



PLAN
ESTRATÉGICO
DE SALUD
2016/20



Ficha técnica

El Plan Estratégico de Salud 2016-2020 ha sido elaborado por un Comité de Redacción establecido por el Ministro de Salud por el decreto 02/05/2015 de 16 de mayo de 2015.

El comité de elaboración del PES ha trabajado desde el momento de su constitución siguiendo una hoja de ruta marcada a partir de la revisión del PES anterior por los directores de los departamentos del MSP. Se han realizado talleres participativos de Análisis DAFO con el personal del MSP y sus programas y servicios de salud, a partir de los cuales se ha desarrollado el análisis de contexto y la propuesta de Ejes Estratégicos, Objetivos Específicos y Metas. La estructuración y redacción del documento se ha realizado por consenso de todas las personas del comité, y bajo la supervisión y dirección del Ministro. Se ha presentado una versión preliminar que ha sido discutida con el personal del MSP y en la reunión de portavoces de los grupos de la Mesa de Concertación en octubre de 2015. La versión final ha sido aprobada en el Decreto 01/11/2015 de 10 de noviembre de 2015.

Primera edición. 10 de noviembre de 2015.

Índice de contenidos.

Listado de acrónimos.....	7
1. Preámbulo.....	8
2. Introducción	10
3. Marco normativo.....	14
3.1. Ámbito de actuación y responsabilidad del MSP.	14
3.2. Marco normativo nacional.	16
3.3. Marco normativo internacional.	16
3.4. Derecho a la salud.	17
4. Análisis de la situación sanitaria	20
4.1. Determinantes socio-políticos de salud y enfermedad.	20
4.2. Los problemas de salud.....	22
4.3. Situación del sistema de salud.	24
5. Visión, misión y valores	28
6. Ejes estratégicos.....	29
Eje 1. Mejorar la gestión y el desempeño del personal de salud:	30
Eje 2. Aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos (preventivos y asistenciales)	32
Eje 3. Incorporar la perspectiva de género en salud.....	35
Eje 4. Mejorar la transparencia de la información y la rendición de cuentas.....	37
Eje 5. Reforzar la colaboración intersectorial, con otras organizaciones y la participación de la sociedad civil.	39

Eje 6. Lograr el compromiso político y humanitario para una financiación sostenible del sector salud.....	41
7. Áreas de especial atención y prioridades	42
8. Estructuras para la gestión y seguimiento del PES.....	42
9. Disposiciones adicionales	42
Anexos	42

LISTADO DE ACRÓNIMOS

ACNUR. Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados.

MINURSO. Misión de Naciones Unidas para el Referéndum del Sáhara Occidental.

MSP. Ministerio de Salud Pública Saharaui.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

ONU. Organización de las Naciones Unidas.

PES. Plan Estratégico de Salud.

RASD. República Árabe Saharaui Democrática.

UESARIO. Unión de Estudiantes de Saguia el Hamra y Río de Oro.

UJSARIO. Unión de la Juventud de Saguia el Hamra y Río de Oro.

UNMS. Unión Nacional de Mujeres Saharauis.

1. PREÁMBULO

La República Saharaui (RASD) se proclamó el 27 de febrero de 1976 en Birlellu, el mismo día en que el último soldado español abandonaba el territorio del Sahara Occidental, a los tres meses de la marcha verde. La población saharauí del entonces Sahara Español fue perseguida, bombardeada y asesinada por los ejércitos marroquí y mauritano. Huyó a territorio argelino, cerca de la ciudad de Tindouf, escapando de un seguro genocidio; se asentó en condiciones muy precarias en jaimas improvisadas en la Hamada, una de las zonas más áridas del Sahara.

Desde los primeros momentos, la salud fue una de las principales preocupaciones del recién nombrado Gobierno de la RASD. Con apenas un médico y menos de una veintena de sanitarios/as hubo de enfrentarse, como consecuencia de las pésimas condiciones ambientales, a la escasa cobertura vacunal de los niños/as, a la desnutrición y a la rápida aparición de enfermedades infecciosas como el sarampión, la poliomielitis o enfermedades diarreicas y respiratorias que diezmaron a la población más vulnerable, especialmente los niños/as. La mortalidad fue muy elevada.

La sociedad saharauí se movilizó, se formaron los Comités de Salud, que fueron el germen de la organización de la Sanidad Popular, compuestos fundamentalmente por mujeres. La población de los campamentos participó de esta manera en la lucha desesperada contra las epidemias. La prevención, la promoción y la educación para la salud fueron los pilares en los que se basaron desde el principio las políticas de salud de la autoridad saharauí; todo ello en un entorno de retaguardia con una guerra que duró hasta el alto el fuego de septiembre de 1991. En esos años fue la mujer saharauí la base del sostenimiento de la salud ya que la guerra

mantenía a los hombres lejos de los asentamientos civiles. Argelia y Cuba aportaron muy pronto su asesoramiento y ayuda con recursos humanos y materiales con los que dar respuesta a las necesidades sanitarias.

A partir del V Congreso en 1982 se inició la segunda fase del desarrollo del sistema de salud. Esta etapa se caracterizó por la graduación de la primera promoción de médicos/as y paramédicos/as, y el abastecimiento de hospitales y dispensarios con el equipamiento necesario para el diagnóstico y tratamiento.

La incorporación de personal saharauí cualificado: médicos/as, enfermeros/as y técnicos/as, a partir de los años 90, permitió desarrollar el Sistema de Salud, mejorando la capacidad asistencial. Sin embargo, hasta el momento, no se ha conseguido evitar la emigración de gran parte del personal sanitario, sobre todo a España, con las pésimas consecuencias que esto supone para el Sistema de Salud y para nuestra población.

Actualmente, tras 40 años de exilio, nuestra sociedad ha evolucionado con el mundo y los efectos de la globalización también han llegado a los Campamentos. Internet es ya una realidad, las infraestructuras se han modernizado, las wilayas están comunicadas por carreteras asfaltadas y está en marcha un plan para llevar la electricidad a todas ellas.

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

2. INTRODUCCIÓN

Este PES es el tercer Plan Estratégico que elabora el Ministerio de Salud de la RASD desde 2006. Han tenido una vigencia de 5 años y han sido un elemento de trabajo, exposición de la realidad y declaración de intenciones durante cada periodo de vigencia. Como todo documento político no solo contiene ideología y buenas intenciones para el futuro, sino que intenta ser posibilista y conseguir el mejor aprovechamiento de los recursos para el bien del pueblo saharai.

Igual que en los PES anteriores debemos hacer una reflexión sobre nuestra capacidad limitada para asegurar los recursos económicos que permitan alcanzar los objetivos que se plantean.

La crisis económica y la consecuente pérdida de recursos que se ha producido en estos años, con respecto a la que llegaba a los campamentos por la vía de la cooperación, ha supuesto un duro revés para el cumplimiento de lo expresado en el PES 2011-2015. A pesar de todo se han producido avances y resultados. No queremos dejar de planificar lo que consideramos que es necesario para nuestro pueblo. En la actualidad estamos en una situación de mínimos y se espera que quienes tienen la responsabilidad del bienestar de la población refugiada asuman lo que se expresa en este plan y los costes que serían necesarios para su cumplimiento.

Cuando realizamos este Plan Estratégico de Salud lo hacemos con la prudencia del que no tiene recursos propios, pero con el orgullo de quien sabe que le asiste la razón en su lucha y tiene el derecho a que sus demandas sean satisfechas. Somos un pueblo al que se ha marginado y le asiste el derecho a contar con los recursos que le permitan una vida digna y un desarrollo que le prepare para un futuro de independencia en su territorio.

La población saharauí refugiada y su gobierno conforman un país real e independiente con el reconocimiento de más de 80 países y un asiento como país independiente dentro de la Unión Africana. Este reconocimiento político significa que nuestra lucha no ha sido infructuosa aunque no hayamos conseguido nuestra independencia. La injusticia de haber dejado inconclusa la descolonización de nuestro país es denunciada por los países que nos reconocen y también por las organizaciones, asociaciones, partidos políticos y ciudadanía en todo el mundo.

Hemos aprendido durante estos años que la planificación está sujeta a condicionantes que no se sospechan cuando se diseña un PES y que limitan e incluso impiden su desarrollo total. Por ello se hace necesaria la inclusión de disposiciones adicionales que intenten adelantarse a posibles situaciones de futuro imprevisibles, que harían necesaria la elaboración de planes de contingencia.

La transversalidad que implica la planificación, organización y desarrollo de la salud en cualquier ámbito y, en mayor medida, en un campo de población refugiada, exige un esfuerzo de coordinación interdepartamental que hasta ahora, aunque estaba dictado por los PES anteriores, nunca llegó a sustanciarse. Nuestra intención es dar un impulso real al Organismo Intersectorial para la evaluación y control del PES, con el objetivo de cumplir el Plan y dar practicidad a la realidad compleja de la planificación en salud.

Desde el Ministerio se quiere potenciar la Mesa de Concertación y Coordinación en Salud como instrumento dinamizador, moderador, coordinador y evaluador continuo de la salud en los campos de población refugiada. Es el foro de expresión de cualquier organización que trabaje en el ámbito de la salud y abarca toda la realidad de la misma en sus diferentes

Grupos de Trabajo. Cualquier actor que trabaje en salud en los Campamentos deberá asistir y participar en dicho foro y acatar las directrices que se tomen.

Tanto el Ministerio como el Gobierno de la RASD tienen responsabilidades que estamos obligados/as a cumplir con nuestra población que vive en los Territorios, tanto Liberados como Ocupados y con la diáspora saharauí. Los/as saharauís que viven, sobre todo, en Europa, deben apoyar la causa en la medida de sus posibilidades. El Ministerio ha mantenido y mantiene relaciones con el colectivo sanitario saharauí de la diáspora para su integración periódica en el sistema de salud saharauí.

La ayuda que dimana de la Cooperación Internacional, de forma general, contempla sólo el refugio, pero para nuestro gobierno es una obligación y la expresamos en espera de una cooperación más política, que nos facilite el uso de la ayuda fuera del ámbito de los Campamentos.

Nuestra intención como Ministerio se expresa en seis ejes estratégicos que definen las intenciones políticas para el próximo quinquenio. Creemos que la autocrítica debe ser una herramienta clave en el análisis por parte de todos los actores y un elemento de trabajo determinante para andar el camino que nos espera en estos próximos 5 años.

El grado de incertidumbre del cumplimiento de los objetivos del Plan va a depender por una parte del Ministerio y por la otra de los donantes y de la cooperación en general. El gobierno de la RASD espera que estén a la altura de las necesidades expresadas en el PES ya que son la expresión del derecho del pueblo saharauí a tener cubiertas sus necesidades como refugiados/as.

El gobierno de la RASD adquiere el compromiso para que este PES se cumpla y que sirva para mejorar la salud y la vida de la población refugiada.

3. MARCO NORMATIVO

El Plan Estratégico de Salud se encuadra en el marco creado por el ámbito de actuación del Ministerio y políticas y documentos declarativos nacionales e internacionales. Todo ello bajo un enfoque de Derecho a la Salud.

3.1. Ámbito de actuación y responsabilidad del MSP.

a) Campamentos.

Es el entorno en el que vive la población refugiada desde hace cuarenta años y el lugar en el que se desarrolla la mayor parte del trabajo del MSP de la RASD.

Desde un punto de vista de análisis clásico de la salud y desde la perspectiva de nuestra permanencia en el exilio, la RASD se ha caracterizado por priorizar la Prevención como fuente de la Salud. Ello significa que la calidad del agua, la cobertura vacunal, la nutrición suficiente y el medioambiente saludable, han sido los pilares de la supervivencia de nuestro pueblo en los últimos 40 años. Sin olvidar la educación, promoción y sensibilización en salud en la que se deben poner todos los medios a nuestro alcance para comunicar los mensajes.

El MSP mantiene Programas Nacionales de Salud y escalones sanitarios para la asistencia médica y quirúrgica de la población. La cobertura de estos servicios es realizada por personal saharauí y por comisiones que acuden regularmente a complementar nuestro sistema. Asimismo y desde que se formaron los asentamientos nos acompaña una brigada médico-quirúrgica cubana que, en función de su composición e integración, realiza el trabajo de asistencia médica o médica y quirúrgica.

b) Territorios liberados.

Es la única parte de nuestro territorio en la que se despliega nuestro ejército y nomadea la población saharauí. Muchos nómadas viven

en los campamentos y pasan temporadas en los territorios liberados. Mantenemos asentamientos estables y algunos hospitales cercanos a las regiones militares con asistencia médica en Bir-Lahlu, Tifariti, Buer Tiguisit, Mijek, Meheirz, Agüenit y en otros lugares más alejados como Duguech y Zug.

El MSP es responsable de la asistencia sanitaria en estos territorios. Sin embargo, la ayuda que llega por la cooperación no se puede destinar a esos lugares. Necesitamos acceder a una cooperación más política que se implique en la ayuda a esta población para mejorar lo que viene haciendo el gobierno de la RASD desde hace años.

c) Territorios ocupados.

Los/as luchadores/as por la libertad y todos/as los/as habitantes resistentes de las zonas ocupadas reciben un tratamiento desigual en relación a los colonos marroquíes que habitan nuestro suelo. También son reprimidos/as, agredidos/as, torturados/as en manifestaciones o actuaciones de las fuerzas de seguridad marroquíes. No pueden acudir a la asistencia sanitaria para curar sus heridas porque son denunciados por el personal sanitario marroquí. Tampoco reciben una atención sanitaria comparable a la de los/as colonos/as.

El gobierno de la RASD quiere que se elimine este trato injusto al tiempo que solicita de la ONU que la MINURSO vigile el cumplimiento de los Derechos Humanos en el Sahara invadido por Marruecos.

Nos sentimos responsables de lo que allí sucede y solicitamos financiación que nos permita que se visibilice la realidad de la injusticia y de las violaciones de los derechos humanos y que se apoye a nuestros/as compatriotas que luchan en primera línea contra la opresión del gobierno de Marruecos

d) Diáspora.

Con la ayuda de muchos países solidarios, especialmente Cuba, conseguimos formar cuadros de salud que en su mayor número han optado por vivir fuera de los campamentos. Como conciudadanos/as y familiares mantenemos estrecho contacto con todos/as ellos/as. Algunos/as vienen a pasar sus vacaciones en los campamentos y trabajan integrándose en el organigrama de los campamentos.

El Ministerio quiere aumentar la implicación de este colectivo para el bienestar de sus compatriotas.

3.2. Marco normativo nacional.

El PES se elabora en función de las políticas de la RASD que a continuación se enumeran:

Todos los documentos que constituyen el Marco Normativo nacional se pueden consultar en la [página web del MSP](#).

- Programa de Acción Nacional del Congreso Popular del Frente Polisario.
- Constitución de la RASD.
- Decreto Gubernamental para la Creación de la Comisión de Elaboración del PES 2016-2020.
- Decreto sobre el Reglamento de régimen interno, funciones y organigrama del MSP.
- Ley de Veterinaria.

3.3. Marco normativo internacional.

El PES se sitúa en la línea de enfoque de derechos que obliga a diseñar programas dirigidos a poblaciones, evitando grupos de exclusión, abogando por la cobertura Universal de Servicios de Salud.

Bajo esta premisa el PES se alinea con la siguiente agenda internacional:

- Unión Africana: Agenda 2063.
- Agenda de Desarrollo Post 2015 y Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Tercera Conferencia Internacional de Financiación del Desarrollo (Addis Abeba).
- Declaración de París, Plan de Acción de Accra y Alianza de Buzan.

3.4. Derecho a la salud.

El Derecho a la Salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos/as puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden: la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

El Derecho a la Salud está recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los/as niños/as.
- La mejora de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.

La RASD en su Constitución proclama su sometimiento a los principios de justicia y democracia contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948) y en la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos (26 de junio de 1981).

Todos los documentos que constituyen el Marco Normativo internacional se presentan y analizan en el capítulo de anexos del presente PES. Además, se pueden consultar en la [página web del MSP](#).

◀ [Más información sobre el Derecho a la Salud en el Centro de Prensa de la OMS.](#)

- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos/as a la atención de salud.

El derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Los componentes del Derecho a la Salud son:

Disponibilidad.

Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

Accesibilidad.

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos/as, y esto comprendería: la no discriminación; la accesibilidad física; la accesibilidad económica (asequibilidad); y el acceso a la información.

Calidad.

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Aceptabilidad.

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SANITARIA

4.1. Determinantes socio-políticos de salud y enfermedad.

El éxodo y exilio han sido y son causa de enfermedad para la población saharauí.

El exilio ha forzado a los habitantes de los CRS no solamente a vivir lejos de su patria, sino a tener que habitar en unas condiciones hostiles en la dura *Hamada* argelina, a pesar de su carácter tradicionalmente nómada. Las temperaturas extremas en verano e invierno en el desierto, las largas épocas de sequía, las ocasionales lluvias que a menudo destruyen viviendas e infraestructuras, la concentración de flúor, nitritos o metales pesados en el agua, o el suelo arenoso que dificulta la eliminación de aguas sépticas, son factores que comprometen la salud de la población saharauí, causando la aparición de enfermedades emergentes.

Por otra parte, las escasas posibilidades de desarrollo productivo, vinculadas a la carencia casi absoluta de agricultura, la precariedad de las explotaciones ganaderas y a la dificultad de acceso a los bienes de consumo, impiden la seguridad y soberanía alimentaria, y condicionan una total dependencia de la ayuda humanitaria, hasta para cubrir las necesidades más básicas.

El desarrollo económico en los campamentos se ha producido en gran parte por la aparición de pequeños comercios y negocios por el pago de pensiones del Estado Español y el envío de divisas de los/as saharauís en el exterior y familias solidarias del programa "Vacaciones en Paz". El resto de opciones para la generación de ingresos se limita a los empleos en organizaciones internacionales, los escasos incentivos del sector público, o actividades ilegales.

La creciente disparidad económica entre familias hace que las más dependientes tengan un mayor grado de vulnerabilidad.

A pesar de que una buena parte de la población saharauí adulta joven tiene un buen nivel educativo, apenas tiene salidas profesionales. Hay

El éxodo y exilio han sido y son causa de enfermedad.

pocas opciones de ocio con una vida difícil y muchas reivindicaciones sin satisfacer. Las pocas opciones de acceso a cargos de responsabilidad, las escasas oportunidades formativas y de desarrollo de sus capacidades, la inacción de la comunidad internacional, les abocan a la huida hacia España, al desarrollo de trabajos diferentes a los correspondientes a su formación, la ociosidad o al riesgo de delincuencia infanto-juvenil.

Aunque los índices de alfabetización son elevados y la tasa de escolarización es alta, los importantes desafíos en materia de profesionales de la enseñanza suficientemente capacitados/as y motivados/as que permanezcan en Campamentos y las deficiencias en las infraestructuras y equipamientos de las escuelas, dificultan una correcta adquisición de conocimientos. El acceso a medios de comunicación e Internet es muy limitado y pocos/as jóvenes pueden estudiar hoy en el extranjero.

Es imposible hablar de seguridad alimentaria en los Campamentos. La subsistencia de las familias depende, desde hace cuarenta años, de la distribución mensual de una ración de agua y alimentos secos, y en los últimos años de una pequeña ración de productos frescos, de la ayuda internacional. Situación que ha empeorado debido a la reducción de la ayuda alimentaria y desaparición de los stocks de seguridad. La diversidad de los alimentos no se ajusta a la normativa internacional.

El contexto político, económico y social de la vida en los campamentos tiene consecuencias diferentes en la vida de hombres y mujeres y las relaciones entre ambos. A pesar de que el empoderamiento de la mujer es mayor que en los países del entorno, la división sexual del trabajo es clara y constante, de modo que los escasos empleos mejor remunerados son mayoritariamente ocupados por hombres. La mayoría de las mujeres asumen el trabajo familiar, e importantes funciones comunitarias, aunque también puestos en el ámbito de la salud y la educación poco remunerados. El trabajo doméstico en los campamentos es especialmente

exigente, ya que incluye los cuidados de las personas dependientes (niños, niñas y personas enfermas o ancianas), o el acarreo de grandes pesos, y dificulta el acceso de puestos de trabajo de responsabilidad. Para aquellas mujeres que trabajan, por ejemplo, en el sector de la salud, la presión social y familiar es elevada, con resistencias a que puedan asumir puestos de responsabilidad o, principalmente, fuera de su daira o wilaya.

Los hombres tienen un mayor acceso a puestos de representación y responsabilidad en el gobierno, ministerios y organizaciones sociales, mientras que las mujeres se concentran en movimientos de nivel medio y comunitario. Se debe destacar, no obstante, la reciente publicación de una ley de cuotas del 30% en los puestos de decisión política, los avances en las relaciones con organizaciones internacionales como la Unión Africana, lo que puede suponer la adhesión a mayores compromisos relacionados con la igualdad de género en el futuro, y la voluntad expresa manifestada por el MSP de incorporar el enfoque de género en la política sanitaria, o de comenzar a trabajar en aspectos que antes eran considerados tabú, como el espaciamiento del embarazo o la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

La sociedad civil saharai es proactiva y los movimientos asociativos tienen mucha fuerza. Organizaciones como la Unión Nacional de Mujeres, de Estudiantes o de Jóvenes, así como asociaciones como AFAPREDESA o NOVA, son solo una muestra de los movimientos sociales locales, que realizan actividades de sensibilización y de incidencia política a favor de los derechos del pueblo saharai.

4.2. Los problemas de salud

Nuestro sistema de información de salud aún no permite conocer con exactitud la prevalencia de determinadas patologías y otros datos clave, por lo que el análisis de la situación debe hacerse con cautela y prudencia.

La población de los campamentos saharauis se ve afectada por una doble carga de enfermedad, transmisible y no transmisible.

Por una parte, existe una alta prevalencia de enfermedades vinculadas al refugio, como la malnutrición, la anemia, patología dental, las infecciones gastrointestinales o las infecciones respiratorias, con un alto componente estacional y medioambiental. Estas patologías, que generalmente tienen un mayor impacto entre los niños y niñas menores de cinco años, se ve además afectada por la malnutrición aguda o la aún más frecuente malnutrición crónica, que contribuye a debilitar el sistema inmunitario de los/as más pequeños/as. Según los últimos estudios que hemos realizado recientemente, la prevalencia global de malnutrición en menores de 5 años se sitúa en un 7,6%, mientras que la prevalencia de malnutrición crónica alcanza el 25,2% y la prevalencia de anemia el 28,4% en el mismo rango de edad.

A pesar de nuestros esfuerzos y de los de numerosas organizaciones por reforzar los servicios y el programa de salud infantil saharauí, tan solo un 30% de los niños y niñas son atendidos en más de 6 ocasiones (de las 9 recomendadas) en los dispensarios a lo largo de su primer año de vida, lo que, junto a otros factores, dificulta poder garantizar un buen seguimiento del crecimiento y desarrollo psico-motor de la infancia, o una buena cobertura vacunal de la población. Tan solo un 69% de los 74 casos de malnutrición aguda severa registrados en 2014 recibieron alta por curación, mientras que los abandonos del programa de seguimiento alcanzaron un 27%.

En lo referente a la salud reproductiva, en estos años se ha logrado alcanzar importantes logros, como que más del 75% de las mujeres embarazadas realicen al menos 3 consultas de seguimiento del embarazo, que en más de la mitad de los partos atendidos por matrona se utilice el partograma, que la proporción de partos atendidos por personal cualificado alcance el 69,5%, o que se realice control puerperal a domicilio en las primeras 48 horas post-parto al 45% de las mujeres. A pesar de ello, un 47%

de las mujeres embarazadas padecen anemia moderada o severa, y un 33% mantienen ese estado al alcanzar su tercer trimestre de embarazo.

Por otra parte, las condiciones impuestas por el refugio prolongado durante cuarenta años han contribuido a desencadenar un importante aumento de enfermedades no transmisibles, como la patología cardiovascular, la diabetes, la hipertensión, el asma, o la patología tiroidea, que afectan principalmente a población adulta, que no disfruta de un envejecimiento saludable. El problema no solo reside en la prevalencia de las patologías, que se estima elevada aunque no se conoce con exactitud, sino también en la incapacidad de los servicios sanitarios por ofrecer un cribado, control y tratamiento suficientes. Se estima que menos de un 10% de los pacientes crónicos con diabetes o hipertensión están bien controlados, aspecto que no solo depende de la provisión de medicamentos.

Las duras condiciones de vida, así como las escasas expectativas de futuro y otros determinantes sociales también son en cierta medida responsables del empeoramiento de la salud psico-social y mental de la población; problemas que a menudo han quedado relegados a un segundo plano.

4.3. Situación del sistema de salud.

Desde el Ministerio de Salud Pública Saharaui sentimos la obligación de proporcionar unos servicios de salud preventivos y asistenciales suficientes y de calidad a toda la población y de hacer efectivo el derecho a la salud de los/as saharauis. El MSP está organizado y cuenta con una red de centros sanitarios estructurada en tres niveles principales: dispensarios (27), hospitales regionales (5) y un hospital nacional, además de otros centros complementarios. Son muchas las dificultades a las que hacer frente para lograr este objetivo, en un contexto de crisis humanitaria compleja y prolongada en el refugio, gran dependencia de la ayuda internacional, e inexistente autonomía financiera.

Un 47% de las mujeres embarazadas padecen anemia moderada o severa.

A pesar de la sólida estructura organizativa con la que contamos en direcciones, departamentos y centros sanitarios, el funcionamiento del Ministerio, en términos de coordinación y eficiencia de sus recursos humanos, requiere una profunda revisión y refuerzo. Los/as profesionales del MSP, en todos sus niveles, son personas voluntarias que apenas reciben una pequeña remuneración a modo de incentivo. Además, no todo el personal tiene las capacidades suficientes para el desarrollo de las funciones y la gestión de sus equipos.

Nuestra plantilla de trabajadores/as, aunque numerosa, no está adaptada en sus perfiles profesionales y su distribución entre centros a las necesidades de los programas y servicios. La inexistencia de un sistema de carrera profesional y la falta de continuidad en el pago de incentivos ocasionados por los retrasos en las aportaciones de la ayuda internacional resultan en un sistema que requiere mucho esfuerzo por parte de ciertas personas para su funcionamiento. Por ello no resulta eficiente en su conjunto.

Los programas formativos, aunque en ocasiones consolidados, no siempre están estandarizados, ni se adecúan a las necesidades de los profesionales, o responden a criterios suficientes de calidad.

El Ministerio es consciente del riesgo de desánimo de la plantilla debido a las duras condiciones de trabajo, precaria situación de muchas infraestructuras sanitarias, el insuficiente equipamiento y lo limitado de la provisión de medicamentos.

Existe una Farmacia Central y un listado nacional de medicamentos aprobado por el Ministerio. Sin embargo, resulta complejo realizar una provisión racional de medicamentos, ya que el listado no rinde satisfacción a una situación de refugio tan prolongada en áreas como especialidades, cuidados paliativos, urgencias, patología hospitalaria, etc, y que el MSP depende enteramente de aportaciones de organizaciones internacionales, que no permiten cubrir las necesidades terapéuticas. Lo

mismo sucede con fungibles y equipamientos, que a menudo provienen de donaciones sin una continuidad suficientemente sostenible, o en las que no se garantiza su mantenimiento.

Aunque muchos programas de la Dirección de Prevención, como el de salud reproductiva o el de salud infantil, están bien estructurados, tanto en sus procedimientos de planificación como de monitoreo, otros muestran mayor debilidad organizativa. Resulta también un reto en los hospitales la provisión estándar de medios diagnósticos y terapéuticos, así como una programación adecuada de sus recursos humanos, y una estandarización y consolidación de sus procedimientos de gestión, debido a la inexistencia de unas carteras de servicios bien definidas.

La promoción de salud, estructurada según los programas correspondientes o las áreas de trabajo, y no siempre programada en función de las necesidades y los mensajes clave a transmitir, depende en gran medida de la colaboración de organizaciones de la sociedad civil, a través de intervenciones puntuales o no bien integradas con el resto de servicios y programas, cuyo impacto resulta difícil de evaluar. Además, generalmente, se utiliza de forma genérica metodologías poco participativas o didácticas, y se dirigen exclusivamente a mujeres, sin un correcto enfoque de género.

Los procesos de toma de decisiones a nivel de organización de servicios, asistencia médica o salud pública a menudo no están fundamentados en datos fiables actualizados, evidencia científica o una vigilancia epidemiológica efectiva. El sistema de información, dividido en programas, aún no permite un análisis periódico adecuado de la actividad de los centros, los resultados en salud, o las necesidades concretas de los programas en relación a recursos humanos, materiales o de apoyo formativo.

El MSP realiza un importante esfuerzo de liderazgo y coordinación del sector salud a través de la Mesa de Concertación y Coordinación, sus grupos de trabajo y las diferentes Plataformas de Salud. Aun así, todavía se encuentran importantes debilidades en el diálogo bilateral con organizaciones de la sociedad civil, la participación activa de la ciudadanía, o la

coordinación entre los diferentes Ministerios. La enorme multiplicidad y diversidad de actores que colaboran en la ayuda humanitaria en los campamentos exige un alto nivel de colaboración, transparencia, información y rendición de cuentas entre ellos.

La sostenibilidad del sistema de salud público saharauí, por mucho esfuerzo que pongamos los/as profesionales, los/as gestores/as, o las organizaciones que nos apoyan, es inviable mientras continúe la situación de refugio, si las Naciones Unidas y sus Agencias continúan sin hacer totalmente efectivo su mandato. Tanto ACNUR como el resto de agencias son responsables de garantizar los recursos necesarios para el acceso a la salud suficiente y de calidad de toda la población refugiada saharauí.

La sostenibilidad del sistema de salud público saharauí es inviable mientras continúe la situación de refugio.

5. VISIÓN, MISIÓN Y VALORES

Constituyen nuestra visión futura, nuestra razón de ser y los principios fundamentales que nos guían.

Visión.

Lograr la mejora de la salud del pueblo saharai superando la situación de supervivencia en la que se vive y se ha vivido en el contexto de refugio prolongado.

Misión.

Ofrecer desde el Ministerio de Salud Pública Saharaui un liderazgo estratégico del sector salud orientado hacia la prestación de servicios de salud eficientes, suficientes y de calidad, tanto preventivos como asistenciales, para toda la población saharai.

Valores:

- Entendimiento de la salud como un derecho humano para todos y todas, sin distinción de raza, sexo, ideología, política, condición social, religión, localización geográfica o situación económica, conforme al artículo 37 de la Constitución de la RASD.
- Acceso gratuito, universal y equitativo a los servicios de salud preventivos y curativos, de acuerdo a las necesidades de cada persona, con un enfoque de justicia social y reducción de las disparidades en salud.
- Eficiencia en la gestión y la prestación de servicios, para un mejor uso de los escasos medios y recursos disponibles.
- Participación comunitaria.

Para dar respuesta a los retos y desafíos para la mejora de la salud de la población saharauí, se proponen 6 ejes estratégicos.

6. EJES ESTRATÉGICOS

Estos ejes constituyen las principales áreas estratégicas de intervención, son claves para garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud y deben marcar los criterios para medir lo pertinente y adecuado de las actividades, de la organización interna y funcional de los servicios de salud, e incluso de los proyectos y programas desarrollados desde el MSP y con otros actores.

EJES ESTRATÉGICOS	
Eje 1.	Mejorar la gestión y el desempeño del personal de salud.
Eje 2.	Aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos (preventivos y asistenciales).
Eje 3.	Incorporar la perspectiva de género en salud.
Eje 4.	Mejorar la transparencia de la información y la rendición de cuentas.
Eje 5.	Reforzar la colaboración intersectorial, con otras agencias y organizaciones y la participación de la sociedad civil.
Eje 6.	Lograr el compromiso político y humanitario para una financiación sostenible del sector salud.

Para cada eje se establece una serie de objetivos específicos, así como un conjunto de metas.

Eje 1. Mejorar la gestión y el desempeño del personal de salud:

En el área de la gestión del talento nos encontramos algunos de nuestros mayores desafíos, para garantizar la sostenibilidad y permanencia de profesionales bien formados y motivados en todos sus estamentos y servicios.

El logro de una completa reforma estructural de la política de recursos humanos solo será posible si los sistemas de supervisión y evaluación se sistematizan de modo que la remuneración económica vaya correctamente vinculada a la calidad del desempeño, si se desarrolla un Plan de Formación que permita que todos/as los/as profesionales estén bien capacitados/as para desempeñar sus funciones, y si se ofrecen perspectivas de futuro motivadoras vinculadas al reconocimiento profesional. La estandarización de procedimientos en la contratación, así como la elaboración de términos de referencia de servicios y categorías profesionales, permitirán una comunicación interna más clara y eficiente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- | | |
|------|--|
| OE.1 | Avanzar en el desarrollo de un sistema de incentivación por categoría profesional en función de la titulación, la experiencia y el desempeño, y reforzar los mecanismos de inspección y evaluación del desempeño. |
| OE.2 | Fortalecer las capacidades técnicas y de gestión del personal, diferenciadas según las funciones a desempeñar: atención primaria, atención hospitalaria, y administración/gestión. |
| OE.3 | Elaborar una Ley General de la Carrera Profesional de los Servicios de Salud que ayude a consolidar una plantilla estable, capacitada y bien organizada. |
| OE.4 | Mejorar la información, participación y comunicación con los/as profesionales en lo relativo a la organización de servicios, derechos de los/as trabajadores/as, funciones a desempeñar y alcance de las metas en salud. |
| OE.5 | Implementar una política de mejora de las condiciones de trabajo y conciliación familiar, que facilite la incorporación de las mujeres en puestos de toma de decisiones. |

Especial atención requieren las políticas que, una vez aplicadas, permitan aumentar la presencia de mujeres en puestos de toma de decisiones, y garantizar unas condiciones laborales de calidad que maximicen su satisfacción y rendimiento.

El logro de este primer eje estratégico no será posible si no se producen avances paralelos en lo referente a la financiación sostenible de los servicios de salud y el personal. No es posible garantizar un sistema que premie el desempeño si la incentivación no va acorde con el mismo, aun con las restricciones que impone el contexto del refugio y la dependencia de la ayuda internacional.

METAS PARA 2020	
M.1	Se supera el 80% en la cobertura de puestos por categoría (medicina, enfermería, matronas, administración y servicios, según lo requerido en los planes de gestión de departamentos y servicios).
M.2	Se satisface al menos el 80% de las necesidades de formación de los/as profesionales identificadas en los Planes Anuales de Formación.
M.3	Puesta en marcha de un sistema de instrucción al puesto de trabajo, carrera profesional y evaluación del desempeño con evaluaciones trimestrales.
M.4	Se logra una proporción de al menos el 30% de presencia de mujeres en puestos de toma de decisiones en el Ministerio de Salud (direcciones y coordinaciones de departamento/programa) y los servicios de salud (direcciones regionales y de hospitales).

Eje 2. Aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos (preventivos y asistenciales)

Con una red de centros sanitarios en cantidad suficiente, y una estructura completa de servicios y programas de salud, el Ministerio de Salud Pública cuenta hoy con la oportunidad de avanzar en aras de la calidad asistencial, la consolidación del sistema de salud, y la organización funcional que permita mejores resultados en salud.

Sumada al primer eje estratégico, la definición de la cartera de servicios de los diferentes centros y niveles asistenciales puede sentar las bases de una buena organización funcional en todo lo referente a los recursos humanos, materiales y de gestión. Experiencias como la creación del Comité de Gestión del Hospital Nacional pueden ser replicadas en otros centros para garantizar un correcto monitoreo de las actividades y los resultados alcanzados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- | | |
|-------|---|
| OE.6 | Desarrollar los planes de gestión y funcionales de centros sanitarios con cartera de servicios, reglamento y necesidades de personal, formativas, de equipamiento, suministros y medicamentos. Establecer organismos de gestión para su seguimiento. |
| OE.7 | Homogeneizar los procedimientos asistenciales hospitalarios y fomentar el trabajo en equipo de profesionales saharauis y cooperantes. |
| OE.8 | Establecer un sistema para el monitoreo del consumo medio y provisiones de necesidades de medicamentos y suministros que permita adecuar las compras a las carteras de servicios de los centros. |
| OE.9 | Consolidar el monitoreo de los programas de salud infantil, salud reproductiva y enfermedades crónicas, definir la estructura organizativa de otros programas y reforzar la coordinación entre ellos y con organizaciones para garantizar los servicios necesarios. |
| OE.10 | Consolidar el Hospital Nacional como centro de referencia para todos los hospitales regionales y dispensarios, la atención especializada, y especialmente en Pediatría, Ginecología/Obstetricia, y Urgencias/Emergencias. |
| OE.11 | Consolidar los programas de salud animal y la prevención de enfermedades zoonóticas. |

METAS PARA 2020	
M.5	Tasa de mortalidad materna inferior a 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
M.6	Tasa de mortalidad neonatal inferior a 12 por cada 1.000 nacidos vivos.
M.7	Tasa de mortalidad en menores de 5 años inferior a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
M.8	Se logra que al menos que dos de cada tres pacientes crónicos estén bien controlados.
M.9	Definidas las carteras de servicios de los centros según niveles asistenciales, y establecidas las necesidades estándar de recursos materiales y personales por servicios y departamentos.
M.10	Se garantiza el stock de medicamentos vitales y suministros clave al menos 11 meses al año, para hospitales y dispensarios.

Es preciso trabajar en la homogeneización de criterios y procedimientos basados en evidencia científica y adaptados al contexto, que permitan una correcta programación de formaciones y supervisiones.

El sistema de aprovisionamiento de medicamentos y suministros tiene también la oportunidad de mejorar su gestión de modo que se pueda maximizar el uso de los escasos recursos disponibles para su compra y distribución. Una correcta planificación periódica de necesidades basada en el análisis de la utilización de los servicios y la actividad en los centros podría permitir centralizar la coordinación del abastecimiento de medicamentos y suministros en Campamentos, evitando así duplicidades o gastos no prioritarios.

▲ Al margen de las metas descritas aquí, existen 22 indicadores de salud reproductiva y 28 indicadores de salud infantil y vacunación, en el Cuadro Oficial de Indicadores del Ministerio de Salud Pública, que también se deben monitorear.

Las lecciones aprendidas a partir del refuerzo y la consolidación de los programas de salud infantil o salud reproductiva en los últimos años deben servir de guía y orientación para la sistematización y organización funcional de todos los programas, la mejora de su coordinación y su monitoreo continuo.

Por último, los esfuerzos desarrollados en los últimos años para el refuerzo del Hospital Nacional como centro de referencia en los Campamentos deben continuar, para lograr su consolidación definitiva. Estratégicamente, las áreas de pediatría, urgencias y ginecología-obstetricia son prioritarias, así como su integración y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, partiendo desde los programas preventivos en los dispensarios, pasando por la atención en hospitales regionales, y el nivel de referencia en el Hospital Nacional.

Es necesario también un enfoque de salud única, que reconozca la relación de la salud humana con la salud ambiental y animal, y garantice la cooperación entre los diferentes servicios para el control y prevención de enfermedades zoonóticas.

Sólo un esfuerzo integrado en la dirección correcta permitirá seguir avanzando hacia metas clave como la reducción de la mortalidad materna y neonatal, la reducción de la morbilidad en menores de 5 años, o una mejor calidad de vida de los/as pacientes crónicos/as.

Eje 3. Incorporar la perspectiva de género en salud.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva debe asegurar una visión que, en el día a día, vaya más allá de la mera atención materno-infantil. Debe incorporar de manera integral servicios de planificación familiar, infertilidad, enfermedades de transmisión sexual, prevención y tratamiento del aborto, el acceso a pruebas diagnósticas y medicamentos, y apoyo a las madres solteras. También es necesario un monitoreo de la receptividad y la aceptabilidad de los servicios por parte de las usuarias, así como la adecuación cultural de los mensajes y actividades de promoción de salud y empoderamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
OE.12	Aumentar el acceso a recursos y beneficios de las trabajadoras y las usuarias de los servicios de salud.
OE.13	Aumentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y a nivel de política sanitaria.
OE.14	Lograr la institucionalización de género en materia de legislación, documentos políticos y declarativos, y en gestión operativa.
OE.15	Mejorar la capacitación del personal del Ministerio de Salud y los diferentes centros en salud y género.

Toda la población debe beneficiarse de este nuevo enfoque de género en las campañas y actividades continuadas de promoción de salud, atendiendo a los problemas de salud específicos de hombres y mujeres, y dedicando las formaciones en género y salud tanto a hombres como a mujeres.

La participación de la población civil, y en especial de las mujeres y sus organizaciones de la sociedad civil (como la UNMS, o los grupos de mujeres de la UJSARIO y la UESARIO) debe ser promovida fuertemente a

través de foros de diálogo y espacios para la toma de decisiones a todos los niveles (identificación de necesidades, planificación de acciones, ejecución, monitoreo y evaluación). El abordaje de la salud y el género debe incluir el empoderamiento de las mujeres como elemento clave.

Un paso clave hacia la plena integración del enfoque de género en nuestra estrategia debe pasar por la elaboración y el seguimiento de un Plan de Acción en Género y Salud que identifique las acciones concretas a desarrollar, con vistas al logro de los 4 objetivos específicos descritos. La institucionalización de género requiere que se estudien las necesidades de salud diferenciadas de hombres y mujeres, y que esta nueva visión impregne cualquier documento declarativo y/o operativo.

El Plan de Acción en Género y Salud podrá determinar nuevos indicadores adicionales que se incluirán en el monitoreo y evaluación periódicos. ▼

METAS PARA 2020

- | | |
|------|---|
| M.11 | Elaboración y seguimiento de un Plan de Acción en Género y Salud. |
| M.12 | Cobertura universal en todas las áreas de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (seguimiento del embarazo, atención al parto, seguimiento del puerperio, planificación familiar, promoción de salud, y prevención y tratamiento del aborto). |
| M.13 | Participación activa de colectivos y organizaciones de mujeres de la sociedad civil en el análisis y toma de decisiones en salud. |
| M.14 | Todos los documentos declarativos y operativos hacen mención a las necesidades por separado de ambos sexos y a intervenciones orientadas a satisfacerlas. |
| M.15 | Inclusión de capacitación sobre género en los Planes de Formación del personal. |

Eje 4. Mejorar la transparencia de la información y la rendición de cuentas.

El Sistema de Información de Salud no debe ser solo una herramienta de recogida de datos. Su uso debe estar orientado a la obtención de información fiable y de calidad que pueda ser presentada con facilidad a nuestros equipos y nuestra población. El análisis periódico en detalle de la evolución de los indicadores y su segmentación según edades, género o localización geográfica debe estar orientado siempre hacia la toma de decisiones en salud para la solución de problemas, y la mejora de la calidad de los servicios. La creación y puesta en marcha de un sistema efectivo de Vigilancia Epidemiológica permitirá garantizar una rápida respuesta ante brotes y problemas de salud comunitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
OE.16	Implantar un Sistema de Información de Salud y Vigilancia Epidemiológica que permita una mejor previsión, toma de decisiones y la comunicación de una información más completa a la población y actores.
OE.17	Desarrollar planes de comunicación y promoción de salud para aumentar la aceptabilidad de los servicios y programas entre hombres y mujeres, en cooperación con organizaciones de la sociedad civil y ONGs.
OE.18	Mejorar y abrir canales de información bidireccional y participación con las organizaciones internacionales para el apoyo a la prestación de servicios y la promoción de salud.

En promoción de salud se debe trabajar con una visión holística e integradora. Debe ser transformadora y catalizadora del cambio, estar impregnada de una visión de género, e ir más allá de la educación para la salud con metodología tradicional, para abarcar aspectos más relacionados con la participación comunitaria en salud y el empoderamiento.

También resulta fundamental desarrollar una estrategia de comunicación sólida y constante dirigida a aumentar el conocimiento y la aceptabilidad de la población acerca de los recursos y servicios de salud disponibles.

Este cambio en nuestra estrategia de comunicación también debe estar orientado hacia la transparencia de la gestión pública, aumentando así la confianza y satisfacción de donantes, contrapartes, trabajadores/as y usuarios/as de los servicios de salud.

METAS PARA 2020

- | | |
|------|--|
| M.16 | Actualización y cálculo anual de los indicadores del Cuadro Oficial de Indicadores del Ministerio de Salud Pública. |
| M.17 | La información recogida en el Sistema de Información de Salud es analizada y empleada en los procesos de toma de decisiones y documentos estratégicos y declarativos. |
| M.18 | Existencia de un Programa Nacional de Promoción de Salud activo cuya estructura integra a organizaciones internacionales y colectivos de la sociedad civil, y que se articula de forma transversal con todos los programas y servicios de salud. |
| M.19 | Se comparte, periódicamente, información del avance en el logro de las metas y del funcionamiento de los servicios con donantes y población usuaria de los mismos, a través de la página web del Ministerio y medios de comunicación locales. |

Eje 5. Reforzar la colaboración intersectorial, con otras organizaciones y la participación de la sociedad civil.

En este contexto de dependencia de la ayuda internacional, y con una sociedad tan fuerte y activa como la nuestra, es necesario trabajar juntos. La multiplicidad de actores en el sector salud, la buena organización de la sociedad civil, o el hecho de que la salud se vea influida por todas las políticas, constituyen oportunidades para que desde el Ministerio ejerzamos un liderazgo estratégico del sector, que ayude a aunar esfuerzos.

Es necesario un salto cualitativo en la promoción de la salud, que incluya un enfoque de Salud en Todas las Políticas, de modo que abogemos por hacer fácil lo saludable a partir de políticas públicas en educación, asuntos sociales, comercio, etc. Este trabajo no es posible sin alianzas y trabajo conjunto entre las diferentes instituciones del gobierno de la RASD.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
OE.19	Desarrollar un enfoque de salud en todas las políticas, empleando comités interministeriales y enlaces y alianzas con instituciones gubernamentales.
OE.20	Reforzar la operatividad de la Mesa de Concertación y Coordinación en Salud, sus plataformas de salud y el liderazgo de sus portavoces y antenas.
OE.21	Impulsar la coordinación y la firma de acuerdos con organizaciones de la sociedad civil para su participación en salud.

La Mesa de Concertación y Coordinación en Salud, así como sus grupos de trabajo y sus plataformas, es la red clave para el refuerzo de la coordinación en el sector con una estrategia común, para lograr la colaboración entre actores, y para maximizar el impacto de la ayuda internacional.

La participación de la sociedad civil en salud no debe ser solamente instrumental, sino un fin legítimo en sí mismo, para lograr la implicación y empoderamiento en salud del pueblo saharauí.

METAS PARA 2020

- | | |
|------|--|
| M.20 | Creación de un comité interministerial para el seguimiento de la Salud en Todas las Políticas. |
| M.21 | Se realizan reuniones sistemáticamente de la Mesa de Concertación y Coordinación en Salud y sus Plataformas, con mayor integración y participación de actores. |
| M.22 | Se consiguen acuerdos con organizaciones de la sociedad civil de mujeres y jóvenes para el trabajo conjunto en promoción de salud. |

Eje 6. Lograr el compromiso político y humanitario para una financiación sostenible del sector salud.

Naciones Unidas, sus Agencias y la Comunidad Internacional deben cumplir sus mandatos, por los cuales deben garantizar la salud, la educación, el acceso al agua y a alimentos, y la cobertura de las necesidades básicas de nuestro pueblo. El aumento de los/as refugiados/as en otras partes del mundo nunca puede ser una excusa para reducir la ayuda que recibe el pueblo saharauí, refugiado desde hace 40 años.

La exigencia de la solución política del conflicto y la convocatoria del referéndum, además de ser legítima por derecho, es también necesaria para que el pueblo saharauí recupere su tierra, sus recursos naturales, su libertad, y la posibilidad de una economía productiva que garantice el desarrollo sostenible y la mejora de las condiciones de vida y la salud de sus ciudadanos y ciudadanas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- | | |
|-------|---|
| OE.22 | Requerir a la ONU y sus Agencias que garanticen la financiación sostenible de las necesidades básicas y la provisión de servicios de salud suficientes, de calidad, y universales, para toda la población saharauí. |
| OE.23 | Exigir a la Comunidad Internacional el compromiso por el derecho a la salud del pueblo saharauí y su apoyo para la solución política del conflicto y el referéndum. |
| OE.24 | Negociar y firmar acuerdos bilaterales con países amigos para la mejora de la salud. |

Debemos trabajar por la diversificación y aumento de la cartera de donantes y por la firma de acuerdos. Nuestra meta es lograr la financiación sostenible y el apoyo para la provisión de servicios de salud preventivos y asistenciales, ya sea en los Campamentos o en el extranjero.

METAS PARA 2020

- | | |
|------|---|
| M.23 | La canasta de alimentos aumenta y se diversifica, hasta alcanzar el estándar mínimo de calidad para satisfacer las necesidades nutricionales de la población. |
| M.24 | Se logra una financiación suficiente y sostenible del sector salud para poder garantizar la cobertura universal de los servicios. |
| M.25 | Incrementa el número de donantes al Ministerio de Salud Pública, y el número de acuerdos de colaboración con otros países. |

Al igual que en los anteriores Planes Estratégicos de Salud de la RASD, es importante remarcar unas áreas de atención especial en una situación de escasez de recursos, priorizando las acciones y actividades de los programas de salud y de los proyectos de cooperación sanitaria.

7. ÁREAS DE ESPECIAL ATENCIÓN Y PRIORIDADES

- Morbi-mortalidad
- Alimentación
- Medicamentos
- Vacunas
- Transporte sanitario

8. ESTRUCTURAS PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PES.

Parte esencial del Plan Estratégico es establecer mecanismos de seguimiento y desarrollo de los objetivos específicos y de los ejes, así como la evaluación de su implementación mediante la cumplimentación de una serie de metas.

El seguimiento ha de efectuarse de forma continua a lo largo de la implantación del Plan y nos va a permitir "controlar" y "medir" en tiempo real la evolución y el desarrollo de las estrategias. Esto permite corregir y subsanar posibles carencias en su implantación. Se debe elaborar un cuadro de mando integral en el que se establezcan los plazos para la correcta medición de los resultados.

El gobierno de la RASD debe nombrar un comité técnico permanente interministerial para el seguimiento del PES. Este comité debe estar formado por representantes de la Media Luna Roja Saharaui y los siguientes Ministerios: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Agua y Medioambiente, Ministerio del Interior, Ministerio de Transporte, Ministerio de Comercio. La secretaría de este comité la asume el Ministerio de Salud. El comité se reunirá cada seis meses y elaborará un informe que se presentará a la Mesa de Concertación y Coordinación en Salud.

Se establecen cinco escenarios que requieren la elaboración de un Plan de Contingencia que analice la nueva situación y las nuevas prioridades en salud.

El encargado de dar la alarma sería el Ministerio de Salud. Inmediatamente se debería reunir la Mesa de Concertación en los campamentos para analizar la situación, priorizar soluciones a corto y medio plazo y nombrar una comisión de elaboración del Plan de Contingencia.

Se debería articular un cronograma de urgencia para la elaboración del Plan de Contingencia que permitiera buscar soluciones urgentes y financiación de emergencia.

Debe haber un grupo de trabajo cuya misión sea dar visibilidad al problema de forma clara, veraz y convincente.

En caso de reactivación del conflicto armado

En el supuesto de que la guerra detenida por la firma del alto el fuego de septiembre del 1991 se reanudara por la causa que fuera, las prioridades del Gobierno de la RASD serían revisadas. Aunque la salud del pueblo seguirá siendo clave en las prioridades, la nueva situación hará que no se puedan cumplir los objetivos comprometidos. Por tanto, se hará una revisión para adecuarse a las capacidades y financiaciones posibles derivadas del nuevo escenario.

En caso de Referéndum e independencia

Si la evolución del proceso hace que, en el plazo de vigencia del PES 2016-20, se realice el Referéndum y se llegue a la independencia, se considerará que el PES ha cumplido su función en el refugio. Se deberá establecer un Plan de Retorno, previo al Referéndum, en el que se deberá garantizar la salud de la población en espera del retorno y durante el mismo.

9. DISPOSICIONES ADICIONALES

En caso de catástrofe o situación grave por enfermedades emergentes

Cualquier situación catastrófica o enfermedad emergente que precise la orientación de los esfuerzos sanitarios a funciones diferentes de las programadas hará necesaria una evaluación de las posibilidades de cumplimiento de los objetivos y una revisión del destino del presupuesto.

Marcadores y signos de alarma:

- Catástrofe natural similar a las vividas en otros tiempos como inundaciones.
- Epidemias de enfermedades contagiosas (Meningitis, sarampión, etc.).
- Enfermedades transmitidas por el agua (Cólera, Fiebres Tifoideas, etc.).
- SIDA diagnosticado en los campamentos.
- Ébola.

Hay que considerar que el listado de enfermedades de declaración obligatoria es la fuente para el conocimiento de las mismas. Cualquier caso de esta índole debe ser comunicado a la Mesa de Concertación para poner en marcha un mecanismo dimensionado a la envergadura del problema.

En caso de disminución crítica de la capacidad asistencial

Si se llegara a la situación de que la capacidad asistencial no pudiera asegurar el mantenimiento de los Programas de Salud, se deberá convocar la Mesa de Concertación para dar solución a la crisis humanitaria que esto produciría.

Marcadores y signos de alarma:

- Cuando no se puedan llevar a cabo los Programas Nacionales de Salud.
- Cuando no se puedan cubrir las necesidades de sueldo del personal sin esperanzas de que exista solución a corto plazo
- Cuando el número de profesionales sanitarios no cubran los puestos de trabajo necesarios
- Cuando no haya cobertura de alguno de los pilares de la Prevención
 - Salubridad del agua de consumo
 - Cobertura de vacunación
 - Alimentación
 - Eliminación de basuras

En caso de alarmas producidas por algunos de los supuestos de las Áreas de Atención Especial

Marcadores y signos de alarma:

- Incremento de la morbi-mortalidad neo-natal y materna (identificada por la Comisión de muertes maternas y neonatales de la Plataforma PISIS-PNSR).
- Disminución de la canasta básica en cantidad, diversidad y calidad y del número de beneficiarios/as (un 10% respecto a los datos de 2014).
- Ruptura de stocks de medicamentos.
- Falta de vacunas y medios para la cadena de frío.
- Insuficiencia de la flota de vehículos del Ministerio y sus servicios de salud. (2 ambulancias por hospital y 1 coche por wilaya para los programas).

ANEXOS

1. Planes Estratégicos de Salud 2006-10 y 2011-15.

Los Planes Estratégicos de Salud 2006-10 y 2011-15 han marcado la hoja de ruta del Ministerio de Salud Pública Saharaui en la última década.

Ambos documentos pueden ser consultados en la [página web del MSP](#).

2. Informe Corell.

En 2002, a petición del Frente POLISARIO, el Departamento Jurídico del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas encargó a Hans Corell, secretario general adjunto de Asuntos Legales, la elaboración de un dictamen sobre la legalidad de los contratos de prospección de recursos naturales del Sáhara Occidental dirigido al presidente del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas.

Este dictamen puede ser consultado en la [página web del MSP](#).

3. Agenda 2063 de la Unión Africana.

En la XXIV cumbre de la Unión Africana (Addis Abeba, 2015) se adoptó la Agenda 2063, que constituye un plan de visión y acción para una próspera y pacífica África, basado en el crecimiento integrador y el desarrollo sostenible.

“Para el año 2020 todos los restos del colonialismo se han terminado y todos los territorios africanos bajo ocupación están totalmente liberados.”

El documento incluye la prestación de servicios básicos como la salud entre las estrategias clave. También establece la necesidad de un continente integrado, políticamente unido, con base en los ideales del panafricanismo y la visión del renacimiento de África, así como la lucha contra el colonialismo. La Agenda 2063 reafirma el derecho a la libre determinación del pueblo del Sáhara Occidental.

La Agenda 2063 puede ser consultada en la [página web del MSP](#).

4. La agenda de desarrollo post 2015 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

2015 es un año clave ya que confluyen varios procesos que decidirán la agenda del desarrollo en las próximas décadas. Por una parte concluyen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, terminan las negociaciones de la nueva Agenda post 2015 en septiembre y tendrán lugar la 3ª Conferencia internacional sobre Financiación del desarrollo en Addis Abeba (en julio) y la cumbre del Clima de París (en diciembre).

OBJETIVO 3. "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos".	
1	Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
2	Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años.
3	Para 2030, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
4	Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
6	Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
7	Para 2030, garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
8	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
9	Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

Para el sector salud, las negociaciones de la agenda post 2015 y la conferencia de Addis Abeba son una oportunidad única para avanzar hacia una asistencia sanitaria universal y pública, accesible a todas las personas, es-

pecialmente las más pobres y marginadas, y financiada a través de sistemas impositivos progresivos y con el apoyo de la ayuda oficial al desarrollo en aquellos países de renta baja que no disponen de suficientes recursos.

La gran novedad de la Agenda Post 2015, y lo que la diferencia de los Objetivos del Milenio es su carácter universal. Es decir, los Objetivos de Desarrollo Sostenible son de aplicación para todos los países. Se trata de una agenda global, compartida y muy ambiciosa, que exige compromisos a todos los niveles y para la cual deben encontrarse los medios necesarios, financieros y no financieros.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible se pueden consultar en la [página web de Naciones Unidas](#).

5. Tercera Conferencia Internacional de Financiación del Desarrollo – Addis Abeba.

La 3ª Conferencia de Financiación del desarrollo (que parte del Consenso de Monterrey de 2002 y de la Declaración de Doha de 2008), que ha tenido lugar en Addis Abeba en julio de 2015, ha abordado todas las posibles fuentes de financiación del desarrollo, tales como recursos financieros nacionales, Ayuda Oficial al Desarrollo y otros apoyos públicos internacionales, inversión extranjera directa, comercio internacional y deuda externa, así como temas sistémicos vinculados con la gobernanza del sistema internacional.

Está claro que los recursos domésticos deben ser la base de la financiación del desarrollo, no obstante, en muchos países y, especialmente en los más pobres, la financiación internacional, especialmente en forma de AOD, debe seguir siendo una fuente de financiación importante sobre todo para sectores sociales como la salud que dependen de fondos públicos.

Existen suficientes recursos para que todas las personas disfruten de sus derechos, incluido el derecho a la salud, para acabar con la pobreza y alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible sólo se necesita la voluntad y el compromiso político para tomar decisiones valientes que permitan cambiar las estructuras y sistemas que perpetúan las desigualdades.

6. Declaración de París, Plan de Acción de Accra y Alianza de Busan.

La Declaración de París (DP) sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo es un acuerdo internacional que establece compromisos globales por parte de países donantes y receptores para mejorar la entrega y el manejo de la ayuda con el objetivo de hacerla más eficaz y transparente. El acuerdo fue firmado en marzo de 2005 por más de cien países donantes y receptores, agencias internacionales y organizaciones multilaterales.

La Declaración de París describe cinco principios clave:

- La apropiación de la implementación de la ayuda por parte de los países receptores.
- La alineación de los países donantes con las estrategias de los países receptores.
- La armonización del enfoque y las acciones entre los países donantes.
- El enfoque en los resultados.
- La rendición mutua de cuentas.

Posteriormente a la Declaración de París se celebra en 2008 el Plan de Acción de Accra. El objetivo de ese foro mundial fue valorar el progreso de los compromisos y los objetivos de la Declaración de París. A diferencia de los foros anteriores en que participaron sólo estados, donantes, receptores y organizaciones multilaterales, en Accra se incorporó la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil, con más de 600 representaciones. Finalmente, las prioridades del Plan de Acción de Accra fueron más allá de la Declaración de París para empezar a introducir nuevos temas en el debate sobre la eficacia de la ayuda, como, por ejemplo,

el espacio democrático, la división del trabajo, la cooperación Sur-Sur, las organizaciones de la sociedad civil como actores del desarrollo o la condicionalidad de la ayuda, que implicó liberar a los países receptores de invertir en bienes originarios de los países donantes.

Finalmente en 2011, se creó el Partenariado Global para una Cooperación al Desarrollo Eficaz en Busan, Corea del Sur, que estableció un nuevo marco declarativo internacional relativo a los principios de eficacia de la ayuda y del desarrollo, mediante unos estándares muy parecidos a aquellos establecidos en la Declaración de París, a los que todos los actores deberían adherirse.

El documento resultante constituye una compleja agenda multidimensional que introduce nuevos enfoques a los proclamados anteriormente en diversos frentes, como ser: establecer un partenariado global con una nueva arquitectura, mejorar y profundizar los esfuerzos realizados por la transparencia de la ayuda y la rendición de cuentas, fomentar y respetar los principios en la intervención en países frágiles, profundizar el empoderamiento de la sociedad civil e introducir la perspectiva de género en todas las políticas.

Estos documentos se pueden consultar en la [página web del MSP](#).

7. Estrategia de Sistemas de Salud de la OMS.

Esta estrategia se fundamenta en el Marco de Trabajo de la OMS para la Acción en el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (2007), que determina los seis cimientos de un sistema de salud:

Son buenos servicios de salud aquellos que ofrecen intervenciones de salud personales y poblacionales efectivas, seguras y de calidad a aquellos y aquellas que las necesiten, en el lugar y el momento en que las necesitan, con el menor gasto de recursos.

Un cuadro de recursos humanos sanitarios con buen desempeño es aquel que trabaja de manera adaptativa, justa y eficiente para lograr los mejores resultados de salud posibles, dados los recursos disponibles y las circunstancias (por ejemplo, que haya suficiente personal, apropiadamente distribuido; que sean competentes, productivos y con capacidad de respuesta).

Un buen sistema de información de salud debe asegurar la producción, el análisis, la distribución y el uso de información válida y obtenida a tiempo acerca de los determinantes de salud, el desempeño del sistema de salud y la situación sanitaria.

Un sistema de salud funcional debe garantizar el acceso equitativo a productos médicos, vacunas y tecnologías esenciales, de calidad, seguros, eficaces y coste-efectivos, así como un uso científico coherente y coste-efectivo.

Un sistema de financiación de salud adecuado proporciona fondos suficientes para la salud, de manera que permita que las personas puedan usar los servicios necesarios, estén protegidas de crisis financieras o del empobrecimiento causado por el coste de la atención sanitaria. El sistema debe ofrecer incentivos para usuarios y proveedores de los servicios.

Para el liderazgo y la gobernanza es necesario asegurar que existen marcos políticos estratégicos y que se combinan con un monitoreo efectivo, la construcción de coaliciones y alianzas, la regulación, la atención al diseño del sistema, y la rendición de cuentas.

Este Marco de Trabajo puede ser consultado en la [página web del MSP](#).