

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD DE LA  
REPÚBLICA ARABE SAHARAUI DEMOCRÁTICA

PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE ARABE  
SAHRAOUI DÉMOCRATIQUE (RASD)

STRATEGIC HEALTH PLAN FOR THE SADR

2 0 1 1 - 2 0 1 5

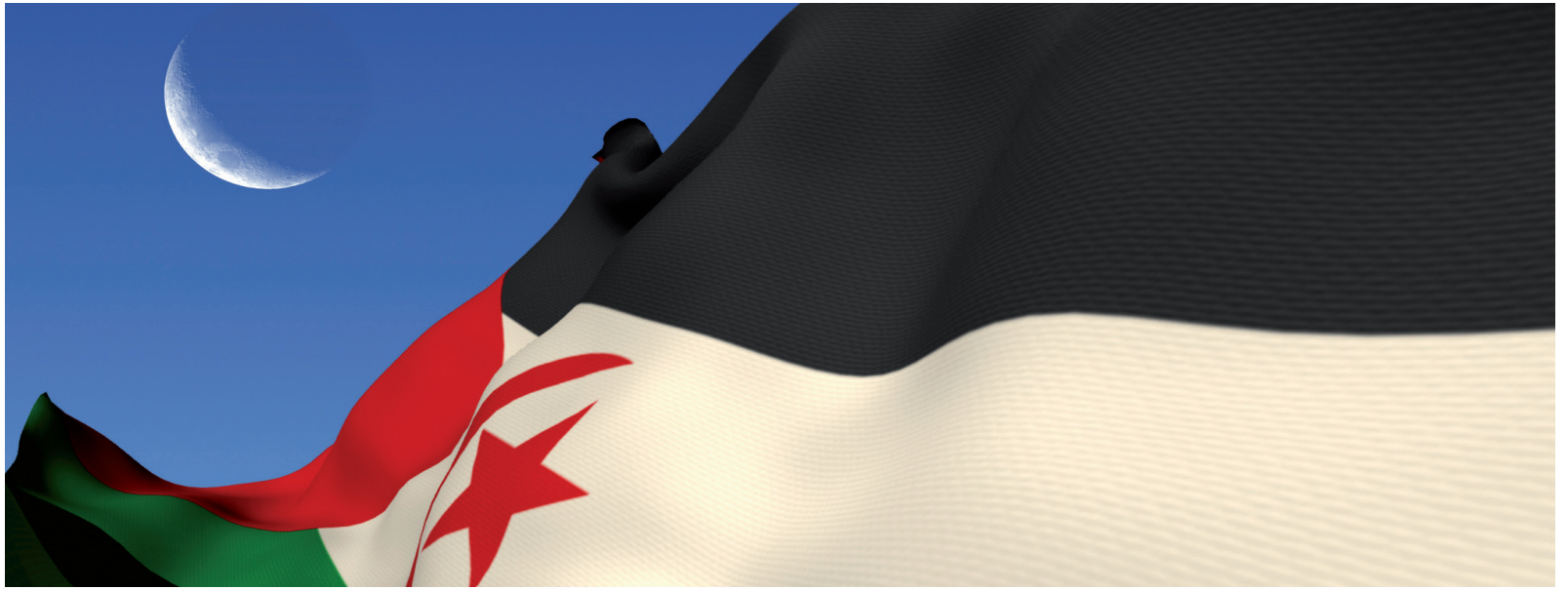






**PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD D E LA  
REPÚBLICA ARABE SAHARAUI DEMOCRÁTICA  
2011 - 2015**





## Índice

07	I. INTRODUCCIÓN
09	II. MARCO NORMATIVO
10	III. METODOLOGÍA
12	IV. ESTRUCTURA
13	V. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD
16	VI. OBJETIVOS
21	VII. ÁREAS DE ATENCIÓN ESPECIAL Y PRIORIDADES
22	VIII. INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN
23	IX. CREACIÓN DE ESTRUCTURAS INTERMINISTERIALES PARA GESTIÓN DEL PES Y SU SEGUIMIENTO
24	X. DISPOSICIONES ADICIONALES
73	XI. ANEXOS





# I. INTRODUCCIÓN

## Origen de la propuesta

El nuevo Plan Estratégico de Salud de la RASD, para los años 2011-2015 se elabora como necesidad por mandato gubernamental tras el vencimiento del elaborado en 2005 y cuya vigencia expira a finales del año 2010.

La razón fundamental del primer PES fue expresar, ante la cooperación en general y las agencias donantes en particular, la situación en la que encontraba la salud en el año 2005 y las necesidades que se derivaban en forma de objetivos.

Una de las razones del documento de referencia era elaborar un instrumento político de planificación a largo plazo que facilitara la confianza, al tiempo que abría el camino para la inversión en el área más endeble en salud de la población refugiada saharauí, la Salud Materno-Infantil.

Durante estos años ha habido multitud de acontecimientos dentro de los campamentos por cuestiones derivadas, tanto de los cambios sociales, como del impacto del Convenio con AECId, los efectos de la crisis, la evolución política del proceso y otros que se analizarán en su apartado que hacen necesario reelaborar el PES en busca de una mejor adaptación a la realidad actual, al margen de su caducidad.

Sin embargo hay aspectos que permanecen inmutables y que hacen necesario el ser reiterativos en los diferentes apartados del documento.

El PES ha constituido una forma de expresión de la voluntad del Ministerio y por ende del Gobierno de la RASD. Fue un esfuerzo de análisis para conseguir que las líneas de la política sanitaria nacieran desde donde se sufren las carencias. Se trata de no sufrir la sensación de colonización que produce el que las estrategias se marquen desde fuera del sistema.

Es indudable que necesitamos de ayuda en muchos aspectos, que hay muchas parcelas que no podríamos afrontar sin la ayuda de la cooperación, las diferentes agencias y los gobiernos amigos. Sin embargo queremos reivindicar nuestro espacio como autoridad responsable de la salud en este entorno tan duro como injusto.

Como enunciábamos en el PES 2006-2010, es lógico pensar que a un gobierno que no puede realizar presupuestos le es imposible el planificar su futuro.

La dependencia exterior de todo lo que se precisa y consume en los campamentos crea una situación poco proclive al ejercicio del desarrollo en el refugio ya que una parte sustancial de dicho desarrollo es la capacidad y poder para determinar las políticas de cualquier orden. El obligado sometimiento a esta certeza se puede mitigar con programas de gobierno que limiten el excesivo control que se ejerce desde fuera de nuestro país en el exilio.

Es importante señalar que la dependencia económica que supone la aceptación del Plan Estratégico de Salud se asume como una ayuda obligada por parte de los países desarrollados a los menos favorecidos y dentro de la responsabilidad del Estado Español para con los ciudadanos de su antigua colonia. En este proceso España sigue teniendo responsabilidades como potencia administradora del territorio según afirma el conocido informe Corell.

Este Plan Estratégico para la Salud (PES) es el desarrollo de las políticas sanitarias que queremos implementar en los años venideros (2011-2015). Son la continuación de nuestra experiencia en salud en los años en los que la guerra era la prioridad mayor pero que permitieron un desarrollo saludable de la población. A este acervo de conocimientos hay que sumar la experiencia de nuestros sanitarios antiguos, la savia nueva llegada con sus estudios terminados, la enfermería formada en los campamentos y, muy importante, la experiencia del PES 2006-2010, lo vivido en estos años de desarrollo



del Convenio y el enorme aprendizaje que ha supuesto para todos las diferentes convocatorias de la Mesa de Concertación. Este foro ha permitido el mutuo conocimiento de todos los actores y una sinergia en las acciones de cada organización que, aunque debe ser mayor, ha supuesto un avance en las relaciones de todos quienes participamos en la salud del pueblo saharauí.

Todo lo anterior sin olvidar lo aprendido gracias a las organizaciones de ayuda que nos han acompañado y trabajado con nosotros en estos duros años de exilio forzado.

### **Razones:**

#### **Políticas**

Independencia de la autoridad de la RASD para la planificación y ejecución.  
Fortalecimiento del liderazgo local.  
Equidad en el acceso a la salud de todos los pueblos.

#### **Sanitarias**

Establecimiento de líneas claras para el futuro  
Definición de las áreas mejorables en salud en los campamentos y Territorios Liberados.  
Priorización con arreglo a criterios nacidos de la reflexión en el medio.  
Necesidad de respuesta a las amenazas en salud.  
Reafirmación y fortalecimiento de los factores determinantes de la salud.  
Perspectiva Comunitaria de la Salud.  
Mejoría de la accesibilidad de los ciudadanos a la salud.

#### **Sociales**

Necesidad de presupuestar los costos de personal.  
Organización de política de personal y valoración de puestos de trabajo.  
Cohesión del personal.  
Fortalecimiento del trabajo en equipo.  
Lucha contra la fuga de cerebros.  
Creación y mantenimiento de puestos de trabajo.  
Igualdad social y de género.

#### **Técnicas**

Necesidad de mejorar la información y conocimientos  
Necesidad de asegurar lo necesario para el cumplimiento de los Programas de Salud.  
Necesidad de mejora de los registros e información epidemiológica.  
Necesidad de mejora de las infraestructuras y transporte.

#### **Relación con la Cooperación**

Información clara de los campos en los que pueden aportar su esfuerzo.  
Definición de sus competencias  
Determinación de campos de decisión.





## II. MARCO NORMATIVO

Programa de Acción Nacional del XII Congreso del Frente Polisario  
Constitución de la RASD  
Ley de Salud  
Ley de Veterinaria  
Decreto Gubernamental



### III.-METODOLOGÍA

#### **Alto grado de participación y consenso**

La elaboración del Plan Estratégico de Salud de la RASD (PES) se ha desarrollado en un proceso que se ha caracterizado por un alto grado de participación y consenso, tanto por parte de profesionales y ciudadanos, como del resto de instituciones y organismos involucrados.

Sólo con un elevado nivel de participación es posible lograr que los objetivos fijados sean el producto de un consenso y se produzca el clima favorable a la consecución de los mismos.

En los procesos de interlocución para lograr este grado de participación han participado los sanitarios y sanitarias saharauis en reuniones convocadas al efecto. Asimismo la cooperación ha tenido sus foros de expresión como la Mesa de Concertación con cuyo contenido se ha elaborado una gran parte del espíritu y líneas estratégicas de este documento.

#### **Análisis de situación y definición estratégica**

Se ha realizado un análisis de la situación de partida en cuanto a nivel de salud en la RASD valorando la situación con herramientas de análisis. Al propio tiempo se han evaluado los datos registrales y la prevalencia derivada de los estudios realizados en los campamentos, tanto por los sanitarios saharauis, como por ONGs y organismos internacionales. Asimismo se ha tenido en cuenta el conocimiento intuitivo de los sanitarios saharauis que están día a día en relación directa con los pacientes, así como la experiencia de quienes han estado al cuidado de la salud de nuestro pueblo durante todos estos años de exilio forzado.

A partir de estas realidades y tendiendo a la mayor objetividad posible, se han seleccionado, de forma tentativa, los criterios de priorización a utilizar para la identificación de las áreas de actuación.

#### **Definición de los criterios de priorización y definición de áreas de actuación**

Los criterios de priorización y la propuesta de áreas de actuación han sido validados por los datos obtenidos, tanto en los análisis interno y externo, como en la experiencia adquirida en los años de desarrollo del Convenio y los estudios que se han derivado del mismo. Al mismo tiempo los responsables del Ministerio de Salud de la RASD con sus órganos de participación, como máximo órgano responsable de la salud en los campos de refugiados saharauis, han determinado las líneas maestras del Plan. De este modo, se ha obtenido un documento donde se recogen las áreas prioritarias propuestas de forma definitiva en el PES 2011-2015.

#### **Objetivos generales, objetivos específicos y líneas de actuación de cada área.**

El objetivo integral es la expresión de un deseo sentido y expresado por cualquier comunidad para beneficio de la ciudadanía.

Los objetivos generales determinan las líneas políticas del documento en concordancia con las necesidades percibidas.

En la elaboración del Plan se han abordado los criterios de priorización de los objetivos específicos con arreglo a los datos mejorables de cada área priorizada, los items mejorables analizados en los estudios específicos practicados en los campamentos en torno a las distintas áreas priorizadas en el PES, en el marco de los cuales se han formulado los objetivos generales y específicos de cada una de ellas, y se han definido las medidas de actuación a llevar a cabo.

Paralelamente, una vez definidos los objetivos específicos se ha realizado una priorización de los mismos por parte de los miembros redactores, con el fin de concederles una especial relevancia a la



hora de fijar las líneas de actuación, especialmente en lo que se refiere a plazos y mecanismos de control del cumplimiento.

#### **Definición de áreas de atención especial**

Se determinan áreas de especial atención en cuanto a seguimiento de la consecución de objetivos. Estas áreas están determinadas por lo sensible de su evolución y la potencial capacidad de problemas de salud emergentes que pueden surgir en estos dominios.

#### **Diseño de los mecanismos de evaluación y seguimiento del Plan de Salud**

Para valorar la evolución del PES es imprescindible crear los mecanismos de evaluación y seguimiento, incluyendo la definición de las funciones de los Órganos de su Seguimiento.

#### **Redacción y Difusión del PES**

Finalmente se procederá a la redacción de la propuesta de borrador del proyecto del PES de la RASD, que una vez conocido e informado por Ministerio de Salud de la RASD, será remitido al Gobierno para su aprobación.



## IV. ESTRUCTURA

El Plan Estratégico de Salud de la RASD 2006-2010 constituye la expresión de la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la RASD durante el periodo 2006-2010 y como tal, ha de permitir marcar la dirección en la que se van a orientar las principales medidas dinamizadoras para mejorar la salud de la población saharauí en los campamentos de refugiados y Territorios Liberados.

El Plan Estratégico de Salud ha de constituirse sobre la base de una alianza para la salud, ha de reflejar unos objetivos evaluables y definir acciones con soporte financiero. Dichos objetivos están en concordancia con los Objetivos del Milenio y los Objetivos Estratégicos de la OMS.

Para cumplir su fin, el Plan Estratégico de Salud de la RASD 2011-2015 debe ser aceptado por todos los actores involucrados y ser considerado lo que significa: el instrumento de la expresión de la voluntad del Gobierno para la mejor salud del pueblo saharauí.

Se ha estructurado a partir de elementos de análisis, suma de experiencias, datos objetivos, información obtenida en los foros sanitarios relacionados con la salud en los campamentos, estudios realizados en la población refugiada y otros conceptos que le conceden el crédito necesario para que sea considerado el documento de base para el conocimiento de las necesidades reales en salud para la población de los campos de refugiados saharauí y los Territorios Liberados.

No se trata, por tanto, de una declaración de intenciones, de un conjunto de medidas exclusivamente desde el sector sanitario, o de algo tan general que le impida ser evaluable o que le confiera un carácter teórico. Es un instrumento necesario para garantizar la supervivencia en la situación tan vulnerable a la que está expuesta la población en refugio.



## V. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD

### Análisis de la situación

Elaborar un Plan Estratégico de Salud supone el ejercicio del arma política más potente de la que se puede disponer en cualquier estructura con responsabilidad en Salud. Asumir esa responsabilidad de la planificación a largo plazo no es tarea fácil cuando se carece de medios de producción que generen un PIB que facilite la realización de presupuestos y su cumplimiento. Sin embargo para nuestro pueblo el momento de asumir esa responsabilidad llegó cuando se elaboró el primer PES. Definir y planificar el futuro que deseamos para nuestro pueblo es una demostración de lo que significa el desarrollo en el refugio. Y el Gobierno de la RASD lo hace sentando las bases de lo que será la asunción de responsabilidades en la futura independencia. Es la única forma en la que entendemos el seguir hacia delante y subir un escalón en el desempeño de nuestra labor política. Se quiere que este paso adelante continúe significando un cambio absoluto en nuestra dinámica de permanencia en el exilio. Sabemos que la mejor solución para nuestro pueblo, la mejor solución sanitaria, sería la independencia. Muchas de las enfermedades tienen que ver con la desesperanza y la frustración ante un proceso histórico inconcluso. Asimismo las condiciones de vida, carencia de alimentos, la inadecuación de las viviendas, la baja calidad del agua, el aislamiento, etc., condicionan un escenario que, por si solo, genera enfermedad. El PES se quiere adelantar a los acontecimientos que, con la independencia, traerán la salud a este pueblo.

Asumir la responsabilidad de continuar por este camino no está exento de riesgos. Se pasa a depender de una instancia política que quiere aportar su ayuda pero, al tiempo, vamos a poder sentir la hipoteca que esto supone si cambian las voluntades políticas. Esta posibilidad no desdeñable en su posibilidad de acontecer, nos obliga a dotar al documento de Disposiciones Adicionales para salir al paso de diferentes hipótesis de futuro que pueden ser previsibles.

El análisis de la situación desde puntos de vista externo e interno produce un listado de debilidades y fortalezas del sistema y de amenazas y oportunidades del entorno que se conforma fuera del sistema que, con niveles de incertidumbre a analizar, permiten un marco de planificación y de esperanza.

Esperamos que nuestro esfuerzo sea valorado y el compromiso alcance el tiempo preciso para conseguir los objetivos que nos proponemos asumir. Alcanzar estos objetivos es lo mínimo que los responsables de la salud, del gobierno y los sanitarios debemos a la población de los campamentos. Sin embargo asumimos las riendas de nuestro destino al aplicar con rigor las líneas que se deriven del mandato del PES. El hacer esta planificación supone pasar de la coordinación de proyectos que no siempre estaban inspirados en necesidades expresadas, a introducir elementos de diseño y planificación, desde dentro, rescatando los aprendizajes y experiencias de todos estos años e introduciendo estrategias para el fortalecimiento institucional. Tras el análisis se han desprendido evidencias que se definen en el listado que sigue y que, aparte de un ejercicio de autocrítica, es una demanda de apoyo en lo que precisamos para mejorar la salud de la población refugiada.

- Análisis Interno. Durante el proceso de formulación del PES se han evaluado las fortalezas y debilidades del sistema de salud saharauí, enumerando un listado de ambas. Ese análisis ha producido información determinante para la elaboración de los objetivos
- Análisis Externo. Para esta visión del análisis se han evaluado las amenazas y oportunidades que, desde el exterior, condicionan la evolución de la salud en los campamentos. Existen grandes niveles de incertidumbre en el análisis ya que, en gran parte dependen de factores políticos derivados de la evolución del proceso en el que está inmerso el pueblo saharauí en la lucha por su independencia.



## Áreas de trabajo

La dedicación de los esfuerzos que determine el PES, van a incidir en campos que, desde nuestra percepción, se consideran mejorables o en los que su deterioro sería un grave problema de salud pública. Por ello la formulación de objetivos incide en los aspectos más determinantes que inciden en la salud comunitaria.

- Seguridad alimentaria
- Calidad y cantidad del agua de consumo
- Salud Materna
- Salud Infantil
- Garantía de cobertura de vacunación y su conservación
- Eliminación de residuos
- Formación de personal sanitario en diferentes niveles
- Fortalecimiento Institucional
- Formación de cuadros intermedios con responsabilidades de dirección
- Estimulación de los trabajadores.

Hay otras posibilidades de estimulación como son el crecimiento personal y profesional, el reconocimiento social por la relación íntima que los sanitarios tienen con la población y el prestigio que se deriva del trabajo bien hecho, el reconocimiento del papel dentro de la estructura ya que participan en diferentes lugares de decisión donde son escuchados y valorados y la necesaria formación continuada que es otro de los elementos que queremos garantizar en el PES. No es necesario decir que el trabajar en un entorno más agradable con un puesto de trabajo digno y con medios para el desarrollo de su cometido es otro argumento motivador.

Queremos trazar un camino que nos lleve hacia un sistema de salud que defienda valores comunitarios sin olvidarse del individuo y que esos valores cristalicen en un sistema que sea

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

El PES, nace con la vocación de respeto a esos valores y los hace suyos desde el momento en que en los objetivos se determinan claramente las líneas que nos dirigen a un futuro en el que la salud comunitaria, la individual, el acceso a los medicamentos, como dice la Constitución de la RASD, estén garantizados por el estado.

Todos estos valores contienen el trasfondo ideológico de la Revolución Saharawi y es la voluntad del Gobierno su mantenimiento en cualquier fase de la evolución. Sin embargo el condicionante máximo de la voluntad del Gobierno es la incapacidad de asegurar la financiación en cualquier situación.

Las prestaciones a las que se compromete el Gobierno de la RASD son:

- La gratuidad de los tratamientos médicos que se contengan en los Programas de Salud.
- La gratuidad de los medicamentos que lleguen por la vía de la ayuda internacional a los campamentos y que están en la lista oficial de medicamentos.



- Los tratamientos quirúrgicos que se realicen en los campamentos
- Los tratamientos que, no pudiéndose hacer en los campamentos, se realicen en territorio argelino.
- Los tratamientos que, no pudiéndose realizar ni en los campamentos ni en Argelia, sean derivados a través de la Dirección de Evacuación del Ministerio de Salud.

Las limitaciones serán:

- La capacidad de las casas de enfermos
- La emisión de pasaportes por parte del Gobierno Argelino
- Visados por parte de los diferentes Consulados
- Los acuerdos para la atención sanitaria en los lugares de destino

El Plan se remite a las Disposiciones Adicionales que determinan las limitaciones que pudieran surgir en base a supuestos que pudieran llegar a darse.



## VI. OBJETIVOS

### Objetivo Integral

Salud Creciente

### Objetivos Generales

1. Consolidar la eficacia y la sostenibilidad del sistema de salud.
2. Acercar la Salud al Ciudadano.
3. Garantizar la Prevención en Salud.
4. Garantizar la accesibilidad equitativa al sistema de salud.
5. Garantizar la Participación Ciudadana en la Salud.
6. Garantizar la Independencia de la RASD en la programación de la Salud.
7. Garantizar la cobertura pública de la atención sanitaria para los ciudadanos en todos los niveles.
8. Mejorar las capacidades y la estimulación de los recursos humanos.
9. Exigir la necesaria disciplina a los trabajadores sanitarios y la aplicación de la normativa vigente.
10. Adecuar las estructuras sanitarias para una atención y un puesto de trabajo dignos.
11. Mejorar la Salud de la población más afectada y sensible.
12. Fortalecimiento de Estructura Administrativa y de Gestión del Ministerio de Salud.
13. Formación específica.

### Objetivos Específicos

#### 1.Consolidar la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud

- 1.1 Apoyo al desarrollo de las actividades de los servicios de salud de atención primaria.
- 1.2 Dinamizar las funciones preventivas programadas de las Direcciones Locales de Salud (DLS)
- 1.3 Dinamizar la funcionalidad del sistema de vigilancia epidemiológica y respuesta con la garantía de los medios materiales y humanos necesarios.

#### 2. Acercar la Salud al Ciudadano

- 2.1 Apoyo a las actividades del Plan Integral de Salud de la Infancia Saharaui (PISIS) en todos sus componentes.
- 2.2 Consolidación de la coordinación eficaz para el fortalecimiento de la salud infantil.
- 2.3 Garantizar las consultas médicas en los Hospitales de Wilaya con médicos expatriados o saharauis de las diferentes comisiones.
- 2.4 Garantizar los recursos terapéuticos para el control y seguimiento de las enfermedades crónicas.
- 2.5 Seguimiento de los programas de control de embarazos.
- 2.6 Poner los medios para que los equipos de vacunación puedan realizar su labor en las zonas de nomadeo.

#### 3.- Garantizar la Prevención en Salud

- 3.1 Realizar programas para la promoción de la Educación y la sensibilización para la Salud con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud sobre Agua, Alimentación, Vacunación, Salud Materno-Infantil y Residuos.





- 3.2 Garantizar el abastecimiento de agua de consumo en cantidad y calidad suficiente según la OMS (20 litros habitante día, 40 litros alumnos día en instituciones escolares cerradas y 60 litros día por cama en hospitales)
- 3.3 Garantizar en cada Wilaya e Instituciones equipos formados con medios técnicos (camiones) y humanos para la recogida diaria de basuras y animales muertos.
- 3.4 Garantizar el respeto de las distancias establecidas y direcciones de la ubicación de los vertederos.
- 3.5 Diariamente se quemarán las basuras recogidas de forma que garantiza la destrucción de todo material que supone riesgo la salud.
- 3.6 Garantizar la salud de los animales de producción y de los alimentos derivados de ellos.
- 3.7 Prevenir los riesgos del manejo y estabulación de los animales de producción.
- 3.8 Preservar el derecho de todas las personas (ley de veterinaria) a consumir alimentos sanos, prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos, intoxicaciones, infecciones, brotes epidémicos) mejorando con ello el nivel de salud y el bienestar general.
- 3.9 Controlar las condiciones higiénico-sanitarias de los locales públicos y privados que intervengan en el proceso de obtención, transformación y consumo de alimentos.
- 3.10 Atención veterinaria a los rebaños de animales (camellos y cabras) no estabulados.
- 3.11 Garantizar las medidas preventivas a la población infantil que vive en zonas de nomadeo.
- 3.12 Potenciar el uso de energías renovables en los hogares.
- 3.13 Dotar de presupuesto para limpieza para cada Institución.
- 3.14 Garantizar la seguridad alimentaria.
- 3.15 Facilitar a los ciudadanos una mayor variedad en la dieta y el acceso general a los alimentos frescos.

#### **4.- Garantizar la accesibilidad equitativa al sistema de salud**

- 4.1 Reforzar el sistema de transporte dentro de las Wilayas para que los trabajadores, los pacientes y familiares tengan acceso a las consultas y hospitales.
- 4.2 Dimensionar las necesidades de ambulancias en las Wilayas e Instituciones.
- 4.3 Mejorar el taller de ambulancias y garantizar piezas de recambio.
- 4.4 Garantizar el acceso igualitario a los fármacos.

#### **5.- Garantizar la Participación Ciudadana en la Salud**

- 5.1 Dinamizar el papel de las responsables de barrio, consejos locales y regionales, en el seguimiento de los programas y actividades sanitarias y su evaluación.

#### **6.- Garantizar la Independencia de la RASD en la programación de la Salud**

- 6.1 Evaluar las necesidades nacionales y definir objetivos de programas y proyectos en función del PES.
- 6.2 - Coordinar las diferentes actividades de cooperación para optimizar los resultados.
- 6.3 El Ministerio de Salud definirá la necesidad y número de comisiones, así como las especialidades que se precisen cada año.



6.4 Se rechazará cualquier proyecto y/o iniciativa que no respete las directrices del PES.

**7.- Garantizar la cobertura pública de la atención sanitaria para los ciudadanos en todos los niveles**

- 7.1 Extremar los controles de consumo de los recursos sanitarios en diagnóstico y tratamiento.
- 7.2 Garantizar el suministro de equipos y aparatajes en cada nivel del sistema.
- 7.3 Garantizar el acceso equitativo de la población a las comisiones.
- 7.4 garantizar los medicamentos de especialidades, anestesia y materiales de cirugía.
- 7.5 Garantizar el tratamiento fuera de los campamentos a los enfermos con la aplicación rigurosa de los protocolos y priorización de evacuaciones.
- 7.6 Cubrir las necesidades en transporte sanitario para enfermos evacuados.

**8.- Mejorar las Capacidades y la Estimulación de los recursos humanos**

- 8.1 Reforzar las capacidades profesionales del personal de salud, mediante los programas de formación, promoción y reciclajes.
- 8.2 Mejorar las condiciones de trabajos y vivienda en las instituciones sanitarias.
- 8.3 Adecuar los niveles retributivos consensuados según la tabla salarial y conforme a la ley de función pública para el personal.
- 8.4. Garantizar a través de la función pública y los departamentos de finanzas los sueldos mensuales para el personal del PES en función de las inspecciones y rendimiento del trabajo.
- 8.5. Solicitar programas de formación para el personal de salud tanto en los campamentos como en el extranjero.

**9.- Exigir la necesaria disciplina a los trabajadores sanitarios y la aplicación de la normativa vigente**

- 9.1 Dinamizar el rol de los consejos de gestión de las instituciones.
- 9.2 Apoyo a las direcciones de personal con medios técnicos e humano para el seguimiento del rendimiento de personal y la aplicación de la Ley de Salud.

**10.- Adecuar las estructuras sanitarias para una atención y un puesto de trabajo dignas**

- 10.1 Puesta en marcha de la infraestructura sanitaria en vigor.
- 10.2 Rehabilitación de las Estructuras Sanitarias que lo precisen según actualización que figura en el Anexo.
- 10.3 Completar los medios de diagnóstico con arreglo a la Planificación de ubicación de Medios para Estudios complementarios para Diagnósticos del Anexo.
- 10.4 Las comisiones deberán cumplir lo protocolizado en el Anexo.
- 10.5 Determinación y garantía de un presupuesto anual para cada institución para el mantenimiento y reparaciones.
- 10.6 Se realizará un estudio de viabilidad para la creación de un Banco de Sangre.
- 10.7 Definir las condiciones tanto arquitectónicas como de equipamiento con que debe contar cada escalón sanitario al final de la reforma.
- 10.8 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.



#### 10.9 En el caso particular de Dajla:

Asegurar una comunicación por tierra con mayor soporte que en cualquier otro asentamiento. Mejorar el servicio de cirugía del hospital de Dajla.

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.

10.10 Establecer un sistema de archivo con el número del nuevo DNI. En el caso de los niños y jóvenes que no lleguen a esa edad de corte del documento se utiliza el número de DNI de la madre.

10.11 Definir de forma estricta las necesidades de fármacos en cada escalón sanitario y la gestión estricta con contabilidad exhaustiva de la existencia de fármacos.

### **11.- Mejorar la Salud de la población más afectada y sensible**

11.1 Garantizar los programas de lucha contra la anemia, malnutrición, celiacía (PISIS), atención a ancianos y protección materno-infantil.

11.2 Asegurar la atención médica a los niños de alto riesgo.

11.3 Garantizar alimentación de enfermos hospitalizados.

11.4 Asegurar el seguimiento de las patologías crónicas en la daira.

11.5 Potenciar el Nomadeo como hábito de vida saludable recuperando los programas de Prevenciones. Trasladar a ancianos, mujeres y enfermos a los lugares de nomadeo con medios de transporte público garantizando su alimentación complementaria.

11.6 Garantizar las medidas de prevención a la población infantil que vive en las zonas de nomadeo.

11.7 Fomentar la lactancia materna y la formación de las madres.

### **12. Fortalecimiento de Estructura Administrativa y de Gestión del Ministerio de Salud y de la Oficina de Seguimiento del PES que se deriva del Plan.**

12.1 Formación del Personal en Gestión Sanitaria para los altos cargos del Ministerio de las diferentes Direcciones y Servicios:

- Farmacia
- Asistencia Médica
- Enfermería
- Personal
- Archivo
- Prevención
- Nutrición
- Veterinaria
- Evacuación
- Logística
- Cooperación

12.2 Formación en gestión de cuadros intermedios con responsabilidad de Dirección de Hospitales y de Salud de Wilaya.

12.3 Formación de responsables de departamentos de hospitales.



12.4 Dotación de Equipamiento de Oficina y Comunicaciones para el Ministerio de Salud.

12.5 Creación y equipamiento de la Oficina de Seguimiento del PES.

**13- Formación del personal de salud. A pesar de que de los otros apartados se derivan aspectos formativos, se quiere destacar la necesidad de formación de trabajadores sanitarios, de trabajadores dedicados a gestión y de trabajadores sociales no sanitarios**

13.1 Formación en castellano del personal auxiliar

13.2 Formación de Técnicos de Laboratorio

13.3 Formación de Técnicos de Radiología

13.4 Formación de Técnicos en Anestesia

13.5 Formación de Técnicos en Esterilización

13.6 Formación de Técnicos en Ecografía

13.7 Formación de Técnicos en Electromedicina

13.8 Formación en Higiene y Epidemiología

13.9 Formación de personal de enfermería para llevar a cabo los Programas de Salud

13.10 Formación de personal de enfermería para manejo de protocolos de enfermedades prevalentes

13.11 Formación de Técnicos en cuidados neonatales

13.12 Formación de Técnicos en Estomatología

13.13 Formación de Técnicos en Bacteriología

13.14 Formación de Promotores de Salud



## VII. ÁREAS DE ATENCIÓN ESPECIAL Y PRIORIDADES

Establecer un cronograma para el cumplimiento de los objetivos es algo que puede resultar imposible ya que la predicción de los aportes presupuestarios de cada ejercicio y los proyectos complementarios al PES que se pueden presentar no se pueden prever en el momento de la elaboración del Plan Estratégico.

De todas formas, el Ministerio de Salud establece Áreas de Atención Especial que determinan las prioridades y define los rangos de población, tareas a realizar, escalones sanitarios y necesidades con mayor capacidad de generar enfermedad entre la población refugiada de los campamentos.

Tras la experiencia del PES 2006-2010, con los estudios realizados y la imposibilidad de predecir el futuro, nos debemos reafirmar en definir estas Áreas de Atención Especial. La poca información registral nos remite a la lógica de la situación del refugio con lo que ello conlleva de riesgo para los más débiles. Al propio tiempo los datos surgidos de las encuestas y los registros nos obligan a centrar los esfuerzos y vigilar especialmente ciertas franjas de edad y situaciones vitales que requieren un mayor control y preocupación de los responsables de salud.

Cualquier proyecto, convenio, donación, etc., que tenga como destino nuestro pueblo debe contener elementos que ayuden a garantizar y/o mejorar la cobertura en estas Áreas.

Estas Áreas de Atención Especial son:

- La mortalidad infantil
- La mortalidad infantil perinatal
- La mortalidad materna perinatal
- El registro de atención a niños de alto riesgo (PISIS)
- El registro de niños con desnutrición (PISIS)
- La cobertura real de las necesidades en Nutrición
- La Prevención como base de la Salud (Medio Ambiente, salubridad del agua de consumo)
- La Formación como necesidad absoluta para mantener y mejorar la atención sanitaria

Esta especial atención a áreas especialmente sensibles, al margen de garantizar una mejor salud comunitaria, nos darán unos datos epidemiológicos que demostrarán la eficiencia del sistema y lo ajustado de la inversión económica y de esfuerzos en estas áreas. Asimismo nos permitirán un diagnóstico de salud y una base de partida para la evaluación del sistema sanitario.



## VIII. INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN

El establecimiento de indicadores y fuentes de verificación por objetivo es una tarea que no se realiza desde el PES. En cada proyecto o convenio se deben determinar, tanto los objetivos como los indicadores y sus fuentes de verificación.

Los objetivos de cualquier intervención en la salud en los campos de población refugiada deben estar en concordancia con el PES, los Objetivos del Milenio y los Objetivos Estratégicos de la OMS. Asimismo deben atender a lo que desde el Ministerio de Salud considera Áreas de Atención Especial.

Sin ser exhaustivos, un listado de estos indicadores y fuentes de verificación podría ser:

### **Registros:**

- Actividades en consulta
- Entrada y salida de material de la Farmacia Central
- Trabajos en talleres
- Recetas de medicamentos y su reparto en los diferentes escalones sanitarios
- Evacuaciones desde las wilayas
- Programa CTC
- Enfermedades crónicas
- Mortalidad Infantil
- Natalidad
- Civil

### **Informes:**

- Regionales de Salud
- Gestión de las instituciones
- MLRS
- Pagos a los trabajadores

### **Actas:**

- Reuniones periódicas del PISIS

### **Inventarios:**

- En todas las instituciones

Existen otros puntos de análisis del sistema como encuestas, nóminas de trabajadores, responsabilidades en tareas, reuniones obligatorias de equipos de salud con actas que se remiten al MdS, listados de embarazadas por Daira, partos institucionales y en jaima, etc., que pueden dar una visión mucho más amplia y una posibilidad de planificación de mayor entidad.



## IX. CREACIÓN DE ESTRUCTURAS INTERMINISTERIALES PARA GESTIÓN DEL PES Y SU SEGUIMIENTO

Se debe consolidar la coordinación interministerial. Los departamentos y ministerios que deben estar en contacto para el seguimiento del PES 2011-2015 y constituirse en Comisión son el Ministerio de Salud, el de Transporte, la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Agua y el Ministerio del Interior. La Secretaría de la Comisión debe corresponder al Ministerio de Salud con la responsabilidad del Orden del Día de las reuniones y su convocatoria. Esta Oficina de Seguimiento del PES 2011-2015 deberá fijar su calendario de reuniones conforme lo considere oportuno la Secretaría. Aunque se debería partir de un compromiso de una convocatoria trimestral.

La Oficina de Seguimiento del PES tendrá un funcionamiento continuo en el seguimiento de las actividades que se derivan de los objetivos asumidos y el cronograma presentado.

**Es necesario que los informes de la Comisión de Seguimiento del PES puedan ser estudiados en las reuniones de la Mesa de Concertación que debe hacer una evaluación continua de la aplicación del Convenio.**



## X. DISPOSICIONES ADICIONALES

### 1ª. 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.

### 2ª. 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 necesario una evaluación de las posibilidades de cumplimiento de los objetivos y una revisión del destino del presupuesto.

### 3ª. 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.

### 4ª. En caso de imposibilidad de financiación

Si por motivos de cualquier origen no se pudiera contar con la financiación precisa, se revisarían los objetivos del PES con el fin de garantizar los Programas de Salud de mayor repercusión en la salud de la población.

### 5ª. En caso de Referéndum e Independencia

Si la evolución del proceso hace que, en el plazo de vigencia del PES 2011-2015, se realizara el Referéndum y se llegara 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.

**Para cada uno de estos supuestos se deberá elaborar un Plan de Contingencia que analice la nueva situación y establezca prioridades en salud que se puedan financiar.**

**En algunos casos será claro que la situación a derivado hacia un nuevo escenario. Sin embargo en los supuestos en los que no sea tan evidente este cambio de escenario (2ª, 3ª y 4ª) es necesario determinar unos marcadores o signos consensuados inequívocos que nos obliguen a elaborar el correspondiente Plan de Contingencia.**





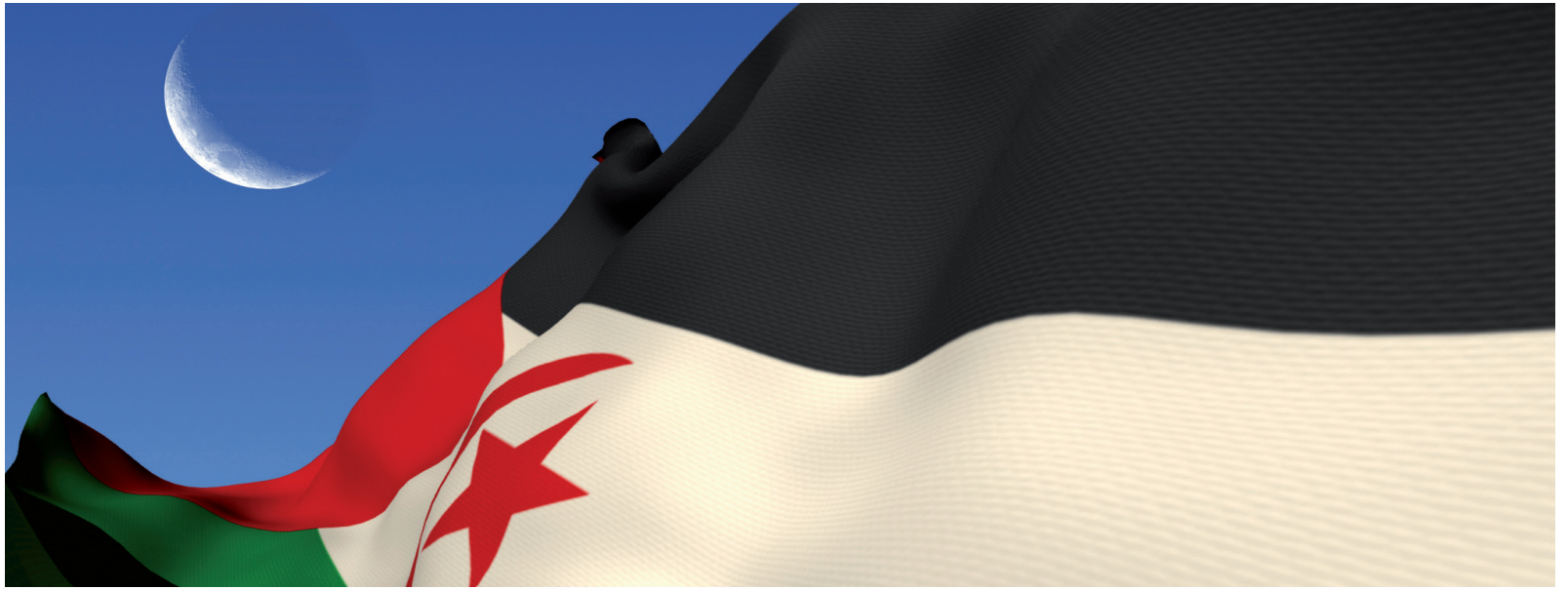




**PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE  
ARABE SAHRAOUIE DÉMOCRATIQUE (RASD)**

**2011 - 2015**





## Noun

31	I. INTRODUCTION
33	II. CADRE NORMATIF
34	III. MÉTHODOLOGIE
36	IV. STRUCTURE
37	V. PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ
40	VI. OBJECTIFS
45	VII. DOMAINES D'INTÉRÊT COMMUN ET PRIORITÉS
46	VIII. INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION
47	IX. CRÉATION DE STRUCTURES INTERMINISTÉRIELLES POUR LA GESTION DU PSS ET SON SUIVI
48	X. DISPOSITIONS ADDITIONNELLES
74	XI. ANNEXES





## I. INTRODUCTION

### Origine de la proposition

Le nouveau Plan Stratégique de Santé de la RASD pour les années 2011-2015 est élaboré par nécessité, sur mandat gouvernemental, suite au terme du plan élaboré en 2005 qui arrive à échéance à la fin de l'année 2010.

La principale raison du premier PSS a été d'exprimer, devant la coopération en général et les agences donatrices en particulier, la situation dans laquelle se trouvait la santé en 2005 et les besoins qui en découlaient sous forme d'objectifs.

L'une des raisons du document de référence était d'élaborer un document politique de planification à long terme qui faciliterait la confiance, tout en ouvrant la voie à l'investissement dans le secteur de santé le plus fragile chez la population réfugiée sahraouie, à savoir la Santé Maternelle et Infantile.

Durant ces années, une foule d'événements se sont succédé dans les camps de réfugiés pour des questions liées à la fois aux changements sociaux et à l'impact de la Convention avec l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID), aux effets de la crise, à l'évolution politique du processus et à d'autres encore qui seront analysés dans leur chapitre et qui obligent à réélaborer le PSS en quête d'une meilleure adaptation à la réalité actuelle.

Cependant, il y a des aspects qui restent inchangés et que nous devons donc rappeler dans les différents chapitres du document.

Le PSS constitue une forme d'expression de la volonté du Ministère et, par conséquent, du Gouvernement de la RASD. Un effort d'analyse s'est imposé pour que les lignes de la politique sanitaire voient le jour là où la population souffre de carences. Il s'agit de ne pas éprouver la sensation de colonisation que donne le fait que les stratégies soient fixées à l'extérieur du système.

Il est indéniable que nous avons besoin d'aide dans de nombreux aspects, qu'il y a de nombreuses parcelles que nous ne pourrions pas affronter sans l'aide de la coopération, les différentes agences et les gouvernements amis. Cependant, nous voulons revendiquer notre espace comme autorité responsable de la santé dans cet environnement aussi dur qu'injuste.

Comme nous l'énonçons dans le PSS 2006-2010, il est logique de penser qu'un gouvernement dans l'impossibilité de réaliser des budgets ne peut guère planifier son avenir.

La dépendance extérieure pour tous nos besoins et consommations dans les camps crée une situation se prêtant peu à l'exercice du développement dans le refuge puisqu'une part substantielle de ce développement est la capacité et le pouvoir de déterminer les politiques en tout genre. La soumission forcée à cette réalité peut être atténuée par des programmes de gouvernement qui limitent le contrôle excessif exercé à l'extérieur de notre pays en exil.

Il est important de signaler que la dépendance économique engendrée par l'acceptation du Plan Stratégique de Santé est assumée comme une aide nécessaire des pays développés aux moins favorisés et dans le cadre de la responsabilité de l'État espagnol envers les citoyens de son ancienne colonie. Dans ce processus, l'Espagne continue d'avoir des responsabilités comme puissance administrative du territoire comme l'affirme le fameux rapport Corell.

Ce Plan Stratégique pour la Santé (PSS) est le développement des politiques sanitaires que nous voulons mettre en place dans les années à venir (2011-2015). Elles sont la suite de notre expérience en santé dans les années où la guerre était la priorité majeure mais qui ont permis un développement sain de la population. À ce patrimoine de connaissances, il faut ajouter l'expérience de nos anciens professionnels de santé, les jeunes diplômés nouveaux venus, les infirmiers formés dans les camps et, plus important, l'expérience du PSS 2006-2010, le vécu pendant ces années de développement de



la Convention et l'apprentissage énorme qu'ont supposé pour tous les différentes convocations de la Table de Concertation. Ce forum a permis la connaissance mutuelle de tous les acteurs et une synergie dans les actions de chaque organisation qui, même si elle doit être plus importante, a supposé un progrès dans les relations de tous ceux qui participent à la santé du peuple sahraoui.

Tout ce qui précède sans oublier les acquis grâce aux organisations d'aide qui nous ont accompagnés et travaillé avec nous durant ces dures années d'exil forcé.

### **Raisons:**

#### **Politiques**

- Indépendance de l'autorité de la RASD pour la planification et l'exécution
- Renforcement du leadership local
- Équité dans l'accès à la santé de tous les peuples

#### **Sanitaires**

- Établissement de lignes claires pour l'avenir
- Définition des secteurs améliorables en santé dans les camps et Territoires Libérés.
- Classement des priorités conformément à des critères issus de la réflexion dans le milieu
- Besoin de réponse aux menaces de santé
- Réaffirmation et renforcement des facteurs déterminants de la santé
- Perspective Communautaire de la Santé
- Amélioration de l'accessibilité des citoyens à la santé

#### **Sociales**

- Besoin d'établir un budget des coûts de personnel
- Organisation de la politique de personnel et évaluation des postes de travail
- Cohésion du personnel
- Renforcement du travail en équipe
- Lutte contre la fuite des cerveaux
- Création et maintien des postes de travail
- Égalité sociale et de genre

#### **Techniques**

- Besoin d'améliorer l'information et les connaissances
- Besoin d'assurer le nécessaire pour l'exécution des Programmes de Santé.
- Besoin d'améliorer les registres et informations épidémiologiques
- Besoin d'améliorer les infrastructures et le transport

#### **Relation avec la Coopération**

- Information claire des camps où ils peuvent apporter leurs efforts
- Définition de leurs compétences
- Détermination des domaines de décision.





## II. CADRE NORMATIF

Programme d'Action Nationale du XIIe Congrès du Front Polisario  
Constitution de la République Arabe Sahraouie Démocratique (RASD)  
Loi sur la Santé  
Loi sur la Médecine Vétérinaire  
Décret Gouvernemental



### III. MÉTHODOLOGIE

#### Haut niveau de participation et consensus

L'élaboration du Plan Stratégique de Santé de la RASD (PSS) s'est déroulée dans un processus caractérisé par un haut niveau de participation et de consensus, tant de la part des professionnels et des citoyens, que des autres institutions et organismes impliqués.

Seul un haut niveau de participation permet aux objectifs fixés d'être le fruit d'un consensus et de créer le climat propice à leur réalisation.

Dans les processus d'interlocution pour atteindre ce niveau de participation, les professionnel(le)s de la santé sahraouis ont participé aux réunions organisées à cet effet. D'autre part, la coopération a eu ses forums d'expression comme la Table de Concertation dont le contenu a permis d'élaborer une grande partie de l'esprit et les lignes stratégiques de ce document.

#### Analyse de situation et définition stratégique

Nous avons réalisé une analyse de la situation de départ en termes de niveau de santé dans la RASD, en évaluant la situation à l'aide d'outils d'analyse. Dans le même temps, nous avons évalué les données du registre et la prévalence liée aux études réalisées dans les camps, tant par les professionnels de la santé sahraouis, que par les ONG et organismes internationaux. Nous avons par ailleurs pris en compte la connaissance intuitive des professionnels de la santé sahraouis qui, jour après jour, sont en contact direct avec les patients, mais également l'expérience de ceux qui ont été chargés de la santé de notre peuple durant toutes ces années d'exil forcé.

À partir de ces réalités, et avec le plus d'objectivité possible, nous avons essayé de sélectionner les critères de priorité à utiliser pour l'identification des domaines d'action.

#### Définition des critères de priorité et définition des domaines d'action

Les critères de priorité et la proposition des domaines d'action ont été validés par les données obtenues, aussi bien dans les analyses interne et externe, que dans l'expérience acquise au cours des années de développement de la Convention et les études qui en ont découlé. Dans le même temps, les responsables du Ministère de la Santé de la RASD avec ses organes de participation, en tant que plus haut organe responsable de la santé dans les camps de réfugiés sahraouis, ont déterminé les lignes directrices du Plan. Ainsi, nous avons obtenu un document qui reprend les domaines prioritaires proposés de façon définitive dans le PSS 2011-2015.

#### Objectifs généraux, objectifs spécifiques et lignes d'action de chaque domaine

L'objectif complet est l'expression d'un désir ressenti et exprimé par n'importe quelle communauté au profit des citoyens.

Les objectifs généraux déterminent les lignes politiques du document en accord avec les besoins détectés.

Dans l'élaboration du Plan, nous avons abordé les critères de priorité des objectifs spécifiques conformément aux données améliorables de chaque domaine de priorité, aux éléments améliorables analysés dans les études spécifiques menées dans les camps autour des différents domaines de priorité du PSS, dans le cadre desquelles nous avons formulé les objectifs généraux et spécifiques de chacun d'eux, puis nous avons défini les mesures d'action à réaliser.

Parallèlement, une fois les objectifs spécifiques définis, les membres rédacteurs les ont classés par priorité afin de leur accorder une importance particulière au moment de fixer les lignes d'action,



particulièrement en ce qui concerne les délais et mécanismes de contrôle de l'exécution.

#### **Définition des domaines d'intérêt commun**

Nous déterminons les domaines d'intérêt commun en ce qui concerne le suivi de la réalisation des objectifs. Ces domaines sont déterminés par leur évolution sensible et l'éventuelle capacité des problèmes de santé émergents qui peuvent survenir dans ces domaines.

#### **Conception des mécanismes d'évaluation et de suivi du Plan de Santé**

Pour apprécier l'évolution du PSS, il est indispensable de créer les mécanismes d'évaluation et de suivi, avec la définition des fonctions des Organes chargés de leur Suivi.

#### **Rédaction et Diffusion du PSS**

Finalement, nous rédigerons la proposition d'avant-projet du PSS de la RASD qui, une fois connu et informé par le Ministère de la Santé de la RASD, sera remis au Gouvernement pour son approbation.



## IV. STRUCTURE

Le Plan Stratégique de Santé de la RASD 2006-2010 constitue l'expression de la politique de santé à développer par les collectivités locales dans la RASD durant la période 2006-2010 et, en tant que tel, doit permettre d'indiquer la direction dans laquelle vont être orientées les principales mesures stimulantes pour améliorer la santé de la population sahraouie dans les camps de réfugiés et Territoires Libérés.

Le Plan Stratégique de Santé 2011-2015 doit être constitué sur la base d'une alliance pour la santé, il doit refléter des objectifs évaluables et définir des actions avec un support financier. Ces objectifs sont en accord avec les Objectifs du Millénaire et les Objectifs Stratégiques de l'OMS.

Pour atteindre son but, le Plan Stratégique de Santé de la RASD 2011-2015 doit être accepté et respecté par tous les acteurs impliqués, autrement dit : l'instrument de l'expression de la volonté du Gouvernement pour la meilleure santé du peuple sahraoui.

Nous avons organisé, à partir d'éléments d'analyses, un recueil d'expériences, de données objectives, d'informations obtenues lors des forums sanitaires liés à la santé dans les camps de réfugiés, d'études réalisées auprès de la population réfugiée et d'autres concepts qui lui apportent la crédibilité nécessaire afin qu'il soit considéré comme le document de base pour la connaissance des besoins réels de santé de la population des camps de réfugiés sahraouis et des Territoires Libérés.

Par conséquent, il ne s'agit pas d'une déclaration d'intention, d'un ensemble de mesures prises exclusivement par le secteur sanitaire, ou encore de quelque chose de très général qui l'empêcherait d'être évaluable ou lui donnerait un caractère théorique. C'est un instrument nécessaire pour garantir la survie dans la situation si vulnérable à laquelle est exposée la population réfugiée.



## V. PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

### Analyse de la situation

Élaborer un Plan Stratégique de Santé implique l'exercice de l'arme politique la plus puissante dont nous pouvons disposer au sein d'une structure à responsabilité en matière de Santé. Assumer cette responsabilité de la planification à long terme n'est pas simple quand nous manquons de moyens de production pour enregistrer un PIB qui faciliterait la réalisation de budgets et leur exécution. Or, pour notre peuple le moment d'assumer cette responsabilité est arrivé lorsque le premier PSS a été élaboré. Définir et planifier l'avenir que nous souhaitons pour notre peuple est une preuve de ce que signifie le développement dans le refuge. Et le Gouvernement de la RASD le fait en jetant les bases de ce que sera la prise en charge de responsabilités dans la future indépendance. C'est la seule façon que nous envisageons de continuer et de gravir un échelon dans l'exercice de notre travail politique. Nous voulons que ce pas en avant continue de signifier un changement radical dans notre dynamique de maintien en exil. Nous savons que la meilleure solution pour notre peuple, la meilleure solution en matière de santé, serait l'indépendance. Beaucoup de maladies ont un rapport avec le désespoir et la frustration dans un processus historique inachevé. De même, les conditions de vie, le manque d'aliments, l'inadéquation des logements, la faible qualité de l'eau, l'isolement, etc., favorisent un milieu qui, à lui seul, engendre la maladie. Le PSS veut devancer les événements qui, avec l'indépendance, apporteront la santé à ce peuple.

Assumer la responsabilité de continuer sur cette voie n'est pas sans risque. Nous dépendons d'une instance politique qui veut apporter son aide, mais en même temps nous allons nous sentir redevables si les volontés politiques changent. Cette possibilité non négligeable dans sa probabilité d'arriver nous oblige à prévoir des Dispositions Additionnelles pour couper court à différentes hypothèses futures qui peuvent être prévisibles.

L'analyse de la situation d'un point de vue externe puis interne fait une liste des atouts et faiblesses du système et des menaces et opportunités de l'environnement qui se forme en dehors du système qui, avec des niveaux d'incertitude à analyser, permettent un cadre de planification et d'espoir.

Nous espérons que nos efforts seront appréciés et que l'engagement atteindra le temps nécessaire pour réaliser les objectifs que nous nous proposons d'assumer. Atteindre ces objectifs est le minimum que nous, les responsables de la santé, du gouvernement et les professionnels de la santé, nous devons à la population des camps de réfugiés sahraouis. Cependant, nous prenons les rênes de notre destin en appliquant avec rigueur les lignes issues du mandat du PSS. Effectuer cette planification implique passer de la coordination des projets qui ne s'inspiraient pas toujours des besoins exprimés, à introduire des éléments de conception et de planification, au niveau interne, en récupérant les apprentissages et expériences de toutes ces années et en introduisant des stratégies pour le renforcement institutionnel. À l'issue de l'analyse, nous avons dégagé des évidences qui sont définies dans la liste ci-après et qui, outre un exercice d'autocritique, constituent une demande de soutien concernant nos besoins pour améliorer la santé de la population réfugiée.

- Analyse Interne. Durant le processus de formulation du PSS, nous avons évalué les atouts et faiblesses du système de santé sahraoui, en énumérant une liste des deux. Cette analyse a donné des informations déterminantes pour l'élaboration des objectifs
- Analyse Externe. Sous cet angle de l'analyse, nous avons évalué les menaces et opportunités qui, de l'extérieur, conditionnent l'évolution de la santé dans les camps. Un haut degré d'incertitude existe dans l'analyse puisque ces données dépendent en grande partie de facteurs politiques liés à l'évolution du processus dans lequel est plongé le peuple sahraoui dans sa lutte pour l'indépendance.



## Domaines de travail

Les efforts définis par le PSS vont avoir une incidence sur les camps qui, à notre sens, sont améliorables ou dans lesquels leur dégradation constituerait un grave problème de santé publique. C'est pourquoi la formulation des objectifs met l'accent sur les aspects les plus caractéristiques qui influent sur la santé communautaire.

- Sécurité alimentaire
- Qualité et quantité de l'eau de consommation
- Santé Maternelle
- Santé Infantile
- Garantie de la couverture de vaccination et sa conservation
- Élimination des déchets
- Formation du personnel de santé à différents niveaux
- Renforcement Institutionnel
- Formation de cadres moyens assumant des responsabilités de direction
- Motivation des travailleurs.

D'autres possibilités de motivation existent, par exemple le développement personnel et professionnel, la reconnaissance sociale de la relation étroite des professionnels de santé avec la population et le prestige lié au travail bien fait, la reconnaissance du rôle au sein de la structure puisqu'ils participent à différents lieux de décision où ils sont écoutés et appréciés et la formation continue nécessaire qui est un autre des éléments que nous voulons garantir dans le PSS. Inutile de dire que le travail dans un cadre plus agréable avec un poste de travail digne et des moyens pour le déroulement de leur mission est un autre argument motivant.

Nous voulons ouvrir une voie qui nous mènera à un système de santé défendant les valeurs communautaires sans oublier l'individu et que ces valeurs se concrétisent par un système qui soit

- Public
- Gratuit
- Universel
- Accessible
- Équitable
- Rationnel
- Démocratique
- Durable

Le PSS a pour vocation le respect de ces valeurs et les adopte dès lors que les objectifs définissent clairement les lignes qui nous dirigent vers un avenir où la santé communautaire, la santé individuelle, l'accès aux médicaments, comme le prévoit la Constitution de la RASD, seront garantis par l'État.

Toutes ces valeurs contiennent le fond idéologique de la Révolution Sahraouie et la volonté du Gouvernement est de les conserver à toute étape de l'évolution. Toutefois, la condition maximale de la volonté du Gouvernement est l'incapacité d'assurer le financement quelle que soit la situation.

Les prestations auxquelles s'engage le Gouvernement de la RASD sont :

- La gratuité des traitements médicaux qui sont contenus dans les Programmes de Santé.
- La gratuité des médicaments qui arrivent par l'aide internationale aux camps et qui figurent sur la liste officielle des médicaments.
- Les traitements chirurgicaux qui sont réalisés dans les camps.



- Les traitements qui, ne pouvant se faire dans les camps, sont réalisés en territoire algérien.
- Les traitements qui, ne pouvant être réalisés ni dans les camps ni en Algérie, sont remis à travers la Direction d'Évacuation du Ministère de la Santé

Les limites seront:

- La capacité d'accueil des maisons de malades.
- L'émission de passeports de la part du Gouvernement Algérien.
- Les visas de la part des différents Consulats.
- Les accords pour les soins de santé aux lieux de destination.

Le Plan renvoie aux Dispositions Additionnelles qui déterminent les limites susceptibles de se poser sur la base des cas qui pourraient se présenter.



## VI. OBJECTIFS

### Objectif Complet

Santé Croissante

### Objectifs Généraux

1. Consolider l'efficacité et la durabilité du système de santé
2. Mettre la santé à la portée du citoyen
3. Garantir la Prévention en matière de santé
4. Garantir l'accessibilité équitable au système de santé
5. Garantir la participation citoyenne à la santé
6. Garantir l'indépendance de la RASD dans la programmation de la Santé
7. Garantir la couverture publique des soins de santé pour les citoyens à tous les niveaux
8. Améliorer les capacités et la motivation des ressources humaines
9. Exiger la discipline nécessaire aux travailleurs de la santé et l'application de la réglementation en vigueur
10. Adapter les structures sanitaires pour des soins et un poste de travail dignes
11. Améliorer la santé de la population la plus touchée et sensible
12. Renforcement de la structure administrative et de gestion du Ministère de la Santé
13. Formation spécifique.

### Objectifs Spécifiques

#### 1. Consolider l'efficacité et la durabilité du système de santé

- 1.1 Appui au développement des activités des services de soins de santé primaires.
- 1.2 Dynamiser les fonctions préventives programmées des Directions Locales de Santé (DLS).
- 1.3 Dynamiser la fonctionnalité du système de surveillance épidémiologique et réponse avec la garantie des moyens matériels et humains nécessaires.

#### 2. Mettre la santé à la portée du citoyen

- 2.1 Soutien aux activités du Plan Intégral de Santé de l'Enfance Sahraouie (PISES) dans toutes ses composantes.
- 2.2 Consolidation de la coordination efficace pour le renforcement de la santé infantile.
- 2.3 Garantir les consultations médicales dans les Hôpitaux de Wilaya avec des médecins expatriés ou sahraouis des différentes commissions.
- 2.4 Garantir les ressources thérapeutiques pour le contrôle et le suivi des maladies chroniques.
- 2.5 Suivi des programmes de contrôle des grossesses.
- 2.6 Mettre les moyens nécessaires pour que les équipes de vaccination puissent réaliser leur travail dans les zones de nomadisme.

#### 3. Garantir la prévention en matière de santé

- 3.1 Réaliser des programmes destinés à la promotion de l'Éducation et à la sensibilisation pour la Santé afin de combattre les causes fondamentales des menaces environnementales pour la santé sur l'Eau, l'Alimentation, la Vaccination, la Santé Maternelle et Infantile et les Déchets.
- 3.2 Garantir l'approvisionnement en eau de consommation en quantité et en qualité suffisante selon l'OMS (20 litres par habitant et par jour, 40 litres pour les élèves par jour dans les éta-





blissements scolaires fermés et 60 litres par jour par lit dans les hôpitaux).

- 3.3 Garantir dans chaque Wilaya et chacune des Institutions des équipes formées de moyens techniques (camions) et humains pour le ramassage quotidien des poubelles et animaux morts.
- 3.4 Garantir le respect des distances établies et adresses de l'emplacement des décharges.
- 3.5 Tous les jours, les poubelles ramassées seront brûlées de manière à garantir la destruction de tout matériel qui représente un risque pour la santé.
- 3.6 Garantir la santé des animaux de production et des aliments dérivés.
- 3.7 Prévenir les risques de l'exploitation et de l'élevage des animaux de production.
- 3.8 Préserver le droit de toutes les personnes (loi sur la médecine vétérinaire) à consommer des aliments sains, prévenir les maladies transmises par les aliments, intoxications, infections, premiers signes épidémiques) en améliorant ainsi le niveau de santé et le bien-être général.
- 3.9 Contrôler les conditions d'hygiène et de santé des établissements publics et privés qui interviennent dans le processus d'obtention, de transformation et de consommation d'aliments.
- 3.10 Soins vétérinaires aux troupeaux d'animaux (chameaux et chèvres) non établis.
- 3.11 Garantir les mesures préventives à la population infantile qui vit dans des zones de nomadisme.
- 3.12 Renforcer l'utilisation des énergies renouvelables dans les foyers.
- 3.13 Doter d'un budget pour le nettoyage de chaque Institution.
- 3.14 Garantir la sécurité alimentaire.
- 3.15 Assurer aux citoyens une alimentation plus variée et l'accès général aux aliments frais.

#### **4. Garantir l'accessibilité équitable au système de santé**

- 4.1 Renforcer le système de transport dans les Wilayas pour que les travailleurs, les patients et leurs proches aient accès aux consultations et hôpitaux.
- 4.2 Mesurer les besoins d'ambulances dans les Wilayas et Institutions.
- 4.3 Améliorer le garage des ambulances et fournir les pièces de rechange.
- 4.4 Garantir l'accès égalitaire aux médicaments

#### **5. Garantir la participation citoyenne à la santé**

- 5.1 Dynamiser le rôle des responsables de quartier, conseils locaux et régionaux, dans le suivi des programmes et activités sanitaires et leur évaluation.

#### **6. Garantir l'indépendance de la RASD dans la programmation de la santé**

- 6.1 Évaluer les besoins nationaux et définir les objectifs de programmes et projets en fonction du PSS.
- 6.2 Coordonner les différentes activités de coopération pour optimiser les résultats.
- 6.3 Le Ministère de la Santé définira le besoin et le nombre de commissions, ainsi que les spécialités qui sont nécessaires chaque année.
- 6.4 Un projet et/ou une initiative qui ne respecte pas les directives du PSS sera refusé.

#### **7. Garantir la couverture publique des soins de santé pour les citoyens à tous les niveaux**



- 7.1 Renforcer les contrôles de consommation des ressources sanitaires en diagnostic et traitement.
- 7.2 Garantir l'approvisionnement des équipements et matériels à chaque niveau du système.
- 7.3 Garantir l'accès équitable de la population aux commissions.
- 7.4 Garantir les médicaments de spécialités, d'anesthésie et les matériels de chirurgie.
- 7.5 Garantir le traitement en dehors des camps aux malades avec l'application rigoureuse des protocoles et priorité d'évacuations.
- 7.6 Couvrir les besoins en transport sanitaires pour les malades évacués.

#### **8. Améliorer les capacités et la motivation des ressources humaines**

- 8.1 Renforcer les capacités professionnelles du personnel de santé grâce aux programmes de formation, promotion et recyclages.
- 8.2 Améliorer les conditions des travaux et de logement au sein des institutions de santé.
- 8.3 Adapter les échelles de rémunération approuvées à la majorité selon la grille salariale et conformément à la loi sur la fonction publique pour le personnel.
- 8.4. Garantir à travers la fonction publique et les services des finances les salaires mensuels pour le personnel du PSS en fonction des inspections et du rendement du travail.
- 8.5. Demander des programmes de formation pour le personnel de santé dans les camps de réfugiés comme à l'étranger.

#### **9. Exiger la discipline nécessaire aux travailleurs de la santé et l'application de la réglementation en vigueur**

- 9.1 Dynamiser le rôle des conseils de gestion des institutions.
- 9.2 Appui aux directions de personnel avec des moyens techniques et humain pour le suivi du rendement du personnel et l'application de la Loi sur la Santé.

#### **10. Adapter les structures sanitaires pour des soins et un poste de travail dignes**

- 10.1 Mise en marche de l'infrastructure sanitaire en vigueur.
- 10.2 Réhabilitation des structures sanitaires qui le nécessitent selon la modernisation qui figure en annexe.
- 10.3 Compléter les moyens de diagnostic conformément à la Planification de l'emplacement des Moyens des Études complémentaires pour les Diagnostics joint en annexe.
- 10.4 Les commissions devront respecter le protocole joint en annexe.
- 10.5 Détermination et garantie d'un budget annuel pour chaque institution pour l'entretien et les réparations.
- 10.6 Réaliser une étude de viabilité pour la création d'une Banque du Sang.
- 10.7 Définir les conditions à la fois architecturales et d'équipement que doit compter chaque échelon sanitaire à la fin de la rénovation.
- 10.8 Garantir l'énergie de façon continue pour assurer le fonctionnement des structures sanitaires et la chaîne de froid pour la conservation des vaccins, médicaments, etc.
- 10.9 Dans le cas particulier de Dajla :



Assurer une liaison par route avec plus de renfort que dans tout autre établissement. Améliorer le service de chirurgie de l'hôpital de Dajla.

L'Hôpital de la Wilaya doit être mieux équipé à tous les niveaux que les autres structures de niveau similaire, avec des possibilités d'hospitalisation chirurgicale, pédiatrie, médecine interne, obstétrique, grands brûlés et isolement. Service des urgences bien équipé avec des possibilités de placement en observation et hospitalisation de court séjour.

10.10 Établir un système de fichier avec le numéro de la nouvelle carte d'identité. Pour les enfants et adolescents qui n'atteignent pas cette limite d'âge de la pièce d'identité, utiliser le numéro de carte d'identité de la mère.

10.11 Définir rigoureusement les besoins en médicaments à chaque échelon sanitaire et la gestion stricte avec un inventaire exhaustif du stock de médicaments.

### **11. Améliorer la santé de la population la plus touchée et sensible**

11.1 Garantir les programmes de lutte contre l'anémie, la malnutrition, la maladie cœliaque (PISES), les soins aux personnes âgées et protection maternelle et infantile.

11.2 Assurer les soins médicaux aux enfants à haut risque.

11.3 Garantir l'alimentation des malades hospitalisés.

11.4 Assurer le suivi des pathologies chroniques dans la daïra.

11.5 Renforcer le nomadisme comme habitude de vie saine en récupérant les programmes de préventions. Transférer les personnes âgées, femmes et malades dans les lieux de nomadisme par les moyens de transport public en garantissant leur alimentation complémentaire.

11.6 Garantir les mesures de prévention à la population infantile qui vit dans les zones de nomadisme.

11.7 Encourager l'allaitement maternel et la formation des mères.

11.7 Fomentar la lactancia materna y la formación de las madres.

### **12. Renforcement de la structure administrative et de gestion du Ministère de la Santé et du Bureau de Suivi du PSS qui découle du Plan.**

12.1 Formation du personnel en gestion sanitaire pour les hauts responsables du Ministère des différentes Directions et Services:

- Pharmacie
- Aide médicale
- Soins infirmiers
- Personnel
- Archives
- Prévention
- Nutrition
- Soins vétérinaires
- Évacuation
- Logistique
- Coopération.

12.2 Formation en gestion des cadres moyens à responsabilité de Direction des Hôpitaux et de Santé de Wilaya.

12.3 Formation des responsables des services hospitaliers.



12.4 Dotation d'équipement de bureau et de communications pour le Ministère de la Santé.

12.5 Création et équipement du Bureau de Suivi du PSS.

**13. Formation du personnel de santé. Bien que des aspects de formation soient abordés dans d'autres chapitres, nous voulons souligner le besoin de formation des travailleurs de la santé, des travailleurs chargés de la gestion et des travailleurs sociaux.**

13.1 Formation en espagnol du personnel auxiliaire

13.2 Formation des Techniciens de Laboratoire

13.3 Formation des Techniciens de Radiologie

13.4 Formation des Techniciens en Anesthésie

13.5 Formation des Techniciens en Stérilisation

13.6 Formation des Techniciens en Écographie

13.7 Formation des Techniciens en Électromédecine

13.8 Formation en Hygiène et Épidémiologie

13.9 Formation du personnel infirmier pour réaliser les Programmes de Santé

13.10 Formation du personnel infirmier pour la gestion des protocoles des maladies dominantes

13.11 Formation des Techniciens en soins aux nouveau-nés

13.12 Formation des Techniciens en Stomatologie

13.13 Formation des Techniciens en Bactériologie

13.14 Formation des Promoteurs de Santé



## VII. DOMAINES D'INTÉRÊT COMMUN ET PRIORITÉS

Établir un calendrier de travail pour la réalisation des objectifs est une tâche qui peut s'avérer impossible puisque la prévision des apports budgétaires de chaque exercice et les projets complémentaires au PSS susceptibles de se présenter ne sont pas prévisibles au moment de l'élaboration du Plan Stratégique.

De toute façon, le Ministère de la Santé établit les Domaines d'Intérêt Commun qui déterminent les priorités et définit les classes de population, les tâches à réaliser, les échelons sanitaires et les besoins plus susceptibles de développer la maladie chez la population réfugiée des camps.

Suite à l'expérience du PSS 2006-2010, avec les études réalisées et l'impossibilité de prédire l'avenir, nous devons absolument définir ces Domaines d'Intérêt Commun. Le manque d'information du registre nous renvoie à la logique de la situation du refuge, avec le risque que cela entraîne pour les plus faibles. Dans le même temps, les données issues des enquêtes et des registres nous obligent à concentrer nos efforts et à surveiller particulièrement certaines tranches d'âge et situations vitales qui exigent un contrôle plus poussé et une préoccupation de la part des responsables de la santé.

Tout projet, convention, don, etc., destiné à notre peuple, doit contenir des éléments qui aideront à garantir et/ou à améliorer la couverture dans ces domaines.

Ces Domaines d'Intérêt Commun sont:

- La mortalité infantile
- La mortalité infantile périnatale
- La mortalité maternelle périnatale
- Le registre des soins apportés aux enfants à haut risque (PISES)
- Le registre des enfants souffrant de dénutrition (PISES)
- La couverture réelle des besoins de nutrition
- La prévention comme base de la santé (Environnement, salubrité de l'eau de consommation)
- La formation comme besoin absolu pour maintenir et améliorer les soins de santé

communautaire, nous donnera des données épidémiologiques qui démontreront l'efficacité du système, mais l'insuffisance de l'investissement financier et des efforts dans ces domaines. D'autre part, elles nous donneront un diagnostic de la santé et un point de départ pour l'évaluation du système sanitaire.



## VIII. INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

L'établissement d'indicateurs et de sources de vérification par objectif est une tâche qui n'est pas assumée dans le cadre du PSS. Dans chaque projet ou convention, il faut définir aussi bien les objectifs que les indicateurs et leurs sources de vérification.

Les objectifs de toute intervention en matière de santé dans les camps de réfugiés doivent être en accord avec le PSS, les Objectifs du Millénaire et les Objectifs Stratégiques de l'OMS. Ils doivent également répondre ce que le Ministère de la Santé nomme les « Domaines d'Intérêt Commun ».

Sans être exhaustifs, une liste de ces indicateurs et sources de vérification pourrait être :

### **Registres:**

- Entrée et sortie de matériel de la Pharmacie Centrale
- Travaux en ateliers
- Ordonnances de médicaments et leur distribution aux différents échelons sanitaires
- Évacuations depuis les Wilayas
- Programme CTC
- Maladies chroniques
- Mortalité Infantile
- Natalité
- Civil

### **Rapports:**

- Régionaux de Santé
- Gestion des institutions
- Croissant-Rouge Sahraoui (MLRS)
- Paiements aux travailleurs

### **Procès-verbaux:**

- Réunions périodiques du PISES

### **Inventaires:**

- Dans toutes les institutions

Il existe d'autres points d'analyse du système comme les enquêtes, bulletins de salaire des travailleurs, responsabilités des tâches, réunions obligatoires des équipes de santé avec des procès-verbaux qui sont remis au Ministère de la Santé, listes de femmes enceintes par Daïra, accouchements en institutions sanitaires et en jaima par des sages-femmes traditionnelles, etc., qui peuvent donner une vision bien plus large et une possibilité de planification de plus grande envergure.



## IX. CRÉATION DE STRUCTURES INTERMINISTÉRIELLES POUR LA GESTION DU PSS ET SON SUIVI

Nous devons consolider la coordination interministérielle. Les services et ministères qui doivent être en contact pour le suivi du PSS 2011-2015 et se constituer en Commission sont le Ministère de la Santé, celui du Transport, le Secrétariat d'État à l'Environnement et à l'Eau et le Ministère de l'Intérieur. Le Secrétariat de la Commission doit revenir au Ministère de la Santé avec la responsabilité de l'Ordre du Jour des réunions et leur convocation. Ce Bureau de Suivi du PSS 2011-2015 devra fixer son calendrier de réunions lorsque le Secrétariat le jugera pertinent. Toutefois, il faudrait partir d'un engagement d'une convocation trimestrielle.

Le Bureau de Suivi du PSS aura un fonctionnement continu dans le suivi des activités qui sont liées aux objectifs assumés et au calendrier présenté.

**Il faut pouvoir étudier les rapports de la Commission de Suivi du PSS lors des réunions de la Table de Concertation qui doit effectuer une évaluation continue de l'application de la Convention.**



## X. DISPOSITIONS ADDITIONNELLES

### 1<sup>ère</sup> En cas de reprise du Conflit Armé

En supposant que la guerre arrêtée par la signature du cessez-le-feu de septembre 1991 reprenne quelle qu'en soit la cause, les priorités du Gouvernement de la RASD seraient revues. Même si la santé du peuple continuera d'être essentielle dans les priorités, la nouvelle situation empêchera d'atteindre les objectifs engagés. Par conséquent, les priorités seraient revues et adaptées aux capacités et aux financements possibles liés à la nouvelle situation.

### 2<sup>e</sup> En cas de catastrophe ou de situation grave due à des maladies émergentes

Toute situation catastrophique ou maladie émergente qui nécessite l'orientation des efforts de santé vers des fonctions autres que celles programmées obligera à évaluer les probabilités de respect des objectifs et à revoir l'affectation du budget.

### 3<sup>e</sup> Diminution critique de la capacité de soins

Si nous en arrivons à la situation où la capacité de soins ne peut assurer le maintien des Programmes de Santé, nous devons convoquer la Table de Concertation pour trouver une solution à la crise humanitaire que cela produirait.

### 4<sup>e</sup> En cas d'impossibilité de financement

Si pour quelque raison que ce soit, nous ne pouvons pas compter sur le financement nécessaire, nous reverrions les objectifs du PSS afin de garantir les Programmes de Santé à forte répercussion sur la santé de la population.

### 5<sup>e</sup> En cas de Référendum et d'Indépendance

Si l'évolution du processus fait que, pendant la durée du PSS 2011-2015, le Référendum est réalisé et l'Indépendance est proclamée, nous considérerons que le PSS a rempli sa fonction dans le refuge. Nous devons établir un Plan de Retour, avant le Référendum, dans lequel il faudra garantir la santé de la population dans l'attente du retour et pendant ce dernier.

**Pour chacun de ces cas, nous devons élaborer un Plan d'Urgence qui analysera la nouvelle situation et établira les priorités en santé qui peuvent être financées.**

**Dans certains cas, il sera clair que nous sommes dans une nouvelle situation. Mais dans les cas où ce changement de situation n'est pas si évident (2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> cas ci-dessus), il est essentiel de déterminer des indicateurs ou signes clairs adoptés à la majorité, qui nous obligeront à élaborer le Plan d'Urgence correspondant.**





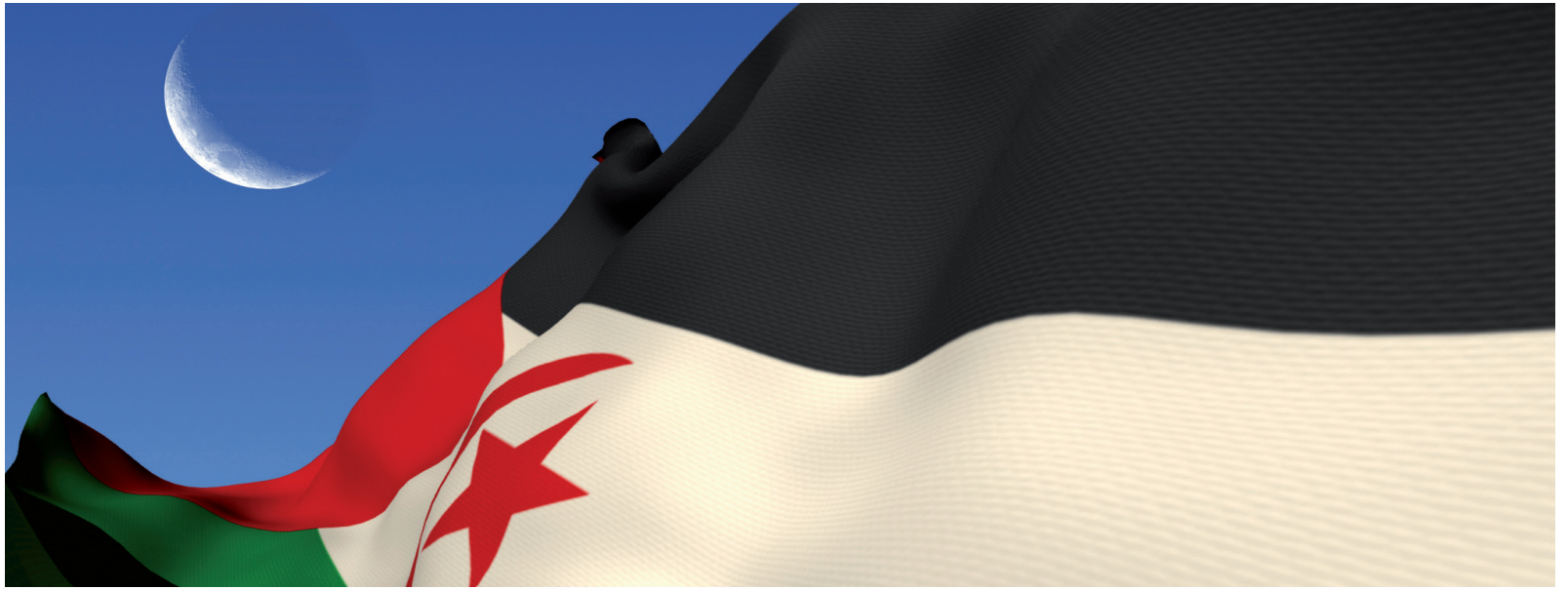




# STRATEGIC HEALTH PLAN FOR THE SADR

2011-2015





## Index

55	I. INTRODUCTION
57	II. REGULATORY FRAMEWORK
58	III. METHODOLOGY
60	IV. STRUCTURE
61	V. STRATEGIC HEALTH PLAN
64	VI. TARGETS
69	VII. AREAS CALLING FOR SPECIAL ATTENTION, AND PRIORITIES
70	VIII. INDICATORS AND SOURCES OF VERIFICATION
71	IX. SETTING UP OF INTER-MINISTRY STRUCTURES TO MANAGE AND TRACK THE SHP
72	X. ADDITIONAL PROVISIONS
75	XI. ANNEXES





## I. INTRODUCTION

### Origin of the proposal

The new Strategic Health Plan for the SADR, for the years 2011-2015 is being drawn up as a matter of necessity by government mandate following the expiry of the one drawn up in 2005, which terminates at the end of 2010.

The basic reason for the first SHP was to express, to co-operating bodies in general and donor agencies in particular, the health situation in 2005 and the needs stemming from it in the form of targets.

One of the reasons for the document in question was to draw up a long-term political planning document that would encourage confidence, while at the same time opening the way for investment in the weakest area of the health of the Saharan refugee population: Mother-Infant Health.

Over the course of these years there have been a multitude of events within the camps arising from social changes, such as the impact of the Agreement with the Spanish Agency for International Development Co-operation; the effects of the recession; the political evolution of the process; and other changes that will be analysed each under its own section, which make it necessary to re-draft the SHP to bring it more into line with the current reality.

However, there are aspects that remain immutable and that necessitate a certain amount of reiteration in the document's various sections.

The SHP has constituted a way of expressing the will of the Ministry and hence of the Government of the SADR. It was an effort to analyse the situation to ensure that health policies stemmed from where the greatest shortages existed. One ought not to have the feeling of colonization that occurs when strategies are laid down from outside the system.

Without a doubt, we do need help in many fields, and there are many areas we could not tackle without the help of co-operating bodies, the various agencies and friendly governments. However, we wish to claim our own space as the authority responsible for health in this harsh, unjust environment.

As we enunciated in the 2006-2010 SHP, it's logical to think that it is impossible for a government that cannot make budgets to plan its future.

Dependence on the outside for all that is needed and consumed in the camps creates a situation that is hardly conducive to exercising development in the refugee area, since a substantial part of that development is the ability and power to determine policies of any order. Our inevitable acceptance of this truth can be mitigated by government programmes that will limit the excessive control that is exercised from outside our country in exile.

It's important to point out that the financial dependence that acceptance of the Strategic Health Plan entails is assumed as compulsory aid by the developed countries to the disadvantaged ones and as one of the responsibilities of the Spanish State towards the citizens of its former colony. In this process Spain still has responsibilities as the territory's administrative power, as the Corell report states.

This Strategic Health Plan (SHP) is the development of the health policies that we want to implement in the coming years (2011-2015). They are the continuation of our health experience in the years when the war was the highest priority but when we were able to work on the healthy development of the population. To this store of knowledge should be added the experience of our long-serving health staff; the springtime sap contributed by the new staff joining us fresh from their studies; the nursing staff trained in the camps; and, very importantly, the experience gained through



the 2006-2010 SHP, the development of the Agreement which we were in touch with during those years and the huge amount of learning everyone did through the various calls by the Co-ordination Committee. This forum for exchange has enabled all the actors to get to know one another and each organization to co-ordinate its activities with the others' to some extent. Although this co-ordination should be greater, it has still been a step forward in the relationships of all those who participate in the Saharan people's health.

All the above without forgetting what has been learned thanks to the aid organizations that have supported us and worked with us in these harsh years of enforced exile.

## **Reasons:**

### **Political**

- Independence of the SADR's authority for planning and execution
- Strengthening local leadership
- Equity in access to health by all peoples

### **Health-related**

- Laying down clear lines for the future
- Defining the areas where health improvements can be made in the camps and Liberated Territories.
- Prioritization according to criteria arising from consideration of the situation on the spot
- Need to respond to health hazards
- Reaffirming and strengthening the factors decisive for health
- Community Outlook on Health
- Improving accessibility by citizens to health

### **Social**

- Need to budget for staff costs
- Organizing staff policy and assessing jobs to be filled
- Staff cohesion
- Strengthening teamwork
- Measures to arrest a brain drain
- Job creation and maintenance
- Social and gender equality

### **Technical**

- Need to improve information and knowledge
- Need to ensure that everything is in place to meet Health Scheme requirements
- Need to improve records and epidemiological information
- Need to improve infrastructures and transport

### **Relationship with Co-operating bodies**

- Clear information about the fields where they can bring their efforts to bear
- Defining their competences (remits)
- Determining decision-making fields





## II. REGULATORY FRAMEWORK

National Action Programme of the 12th Conference of the Sahara and Río de Oro People's Liberation Front  
Constitution of the SADR  
Health Act  
Veterinary Medicine Act  
Government Decree



### III. METHODOLOGY

#### **High degree of participation and consensus**

The drafting of the Strategic Health Plan for the SADR (SHP) has been carried out in a process marked by a high degree of participation and consensus, both by professionals and citizens, and by the remainder of the institutions and organisms involved.

Only with a high level of participation is it possible to ensure that the targets set are the product of a consensus and that an atmosphere conducive to meeting them is produced.

In the dialogue processes to achieve this degree of participation, the Saharan health staff participated in meetings held for the purpose. Furthermore, the co-operating bodies have had their forums for expressing their views, such as the Co-ordination Committee, with whose content a large part of the spirit and strategic lines of this document have been formed.

#### **Situation analysis and strategic definition**

An analysis of the situation at the outset in terms of the standard of health in the SADR has been carried out by assessing it using analytical tools. At the same time an assessment has been made of the data available from records and the prevalence derived from the studies performed in the camps, both by the Saharan health staff, and by NGO's and international organisms. We've also borne in mind the intuitive knowledge of the Saharan health staff who are in direct daily contact with the patients, along with the experience of those who have been taking care of our people's health during all these years of enforced exile.

Going by these realities and being as objective as possible, we have tentatively selected the prioritization criteria to be used to identify areas of action.

#### **Defining prioritization criteria and defining areas of action**

The prioritization criteria and the proposed areas of action have been validated by the data obtained through internal and external analyses, along with the experience acquired in the years of development of the Agreement and the studies that have arisen from it. At the same time the responsible persons from the Ministry of Health of the SADR along with its participatory organs, as the highest organ responsible for health in the Saharan refugee camps, have determined the Plan's master lines. By this means we have obtained a document that sets out the priority areas proposed in final form in the 2011-2015 SHP.

#### **General targets, specific targets and lines of action of each area**

The overall target is to express a desire felt and expressed by any community for the benefit of the citizens.

The general targets determine the document's policy lines in accordance with the perceived needs.

In drafting the Plan we have tackled the prioritization criteria of the specific targets in accordance with the improvable data in each prioritized area – the improvable items analysed in the specific studies performed in the camps in the various areas prioritized in the SHP; and within this framework we have formulated each area's general and specific targets, and defined the measures to be taken.

In parallel, having defined the specific targets, the drafting members prioritized them, with the aim



of giving them special relevance when the time came to lay down the lines of action, especially as regards timescales and mechanisms to check on fulfilment.

### **Defining areas calling for special attention**

We have determined areas calling for special attention in terms of checking that targets are being met. We have determined them on the basis that the way they are developing is somewhat sensitive and there is the potential for emerging health problems to arise in those domains.

### **Designing the Health Plan's assessment and monitoring mechanisms**

In order to evaluate the SHP's development it is essential to create assessment and monitoring mechanisms, including defining the functions of the Plan's Monitoring Organs.

### **Drafting and Distribution of the SHP**

Finally we shall proceed to draw up the proposed draft of the SHP of the SADR bill which, once the Ministry of Health of the SADR has received and reported on it, will be forwarded to the Government for approval.



## IV. STRUCTURE

The Strategic Health Plan of the SADR 2006-2010 constituted the expression of the health policy to be developed by the public authorities in the SADR during that period of 2006-2010 and as such, made it possible to set the direction of the main mobilizing measures for improving the health of the Saharan population in the refugee camps and Liberated Territories.

The Strategic Health Plan 2011-2015 has to be constituted on the basis of an alliance for health; it has to reflect assessable targets and define actions with financial support. Those targets are in accordance with the Millennium Goals and the Strategic Goals of the WHO.

To achieve its aim, the Strategic Health Plan of the SADR 2011-2015 must be accepted by all the actors involved and be regarded as what it means: the instrument that expresses the Government's will for better health for the Saharan people.

The Plan has been structured from analytical elements, the sum of experiences, objective data, information obtained in forums dealing with health in the camps, studies performed on the refugee population, and other forms of input that confer upon it the necessary credibility for it to be regarded as the base document for knowing the real health needs of the population of the Saharan refugee camps and the Liberated Territories.

Hence the Plan is not a statement of intent, or a set of exclusively health measures, or something so general that it is impossible to assess or is theoretical in nature. It is a necessary instrument to ensure survival in the highly vulnerable situation to which the refugee population is exposed.



## V. STRATEGIC HEALTH PLAN

### Analysis of the situation

To draw up a Strategic Plan is to wield the most powerful political weapon which one can employ in any structure with responsibility for Health. To shoulder that responsibility for long-term planning is no easy task when one lacks the means of production to generate a GDP that would facilitate the making of budgets and adherence to them. However, for our people the time to shoulder that responsibility came when the first SHP was drawn up. Defining and planning the future we desire for our people is a demonstration of what development amongst refugees means. And the Government of the SADR is doing it by laying the foundations of what will be the shouldering of responsibilities in our future independence. It is the only way we understand going forward and climbing a rung of the ladder in the performance of our political duties. We want this step forward to continue to mean a complete change in the dynamics of our continued existence in exile. We know that the best solution for our people – the best health solution – would be independence. Many of the illnesses have to do with despair and frustration with an unfinished historical process. In addition, the living conditions, lack of food, inadequacy of housing, low water quality, isolation, etc., create a scenario which in itself generates illness. The SHP aims to speed up the events which, with independence, will bring health to this people.

Shouldering the responsibility of continuing along this path is not without its risks. We become dependent on a political body that wants to provide aid but, in time, we shall be able to feel the mortgage which this involves if political wills change. This possibility, which is not unlikely to occur, obliges us to supplement the document with Additional Provisions to deal with various hypotheses about the future that may be foreseeable.

Analysing the situation from external and internal viewpoints produces a list of strengths and weaknesses of the system and of opportunities and threats from the environment formed outside the system which, with levels of uncertainty which we shall need to analyse, provide us with a framework for planning and hope.

We hope our effort will be valued and the commitment will last the time necessary to achieve the goals we propose to set ourselves. Achieving these goals is the very least that we health and government officials and health staff owe it to the camp population to do. Nevertheless, we are taking our destiny into our own hands by applying with precision the lines that arise out of the SHP mandate. Doing this planning involves switching from co-ordinating projects that were not always inspired by expressed needs, to introducing elements of design and planning, from within; rescuing the learning and experience gleaned over all these years; and introducing strategies for institutional strengthening. The analysis has brought to light evidence which we define in the list that follows and which, apart from an exercise in self-criticism, is a request for support in the shape of what we need to improve the health of the refugee population.

- Internal Analysis. During the process of formulating the SHP we evaluated the strengths and weaknesses of the Saharan health system, making a list of both. That analysis produced information decisive for drawing up the targets.
- External Analysis. For this view of the analysis we evaluated the opportunities and threats which, from the outside, determine the evolution of health in the camps. There exist high levels of uncertainty in the analysis since they depend largely on political factors arising from the evolution of the process in which the Saharan people is steeped in its struggle for independence.



### Areas of working

The efforts determined by the SHP will be brought to bear upon fields which, according to our own perception, are regarded as improvable or which would create a serious public health problem if they were to deteriorate. Hence we have targeted the aspects most decisive for community health.

- Food security
- Quality and quantity of drinking water
- Maternal Health
- Child Health
- A guaranteed adequate supply of vaccines and suitable facilities for storing them
- Refuse disposal
- Training of health staff at various levels
- Institutional Strengthening
- Training of middle-ranking officials with managerial responsibilities
- Promoting job satisfaction amongst workers

There are other possible ways of achieving job satisfaction such as through personal growth and becoming more skilled at one's job; through social recognition due to the close relationship which health staff have with the population; through the prestige earned by a job well done; through recognition of the worker's role within the structure, since s/he participates in various decision-making environments where s/he is listened to and his or her opinion is valued; and through the necessary ongoing training, which is another of the elements which we wish to guarantee in the SHP. It goes without saying that working in a more pleasant environment with a decent job and the means to fulfil one's remit is a further motivating argument.

We want to lay down a path which will take us towards a health system that defends community values without forgetting the individual; values crystalizing in a system that is

- Public
- Free to use
- Universal
- Accessible
- Equitative
- Rational
- Democratic
- Sustainable

The SHP is being created with the aim of upholding those values and making them its own from the time when, within the targets, the Plan clearly determines the lines that will steer us towards a future in which the health of the community and the individual, and access to medications – as the Constitution of the SADR says – are guaranteed by the state.

All these values contain the ideological backdrop to the Saharan Revolution and it is the Government's will to keep that going in any phase of its development. However the most decisive factor affecting the Government's will is the inability to guarantee funding in any situation.

What the Government of the SADR does undertake to provide is the following:

- Free medical treatment as contained in the Health Schemes
- Free medications as received through international aid to the camps as long as they are on the official list of medications
- Surgery performed in the camps



- Treatments which cannot be done in the camps and therefore are performed on Algerian territory
- Treatments which cannot be performed either in the camps or in Algeria and therefore the patient is referred for treatment elsewhere by the Evacuation Directorate of the Ministry of Health.

The limitations will be:

- The capacity of the homes for the sick
- The issuing of passports by the Algerian Government
- Visas from the various Consulates
- The health care agreements in the treatment destinations

The Additional Provisions of the Plan determine the limitations that might arise based on assumed situations that may come about.



## VI. TARGETS

### Overall Target

Steadily Growing Health

### General Targets

1. Consolidate the effectiveness and sustainability of the health system
2. Bring Health closer to the Citizen
3. Guarantee Preventive Health
4. Guarantee equitable accessibility to the health system
5. Guarantee Citizen Participation in Health
6. Guarantee the Independence of the SADR in setting Health programmes
7. Guarantee public health care cover for citizens at all levels
8. Enhance the skills and job satisfaction of human resources
9. Require health workers to conduct themselves with the necessary discipline and apply the current regulations
10. Upgrade health structures to enable better care and decent jobs
11. Improve the Health of the worst affected and most sensitive members of the population
12. Strengthen the Ministry of Health's Administrative and Management Structure
13. Specific training

### Specific Targets

#### 1. Consolidate the efficiency and sustainability of the health system

- 1.1 Support development of the activities of the primary health care services
- 1.2 Enhance the planned preventive functions of the Local Health Directorates (LHD's)
- 1.3 Enhance the functionality of the epidemiological surveillance and response system, guaranteeing the necessary material and human resources.

#### 2. Bring Health closer to the Citizen

- 2.1 Support the activities of the Comprehensive Saharan Child Health Plan in all its components.
- 2.2 Consolidate effective co-ordination for strengthening child health.
- 2.3 Guarantee medical consultations in the Wilaya Hospitals with expatriate or Saharan physicians from the various commissions.
- 2.4 Guarantee the therapeutic resources to track the progress of chronic illnesses.
- 2.5 Monitor check-up programmes during pregnancy.
- 2.6 Provide the means for the vaccination teams to do their work in nomadic areas.

#### 3. Guarantee Preventive Health

- 3.1 Carry out programmes to promote Education and raise awareness of Health in order to tackle the fundamental causes of the environmental threats to health, dealing with Water, Food, Vaccination, Mother-Child Health and Refuse.
- 3.2 Guarantee a drinking water supply of adequate quantity and quality according to the WHO (20 litres per inhabitant per day, 40 litres per pupil per day in boarding schools and 60 litres per bed per day in hospitals)
- 3.3 Guarantee in each Wilaya and Institutions trained teams with technical (lorries) and human





resources to collect refuse and dead animals daily.

- 3.4 Guarantee adherence to the set distances of the refuse tips and the addresses where they are located.
- 3.5 The collected refuse will be burnt daily in a way that guarantees the destruction of all material that poses a health hazard.
- 3.6 Guarantee the health of food animals and the fitness of their produce for consumption.
- 3.7 Prevent the hazards inherent in the handling and housing of food animals.
- 3.8 Safeguard the right of all persons (Veterinary Medicine Act) to consume healthful foods; prevent food-borne diseases, food poisoning, infections and epidemic strains, thus improving the standard of health and general well-being.
- 3.9 Inspect the conditions of health and hygiene on public and private premises which participate in the process of obtaining, processing and consuming food.
- 3.10 Veterinary care for herds of animals (camels and goats) not kept indoors.
- 3.11 Guarantee preventive measures for the child population living in nomadic areas.
- 3.12 Boost the use of renewable energies in homes.
- 3.13 Provide each Institution with a budget for cleaning.
- 3.14 Guarantee food security.
- 3.15 Facilitate for citizens a more varied diet and general access to fresh foods.

#### **4.- Guarantee equitable accessibility to the health system**

- 4.1 Reinforce the transportation system within the Wilayas so that workers, patients and family members will have access to clinics and hospitals.
- 4.2 Size up the needs for ambulances in the Wilayas and Institutions.
- 4.3 Improve the ambulance servicing depot and guarantee spare parts.
- 4.4 Guarantee egalitarian access to medications.

#### **5.- Guarantee Citizen Participation in Health**

- 5.1 Empower the roles of neighbourhood leaders and local and regional councils in monitoring and assessing health schemes and activities.

#### **6.- Guarantee the Independence of the SADR in setting Health programmes**

- 6.1 Evaluate national needs and define targets for schemes and projects by reference to the SHP.
- 6.2 Co-ordinate the various co-operation activities to optimize the results.
- 6.3 The Ministry of Health shall define the need for committees and their number, along with the specialisms needed, each year.
- 6.4 Any project and/or initiative that is not in consonance with the SHP's guidelines will be rejected.

#### **7.- Guarantee public health care cover for citizens at all levels**

- 7.1 Maximize checks on the consumption of health resources for diagnosis and treatment.
- 7.2 Guarantee the supply of equipment and apparatuses at each level of the system.



- 7.3 Guarantee equitable access by the population to the committees.
- 7.4 Guarantee medications for specialist treatments, anaesthesia and surgical materials.
- 7.5 Guarantee treatment outside the camps for the sick, applying the protocols strictly and prioritizing evacuations.
- 7.6 Cover the health transport needs of evacuated patients.

#### **8.- Enhance the Skills of human resources and promote greater Job satisfaction**

- 8.1 Strengthen the professional skills of health staff through training, promotion and re-training programmes.
- 8.2 Improve the working and housing conditions at the health institutions.
- 8.3 Adjust agreed pay levels according to the salary table and the Civil Service Act for staff.
- 8.4. Through the Civil Service and finance departments guarantee monthly salaries for the staff of the SHP in accordance with inspections and performance on the job.
- 8.5. Request training programmes for health staff both in the camps and abroad.

#### **9.- Require health workers to conduct themselves with the necessary discipline and apply the current regulations**

- 9.1 Empower the role of the management councils of the institutions.
- 9.2 Support human resources managers with technical and human resources for tracking staff performance and the application of the Health Act.

#### **10.- Upgrade health structures to enable better care and decent jobs**

- 10.1 Bring the health infrastructure currently in force into service.
- 10.2 Carry out alterations to the Health Structures that need them, according to the update in the Annexe.
- 10.3 Supplement diagnostic resources in accordance with the Planning of the location of Resources for complementary Studies for Diagnoses in the Annexe.
- 10.4 The committees must follow the protocols in the Annexe.
- 10.5 Determine and guarantee an annual maintenance and repairs budget for each institution.
- 10.6 A feasibility study will be carried out on the setting up of a Blood Bank.
- 10.7 Define the conditions with regard to architecture and equipment which must be achieved on each rung of the health ladder by the end of the reform.
- 10.8 Guarantee an uninterrupted supply of power to ensure the functioning of health structures and the cold chain for storing vaccines, medications etc.
- 10.9 In the particular case of Dajla:

Ensure overland communication with better support than in any other settlement. Improve the surgical department at Dajla hospital.

The wilaya hospital must be better equipped on all levels than the remaining structures at a similar level, and must have the ability to hospitalize patients for surgery, paediatric treatment, adult medicine, obstetrics, burns and isolation. A well-equipped casualty department with the ability to hospitalize patients for observation and on a short-stay basis.



- 10.10 Set up a filing system with the number of the new National Identity Document. In the case of children and young persons to whom their document has not yet been issued, the mother's number will be used.
- 10.11 Strictly define the need for medications at each rung on the health ladder and strictly manage stocks of them by exhaustive inventory-taking.

### **11.- Improve the Health of the worst affected and most sensitive members of the population**

- 11.1 Guarantee programmes to combat anaemia, malnutrition and coeliac disease (Comprehensive Saharan Child Health Plan), and to provide care for the elderly and mother-child protection.
- 11.2 Ensure medical care for children at high risk .
- 11.3 Guarantee food for hospital patients.
- 11.4 Ensure monitoring of chronic diseases in the daira.
- 11.5 Promote the Nomadic way of life as being good for the health, re-introducing the Preventive Health programmes. Transfer elderly persons, women and the sick to the nomadic areas via public transport, guaranteeing supplementary food for them.
- 11.6 Guarantee preventive measures for the child population living in nomadic areas.
- 11.7 Encourage breastfeeding of infants and provide training for mothers.

### **12. Strengthen the Administrative and Management Structure of the Ministry of Health and the SHP Monitoring Office set up under the Plan.**

- 12.1 Provide Health Management Training for the Ministry's senior officials from the various Directorates and Departments:
- Pharmacy
  - Medical Care
  - Nursing
  - Human Resources
  - Filing
  - Preventive Health Care
  - Nutrition
  - Veterinary Medicine
  - Evacuation
  - Logistics
  - Co-operation
- 12.2 Management training for middle-ranking officials with responsibility for Wilaya Hospital and Health Management.
- 12.3 Training for hospital departmental managers.
- 12.4 Provision of Office and Communications Equipment for the Ministry of Health.
- 12.5 Setting up and equipping of the SHP Monitoring Office.

### **13- Training for health staff. Even though the other sections contain some training elements, we wish to emphasize the need to train health workers, managerial workers and social workers not involved in health care**

- 13.1 Training in Spanish for auxiliary staff



- 13.2 Training for Laboratory Technicians
- 13.3 Training for X-ray Technicians
- 13.4 Training for Anaesthesia Technicians
- 13.5 Training for Sterilization Technicians
- 13.6 Training for Ultrasound Technicians
- 13.7 Training for Medical Equipment Technicians
- 13.8 Training in Hygiene and Epidemiology
- 13.9 Training for nursing staff in implementing Health Schemes
- 13.10 Training for nursing staff in handling protocols for prevalent diseases
- 13.11 Training for Newborn Care Technicians
- 13.12 Training for Technicians in Stomatology
- 13.13 Training for Technicians in Bacteriology
- 13.14 Training for Health Promoters



## VII. AREAS CALLING FOR SPECIAL ATTENTION, AND PRIORITIES

Setting a timetable for meeting the targets might be impossible, since predicting the budget we will receive each year and the plans complementary to the SHP that might be submitted is not feasible now as we draw up the Strategic Plan.

However, the Ministry of Health establishes Areas Calling for Special Attention that determine priorities and define the population brackets, tasks to be performed, rungs on the health ladder and needs most likely to generate illness amongst the refugee population of the camps.

Following the experience of the 2006-2010 SHP, with the studies carried out and the impossibility of predicting the future, it is important that we define these Areas Calling for Special Attention. The small amount of information available from records seems to point to the logic of our situation as refugees, with the attendant risk to the weakest amongst us. At the same time the data arisen from surveys and records oblige us to concentrate our efforts and keep a special watch over certain age groups and living situations that call for more thorough checking and greater concern on the part of health managers.

Any project, agreement, donation etc. destined for our people must contain elements that help secure and/or improve cover in these Areas

These Areas Calling for Special Attention are:

- Infant mortality
- Perinatal infant mortality
- Perinatal maternal mortality
- The register of care of children at high risk (Comprehensive Saharan Child Health Plan)
- The register of undernourished children (Comprehensive Saharan Child Health Plan)
- The actual coverage of Nutritional needs
- Prevention as the foundation for Health (Environment, healthiness of drinking water)
- Training as an absolute necessity for maintaining and improving health care

This special attention to particularly sensitive areas, besides securing better community health, will give us epidemiological data that will demonstrate the efficiency of the system and the appropriateness of the investment of money and effort in these areas. Likewise, they will enable us to gauge the health situation and will provide us with a baseline for assessing the health system.



## VIII. INDICATORS AND SOURCES OF VERIFICATION

Establishing indicators and sources of verification per target is a task which is not done from within the SHP. In each project or agreement, both the targets and the indicators and their sources of verification must be determined.

The targets of any health action in the refugee population's camps must be in accordance with the SHP, the Millennium Goals and the Strategic Goals of the WHO. They must also address what the Ministry of Health regards as Areas Calling for Special Attention.

Without being exhaustive, a list of these indicators and sources of verification might be as follows:

### **Records:**

- Consulting activities
- Entry and exit of material to and from the Central Pharmacy
- Work done at servicing depots
- Prescriptions for medications and their distribution over the various rungs of the health ladder
- Evacuations from the wilayas
- CTC Scheme
- Chronic diseases
- Infant Mortality
- Birth rate
- Civil register

### **Reports:**

- Regional Health
- Running of the institutions
- Saharan Red Crescent
- Payments to workers

### **Minutes:**

- Periodic meetings of the Comprehensive Saharan Child Health Plan

### **Inventories:**

- At all the institutions

There exist other analysis points for the system such as surveys, workers' salaries, responsibilities for tasks, compulsory meetings of health teams with minutes that are forwarded to the Ministry of Health, lists of pregnant women per Daira, institutional and home childbirths (in the jaima (tent) attended by a traditional midwife), etc., which can give a much broader view and greater potential for planning.



## IX. SETTING UP OF INTER-MINISTRY STRUCTURES TO MANAGE AND TRACK THE SHP

Inter-ministry liaison must be consolidated. The departments and ministries which must liaise with one another to track the 2011-2015 SHP and form themselves into a Commission are the Ministry of Health, the Ministry of Transport, the Secretariat of State for the Environment and Water, and the Ministry of the Interior. The role of Secretary of the Commission must be filled by the Ministry of Health, with responsibility for setting the Agendas of meetings and convening them. This 2011-2015 SHP Tracking Office will have to set its calendar of meetings as the Secretariat considers best. However, there should be a commitment from the outset to convene the meetings at least quarterly.

The SHP Tracking Office will function continuously in tracking the activities arising out of the targets adopted and the timescale presented.

**The SHP Tracking Commission's reports must be available for study at the meetings of the Co-ordination Committee, which must continuously assess how the Agreement is applied.**



## X. ADDITIONAL PROVISIONS

### **One. In the event that Armed Conflict is reactivated.**

Should the war halted by the signing of the September 1991 cease-fire break out again for any reason, the priorities of the Government of the SADR would be reviewed. Although the people's health will continue to be a key priority, the new situation will make it impossible to meet the targets undertaken. Accordingly a review will be carried out to adjust the Plan to the capacities and funding that are possible in the new scenario.

### **Two. In the event of a disaster or serious situation arising from emerging diseases**

Any catastrophic situation or emerging disease that may require health efforts to be re-directed into functions different from those planned will make it necessary to assess the potential for meeting the targets and to review the allocation of the budget.

### **Three. Critical reduction in the capacity for caring**

Should the situation arise where the capacity for caring becomes inadequate to keep the Health Programmes going, the Co-ordination Committee will have to be convened to solve the humanitarian crisis that this would produce.

### **Four. In the event that funding becomes impossible**

If, for whatever reason, the necessary funding ceases to be available, the targets of the SHP would be reviewed with the aim of keeping going the Health Programmes that most affect the population's health.

### **Five. In the event of a Referendum and Independence**

If the evolution of the process means that, during the currency of the 2011-2015 SHP, the Referendum is carried out and Independence is reached, the SHP will be regarded as having performed its function as far as the people's being refugees is concerned. It will be necessary to establish a Return Plan, prior to the Referendum, by which the population's health must be safeguarded while awaiting return and while the return is under way.

**For each of these eventualities it will be necessary to draw up a Contingency Plan analysing the new situation and setting health priorities for which funding is available.**

**In some cases it will be clear that the situation has drifted towards a new scenario. However, in eventualities where this change of scenario may not be all that obvious (Two, Three and Four) it is necessary to determine a set of unequivocal, agreed markers or signs that will oblige us to draw up the appropriate Contingency Plan.**



# XI. ANEXOS

## XI. ANEXOS

1. Programa de Acción Nacional del XII Congreso Popular General del Frente Polisario
2. Constitución de la RASD
3. Decreto Gubernamental
4. Ley de Salud. Reglamento Sanitario
5. Ley de Veterinaria
6. Objetivos del Milenio
7. Objetivos Estratégicos de la OMS
8. Informe Corell
9. PES 2006-2010
10. PISIS
11. Programas de Salud en Vigor
12. Estrategia Nutricional Saharaui
13. Planificación de la ubicación de los estudios complementarios para diagnóstico médico
14. Parque móvil del Ministerio de Salud. Detalle de las necesidades
15. Plantilla del personal de Salud y de Higiene
16. Datos epidemiológicos y estadísticos publicados
17. Informe del estado de las estructuras sanitarias
18. Guía Terapéutica. Listado Nacional de Medicamentos
19. Manual para la gestión de los fármacos

Ante el tamaño de los diferentes archivos de cada anexos, en casi todos se ha optado por una presentación indicativa. En caso de necesitar la información completa se deben dirigir a:

OFICINA DE COORDINACIÓN SANITARIA SAHARAUI  
[www.saharasalud.org](http://www.saharasalud.org)  
[ocss@saharasalud.org](mailto:ocss@saharasalud.org)

# XI. ANNEXES

## XI. ANNEXES

1. Programme d'Action Nationale du XIIe Congrès Populaire Général du Front Polisario
2. Constitution de la République Arabe Sahraouie Démocratique (RASD)
3. Décret Gouvernemental
4. Loi sur la Santé. Règlement Sanitaire
5. Loi sur la Médecine Vétérinaire
6. Objectifs du Millénaire
7. Objectifs Stratégiques de l'OMS
8. Rapport Corell
9. PSS 2006-2010
10. PISES
11. Programmes de Santé en vigueur
12. Stratégie Nutritionnelle Sahraouie
13. Planification de l'emplacement des études complémentaires pour le diagnostic médical
14. Parc de véhicules du Ministère de la Santé. Détail des besoins
15. Effectifs du personnel de Santé et d'Hygiène
16. Données épidémiologiques et statistiques publiées
17. Rapport de la situation des structures sanitaires
18. Guide Thérapeutique. Liste Nationale des Médicaments
19. Manuel pour la gestion des médicaments

# XI. ANNEXES

## XI. ANNEXES

1. National Action Programme of the 12th General People's Conference of the Sahara and Rio de Oro People's Liberation Front
2. Constitution of the SADR
3. Government Decree
4. The Health Act. Health Regulations
5. Veterinary Medicine Act
6. Millennium Goals
7. Strategic Goals of the WHO
8. Corell Report
9. SHP 2006-2010
10. Comprehensive Saharan Child Health Plan
11. Health Programmes Currently in Effect
12. Saharan Nutritional Strategy
13. Planning of the location of complementary studies for medical diagnosis
14. Vehicle fleet of the Ministry of Health. Details of needs
15. Health and Hygiene workforce
16. Published epidemiological and statistical data
17. Report on the condition of health structures
18. Therapeutic Guide. National List of Medications
19. Manual for managing medications

## ANEXO 1

# Programa de Acción Nacional del XII Congreso Popular General del Frente Polisario

## برنامج العمل الوطني

### \*مدخل:

في حروب التحرير الوطني تخوض الشعوب صراعا مريرا مع القوى الإستعمارية التي تحاول خنق أنفاس الشعوب ومنعها من قطف ثمار نضالاتها، وفي حربنا التحريرية يتسم الصراع بنبرة تصاعدية، يتعاضم فيها إصرار العدو في القضاء على وجودنا وهويتنا مدفوعا بذهنية توسعية وسياسة متقلبة، الثابت فيها هو تصدير أزماته الداخلية توازره في ذلك قوى دولية نافذة تضع نفسها في موضع الوصي على النظام المغربي الضامنة لإستمراره حتى وإن تطلب الأمر التضحية بالقانون والشرعية الدوليين. وفي المقابل نخوض نحن هذا الصراع بإرادة البقاء، ولكن أيضا بتصور واضح لبناء نموذج المجتمع والدولة الصحراويين على أرض الساقية الحمراء ووادي الذهب مسلحين بعزيمة وقناعة ذاتية لإنتراع الحق المستند على الشرعية الدولية.

في هذا الصراع الطويل بين منطلق القوة ، الذي يستند إليه النظام المغربي ومن خلفه حلفاؤه، وقوة الحق الذي نحتج به مستندين في المقام الأول إلى قوتنا الذاتية التي منحت السمة الفارقة في أكثر من معركة في حربنا التحريرية يضحى الصراع صراع وجود.

في هذا السياق بالذات ، الذي يعقد فيه المؤتمر الشعبي العام الثاني عشر للجبهة الشعبية لتحرير الساقية الحمراء ووادي الذهب، تتضح ملامح الصراع في أعظم تجلياته ويصبح تفعيل وتعزيز عناصر القوة الذاتية التي تجد من الجبهة محور مدارها أمر ضروري، لذا من الأهمية بمكان التأكيد على:

- 1- الجبهة الشعبية لتحرير الساقية الحمراء ووادي الذهب، الحاضن الأمين لعناصر قوتنا البشرية، المادية، المعنوية والمعرفية، والضامن لتحرير الأرض وفرض قيام الدولة الصحراوية المستقلة كاملة السيادة.
- 2- وحدانية تمثيل الجبهة للشعب الصحراوي وشمولية هذا التمثيل لكل الصحراويين أينما تواجدوا، وهو أمر جسده الإنتفاضة بأنصع الصور والتجليات، إذ أكدت إستمرار الحرب التحريرية بأساليب مختلفة - وفي حيز جغرافي أكثر شساعة وصلت عمق العدو وأفقدته هيئته - ويظل الكفاح المسلح في مقدمة تلك الأساليب.
- 3- الجبهة الشعبية لتحرير الساقية الحمراء ووادي الذهب تنظيم سياسي يقود الكفاح المسلح من أجل تحرير الوطن وبناء الدولة الصحراوية المستقلة في حدودها المعترف بها دوليا، تضع الرؤية السياسية الشاملة وتحدد اساليب التحرير من جهة ومنهجية وأدوات البناء حالا ومستقبلا.
- 4- حرب التحرير الوطنية مستمرة بإستمرار النزعة العدوانية التوسعية التي تستهدف حق الشعب الصحراوي غير القابل للتصرف في تقرير مصيره وإستقلاله وإنكار ومصادرة حقه في الوجود، وضمان إستمرار حرب التحرير مرتبط إرتباطا وثيقا بتجميع وتفعيل عناصر القوة التي تتأسس على تنظيم طلائعي فاعل ومحسوس في ساحات الفعل النضالي كافة، قوة عسكرية مؤهلة ومهابة وعلى إستعداد دائم للرد على التحديات، جبهة داخلية متماسكة وديناميكية، نموذجا لدولة القانون والمؤسسات، ودبلوماسية نشطة وقادرة على إدارة المعركة الخارجية وصنع الحدث وتوجيه رأي دولي داعم لقضيتنا وضاعط على العدو في الهيئات الإقليمية والدولية.



### \*مهام وأولويات:

على ضوء معطيات الوضع الراهن فإن تركيز الجهد لرفع التحديات في الميادين التالية يبقى أمرا ملحا بالتأكيد على:

1. إن التحديات الخطرة، الراهنة والمستقبلية، تتطلب وجود تنظيم سياسي قوي ومتماسك، لأنه هو وحده القادر والضامن نجاح المشروع الوطني والكفيل بوضع آليات تفعيل البرامج والخطط.
2. تعزيز بناء التنظيم السياسي اعتمادا على القيم والمبادئ التي تكون مرجعية لسلوكيات المناضل وإيجاد آلية لرقابة صارمة وفاعلة تضبط السلوك والممارسة، وتضمن التناغم بين الخطاب والتطبيق.
3. تفعيل تنظيمنا السياسي أداء وأدواتا وهياكلا بما يحقق الغايات المرجوة، وتوسيع عملية التأطير حيث يراعي المتغيرات في حركة إجتماعية تساهم المنظمة في قيادتها وتوجيهها مع إيجاد الحوافز الضرورية والخطاب المقرون بالفعل المعزز للثقة والمحقق للمصداقية، إنطلاقا من مبادئ ومثل وقيم تشكل المرجعية ومقاييس ومعايير واضحة وصارمة، يحتكم إليها.
4. العمل المستمر على خلق النموذج السياسي والإجتماعي الصحراوي المتميز الذي يقوم على منظومة المثل والقيم والسلوكيات الصحراوية التي تؤكد التمايز بيننا وبين النظام المغربي المخزني.
5. إبلاء جيش التحرير الشعبي الصحراوي الأهمية والعناية القصوى، ماديا ومعنويا، بإعتباره الحامي الأول لخياراتنا الوطنية.
6. التركيز على الإنتفاضة فعلا وطنيا متميزا وجبهة مفتوحة في عمق العدو، ومدتها بكل عناصر الإستمرار، والقوة بما يحقق الهدف منها.
7. تعزيز ثقة المواطن في مؤسساته التنظيمية بإعتماد مبدأ الشفافية والمحاسبة وترشيد الإمكانيات العامة، والسهر على تأمين الحاجات الأساسية.
8. إستكمال بناء أجهزة العدالة وإقرار القوانين المجسدة لدولة القانون، والتأكيد على تقوية الأجهزة الأمنية والحفاظ على النظام العام.
9. تقوية أداء الجبهة الإعلامية ومدتها بمقومات النجاحة والتاثير من أجل تقديم الخطاب/القضية الوطنية، صورة وخبرا، بالشكل الذي يناسب عظمة نضالاتنا.
10. التحلي باليقظة في إدارة النزاع في واجهته الدولية، والتعاطي مع منظمة الأمم المتحدة بإيجابية لا يعادلها غير التشبث الصلب بمكاسينا الوطنية والدفاع بإستماتة عن الحق غير القابل للتصرف في تقرير المصير، الحرية والإستقلال، وهو ما يقتضي تعزيز الجبهة الدبلوماسية وحشد الطاقات والكفاءات لتحقيق الأهداف المرجوة.



## ANEXO 2

### Constitution de la RASD \*

Presentación y primera página.

Adoptée par le dixième Congrès national, 26.08. - 04.09.99 \*\*

#### Préambule

Le peuple sahraoui - peuple arabe, africain et musulman - qui a décidé de déclencher sa guerre de libération en 1973, sous la conduite du Front POLISARIO, pour la libération de la patrie du colonialisme - et ultérieurement de l'occupation - renouant ainsi avec une longue résistance qui n'a jamais cessé durant l'histoire pour défendre sa liberté et sa dignité, proclame :

sa résolution de poursuivre la lutte pour le parachèvement de la souveraineté de la République Arabe Sahraouie Démocratique (RASD) sur l'intégralité du territoire national ;

son attachement aux principes de justice et de démocratie contenus dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (du 10 décembre 1948), dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (du 26 juin 1981) et dans les accords internationaux signés par la RASD ;

sa conviction que la liberté et la dignité de l'homme ne sont possible que dans une société où le droit est souverain et où les conditions pour le développement social sont créées en conformité avec les valeurs de ladite société, sa civilisation, sa religion et sa culture nationale, ainsi qu'avec les exigences du monde moderne ;

sa détermination à créer des institutions démocratiques, qui garantissent les libertés et les droits fondamentaux de l'homme, les droits économiques et sociaux, les droits de la famille, cellule de base de la société ;

sa conscience de la nécessité de construire le Grand Maghreb, de concrétiser l'unité des efforts de l'Afrique, l'unité de la nation arabe et d'établir des relations internationales sur la base de la coopération, la concorde, le respect mutuel et l'instauration de la paix dans le monde.

(CONTINÚA)



## ANEXO 3

### Decreto gubernamental

REPÚBLICA ÁRABE  
SAHARAUI DEMOCRÁTICA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



الجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية  
وزارة الصحة العمومية

Chahid Hafed: 30/07/2010

**Decreto N° 01072010-DG**

**Objeto: Elaboración del Plan Estratégico de Salud 2011-2015**

El Plan Estratégico de Salud 2006-2010 constituyó un primer paso dentro de nuestra experiencia para planificar a medio plazo las políticas sanitarias en los campos de refugiados y un instrumento del gobierno de la RASD para determinar las necesidades y carencias que no podríamos afrontar sin la ayuda de la cooperación.

La expiración del primer PES y la experiencia de estos últimos cinco años todo añadido a la evolución política del conflicto y los efectos de la crisis hacen necesario reelaborar un nuevo plan para los años 2011-2015 con una mejor adaptación a la realidad.

En la elaboración del futuro plan estratégico es importante continuar e implementar las líneas de las políticas sanitarias definidas en el XII congreso popular del POLISARIO y garantizar la participación efectiva de todos los profesionales y actores de nuestro sistema de salud en este proceso.

Los objetivos del futuro plan deben determinar las acciones en concordancia con las necesidades percibidas y dentro de ellas el fortalecimiento institucional y la necesaria formación continuada.

Sidahmed TAYEB

Ministro de Salud Pública de la  
República Árabe Saharaui Democrática



## ANEXO 4

### Ley de Salud. Reglamento Sanitario

#### PRINCIPIOS GENERALES

**Artículo 1.** El Estado garantiza la asistencia gratuita a todos los niveles, según el artículo 30 de la Constitución

**Artículo 2.** La política sanitaria se desarrolla según la experiencia nacional y los conocimientos de los expertos.

**Artículo 3.** Los pilares de la salud son:

- a/ Prevención
- b/ Asistencia
- c/ Formación y promoción

**Artículo 4.** La asistencia médica se define en tres niveles:

- a/ nivel primario: dispensarios locales
- b/ nivel secundario: hospitales regionales
- c/ nivel terciario: hospitales centrales

**Artículo 5.** Las Instituciones sanitarias son patrimonio del Estado

**Artículo 6.** El Estado financia el sector de la salud

**Artículo 7.** Todos los funcionarios y trabajadores del sector de la salud deben respetar obligatoriamente la cultura social y las leyes del Estado en vigor

**Artículo 8.** Los derechos de los trabajadores en las instituciones sanitarias son garantizados por Ley

**Artículo 9.** El reglamento de trabajo en la institución de salud y sus infraestructuras, son definidas en estas Leyes

(CONTINÚA)





## ANEXO 5

### Ley de Veterinaria

#### REGLAS GENERALES

**Artículo 1.** El objetivo de esta ley es la aplicación de la política nacional en el campo de la **medicina Veterinaria, farmacia veterinaria y la protección de la salud del consumidor** además de la protección y la mejora de salud animal.

**Artículo 2.** La aplicación de esta ley comprende de los campos fundamentales siguientes:

- \* Organización veterinaria
- \* El ejercicio de la medicina veterinaria
- \* Farmacia veterinaria
- \* Protección de animales, su salud y la prevención de enfermedades de estos, la lucha contra esta, control de animales, los productos derivados de animales y la preservar la salud pública en el campo veterinario

**Artículo 3.** El Ministerio de la tutela define a través de infraestructuras la organización, la definición de las funciones y competencias de los servicios veterinarios.

(CONTINÚA)



## ANEXO 6

### Objetivos del Milenio

En la Declaración del Milenio se recogen ocho Objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, materna, el avance del vih/sida y el sustento del medio ambiente.

Para objetivos, y en respuesta de aquellos que demandaban un cambio hacia posturas más sociales de los mercados mundiales y organizaciones financieras se añade el Objetivo 8, 'Fomentar una Asociación Mundial para el Desarrollo'. En otras palabras, el objetivo promueve que el sistema comercial, de ayuda oficial y de préstamo garantice la consecución en 2015 de los primeros siete Objetivos y, en general, un mundo más justo.

Cada Objetivo se divide en una serie de metas, un total de 18, cuantificables mediante 48 indicadores concretos. Por primera vez, la agenda internacional del desarrollo pone una fecha para la consecución de acuerdos concretos y medibles.

Los títulos de los ocho objetivos, con sus metas específicas, son Objetivos de desarrollo del Milenio de la ONU:

#### **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre.
- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario.
- Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

#### **Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal**

- Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria.

#### **Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer**

- Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015

#### **Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.**

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

#### **Objetivo 5: Mejorar la salud materna**

- Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.

#### **Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
- Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves



**Objetivo 7: Garantizar el sustento del medio ambiente**

- Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.
- Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.
- Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.

**Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo**

- Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
- Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
- Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).
- Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo.
- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.
- En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.

El único objetivo que no está marcado por ningún plazo es el octavo, lo que para muchos significa que ya debería estar cumpliéndose.



## ANEXO 7

### Objetivos Estratégicos de la OMS

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles
2. Combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo
3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia, la adolescencia y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.
5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.
6. Promover la salud y el desarrollo y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo.
7. Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en derechos humanos.
8. Promover un entorno saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.
9. Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.
10. Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles.
11. Asegurar la mejora al acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.
12. Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo
13. Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.



## ANEXO 8

### Informe Corell\*

Naciones Unidas - Consejo de Seguridad - S/2002/161 - Distr. general - 12 de febrero de 2002  
Español - Original: inglés - versión original en PDF

Carta de fecha 29 de enero de 2002 dirigida al Presidente del Consejo de Seguridad por el Secretario General Adjunto de Asuntos Jurídicos, Asesor Jurídico

1. En carta de fecha 13 de noviembre de 2001, el Presidente del Consejo de Seguridad solicitó, en nombre de los miembros del Consejo, mi opinión sobre "la legalidad, en el contexto del derecho internacional, incluidas las resoluciones pertinentes del Consejo de Seguridad y la Asamblea General de las Naciones Unidas y los acuerdos relativos al Sáhara Occidental, de las medidas que habrían tomado las autoridades de Marruecos, a saber, la licitación y la firma de contratos con empresas extranjeras para la exploración de recursos minerales en el Sáhara Occidental".
2. A mi pedido, el Gobierno de Marruecos proporcionó información respecto de dos contratos concertados en octubre de 2001 para actividades de prospección y evaluación petroleras en zonas frente a la costa del Sáhara Occidental: uno entre el Office National de Recherches et d'Exploitations Pétrolières (ONAREP) de Marruecos y la empresa petrolera estadounidense Kerr McGee du Maroc Ltd., y otro entre el ONAREP y la empresa petrolera francesa TotalFinaElf E&P Maroc.  

Ambos contratos, concertados por un período inicial de 12 meses, tienen cláusulas ordinarias en continuación de dichos derechos, incluso una opción para concertar futuros contratos petroleros en las zonas respectivas o en partes de ellas.
3. La cuestión de la legalidad de los contratos concertados por Marruecos en zonas frente a la costa del Sáhara Occidental exige un análisis de la condición jurídica del territorio del Sáhara Occidental y de la situación de Marruecos en relación con el Territorio. Como podrá comprobarse, exige también un análisis de los principios del derecho internacional que rigen las actividades relacionadas con los recursos minerales en los Territorios no autónomos.
4. Las fuentes del derecho aplicable a la determinación de esas cuestiones son la Carta de las Naciones Unidas, las resoluciones de la Asamblea General relativas a la descolonización en general, y a las actividades económicas en los Territorios no autónomos, en particular, y los acuerdos sobre el estatuto del Sáhara Occidental. El análisis del derecho aplicable debe reflejar también los cambios y novedades que han ocurrido con el desarrollo progresivo del derecho internacional y su codificación, así como la jurisprudencia de la Corte Internacional de Justicia y la práctica de los Estados en materia de actividades relacionadas con los recursos naturales en Territorios no autónomos.
  - A. La condición jurídica del Sáhara Occidental bajo la administración de Marruecos
5. El Sáhara Español, un protectorado español desde 1884, se incluyó en 1963 en la lista de Territorios no autónomos con arreglo al Capítulo XI de la Carta (A/5514, anexo III). A partir de 1962, España, en su calidad de Potencia administradora, transmitió información técnica y estadística sobre el Territorio en virtud de lo dispuesto en el apartado e) del Artículo 73 de la Carta de las Naciones Unidas. Esa información fue estudiada por el Comité Especial encargado de examinar la situación con respecto a la aplicación de la Declaración sobre la concesión de la independencia a los países y pueblos coloniales (el "Comité Especial"). En una serie de resoluciones



de la Asamblea General sobre la cuestión del Sáhara Español/Sáhara Occidental, se reafirmó la aplicabilidad al Territorio de la Declaración sobre la concesión de la independencia a los países y pueblos coloniales (resolución 1514 (XV) de la Asamblea General).

6. El 14 de noviembre de 1975 España, Marruecos y Mauritania emitieron en Madrid una declaración de principios sobre el Sáhara Occidental (el "Acuerdo de Madrid"), con arreglo al cual las facultades y responsabilidades de España, como Potencia administradora del Territorio, se transfirieron a una administración temporal tripartita. El Acuerdo de Madrid **no transfirió la soberanía sobre el Territorio ni confirió a ninguno de los signatarios la condición de Potencia administradora, condición que España, por sí sola, no podía haber transferido unilateralmente.** La transferencia de la autoridad administrativa sobre el Territorio a Marruecos y Mauritania en 1975 **no afectó la condición internacional del Sáhara Occidental como Territorio no autónomo.**

(CONTINÚA)

(Firmado) **Hans Corell**

Secretario General Adjunto de Asuntos Jurídicos  
Asesor Jurídico



## **ANEXO 9**

### **PES 2006-2010**

En el año 2005 y para planificar los 5 años siguientes intentando evaluar la situación en salud de la población refugiada se elaboró el primer Plan Estratégico de Salud 2006-2010. El principal objetivo era exponer la realidad, determinar los niveles de incertidumbre y poner las bases para que fuera posible llegar a un Convenio con la Aecid que garantizara algunos aspectos deficitarios y prioritarios en el área de la Salud Materno-Infantil. Dicho objetivo se consiguió y fruto de ello han sido estos años de fructífero trabajo en Cooperación y la creación de un instrumento como la Mesa de Concertación.



## ANEXO 10

### PISIS

#### 1. INTRODUCCIÓN A LA GUÍA DEL PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD INFANTIL SAHARAUI

En el año 2003, se publicó por primera vez en los campamentos de refugiados saharauis la guía del Programa del Niño Sano Saharai. Esta guía ha servido desde entonces como herramienta básica para la evaluación, el seguimiento y el tratamiento adecuado de los niños y niñas saharauis dentro del programa preventivo - curativo de salud infantil existente hasta este momento.

Los principales logros conseguidos durante estos años, gracias al trabajo realizado por los sanitarios saharauis, ha sido llegar a la mayoría de los niños y niñas saharauis menores de tres años, así como el aumento de la cobertura vacunal. En la actualidad varias razones llevan a replantearse los contenidos del programa de salud infantil, y a la necesidad de ampliar y adaptar esta guía al funcionamiento actual de los dispensarios.

Por tanto, los objetivos de la presente guía son:

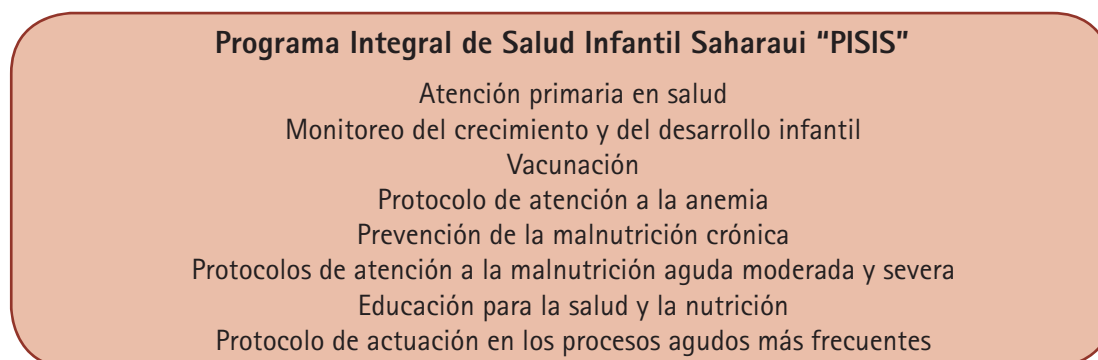
- ampliar los contenidos tratados en el programa de salud infantil,
- facilitar la ejecución del programa y todos sus componentes por el personal sanitario saharai, y
- servir de guía para futuras intervenciones.

La nutrición influye de manera determinante en la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes; las consecuencias de la malnutrición en el nacimiento y la infancia se extienden hasta la adolescencia y la edad adulta y generan un déficit que abarca generaciones. Tanto la malnutrición como la anemia continúan siendo uno de los principales problemas de la salud en la infancia saharai. En los últimos años, han aparecido una serie de protocolos de tratamiento de la malnutrición aguda que deben, por tanto, ser incluidos en el marco de un programa más amplio de salud infantil. Este programa debe asimismo incluir las acciones preventivas de la malnutrición crónica.

Así, este nuevo programa nace también con la vocación de contribuir a alcanzar los objetivos de salud infantil relacionados con la nutrición, fijados en el Plan Estratégico de Nutrición Saharai (mayo 2009), elaborado a partir de un taller llevado a cabo en los campos de refugiados saharauis en octubre de 2008 en el que participaron actores internacionales multilaterales, organizaciones no gubernamentales y profesionales sanitarios saharauis.

Siguiendo las directrices marcadas por la Mesa de Concertación y Coordinación en Salud y gracias al trabajo conjunto de todas las organizaciones que trabajan en el campo de la nutrición y de la salud infantil en los campamentos y del personal que trabaja para el Ministerio de Salud Saharai, sale a la luz esta guía que pretende integrar los diferentes protocolos de actuación en un único Programa Integral de Salud Infantil Saharai.

figura 1. Contenidos de programa integral de salud infantil saharai







## ANEXO 11

### Programas de Salud en Vigor

- 1) Educación y promoción de salud
- 2) Control de factores medioambientales (agua, residuos, animales )
- 3) Atención primaria
  - Materno-Infantil
  - Pisis
  - Vacunación, incluyendo el programa de erradicación de polio de la OMS y de tracoma
  - Control epidemiológico
  - Formación y reciclaje continuo para personal sanitario
  - Salud escolar
  - Patologías crónicas: control y seguimiento
  - Despistaje, Control y seguimiento de patologías de transmisión sexual.
  - Lucha contra la anemia y desnutrición
  - Veterinaria: convivencia sana y útil con los animales.
  - Lucha y control de patologías endémicas (tracoma, tuberculosis, hepatitis B y meningitis)
  - Lucha contra la expansión del VIH-sida
  - Salud bucodental
- 4) Atención especializada:
  - Asistencia autóctona
  - Comisiones medicas de cooperación e intervención humanitaria
  - Evacuaciones: con destino Argelia, Autonomías españolas e Italia. Casas de enfermos



## ANEXO 12

### Estrategia Nutricional Saharaui

#### Prólogo

Durante los últimos años, muchas encuestas e investigaciones han evidenciado la difícil situación nutricional por la que atraviesan los refugiados saharauis. Tanto las organizaciones de las Naciones Unidas (ONU) como otras organizaciones no gubernamentales (ONG) sugirieron diversas medidas, pero, desafortunadamente, se ha hecho muy poco hasta el momento. Cuando las organizaciones quisieron documentar una vez más nuestra complicada situación, los que conformamos el Ministerio de Salud saharauí accedimos a ello, a condición de que se diseñara una estrategia de nutrición para nuestro pueblo. En vista de la última encuesta de nutrición, la que arrojó los peores resultados en nuestra historia, se organizó un taller para confeccionar la estrategia. En el plazo de 5 días, participaron entre 50 y 70 personas, y los grupos de trabajo estuvieron integrados por personas de diferentes organizaciones de la ONU, las ONGs y el personal de salud saharauí de todos los campamentos y dairas. Los principales temas tratados fueron los siguientes: debate sobre los problemas de nutrición y sus desafíos; síntomas y signos; agrupación de éstos según las causas básicas, subyacentes e inmediatas de los problemas nutricionales; creación de objetivos para afrontar los problemas especificados en los grupos de trabajo; identificación de los indicadores de cada objetivo; solución de problemas teniendo en cuenta las prioridades; y sugerencias de estrategias y actividades, que incluyan las responsabilidades y los márgenes de tiempo. Todos los grupos de trabajo aportaron sus ideas con entusiasmo en cada uno de los temas y la Estrategia de nutrición para el pueblo saharauí es el fruto de ese trabajo.

El Ministerio de Salud saharauí agradece todas las participaciones, así como a la Universidad de Akershus (UA), a la Ayuda de la Iglesia Noruega (AIN/NCA), a los diversos organismos de la ONU, a las ONG y a todos aquellos que intervinieron en los debates y contribuyeron al resultado del taller.

Este documento constituye el esquema para una estrategia de nutrición, y cómo tal está enfocado a comida y nutrición y sólo brevemente a cuestiones relacionadas como salud, higiene y salubridad que el Gobierno de la República Saharaui ha desarrollado para su uso. Es una herramienta que le sirve al Gobierno para trabajar sistemáticamente y, de este modo, alcanzar los desafíos nutricionales que afronta el pueblo saharauí que habita en el área de Argelia. Agradecemos el apoyo que recibimos de las comunidades internacionales a través de la ONU y las ONGs internacionales. De todas maneras, somos los principales responsables de nuestro pueblo y procederemos conforme al derecho internacional. No obstante, la realización de esta estrategia depende de las contribuciones y ayudas de las organizaciones para mejorar la alimentación de los ciudadanos Saharauis de los campamentos. Valoramos toda la ayuda que recibimos y que seguiremos recibiendo en el futuro, algo que es esencial para alcanzar las metas y los objetivos de esta estrategia.

**Chahid Hafed**, mayo de 2009

**Sidahmed Tayeb**, Ministro de Salud



## ANEXO 13

### Planificación de la ubicación de los estudios complementarios para diagnóstico médico

#### Nivel A (unidad básica de salud)

- Clorometría
- Signos vitales
- Detección y control del embarazo.
- Glicemia
- Test de orina
- Desarrollo ponderal del niño.

#### Nivel B

Ademas del nivel A se hace lo siguiente:

- Analisis de rutina.
- Hemograma completo.
- Velocidad sedimentación globular (eritrosedimentacion).
- Glicemia.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
  - Hepatitis A, B y C.
  - Parcial citoquimico de orina.
  - Parasitología de heces.
  - baciloscopia directa.

Radiología:

- Estudios no contrastados.
- Ecografía gineco-obstetrica y abdominal.
- Electrocardiograma.

Oftalmología: Servicio básico.

Estomatología: Servicio básico y protesis.

Fisioterapia: ejercicios basicos.

#### Nivel C:

Ademas del nivel B se hace lo siguiente:

- Bioquímica.
- Serología.
- Analisis bacteriológico.
- Antibiograma.



	Nivel A	Nivel B	Nivel C
Dispensarios x 30	Si		
Hospitales regionales x 7		Si	
Hospitales nacionales x 2			Si

**Observación:**

Exponemos 30 dispensarios incluyendo los 4 de los territorios liberados y 7 hospitales regionales incluyendo los 2 hospitales de los territorios liberados (Tifariti y Aguainit).

El tema de los territorios liberados para el ministerio de salud publica ya es una responsabilidad real en vista de la cantidad de habitantes que hay ya asentados allí y tenemos que asumirla y sobre todo en base a que en su periferia no existe ningún centro de atención sanitaria, por la limitación al oeste; el muro del ejercito invasor marroquí y al este y sur, el gran desierto mauritano y la franja de los territorios liberados es muy amplia: de 1330km de largo por 65 km de ancho (la media), de ahí el imperativo ineludible de que debe haber una estructura sanitaria escalonada para cubrir la necesidad sanitaria y control epidemiológico y esa es nuestra responsabilidad.



## ANEXO 14

### Parque móvil del Ministerio de Salud.

### Detalle de las necesidades

Necesidades por el volumen de actividades

	Ambulancias	Transporte ligero para los servicios generales	Transporte pesado para los servicios generales
Wilayas (4)	8	8	
Hospitales nacionales (2)	4	4	2
Hospitales (TB, Psiquiátrico y 27 de febrero)	3	1	
Ministerio (MSP) y escuelas enfermería Y veterinaria	1	14	4
Territorios liberados	7		
<b>Total:</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>6</b>
<b>Disponible:</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>2</b>

**Nota:**

**Necesidad de:**

- Una unidad móvil para estomatología.
- Unidad móvil para la vacunación (autónoma).
- Unidad móvil para fumigación del medio ambiental.
- Cisterna para el vaciado de las aguas residuales y desatasco.



## ANEXO 15

### Plantilla del personal de Salud y de Higiene

#### 1-Los campamentos

- 6 dispensarios.
- 5 Hospitales regionales.
- 2 hospitales nacionales.

	Auxiliar de enfermería	Enfermeros	Matronas	Servicios generales	Departamentos técnicos	Gestores y médicos	Totales
Dispensarios x 26	13x26	1x26	2x26	2x26			468
*Hospitales regionales x5	8x5	12x5	6x5	33x5	22x5	8x5	445
Hospital nacional	8	28	6	40	31	22	105
Hospital bol-la	5	13		23	14	7	62
Centros especiales y escuelas x4	3x4	1x4		5x4		1x4	40
**Ministerio (MSP)				111		36	147
<b>Total:</b>	<b>403</b>	<b>131</b>	<b>88</b>	<b>411</b>	<b>155</b>	<b>109</b>	<b>1297</b>

\* Incluye la plantillas de la dirección regional de la salud (65).

\*\* Incluye personal de la escuela de enfermería, veterinaria, la casa de Tamantafust y el laboratorio de producción (51 personas).

Pero no incluimos los siguientes casos:

- Matronas tradicionales 108.
- Casos sociales 92



**1-Territorios liberados**

- 4 dispensarios.
- 2 Hospitales regionales.

	Auxiliar de enfermería	Enfermeros	Comadronas	Servicios	Totales
Dispensarios x 4	6x4	1x4	1x4	2x4	40
Hospitales regionales x2	8x2	2x2	1x2	4x2	30
<b>Total:</b>	<b>40</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>70</b>



## ANEXO 16

### Datos epidemiológicos y estadísticos publicados

#### Estructura y organigrama del Ministerio de Salud Pública de la RASD

La estructura del Sistema Sanitario Saharaui consiste en:

- Nivel local: Unidad básica de salud o dispensario por daira(26) mas 4 en territorios liberados.
- Nivel regional: Existen hospitales en cada una de las cuatro wilayas y el 27 de febrero, mas 2 en Territorios Liberados.
- Nivel central: Centros especializados ( 2 ) y hospitales nacionales ( 2 ) que constituyen la referencia de segundo orden del sistema de salud.
- El Ministerio de Salud representa la cima de la pirámide sanitaria. Está compuesto de las direcciones centrales siguientes:
  - Despacho del ministro.
  - Secretaria general.
    - Departamento de personal.
    - Departamento de cooperación.
    - Departamento de inspección y control.
    - Departamento de logística y servicios.
    - Departamento de secretaria y archivo.
  - Dirección central de asistencia medica.
    - Departamento de programacion medica y salud escolar.
    - Departamento de enfermería.
    - Departamento de investigacion cientifica y estadística médica.
    - Departamento de enfermedades cronicas.
    - Departamento celiaquia.
    - Departamento estomatologia.
    - Departamento oftalmologia.
  - Dirección central de prevención.
    - Departamento materno infantil
    - Departamento vacunacion.
    - Departamento de educación y sencibilizacion para la salud.
    - Departamento de Higiene y epidemiología.
  - Dirección central de medicamentos y equipamiento sanitario.
    - Departamento de medicamentos.
    - Departamento de equipamiento medico.





- Departamento de laboratorio de producción de medicamentos.
- Departamentos auxiliares (laboratorio, Rayos X, estomatología, oftalmología)
- Dirección central de veterinaria.
  - Departamento de censo animal.
  - Departamento de asistencia sanitaria animal.
  - Departamento de laboratorio y medicamentos.
- Hospital nacional.
  - Unidad quirúrgica.
  - Servicio de medicina interna.
  - Servicio de ginecología.
  - Servicio de pediatría.
  - Servicio de urgencias.
  - Departamento de farmacia y equipamiento médico.
  - Departamento de logística.
  - Departamento de admisión y archivo.

## NOTA:

Las clínicas de oftalmología y estomatología, gozan de prerrogativas especiales debido a la importancia y el volumen de trabajo que realizan.

**Capacidad de hospitalización a nivel del sistema.**

	Capacidad en camas x hospital	Total de camas
Hospitales regionales X4	50	200
Hospital nacional	150	150
Hospital Bol-la	135	135
Hospital 27 de febrero	20	20
Hospital Psiquiátrico	30	30
Hospital TB	24	24
Hospital Tifariti TL	50	50
Hospital Aguinait TL	35	35
<b>Total:</b>		<b>644</b>



## Indicadores

Patologías de mayor incidencia o de mayor coste al servicio, según registro de los hospitales en el año 2009.

Patologías	Cantidad
ERA	17272
EDA	15381
Asma	930
Anemia	11426
Desnutricion	1320
Diabetes	1832
Hipertension Arterial	2375
Infecciones renales	1675
Enfermedades infectocontagiosas	300

Natalidad 2,4%.

Mortalidad infantil 6,1%.

En estos 5 últimos años se registra un alza de enfermedades malignas e insuficiencia renal y desgraciadamente el diagnóstico siempre es tardío y de pronóstico irreversible.



## ANEXO 17

### Informe del estado de las estructuras sanitarias

- Dispensarios: 07 necesitan de construcción total ( 4 en Aaiun, 1 en Smara y 2 en Dahla).
- Hospitales regionales:
  1. Aaiun: rehabilitar área oeste (25-30%).
  2. Auserd: Rehabilitar área hospitalización sur (20%).
  3. Smara: construcción de áreas accesorias (residencia trabajadores 15%).
  4. Dajla: rehabilitar (35%)
  5. 27 febrero: rehabilitar área norte (10-15%).
  6. 12 de octubre. En construcción actualmente.
- Centros especializados:
  - Psiquiátrico: construcción total.
  - Centro de tuberculosis: recién construido.
  - Centro de aislamiento: mantenimiento y rehabilitaron 5%.
- Territorios liberados:
  - Construcción: Unidad básica de salud o dispensario: 2:: (Buer Tiguisit, Meyek).

Hospitales regionales:

  - Tifariti: mantenimiento ( 2%).
  - Aguainit: mantenimiento (2%).
- Hospital Nacional:
 

Construcción:

  - Consulta externa de optometría.
  - Unidad de rehabilitación y fisioterapia.
  - Recinto exterior del Hospital Nacional.
  - Lavandería.
  - Desalinizadora del agua.
  - Estabilizadores de corriente central y para los servicios.

Rehabilitación:

  - Canalización del agua y del agua residual.
- Hospital Bol-la:
  - Construcción: área servicios generales (cocina, almacén, administración).
  - Rehabilitación residencia de trabajadores.
  - Rehabilitación de canalización de agua.
- Ministerio de salud.
  - Construcción unidad de cadena de frigo central de vacuna.
  - Ampliación del taller mecánico.
  - Rehabilitación de 4 oficinas.



## ANEXO 18

### Guía Terapéutica. Listado Nacional de Medicamentos

#### Introducción

La guía de atención primaria tiene por objetivos dotar al profesional de un instrumento eficaz y acercar la sanidad al ciudadano.

El pueblo saharauí atraviesa una etapa tan difícil como apasionante en su vida: el nacimiento de un estado, su estado la República Árabe Saharaui Democrática. Como un recién llegado a este mundo, estamos dando nuestros primeros pasos en la creación y consolidación institucional de nuestro país en los dominios político, social, militar, económico y diplomático.

En el dominio social, la salud es uno de los sectores fundamentales del desarrollo humano, económico y social.

A lo largo de estos últimos 25 años, hemos pasado por diferentes y difíciles fases que hemos afrontado en el dominio de la salud, sin experiencia, con personal poco preparado sin apenas medios para enfrentarnos a enfermedades derivadas de un medio ambiente hostil, con una alimentación deficiente y unas condiciones marcadas por la situación de guerra.

Sin embargo, de este desastre hemos sacado fuerzas y hoy tenemos un sistema de salud forjado en la lucha, un personal mejor preparado y un tejido de solidaridad que nos apoya. Por eso hoy estamos en situación de fijarnos otras metas más ambiciosas a fin de mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, mejorar la coordinación y mejorar los resultados. En este contexto entra la guía de atención primaria y la lista nacional de medicamentos. Estos instrumentos representan un logro de un alcance histórico y estratégico que sirve hoy como arma a los profesionales de salud: médicos y enfermeros para poder realizar plenamente su noble tarea y mañana serán los cimientos del perfeccionamiento de la salud del Estado Saharaui soberano.

La guía terapéutica de asistencia primaria:

- Refuerza si cabe la responsabilidad y la confianza de los actores de salud.
- Dota de conocimientos y de información uniformada a todos los médicos y enfermeros saharauis en su acción diaria.
- Unifica la metodología, dando una lógica gradual de tratamiento a las enfermedades más frecuentes a nivel de la asistencia primaria.
- Pero también persigue buscar el tratamiento más eficaz y económico, acorde a la situación que atravesamos en esta fase de guerra.
- Acerca la sanidad al ciudadano, haciéndola la más transparente, más popular.
- Además pone unos límites al tratamiento en la asistencia primaria, indicando en cada caso cuando el enfermo debe ser remitido a un hospital o centro especializado.

Por último, quiero subrayar que esta excelente labor no hubiera sido posible sin la labor excelente del equipo de Médico Internacional que colabora con los saharauis en temas de salud pública, de la coordinadora sanitaria y del equipo de médicos vascos del proyecto de Auserd, y de la preciosa contribución de los doctores que trabajan en el Hospital Central y en los Hospitales Regionales.

A todos ellos va mi agradecimiento en nombre del gobierno saharauí y del mío propio, por esta gran labor que han hecho y que sin duda será un excelente útil para los profesionales de salud de la República Árabe Saharaui Democrática.

**Omar Mansur**, Miembro del Secretariado Nacional, Ministro de Salud Pública



## **ANEXO 19**

### **Manual para la gestión de los fármacos**

#### **INDICE**

##### **DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS**

1. ORGANIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA
2. LA DECISIÓN TERAPEUTICA
3. DISTRIBUCIÓN AL PACIENTE

##### **EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO**

1. ACTIVIDADES DIARIAS
2. INVENTARIOS
3. CLASIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS
4. CONTROL Y SUPERVISIÓN 9

##### **ALMACENAMIENTO, PETICIÓN Y CONTROL DEL STOCK**

1. FICHAS DE ALMACÉN
2. IMPORTANCIA DE LOS PEDIDOS DE MEDICAMENTOS
3. DETERMINACIÓN DEL INDICADOR DE PEDIDOS
4. DETERMINACIÓN DE LA CANTIDAD A PEDIR
5. REALIZACIÓN CORRECTA DEL PEDIDO
6. RECEPCIÓN DE LOS PEDIDOS
7. DEVOLUCIÓN INTERNA DE LOS MEDICAMENTOS

##### **AL ALMACÉN CENTRAL (IDM)**

8. LA CADENA DE REFRIGERACIÓN
9. EL ALMACENAMIENTO DE NARCÓTICOS
10. MEDIDAS DE SEGURIDAD
11. ROBO EN SU ALMACÉN







OFICINA DE COORDINACIÓN  
SANITARIA SAHARAUI

[www.saharasalud.org](http://www.saharasalud.org)  
[ocss@saharasalud.org](mailto:ocss@saharasalud.org)



**Mundubat**  
[www.mundubat.org](http://www.mundubat.org)

