias de los campamentos optaron por la atención terciaria promoviendo la llegada de más comisiones quirúrgicas, construyendo hospitales para dicho cometido y facilitando el trabajo de expatriados. Este salto cualitativo hacia la medicina tecnificada produjo un abandono y descapitalización de las estructuras básicas de salud con desmotivación de los sanitarios de base y el deterioro de la Sanidad Popular que había sido la responsable de la supervivencia del pueblo durante los largos años de refugio hasta la fecha.

A partir de las II Jornadas y el comienzo, a solicitud del Ministerio de Salud, de los programas de "Apoyo a la estructura sanitaria en Atención Primaria" en 1996, el Ministerio es consciente de la necesidad de redistribuir los esfuerzos de la cooperación para asegurar la Atención Primaria y, dentro de ella, garantizar la Prevención.

Hubo varios factores que dificultaron la puesta en marcha de estos proyectos:

- La inexperiencia de los cooperantes para manejar una situación de este tipo. Unos programas de trabajo para apoyar a los sanitarios saharauis. Algunos dedicaron sus esfuerzos a sustituir a los sanitarios saharauis, "mejorando" la asistencia durante las estancias y la financiación del proyecto. Al mismo tiempo se desmotivaba a los sanitarios locales y no se creaba un modelo, con lo que al final dejaban un vacío mayor que el que habían encontrado. Otros fueron aprendiendo con el devenir de los encuentros. La mayoría orientó sus trabajos en lo que se recomendaba desde la Coordinación: Asesorías, tutorías y cursos de formación en disciplinas y patologías prevalentes, al tiempo que se dotaban las estructuras sanitarias de las wilayas.
- El recrudecimiento de la desesperanza por el devenir político del proceso en lo que se ha dado en llamar la época de "Ni guerra ni Paz" que produjo ese cambio social que desencadenó las dificultades lógicas derivadas de un proceso tan largo y, sobre todo, tan desesperante.

Siguieron llegando comisiones quirúrgicas. Eran necesarias pero precisaban de una coordinación más rígida que la que se podía ejercer. Era difícil negarse, desde el Ministerio de Salud, a los esfuerzos de voluntarios, asociaciones y ongs. Es importante que se refuerce el papel de la Coordinación para que estas conclusiones se desarrollen.

En los últimos años con la aparición de un desarrollo económico incipiente, el trabajo en los campos más sensibles como salud y educación resultaba más complicado ya que no se recibían emolumentos por esos cometidos. Eso suponía un agravio comparativo con los que podían destinar su tiempo a conseguir beneficios con tiendas de diferentes productos, pequeños negocios, talleres, comercio, etc.

Se comenzaron a pagar pequeñas gratificaciones que producían un leve bálsamo a esas diferencias. Se ha reconocido en todos los foros en los últimos años que este factor motivador es necesario que se incremente y sobre ello se concluirá en las conclusiones.

Estas conclusiones quieren definir un futuro mejor con la pretensión de conseguir una SALUD CRECIENTE. Es un trabajo de todos y también representa un compromiso para todos los que trabajamos y trabajarán en el futuro en los campamentos. Son vinculantes en la medida que representan un marco de trabajo acordado de forma democrática y participativa y así deben ser respetadas. Evidentemente, el Ministerio de Salud puede modificar estas decisiones por su importancia política y su necesaria libertad para cualquier tipo de cambio.

OBJETIVOS DE LAS III JORNADAS

Objetivo General

Mejorar la calidad de la atención sanitaria en los campamentos de población refugiada saharauí y, en último término, la salud general de la población, tanto en la situación de refugio como en una hipotética situación de retorno.

Objetivo Específico

El objetivo específico es fortalecer la autogestión sanitaria del pueblo saharauí desde una perspectiva comunitaria, así como los mecanismos de gestión y coordinación entre los diferentes agentes implicados en la Cooperación Sanitaria, en un nuevo escenario de desarrollo en el refugio, que permita tanto la satisfacción de las necesidades de salud en los campamentos como la transición hacia una situación de independencia política. Para ello se han celebrado las III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui.

Hemos tomado la autogestión como elemento básico de fondo, de tal modo que sean las y los saharauíes quienes definan su política sanitaria y lideren la gestión de los recursos existentes. Dado que nuestra experiencia indica que la participación ciudadana es clave en todos los aspectos de la política sanitaria, se pretende desarrollar una perspectiva comunitaria, y reforzar la estructura de la Sanidad Popular. La amplitud y diversidad de los problemas existentes, así como los numerosos cambios en el contexto, indican la necesidad de una Reforma Sanitaria, que cumpla con el lema “Acercar la salud al ciudadano”, y permita la equidad de acceso a la salud, la racionalización de las acciones y la democratización del sistema existente.

Se ha otorgado un énfasis especial a la gestión de la Cooperación Sanitaria. Es preciso coordinar y establecer nuevos criterios de actuación que aumenten la eficacia de la Cooperación Sanitaria. Para ello se ofrecerá a la cooperación internacional una mayor información de las prioridades del Ministerio de Salud Pública saharauí, a fin de coordinar las acciones que nazcan de las líneas de trabajo que marque el MSP.

Y todo esto, en un nuevo escenario que es preciso definir, y que podría facilitar, además del desarrollo en el refugio, el paso a una nueva condición. El pueblo saharauí ha de estar preparado no sólo para gestionar su situación actual, sino también para afrontar futuros cambios derivados de una posible repatriación, sea cual sea el marco político adoptado en el futuro.

Dada la amplitud y ambición de los objetivos, las III Jornadas se organizaron en torno a seis mesas de trabajo. Cada mesa contó con un objetivo sectorial que debía contribuir a la consecución del objetivo específico señalado.

Se ha buscado establecer como directrices cara al futuro:

- Evaluar las actuaciones de los últimos años en el sector de la salud y examinar las posibilidades futuras en el **nuevo escenario de desarrollo en el refugio**.
- Establecer líneas de apoyo a las autoridades saharauíes en la formación de un equipo que prepare la **transición** hacia un sistema nacional de salud.
- Fortalecer el **liderazgo local** en la coordinación de las comisiones y ONG, y adecuar las intervenciones al ritmo, decisiones y fortalecimiento de la capacidad saharauí.
- Adoptar un discurso y unos **criterios comunes**, que sean difundidos entre las diferentes asociaciones y ONGs que apoyan a la población refugiada saharauí.
- Establecer en el marco de las Jornadas un espacio de encuentro, **reflexión colectiva** y planificación a largo plazo entre los diferentes agentes implicados en la cooperación sanitaria.

NOTA

Estas conclusiones son vinculantes para la cooperación. El Ministerio tiene potestad para modificar cualquier punto en función de su independencia y por motivos de cualquier tipo. Las modificaciones serán notificadas e introducidas como cambio en el documento que permanecerá en la red.

Mesa 1

Definición de un nuevo escenario

Definir qué debe asumir el sistema público saharai en el área de la Salud Pública y trazar las líneas estratégicas encaminadas al futuro diseño de un Plan de Salud

- 1. Hacia un Sistema Nacional de Salud**
 - 1.1. Valores**
 - Público**
 - Universal**
 - Accesible**
 - Equitativo**
 - Racional**
 - Democrático**
 - Sostenible**

- 2. Plan de Salud**
 - 2.1. Prioridades**
 - 2.2. Herramientas**
 - 2.3. Metodología**
 - 2.4. Objetivos**
 - Generales**
 - Específicos**
 - 2.5. Fuentes de Verificación**
 - 2.6. Estructuras necesarias**

- 3. Actuación de la Cooperación**
 - 3.1. Aspectos negativos**
 - 3.2. Aspectos positivos**

- 4. Fortalecimiento de la estructura sanitaria autóctona**

- 5. Sustentabilidad de los Programas de Salud**

La mesa de trabajo nº 1 de las III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui, tenía un claro perfil político y de planificación sanitaria. Ello hacía necesario el que los participantes, al margen de un conocimiento de la realidad sanitaria saharai, hicieran el esfuerzo para teorizar sobre supuestas hipótesis de futuro que se pudieran presentar en la evolución del proceso. La forma de plantear este futuro posible se fundamentó en la coyuntura actual más previsible:

“Desde la permanencia en el refugio hasta la asunción de responsabilidades sanitarias de la totalidad del territorio en función del Plan Baker II con la Autonomía asumiendo la administración del Sahara Occidental bajo Gobierno saharai dentro del reino de Marruecos y con el objetivo de la total Independencia al final del proceso”.

Aunque el título del primer apartado, “Hacia un Sistema Nacional de Salud” pudiera parecer utópico, la realidad que se espera conseguir es la de un pueblo con independencia para que en el futuro pueda llegar a lograr cumplir las condiciones que definen un Sistema Nacional de Salud.

Se recalcan como bases de la salud, lo más importante para el mantenimiento y avance de un sistema sanitario, la **Formación** y la **Prevención**.

HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Muchos países desarrollados no cuentan con este logro social por cuestiones político-ideológicas, económicas, sociales, estratégicas e, incluso, conceptuales. Sin ir más lejos, en Europa solo el Reino Unido, los países nórdicos, Italia y España cumplen los requisitos para considerar su cobertura sanitaria como un Sistema Nacional de Salud.

Según las definiciones de Webster, la definición de un Sistema Nacional de Salud se puede acercar a varios supuestos similares:

1. Una unidad compleja formada por muchos hechos, a menudo diversos, sujetos a un plan común o cumpliendo un propósito común.
2. Una agregación o ensamblaje de objetos unidos en interacción regular o interdependencia.
3. Un conjunto de unidades combinadas por la naturaleza o la acción para formar un todo orgánico integrado u organizado.
4. Una totalidad funcionando ordenadamente.

Cualquiera de estas determinaciones estaría en consonancia con lo que pensamos que caracteriza a un Sistema Nacional de Salud (SNS). Intentando definir de una forma más explícita un SNS, podríamos asumir dentro de la estructura del refugio y sin sufrir contradicciones por la historia y evolución del proceso evolutivo saharauí, una definición clásica como:

“El conjunto de elementos propios de los servicios de atención a la salud y de otros sectores relacionados en interacción dinámica con un comunidad definida, integrada activamente, de cuya relación se espera obtener SALUD CRECIENTE”.

Esta definición incluye mucha de la historia vivida por el pueblo saharauí desde el éxodo

- La perspectiva comunitaria en el concepto y definición de la salud
- La participación activa de actores pertenecientes a otros ámbitos
- La coordinación de todos ellos en una sinergia con un solo objetivo
- La dependencia funcional y política con un claro fin social
- La eficiencia en la utilización de los recursos
- La aplicación de conocimientos al principio intuitivos y luego claramente formales en la política sanitaria del refugio
- La determinación ideológicamente clara de las prioridades en salud

Valores

Si queremos determinar de forma más nítida antes de llegar a fijar un esquema de necesidades estructurales, precisiones de cobertura, presupuestos, etc., para estipular lo que sería el SNS saharauí, lo más sencillo es hacer un listado de valores que deben caracterizar al sistema y que estos no entren en contradicción ni con la historia de la política del refugio ni con los condicionantes que determinan el que un conjunto de acciones en salud se puede considerar un SNS. Dichos valores marcarían las condiciones que determinarían lo que es un SNS:

- Público
- Universal
- Accesible
- Equitativo
- Racional
- Democrático
- Sostenible

Por tanto,

- debe ser financiado con presupuestos del estado o de la autonomía en el caso del Plan Baker II.
- tiene que cubrir a toda la población sin que sea necesaria la cotización específica para la salud
- debe ser cercana al ciudadano
- debe estar distribuida con arreglo a un mapa sanitario que haga que todos los ciudadanos tengan acceso igualitario y con asignación de recursos por regiones o zonas en función de necesidades percibidas o carencias de servicios
- con una política previsión de costos que no la hagan inaplicable
- con una clara tendencia a la descentralización administrativa y con canales de participación ciudadana individual y comunitaria
- garantizando su pervivencia sin tener que llegar a disminuir las prestaciones y cobertura por mala planificación o falta de provisiones presupuestarias

PLAN DE SALUD

Es la herramienta política más poderosa para la gestión de la salud de un país.

Para la elaboración de unas líneas claras de planificación en salud, para obtener ese objetivo de SALUD CRECIENTE, sería necesario un conocimiento de la realidad sanitaria que actualmente no posee el Ministerio de Salud de la RASD.

La ausencia de algunos datos registrales claves y, sobre todo, fiables hace imposible el diagnóstico de salud imprescindible para la planificación teórica del futuro de la salud de la comunidad saharauí. Es necesario establecer una nueva organización que afecte tanto al organigrama de personal como a la actividad a desarrollar en cada estructura.

Todas las propuestas y recomendaciones están orientadas a fortalecer la sociedad saharauí y su capacidad de resistencia en un contexto de transición hacia nuevos escenarios.

Eso supone pasar de la coordinación de proyectos a introducir elementos de diseño y planificación rescatando los aprendizajes y experiencias de todos estos años e introduciendo mayores dosis de estrategia para el fortalecimiento institucional.

Para ello se necesita como recomienda Carlos M. Beristain en su informe “Ni guerra, ni Paz”:

- a) mayor trabajo de análisis epidemiológico y planificación;
- b) dotar al sistema sanitario de metodología y criterios comunes (medicamentos, protocolos, etc.);
- c) un diagnóstico organizativo que ponga énfasis en las políticas de motivación y cuidado de recursos humanos.

Afirma Beristain que “Hasta ahora los únicos registros disponibles son escasos y fragmentados, se recogen datos pero falta una recogida sistemática que permita analizar el perfil epidemiológico y definir prioridades de salud. Apenas existen archivos de historias o estas están en las *jaimas* (pacientes que tienen su propio historial clínico). Se recogen datos sobre mortalidad (con sesgos debido a: los partes de defunción, no se siguen las medidas estándar OMS para comparar tasas, etc.), natalidad, morbilidad (datos duplicados en registros *daira* y hospital en algunos problemas; relacionados con la disponibilidad de comisiones que atienden esos problemas; agregados por especialidad en lugar de por patología, etc.).

Los datos recogidos hasta ahora sirven para ver tendencias, pero no constituyen una base suficiente para la planificación. Existen algunos instrumentos para la recogida de datos pero faltan hojas de registro, etc. La mayor parte de los registros son manuales y no hay elementos de comparación, por lo que se utilizan para ver tendencias de año en año pero no son más selectivos.

Se necesitaría establecer un pequeño grupo de trabajo que asesore en lo epidemiológico con el ministerio y los y las técnicas de salud durante un tiempo (1-2 meses), que acompañe, visite, provea de documentación, sistemas de apoyo, etc. En ese tiempo podría establecerse un sistema de registro con una supervisión local por parte de las autoridades saharauis.”

Con estos antecedentes, la mesa propone un sistema que no precise de forma inevitable el conocimiento registral del que ahora se carece. Se trata de buscar un método que pueda crear una herramienta de planificación a futuro. Para ello se han ordenado unas prioridades para concretar un listado de ítems de mejora que puedan ser elegidos en función de los aspectos que son más urgentes y de las posibilidades presupuestarias.

También es necesario dar valor a la diferencia y peculiaridades de cada asentamiento configurando lo que sería el Mapa Sanitario de los campamentos dotando a cada asentamiento de lo necesario conforme a criterios demográficos, cercanía del agua, cercanía a Rabuni, dificultades de transporte, dispersión de las *dairas*, patrimonio sanitario y estado de las estructuras, etc.

Prioridades

Al no contar con elementos de información que permitan un claro diagnóstico de salud, en el grupo de trabajo se ha seguido el programa de discusión fijado que es la herramienta de análisis para la elaboración de estas conclusiones. Dicho directorio pone, por delante de los objetivos, la búsqueda de prioridades, herramientas y metodología como elementos útiles para llegar a unos objetivos evaluables.

Se ha partido de una máxima, las prioridades deben ir de la comunidad hacia el individuo, deben promover el mayor beneficio a menor coste y se deben acomodar a los valores definidos como determinantes del sistema.

El método de análisis ha listado una serie de puntos mejorables en cada escalón de que se relaciona con la salud buscando un carácter cualitativo en las prioridades que pueden traducirse posteriormente en objetivos, tanto cualitativos y cuantitativos como cronológicos.

Dichas prioridades tienen relación con:

- Medio Ambiente
- Cultura y estilo de vida
- Estructuras sociales (Espacio Social)
- Alimentación
- Sociales familiares. Economía y vida familiar
- Mapa Sanitario. Estructuras Sanitarias (Espacio Sociosanitario)
- Políticos
- Género
- Técnicos
- Cooperación

Herramientas

Determinar lo que se precisa para la elección de cada prioridad como objetivo en relación con:

- Personal
Saharai
Expatriado sujeto a programas de cooperación
Contratado extranjero
- Programas
En relación con las prioridades
- Información
Registros
Asesorías
Auditorias
- Recursos materiales
Procedentes de ayuda exterior de cooperación o bilateral
Procedente de la política impositiva surgida a raíz del desarrollo económico
- Financiación
Estudio de viabilidad de cada acción

Metodología

De donde procedemos y a donde vamos. Evaluación del sistema actual con las herramientas de análisis por prioridades y promover una situación nueva más ventajosa.

- Elección de los ítems a mejorar
- Cuantificar el grado de mejora o cambio
- Establecimiento de un cronograma con la elección de cada objetivo.
- Determinar las necesidades que suponen la elección de dicho objetivo.
- Estudio presupuestario de la puesta en marcha de cada acción elegida.
- Valoración económica, técnica y evaluación de la capacidad para su consecución y los plazos en los que se deben cumplir.

Objetivos

- General.

SALUD CRECIENTE

- Específicos.

Basándonos en lo que habíamos considerado como acciones prioritarias, determinaríamos los objetivos específicos. Este listado de posibles objetivos no solo no es exhaustivo sino que quiere ser solamente una forma de expresión de necesidades que pueden ser sentidas de forma intuitiva y que pueden variar en función del punto de vista, la implicación en la estructura sanitaria saharai o los conocimientos registrales que se posean.

La elección de unos u otros objetivos debe ser hecha, lógicamente, desde un conocimiento exquisito de la realidad sanitaria saharai, depurando las prioridades y de forma colegiada, sobre todo los que implican a autoridades que no son del Ministerio de Salud. Dotarlos de un valor cronológico, de una meta numérica concreta en el caso de que fuera evaluable numéricamente o de otra forma asimismo objetivable, les concedería ya un valor que precisaría de una dedicación de recursos y establecería un compromiso con la sociedad.

Es imprescindible que sean evaluables y con unas fuentes claras y conocidas de verificación.

1. Medio Ambiente (Este aspecto de la salud se desarrolla en la Mesa nº 2)

Agua:

- ✓ Poca cantidad de agua por habitante lo que en las wilayas con agua subterránea estimula la utilización de los pozos familiares
- ✓ Poca formación de la necesidad vital de la salubridad del agua
- ✓ Dificultades para que las familias se acostumbren al sabor del agua tratada

Objetivos a determinar:

- Conseguir el abastecimiento de agua suficiente para cada ciudadano garantizando la calidad.

- Litros por habitante.
- Litros por alumno en instituciones escolares cerradas.
- Litros por cama en hospitales.
- Lejanía máxima de las jaimas al punto de distribución del agua.
- Formación y sensibilización de la necesidad de consumir agua tratada

Residuos:

- ✓ La falta de vehículos hace que en la actualidad sea complicado eliminar las basuras y animales muertos con el ritmo necesario.
- ✓ El uso de material sanitario produce residuos químicos y fungibles de difícil eliminación

Objetivos a determinar:

- Evitar la contaminación de acuíferos por filtrados en los campamentos que cuentan con agua subterránea y retirar los residuos de cualquier origen.
- Determinar el número de vehículos precisos para las labores de prevención en este campo.
- Adecuación de las letrinas.
- Retirada de residuos sólidos.
- Eliminación de residuos sanitarios, tanto biológicos como químicos.

Animales:

- ✓ Existe una cabaña de animales en las wilayas que no están sometidas a control riguroso por parte de las direcciones de salud de las mismas o no obedecen las normas dictadas para su estabulación
- ✓ Hay bandadas de perros asilvestrados que deambulan entre los asentamientos con riesgo físico para quienes se los encuentran al tiempo que amenazan a los animales productivos y transmiten enfermedades.

Objetivos a determinar:

- Garantizar la salud de los animales domésticos y de los alimentos derivados de su explotación, así como los riesgos de su manipulación y estabulación.
- Censo de animales.
- Control veterinario de los mismos.
- Permiso de consumo de animales sacrificados.
- Prohibición de circulación de animales sueltos.
- Prohibición de perros en los asentamientos
- Alejamiento de los establos.
- Eliminación de las bandadas de perros asilvestrados

2. Cultura y estilo de vida

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.

Nomadeo:

- ✓ La cultura nómada de los saharauis les hace buenos conocedores del desierto y han continuado su tradición de la vida de pastores de camellos.
- ✓ Hay rebaños de camellos de posesión familiar que pueden acoger a saharauis de los campamentos ya que, en función de las épocas del año y las lluvias, pueden estar a distancias asumibles para el transporte.

Objetivos a determinar:

- Potenciar el Nomadeo como hábito de vida saludable recuperando los programas de Prevenciones.
- Trasladar a ancianos, mujeres y enfermos a los lugares de nomadeo.
- Garantizar las medidas de prevención a la población infantil que vive en las zonas de nomadeo.
- Cobertura de vacunación a los niños en los territorios de nomadeo.
- Atención veterinaria a los rebaños de animales (camellos y cabras)

Animales sedentarios: Lo comentado en el apartado de Medio Ambiente.

Natalidad:

- ✓ La política natalista ha sido consecuencia de la tradición y, sobre todo, de las duras condiciones del refugio y la guerra
- ✓ La consecuencia ha sido que las mujeres han tenido múltiples partos y familias numerosas criadas en un ambiente de carencia de alimentos.
- ✓ Existe un choque cultural entre la cultura tradicional y la necesidad de procrear por las duras condiciones de vida, contra lo que piensan las nuevas generaciones educadas fuera de los campamentos con unas ideas nacidas al amparo de sociedades menos castigadas y con sistemas de vida y de salud más favorecidos.

Objetivos a determinar:

- Fomentar la salud materno infantil disminuyendo la mortalidad perinatal como un factor determinante en la bajada vegetativa de la multiparidad.
- Evaluación de registros de mortalidad perinatal y mortalidad materna.
- Formación en todos los aspectos que rodean a la salud de la población infantil
- Programas de control del embarazo

Sedentarismo:

- ✓ El sedentarismo como consecuencia del refugio o del progreso económico produce un cambio cultural que se debe mitigar con hábitos de vida saludable que eviten los riesgos de enfermedades.

Objetivos a determinar:

- Formación en las escuelas y sensibilización a través de programas específicos para adultos sobre este cambio de hábitos sociales y sus riesgos.

3. Estructuras sociales (Espacio Social)

Comunicación:

- ✓ Hay una falta de comunicación entre las personas y familias dentro de las wilayas y los diferentes asentamientos

Objetivos a determinar:

- Vehículos de transporte de viajeros dentro de las wilayas que permitan la planificación de las visitas entre familiares y amigos, que permitan el traslado a gente con capacidad física disminuida, que faciliten la asistencia a consultas médicas y visitas a pacientes ingresados.
- Líneas de teléfono que permitan la comunicación dentro de los campamentos y hacia el exterior
- Mejorar las comunicaciones a todos los niveles.

Vivienda:

- ✓ Las viviendas e general carecen de las condiciones de aislamiento que mitigarían las temperaturas extremas
- ✓ La instalación de letrinas no es la correcta en algunos casos que pueden producir contaminación de los acuíferos por filtraciones en Dajla y Aaiun, mala eliminación de residuos, presencia excesiva de mosca y otros insectos, riesgos sanitarios para la comunidad
- ✓ Persistencia de iluminación con gas por carecer de energía solar en muchas viviendas

Objetivos a determinar:

- Diseñar una vivienda tipo con mejores condiciones de aislamiento.
- Garantizar la salubridad de las viviendas y letrinas con algún sistema de inspección que evite los riesgos sanitarios.
- Eliminar la iluminación con gas para prevenir los incendios e intoxicaciones por monóxido de carbono.
- Mejor diseño de las viviendas y su habitabilidad evitando las temperaturas extremas y disminuyendo los riesgos.

Energía:

- ✓ Gasto, riesgos e incomodidades por la dependencia del gas en casi todas las jaimas

Objetivos a determinar:

- Tender a la utilización de energías renovables.
- Porcentaje de jaimas con energía solar.
- Cursos de formación en energías renovables en la Escuela de Formación Profesional y en las escuelas dependientes de la UNMS.
- Sensibilización sobre energías renovables.

Utillaje:

- ✓ Es preciso prevenir los riesgos de accidentes en la vivienda por el manejo inadecuado de los elementos que se utilizan para producir energía tanto eléctrica como a gas.

Objetivos a determinar:

- Eliminar los riesgos de accidentes utilizando herramientas adecuadas a cada función y prevenir los accidentes domésticos.
- Inspecciones de instalaciones eléctricas y de equipamiento peligroso.

4. Mapa Sanitario

Peculiaridades de cada Asentamiento

Las 4 wilayas tienen particularidades que las hacen diferentes: Aaiun y Dajla tienen agua superficial y accesible con pozos familiares con agua no potable y que se usa si el suministro no es suficiente o cercano. Su uso produce problemas de salud pública que pueden llegar a ser gravísimos. Smara tiene una carretera muy cercana que facilita el transporte hasta Rabuni. Aaiun se encuentra muy cerca de Tinduf, más cerca que de Rabuni. Dajla está muy alejada y, aunque hay una carretera en obras que puede aliviar los 160 Km. que la separa de Rabuni, sigue siendo el lugar donde es más arriesgado enfermar y que precisa de una autonomía sanitaria de la que no disfruta, también es el lugar que menos se beneficia de los programas quirúrgicos por las dificultades de transporte.

Los Hospitales de wilaya se encuentran en diferente estado de conservación, funcionalidad y dotación y, en función de la dependencia marcada por las especificidades de cada wilaya, habrá que determinar

El caso particular de Dajla

- ✓ La wilaya de Dajla es la que se encuentra más alejada de todos los asentamientos. Dista unos 160 Km. de Rabuni hacia el sur.
- ✓ La pista principal comienza en Rabuni y en su parte inicial está asfaltada. Actualmente los argelinos están trabajando en el asfaltado de una parte de la longitud total de la pista hasta una base militar que se encuentra en el camino a unos 30 Km. del asentamiento. Cuando se termine esta carretera se facilitará la comunicación pero, a pesar de todo, deberá contar con recursos superiores desde el punto de vista sanitario que otros asentamientos.
- ✓ Ha sido la wilaya que menos se ha beneficiado de los programas de cooperación sanitaria, sobre todo de los programas quirúrgicos. Aunque se han realizado consultas de especialidad, se han intervenido pocos pacientes por la dificultad de encontrar medio de transporte para su traslado a la Unidad Quirúrgica del Hospital Nacional de Rabuni.
- ✓ El hospital de la wilaya se encuentra en un alto y alejado de la mayoría de las dairas con difícil acceso
- ✓ El agua subterránea debajo de la wilaya es muy superficial y accesible pero con graves problemas de salubridad. Existen pozos familiares sin control sanitario.

Objetivos a determinar:

- Asegurar una comunicación por tierra con mayor soporte que en cualquier otro asentamiento.
- Dar un trato igualitario a los pacientes cara a los programas quirúrgicos
- Facilitar el acceso a los pacientes y familiares hasta el hospital de wilaya
- Asegurar el abastecimiento de agua a la población para poder exigir la clausura de los pozos familiares
- Garantizar la energía de forma continua para asegurar el funcionamiento de las estructuras sanitarias y la cadena de frío para conservación de vacunas, fármacos, etc.
- Dotación suficiente para los Programas de Prevención

- Laboratorio bien dotado para toda la wilaya independiente del Laboratorio Central
- Unidad de Diagnóstico por Imagen para estudios complementarios solicitados por los médicos de la wilaya
- En el Hospital debe haber un quirófano para la cirugía de urgencia y la programada que se acuerde hacer por parte de las comisiones quirúrgicas.
- El Hospital de la wilaya debe estar mejor dotado a todos los niveles que el resto de estructuras de nivel similar con posibilidades de ingreso quirúrgico, pediatría, medicina interna, obstetricia, quemados y aislamiento. Servicio de urgencias bien dotado con posibilidades de ingresos de observación y corta estancia.

Estructuras Sanitarias:

- ✓ Definición del nivel sanitario de las diferentes estructuras. Parte de este punto se discutirá en la Mesa nº 2 con la concreción de las actividades y competencias, así como su nomenclatura de lo que han sido hasta ahora los dispensarios de daira y los hospitales de wilaya.
- ✓ El que los dispensarios pasen a llamarse Unidades Básicas de Salud, no es solamente una cuestión formal. La reconversión de actividades, la cobertura sanitaria y los profesionales que las van a llevar a la práctica, suponen una sustancial diferencia con lo que ha sido hasta ahora.
- ✓ Sustanciar esta diferencia no es solo cuestión de organigrama y determinación de tareas. Hay que hacerlo posible desde el punto de vista logístico, desde que sea posible que las personas se desplacen hasta su lugar de trabajo, hasta que exista la medicación necesaria para que se puedan dispensar en el lugar de consulta, que el equipamiento se adecúe al cometido y permitan, de forma real, la asunción de tareas.

Objetivos a determinar:

- Cobertura de personal con arreglo a la planificación
- Certeza de medios de transporte para que los sanitarios se encuentren en su puesto de trabajo y para que puedan regresar a su jaima al final de la jornada
- Suministro de fármacos regular con arreglo a la patología a tratar en la UBS
- Definir las condiciones tanto arquitectónicas como de equipamiento con que debe contar cada escalón sanitario al final de la reforma

Vehículos.

- ✓ No se dan las condiciones para que sea posible este nuevo organigrama y se permita el acceso a los puestos de trabajo.
- ✓ No están cubiertas las necesidades de transporte de pacientes graves
- ✓ No hay transporte público de pacientes para consultas
- ✓ No existe transporte público de familiares para visitas a los ingresados

Objetivos a determinar:

- Lo comentado en el punto anterior para el personal
- Dimensionar las necesidades de ambulancias en cada wilaya
- Habilitar líneas de transporte para que los pacientes puedan acudir a las consultas
- Crear sistemas de transporte público dentro de las wilayas

Ubicación de Laboratorio centralizado.

- ✓ Actualmente existen laboratorios de análisis clínicos en cada hospital de wilaya y en los hospitales de ámbito nacional
- ✓ Esto causa diferencias de atención según estén dotados, según la distancia al lugar de abastecimiento de material y reactivos, así como de la organización responsable del programa de apoyo a la estructura sanitaria del asentamiento que se trate.

Objetivos a determinar:

- La creación de un Laboratorio Central concentraría los recursos de equipamiento y personal con una mejor cobertura y certeza de resultados así como más fácil abastecimiento y control.
- Disminuir el costo de las determinaciones con mayor aprovechamiento del personal, equipos, fungibles y mantenimiento
- Ubicación física del Laboratorio centralizado
- Definir el personal con sus turnos y responsabilidades
- Establecer la rutina de transporte de las muestras y devolución de resultados sin error de adjudicación
- Asegurar el suministro de fungibles
- Garantizar el mantenimiento de los equipos

Ubicación de Servicio de Diagnóstico por Imagen centralizado.

- ✓ Actualmente existen equipos de radiología en los hospitales de wilaya y en los de ámbito nacional en diferente estado de conservación, con dificultades de mantenimiento y de abastecimiento de placas, reactivos y sistemas de protección.

Objetivos a determinar

- Mejorar la calidad de estas pruebas complementarias
- Ubicación física del Centro de Diagnóstico por Imagen
- Definir el personal con sus turnos y responsabilidades
- Garantizar el transporte de los pacientes desde sus domicilios hasta el lugar de la exploración y el retorno a sus viviendas
- Asegurar la llegada de los estudios informados sin error de adjudicación a cada paciente
- Asegurar el suministro de fungibles
- Garantizar el mantenimiento de los equipos

Creación de Banco de Sangre.

- ✓ La necesidad de un banco de sangre en los campamentos es algo que no se discute.
- ✓ La frecuencia de cirugía con riesgos de hemorragia, los riesgos derivados de los accidentes, partos complicados, en fin, cualquier proceso que precise de reposiciones hemáticas que inevitablemente se produce en una comunidad de la demografía como la que constituyen los campamentos.
- ✓ Actualmente las transfusiones de sangre se realizan buscando una persona de grupo sanguíneo compatible y aparentemente sana, realizando la extracción y administrándole la sangre total al paciente.

Objetivos a determinar:

- Crear un Banco de Sangre.

- Ubicarlo en el Hospital Nacional
- Laboratorio adjunto al Banco e independiente del Laboratorio Centralizado
- Censo de donantes localizable y con base de datos en la que consten el nombre, edad, antecedentes, sistema de localización, historia de donaciones, analíticas realizadas, grupo sanguíneo y Rh
- Analítica con estudio de las enfermedades de transmisión por vía sanguínea para minimizar los riesgos de la transfusión. Analítica que se debe hacer en cada extracción aunque la previa haya sido en la fecha más próxima que se considere como plazo mínimo entre donaciones
- Asegurar la conservación de la sangre y hemoderivados
- Sistemas de producción de derivados hemáticos para poder administrar concentrados de hematíes, plaquetas, plasma.
- Gestión rígida de los stocks

Farmacia Central:

- ✓ Actualmente es una estructura sanitaria que funciona con financiación de ACNUR y ECHO con Medico Internacional como ONG intermediaria.
- ✓ El trabajo es correcto, muy profesional y adecuado a la situación de los campamentos.
- ✓ Es importante resaltar la postura de Medico Internacional al negarse a suplantar la estructura del Frente Polisario en la gestión total de los fármacos en los campamentos.
- ✓ Sin embargo existen deficiencias que han dado lugar a rotura de stocks en los lugares periféricos del sistema que se deben subsanar.
- ✓ Objetivos a determinar:
- ✓ Gestión estricta de stocks con contabilidad exhaustiva de la existencia de fármacos
 - Definir de forma estricta las necesidades de farmacopea en cada escalón sanitario
 - Asegurar el aprovisionamiento sin retrasos en los plazos que se marquen
 - Facilitar los suministros extraordinarios en situaciones de crisis
 - Aumentar el Vademécum para dar servicio a las necesidades que se crean en la cobertura farmacológica de la atención quirúrgica. Se debe hacer una consulta a las diferentes especialidades que se intervienen en los hospitales quirúrgicos para establecer las necesidades de aumentar la variedad del Vademécum.
 - Garantizar la transparencia en la gestión de los fármacos con sistemas de control

Identificación de Pacientes. Conservación de la Documentación Clínica

- ✓ Actualmente es imposible garantizar un archivo por causas como:
 - I. Coincidencia de nombres y apellidos
 - II. Nombres de familia que sustituyen a los oficiales
 - III. Transcripción fonética de los nombres al castellano o árabe con utilización de letras diferentes entre unos u otros responsables de archivo
 - IV. Poco hábito del manejo de archivos activos
- ✓ Lo que sucede en la realidad es que la documentación clínica se pierde.
- ✓ Sólo se pueden consultar las historias que custodian los propios pacientes.

Objetivos a determinar:

- Número de Identificación Sanitaria Individual que sería el equivalente a la Tarjeta Individual Sanitaria. Se podría aprovechar la instauración próxima del Documento Nacional de Identidad.
- Establecer un sistema mixto de archivo que custodie el paciente o las instituciones sanitarias ya que el corte de edad del Documento de Identidad dejaría a las poblaciones infantil y juvenil, que no lleguen a la edad de ese corte, fuera de la posibilidad de archivo.
- Establecer un sistema de archivo con el número de la madre en el caso de los niños y jóvenes que no lleguen a esa edad de corte del documento.
- Utilizar el sistema que se ha debatido dentro de la mesa de trabajo nº 2

5. Alimentación

Dependencia externa:

- ✓ Existe una falta crónica de alimentos.
- ✓ Poca variedad en la dieta.
- ✓ Falta de alimentos frescos
- ✓ Rotura de stocks de forma habitual por la falta de cumplimiento en los plazos de llegada de los alimentos por parte de las organizaciones responsables.

Objetivos a determinar:

- Garantizar la seguridad alimentaria.
- Facilitar a los ciudadanos una mayor variedad en la dieta y el acceso general a los alimentos frescos.

Necesidades alimentarias reales:

- ✓ No se aportan las necesidades reales de alimentos no solo en cantidad sino también en calidad y en alimentos especiales para diabéticos, intolerancia al gluten, etc.

Objetivos a determinar:

- Realización de dicho listado de necesidades detallado y presto a ser presentado y defendido por las organizaciones de apoyo.

Desigualdades:

- ✓ Existen diferencias alimentación en función de formación, capacidad adquisitiva.

Objetivos a determinar:

- Censo de familias pobres y sin ingresos posibles para ser ayudadas por el gobierno.
- Minimizar las desigualdades actualmente existentes en la dieta de algunas familias.
- Formación y sensibilización sobre las necesidades alimentarias en general y sobre todo para la población infantil.

Desnutrición:

- ✓ Existen casos documentados de desnutrición

Objetivos a determinar:

- Lucha contra la desnutrición.
- Fomentar la lactancia materna.
- Alimentación específica para enfermos ingresados en hospitales.
- Formación de las madres

6. Sociales familiares

Movilidad:

- ✓ No hay transporte público suficiente para que las personas puedan comunicarse, visitarse

Objetivos a determinar:

- Facilitar la movilidad de las personas en el entorno de los campamentos.
- Los establecidos en el apartado de estructuras.

Paro:

- ✓ Aunque no existe una estadística de los niveles de ocupación, hay mucha población sin trabajo
- ✓ Ante la perspectiva de la asunción de responsabilidades políticas para gobernar su país, es preciso adquirir la cultura social de que el empleo es un derecho y el gobierno el responsable de procurarlo o fomentarlo
- ✓ El desempleo causa patología social, familiar y personal

Objetivos a determinar:

- Creación de empleo público.
- Elaborar una encuesta de población activa y gestionarla con criterios profesionales
- Planificar una forma de creación de empleo público
- Favorecer la creación de cooperativas
- Fomentar el autoempleo
- Crear plazas para formación en los campamentos

Paro juvenil:

- ✓ Siempre más oculto y con una emergencia más soterrada y violenta.
- ✓ Genera agresividad, frustración, marginación, malos hábitos y dificultades de reinserción.
- ✓ Por otro lado tiene un punto de catástrofe que se desconoce y que emerge de forma violenta e incontrolable.

Objetivos a determinar:

- Fomento de empleo juvenil.
- Aumento de plazas para Formación Profesional de ambos sexos.
- Estimular el autoempleo y la formación de cooperativas

Economía familiar (energía, alimentación):

- ✓ Existen hábitos alimentarios en algunas viviendas que no garantizan la cobertura necesaria para la nutrición sobre todo de la población infantil
- ✓ El exceso de féculas junto con el sedentarismo produce obesidad en las mujeres sin que ello signifique que estén bien alimentadas
- ✓ Riesgos derivados del uso de la energía (ya comentado)

Objetivos a determinar:

- Lo reseñado en el apartado de Medio Ambiente.
- Potenciar el uso de energías renovables.
- Sensibilización y formación en alimentación en la jaima.
- Programas de optimización de alimentos que se aportan con formación en maneras de variar la dieta y hacerla más atractiva.
- Programas dirigidos a madres sobre la necesidad de aporte alimentario a los niños.
- Programas que fomenten la lactancia materna.

Dependencia y carga familiar no productiva (ancianos, minusválidos, desocupados):

- ✓ Hay familias en las que conviven ancianos no válidos para su autocuidado, minusválidos físicos o psíquicos y otras personas que representan una carga para la mujer responsable del mantenimiento, abastecimiento, limpieza y alimentación de la vivienda

Objetivos a determinar:

- Protección y apoyo a las familias más desfavorecidas por este problema y a los familiares de presos, desaparecidos y fallecidos en la guerra.
- Programas de ayuda a estas familias en forma de viviendas más cómodas, alimentación y útiles y mobiliario.
- Unidades de Día como las que existen en algunas wilayas para estimulación rehabilitación y formación de minusválidos
- Estimular programas de cooperación con el Departamento de Asuntos Sociales y Emancipación de la Mujer y con la Unión Nacional de Mujeres para mitigar las diferencias con ayudas para estas familias.

Animales:

- Lo explicitado en el apartado de Medio Ambiente

Pozos familiares:

- ✓ Actualmente en las wilayas de Aaiun y Dajla existe agua subterránea superficial debajo del asentamiento por lo que las familias pueden tener un pozo accesible, en muchos casos, cercano o dentro de la vivienda.
- ✓ Esta agua, por los estudios practicados a raíz de graves episodios de infecciones gastrointestinales, está contaminada

Objetivos a determinar:

- Clausura absoluta de los pozos familiares.
- Cumplimiento de los objetivos referentes al suministro de agua y la cercanía del mismo
- Salubridad
- Controles de cloración
- Controles Bacteriológicos
- Inspección y censo de los pozos familiares
- Formación y sensibilización en la salubridad del agua

7. Políticos

Desarrollo económico (impuestos):

- ✓ Desde hace unos años existe un incipiente desarrollo económico que ha creado cambios sociales de todo tipo y agravios comparativos entre los que trabajan por su cuenta comerciando o instalando pequeños negocios y los trabajadores de los servicios públicos que no reciben sueldo y cuidan de la salud y educación de la comunidad.
- ✓ No está suficientemente contemplado un sistema impositivo que mitigue las diferencias
- ✓ Tampoco se está creando la cultura de tasas para recaudar dinero público necesaria para que un gobierno tenga capacidad financiera y presupuestaria.
- ✓ Para poder pagar los sueldos de los trabajadores del sector público no son suficientes, en la actualidad, los fondos provenientes de la cooperación
- ✓ Si no se insta un sistema impositivo, las necesidades de endeudamiento serán crecientes en una futura autonomía o autogobierno.

Objetivos a determinar:

- Establecer un sistema progresivo, proporcional, estimativo singular o del tipo que sea que permita la financiación pública y lime las diferencias que se observan en los últimos tiempos en los campamentos.
- Ley de función pública
- Recaudación de impuestos o tasas.

Estimulación:

- ✓ Se ha repetido en multitud de ocasiones en esta mesa de trabajo, también se ha hecho esta mención en las demás mesas y es algo que reivindican todos los trabajadores

Objetivos a determinar:

- Garantizar la estimulación, tanto económica como de desarrollo de carreras profesionales para los que ejercen trabajos que dependen de organismos públicos.
- Establecer unos niveles retributivos consensuados con expectativas de mejora conforme se permanezca en el puesto de trabajo o se ascienda en el nivel de responsabilidad.
- Valorar otros aspectos de estimulación no directamente económicos como el desarrollo de carreras profesionales, buena dotación de equipamiento, vivienda, transporte, formación postgrado, cursos de reciclaje, especialización, viajes al extranjero, etc.

Política Sanitaria:

- ✓ Los profesionales sanitarios van llegando a una estructura que no ha cambiado desde el origen del refugio, cuando estos profesionales no existían en los campamentos.
- ✓ Existen un sentimiento de que no son valorados como se merecen y que encuentran dificultades para desempeñar el trabajo para el que se han formado.

Objetivos a determinar:

- Reforma Sanitaria
- Garantizar la cobertura de los puestos de los profesionales sanitarios de forma continuada y con disciplina en el cumplimiento de los programas en vigor:
- Asegurar el transporte de los profesionales a sus puestos de trabajo
- Perspectivas de formación postgrado y reciclajes periódicos.

8. Género:

Reconocimiento del papel de la mujer:

- ✓ La mujer es el pilar básico de la salud de la comunidad en cualquier sociedad y más en las sociedades en vías de desarrollo
- ✓ Es prioritario reconocer este papel y darle los medios para seguir desarrollando su papel de sustento a la salud
- ✓ Es necesario dar testimonio público y reconocer la labor histórica de la mujer saharai durante todo el refugio.
- ✓ El nivel de igualdad de género en la sociedad saharai es muy superior a los que existen en otras sociedades árabes, sin embargo es preciso avanzar en este camino hacia la total igualdad.

Objetivos a determinar:

- Reconocimiento social, político y económico del papel clave de la mujer en la sociedad saharai.
- Facilitar los cauces para el acceso a proyectos de cooperación al desarrollo dirigidos a la población femenina a través de sus instancias políticas como la Dirección de Asuntos Sociales y Emancipación de la Mujer y la Unión Nacional de Mujeres Saharais

Mejorar la salud de la mujer:

- ✓ La población de los campamentos es una población sana, con enfermedades en su mayor parte causadas por el exilio y las duras condiciones de vida que este condiciona. Sin embargo la población más sensible para enfermar son los niños y las mujeres, es necesario reconocer que el mayor problema de salud que hay actualmente en los campamentos es la salud Materno-infantil, para poder poner los medios que modifiquen esta realidad. No es muy complicado ponerse en el camino de la solución, pero es clave reconocer esta realidad para comenzar a poner los medios.

Objetivos a determinar:

- Reforzar los valores que conducen a la actual situación de ausencia de maltrato físico a la mujer saharai
- Lucha contra la obesidad con programas de formación y educación en hábitos saludables
- Poner en práctica de forma oficial el programa de salud materno-infantil.
- Profesionalizar los sistemas de registro
- Creación de lugares de encuentro de las mujeres en los asentamientos en los que no sea la medicalización la única vía de fomentar la salud

9. Técnicos:

Formación en Epidemiología, Estadística, Salud Pública y Comunitaria:

- ✓ El mayor déficit para el conocimiento de la realidad sanitaria en los campamentos es la ausencia de algunos registros importantes o la parcialidad de otros. La motivación de esta carencia hay que buscarla en la época bélica en la que todos los datos eran estratégicos. Posteriormente y desde el alto el fuego e septiembre de 1991, comenzó lo que se ha dado en llamar de “ni guerra ni paz”. Este período no ha producido las condiciones suficientes de confianza para abordar este problema como se debería. Esto se une a la pérdida del hábito de registrar y a la carencia de técnicos específicos para esta disciplina.
- ✓ Se cumplimentan varios tipos de registros pero algunos son parciales y su explotación da una visión sesgada de la realidad sanitaria que es preciso completar

Objetivos a determinar:

- Establecer sistemas de conocimiento real y adecuado a los criterios de fiabilidad necesarios para la programación sanitaria.
- Técnicos formados en dichas disciplinas y registros fiables con posibilidades de ser explotados.

Facilitar el control de enfermedades epidémicas:

- ✓ La distribución demográfica de los campamentos facilita el control y estudio de enfermedades epidémicas
- ✓ La organización sanitaria está pensada para este fin como se espera de un sistema basado en la prevención
- ✓ Inevitablemente se producen enfermedades epidémicas de forma periódica

Objetivos a determinar:

- Evitar que los procesos infecciosos diezmen a la población por conocimiento tardío de la aparición de las epidemias o desconocimiento del cuadro clínico.
- Realización de encuestas epidemiológicas.
- Cumplimiento del Listado de Enfermedades de Declaración Obligatoria y su envío inmediato al Ministerio.

Cooperación:

- ✓ No existe la posibilidad de coordinar los equipos desde la Oficina de Coordinación Sanitaria ya que no informan de los viajes, interrumpiendo y entorpeciendo el trabajo de los sanitarios de las wilayas y de los equipos quirúrgicos que se desplazan con el conocimiento de la Oficina de Coordinación
- ✓ Hay exceso de cooperación testimonial que aparte de no coordinarse no les anima más que el hecho de realizar una experiencia vital, convirtiendo los campamentos en un parque temático para satisfacción de un deseo aventurero.

Objetivos a determinar:

- Definir las necesidades de especialistas expatriados y vincularlos al SNS de forma que lo complementen y que los efectos contaminantes se minimicen.
- Listado de especialidades necesarias actualizado cada año y confeccionado en función de estudios y/o registros de enfermedades prevalentes realizados por los sanitarios saharauis.

- Impedir el trabajo de equipos sin coordinar y sin un programa serio y financiado que cumpla lo acordado por las conclusiones de las II y III Jornadas
- El Ministerio debe velar por el trabajo bien programado y coordinado.
- No se puede dejar trabajar a equipos nuevos que no hayan sido autorizados por la Oficina de Coordinación Sanitaria
- No se debe dejar trabajar a médicos, enfermeras y sanitarios en general que lleguen en vuelos chárter sin haber sido coordinados y autorizados por la Oficina de Coordinación Sanitaria.
- Reconocer y difundir que la Oficina de Coordinación Sanitaria es una dependencia del Ministerio de Salud de la RASD y como tal tiene autoridad delegada por el Ministerio para decidir aspectos que garanticen la seguridad de los pacientes saharauis haciendo esta labor de filtro de los equipos sanitarios que se quieran desplazar.

Fuentes de verificación

Derivadas de los objetivos elegidos. Deben ser citadas junto al listado del objetivo correspondiente. Deben ser públicas y contener una capacidad de evaluación del objetivo sin concesiones a la subjetividad.

Estructuras necesarias

En función de los objetivos que se elijan harán falta unas estructuras u otra, un tipo de personal u otro y variará asimismo el equipo necesario, etc. Sin embargo lo más importante es contar con el personal formado necesario y, en todos los casos, el Ministerio se tiene que dotar de expertos en Salud Pública y Comunitaria, Epidemiología y Estadística, ya que la base de la programación es el conocimiento de la realidad y la comparación de realidades solo se puede conseguir cuando la explotación de los datos es correcta y conforme a criterios profesionales

FORMAS DE FINANCIACIÓN

Hay pocas formas, en la situación actual, de financiar los programas de salud, que no provenga de la ayuda exterior. Dentro de los costos es muy importante asegurar los fondos precisos para pagar los sueldos de personal. En la mesa nº 6 se proponen acciones concretas para asegurar esta necesidad. El fijar que un porcentaje de fondos de cada proyecto se destine al mismo puede asegurar dichos programas mientras existan esos fondos. Sin embargo minimiza la capacidad de gestión del Ministerio de Salud y, sobre todo, puede producir desapariciones de programas prioritarios si la financiación de estos disminuye o finaliza.

La situación actual de desarrollo económico hace necesario contemplar la posibilidad de incrementar la política impositiva para contar con fondos de dinero público que facilite la creación de empleo público bajo riguroso control de dichos fondos.

El origen de dichos fondos puede ser muy variado, desde tasa por negocios d cualquier tipo, tasa por los programas de Vacaciones en Paz

El propósito es crear la cultura impositiva imprescindible en cualquier país que quiera llegar a un desarrollo, la justicia social, contar con posibilidades financieras independientes.

Asimismo, un gobierno se define por los presupuestos. El destino de los fondos y la prioridad que se les otorgue en los presupuestos determina la ideología mucho más que las palabras que se digan en cualquier ámbito en el que esto se haga.

ACTUACIÓN DE LA COOPERACIÓN

Aspectos negativos

Cooperación Testimonial

Como se ha indicado anteriormente, la cooperación testimonial tiene un efecto perverso que se repite con gran frecuencia en los campamentos. No es necesario insistir en lo negativo de estas experiencias que solo valen para satisfacer el ego de esos sanitarios que realizan estos viajes sin ninguna intención de trascendencia ni de trabajo con futuro. Eso no es cooperación, eso es turismo sanitario y debe ser rechazado desde todas las instancias. Crea falsas expectativas, interrumpe el trabajo programado de los sanitarios saharauis, produce gastos inútiles derivados del transporte que precisan y del alimento que consumen, al tiempo que representan un riesgo ya que desconocen la sistemática de trabajo y tampoco han sido controlados en su capacidad, experiencia, formación y pericia.

Riesgo de cooperación sectorial

Cuando la cercanía política al proceso no es la prioridad máxima a la hora de planificar el trabajo en los campamentos se corre el riesgo de establecer vínculos de cooperación con niveles que no pasen por las autoridades determinadas por la estructura gubernamental de los campamentos. Esto tiene un efecto desmembrante y establece una suerte de clientelismo con asunción por parte de la ONG de una autoridad y capacidad de decisión para la que no está autorizada ni legitimada.

Han sucedido hechos como éste en parcelas concretas y el Ministerio debería, sobre todo en los tiempos que corren, tener especial cuidado en frenar el riesgo de estas iniciativas. La entrada en escena del concepto salario ha producido y puede volver a producir daños y agravios comparativos que no son deseables, aparte de la pérdida de autoridad e influencia de las autoridades naturales de los campamentos.

Presencia frecuente de equipos incompletos

Siempre se ha exigido que los equipos de personal expatriado que se desplazan a los campamentos estén constituidos por un número y composición determinados en función del trabajo a abordar. Sin embargo esto no se respeta en todos los casos. El hecho no es baladí y hemos sufrido resultados desastrosos por esta mala práctica.

La exigencia (se trata de una exigencia) por parte de la Oficina de Coordinación tiene sus razones para asegurar la calidad de los equipos, evitar riesgos para la población y que la improvisación se convierta en la norma de trabajo. Asimismo se debe trabajar con los mismos criterios que se exigen aquí y con equipos incompletos no se cumplen esos requisitos. Una de las razones para esa exigencia es que la conformación de un equipo completo es una forma de autocontrol dentro de los equipos desplazados.

Falta de coordinación

Desde la Oficina de Coordinación se debería tener y no se tiene un conocimiento de todos los equipos que se desplazan. Esto produce un descontrol de graves resultados para la desconvocatoria de la solidaridad y el deterioro del trabajo. El que sea el propio ministerio en ocasiones el que, aceptando equipos sin coordinar, pone en cuestión el funcionamiento de la oficina hace dudar de la sinceridad de la estructura al dotarse de esa instancia.

Como ya se ha dicho, se debe considerar que la Oficina de Coordinación es una dependencia del Ministerio de Salud y que actúa y debe seguir actuando siempre en consonancia con esa asumida misión. Esto produce una sumisión funcional con imposibilidad de tomar decisiones ya que no es esa su misión. Sin embargo no se la debe desnudar de sus únicos cometidos al tiempo que se defrauda a quienes confían en su gestión.

Situaciones repetidas de desinformación y coincidencias que ha entorpecido programas de trabajo se producen con el evidente riesgo de desconvocatoria de equipos con solera en el trabajo en los campamentos.

Disminución de las exigencias de calidad asistencial

La llegada de nuevos equipos sin coordinar y, algunos de ellos, sin los criterios de calidad que se establecieron como un código de conducta para el trabajo en los campamentos ha producido, en ocasiones, un deterioro en el trabajo. Esta pérdida de hábitos se debe, tanto a los cooperantes como a los responsables de las estructuras sanitarias que, presionados por los responsables de los grupos desplazados, pueden llegar a no mantener los criterios que siempre se habían respetado.

Agravio comparativo con respecto a los sanitarios locales

La experiencia y seguridad que demostramos de forma inevitable los sanitarios desplazados, así como los medios técnicos que se emplean, hacen que los pacientes establezcan una comparación de la que no salen bien librados los sanitarios locales. Si se actúa con prepotencia como hacen algunos sanitarios desplazados el efecto es demoledor hacia los profesionales locales.

Es importante actuar con respeto y, salvo en los programas de especialidad con asistencia inevitablemente directa, el resto de las actuaciones, sobre todo en Atención Primaria, se deben circunscribir a formación, asesorías y tutorías sin sustituir a los sanitarios locales en sus funciones asistenciales.

Es tan simple como considerar a los sanitarios locales como compañeros dentro del mismo cometido, sentirse como parte de su estructura y tener la clara conciencia que cualquier programa que se aborde es un programa de apoyo a su estructura y que cuando acudimos a trabajar formamos parte del sistema saharauí de salud.

Falta de respeto en los programas de formación

La formación no coordinada impartida en los campamentos por parte de las diferentes Asociaciones y ONG no está homologada y, al margen de la capacitación docente de los actores, existen elementos no valorados suficientemente en relación con la adecuación, la base de conocimientos de los receptores, las fronteras idiomáticas, la coordinación con otros programas de formación ya impartidos o en activo en el mismo momento. Esto produce esfuerzos inútiles, mensajes contradictorios con frecuencia y parálisis del sistema ante la dificultad de comprensión de la materia que se trate y su descoordinación con programas ya recibidos o impartidos en los mismos tiempos por otros grupos.

Existen programas estables de formación en las wilayas de Auserd, Aaiun y Smara con responsabilidades asumidas por Asociaciones y ONG que llevan varios años trabajando y que mantienen un cierto grado de comunicación. En la wilaya de Dajla hay diferentes grupo, lo que puede llegar a dificultar la formación homologada y coordinada. Es necesario que estos grupos que comparten responsabilidades en el mismo entorno se reúnan periódicamente para optimizar sus esfuerzos.

En referencia a Escuelas profesionales, en la Escuela de Enfermería hay un programa estable de formación. con buena coordinación y reparto de responsabilidades docentes.

En programas concretos de salud como Salud Mental hay dos grupos que trabajan hace tiempo y de forma estable, Asociación de Pamplona y Valencia que mantienen comunicación y se coordinan.

Se echa de menos algún programa estable que apoye a la atención a disminuidos psíquicos en relación con la UNMS y con Castro, el pionero en esta disciplina en los campamentos. En la mesa nº 3 se informa sobre este aspecto y se delega en Marco Bertone para que informe sobre las situación de los minusválidos con el fin de realizar un programa común y ajustado a un censo real de este tipo de patología. También se pretenden cubrir las necesidades de formación y dotación para los disminuidos físicos de los que también se pretende realizar un censo.

En referencia a la Prevención, parte de la formación se realizan dentro de los programas de formación estable que se imparten en las wilayas por parte de las Asociaciones y ONG responsables de los programas estables. Sin embargo hay aspectos que no se contemplan dentro de la formación de estos grupos. Fundamentalmente se trabaja en Nutrición, Salud Materno-infantil y Promoción de Salud con personal diana en las mujeres de los Comités de Salud, jefas de barrio, parteras tradicionales y matronas.

Actualmente hay un proyecto de abastecimiento y tratamiento del agua para las wilayas de Dajla y Aaiun. Sin embargo la formación en el manejo del agua para su garantía de potabilidad es un lunar que ha sido asumido en relaciones temporales por diversas ONG sin la continuidad necesaria y el rendimiento esperado.

Aspectos positivos

Complementar la estructura de salud saharai

Bien coordinados y ajustándose a las necesidades a las necesidades determinadas por las autoridades de salud de la RASD, los equipos desplazados complementan las carencias de atención especializada que, por ahora, tiene la estructura de salud saharai.

Dotar de equipamiento técnico de calidad para la atención especializada

La dotación de equipos para la realización de técnicas de cirugía es uno de los valores importantes de la aportación de la cooperación. Los equipos que se desplazan utilizan tecnología similar a la que se usa en sus hospitales de origen.

Sistemas de manejo de patologías en consenso con los sanitarios saharauis

Conseguir la dotación de elementos de diagnóstico y arsenal terapéutico para patologías prevalentes en atención primaria de acuerdo con la estructura sanitaria autóctona.

Establecimiento de programas de atención primaria

Actualmente y según los anexos que se adjuntan a las conclusiones, existen programas atención de patologías y de prevención que han sido acordados y consensuados con los sanitarios saharauis.

Coordinación

Los equipos que se coordinan permiten un trabajo ordenado, sin interrumpir la rutina del trabajo de los sanitarios autóctonos y con comunicación con el resto de equipos que trabajan en la misma disciplina, poniendo en práctica los mismos programas que se citan en el punto anterior.

Respeto a la estructura sanitaria de la RASD

Los programas de apoyo a la atención sanitaria son lo que significa su definición. Son programas de apoyo, no son de sustitución. Con ello se pretende fortalecer el liderazgo de los sanitarios saharauis y dar valor a su trabajo. La labor de los desplazados es la de tutorías, asesorías y formación, recayendo la asistencia directa sobre los sanitarios saharauis. Las únicas limitaciones son las atenciones a demanda o las situaciones de emergencia.

FORTALECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA SANITARIA AUTÓCTONA

Fortalecer el liderazgo local es uno de los objetivos de las III Jornadas, con este fin se propugna que sea el Ministerio quien dirija de forma profesional la atención sanitaria y que esta dirección no sea sometida a los criterios de la Cooperación salvo en cuestiones que el propio Ministerio solicite asesoría.

La dirección encubierta por parte de la Cooperación es algo habitual y contra lo que hay que luchar ya que el establecimiento de las necesidades y su prioridad deben venir marcadas por las autoridades sanitarias saharauis.

Si no existe un Plan de Salud que defina estas prioridades y estas líneas necesarias, se deja un terreno abonado a que las organizaciones externas entren a dirigir la salud conformando proyectos que no han sido sentidos como propios ni necesarios por los propios sanitarios saharauis.

Por tanto, es vital que el Ministerio de Salud determine los ítems mejorables, su dimensión y tiempo de plazo para que nadie sienta tentaciones colonialistas de modificar la realidad a su libre albedrío.

A partir de esa toma de decisión, se refuerza el liderazgo local, ya que si el ministerio no organiza la planificación, los trabajadores no sienten que es su Ministerio quien dirige y traslada su dependencia jerárquica a quienes sienten como responsables del área en la que trabajan.

Habrán decisiones que competan a más de un Ministerio por lo que es preciso un esfuerzo de coordinación interministerial que se concrete en reuniones de gobierno. Asimismo, dicha planificación necesita de una declaración presupuestaria anual que asigne los recursos de forma legal a cada departamento y con carácter de cumplimiento obligado a controlar por la instancia parlamentaria que determine la legalidad actual en la RASD.

Aunque es evidente la dificultad para la consecución de presupuestos en un entorno sin recursos económicos propios, se debe, por el bien de la comunidad y la credibilidad cara a un futuro político cercano, establecer una sistemática de prioridades gubernamentales que nazca del consenso de todos los ministerios. Al mismo tiempo es preciso conseguir instaurar una cultura impositiva de acuerdo con los sistemas económicos en los que la RASD independiente se quiere enmarcar.

El dinero público debe salir de los ciudadanos con mayor poder adquisitivo y en el nivel de desarrollo económico actual ya se perciben diferencias sustanciales que producen agravios y estimulan el nacimiento de delitos contra la propiedad ya que si el estado no vela por los más débiles, estos se consideran con derecho a limar las diferencias por la vía más directa.

SUSTENTABILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Es necesario asegurar los programas de salud que sean clave para la supervivencia de la población. Asimismo cualquier sistema de salud tiene que garantizar que los logros sociales conseguidos se conserven y, en la medida de lo posible, se incrementen. Esto hace necesario que el Ministerio de Salud asegure la supervivencia de estos programas.

La sustentabilidad de estos programas es un papel que corresponde al Ministerio de Salud en conjunto con el gobierno de la RASD y en sus previsiones presupuestarias debe contemplar esas prioridades vitales que, para la población, significan esos programas.

UNA HIPÓTESIS DE FUTURO

Ante la hipótesis de futuro de una Autonomía con la asunción de responsabilidades en el territorio del Sahara Occidental, hay que plantear como se pueden asumir estas responsabilidades sin que disminuyan las actuales coberturas sanitarias de las que disfrutaban los habitantes de los territorios ocupados e intentar que mejoren de forma progresiva conforme se asiente el gobierno autónomo.

Es preciso conocer los recursos actuales que se encuentran en la totalidad del territorio, sumando el patrimonio sanitario que existe, tanto en los territorios liberados como en los ocupados.

Al mismo tiempo hay que garantizar la prevención de accidentes derivados de la presencia de minas que todavía existen en las zonas de conflicto.

También se necesita trabajar en la reconciliación nacional eliminando las secuelas de la violencia que, inevitablemente, se ha generado durante todo el proceso y que va a enfrentar a las víctimas y sus familias con quienes las agraviaron.

Recursos sanitarios en los Territorios Ocupados

Aaiun	260.000 habitantes
Smara	40.000 habitantes
Bojador	30.000 habitantes
Dajla	50.000 habitantes

Red hospitalaria

Aaiun

- Hospital Hasan ben L'Medi
 - Capacidad: menos de 200 camas
 - Urgencias y Cirugía General
- Hospital de Especialidades Hassan II
 - Capacidad: menos de 150 camas
 - 4 plantas sin ascensor
 - Especialidades
 - Cardiovascular
 - ORL
 - Traumatología
 - Urología
 - Cirugía Infantil
 - Ginecología
 - Diálisis
 - Laboratorio
 - Radiología con Ecografía
- Hospital Militar (antiguo hospital español)
 - Capacidad: menos de 200 camas
 - Cirugía General
- Dispensarios civiles: 6
- Dispensarios militares: 1
- Sector privado:
 - 12 consultas de especialidades
 - Clínica de Ginecología

Smara

- Hospital Provincial
 - Medicina General
- 3 Dispensarios
- 1 Consultorio Militar

Bojador

- Hospital Provincial
- 2 Dispensarios
- 1 Consultorio Militar

Dajla

- Hospital Provincial
- 3 Dispensarios
- Hospital Militar

Aunque la información no es exhaustiva, da una idea de los recursos y su ubicación. La atención sanitaria produce desconfianza entre los saharauis según la información recabada. Los que pueden permitírselo salen al extranjero para ser tratados.

Los datos referentes al personal que atiende los hospitales, dispensarios y consultorios son parciales. Se sabe que hay 10 médicos saharauis pero que la mayoría trabaja en el interior de Marruecos.

Hay más de 200 enfermeros y ATS en los hospitales y dispensarios

Recursos sanitarios en los Territorios Liberados

Hospitales construidos en:

- Tifariti
- Meheriz
- Mijek
- Agüenit

Todos son de reciente construcción y cuentan con:

- Quirófanos
- Paritorios
- Esterilización
- Radiología
- Laboratorio
- Farmacia
- Consultas
- Urgencias
- Cocina central
- Depósito de agua
- Energía con células fotovoltaicas y generadores
- Camas: entre 60 y 100 en cada hospital

Ante la existencia de estos recursos es evidente que la atención médica básica puede estar atendida de forma suficiente solo pendiente del capítulo de personal. Dimensionar las necesidades es tarea a asumir con urgencia nada más acceder a la responsabilidad, pero es necesario tener un plan concreto a desarrollar en la etapa de gobierno.

Antes de afrontar las responsabilidades es imprescindible conocer todo lo referente a Atención Primaria y especialmente al capítulo de Prevención en los Territorios Ocupados para poder planificar las necesidades y garantizar la salud desde la base.

También se debe tener como tarea urgente la creación de un Mapa Sanitario que defina el destino de los recursos en función de los núcleos de población que van a producirse con la Autonomía y la futura Independencia, su población, las comunicaciones de todo tipo, los recursos existentes y la cobertura que se va a dar a la población.

La salubridad de aguas de consumo, la seguridad alimentaria y lucha contra el hambre, la cobertura de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la gestión de los residuos de todo tipo, son aspectos irrenunciables de una política sanitaria. Algunas vertientes de lo anterior componen cuestiones verdaderamente estratégicas y de dependencia institucional inexcusable.

El cálculo de las dotaciones presupuestarias se tiene que hacer, lógicamente, ordenando las prioridades e intentando optimizar el uso de los recursos.

Mesa 2

Atención Primaria

Coordina:

Jesús Martínez de Dios – AAPS de Colmenar Viejo (Madrid)

El **Modelo de Atención Primaria** elaborado por miembros de la Coordinadora Sanitaria durante 2002-2003 y presentado en la Jornada de Atención Primaria celebrada en Smara el pasado mes de mayo se considera el marco teórico ideal para el desarrollo de la Atención Primaria en los campamentos de refugiados que acogen a la población saharauí desde hace 28 años.

Desde entonces las comisiones internacionales de apoyo han participado con diferentes propuestas de mejora para la Atención Primaria que no han alcanzado los resultados esperados por diversos motivos: insuficiencia de personal sanitario (médicos, matronas...), falta de motivación en las personas que deben llevar a cabo el trabajo y, sobre todo, falta de eficacia o interés por parte de las autoridades sanitarias saharauí para poner en marcha los cambios que requiere una Atención Primaria Saharauí autónoma.

En la actualidad se dan unas circunstancias que permiten esperar que estos cambios se produzcan: por parte del Ministerio, tanto el Ministro de Salud Pública como los Directores de Prevención y de Asistencia Sanitaria expresan con firmeza **su apuesta** por este modelo de Atención Primaria y que les **parece factible** su instauración ya que cuentan con las **infraestructuras y el personal adecuado** para ello.

El nuevo modelo de Atención Primaria no va a cambiar sustancialmente lo que ya existe en el Ministerio en cuanto a personal e infraestructuras se refiere, pero **va a mejorar el trabajo que se viene haciendo en salud pública**, haciéndolo más eficaz, más eficiente y, sobre todo, más autónomo. Habrá dificultades con problemas que se planteen por la nomenclatura o por la composición multidisciplinar de los equipos de trabajo, pero la propia sociedad saharauí aportará las soluciones precisas.

Con el nuevo Modelo de Atención Primaria saharauí se intenta recuperar la importancia de la **promoción de la salud y prevención de enfermedades** que tanto arraigo tuvo en años anteriores dentro de la estructura sanitaria saharauí e intenta potenciar el papel de la **mujer como agente de salud**, que ya lo es, pero incluyéndola en el organigrama básico de los equipos de trabajo, tanto en la daira como en la wilaya.

La estructura básica de la salud Pública saharai debe estar **lo más próxima a la población**, es decir: en las dairas. Allí ha funcionado hasta la fecha **el sanitario como pilar básico** y allí seguirá funcionando, pero con el apoyo de un equipo organizado que hemos llamado **“Unidad Básica de Salud de la Daira”** (UBS) y que, además del sanitario, contará con la presencia de un médico, auxiliares, matronas, agente de salud escolar, agente de educación para la salud, representante de la UNMS,...

Representaciones de las Unidades Básicas, junto con un grupo multidisciplinar con profesionales en psicología, veterinaria, odontoestomatología, fisioterapia, matronas,.... compondrán el **Equipo de Atención Primaria de la Wilaya** coordinado por el Director Regional de Salud.

La composición y funciones tanto de la Unidad Básica de Daira, como del Equipo de Atención Primaria de la Wilaya que se propone para el inicio de este nuevo modelo de AP están detalladas en documento anexo y no es preciso aclarar en este resumen.

La metodología de trabajo que se propone para la Atención Primaria es por **Programas o Protocolos de Salud**. Basándose en el análisis de la situación, se identifican problemas de salud y se elabora un Programa o Protocolo para actuar ante los más prioritarios.

Los programas de salud deberán definir claramente los objetivos que pretenden, las actividades necesarias para alcanzar esos objetivos, los recursos necesarios para ello y un sistema de evaluación.

Inicialmente entre las personas que trabajaron este modelo en la coordinadora se dio prioridad a un grupo de programas básicos para iniciar el trabajo siguiendo el nuevo modelo, pero la sociedad saharai, sus profesionales sanitarios y sus autoridades sanitarias deberán, partiendo de sus necesidades sentidas u objetivadas proponer la puesta en marcha de otros programas básicos o protocolos puntuales para resolución de problemas de menor magnitud.

En la actualidad se lleva a cabo con implantación en todas las dairas de los campamentos el **Programa de Niño Sano** que tiene como población diana a niños y niñas de 0 a 6 años. Su diseño y estructura es correcto, aunque –por ahora- el seguimiento es desigual en las diferentes wilayas.

El grupo de edad de 6 a 14 años no está cubierto por un programa de detección salvo en **salud bucodental** (con dos intervenciones en 1º y 5º cursos). Sería conveniente elaborar un programa de revisiones a este grupo de población, que inicialmente podría acoplarse al calendario de revisiones citadas para salud bucodental.

El **Programa de vacunaciones** tiene muy buena implantación en todas las wilayas.

No existe un **Programa de Discapacitados** dentro del Ministerio de Salud Pública, este programa se lleva desde la Unión Nacional de Mujeres Saharaui que realizan un gran trabajo. Dado que, en la actualidad, hay una veintena de fisioterapeutas saharauis en los campamentos, que no pertenecen a ningún ministerio, se propone descentralizar el trabajo con discapacitados desde el hospital a las dairas y que los fisioterapeutas, incluidos en las UBS de daira y en los EAP de wilaya actúen como formadores del personal de ambos equipos, sin desprecio de las actividades que deban realizar en las dairas directamente coordinados con la UNMS.

La Mujer no tiene en marcha un programa dedicado a ella específicamente. Hay trabajos en educación maternal en algunas wilayas sin coordinación nacional. Desde la Coordinadora Sanitaria se ha elaborado un **Programa de Salud Materno-infantil** que fue documento de trabajo en la Jornada de AP de Smara y que puede servir como base inicial de trabajo.

Un problema importante a la hora de desarrollar un programa de salud materno infantil, es la falta que hay en estos momentos de matronas formadas adecuadamente, por lo que en inicio deberían hacerse cargo de la mayor parte del control de los embarazos los médicos, esta situación sería insostenible a medio o largo plazo, pero contamos con la creación reciente de una escuela de matronas en los campamentos, que podrían ir entrando paulatinamente a colaborar con ellos.

Médicos del Mundo tiene un proyecto de Programa Materno-infantil para llevarlo a cabo en las wilayas de Awserd y Aaiún que básicamente incidirá en:

- mejora de los hospitales
- adquisición de unidades móviles
- formación y preparación de matronas
- mejora de conocimientos de la población

En **planificación familiar no hay ningún programa** funcionando a nivel nacional. La población saharauí está en una fase en que interesa el crecimiento poblacional y desde el Ministerio de Salud no se va a apoyar la creación de un Programa de Planificación Familiar por el momento. Respetamos su postura y, si en algún momento se considera conveniente hacerlo, contarán con nuestra ayuda

Tampoco hay un programa definido en ámbito nacional sobre **Salud Mental y enfermedades neurológicas**. Desde la Coordinadora se está elaborando un programa básico para trabajar en atención Primaria que se ajuste al **Plan Nacional de Salud Mental** que ya está elaborado. Hay unas veinte personas formadas en Psicología que pueden llevar un trabajo en las dairas tanto de consulta con personas que lo necesiten, como formativo del personal de las UBS de daira y de los EAP de wilaya.

En las conclusiones de esta mesa se tocó un tema transversal como es la medicación ya que existen problemas de abastecimiento continuado de fármacos que dan lugar a fases de descanso forzoso en la terapia y esto, cuando hablamos de personas con problemas psíquicos o neurológicos, es muy grave y debe intentar evitarse.

En **enfermedades crónicas** existe un **programa de diabetes** que llevó a cabo Asturias durante seis años desde 1995 en la mayoría de las wilayas que dio lugar a la elaboración de un censo, formación de personal y aporte de medicación y material diagnóstico. Hay también un Programa elaborado desde la Coordinadora y completado en Mayo con el trabajo de las jornadas que puede servir de apoyo al trabajo de Asturias. Asturias se compromete a coordinar el trabajo en diabetes en todos los campamentos, con el apoyo y participación de otras asociaciones.

En **Hipertensión Arterial** tampoco hay un Programa unificado. Hay uno elaborado desde la Coordinadora y consensuado en las jornadas de Smara que igualmente puede servir como base de trabajo inicial en este problema de salud.

En **enfermedades respiratorias**, hay trabajos sobre asma realizados por diferentes asociaciones que podrán conducir a la elaboración de un programa o protocolo de estos problemas de salud.

En **enfermedades infecciosas** tampoco hay ningún programa nacional. Hay trabajos realizados sobre prevalencia de infección tuberculosa o de serología de hepatitis en gestantes de algunos grupos de población...Se está elaborando en la coordinadora un Programa de tuberculosis.

Un programa pendiente de elaboración solicitado por los profesionales saharauis en las jornadas de Smara es el **Programa de Atención en la Jaima**. Hay trabajos puntuales de alguna asociación que pueden conducir a la elaboración de un programa que defina el trabajo de las UBS y EAP sobre el terreno, en el entorno próximo de la población (tanto de las personas enfermas como de las sanas).

El Programa de Salud más básico y necesario, dadas las condiciones medioambientales en que se desarrolla la vida de la población saharai es el **Programa de Medio Ambiente**. Es complejo pues por su contenido es multidisciplinar y sus responsabilidades atañen a varios ministerios, pero desde la Atención Primaria hay que abordarlo como uno de los principales problemas de salud de la población saharai. Se trabajará básicamente la educación para la salud, pero también se podrán realizar otras actividades dada la composición de los EAP de wilaya. Desde la Coordinadora se ha elaborado un programa de Medio Ambiente para AP consensuado en Smara en Mayo.

En la actualidad se considera que la distribución de **agua** hasta la jaima tiene una buena calidad cuando abastece el Ministerio, pero no es así con el agua procedente de pozos.

Los **residuos sólidos** se recogen periódicamente pero con una continuidad no adecuada.

Estudios veterinarios detectan ausencia de **zoonosis** como tuberculosis o brucelosis en el ganado (cabras, camellos) pero sí que está aumentando el riesgo de hidatidosis por perros. Se considera un problema de salud la presencia cada vez más numerosa de perros asilvestrados en el entorno de algunas wilayas.

Tras este repaso a la situación actual y previsiones futuras se concluyó con unas características que deben ser cumplidas por todos los programas de salud que se apliquen en Atención primaria:

- El programa debe ser **único** para todas las wilayas del campamento, con las adaptaciones que requieran las diferentes circunstancias de alguna daira o wilaya
- Las **necesidades de formación** del personal que lleva a cabo los programas se organizarán desde las UBS y los EAP y las comisiones internacionales de apoyo actuarán según esa programación de temas y calendario para evitar repeticiones sobre los mismos temas o charlas sobre temas que no se trabajan en la práctica
- La formación ideal del personal de los EAP y UBS es del tipo “**supervisión capacitante**” (tutorización del trabajo diario durante varias jornadas)
- Los programas deben basarse en sus contenidos en los expuesto en la “**Guía terapéutica saharai**” y atenerse al **Vademécum** de productos terapéuticos que existe en la Farmacia saharai
- Debe haber una persona saharai, **responsable en cada programa** con representación delegada en las wilayas

COORDINACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Debe seguir existiendo una **coordinación continuada en cada wilaya** por un grupo o asociación como se viene haciendo hasta la fecha en algunas wilayas: Aaiún (Navarra), Awserd (Álava), Smara (País Valenciá).

Se recomienda que estas asociaciones den una **composición uniforme** a sus comisiones de apoyo y acorde con la composición de los EAP de la wilaya (veterinaria, psicología, fisioterapia, odontología...).

Por otra parte, en la Coordinadora Sanitaria, deberá haber una **persona de referencia** para **cada especialidad** que interviene en los diferentes programas de salud o una persona de referencia para **cada programa de salud**. Una u otra deberán tener un estrecho contacto con la persona saharai que se responsabilice en los campamentos de dichos programas.

Toda asociación que desee llevar a cabo un proyecto sanitario en los campamentos deberá **comunicarlo previamente** a la Coordinadora Sanitaria y al Ministerio de Salud para que se valore su pertinencia y se acople al Plan de Salud Saharai.

Con las memorias de los proyectos y trabajos que se llevan a cabo por diferentes grupos en la población saharai se debe elaborar un **banco de datos** y un **fondo bibliográfico de apoyo**, que pueda ser de utilidad para otros trabajos.

En la Coordinadora Sanitaria, Jesús Martínez dispone de un archivo de trabajos recibidos, en formato electrónico, desde diferentes asociaciones. Ese archivo está a disposición de cualquier persona que lo necesite para otros trabajos o estudios y puede ser ampliado con más documentos.

La Coordinadora va a crear una página web en próximas fechas.

El Ministerio de Salud Pública se compromete a elaborar y distribuir un **censo de asociaciones** que intervienen en los campamentos, su actividad y su área de actuación.

El Ministerio de Salud Pública se compromete a explicar al detalle a las asociaciones cooperantes, **las funciones y responsabilidades** en las diferentes tareas que desarrolla su **personal de salud**

REGISTROS

Se consideran necesarios los siguientes registros, que deben ser los mismos para toda la población de las diferentes wilayas:

- **Cartilla de Salud Infantil** (ya existe)
- **Cartilla de seguimiento de embarazos** (existen varios modelos)
- **Cartilla de enfermedades crónicas** (existen varios modelos)
- **Carpeta de plástico** para recoger los anteriores documentos y otros que sean de interés (se recomienda que sea tamaño cuartilla por su manejabilidad y fea para que no sea utilizada en otros menesteres)
- **Historia clínica** única, que se utilice como registro de incidencias en la salud de la persona a cualquier edad (existen varios modelos)

Dado que para algunos de ellos hay varios modelos circulando por las diferentes wilayas se propone al Director de Atención sanitaria que recoja ejemplares de todos ellos, contrastando información sobre el uso que tienen o han tenido, para que en una reunión con un grupo de médicos y sanitarios se elija un documento para que sea utilizado regularmente en todo el campamento.

Mesa 3

Atención Especializada

Introducción

Gran parte del trabajo que hemos desarrollado en esta mesa se ha basado en la revisión y actualización de las conclusiones que obtuvimos en las II Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui del año 96.

Debido a que la situación en los Campamentos es similar a la de entonces, se sigue necesitando un apoyo externo en la asistencia especializada, aunque ya hay más médicos saharauis en fase de formación en los distintos países que colaboran en esta tarea y algunos incluso han terminado su especialización. Esta situación se sigue considerando temporal y deberíamos contar con una progresiva incorporación de los futuros especialistas saharauis a su trabajo en los Campamentos.

1. - PROTOCOLOS DE TRABAJO

1.1 Establecer las especialidades prioritarias.

Será el Ministerio de Salud Pública de la RASD el que (tras el asesoramiento a través de los equipos sanitarios de atención primaria de las Dairas) comunicará, a finales de año (para así poder programar con anticipación el siguiente), a través de la Coordinadora Sanitaria, a las distintas Asociaciones, ONG, Delegaciones Saharaui, etc., las especialidades que considere prioritarias, y las que ya están suficientemente cubiertas.

1.2 Equipo de personal básico para cada actuación.

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

Como orientación tendríamos como apropiado:

A.- Grupo Quirúrgico:

- Cirujanos: 2
- Anestesiastas: 1 o 2 (en función del trabajo a realizar)
- ATS: 1 o 2
- Técnico de mantenimiento. Se insistió en la importancia de éste, ya que muchas veces su presencia es imprescindible para la puesta en marcha o reparación de los equipos de trabajo y se tiene constancia de que son muy pocos los grupos que se desplazan con él.

En el caso de comisiones que generen un volumen importante de pacientes se considero aconsejable que un ATS. o un logista realizara las funciones de supervisión en la recepción de los mismos en el hospital.

Se consideró interesante la presencia de un Coordinador-Responsable Saharaui por especialidad, preferiblemente médico.

B.- Grupo Médico

El personal necesario en base a los Programas de Salud en vigor.

En las especialidades médicas se consideró también muy importante para el buen funcionamiento de los proyectos la figura de un Coordinador-Responsable Saharaui, preferentemente médico, que se encargara de la supervisión y continuidad de los mismos en el intervalo de tiempo entre las sucesivas comisiones.

1.3 Necesidades de fungible y equipamiento para cada estancia y comisión.

Se sigue potenciando la utilización de equipos reutilizables frente a los desechables (menos en oftalmología, que por la alta especialización de las cirugías, se aconsejan los sets desechables, aún así, intentando simplificarlos al máximo, p.Ej: sin batas, ya que se pueden utilizar las de tela reesterilizables). Para ello se tendrá siempre en buen estado de funcionamiento las autoclaves y aparataje de esterilización, con meticuloso mantenimiento y reparación por parte de los técnicos de las Delegaciones.

1.4 Coordinación y calendario

La **OFICINA CENTRAL DE COORDINACION SANITARIA** en Vitoria, será la única encargada de elaborar el *Calendario de Trabajo Anual* atendiendo a las solicitudes que le serán remitidas por cada Comisión antes del 15 de Enero de cada año. A partir de esa fecha la Oficina de Coordinación hará público el *Calendario* (Internet, correo, teléfono, etc.). De ahí en adelante, todas aquellas Comisiones que aún no hayan reservado y confirmado sus fechas, deberán coordinar las mismas a través de la Oficina en los posibles huecos que vayan quedando, con una antelación mínima de 3 a 4 meses, o de lo contrario se arriesgarán a que no sea posible realizar su trabajo.

Por otro lado, toda la Mesa estuvo de acuerdo en que la Oficina de Tramitación de Visados de la Delegación Saharaui de Madrid debería reclamar como **requisito imprescindible**, previo a facilitar el visado a cualquier Comisión Sanitaria, **el visto bueno de la Oficina de Coordinación Sanitaria**.

El Ministerio de la Salud Pública de la RASD debería responsabilizarse de que si en algún momento, a pesar de las recomendaciones efectuadas, se diera la coincidencia de más de una Comisión Quirúrgica, fuese la Comisión que hubiera tramitado correctamente su solicitud la que tendría prioridad absoluta para realizar su trabajo.

1.5 Canales de comunicación entre especialidades y responsables de programas.

En este punto se sigue manteniendo, como desde las II Jornadas de Cooperación Sanitaria del 96, la necesidad de un **coordinador oficioso por especialidad**, cuyo trabajo sigue siendo el asesoramiento a los posibles nuevos grupos de su especialidad que quieran incorporarse a trabajar en los Campamentos, y por supuesto el punto de referencia al que todos deberemos remitirnos antes de viajar, para conocer las necesidades de trabajo, así como el estado del material con el que trabajamos cada uno, con lo cual en muchas ocasiones podremos evitar un exceso de carga por un lado y no desaprovechar recursos, y por otro que se caduque un material que siempre es valioso. Lógicamente para que ello sea posible deberemos ponernos en contacto con él y remitirle un informe completo cada vez que acabe nuestro trabajo.

Así mismo a la Mesa le pareció interesante que el **coordinador** enviara estos informes a cada una de las Comisiones de la especialidad.

1.6 Organización de viajes y envío de material

Afortunadamente las condiciones de seguridad en el norte de Argelia han mejorado con respecto al año 96, por lo que la mesa concluye que cada grupo organizará su viaje de la forma que le resulte más apropiada (línea aérea regular; Charter; combinación de ambos; etc.).

Nos sigue pareciendo muy importante la colaboración (que desde la Coordinadora Sanitaria se apoyará como prioritaria), por parte de las distintas Asociaciones y Delegaciones que preparan viajes Charter, con las Delegaciones Sanitarias que lo soliciten, reservando si fuera preciso, aproximadamente 750 Kg de carga en la bodega del avión para material sanitario, y plazas para los cooperantes del proyecto. Todo ello facilita en gran manera el llevar salud al Pueblo Saharaui refugiado en los Campamentos, lo cual, al fin y al cabo, es un deseo común y prioritario de todos los que cooperamos en la solidaridad con los saharauis.

El envío de material pesado, voluminoso o muy abundante se hará a través de las Caravanas de vehículos que desde todos los pueblos de España (centralizado en el Puerto de Alicante) se organizan durante todo el año. Teniendo en cuenta que esta vía de transporte tarda de tres o cuatro meses en llegar a los Campamentos, y una vez allí la persona (coordinador saharauí del Proyecto) u organismo que deba recibirlo, estará perfectamente informada del vehículo que la transporta para que no se pierda en el almacén de la Media Luna Saharaui.

Por supuesto que, en cualquiera de las vías de transporte que utilicemos, el material estará perfectamente identificado según la normativa vigente y será solo el imprescindible.

1.7 Redacción de un Documento de relación con las Instituciones

Es muy importante que exista un marco jurídico-administrativo que facilite el trabajo de los profesionales sanitarios de la Sanidad Pública que no deben sufrir menoscabo de su remuneración y de su tiempo libre, lo cual mejora la continuidad de los Proyectos.

Por lo tanto las distintas Asociaciones y Delegaciones Saharauis seguirán trabajando con las Administraciones Centrales, Autonómicas y Municipales con competencias en materia sanitaria, para elaborar sobre la base de lo realizado por las Consejerías de Salud Andaluza, Valenciana o de las Illes Balears, un “documento” (Convenio de Colaboración; Decreto Ley, etc.) que regule y proteja los Proyectos Sanitarios subvencionados, sus componentes (cooperantes sanitarios), y los refugiados saharauis que precisen asistencia sanitaria. Reservando, si fuera preciso, una partida económica para dicho fin en sus Presupuestos Anuales.

1.8 Seguros del personal expatriado.

Se considera muy recomendable, por no decir imprescindible, que cada Delegación haga un seguro específico (teniéndolo en cuenta en el presupuesto del Proyecto) para este tipo de viajes, que cubra a todos los cooperantes su estancia en los Campamentos y su posible repatriación si fuera necesario.

1.9 Atención a los prisioneros de guerra.

Se les atenderá de la misma forma que a la población Saharai, como así se ha hecho siempre.

1.10 Evaluación de los programas.

Además de la evaluación “externa” a la que gran parte de las Comisiones estamos sometidas por parte de nuestros patrocinadores, nos parece importante que los coordinadores de cada especialidad tengan al menos una reunión anual con la parte Saharai para poder valorar bien como se están desarrollando los distintos proyectos y decidir las posibles modificaciones o no de los mismos.

Para ello, además, cada Comisión remitirá un informe anual a la Oficina de Coordinación Sanitaria, y al coordinador de la especialidad, sobre su trabajo.

La Evaluación por parte del destinatario de la ayuda, el Pueblo Saharai, a través, si es necesario, de unos “Cuestionarios por especialidad”, que deberían ser rellenados por el personal sanitario, y representantes civiles de las Dairas y Wilayas, será sinceramente crítica, sin estar coartada por una hipotética respuesta adversa, ya que gracias a esa sinceridad seremos conscientes de nuestros errores para así poder mejorar la calidad de la Ayuda.

1.11 Vehículos.

El disponer de vehículos seguros, y en buenas condiciones de circulación es imprescindible para que las Delegaciones Sanitarias puedan llevar a cabo su trabajo en los Campamentos. Será responsabilidad de cada Comisión el buen mantenimiento de los mismos.

Para ello las Delegaciones incluirán en sus Proyectos la compra de un vehículo adaptado a las condiciones del terreno (todo terreno para el transporte de personal o material, según el tipo de Proyecto), y el presupuesto para recambios y mantenimiento del mismo en buenas condiciones.

Por su parte, el Ministerio de la Salud Pública de RASD se responsabilizará que los vehículos de las distintas Delegaciones se utilicen tan solo para el fin a que fueron destinados, para que así cuando estas lleguen a los Campamentos, puedan disponer de ellos sin ningún problema o avería derivados de un mal uso.

Todo ello implica que hay que hacer un esfuerzo buscando financiación para ampliar el Parque Móvil Sanitario, además de para las Delegaciones, para los Representantes (Sr. Ministro, Directores de áreas, etc.) del Ministerio de la Salud Pública de la RASD que precisen de un vehículo para su trabajo del día a día, durante todo el año.

1.12 Protocolos de derivación para un filtrado idóneo de pacientes.

Como más adelante especificamos en los Protocolos del punto 3 de las conclusiones de nuestra Mesa:

Los médicos de las Wilayas se consideran los idóneos para hacer la selección de los pacientes que precisen ser vistos por las distintas Comisiones. Además pensamos que es importante el compartir con ellos el trabajo realizado en las distintas consultas.

Se considera necesario para poder realizar una atención digna a los pacientes el limitar el número de casos de cada consulta, intentando en caso de ser necesario, por exceso de pacientes, priorizar los casos más graves, para lo cual sería importante la colaboración que ya hemos mencionado anteriormente de los médicos Saharauis.

Nos pareció aconsejable, dado el éxito de la Cartilla del Niño o la Oftalmológica que ha elaborado Ulls del Món, la creación de una **Cartilla Sanitaria** unificada, que estaría en poder de cada paciente, que recogería todo su historial médico, y que debería llevar él siempre que acuda a una consulta médica, ya sea en la Daira, como de especialidad en la Wilaya o el Hospital.

2. - EVACUACIONES

Sólo se hará una Propuesta de Evacuación a los **casos graves** (se descartan las patologías banales: implantes dentarios, impotencia, cosmética, etc., o que no representen ningún riesgo para la salud del paciente: infertilidad de pareja, etc.) **que no puedan ser tratados en los Campamentos.**

Será **el especialista** de la patología a tratar (o en su defecto especialidad afín) **el único capacitado para hacer una Propuesta de Evacuación.**

La misma, se hará **por triplicado** (utilizando papel carbón si se dispone de él) con los Impresos de Evacuación (o en su defecto en folio en blanco, pero especificando claramente y **con letra inteligible** para cualquiera: Los **datos del paciente** (nombre y apellidos y la dirección bien clara para que sean fáciles de localizar); **y del especialista** (nombre, apellidos y especialidad de quien rellena el impreso); la patología o **enfermedad que motiva la evacuación**, y las razones por las que debe ser tratado fuera de los Campamentos con firma original en cada una de las copias. No deberá de ponerse jamás (ni decirle al paciente o sus familiares) el centro sanitario o país al que debe ser evacuado.

De las tres copias: El original se le hará llegar al responsable de evacuaciones del Ministerio de la Salud Pública de la RASD; la 1ª copia (con firma original) se le entregará al paciente o a sus familiares, y la copia restante la conservará el especialista.

Hay que tener en cuenta que los **escalones de evacuación** son:

1º.- Hospital de Tinduf.

2º.- Hospital General en alguna de las grandes ciudades argelinas, habitualmente Argel.

3º.- Sólo si el caso no puede ser tratado en Argel (excepcional), o si existe la posibilidad de que sea tratado en poco espacio de tiempo y manifiestamente mejor, los responsables sanitarios saharauis tramitarán conjuntamente con la Oficina de Evacuaciones el traslado del paciente al país, lugar (Casa de Acogida) y hospital más apropiado.

Todo ello es debido a que en la actualidad Argelia puede atender correctamente casi cualquier patología, en breve plazo, al paciente saharauí que lo requiera. Mientras que si debe ser trasladado a un país extranjero, solo los tramites de inmigración llevan un retraso medio de 8 meses. Y en salud, casi siempre, el tiempo es vida.

3. - COORDINACIÓN DE LAS COMISIONES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS:

Ver archivo anexo

4. - **BANCO DE SANGRE**

En la actualidad es imprescindible para poder mejorar el rendimiento de las Delegaciones de Especialidades Quirúrgicas, y para la mejor atención a la población saharauí de los Campamentos, la creación de un Banco de Sangre. Para ello, se trabajará para encontrar un grupo de expertos (Hematólogos y enfermería con experiencia en montar y llevar un banco de sangre en una zona de población en similitud con los Campamentos (región aislada, isla, etc.)) que viaje hasta allí, tome conocimiento real de la situación, y valore la posibilidad de poner en marcha los factores humanos y materiales para llevar adelante el Proyecto, si el mismo es factible.

5. - **RADIOLOGÍA**

Después de todos estos años y de la inversión en material y formación de personal, aún no es posible conseguir imágenes radiológicas con una mínima fiabilidad.

Y no solo eso, incluso hasta ahora no hemos conseguido que los técnicos entiendan la importancia de identificar claramente cada placa con los datos del paciente, la fecha y la lateralidad.

Todo ello es fiel reflejo de que antes que invertir en la compra de nuevo material, es imprescindible encontrar un grupo de expertos (Radiólogos) con experiencia de haber montado, y llevar la radiología de una zona con características similares a las de los Campamentos. Animarlos y convencerlos para que viajen allí, y valoren la situación y sus características, para poner en marcha el desafío de conseguir, aprovechando y poniendo al día los recursos materiales y humanos actuales, unas imágenes radiológicas fiables y con continuidad.

6. - **LABORATORIO**

Los primeros años del laboratorio mostraron, por su escaso rendimiento, lo inapropiado de las técnicas de química húmeda, por ello, y ante la necesidad de valores analíticos básicos y fiables en los pacientes que iban a ser intervenidos, o para su control postoperatorio, se aunaron los esfuerzos en ese campo, de distintas Delegaciones, pasando a utilizarse técnicas de química seca, que se han mostrado mucho más apropiadas a las características de los Campamentos.

Con ello se ha conseguido mejorar sustancialmente los equipos de laboratorio así como su uso, lo que conlleva que ahora podemos disponer de valores analíticos fiables de forma continua, tanto la Delegaciones como los médicos saharauís.

Médico Internacional, hasta ahora se responsabiliza del suministro de reactivos, pero por si acaso, se aconseja a los Equipos que de forma previsoramente bajen reactivos de reserva en cada viaje, poniéndose previamente en contacto con el coordinador de laboratorio a través de la Oficina de Coordinación, para conocer las características y cantidades.

Además el electromédico de cada Delegación hará una revisión de mantenimiento y puesta a punto de todos los equipos al inicio de su estancia.

Esta pendiente la posibilidad de tener medios para poder realizar serologías infecciosas de forma rutinaria en los campamentos.

7. - **REHABILITACIÓN**

Se anexará a estas conclusiones el Informe que se elaborará, conjuntamente con el Ministerio de la Salud Pública de la RASD, tras la visita de trabajo del Sr. Marco Bertone a los Campamentos.

Mesa 4

Enfermería

- 1 Se observa la necesidad de establecer un organigrama de Enfermería concreto y dependiente directamente del Ministerio de Salud, donde la Enfermería esté contemplada con una Dirección de Enfermería con mandos intermedios y responsables enfermeros/as, en las estructuras de salud, englobados en ésta dirección, creando un equipo de trabajo; esto ofrece un incentivo profesional que a su vez facilita asumir la responsabilidad, posibilitando además una mayor estabilidad en los equipos y permite la comunicación directa entre los profesionales con las mismas inquietudes, para unificar criterios de actuación
- 2 Definir claramente las funciones de los enfermeros/as y de los auxiliares de enfermería
- 3 Establecer en los hospitales la función docente, nombrando un responsable enfermero/a para asegurar la formación práctica, de los alumnos de enfermería, tanto de los enfermeros como de los auxiliares de enfermería
- 4 Determinar un método de convalidación real, a través de la escuela de enfermería, para validar a los enfermeros que han desempeñado ésta labor durante años y hoy están discriminados por no tener título
- 5 Incentivar a los profesionales de enfermería según sus responsabilidades, considerando que esto aumenta su compromiso, con la responsabilidad asignada.
- 6 Se crea un grupo de trabajo, para seguimiento y continuidad, de las conclusiones de las jornadas y otras cuestiones derivadas de éstas

PARA LAS COMISIONES COOPERANTES

- 1 Los enfermeros/as de las comisiones deben de respetar los protocolos de actuación establecidos para los procedimientos en los hospitales (dinámica de ingresos, cumplimiento de registros de enfermería.....) no interrumpiendo la metodología adquirida, ni individualizando los mismos, porque esto hace que los profesionales saharauis se tengan que adaptar a las comisiones, considerando que son las comisiones las que deben de adaptarse a las necesidades del medio y respetar las pautas de cuidados establecidas
- 2 Unificar los criterios básicos de formación que debemos transmitir los enfermeros de las comisiones para dar la misma información y no confundir a los enfermeros/as en sus actuaciones

Criterios básicos

- Signos vitales + peso + diuresis
- Correcta preparación de medicamentos
- Administración de medicamentos

Cuidados Generales
 Específicos
 Autocuidados / prevención

Cuidados protocolizados para enfermedades prevalentes

- Diarreas agudas y crónicas
- Deshidratación y desnutrición
- Enfermedades respiratorias
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Bocio
- Conjuntivitis / Tracoma
- Enfermedades de transmisión sexual
- Patología materno-infantil perinatal

Conocimiento claro de los registros de enfermería

Nociones básicas de medicamentos más utilizados

3 Se utilizarán los registros de enfermería ya existentes, el registro consta de una hoja para: administración de medicamentos, cuidados de enfermería y evolutivo de enfermería

EN RELACION A LA ESCUELA DE ENFERMERIA

1 La escuela de enfermería tiene el programa de formación de los alumnos claramente definido en los contenidos docentes y el horario lectivo de cada curso, es imprescindible el respeto y la no interferencia en el ciclo formativo, las aportaciones docentes ocasionales o fuera del programa oficial serán consultadas y autorizadas por la dirección. Esta consulta se debe de hacer antes de que el equipo viaje a los campamentos

2 Se establecerá desde la escuela un programa de reciclaje post-grado impartido por enfermeros graduados, hasta poner en marcha una formación continuada.

3 A propuesta de la dirección de la escuela se realizarán unas Jornadas de Enfermería en los campamentos. Esta Reunión será organizada por la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud de la RASD.

Mesa 5a

Medicamentos

1. Alertar de la situación que medico internacional (m.i.) informa sobre las condiciones que ECHO expone para llevar el control del medicamento que llega a través de m.i. Bajo estas circunstancias m.i. no presentará una solicitud a ECHO. Consecuencia inmediata: Falta de medicamentos en 2004.
m.i. no acepta la presión de ECHO, pero si accede a seguir con el aporte con el sistema de gestión (con fondos propios)
La Mesa se adhiere a la postura de m.i.
2. Propuestas para solventar la situación de crisis:
 - Estimar necesidades inmediatas y buscar distintos sistemas de financiación siguiendo los criterios del sistema de gestión actual (como en los últimos 5 años)
 - Aumentar la producción de ciertos medicamentos en el laboratorio de producción de Rabuni coordinado con Farmacia Central
 - Donaciones:
 - Canalizar dichas donaciones a través del Ministerio de Salud
 - Peticiones a partir de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales
 - Difundir las normas existentes según OMS para donaciones a las entidades y asociaciones colaboradoras con la RASD
3. Guía Terapéutica para la Atención Primaria
 - crear una comisión para revisar – actualizar anualmente dicha guía
 - la comisión compuesta por médicos – farmacéuticos como máx. responsables. A la vez de otros integrantes
 - una tarea importante de esta comisión: difusión de la guía, promocionar el uso entre los sanitarios en una formación permanente
 - estudiar las posibilidades de nuevos medicamentos (o reemplazar medicamentos); también medicamentos en atención especializada y/o hospitalaria
4. Sistema de Gestión
 - M.i. va a continuar la cooperación con los responsables de la Farmacia Central para fortalecer el Sistema de Gestión de Medicamentos.
5. Residuos (medicamentos caducados etc.)
 - Revisar la actual política de tratamiento de residuos
 - Difundir dichas normas

6. Laboratorio producción
 - Garantizar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento del laboratorio (agua, electricidad, infraestructura, mantenimiento)
 - Aumentar la producción de medicamentos en función de las necesidades marcadas por la Farmacia Central
 - Comunicación continua para previsiones
 - Potenciar el desarrollo de nuevos procesos de fabricación, p. ej. suero, irrigación vesical; soluciones de lavado estéril, etc.
 - Contemplar la posibilidad de ampliar instalaciones
7. Formación de técnicos (técnicos dispensación y técnicos fabricación)
 - facilitar material para la formación de los formadores a nivel local
8. La mesa se adhiere a los incentivos que se proponen y consideran necesarios para la continuidad y el mantenimiento de los proyectos.

Mesa 5b

Equipamientos y Mantenimiento

Los componentes de la mesa nº 5 llegamos a la conclusión que para garantizar que la cooperación en estos ámbitos sea efectiva, es imprescindible la coordinación entre las asociaciones, a través de la oficina de coordinación sanitaria. Siempre a partir de las necesidades determinadas por el Ministerio de salud.

MINISTERIO DE SALUD
Listado priorizado de necesidades.

OFICINA DE COORDINACIÓN SANITARIA.

INFORMA DE LAS NECESIDADES A LAS ASOCIACIONES. LAS ASOCIACIONES INFORMAN A LA OFICINA DE COORDINACION DE LOS PROYECTOS QUE ASUMEN.

LA OFICINA DE COORDINACION INFORMA PERIODICAMENTE A LAS ASOCIACIONES DE LOS PROYECTOS ASUMIDOS.

Este planteamiento viene definido por la falta de información y coordinación que existe en estos momentos en referencia a los proyectos en marcha (nadie sabe que proyectos están asumidos, ni por quien.).

Una vez determinado lo anterior vamos a definirlo:

- 1.- El Ministerio de Salud elabora un listado priorizado de necesidades.
- 2.- Lo pone en conocimiento de la oficina de coordinación.
- 3.- La oficina de coordinación lo pone en conocimiento de las asociaciones.
- 4.- Las asociaciones comunican a la oficina de coordinación los proyectos que asumen.
- 5.- La oficina de coordinación comunica periódicamente a las asociaciones de los proyectos asumidos.

El objetivo de esta forma de funcionar lo planteamos para evitar duplicidades en los proyectos, y para rentabilizar todos los recursos, así como para fomentar la coordinación entre las asociaciones.

Una vez sentadas las bases de la coordinación pasamos a detallar pautas aconsejables para el envío de material y equipamientos en general:

- Embalaje adecuado al tipo de material.
- Etiquetado claro del receptor y remitente del material, forma de localización del mismo.
- Elaboración de un listado de todo el material que se envía.
Remitir este listado al ministerio correspondiente, y a la oficina de coordinación sanitaria.

PROTOCOLO A SEGUIR PARA EL ENVIO DE MATERIAL

PREVIO AL ENVIO: Consultar a la oficina la necesidad concreta
Verificar el funcionamiento del aparato.

Imprescindible mandar con la maquinaria o aparatos una carpeta que incluya:

- Esquema de funcionamiento.
- Manual técnico.
- Repuestos.
- Ficha técnica.
- Datos del proveedor.
- Datos de ubicación en los campamentos del aparato.
- Datos del que manda el equipamiento.
- Tel. de contacto.

Sería interesante que la organización que manda los equipos se hiciera cargo de su instalación, de no ser así comunicar a la oficina de coordinación para que puedan ser instalados por otros.

También creemos importante que en los aparatos de nueva adquisición fuéramos trabajando para que los aparatos de un mismo tipo fueran de una misma marca, esto facilitaría el tema de mantenimiento y reparaciones.

FORMACION

En cuanto a la formación entendemos que sería interesante que, a partir de la Escuela de enfermería se realicen cursos de reciclaje i / o formación de técnicos de farmacia, radiología y laboratorio, y que la Escuela de Formación profesional añadiera a su programa la formación para técnicos en electromedicina y técnicos de mantenimiento de instalaciones.

Para empezar a trabajar en la formación de mantenimiento de aparatos y instalaciones creemos necesario la creación de un departamento de mantenimiento del Ministerio de salud, para este fin el Ministerio debería asignar un grupo de personas para poder formarlos en distintos ámbitos, y se podría dotar de un taller móvil de reparación con el doble objetivo de reparación de instalaciones y formación.

Mesa 6

Gratificaciones e Incentivos

INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación y del contexto actual económico-socio-laboral de los campamentos de refugiados saharauis descubre una sociedad cambiante donde la actividad económica de los campamentos está presidida por la existencia de una economía de mercado básica pero dinámica, donde proliferan pequeños comercios y pequeñas industrias con oferta también de servicios privados. La llegada de divisas de los propios emigrantes, de las pensiones de los antiguos funcionarios, militares y policías de la España colonial, así como las ayudas de familias de la zona ocupada y de familias solidarias de Europa ha permitido este pequeño boom. Este dinamismo en un sector considerable de la población coexiste con la dificultad para mantener el Sector Público organizado y con los niveles de eficiencia mínimos deseables. No son ajenos a este fenómeno la prolongación indefinida de una situación de refugio por los incumplimientos reiterados del Plan de Paz, el largo exilio que provoca entre otros los siguientes efectos entre los profesionales y funcionarios: falta de expectativas, gran presión para buscar una solución individualizada a las penurias de la familia, ya sea a través de la emigración o a través de un cambio de su oficio a una actividad remunerada en los campamentos.

La Institución sanitaria es especialmente sensible a estos hechos porque sus trabajadores deben destinar su tiempo al servicio público al que están destinados, no pudiendo realizar normalmente otras actividades. Todos somos conscientes de la importancia de mantener unos servicios de salud operativos, de ello depende la salud de la población, sin ello no es posible mantener la cohesión y la moral de la misma. Los profesionales de la salud saharauí con su capacidad de autogestión, de organización, de renovación, de formación y de transmisión de conocimientos deben recibir un trato adecuado para que a pesar de las circunstancias actuales adversas sigan siendo una realidad y depositarios de la salud de su pueblo.

Apoyándonos en la opinión de los expertos como el estudio *Ni guerra ni paz de Hegoa. 2.002*, en iniciativas llevadas a cabo desde hace algunos años por ONG y Asociaciones de Amigos de Pueblo Saharaui así como en las resoluciones de diversos foros (EUCOCO de Módena (Italia) 2.002 y Nanterre (Francia) 2.003), entendemos que la INCENTIVACIÓN del personal de salud de la RASD es IMPRESCINDIBLE para poder realizar los programas de salud y los cometidos asistenciales y preventivos que el Ministerio de Salud tiene encomendados.

La mesa propone desarrollar unas políticas de incentivación del personal de salud que a nuestro juicio debe incidir en las siguientes áreas:

A.- INCENTIVACIÓN ECONÓMICA DE LA PLANTILLA EN ACTIVO (REMUNERACIÓN).

B.- MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO: política de personal, de mantenimiento y mejora de las estructuras e infraestructuras de salud.

C.- MEJORAS DIRIGIDAS A FACILITAR LA VIDA COTIDIANA DEL TRABAJADOR Y SUS FAMILIAS.

A.- INCENTIVACIÓN ECONÓMICA DE LA PLANTILLA EN ACTIVO (REMUNERACIÓN)

Consideraciones sobre la incentivación económica o gratificación.

Debe repercutir sobre una plantilla de profesionales adecuada a las necesidades y al desarrollo paulatino de los diversos programas con criterios de eficiencia (Plantillas reajustadas)

La Gratificación dependerá de los trabajos realizados y de los objetivos conseguidos.

Criterios de equidad, con diferencias en función de la categoría profesional, responsabilidad y dedicación.

Suficiente, para producir los efectos que perseguimos.

Transparente y público: Administración centralizada, mediante un sistema que posibilite la transparencia, la consulta, la agilidad. Base de datos actualizada.

Sin discriminación de género ni de ningún tipo.

Regulado y controlado por el Ministerio y las ONG financiadoras

Estimamos que se trataría de alcanzar UN MONTO de dinero suficiente para cubrir unas gratificaciones dentro de un abanico de entre 30.000 DA y 60.000 DA año/trabajador por plena dedicación.

Estrategia para la implantación de la gratificación:

Proponemos una etapa transitoria con el fin de que, al final de ésta, exista un monto suficiente para alcanzar a toda la plantilla en activo. Mientras tanto es preciso que los proyectos que actualmente ya están dotados de incentivación para el personal no disminuyan su rendimiento. Por ello es recomendable que sigan percibiendo la remuneración, aunque con una corrección, tal como explicamos a continuación en lo que podría ser un **plan estratégico para que la Incentivación llegue a todo el personal de salud en activo.**

ESTRATEGIA:

Promoción de Fuentes de Financiación para la Incentivación a través de:

1. Inclusión de la incentivación en todos los proyectos de salud
2. Política de sensibilización a la población saharai.
- 3 Sensibilización a las Asociaciones y simpatizantes de la Causa Saharai.
- 4 Formulación de un macroproyecto de gratificación del SECTOR PÚBLICO SAHARAUI.

1.- Inclusión de la incentivación en todos los proyectos de salud

Todos los proyectos de salud deberán contribuir a la financiación de la Incentivación: se propone que la cantidad sea suficiente para que alcance al personal directamente implicado con el proyecto **y en cualquier caso no inferior al 10% del total del presupuesto del proyecto.**

Teniendo en cuenta que:

- Desde hace algunos años, en algunos proyectos ya existe la incentivación y que ésta se reparte de diferentes formas y sin criterios homogéneos, y
- Actualmente no existe una partida suficiente para repartirlo entre toda la plantilla en cantidad suficiente para producir los efectos que perseguimos.

Proponemos:

Que en los proyectos que ya cuentan con incentivación propia, de forma transitoria y hasta que el monto total sea suficiente para alcanzar de forma significativa a toda la plantilla activa, se dedique el 70 % del presupuesto de incentivación para remunerar a los trabajadores directamente relacionados con el proyecto, según las condiciones antes descritas, siempre dentro del marco de respetar las cantidades máximas según les corresponda en la tabla de gratificación, su responsabilidad y su dedicación. El 30 % restante será una **cantidad solidaria** que irá a engrosar un monto de dinero que se repartirá según criterio del Ministerio de Salud a aquellos trabajadores que, estando en activo, no participen directamente en proyectos con incentivación propia. Se deberá justificar globalmente e individualmente los pagos de ambas partes. La finalidad es que al final de la etapa transitoria todos los trabajadores de la salud puedan recibir compensación económica por el trabajo realizado de forma equitativa, independientemente del proyecto financiador. Esta etapa transitoria será más breve cuanto más rápido integren la mayoría de proyectos la incentivación en sus presupuestos y se activen las otras fuentes de financiación con el fin de conseguir una partida presupuestaria suficiente. El objetivo podría ser conseguir en 2 años la financiación para gratificación suficiente de todo el personal.

Los trabajadores que reciban una gratificación firmarán un contrato donde quedará reflejado las obligaciones de las partes incluido la cantidad a recibir y los objetivos a conseguir durante el período de contrato.

Se activará un mecanismo de control y de toma de decisiones sobre todos estos aspectos de la incentivación que el Ministerio de Salud propondrá para la aceptación de los financiadores.

2.- Política de sensibilización a la población saharai

Política de sensibilización a la población saharai con posibilidades de contribuir, en un fondo de apoyo, a la remuneración económica del Sector Público de la RASD. Esta política irá dirigida tanto a los saharais que residen actualmente en los campamentos, en los territorios ocupados o en el extranjero. Su desarrollo dependerá directamente del F. POLISARIO.

3.- Sensibilización a las asociaciones y simpatizantes de la Causa Saharaui

Sensibilización a las asociaciones y simpatizantes de la Causa Saharaui para que contribuyan directamente con la cesión de un porcentaje de su sueldo (0.7%?) a engrosar el montante descrito. Para ello somos conscientes que primero se debe definir cual es el marco de recaudación, su distribución, sistema público transparente, forma de justificación, etc. Aprovechar los canales abiertos a través de los Sindicatos, hermanamientos con pueblos etc. Estas iniciativas dependen sobretodo de las Asociaciones de amigos del P.S.

4.- Formulación de un macroproyecto de gratificación del SECTOR PÚBLICO SAHARAUI

Indagar a través de los grandes ONG y/o FEDISA, para formular un proyecto de gratificación del SECTOR PÚBLICO SAHARAUI, por ejemplo a través de la AECI. Esta iniciativa, por las repercusiones que tiene, supone coordinación previa con el Ministerio de Cooperación de la RASD.

B.- MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

La gratificación por sí sola no garantiza ningún éxito en la mejora de los servicios de salud. **La consideramos imprescindible pero no suficiente.** Debe estar acompañada de una política de fortalecimiento de los cuadros locales y los recursos humanos. Nos referimos a una política hacia el funcionariado o trabajador de la salud donde se cuiden especialmente los siguientes aspectos:

- Reconocimiento profesional, estímulos al trabajo bien realizado, adecuación de la organización del sistema a las actuales necesidades y actividades, delegación de funciones a personal cualificado, fomento de la carrera profesional, asunción de responsabilidades.
- Dotación, mejora y mantenimiento de equipamientos, infraestructuras y estructuras.
- Formación continuada dirigida a la capacitación del personal responsable, de los adjuntos y personal en prácticas, para implementar los programas de salud.
- Creación de un sistema que cubra las necesidades de transporte y movilidad para el trabajo.
- Instrumentos de trabajo: material clínico de exploración, guías, manuales, protocolos.

C.- MEJORAS DIRIGIDAS A FACILITAR LA VIDA COTIDIANA DEL TRABAJADOR Y SUS FAMILIAS

Estas mejoras se justifican por la dedicación que se hace hacia el servicio público en un medio donde es más difícil encontrar soluciones para las necesidades diarias. Como posibles mejoras proponemos:

- Lugares de ocio y descanso mejor dotados en los Centros de Trabajo.
- Ayudas a la alimentación tanto de la familia como en los centros de atención sanitaria.
- Ayudas para mejorar las instalaciones familiares; energía solar.
- Ayudas a eventos familiares: bodas, bautizos, etc.
- Acceso a la información por Internet en los lugares que sea posible, ETC.

Apéndice 1

INFORME SOBRE EL SERVICIO DE REHABILITACION

Para una correcta gestión de los disminuidos físicos en la realidad de los Campos de Refugiados Saharais, hay que considerar diferentes factores como: la necesidad rehabilitativa de la población, las costumbres sociales, la geografía del territorio, el clima y la total novedad de este tipo de servicio.

Al respecto de la estrategia organizativa Saharai, se prevé un *Departamento Central* a nivel del Ministerio dirigido por un *Coordinador del Programa*.

La presencia de los Fisioterapeutas es necesaria tanto a nivel del *Hospital Nacional* como del *Regional*.

1. Hospital Nacional

El número de Fisioterapeutas que presta sus servicios en los Hospitales Nacionales tiene que ser adecuado a la tipología y a la cantidad de los servicios requeridos:

- Hospital Nacional de Rabuni
- Hospital Nacional de Bol-la
- Hospital Nacional de Chraid-Cherif

Para el Hospital Nacional de Rabuni y Bol-la es necesaria la presencia mínima y garantizada que pueda atender a la normal rutina y que sepa trabajar las patologías siguientes:

- Dolor agudo de espalda
- Osteoartrosis
- Artritis reumatoide
- Hemiplejía aguda
- Patología respiratoria aguda y crónica
- Patología Ortopédica

y además que realice una valoración continua mediante el uso de una cartilla de seguimiento de su proceso rehabilitativo.

Para el Hospital-Escuela Chraid-Cherif, es necesario un Fisioterapeuta que preste su servicio en:

- Movilizaciones de pacientes encamados
- Gestión y prevención de los daños secundarios y terciarios de los pacientes afectos de una patología altamente invalidante
- Adiestramiento a los pacientes para que usen de forma correcta y optima los recursos materiales allí dispuestos
- Valoración continua mediante el uso de una cartilla de seguimiento de su proceso rehabilitativo en los pacientes ingresados.
- Valoración continua de los útiles para la autonomía de los pacientes (muletas, sillas de inválido, etc.)
- Monitorización del buen funcionamiento de los recursos materiales de rehabilitación y de los útiles.

2. Hospital Regional

En la línea del nuevo modelo de Atención Primaria, se necesitan 2 Fisioterapeutas en cada equipo de Atención Primaria a nivel Regional (EAP), que realizarán las siguientes actividades:

- Trabajar en el hospital Regional para atender a los pacientes ingresados o que puedan llegar de manera autónoma, con las siguientes patologías:
 - Dolor crónico de espalda
 - Osteoartrosis
 - Artritis reumatoide
 - Hemiplejía crónica
 - Patología respiratoria aguda y crónica
 - Patología ortopédica

- Trabajar en los domicilios directamente de las Jaimas y realizar las siguientes actividades:
 - Elaborar un listado de las necesidades de rehabilitación en cada Wilaya, que comprenda desde el niño al anciano, en colaboración con la representante de la UNMS de cada Daira (UBD)
 - Efectuar una valoración continua mediante la cartilla de rehabilitación.
 - Tratar a los pacientes en la Jaima o en el Hospital, dependiendo en cada caso de su gravedad y autonomía.
 - Evaluar las necesidades de material de Ortopedia
 - aconsejar a los pacientes y sus familias en las patologías siguientes:
 - Parálisis cerebral infantil
 - Hemiplejía aguda
 - Dolor agudo y crónico de espalda

Toda la información recogida a nivel periférico (copia de cartilla de rehabilitación y copia de necesidades ortopédicas) deben llegar al Departamento de Rehabilitación del Ministerio de la Salud, para que se adopten las medidas que se consideren oportunas en relación a la programación de actividades formativas en relación con las patologías recogidas a nivel de Wilaya y a nivel de los Hospitales Nacionales. Las actividades de formación se podrían realizar en el Hospital-Escuela Chraid-Cherif, ya que se cuenta con la infraestructura adecuada.

Se informa de que en los Hospitales Nacionales existen unas dependencias adecuadas para los Servicios de Rehabilitación (de nueva creación en Hospital-Escuela Chraid-Cherif, e insuficientemente dotada en el Hospital Nacional de Rabuni y de Bol-la) y además sería necesario prever nuevas dependencias a nivel regional.

Recomendamos a las Autoridades Sanitarias la necesidad de que el personal que presta servicio de Fisioterapeuta perciba una retribución adecuada, que repercuta en una mejor asistencia a los pacientes a tratar y un estímulo e incentivo para los profesionales.

Rabouni, 5 de marzo 2004

CESTAS

Fisioterapeutas Reability

Marco Bertone

Laura Caravelli

**Ministerio de Salud Pública
de la RASD**

Sidahmed Larosi

Apéndice 2

Listado de participantes

Nombre	Apellidos	Organización
Ahmed-Salem	Mohamed Youssef	RASD Associació d'Amics del Poble Saharai de les Illes Balears
Aina	Noguera Bennasser	
Amalia	Lasarte Uzkiano	
Ana	Ceballos Linares	Asociación Sevillana de Amistad con el Pueblo Saharai
Andreas	Wulf	medico international e.V.
Antonio	Muñoz Muñoz	Asociación Granadina de Amistad con la RASD
Aurora	Paz Lavín	Cantabria por el Sáhara
Bulahe	Sid	RASD
Carlos	Codina Jané	Medicus Mundi Catalunya
Carmen Jesús	Polo Lázaro	Asociación Granadina de Amistad con la RASD Associació d'Amics del Poble Saharai de les Illes Balears
Catalina	Rodríguez Ramos	
Chema	Anda Fernández	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Daniel	López de Calle	Odontología solidaria
Diego	Fernández Rodríguez	
Dolores	Fuentes Álvarez	
Dolores	Ripoll Bonifacio	Fed. de Asoc. de Ayuda al Pueblo Saharai del Pais Valencia
Emilio	Rodríguez de la Oliva	
Endika	Gerediaga Goikolea	
Estrella	Torres Sora	
Francesc	Rillo González	GASI (Grup d'Acció Solidaria Internacional)
Hasen-na	Mohamed Andal-la	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Itziar	Gómez Lorente	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Jadiyettu	Mohamed Yahddih	
Jaime Alfonso	Escribano Ibáñez	Asociación Burgalesa y Soriana de Amigos del Sahara
Javier	Gisbert Aguilar	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava Asociación de Amigos del Pueblo Saharai de Colmenar Viejo
Jesús	Martínez de Dios	
Jesús	Berjón Reyero	ANARASD Associació d'Amics del Poble Saharai de les Illes Balears
Joan Antoni	Pascual Romero	
José Carlos	García Terradillos	Hirugarren Mundua ta Bakea
José María Salazar	Fernández de Erenchun	ANARASD Associació d'Amics del Poble Saharai de les Illes Balears
Josep	Bibiloni Sancho	
Josep	Cubertorer	Solidaritat Internacional del Pais Valencia Associació d'Amics del Poble Saharai de les Illes Balears
Julián	Martín de Santos Navas	
Laia	Blanch Machordom	Fundació Ulls del Món
Laura	Cartaña	Fundació Ulls del Món

Nombre	Apellidos	Organización
Lucía	Arregui Burgoy	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Mª Ángeles	Cabello Reguera	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Mª Belén	González García	Cruz Roja de Asturias
Mª Elena	del Cacho	Medicus Mundi Catalunya
Mª Jesús	Sagastiberri Arruebarrena	ANARASD
Mª Rosario	Arrizabalaga Urreta	
Maite	Hermana Tezanos	Hirugarren Mundua ta Bakea
Manel	Turó Borrell	GASI (Grup d'Acció Solidaria Internacional)
Manuel	Galán González-Pardo	Médicos del Mundo
Manuel	Laguna Sastre	Solidaritat Internacional del Pais Valencia
Marco	Bertone	CESTAS
María	Contreras Soro	Asociación Sevillana de Amistad con el Pueblo Saharaui
Mariló	Murua Navarro	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Mercedes	Boix Rovira	Pas y Tercer Mundo
Metu	Aly Bachir	RASD
Miguel Ángel	Barrio Zubeldia	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Mikel Josu	Estibalez Gil	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Mintou	Boumba	RASD
Mohamed	Abdal-lah Tammy	Frente Polisario
Mohamed-Fadel	Mohtar	RASD
Mohamed-Salem	Mhamed Mohamed	RASD
Monique	Baron	Enfants Refugiés du Monde
Moussa	Aissa Nadjem	RASD
Nekane	Aramburu Bardesi	Hirugarren Mundua ta Bakea
Nieves	Álvarez	Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava
Nombre	Apellidos	Organización
Pablo	Mesa Suárez	Asociación Granadina de Amistad con la RASD
Paz	Villaverde Amieva	Cruz Roja de Asturias
Pepa	Campos Liza	GASI (Grup d'Acció Solidaria Internacional)
Pilar	Adiego Soria	ANARASD
Raquel	Razola	ASOSA
Rosa	Blázquez San Román	Asociación Sevillana de Amistad con el Pueblo Saharaui
Rosa	Jorge Alcántara	Cantabria por el Sáhara
Rosalía	Port Gimeno González de Uzqueta	Associació Catalana d'Amics del Poble Sahrauí
Santiago	Esquerdo	ASOSA Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui de Colmenar Viejo
Santos	Jiménez	
Sara	Carbonero Celis	Asociación Sevillana de Amistad con el Pueblo Saharaui
Sidahmed	Teib Ahmed	RASD
Sidahmed	Laroussi	RASD
Sonia	Belda Fernández	Asociación Pro Niños Saharaui
Teodoro	González Tejedor	Médicos del Mundo
Xavier	Borras	Solidaritat Internacional del Pais Valencia

Este libro nace del trabajo realizado en las III Jornadas de Cooperación Sanitaria Saharaui. Se trata, como en las jornadas anteriores, de establecer una referencia para todos los actores que participamos en la salud en los campamentos.

Es una obra de todos, de los que figuran y de los que de forma anónima trabajan día a día para disminuir los sufrimientos de la población refugiada.

El establecimiento de un punto de partida y un marco de referencia es imprescindible para corregir errores y evitar desviaciones que puedan deteriorar el sistema sanitario saharauí.

La Oficina de Coordinación Sanitaria Saharaui es una dependencia del Ministerio de Salud de la RASD y, actuando como tal edita este libro en colaboración con el ministerio, siendo su responsabilidad los cambios que se realicen antes de las futuras IV Jornadas.

Liburu hau Saharar Herriarekiko Osasun Kooperazioari buruzko III. Jardunaldietan egindako lanaren emaitza da. Helburua, aurreko jardunaldietan bezala, kanpamenduetako osasunean parte hartzen dugun aktoreontzako erreferentzia ezartzean datza.

Denon lana da, bertan ageri direnena eta egunez egun populazio errefuxiatuaren sufrimenduak arintzeko era anonimu batean lan egiten dutenena.

Abiapuntu bat eta erreferentzia marko bat ezartzea ezinbestekoa da akatsak zuzentzeko eta saharar osasun sistema kaltetu dezaketan desbideratzeak saihesteko.

Saharar Osasun Koordinaziorako Bulegoa, SEAD-eko Osasun Ministerioaren egoitza da. Egoitza honek ministerioarekin batera argitaratzen du liburu hau, hurrengo IV. Jardunaldien aurretik egiten diren aldaketak bere ardura delarik.



República Árabe Saharaui Democrática
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Asociación de Amig@s de la RASD
SEADen Lagunen Elkartea



Ayuntamiento
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteizko
Udala