



## VI JORNADAS DE LAS CASAS DE ACOGIDA DE ENFERMOS SAHARAUIS EN ESPAÑA El Campello - Alicante

Convoca:

**Ministerio de Salud Pública de la RASD,**  
y la Comisión de Evacuación de enfermos saharauis,  
perteneciente al Ministerio de Salud, con sede en:

C/ Independencia, 47

46340 Requena - Valencia

Teléfono y fax: +34 962303450

Móvil España y Argelia: + 34 665287208 / +213 663631470

Móvil en Rabuni: + 213 669703263

Móvil en Argel: +213 661551318

e-mail: [meheris07@gmail.com](mailto:meheris07@gmail.com) / [deae.msp@adminrasd.org](mailto:deae.msp@adminrasd.org)



Fechas de las VI Jornadas: 30, 31 de mayo y 1 de junio de 2008

Lugar de las V Jornadas: Colegio Residencia Salesianos

C/ Bernat Metge, 8

El Campello - Alicante



**En representación del Ministerio de Salud Pública de la RASD asistieron a las V jornadas:**

- Excmo. Sr. Don Sidahmed Tayeb, Ministro de Salud Pública de la RASD.
- Sr. Don Hasena Emhamed, Coordinador Sanitario en España
- Sr. Don Mohamed El Mamun Ahmed, Delegado del Frente Polisario en Valencia
- Sra. Doña Fatma Sidi Nafa, Delegación Saharawi en la Comunidad Valenciana (Oficina de Alicante)
- Sr. Don Brahim Salem El-Lu, Director del Departamento de Evacuación del Ministerio de Salud Pública
- Sr. Don Alien Abdellahi, Director de Proyectos de Cooperación del Ministerio de Salud Pública
- Sr. Don Sulman Taki, representante del Ministerio de Salud Pública de la RASD en Argel
- Sr. Don Ahmed Mamuni Taghi, Director de la Casa de Enfermos de Tementafus
- Sr. Don Pep Bibiloni, Responsable del programa del “Niño Sano” en Baleares
- Sr. Don Carlos Valletbo, Responsable del soporte informático de la Comisión de Evacuación
- Sra. Doña Sonia Belda, Responsable médica de la Comisión de Evacuación
- Sra. Doña María José Rosselló, Coordinadora de la Comisión de Evacuación

**En representación de las diferentes instituciones públicas y privadas de Alicante asistieron:**

- Sra. Doña Luisa Pastor Lillo (Diputación de Alicante)
- Sra. Doña Carolina Martínez (Dirección General de Familia)
- Sra. Doña Asunción Sánchez Zaplana (Muy Ilustre Ayuntamiento de Alicante)
- Sr. Don Conrado Moya Mira (Dirección Territorial de Bienestar Social de Alicante)
- Sr. Don Juan Antonio Iniesta (Grupo Santa Ana)

Asisten a las V Jornadas de las casas de acogida de enfermos saharauis las que se enumeran a continuación:

**Casas de Enfermos:**

1. Casa de Alicante (Doña Ildes García, Don Miguel González, Don Raúl González)
2. Casa de Asturias (Doña Ana Palacio, Doña Margarita Gutiérrez , Don Mahmud Mohamed)
3. Casa de Baracaldo (Don Miguel Fernández, Don Carlos Araco)
4. Casa de Crevillent (Don Alonso, Doña Juana)
5. Casa de Ermua (Doña M<sup>a</sup> Rosario Arrizabalaga , Doña Antonia García , Doña Jadiyah Sah, Don Miguel Ángel Ramos)
6. Casa de Getafe (Don Luís Muela, Don Mamuni Siyid )
7. Casa de Granada (Don Diego Fernández, Don Gonzalo Herrera)
8. Casa de Granollers (Doña Encarna Martínez, Doña Araceli Martínez)
9. Casa de Mislata (Don Eduardo Tebar, Don Ramiro Montoya, Doña Mari Luz Expósito)
10. Casa de Oliva (Doña Isabel Mancebo, Doña Mabel Llorca)
11. Casa de Requena (Doña Beatriz Barbero)
12. Casa de Sabadell (Doña Carmen Aris, Doña Dolors Molers, Don Abdelahi Chej)
13. Casa de Valdepeñas (Don Juan Manuel del Rey, Doña Marina Cerros)



## CONCLUSIONES

### VI Jornadas de las Casas de Acogida de Enfermos Saharauis

Las Jornadas de este año se han realizado en grupos de trabajo, estando representadas tanto por parte de los gestores de las casas de acogida como por parte del personal designado por el Ministerio de Salud Pública para optimizar el trabajo; se crearon los siguientes grupos:

- Grupo de casas de enfermos de adultos (anexo 1)
- Grupo de casas de enfermos de niños (anexo 2)
- Grupo mixto de unificación de normas (anexos 3 y 4)

Por parte de la casa de Granada, el Dr. Diego Fernández hizo una exposición para que se reflexione y se den opiniones al respecto durante este año o en las siguientes jornadas (Anexo 5).

Por parte de la casa de Alicante, el Dr. Raúl González hizo una exposición sobre distintos aspectos referentes a pediatría incidiendo especialmente en la falta de coherencia entre la selección efectuada en los campamentos y la recepción pacientes de dicha selección (Anexo 6)

Por parte del Ministerio de Salud Pública, intervención a cargo del Dr. Pep Bibiloni en la que se realiza una exposición de cómo está hoy en día el organigrama del Ministerio de Salud Pública, quedando reflejados en la misma la situación profesional, administrativa y de recursos en referencia a la salud en los Campamentos de Refugiados Saharauis

#### RESUMEN DE LA 1ª JORNADA

Toda la información hace referencia al período comprendido entre las jornadas de Granada 2007 y las actuales de Alicante 2008.

#### **BALANCE PERIODO -de Mayo de 2007 a Junio de 2008 - Ministerio de Salud Pública de la RASD**

Casos evacuados: **125**

Inicio de los trámites de obtención de pasaportes:

- **56 adultos**
- **23 madres con niños**
- **12 niños**

Inicio de los trámites de obtención de visados colectivos de niños: **7**

#### Mejoras consolidadas

- La mayoría de pacientes dispones de los originales de sus informes médicos, ya que cada vez ha habido más acceso a poder efectuar fotocopias.
- Se ha actualizado la base de datos de evacuación, mejorando su funcionalidad y calidad de datos.

#### Mejoras pendientes

- Actualización de informes médicos ya existentes, ya que debido al tiempo transcurrido entre su elaboración y la obtención del pasaporte, el informe puede haber quedado obsoleto.
- Disociar (separar) el concepto EVACUACION del concepto PASAPORTE (salida a España).



- Evacuación puede significar salida de los campamentos hacia Tindouf o Argel, pero no necesariamente a España.

## **PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LAS CASAS**

### **ASTURIAS**

- Durante el tránsito de pacientes acogidos desde Madrid hasta Asturias se encuentran que no hay nadie para recogerlos en el aeropuerto de Madrid. Actualmente la casa de Getafe ayuda a paliar este problema.
- La comunicación con el Ministerio de Salud Pública es fluida a través del Departamento de Evacuación.

### **ALICANTE**

- Ausencia de patología en pacientes evacuados (de cuatro, dos no son enfermos).
- Estancia media de 280 días.

### **BARAKALDO**

- La casa ha estado cerrada durante este período. Existe compromiso del ayuntamiento de abrirla de nuevo.
- La relación de coordinación con el Departamento de Evacuación es muy buena.
- Se mencionan problemas con los acompañantes.

### **GETAFE**

- Este año no ha habido pacientes no enfermos.
- Diagnósticos no exactos.
- Es importante sensibilizar a los pacientes evacuados de la realidad de las casas y de sus normas.

### **GRANADA**

- Ausencia de monitora.

### **GRANOLLERS**

- Los informes médicos no son exactos

### **MISLATA**

- Nada a señalar

### **GANDIA**

- Falta de niños.



REQUENA

- Nada a señalar

SABADELL

- Listas de espera en los centros de salud en los hospitales locales son muy largas.

VALDEPEÑAS

- En la casa viven la monitora, su marido e hijo(s).

Se firma la presente por parte del Ministerio de Salud Pública de la R.A.S.D., en Chaid Lhafed a treinta y uno de diciembre de dos mil ocho

Sidahmed Tayeb  
Ministro de Salud Pública de la RASD



1º anexo

**Intervenciones de los gestores de las casas de enfermos de adultos**

**Asturias:**

- Buscar una solución entre la llegada del enfermo a España y la ubicación por medio de un acompañante.

**Baracaldo:**

- pacientes que se “eternizan” en las casas debido a patologías que no han sido la causa de su evacuación.
- Desde la comisión de evacuación se debería de mirar la patología según el clima de cada comunidad.
- Los enfermos no regresan a los Campamentos una vez que tienen el alta médica

**Granada:**

- el informe de evacuación que se realiza por la comisión médica de Granada y que se queda en la Dirección de Asistencia Médica no tiene movilidad. ¿Cuál es la priorización de la patología?
- El rendimiento de la casa no es tanto en el número de camas disponibles sino en la efectividad del proceso de curación.
- Monitores y problemas burocráticos para los tramites de contrato en España
- Presentarán un protocolo de prioridad de patología

**Sabadell:**

- Se encuentran con listas de espera para tratamiento en los hospitales cada vez más largas
- Los casos crónicos entorpecen la eficacia de las plazas
- ¿Cómo tratar las enfermedades añadidas?
  - o Soluciones a las patologías
  - o Tratar solo la enfermedad por la que fueron evacuados
- clarificar y normalizar la situación de los enfermos que no vienen enviados por la comisión de evacuación

**Requena:**

- nada a señalar

**Soluciones planteadas por el Ministerio de Salud Pública de la RASD**

1. Hasta que un miembro del equipo de la Cruz Roja de Asturias pueda hacerse cargo de estos traslados, se sugiere que se continúe recurriendo al monitor de la Casa de la Cruz Roja de Getafe. Agradeciendo de antemano la aportación planteada por ellos
2. Si el paciente mientras dure la patología por la que fue evacuado tiene algún problema medico añadido se debería intentar solucionar.  
Se intentara en la medida de nuestras posibilidades dar salida a las patologías de este modo, teniendo presente que nos debemos a las vacantes.  
El Ministerio de Salud Pública tiene como prioridad la evacuación de patologías, el compromiso de que el enfermo salga de la casa una vez obtenga el alta médica. En cuanto al regreso queda fuera de la responsabilidad del ministerio.
3. El informe de evacuación no determina, desgraciadamente, la salida del enfermo, ya que esté depende de tener o no tener el pasaporte para poder salir. La priorización de la evacuación siempre es por la gravedad de la patología. Desde el Ministerio de Salud Pública se es consciente de este factor a la hora de introducir nuevos casos.
4. El Ministerio de Salud Pública tiene por objetivo en estas Jornadas la coordinación para mejorar el sistema de evacuación de enfermos.



2º anexo

**Intervención de los gestores de las casas de enfermos de niñ@s**

1. Autorización para intervención quirúrgica, tratamientos o pruebas complementarias específicas
  - 1.1. Existen diferencias entre las casas, Ermua, por ejemplo firman ellos las autorizaciones ya que cuentan con la autorización paterna que viene siempre en el dossier de los niñ@s.
  - 1.2. Granollers tiene más dificultad y plantea que también se adjunte autorización desde el Ministerio de Salud Pública.
2. Acompañante de los niños menores de cinco años
  - 2.1. Ermua plantea que cuando un niñ@ tenga que salir con acompañante por figurar en el pasaporte del mismo, debería existir un compromiso por escrito de que el acompañante no debe permanecer en la casa y que su papel ha sido acompañar en el viaje al menor
  - 2.2. Alicante y Gandía acogen madres acompañantes ya que acogen niñ@s menores de cinco años.
3. Evacuaciones sin criterio
  - 3.1. Alicante plantea el problema de casos sin criterio de evacuación
4. Edad de los niños que no corresponden con la realidad
  - 4.1. Alicante comenta que en más de una ocasión llegan “ni@s” que en realidad tienen 19-20 años
5. Reconsultas
  - 5.1. Ermua plantea la posibilidad de que los niñ@s salgan en Vacaciones en Paz para poder realizar las re-consultas que no se puedan llevar a cabo en los Campamentos ni en Argel
  - 5.2. Granollers propone si se podrían aprovechar los vuelos de estudiantes que van a los campamentos a visitar a sus familias
  - 5.3. Para las reconsultas que se puedan hacer en los campamentos se sugiere que desde las casas se envíe al Ministerio de Salud Pública relación de casos que deberían ser revisados por comisión de especialidad, Hospital Nacional o Argel
6. Estancias de pacientes, largas y complicadas
  - 6.1. Mislata sugiere la necesidad de que en estos casos pueda venir un familiar que acompañe largas estancias complicadas en el hospital
7. Figura del Delegado
  - 7.1. Valdepeñas comenta que desearían mayor presencia del Delegado

**Soluciones planteadas por el Ministerio de Salud Pública de la RASD**

1. Respecto a la intervención quirúrgica y tratamiento se hará un modelo de autorización unificado, donde figure tanto el consentimiento familiar como del Ministerio de Salud Pública.
2. Respecto a la figura acompañante, requiere una valoración individual de cada caso.
3. No hay evacuaciones sin criterio.



4. Problema de la edad que no se corresponde con la realidad, en la medida de las posibilidades se tratará de verificar este dato.
5.
  - 5.1. La salida de los niños a través de Vacaciones en Paz para reconsultas, será un tema que se estudiará
  - 5.2. ídem
  - 5.3. Compromiso de reforzar el seguimiento en los campamentos de los casos tratados e intervenidos en España.
6. Valoración individual de casos donde se busca una mejora de calidad de vida ante una imposibilidad de curación, como por ejemplo, las parálisis cerebrales infantil
7. En cuanto a la relación del delegado de la Comunidad con la casa de enfermos cada una de las asociaciones puede poner en conocimiento de la Delegación Saharaui sus inquietudes, teniendo en cuenta que las decisiones son competencia del Ministerio de Salud Pública y no de la Delegación.



3º anexo

## NORMAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LAS CASAS DE ACOGIDA DE ENFERMOS EN ESPAÑA

### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA R.A.S.D.

#### INTRODUCCIÓN

Las casas de acogida de enfermos saharauis en España son el único recurso disponible para facilitar la asistencia sanitaria de tercer nivel en problemas de salud complejos, tanto en lo referente a su diagnóstico como a su tratamiento.

De ahí la importancia y necesidad de establecer unas normas generales básicas en ellas que impliquen a todas las personas relacionadas en su funcionamiento y garanticen la adecuada atención de los enfermos.

Por todo ello, y dada la importancia de esta honrosa y humanitaria tarea, se proponen las siguientes:

#### NORMAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO

- 1.- Las Casas de Acogida de Enfermos Saharauis deben limitarse a acoger únicamente a enfermos que hayan sido seleccionados y designados por la Comisión de Evacuación del Ministerio.
- 2.- Las Casas de Acogida de Enfermos deberán coordinarse con el Ministerio de Salud Pública a través de su representante en Argel, y en España a través de la Coordinadora de la Comisión de Evacuación; para ello se deberá informar, según la plantilla elaborada del “Estado Actual de la Casa,” por correo electrónico a la Dirección de Evacuación: [deae.msp@adminrasd.org](mailto:deae.msp@adminrasd.org), con carácter mensual.
- 3.- Con objeto de utilizar los recursos disponibles lo más eficientemente posible, las plazas de las Casas de Acogida han de estar ocupadas, a ser posible, en su totalidad. También para disponer de información actualizada que permita una adecuada gestión de las plazas disponibles, es imprescindible que estas comuniquen las altas médicas de los pacientes de manera inmediata, contactando para ello con la Comisión de Evacuación en el correo facilitado anteriormente, para comenzar los trámites de los siguientes pacientes que estén en lista de espera.
- 4.- Los monitores de las Casas de Acogida serán designados por el Ministerio de Salud Pública. Todos los cambios que se produzcan en estas designaciones deben ser autorizados por el Ministerio. Para ello, las propuestas de modificación deben ser dirigidas al Ministerio mediante un escrito en el que se expliquen las razones que motivan los cambios propuestos. Los escritos deberán dirigirse a la Comisión de Evacuación a la dirección de correo facilitada.
- 5.- Los monitores de las Casas de Acogida serán responsables de la coordinación de:
  - Regular el régimen de visitas
  - Comidas
  - Higiene
  - Reparto de tareas entre los pacientes que puedan colaborar.
  - Acompañar a los pacientes a los servicios médicos y servir de traductores si es preciso.
  - Visitar regularmente a los pacientes ingresados atendiendo a sus necesidades de comunicación con los servicios médicos.
  - Velar por la correcta administración de la medicación a los enfermos
- 6.- En el caso de que un paciente fallezca en España será la propia Asociación la que se encargará de la tramitación y repatriación a Tindouf.
- 7.- Los pacientes seleccionados que llegan a las Casas de Acogida deberán permanecer en ellas hasta su Alta Médica, salvo aquellos casos en los que se indique una reconsulta. En este último caso se les puede pedir que abandonen la casa hasta unos días antes de la fecha de la reconsulta; esto se aplicará en reconsultas superiores a tres meses.
- 8.- Los pacientes deberán tener cubiertas las siguientes necesidades:
  - Asistencia Sanitaria.



Billete de Ida y Vuelta.  
Manutención.  
Alojamiento.  
Dinero de bolsillo, si es posible.  
Escolarización (para niños y adultos con interés)

- 9.- Los pacientes adultos, una vez que tengan el Alta Médica, deberán salir de la Casa de Acogida para dejar sitio a otros pacientes, en un plazo inferior a 15 días tras el alta.
- 10.- En el caso de los niños, no se permitirá que se queden con familias de acogida o con sus familias biológicas salvo aquellas excepciones que sean previamente valoradas y aprobadas por el Ministerio de Salud Pública
- 11.- Las Casas de Acogida deben atender a pacientes con patologías agudas. Para la atención de las enfermedades de larga duración se procurará, en la medida de lo posible, encontrar otros medios asistenciales.
- 12.- En los casos de niños menores de 5 años y en aquellos en los que los pacientes sufran complicaciones que les impidan valerse por sí mismos se valorará la posibilidad de permitir la presencia de un familiar que cuide de ellos. En estos casos deberá haber una autorización expresa de la Comisión de Evacuación.
- 13.- Los gestores de las Casas de Acogida deberán acudir periódica y regularmente a las mismas para una adecuada coordinación y puesta en común entre las partes implicadas.

## **COMPROMISOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA RASD HACIA LAS CASAS DE ACOGIDA DE ENFERMOS.**

1. Enviar informes médicos de los pacientes.
2. Enviar los pacientes a las Casas de Acogida lo más rápidamente posible.
3. Gestión de la salida de los pacientes desde Tindouf hasta España.
4. Dar a conocer a los pacientes las normas de funcionamiento de las Casas de Enfermos.
5. Coordinación con las casas.
6. Tramitación de pasaportes y visados.
7. No remitir pacientes a los que no se pueda ofrecer solución.
8. Seleccionar a los pacientes por medio de las comisiones médicas extranjeras, especialistas saharauis y especialistas argelinos.
9. Coordinación con la Embajada de España para la realización de gestiones burocráticas.
10. El monitor es responsable de la casa de acogida en cuanto a:
  - a. Visitas
  - b. Comida
  - c. Higiene
  - d. Acompañar a los pacientes y traducir ante los médicos
  - e. Acompañar a los pacientes ingresados
  - f. Administración y control de la medicación de los pacientes
  - g. Reparto de tareas a los pacientes que puedan colaborar
  - h. Hacer respetar los horarios de visitas establecidos



4º anexo

## ACUERDO MARCO SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LAS CASAS DE ENFERMOS

### CONSIDERACIONES PREVIAS

1. La Asociación (XXX) que gestiona esta casa de enfermos/as, le da la bienvenida y le desea una rápida recuperación, que le permita regresar rápidamente con su familia, lo antes posible. La casa y todas sus instalaciones están a su disposición, para hacerle la estancia lo más agradable posible. Utilícelas según sus necesidades, cuidando de su mantenimiento y conservación.
2. La convivencia entre los residentes requiere el establecimiento de unas normas que faciliten la buena organización de la casa. Para que tenga pleno conocimiento de las mismas y las cumpla, se le ha entregado este ejemplar.
3. El monitor/a saharauí será el enlace entre los residentes y el equipo responsable de la asociación/entidad, igualmente será el responsable de mantener el orden y la organización de la casa. Además le acompañará en sus citas médicas así como hará las funciones de traductor/a, el seguimiento de la evolución de su enfermedad y el contacto con el Hospital para pedir sus consultas posteriores. Acuda a el/ella para cualquier consulta.

### COMPROMISOS DE LOS RESIDENTES

4. Es necesaria su colaboración, en la medida en que su salud se lo permita, en los turnos de trabajo organizados en la casa: cocina, limpieza general, y limpieza de las habitaciones. El/la monitor/a encargado/a del trabajo de la casa le asignará el turno que le corresponda.
5. El enfermo/a tendrá la obligación de comunicar sus ausencias de la casa y en caso de que implique pernoctar fuera lo comunicará por escrito en un modelo que se le facilitará. En todos los casos el residente tiene que estar localizable.
6. El residente antes de salir de la casa devolverá al monitor/a la ropa de cama que se le había facilitado a su entrada en el recurso.
7. Es obligación del residente no acudir en ningún caso sólo/a a visitas médicas.
8. La reconsulta prevista para un periodo largo (en relación a la patología de la que se trate) no justifica por sí misma su permanencia en la casa.
9. En el caso de que usted no cumpla las normas establecidas o dificulte la convivencia normal del piso, los responsables de la asociación tomarán las medidas oportunas incluidas si llegase el caso la expulsión del piso aunque no disponga de alta médica. Deseamos sinceramente que no tenga que plantearse nunca esta eventualidad.
10. Cuando usted reciba el alta médica deberá abandonar la casa lo antes posible. No podrá alargar su estancia bajo ningún concepto.



### COMPROMISO DE LA ASOCIACIÓN / ENTIDAD

11. Es obligación de la asociación garantizarle su manutención, alojamiento así como la asistencia sanitaria a la red pública de salud. Así mismo la asociación le financiará el billete de ida y vuelta desde los campamentos a la casa.
12. La asociación tiene el compromiso con usted de facilitarle información de recursos de la ciudad con el fin de que pueda, si así lo quiere usted, realizar actividades culturales, educativas y/o deportivas.
13. Siempre que usted tenga una consulta médica la realizará con el monitor/a y en caso de que no sea factible le facilitaremos un intérprete/acompañante.
14. Cuando tenga que acudir al médico, el monitor/a le indicará el modo de transporte más adecuado. Aunque en algunas de las casas existe un coche al servicio de los residentes, pueden darse circunstancias que aconsejen la utilización del transporte público (proximidad del hospital, incompatibilidades de horarios o destinos, etc.).
15. La asociación le entregará a su llegada un juego de sábanas, una o dos mantas, una toalla grande, una toalla pequeña y una bolsa para la ropa sucia. Todo ello usted lo devolverá cuando abandone la casa.
16. La asociación/entidad le facilitará el transporte cuando usted tenga que realizar visitas médicas.
17. La asociación/entidad se compromete a escuchar las sugerencias realizadas por los residentes para mejorar el funcionamiento de la casa.

### NORMAS DE CONVIVENCIA

18. El/la monitor/a cuando llegue le asignará una habitación, la cama que le corresponde y una parte del armario. Las maletas se guardarán en el lugar destinado para ello.
19. Las dependencias colectivas son de uso común de todos los residentes. Cuando las utilice procure mantenerlas limpias y aseadas.
20. Cada residente hará su cama, limpiará y ventilará la habitación diariamente participando igualmente en los turnos de limpieza de zonas comunes y cocina establecidos por el monitor/a saharauí siempre que su estado de salud se lo permita.
21. No está permitido fumar en la casa
22. . No está permitido comer, ni tomar el té en las habitaciones, salvo que deba guardar cama.
23. Los electrodomésticos televisión incluido están a su servicio, utilícelos correctamente. Procure que el volumen del televisor, radio o aparato de música sea siempre moderado, para no molestar a los demás enfermos. Tenga especial cuidado en no molestar a los vecinos/as ni al resto de residentes de manera especial en horas habituales de descanso. En caso de avería póngalo en conocimiento del monitor/a.



24. La lavadora se utilizará al máximo de capacidad aunque para ello sea necesario utilizar ropa de distintas personas. El buen funcionamiento de la lavadora es responsabilidad del monitor/a.
25. La ropa de cama y las toallas se cambiarán siguiendo el turno establecido por el monitor/a.
26. Se tendrá especial cuidado en no dejar las luces encendidas (Siempre que sea posible se utilizará la luz natural para funcionar en la casa).
27. Las estufas/calefacción se encenderán cuando sea necesario teniendo cuidado en cerrar las ventanas para evitar la pérdida de calor.
28. Las comidas son colectivas, a las horas prefijadas en el horario general. La casa dispondrá de un menú preestablecido variado y equilibrado que se habrá de mantener, salvo que usted por prescripción facultativa requiera de una dieta diferente.

#### **SOBRE LAS VISITAS**

29. Al ser ésta una casa de enfermos, todo está pensado para que usted pueda descansar el máximo posible. No obstante, podrá recibir visitas, dentro del horario previsto. Se priorizará que las visitas se realicen los sábados y domingos.
30. Las visitas se recibirán siempre en la sala común. Procure que las conversaciones no molesten al resto de los residentes.
31. Las visitas se realizarán dentro del horario previsto, podrá invitarlas a tomar el té si lo considera oportuno. Cuando finalice el horario establecido de visitas informe a sus visitantes que deben abandonar el piso.
32. Respecto a las llaves de la casa éstas serán custodiadas por el monitor/a saharauí.
33. Cuadro de visitas

VISITAS	Sábados y domingos de XX a XX
COMIDAS	Desayuno a las XX horas Comida a las XX horas Cena a las XX horas



Anexo 4.1

**ASUNTO: REPATRIACION DE CADAVERES**

Desde el grupo de normas se debate el tema de los fallecimientos en las casas. Se concluye que con aquellas enfermedades terminales se trabajará con el enfermo/a su retorno al lugar de origen, con su familia.

Si finalmente el enfermo fallece durante su estancia en la casa se plantea la repatriación del cadáver.

Las casas se comprometen a participar a partes iguales en los gastos que suponga la repatriación del mismo (estimados actualmente en aprox. 4000 euros).



Anexo 5º



## TIEMPOS DE ESPERA

- Duración de los visados (de turista): 30, 45 y 90 días (máximo legal: 90 días).
- Tarjeta de residencia: mismo día o días.
  - PACIENTES QUIRÚRGICOS:
    - Primera visita con especialista: 15 a 80 días días.
    - Pruebas complementarias y preanestésico: un mes aproximadamente.
    - Tiempos de espera quirúrgica: 30 a 120 días.
    - ¿“Colar” a los pacientes?.
  - PACIENTES CRÓNICOS: p. ej.: Insuficiencia renal crónica.
    - Casas de Acogida de cabida pequeña: bloqueo de la rotación.
    - “Para la atención de las enfermedades de larga duración se procurará, en la medida de lo posible, encontrar otros dispositivos asistenciales a través de los Servicios Sociales u otras instancias”.



## A LOS TRES MESES... ¡TODOS ILEGALES!. ¿SOLUCIONES?.

- Seguir ilegales
- Ampliación del visado: potestad de la Subdelegación del Gobierno: hasta 90 días.
- Permisos de Residencia: NO se contemplan por motivos sanitarios ni humanitarios en general, salvo en un caso:
  - Enfermedad sobrevenida y
  - que no tenga tratamiento en el país de origen.
- Nacionalización: Casos de Córdoba
- Consideración de apátrida: Oficina de Asilo de Refugiados de Madrid y sus sedes provinciales: tanto el tiempo como apátrida como la final nacionalización son situaciones “regulares”.

El “estigma” de la violación del tiempo del visado

## PROPUESTAS PARA LAS VI JORNADAS DE ALICANTE

- Establecimiento de un tiempo máximo de permanencia en las Casas, con el compromiso por parte de las mismas de ofrecer al paciente una salida a la incorporación social no institucionalizada.
- Solicitar como grupo que se contemple una excepción a la ley de extranjería para los saharauis enfermos
- Solicitud a CEAS de que plantee lo mismo

REPÚBLICA ÁRABE SAHARAUI DEMOCRÁTICA  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA



الجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية  
وزارة الصحة العمومية

Anexo 6<sup>a</sup>

Hasta la fecha no ha sido facilitado.

Si alguien está interesado en el tema que se presentó contactar con la casa de Alicante.



JORNADAS CELEBRADAS EN EL CAMPELLO, AÑO 2008



CASA DE ENFERMOS DE TEMENTAFOUS



OFICINA DE ARGEL Y DE RABUNI



CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS, TINDOUF, ARGELIA.