

**El Sistema Sanitario de la República Árabe
Saharaui Democrática:
un Modelo de Gestión de Personas**

Trabajo Fin de Máster



Autora: Rosario Oliveros Valenzuela

Tutora: Rosana Peris Pichastor

Fecha de lectura: Junio 2018

Resumen

Las organizaciones no son un ente abstracto que produce bienes o servicios, son un conjunto de personas que llevan a cabo actividades para la consecución de objetivos planificados. Este principio es válido para todo tipo de empresas y organizaciones, también para las proveedoras de servicios de salud, como es el Ministerio de Salud Pública de la República Árabe Saharaui Democrática, órgano responsable del Sistema Sanitario en los Campamentos de Refugiados Saharauis de Tindouf. Durante 40 años los responsables políticos de este pueblo, ayudados por un sinnúmero de agentes de cooperación, han construido un sistema sanitario que diera respuesta a los problemas de salud de su población, pero los profesionales sanitarios locales no han encontrado el debido reconocimiento para mantener su ejercicio profesional allí y asistimos a una fuga de cerebros que pone en riesgo la continuidad de la asistencia, al margen de las brigadas internacionales que la realizan de forma más o menos puntual e intermitente. En este Proyecto se planteó un modelo de Gestión de Personas basado en las competencias profesionales y la motivación del personal en la búsqueda de la contención y autogestión de los profesionales locales en los Campamentos. Se realizó con metodología de investigación cualitativa y sobre la base de la participación de los profesionales saharauis en los distintos niveles asistenciales y de responsabilidad; en este Trabajo Fin de Máster la autora reflexiona sobre dicha metodología y los resultados esperados, y aporta acciones de mejora tomadas de la Investigación-Acción Participativa y la evaluación del Impacto Social, que podrían contribuir a su implementación definitiva optimizando dicha contención.

Palabras clave: Campamentos de Refugiados Saharauis, Gestión de Personas, Mapas de Competencias Profesionales, Investigación-Acción Participativa.

Abstract

Organizations are not an abstract entity that produces goods or services, they are a group of people who carry out activities to achieve planned objectives. This principle is valid for all types of companies and organizations, also for providers of health services, such as the Ministry of Public Health of the Sahrawi Arab Democratic Republic, the body responsible for the Health System in the Saharawi Refugee Camps of Tindouf. For 40 years, the political leaders of this town, helped by a myriad of cooperation agents, have built a health system that responds to the health problems of its population, but local health professionals have not found the due recognition to maintain their health. professional exercise there and we witness a brain drain that puts at risk the continuity of the assistance, apart from the international brigades that perform it more or less punctually and intermittently. In this Project, a People Management model was proposed based on professional competencies and the motivation of the staff in the search for the containment and self-management of the local professionals in the Camps. It was carried out with qualitative research methodology and on the basis of the participation of Sahrawi professionals in the different levels of care and responsibility; In this Final Master's Project, the author reflects on this methodology and the expected outcomes, and provides improvement actions taken from Participatory Action Research and Social Impact Assessment, which could contribute to its final implementation by optimizing the containment.

key words: Saharawi Refugee Camps, People Management, Professional Competency Maps, Participatory Action Research.



*"La utopía está en el horizonte.
Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos
y el horizonte se corre diez pasos más allá
¿Entonces para que sirve la utopía?
Para eso, sirve para caminar"*

Eduardo Galeano

Tabla de Contenidos

Abreviaturas utilizadas en el texto.....	vi
Capítulo 1. Introducción	1
1.1. Presentación y Contextualización del Trabajo.....	1
1.1.1. Las Organizaciones Sanitarias y las Personas.....	1
1.2. Gestión del Talento a través de las Competencias Profesionales.....	3
Los Mapas de Competencias Profesionales (MCP)	5
1.3. El Sistema Sanitario de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD)	9
1.4. La Universidad de Jaén y la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo (AACID).....	11
Capítulo 2. Justificación	12
2.1. AOD para la salud del pueblo saharauí	12
2.2. La fuga de talentos en la RASD	13
2.3. Sistema actual de incentivos en la RASD	15
Capítulo 3. Plan de Trabajo.....	19
3.1. Identificación de necesidades	19
Actores principales de la Cooperación en la RASD.....	20
3.2. El Proyecto y Áreas de Mejora.....	21
3.2.1. Investigación-Acción Participativa (IAP).....	22
3.2.2. La medición del impacto social de la cooperación	25
3.3. Plan de Gestión de Personas elaborado para el MSP de la RASD	26
Objetivos	26
Metodología	27
Ejecución	29
Construcción del Plan de Gestión por Competencias para el MSP de la RASD.....	31
3.4. Presentación del Plan al Ministerio de Salud Pública (MSP)	45
Capítulo 4. A modo de síntesis.....	48
4.1. Conclusiones	48
4.2. Valoración personal del trabajo realizado	49
Referencias Bibliográficas	50
Anexos.....	52
Anexo I. Entrevista a Director de Hospital.....	52
Anexo II. Recogida de Información.....	55
ANEXO III. Comisiones Técnicas de Desarrollo Profesional.....	57
ANEXO IV. Guión de preguntas abiertas para los Grupos Focales.....	59
ANEXO VI. Registro de seguimiento de la Formación recibida por cada profesional.....	61
ANEXO VII. Informe de Satisfacción de los asistentes al Taller de Entrenamiento en Liderazgo Motivador.....	62

Abreviaturas utilizadas en el texto

Término	Abreviatura
Campamentos de Refugiados Saharauis	CRS
Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo	AACID
República Árabe Saharaui Democrática	RASD
Ayuda Oficial al Desarrollo	AOD
Ministerio de Salud Pública	MSP
Investigación-Acción Participativa	IAP
Mapas de Competencias Profesionales	MCP
Agencia de la ONU para los Refugiados	ACNUR
Comisión de Determinantes Sociales de la Salud	CDSS
Agencia Española de Cooperación al Desarrollo	AECID
Plan Estratégico de Salud	PES
Conferencia Europea de Coordinación de Apoyo al Pueblo Saharaui	EUCOCO
Hospital Nacional de Referencia	HNR
Programa de Acción Integral	PAI

Capítulo 1. Introducción

1.1. Presentación y Contextualización del Trabajo

El presente trabajo muestra la línea de trabajo desarrollada por la autora en un Proyecto de Cooperación al Desarrollo implementado en los Campamentos de Refugiados Saharais en 2016, y su análisis crítico en pro de la identificación de áreas de mejora que pudieran optimizar futuros programas en este u otro territorio, así como incrementar la eficiencia, resultados e impacto social en posibles replicaciones adaptadas del mismo. Para el estudio de dichas áreas de mejora se introduce en la metodología de la Investigación-Acción Participativa, así como en herramientas de Medición de Impacto Social. Se trata de un Proyecto de la Universidad de Jaén financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo (AACID).

En el primer capítulo se abordan las organizaciones sanitarias en general y la mirada a las personas que las configuran en sus distintos niveles de responsabilidad, y se presenta el modelo organizativo del sistema sanitario de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD), escenario del trabajo presentado. El segundo capítulo recoge la situación de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) para la salud del pueblo saharauí y la problemática que da origen al proyecto, la fuga de talentos en el territorio. A continuación, el capítulo tres muestra el trabajo realizado durante un año con el Ministerio de Salud Pública (MSP) de la RASD y cómo éste se habría visto beneficiado de incorporar instrumentos de la Investigación-Acción Participativa (IAP) y de la Medición de Impacto Social. Finalmente la autora extrae conclusiones sobre dicho análisis y plantea una reflexión para el avance del conocimiento y la experiencia. En los anexos se incluyen diversos instrumentos utilizados.

1.1.1. Las Organizaciones Sanitarias y las Personas.

La fuerza que sostiene una organización se encuentra en las personas, en sus sistemas de integración, en sus capacidades y en su grado de compromiso personal y hacia la organización. En muchas ocasiones el éxito o el fracaso no dependen de lo que se ve a simple vista, sino del conocimiento y aprovechamiento de las capacidades y habilidades de las personas para la consecución de los objetivos que la organización haya fijado. La mayoría de las personas entra a formar parte de una organización para satisfacer ciertas necesidades, y de este modo logran satisfacerlas a través de la remuneración que reciben por el esfuerzo que brindan en la realización de un determinado trabajo (Martínez & Espino, 2014).

La crisis económica internacional ha conducido a los sistemas sanitarios a un obligado análisis de eficiencia de sus instituciones como eje de referencia de la evaluación de sus políticas sanitarias. Estudios recientes en el ámbito de la gestión de profesionales de sistemas sanitarios públicos concluyen que en aquellos hospitales cuyo modelo de gestión incorpora un marco laboral más flexible y mayores grados de libertad en la gestión presupuestaria y financiera, obtienen mejores resultados en términos de calidad percibida. Un ejemplo en el sistema sanitario público de Andalucía es el trabajo de Herrero Tabanera y cols, en el que compararon la eficiencia técnica y la calidad percibida por la población atendida en centros del modelo INSALUD con hospitales gestionados bajo el modelo de Empresas Públicas Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Andalucía, estudiando un total de 32 hospitales públicos. (Herrero, Martín, & López, 2015).

Ahondando en dicha búsqueda de eficiencia, en la última década se ha hablado mucho de la necesidad de profesionalizar los puestos directivos de las instituciones sanitarias, planteando como herramientas clave la formación y adquisición de un determinado nivel de competencias para los profesionales que se dedican a este ámbito. El modelo de competencias desarrollado en su día por McClelland estableció las bases para el desarrollo de catálogos de competencias por puestos de trabajo, incluyendo los puestos directivos y de niveles intermedios en la toma de decisiones organizativas. El consenso destaca como principales competencias directivas el equilibrio emocional, trabajo en equipo, compromiso con la organización, proactividad, visión, innovación, autodisciplina, orientación a resultados, orientación al cliente (interno y externo) y responsabilidad. Los expertos afirman que el impulso de dichas competencias permite mejorar el clima emocional y el liderazgo de los equipos sanitarios (Fernández & Máñez, 2016). Algunos autores destacan además el valor añadido de las competencias referidas al ámbito relacional y al comportamiento ético de las y los directivos.

Por último, las organizaciones (sanitarias y no) que incorporan sistemas participativos en su política de recursos humanos para el análisis y resolución de problemas, definición de procesos de cambio, y reingenierías de procesos productivos en general, obtienen un mayor grado de implicación de su plantilla en todos los niveles de desarrollo y responsabilidad. Maritza Montero (2004) señaló a nivel social cómo la presencia de procesos comunitarios participativos aporta valor añadido al objetivo de fortalecimiento, recogiendo dichos procesos en la tabla 1.

Tabla 1. Fortalecimiento a través de procesos comunitarios

Fuente: Maritza Montero (2004)

1	La participación
2	La toma de conciencia
3	El ejercicio del control por parte de la comunidad, y el poder, que acompaña al control
4	La politización, en el sentido de ocupación del espacio público y toma de conciencia de derechos y deberes inherentes a la ciudadanía
5	La autogestión, o la involucración directa de la comunidad en sus procesos de transformación
6	El compromiso
7	La evolución y crecimiento individual
8	La identidad comunitaria, también denominada como “sentido de comunidad”.

1.2. Gestión del Talento a través de las Competencias Profesionales

El modelo de gestión del talento que más y mejores resultados ha demostrado en el ámbito internacional y en distintos sectores de producción y servicios (ver figura 1) se basa en el análisis de conductas observables y evaluables: **las Competencias**.



Figura 1. Definición gráfica del talento. Fuente: Del Castillo, (2010, p.23)

El término se refiere a las características subyacentes de la persona, que están relacionadas con una correcta actuación en su puesto de trabajo, y que están influenciadas por su motivación, por su carácter, el autoconcepto, actitudes y valores, así como conocimientos o capacidades cognitivas o de conducta. En resumen, Competencia es toda característica individual que se pueda medir y que tenga relación con la actuación profesional de forma demostrable.

Todas las personas tienen un conjunto de atributos y conocimientos –tanto innatos como adquiridos- que definen sus competencias para una determinada actividad. Sin embargo, en la Gestión por Competencias se trata de identificar aquellas características que puedan resultar eficaces para las tareas que se le requieren en la organización. El ajuste óptimo se consigue cuando existe una adecuación entre las competencias de la persona y las requeridas por su puesto de trabajo.

De acuerdo al grado de especificidad, las competencias se dividen en 3 tipos:

- ❖ **Conocimientos:** *¿Qué debo saber para ejercer este puesto?*
- ❖ **Habilidades:** *¿En qué grado aplico lo que sé?*
- ❖ **Actitudes:** *¿Qué disposición personal tengo hacia mi trabajo?*

Dicho de otro modo, un Mapa de Competencias es el documento que recoge los siguientes apartados:

Conocimientos: lo que hay que **saber** para el puesto de trabajo

Habilidades : lo que hay que **saber hacer** para el puesto de trabajo

Actitudes: las **herramientas personales y disposición** para hacer bien lo que hay que hacer.

“*Hacer bien lo que hay que hacer*” es el lema de este modelo de Gestión de Personal, que ha demostrado ser una herramienta que mejora del desempeño profesional, al permitir realizar un seguimiento del desarrollo de los trabajadores y trabajadoras a lo largo del tiempo a través de tres dimensiones fundamentales: lo que sé, lo que sé hacer, y con qué actitud lo hago.

Para que este modelo sea exitoso en su implantación, se requiere una dirección global que tenga una visión completa de la organización, que sea capaz de integrar los distintos equipos de trabajo y de dirigirlos hacia el logro de los objetivos planteados en función de los retos y oportunidades del entorno. Si los pilares son las capacidades de los profesionales, es necesario conocer las competencias que cada puesto exige, y las que cada persona puede ofrecer.

La cultura organizativa en sistemas sanitarios es un concepto abstracto, complejo de medir y apreciar, que afecta directamente a los resultados de salud de las personas que integran su comunidad, mediante la implicación y el sentido de pertenencia de los profesionales que prestan servicio en ellos. Los estudios

señalan que el 70% de los cambios culturales fracasan en organizaciones de todo tipo debido a dos factores:

- Se plantea una visión de la organización y su servicio poco definida, o los objetivos a lograr no son debidamente explicados o entendidos por todos los profesionales
- No se contempla la dimensión no racional del personal ni otros aspectos del ser humano (valores, aspectos emocionales)

La aplicación de un sistema de gestión por competencias facilita la implantación de una cultura sanitaria organizada una vez que los integrantes del sistema conocen y sienten que participan de la cultura organizativa del mismo. Así, la implicación pasa de ser un aspecto deseado o exigido, a integrarse como motivación interna de las personas, que sentirán la voluntad de aportar lo mejor de sí mismas a su trabajo diario.

La Gestión por Competencias ha demostrado a nivel internacional su aportación a la necesidad planteada por el MSP, desde la premisa de que las y los trabajadores se sienten más involucrados en su responsabilidad laboral cuando concurren estas dos condiciones:

- La persona conoce lo que se espera de ella en su puesto de trabajo
- La persona siente que se valora lo que aporta a su puesto de trabajo (se siente reconocida).

Los Mapas de Competencias Profesionales (MCP)

Los **mapas de competencias profesionales** (MCP) son una herramienta sencilla tanto de elaboración como de implementación, que dan respuesta a ambas cuestiones. Tan sólo es preciso disponer del MCP de cada grupo profesional, garantizar que los trabajadores/as lo conocen, y realizar el seguimiento de su desarrollo y desempeño profesional en base a lo recogido en ellos, a lo largo del tiempo y de forma transparente. La metodología se fundamenta en la relación directa entre responsables de equipos de trabajo y sus colaboradores/as (los profesionales de base), con el MCP como instrumento de puesta en común y seguimiento.

Así, los MCP también pueden ser utilizados como guión en la Evaluación del Desempeño, herramienta actualmente utilizada en el MSP de la RASD (aunque no contempla actitudes hacia el trabajo), y que puede ser enriquecida con esta propuesta, al incorporar los siguientes apartados que le aportarán valor añadido:

- **Conocimientos.** Permite que el/la responsable haga el seguimiento de los conocimientos que adquiere el profesional a lo largo del tiempo, mediante un sencillo registro de la formación recibida por cada uno/a de sus colaboradores y colaboradoras.

- Habilidades. Facilita la visualización de la incorporación y mejora de destrezas, y la aplicación en la práctica asistencial de lo aprendido en las actividades de formación continuada.
- Actitudes. Se proponen cinco actitudes comunes a todos los profesionales, que permiten ser medidas mediante conductas observables durante el desempeño profesional.

¿Para qué sirve un Mapa de Competencias?

El Objetivo Principal del enfoque de Gestión por Competencias es implantar un nuevo estilo de dirección para gestionar los recursos humanos integralmente, de un modo más efectivo en la organización. Los Objetivos Específicos son:

- ✓ La mejora y simplificación de la gestión integrada de recursos humanos
- ✓ La mejora continua en la calidad y asignación de personas a puestos específicos
- ✓ El alineamiento de la gestión de personal con las líneas estratégicas asistenciales del Ministerio de Salud Pública (la calidad asistencial)
- ✓ La vinculación del personal directivo en la gestión de recursos humanos
- ✓ La contribución al desarrollo profesional de las personas y de la organización en un entorno de mejora continua
- ✓ La toma de decisiones de forma objetiva y con criterios homogéneos en todo el sistema.
- ✓ La igualdad de oportunidades a mujeres y hombres para la formación y mejora de las capacidades profesionales.

En palabras de Lilian Zapata (2008), *"El compromiso hacia un modelo de Gestión por Competencias crece con involucrar al mismo personal; nadie mejor que las personas nos pueden contar qué habilidades, actitud y conocimientos necesitan para lograr más rápido los objetivos"*. La Figura 2 muestra las dimensiones comunes a los modelos de gestión por competencias.



Figura 2: Procesos implicados en un Modelo de Gestión por Competencias. **Fuente:** Zapata, (2008, p2)

Disponer de Mapas de Competencias por categoría profesional facilita los siguientes procesos:

- Identificación de necesidades de formación (tanto individuales como por equipos o servicios)
- Seguimiento individualizado de la formación adquirida por los profesionales, para la unificación del nivel de conocimiento por equipos o servicios
- Desarrollo y promoción profesional (permitirá al Ministerio conocer la formación recibida y el desarrollo profesional de la persona)
- Selección de personal para puestos de gestión y/o directivos
- Evaluación del Desempeño (profesional y responsable conocen de primera mano los aspectos a mejorar y desarrollar).

¿Cómo se utilizan?

Estando los Mapas de Competencias a disposición de todos los profesionales, tanto el personal de base como los responsables y directores/as, los utilizarán para determinar qué conocimientos, habilidades o actitudes ha desarrollado cada trabajador o trabajadora en su puesto de trabajo, y cuáles requiere seguir desarrollando en el futuro. Más adelante se describen los procesos de gestión de los recursos humanos para los que los Mapas de Competencias incorporan valor añadido.

Es recomendable que cada competencia cuente con una escala de medición que se obtenga de manera clara y sencilla, y no ser un constructo abstracto. Toda competencia debe tener la capacidad de proporcionar una información que pueda ser medida y clasificada. Por otro lado, se debe utilizar un lenguaje claro y conceptos estándares (entendidos por todo el personal) con el

objeto de que todas las personas comprendan lo que se espera de ellas, y el sistema con el que serán evaluadas.

1. Definición de grados en los MCP.

Los grados son los 3 niveles de exigencia de cada competencia. En el modelo propuesto se establecen dos grados:

- D = deseable
- I = imprescindible

Como se desprende del término, el grado Deseable no implica una exigencia de adquisición de la competencia de modo inmediato para el nivel de desarrollo tratado, aunque se espera de la persona que a lo largo del tiempo adquiera dicha competencia por las vías a su disposición. Por su parte, el grado Imprescindible sí infiere a disponer o demostrar la competencia abordada en el momento de incorporación al puesto de trabajo, o en niveles avanzados de desarrollo, según detalle el MCP.

El grupo de expertos que realice la implementación de los MCP determinará el grado de cada competencia para los tres niveles de desarrollo.

2. Definición de niveles de desarrollo.

Obviamente, el momento de incorporación por primera vez de una persona a cualquier puesto de trabajo no puede tener el mismo nivel de exigencia o de competencia esperada que meses o años después.

En el modelo propuesto se establecen 3 niveles de desarrollo:

- Inicial
- Avanzado
- Experto

A priori no se establecen periodos temporales para determinar en qué nivel de desarrollo se encuentra cada persona, pues a pesar de compartir un mismo MCP, un área específica de trabajo puede requerir periodos distintos, y también es preciso considerar las condiciones de trabajo y la situación personal y socio-familiar de quienes desempeñan los puestos, que podrían hacer modificarse dichos periodos de forma individual, sin alterar por ello un correcto desempeño del puesto de trabajo.

El nivel inicial corresponde a la incorporación de la persona al puesto, el nivel avanzado es una fase intermedia (se estima que corresponde a unos meses o años tras la incorporación, dependiendo del puesto y su nivel de responsabilidad en la toma de decisiones), y el nivel experto

es aquel en que la persona aplica con destreza y voluntad todas las competencias definidas para su puesto.

Así, las competencias conjugan **dos grados y tres niveles de desarrollo** que permiten a la persona avanzar en su desarrollo profesional de forma paulatina, sin un alto nivel de exigencia que le impida conciliar su vida personal y profesional, y que la guíe en el camino de lo que se espera de ella a lo largo de su vida profesional.

1.3. El Sistema Sanitario de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD)

Los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf engloban a una población de aproximadamente 120.000 personas, estructurada en 5 núcleos poblacionales denominados Wilayas, que conservan los nombres de sus poblaciones originales en el Sáhara Occidental previos a la ocupación Marroquí de 1975. Además de estos cinco núcleos, Rabuni se constituye en capital administrativa del territorio, albergando los distintos Ministerios, la Presidencia del Frente Polisario, sedes permanentes de la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) y otros agentes de Cooperación, y otras áreas y servicios administrativos de la RASD. El Ministerio de Salud Pública de la RASD tiene como objetivo principal acercar la salud a la ciudadanía a fin de mejorar la atención médica prestada en los diferentes centros de salud, objetivo que depende en gran parte de la continuidad de la ayuda humanitaria para reforzar y mejorar los servicios de salud y sus estructuras. En este sentido es preciso recordar que los Campamentos se mantienen exclusivamente gracias a la AOD y las donaciones. El MSP está configurado por un equipo de Direcciones de Departamentos: Prevención, Asistencia Médica, Medicamentos y Equipamientos médicos, Logística y Personal.

La red de Centros Sanitarios la integran:

4 hospitales centrales:

- H. BachirSaleh, con 150 camas
- H. mixto Bolla, con 150 camas
- Centro de tuberculosis, con 30 camas
- Centro de psiquiatría, con 40 camas

5 hospitales regionales, uno en cada wilaya:

- Aaiun, 50 camas

- Auserd, 50 camas
- Smara, 50 camas
- Dajla, 50 camas
- Bujdur, 30 camas

Hay servicios de especialidades en cada uno de esos hospitales y son: medicina interna, pediatría, ginecología, que cuentan también con los departamentos de RX y laboratorio clínico. Los servicios de ortopedia, cirugía, estomatología y oftalmología existen en los dos hospitales centrales donde prestan servicios las comisiones expatriadas (BachirSaleh y Bolla), por lo que no dan servicio de forma permanente.

Respecto a Atención Primaria de Salud:

Dispensarios, o estructuras de base, son centros de salud ambulatorios en los que trabajan enfermeras/os: 26 dispensarios entre las 5 wilayas (uno en cada barrio).

Según recoge el Plan Estratégico de Salud del MSP 2016-2020, *“Los/as profesionales del MSP, en todos sus niveles, son personas voluntarias que apenas reciben una pequeña remuneración a modo de incentivo. Además, no todo el personal tiene las capacidades suficientes para el desarrollo de las funciones y la gestión de sus equipos. Nuestra plantilla de trabajadores/as, aunque numerosa, no está adaptada en sus perfiles profesionales y su distribución entre centros a las necesidades de los programas y servicios. La inexistencia de un sistema de carrera profesional y la falta de continuidad en el pago de incentivos ocasionados por los retrasos en las aportaciones de la ayuda internacional resultan en un sistema que requiere mucho esfuerzo por parte de ciertas personas para su funcionamiento...El Ministerio es consciente del riesgo de desánimo de la plantilla debido a las duras condiciones de trabajo, precaria situación de muchas infraestructuras sanitarias, el insuficiente equipamiento y lo limitado de la provisión de medicamentos”* (p 25). Esta situación se refrenda en los Programas de Salud del MSP, y en los informes de la Mesa de Concertación Anual.

1.4. La Universidad de Jaén y la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo (AACID)

La cooperación al desarrollo es parte esencial de la responsabilidad social de la Universidad. Es un tema en el que la Universidad de Jaén ha avanzado mucho en los últimos años, y que se incorpora de manera específica como área clave de su planificación para el futuro. De hecho, su Plan Estratégico 2014-2020 se ha estructurado en “torno a cinco áreas clave, relacionadas con las misiones de la Universidad de Docencia, Investigación, Transferencia del Conocimiento y Transmisión de la Cultura, y a la que se ha añadido el área de Responsabilidad Social dada la importancia de la Universidad como agente social y de referencia en su entorno socio-económico”.

Desde diciembre del año 2010, la Universidad de Jaén mantiene un Convenio Marco firmado con la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo, que ha sido recientemente renovado. Este convenio marco se firma con el objeto de establecer las bases de la colaboración entre las dos instituciones para fomentar la colaboración en el ámbito de la cooperación al desarrollo, coherente con el Plan Andaluz de Cooperación al Desarrollo y con los programas operativos de la cooperación andaluza vigentes. Este Convenio Marco se ha ido desarrollando mediante la firma de Convenios Específicos anuales que han incluido los distintos proyectos subvencionados por la Agencia Andaluza de Cooperación y ejecutados por la Universidad de Jaén.

Hasta la fecha han sido 19 los proyectos incluidos en estos convenios específicos anuales, que han supuesto un montante total de subvención por parte de la AACID de 1.660.912,46 €. De estos 19 proyectos, 8 se trataban de proyectos de cooperación internacional para el desarrollo, planteados en colaboración con distintas universidades de países receptores de ayuda oficial para el desarrollo (4 en los campamentos de refugiados/as saharauis en Tinduf, Argelia, en colaboración con la Universidad de Tifariti; 1 en Bolivia, en colaboración con la Universidad Gabriel René Moreno; 1 en Cuba, en colaboración con la Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte Loynaz; 1 en Guatemala, en colaboración con la Universidad de San Carlos; y 1 en Perú, conjuntamente con el Centro de Energías Renovables y Uso Racional de la Energía de la Universidad Nacional de Ingeniería) y los 11 restantes han sido proyectos de Formación y Educación para el Desarrollo (siete ediciones del Programa de Formación y Prácticas Universitarias en Proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo; cuatro ediciones del Curso de Experto en Cooperación Internacional para el Desarrollo con África Subsahariana).

Los proyectos aprobados para desarrollar en colaboración con la Universidad de Tifariti, situada en los campamentos de refugiados/as saharauis de Tinduf, han supuesto un montante subvencionado de 468.713,75 €. Dos de estos proyectos han sido ya ejecutados, el tercero está en fase de ejecución, y el cuarto es espera de establecer fecha de inicio.

El Proyecto [2015DEC011](#), financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo (AACID), es implementado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén, en el que participan además el Área de Planificación Universitaria, y las Facultades de Ciencias de la Educación y de Ingeniería (fotovoltaica, hidráulica e informática). Nace fruto del interés en profundizar en las líneas de trabajo planteadas en un proyecto previo: Contribución a la mejora de la calidad de vida de la población saharauí mediante el fortalecimiento institucional de la Universidad de Tifariti y de las capacidades de autogestión en materia de salud, energía y agua de la población de los campamentos de refugiados/as saharauis, cofinanciado asimismo por parte de la AACID.

Capítulo 2. Justificación

2.1. AOD andaluza para el pueblo saharauí

El enfoque del presente trabajo es la visión personal de su autora y fruto del estudio y análisis crítico de las herramientas y modelos de Cooperación al Desarrollo prevalentes desde la segunda mitad del siglo XX hasta este momento, siguiendo los debates sobre la brecha Norte-Sur y la evidencia de la disminución de desigualdades de renta a nivel internacional combinada con el aumento de las diferencias de renta en el interior de cada país (Sutcliffe, 2011). Contemplamos también las posiciones contrapuestas que en las últimas décadas consideran la AOD como un instrumento neocolonial que ha desencadenado un modelo de desarrollo generador de dependencias y servidumbres y contribuido a la insostenibilidad del mismo (Unceta, 2013).

El proyecto referido se alinea con la política andaluza de Cooperación, al ser el Pueblo Saharauí un área geográfica priorizada por parte del Plan Andaluz de Cooperación al Desarrollo. En particular, puesto que la población destinataria es población refugiada se enmarca en el Objetivo 2: Salvar vidas, aliviar el sufrimiento y proteger los derechos de las víctimas de catástrofes naturales o conflictos bélicos, garantizando su dignidad. Se incorpora más específicamente en la línea estratégica: Crisis crónicas, de larga duración o crisis olvidadas. De hecho, el Plan 2015-2018 establece que “Las intervenciones de acción humanitaria que se desarrollan en colaboración con organismos multilaterales y en los campamentos de personas refugiadas saharauis contarán con un marco estable de financiación en los presupuestos de la Junta de Andalucía, respondiendo así al mandato expreso del Parlamento de Andalucía surgido del Debate del Estado de la Comunidad 2014 donde insta al Consejo de Gobierno a incrementar la ayuda humanitaria y de desarrollo al pueblo saharauí a través de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional”.

La Figura 3 recoge datos obtenidos de las memorias anuales de la AACID, muestra la evolución del porcentaje de AOD de la Junta de Andalucía destinada a Marruecos -en color azul- y la destinada a la población saharai de los Campamentos de Refugiados - línea roja-. Ambas cantidades se han reducido proporcionalmente, sin embargo llama la atención el mínimo umbral que ha llegado a ocupar el pueblo saharai a pesar de la responsabilidad administrativa por parte de nuestro país, y del compromiso político de nuestra comunidad autónoma con la causa saharai.

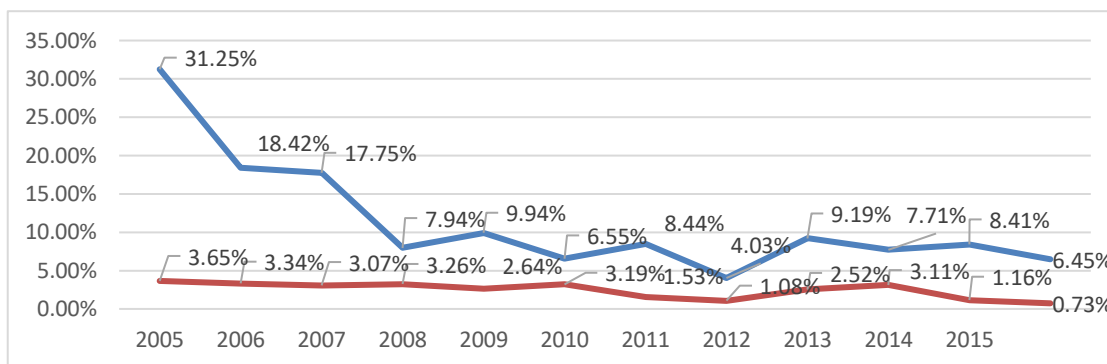


Figura 3: Porcentaje de AOD sobre el total de la Junta de Andalucía.

Fuente: elaboración propia.

2.2. La fuga de talentos en la RASD

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) presentó en su informe de 2008 un conjunto de evidencias que mostraban que los procesos sociales y las diferencias en el poder y los recursos contribuyen a los resultados de salud de las poblaciones; estos afectan la forma en que los recursos para la salud y atención de la misma se distribuyen, llegan a diferentes grupos sociales y se utilizan por ellos (WHO CSDH, 2008).

Los sistemas de salud no solamente tienen impacto en la salud de las personas, sino que son en sí mismos sistemas sociales que configuran normas y valores sociales, y se construyen a partir de las estructuras sociales existentes. Reflejan por tanto las desigualdades sociales, así como las enfrentan en determinados casos: los sistemas de salud centrados en las personas y en los enfoques integrales de la promoción y prevención (Atención Primaria de Salud) pueden favorecer el impulso de acciones intersectoriales, apoyar el empoderamiento y la cooperación y cohesión social, y afrontar las diferencias en el reparto de recursos y en la accesibilidad y uso de la ciudadanía en la atención a la salud (Loewenson & Gilson, 2011).

Tal como se ha descrito hasta ahora, los Campamentos de Refugiados Saharais son una realidad social distinta de cualquier otra sociedad, al haberse configurado por un pueblo expulsado

de su tierra, refugiados/as de guerra que como tales se instalaron provisionalmente en la Hamada Argelina a la espera de una solución política para su pueblo. Han pasado más de 40 años y sus gentes han ido construyendo un modelo social sin referentes, basado en la ayuda internacional y bajo la premisa constante de la posible disolución del estatus de asentamiento, hecho que continúa sin acontecer. La gran variabilidad de donantes y agentes de cooperación allí presentes a lo largo de cuatro décadas, unida a la escasez de profesionales formados en gestión sanitaria y manejo de recursos humanos en su propio pueblo, han configurado un sistema sanitario que priorizó, como no podía ser de otro modo, los problemas de salud de las personas (epidemias, infecciones, salubridad) en pro de la pervivencia y mejora de las condiciones de vida; sin embargo es preciso atender a los profesionales que desempeñan su labor de forma prácticamente voluntaria en una tierra hostil para la vida y en condiciones laborales extremadamente precarias.

La cooperación al desarrollo aterrizó a finales de los setenta en el pueblo saharauí primando la asistencia sanitaria con tanto énfasis que a menudo -y con la mejor de las intenciones- podría estar inhibiendo intentos de autogestión por parte del sistema local, perpetuando un modelo paternal o neocolonizador que en absoluto beneficia a la población. Utilizar herramientas de gestión de personas tomadas de otros sistemas sanitarios es muy arriesgado tanto aquí como en cualquier otro territorio, pero incidiremos en la limitada capacidad del Gobierno de la RASD para la autogestión por las dificultades anteriormente mencionadas. Se hace así preciso explorar las necesidades de los profesionales sanitarios saharauíes para desarrollar mecanismos que los legitimen y afiancen, en pro de asegurar la asistencia sanitaria que su población necesita, evitando la fuga de cerebros en la medida de lo posible.

2.3. Sistema actual de incentivos en la RASD

La Mesa de Concertación y Coordinación en Salud de la RASD es un elemento vertebrador de la Organización Sanitaria en los Campamentos de Refugiados, que se reúne anualmente en su capital administrativa y sede de los distintos Ministerios, Rabuni. Dirigida por el Ministro de Salud Pública en Coordinación con la AECID y la Directiva de Médicos del Mundo como entidad de salud permanente en terreno, a la misma asisten representantes de los principales agentes de cooperación con presencia en los Campamentos; su objetivo principal es el análisis de actualidad de la salud del pueblo y el diseño de intervenciones priorizadas para el siguiente ejercicio. Se configuran distintos Grupos de Trabajo Permanentes, recogidos en la Tabla 2.

Tabla 2: Grupos de Trabajo Permanentes en la Mesa de Concertación del MSP de la RASD.

Fuente: Informe de Conclusiones de la Mesa de Concertación (2016)

Grupo I	Atención Primaria de Salud
Grupo II	Programas Nacionales de Salud
Grupo III	Equipamiento y Mantenimiento
Grupo IV	Sistemas de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica
Grupo V	Recursos Humanos y Formación
Grupo VI	Nutrición
Grupo VII	Hospitales y Comisiones quirúrgicas

El Grupo V ofrece apoyo a la Dirección de Recursos Humanos y Formación del MSP en procesos de gestión, tales como la definición de estrategias y elaboración de protocolos e informes. Siguiendo la dinámica habitual establecida en este foro, los ámbitos de actuación en la reunión de 2016 fueron:

- Gestión del personal: Incentivación, Plantilla trabajadores, Tabla salarial, Evaluación de desempeño, informes de incentivación y justificación a donantes (transparencia a través de la rendición de cuentas)
- Formación: Mapeo de formación, y Plan de formación.
- Seguimiento del Eje Estratégico 1 del PES 2016-2020, dedicado a Recursos Humanos.

Tras la puesta en común de la situación en los aspectos mencionados, se diseñó una Hoja de Ruta para los siguientes meses, que recogía principalmente la elaboración de un modelo de distribución de la plantilla por centros y servicios, un análisis de la incentivación y dificultades

existentes, y un mapeo de formación basado en la actualización de necesidades formativas que se trasladara a un Plan de Formación de los profesionales de la salud.

Los datos mostrados en la Tabla 3 se integran en el informe de conclusiones presentado en la Mesa de Concertación de noviembre de 2016 y en la 41ª Conferencia Europea de Coordinación de Apoyo al Pueblo Saharaui (Eucoco) celebrada unos días después en Barcelona.

Tabla 3. Distribución de personal por categorías.

Fuente: <http://porunsaharalibre.org/tag/eucoco/>

	<i>Médicas/os por 10.000 habitantes</i>	<i>Enfermeras/os por 10.000 habitantes</i>	<i>Matronas por 10.000 habitantes**</i>
Cobertura en CRS	3.44*	31.92	4.16
Media Global (OMS/WHO)	13	28	22.8

*incluye a la Brigada Médica Cubana

** no se incluyen a las parteras tradicionales

Análisis de Género: presencia de mujeres en el Sistema Sanitario:

- Las mujeres constituyen algo más del 60% de la plantilla sanitaria y perciben menos del 40% de la incentivación.
- La presencia de mujeres en el sistema sanitario se concentra en las wilayas, donde constituyen casi el 99% de la plantilla (enfermeras de dispensarios y matronas). En Hospitales Regionales su presencia es la mitad del total de la plantilla, mientras que en el Hospital Nacional de Referencia (HNR) su presencia es del 12%.
 - En servicios centrales, la presencia de mujeres es del 6%.
 - Como podemos observar, la mujer ocupa puestos de perfil eminentemente asistencial y rural, orientados al cuidado de las familias en su entorno, y disminuye su presencia en puestos que implican toma de decisiones organizativas, responsabilidad sobre equipos de trabajo, o mayor formación académica.

Evolución de los incentivos económicos al personal sanitario:

Desde el punto de vista de la formación recibida y de forma resumida, identificamos dos perfiles profesionales en el pueblo saharui en los Campamentos:

- El personal formado en el exterior (mayoritariamente en Cuba) tiene un espacio dentro del sistema a su regreso, para que su formación repercuta en la mejora de atención de la población.
- El personal que comenzó de forma voluntaria, sin cualificación, pero cuenta con experiencia y fidelidad en el sistema, es tenido en cuenta en la exploración de sus necesidades de formación para actualizar y ampliar conocimientos. En este terreno de la formación continuada encontramos numerosos proyectos internacionales por parte de universidades y ONGDs principalmente (España como principal donante), coordinadas por la Dirección General de Recursos Humanos y Formación del MSP. La Figura 4 muestra la distribución de incentivos entre las distintas categorías o puestos descritos.

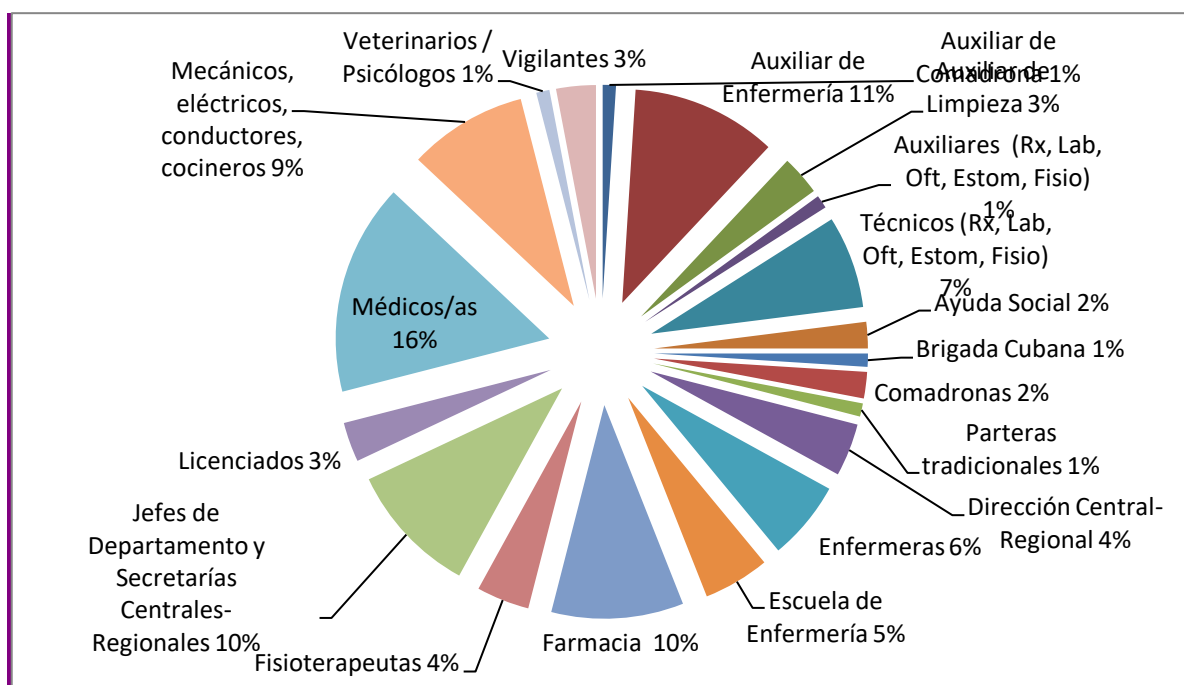


Figura 4. Distribución porcentual de los incentivos económicos entre los profesionales adscritos al Ministerio de Salud Pública de la RASD. Fuente: Informe Grupo V Mesa de Concertación (2016).

El balance cuantitativo de la incentivación disponible en 2016 sobre el ejercicio anterior supuso una disminución del 6% de la dotación global, poniendo de manifiesto el descenso iniciado en años anteriores como fruto de la crisis económica mundial y su afectación a la AOD. En su informe final presentado a la EUCOCO encontramos textualmente:

"La incentivación económica sigue siendo insuficiente para garantizar un trabajo de calidad y motivado y solicita a los donantes que garanticen una prestación de incentivos, digna, suficiente y a tiempo para todos/as y cada uno de los trabajadores del sistema de salud."

"El Ministerio subraya que no hay suficiente número de comisiones de atención primaria de salud que cubra al atención de todas las wilayas, tampoco hay suficientes comisiones especializadas y quirúrgicas"

Entre los **retos establecidos en la Mesa de Concertación**, encontramos:

- **Permanencia de médicos especialistas** en el sistema.
- **Evitar la "fuga de cerebros"** (personal sanitario altamente cualificado).
- **Mejorar las condiciones** laborales, recursos materiales y formativos y apoyo en la labor profesional de la **plantilla sanitaria, en especial de enfermería**.
 - **Aumentar la representación de mujeres** en cargos con toma de decisión dentro del sistema de salud.
 - **Garantizar una formación continua y de calidad** para la plantilla sanitaria.

Capítulo 3. Plan de Trabajo

3.1. Identificación de necesidades

En el año 2015 durante una de las misiones en terreno de un proyecto previo del equipo de cooperación al desarrollo de la Facultad de Ciencias de la Salud de Jaén, el Ministro de Salud Pública de la RASD, Mohamed Lamin Daddi, plantea el problema de la dificultad para la motivación e implicación del personal sanitario en los Campamentos, y solicita la ayuda de dicho equipo en la configuración de un Plan de Gestión de Personal que se elaborara en base a la realidad del pueblo saharauí, a sus recursos y necesidades en el ámbito sanitario, a su actual Plan Estratégico de Salud y Programas Nacionales y tomara como punto de partida su modelo en vigor de Evaluación del Desempeño, cuyo objetivo principal fuera frenar la ya nombrada fuga de talentos.

Ante esta petición, y conociendo la realidad descrita en apartados anteriores, planteamos un estudio que profundizara en el sentir de los profesionales sanitarios del MSP en todos sus niveles, para identificar el origen de su desmotivación generalizada y tratar de configurar un Plan de Gestión de Personas que incrementara la motivación y la adhesión a las profesiones sanitarias, y por ende mejorara la cobertura sanitaria y la salud de la población. Siguiendo a Alvarez Baza, M. del Carmen, 2003, y a otros estudios en poblaciones distintas, buscamos la influencia de factores como el sentido de pertenencia al grupo, las relaciones interpersonales, la potencialidad y el reconocimiento profesional en la motivación laboral percibida. Así mismo, incluiríamos en nuestras categorías de análisis el grado de flexibilidad en los comportamientos y en las habilidades de los profesionales como factor de éxito demostrado en las organizaciones actuales (Beltrán, 2013).

La Misión del MSP en los Campamentos de Refugiados Saharauis es ofrecer desde el Ministerio de Salud Pública Saharauí un liderazgo estratégico del sector salud orientado hacia la prestación de servicios de salud eficientes, suficientes y de calidad, tanto preventivos como asistenciales, para toda la población saharauí. (III Plan Estratégico de Salud 2016-2020)

Texto tomado íntegramente del PES:

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

las necesidades de los programas y servicios. La inexistencia de un sistema de carrera profesional y la falta de continuidad en el pago de incentivos ocasionados por los retrasos en las aportaciones de la ayuda internacional resultan en un sistema que requiere mucho esfuerzo por parte de ciertas personas para su funcionamiento. Por ello no resulta eficiente en su conjunto.

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

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

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

Los miembros del proyecto no son ajenos a esta realidad, profundamente valorada en la identificación del mismo y consensuada con personal del equipo de responsables del MSP y otros ámbitos de la gestión sanitaria.

Partiendo de la necesidad de mantener los incentivos económicos como base sólida para la calidad de vida de las familias, y como primera medida que evite la fuga de talentos en los campamentos, elaboramos esta propuesta de gestión de personal que complementará dicha base y confiamos en que sirva de herramienta motivacional en primer lugar para quienes habrán de implementarla, una vez haya sido aprobada por el Ministerio de Salud Pública, para elevar la adhesión de profesionales y su desarrollo futuro al servicio del pueblo saharauí.

Actores principales de la Cooperación en la RASD

Médicos del Mundo trabaja con la población saharauí refugiada desde 1995, año en que se iniciaron las intervenciones de asistencia oftalmológica en forma de comisiones médicas. En los siguientes periodos continuaron acompañando a la población en las duras condiciones de vida del exilio en la Hammada argelina,, y fueron incrementando su presencia y trabajo en terreno, desarrollando programas de salud pública que mejoraran la calidad de vida en relación con la salud del pueblo saharauí. Esta ONG tiene una presencia permanente en Rabuni, representando una de las figuras principales en la Coordinación en Salud entre el Ministerio de Salud Pública Saharauí y las Agencias y Actores de cooperación en terreno. Su misión principal allí es el asesoramiento al Ministerio y máximos responsables de salud de los CRS, y apoyar en la coordinación de intervenciones en el ámbito de la salud realizadas en las distintas wilayas, tanto a nivel asistencial

(brigadas médicas y quirúrgicas) como a nivel formativo o de gestión, tal como quedan recogidos en sus publicaciones:

- El desarrollo de una red de servicios de salud integrada, equitativa y de calidad para toda la población, basada en un enfoque de atención primaria de salud.
- El fortalecimiento de las capacidades de gestión y gobernanza del sistema público de salud saharauí,
- La participación de la sociedad civil en salud, el empoderamiento de las mujeres y el diálogo con las autoridades sanitarias y organizaciones internacionales.
- El refuerzo de las capacidades de resiliencia y preparación ante adversidades y desastres.

fuelle: www.medicosdelmundo.org

Como no podía ser de otro modo, el trabajo realizado en este proyecto de cooperación al desarrollo por parte de la Universidad de Jaén fue puesto en conocimiento de la Coordinación de Médicos del Mundo desde su diseño hasta la propuesta de implementación, que se inició en mayo de 2017 durante la última visita a terreno del equipo español.

3.2. El Proyecto y Áreas de Mejora

En este apartado describiremos por un lado las intervenciones que se realizaron en el proyecto referido, implementado entre los meses de agosto de 2016 y julio de 2017, y por otro la propuesta de mejora que desde la Investigación-Acción Participativa (IAP) proponemos para las distintas fases, con la expectativa de aportar luz a futuros proyectos similares o asimilables tanto para esta población como en otros territorios, siempre enmarcados en sistemas sanitarios públicos, y considerando las adaptaciones oportunas a las idiosincrasias de los mismos. En los próximos apartados describiremos tanto la metodología y resultados del trabajo desempeñado tal cual en el proyecto descrito, al tiempo que incorporaremos la visión de la IAP para reflexionar sobre cómo habría mejorado dichos resultados.

El trabajo realizado con la Universidad de Jaén mantiene un espíritu participativo desde su concepción, utilizando instrumentos de la investigación cualitativa y técnicas de participación de demostrada eficacia en el ámbito de la investigación social; en los siguientes apartados se muestra tanto lo que se pretendía hacer como lo que finalmente se consiguió, recogiendo las dificultades encontradas y aportando la luz que permite analizar los trabajos a posteriori, repensar cómo se

podría haber mejorado la metodología para conseguir mejores resultados, e introducirnos en el estudio del impacto social como vehículo de excelencia. En este caso -como en tantos otros- se pone de manifiesto la importancia de la competencia profesional en la cooperación al desarrollo, planteando este aspecto como primer conflicto ético para la reflexión: ¿estamos aplicando el mejor conocimiento en los proyectos de cooperación al desarrollo para conseguir un verdadero impacto en la autodeterminación de los pueblos y los territorios?

Antes de pasar a exponer el trabajo desarrollado, una breve introducción de la metodología Investigación-Acción Participativa (IAP) y de la Medición del Impacto Social en la Cooperación.

3.2.1. Investigación-Acción Participativa (IAP).

La IAP ha demostrado ser una potente herramienta en la investigación en políticas y sistemas de salud, y por tanto en la determinación de instrumentos de mejora de la gestión de los mismos. Dentro de los paradigmas utilizados para generar conocimiento, la IAP resalta la importancia de que la naturaleza y producción del conocimiento son el resultado de las relaciones sociales. (Loewenson, 2014).

La IAP profundiza en la reflexión crítica y define la investigación a través de la acción sin perder de vista que se ubica al servicio de la colectividad que la realiza; así, se abordan los problemas a investigar o resolver junto con los propios afectados, y las herramientas de resolución se construyen desde sus propias necesidades. Desde que Rappaport, Seidman y Zimmerman (2000) definieron el término "empowerment" como el proceso mediante el cual personas, organizaciones o comunidades adquieren o potencian la capacidad de controlar o dominar la propia vida, o el manejo de asuntos o temas de su interés, se establecía como base del mismo que se deben crear las condiciones que faciliten dicho fortalecimiento.

La **Teoría del Empowerment** pretende explicar y promover procesos de participación ciudadana y movimientos sociales, vinculando las condiciones personales y sociales que cohesionan la participación con el bienestar de las personas (Musitu y Huelga, 2004). Por tanto el objetivo es la confluencia entre el posicionamiento y la actuación de la persona, con el sistema ambiental en que se mueve. El empowerment consta de dos elementos fundamentales:

- La determinación individual sobre la propia vida y, desde aquí el sentimiento de control personal
- La participación democrática en la vida de la comunidad por medio de determinadas estructuras.

Atendiendo a Molina y Ruminot (2010) cuando afirman que la IAP se expresa desde una doble relación dialéctica, podemos hablar de un nuevo orden en la metodología de intervención social en

tanto que la relación sujeto/objeto es sustituida por una nueva relación sujeto-sujeto. Este enfoque coloca al receptor exactamente al mismo nivel que el actor en cuanto a participación y compromiso, aspectos clave para la transformación social. En palabras de estos autores: *"...Nosotros interpretamos la definición epistemológica marxista como aquella que busca que en una investigación, prime la transformación dialéctica, sujeto – sujeto que permita la transformación social."* Sin abandonar este marco epistemológico, entendemos que la ciencia como parte de las relaciones sociales debe orientarse a producir conocimiento para la transformación de la realidad y desarrollar un modelo de trabajo en espiral, que permita madurar las experiencias en un proceso continuo e incorpore básicamente tres grandes fases:

- ✓ **Planificación:** que facilite un diagnóstico de situación y un diseño de acciones coherentes al mismo, manteniendo la moldeabilidad que permita mejorar el diálogo dialéctico entre los participantes así como su propio diseño.
- ✓ **Acción transformadora:** que reúna la planificación desarrollada y la verdadera oportunidad de desarrollar conocimiento.
- ✓ **Evaluación:** análisis de los resultados, reestructuración, y proyección de una nueva planificación si procede, cerrando así cada vuelta de la espiral.

Es preciso incidir en la flexibilidad de estas tres fases que deben permitir un abordaje dinámico a lo largo de su desarrollo. De este primer esquema básico evoluciona a las cinco etapas descritas por Martí (2017) a raíz del esquema no publicado de Alberich "Ejemplos de fases y técnicas en la IAP", que se recogen en el **cuadro 1**.

Etapa de pre-investigación: Síntomas, demanda y elaboración del proyecto.

0. Detección de unos síntomas y realización de una demanda (desde alguna institución, generalmente administración local) de intervención.
1. Planteamiento de la investigación (negociación y delimitación de la demanda, elaboración del proyecto).

Primera etapa. Diagnóstico.

Conocimiento contextual del territorio y acercamiento a la problemática a partir de la documentación existente y de entrevistas a representantes institucionales y asociativos.

2. Recogida de información.
3. Constitución de la Comisión de Seguimiento.
4. Constitución del Grupo de IAP.
5. Introducción de elementos analizadores.
6. Inicio del trabajo de campo (entrevistas individuales a representantes institucionales y asociativos).
7. Entrega y discusión del primer informe.

Segunda etapa. Programación.

Proceso de apertura a todos los conocimientos y puntos de vista existentes, utilizando métodos cualitativos y participativos.

8. Trabajo de campo (entrevistas grupales a la base social).
9. Análisis de textos y discursos.
10. Entrega y discusión del segundo informe.
11. Realización de talleres.

Tercera etapa. Conclusiones y propuestas.

Negociación y elaboración de propuestas concretas.

12. *Construcción del Programa de Acción Integral (PAI).*
13. *Elaboración y entrega del informe final.*

Etapa post-investigación: Puesta en práctica del PAI y evaluación. Nuevos síntomas.

Cuadro 1. *Etapas y fases de una Investigación Acción Participativa (IAP). Fuente: Martí J. (2017).*

3.2.2. La medición del impacto social de la cooperación

La definición del impacto social de un proyecto se centra en los cambios verificados en una comunidad así como en el modo en que se producen dichos cambios: efectos previstos y no previstos, negativos y positivos, y el factor tiempo en la duración de los efectos de una acción (los resultados a medio y largo plazo), así como la relación causa-efecto entre la aplicación de un proyecto o programa y el impacto causado.

*"No todo lo que cuenta puede ser medido,
ni todo lo que puede ser medido cuenta".*

Albert Einstein.

El ya mencionado cambio de paradigma en la cooperación al desarrollo pone de manifiesto algunas causas que visibilizan la necesidad de analizar el impacto en las entidades sociales, la tabla 4 muestra las principales.

Tabla 4. Causas que empujan a medir y gestionar el impacto en las entidades sociales.

Fuente: García (2018).

Internas	Externas
Oportunidad de gestionar el conocimiento e incorporarlo en la cadena de valor	Cambio de fuentes de financiación del tercer sector y sus requisitos
Aportar legitimidad a la entidad social	Aumento de la inversión con impacto
Revisión del propósito y el papel de la organización, y de la definición y comunicación de la Misión	Cambio de paradigma en lo social: competencia y fragmentación de algunas entidades, retirada del sector público, nuevos actores, etc
Cansancio del donante, pérdida de confianza y reputación	Creciente y necesaria demanda de transparencia
Deficiencias del modelo operativo, burocratización, desafección de los equipos	Nuevo marco global de actuación: Agenda 2030

Más allá de la presentación de los resultados obtenidos, el análisis del impacto indagaría en los resultados teniendo en cuenta lo que pudo haber sucedido sin la actividad realizada, la acción de otros y los resultados sobrevenidos. En otras palabras, es el grado en que los cambios pueden ser atribuidos a la intervención, teniendo también en cuenta otras alternativas. Se definen como efectos de ajuste (Ayuso, 2018) los siguientes aspectos:

- qué habría sucedido de todas maneras ("peso muerto" o deadweight)

- la acción de otros ("atribución" o attribution)
- hasta qué punto y cómo el resultado de la intervención inicial se reducirá con el tiempo ("decrecimiento" o drop off)
- hasta qué punto la situación original se ha desplazado a otro lugar, o los resultados han desviado a otros posibles resultados positivos ("desplazamiento" o displacement)
- las consecuencias no intencionadas (tanto positivas como negativas)

3.3. Plan de Gestión de Personas elaborado para el MSP de la RASD

En este punto es preciso recordar que el Proyecto se implementó entre los meses de septiembre de 2016 y julio de 2017 por un equipo multidisciplinar de la Universidad de Jaén, y que contemplaba varias Líneas de Trabajo:

- Línea I: Fortalecimiento institucional de la Universidad de Tifariti (diseño de Planes de Estudio, puesta en funcionamiento del Rectorado).
- Línea II: Mejora de los programas docentes de la Titulación de Enfermería de Smara y Dajla (actuales escuelas de enfermería de los CRS).
- Línea III: Desarrollo de un Programa de Formación Continuada para profesionales sanitarios de los CRS (médicos/as, enfermeras/os, matronas).
- Línea IV: Apoyo en el análisis de datos epidemiológicos y de salud pública de los CRS.
- Línea V: Desarrollo de un Plan de Gestión por Competencias para el Servicio de Salud, y un Plan de Calidad Asistencial.

Tal como se desprende, este Trabajo Fin de Máster recoge las intervenciones realizadas en el primer apartado de la Línea de Trabajo V. Dicha Línea, así como la II, III, y IV, tienen su origen en un proyecto anterior ejecutado en los doce meses anteriores. En aplicación de las distintas etapas descritas en el Cuadro 1, la Etapa de pre-investigación se integra en el cierre del primer proyecto para dar inicio a su desarrollo en el proyecto actual.

A continuación se presentan los Objetivos y Metodología de la Línea V tal como fueron redactados en el Proyecto.

Objetivos

Objetivo general:

Mejorar la motivación del personal sanitario de los Campamentos de Refugiados de Tinduf para evitar la fuga de talentos.

Objetivos específicos:

- Conocer el estado actual de la motivación de las enfermeras/os y médicos/as de la RASD.
- Recopilar propuestas de mejora de la motivación e implicación profesional por parte de los profesionales de los distintos niveles y poblaciones.
- Elaborar una propuesta de Plan de Gestión de Personas individualizada, adaptada a la realidad de la RASD.

Metodología

Se planteó una investigación cualitativa por tratarse de aspectos difícilmente accesibles desde planeamientos cuantitativos, que pudieran dejar de contemplar variables ligadas a las emociones, las percepciones, u otros aspectos subjetivos que habrían sido descartados o no tenidos suficientemente en cuenta, principalmente en la fase de recogida de aportaciones para la mejora por parte de los profesionales. Se trata de un estudio inductivo y holístico en el que no se analizan variables predeterminadas sin más, sino que las respuestas obtenidas son tratadas como un todo, y ninguna será descartada. Tendremos en cuenta dos cuestiones fundamentales para la validez interna y externa: la selección de los participantes, y la triangulación de la información, para aportar el debido rigor al análisis de la información y la sistematización de los resultados (Miraa, 2004).

Participantes

En las distintas fases de la investigación los informantes clave fueron profesionales de todos los niveles organizativos: personal de gestión (Direcciones de departamentos ministeriales, Direcciones de Hospitales y Wilayas, Responsables de Areas Instrumentales), personal sanitario de base (médicas/os y enfermeras/os); por supuesto además eran profesionales del ámbito hospitalario y del ámbito de Atención Primaria de Salud (Dispensarios).

Instrumentos y Materiales

Fase 1: Entrevistas semiestructuradas al menos a 2 representantes de cada colectivo referido en el apartado anterior, por cada wilaya. Se realizarían tantas entrevistas como fuera necesario hasta alcanzar la saturación de la información.

Fase 2: Grupos focales con un mínimo de 6 y un máximo de 12 participantes, integrando en cada grupo a representantes de los colectivos referidos, en cada una de las cinco wilayas, y al igual que las entrevistas, se realizarían tantos grupos como procediera hasta la saturación de la información. Los grupos se grabaron en video para su transcripción y análisis posterior.

Fase 3: Triangulación de la información. Una vez obtenidas las unidades y categorías de análisis, la triangulación de la información serviría para contrastar los resultados, analizando coincidencias y diferencias tanto entre las dos técnicas utilizadas (entrevistas individuales y grupos de opinión), como entre wilayas (triangulación espacial), así como –si se diera el caso- entre tipos de participantes. Dado que es la misma investigadora quien realizaría ambas técnicas y en todos los casos, no procede la triangulación de investigadores/as (Aguilar & Barroso, 2015).



Figura 5. Entrevista al Director del Hospital de Bujador. Fuente: elaboración propia.

Diseño y procedimiento

En aplicación del principio de suficiencia, se debían realizar tantas entrevistas y grupos focales como fuera preciso hasta alcanzar la saturación de la información (cuando la información no aporte nada nuevo); por otro lado, se atendería a la adecuación de los datos en base a las dimensiones de estudio mostradas a continuación, que integran tanto el guión básico de las entrevistas semi-estructuradas, como de los grupos focales. Las personas participantes son a su vez implicadas en el problema objeto de estudio y es preciso contemplar que el simple hecho de participar les podría inducir de alguna manera a cambios de actitud o percepción de su puesto de trabajo.

Aspectos clave a incluir en las preguntas de las entrevistas y en la guía de los grupos focales:

- ✓ Conocimiento sobre el puesto de trabajo (*¿qué se espera de mí?*).

- ✓ Satisfacción con el actual modelo de evaluación del desempeño y del desarrollo profesional.
- ✓ Satisfacción con el trabajo en sí, con su relación con los iguales, con su relación con su superior/a inmediato.
- ✓ Modelo de comunicación/retroalimentación practicada entre quienes toman decisiones y el personal de base.
- ✓ Flexibilidad en los comportamientos (repertorio de rutinas para adaptarse a distintas situaciones).
- ✓ Flexibilidad en las habilidades (conocimientos y destrezas presentes para ello)
- ✓ Satisfacción con la política salarial y el actual modelo de asignación de incentivos económicos.

En todas estas dimensiones se incluirían preguntas sobre la percepción de la situación actual, y sobre áreas o propuestas de mejora para las mismas.

Ejecución

Lo que pretende la gestión de los recursos humanos en este modelo es lograr una gestión ajustada al potencial humano utilizando las características clave de los profesionales con los que cuenta en la actualidad y con los futuros profesionales que se incorporen al sistema. La metodología ideal es aquella en la que participan activamente tanto los profesionales base de cada categoría, como sus responsables inmediatos y miembros del equipo Directivo. La consecuencia es la integración de un equipo de trabajo que alcanzará los objetivos marcados a corto, medio y largo plazo de una manera efectiva. Para conseguir esta meta es preciso definir los puestos de trabajo desde la perspectiva de las competencias profesionales, siguiendo los siguientes pasos:

1. Definición de puestos.
2. Conocimientos, habilidades y actitudes requeridos en cada puesto.
3. Definición de procesos de desarrollo profesional para el avance competencial.

El Plan de Gestión de Personal propone el despliegue de estos 3 pasos para la mejora de la implicación profesional del personal sanitario de la RASD en todos sus niveles de actuación, orientado tanto al personal sanitario de base como al personal que ejerce puestos de responsabilidad y toma de decisiones organizativas.

Síntomas, demanda y elaboración del proyecto.

Para el diseño del Plan es precisa una base metodológica –el Modelo de Gestión por Competencias- imbricada en la realidad del Sistema Sanitario en el que se pretende aplicar. El presente informe nace de la información obtenida mediante metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas a distintos profesionales de salud de la RASD con responsabilidad en

la gestión de hospitales, realizadas en octubre de 2016 y otras Fuentes de Información oficial del Ministerio de Salud Pública, tales como:

- Plan Estratégico de Salud del MSP 2016-2020
- Programas Nacionales de Salud de la RASD: Programa Nacional de Salud Reproductiva, Programa Integral Saharaui de Salud Infantil, Programa Nacional de Enfermedades Crónicas, y Programa Nacional de Promoción de Salud.
- Documentación publicada en la Mesa de Concertación de noviembre 2016, y EUCOCO 2016.

El análisis de dicha información se complementa aquí con propuestas de mejora para la Gestión de Personal, que se ponen a disposición del Ministerio de Salud Pública de la RASD para su valoración e implementación, si así lo determina.

¿Qué habría aportado la IAP en esta fase?

Siguiendo la metodología IAP, la creación de un equipo de trabajo habría aportado valor frente al trabajo realizado por una sola persona, evitando sesgos de interpretación, facilitando la realización de entrevistas y su análisis posterior; y optimizando el factor tiempo en esta fase de recogida de información, lo cual habría permitido un mayor número de participantes en la misma, enriqueciendo la información obtenida. Así pues, desde el paradigma de la IAP se propone la creación de una **Comisión de Seguimiento**, descrita en la tabla 5.

Tabla 5. Misión e integrantes del Grupo Motor de Implantación según la IAP..

Fuente: elaboración propia.

Instrumento	Misión	Integrantes
Comisión de Seguimiento	Recogida de expectativas y aportaciones de los profesionales en todos los niveles de asistencia y responsabilidad	2-3 miembros del equipo español, 1-2 directivos/as del MSP, 1-2 responsables intermedios, 2-3 profesionales sanitarios de hospitales, 2-3 profesionales sanitarios de atención primaria (dispensarios y agentes de salud). Máximo 10-12 personas.

Tal como se describió anteriormente, en caso de constituir dicha **Comisión de Seguimiento**, habría sido precisa una formación a sus integrantes que minimizara el sesgo inter-observador en la realización de entrevistas y grupos de opinión. La creación de este equipo integrado por personal saharauí sostiene el *principio de No Delegación*, implicando a miembros de la comunidad como investigadores por medio de su propia indagación colectiva. Por otro lado, no debemos perder de vista el riesgo de que en la comunidad de profesionales surgieran luchas por la legitimidad y el cambio -tal como describen en su investigación Nathan, Stephenson y Braithwaite (2014)- o que la comunidad pudiera percibir una pérdida de control sobre los procesos e incluso que investigadores/as activistas tendieran a dirigir a sus colegas entrevistados hacia su propia ideología (Oslender, 2013). En cualquier caso, en esta versión del trabajo habría sido preciso realizar la triangulación de investigadoras/es.

Diagnóstico.

Nos encontramos en la Primera Etapa descrita en el Cuadro 1, de Diagnóstico, que se inicia con la recogida de información inicial.

Durante el mes de septiembre se elaboró el guión de entrevista individual que se realizaría a Directores y Responsables de Salud y Hospitales, y se remitió al Coordinador de Salud en la contraparte, quien a su vez era Responsable de Formación de Profesionales en el Ministerio de Salud Pública de la RASD para su aprobación. En la visita a terreno del mes de octubre, de una semana de duración, la investigadora realizó 4 entrevistas individuales semiestructuradas a Directores de Hospitales. El Anexo I muestra los resultados de una de ellas a modo de ejemplo (se han omitido los datos de filiación de la persona entrevistada y de la Wilaya referida). Al cierre de esta ronda de entrevistas, y una vez de vuelta en España, se realizó un informe de análisis de las respuestas obtenidas, y se envió al equipo coordinador del proyecto y a la contraparte.

En el Anexo II se recoge la información solicitada al Coordinador de Salud Saharauí para complementar a la obtenida en las entrevistas.

Construcción del Plan de Gestión por Competencias para el MSP de la RASD

Siguiendo los apartados anteriores, el trabajo de campo se configuró en dos grandes bloques operativos:

- A. El diseño del Catálogo de Mapas de Competencias
- B. La descripción de los Procesos de Gestión implicados.

3.3.1. El diseño del Catálogo de Mapas de Competencias

El inicio de esta fase consiste en la revisión de puestos de trabajo descritos en el organigrama actual por si procediera alguna modificación, y en dicho análisis se encontraron dos realidades del sistema sanitario saharauí que deben ser tenidas en cuenta: la barrera generacional y el enfoque de género.

1. Definición de puestos

El primer paso consiste en la descripción de los puestos de trabajo que integran el sistema completo de salud y su organigrama funcional. En el momento de ejecución del proyecto se partió de los puestos que el MSP tenía establecidos, ofreciendo al Ministerio la posibilidad de revisarlos si en un futuro a medio plazo así lo considerara.

En caso de re-estructuración, se informó al Ministerio de que una vez establecidos e integrados todos los puestos, es posible revisar su adecuación a lo largo del tiempo, así como identificar posibles candidatos o candidatas a los distintos puestos a corto, medio y largo plazo, y prever posibles reposiciones de personas adscritas a puestos de responsabilidad o toma de decisiones, determinando un recorrido formativo para ello si es el caso, capacitando y entrenando a la persona en ciertas habilidades de forma previa a su incorporación al puesto.

En cualquier caso, en una primera fase de aplicación de este sistema, en general no procede la renovación de los puestos de responsabilidad; la recomendación es realizar un análisis del grado de cumplimiento actual de las competencias definidas para cada puesto y persona, y el establecimiento de un calendario formativo orientado a facilitar a las mismas la adquisición de aquellas competencias que tuviera menos desarrolladas, fijando metas a corto y medio plazo que permitan a cada profesional adecuarse a lo que desde el Ministerio se ha determinado que se espera de ellas y ellos por el puesto que desempeñan.

En un segundo tiempo, el Ministerio podría analizar el grado de adecuación individual tras la formación y un periodo coherente de aprendizaje, si las personas que actualmente ocupan cada puesto de trabajo (asistenciales y responsables) son las adecuadas para continuar desarrollándolos, o bien plantear su ubicación en otro puesto y renovación del mismo. Así, la gestión por competencias facilita en gran medida la toma de decisiones del órgano máximo responsable en la organización, para garantizar la optimización de las capacidades de los miembros de su equipo en todos los ámbitos de decisión; por otro lado, los profesionales conocen lo que se espera de ellos/as y como respuesta humana que es, buscarán las herramientas para su propio desarrollo profesional

individual acorde a las competencias descritas para su puesto, y al logro del máximo nivel de calidad en su desempeño.

Por último, disponer de un catálogo de puestos perfectamente definidos, permitirá al Ministerio modificar –si así lo considera- en el futuro algunos de ellos, suprimir unos o crear otros, acorde a la evolución de las necesidades de salud del pueblo saharauí, de la creación de nuevos programas de salud, creación de centros sanitarios o remodelación de los mismos, etc.

Aspecto a considerar: la barrera generacional.

El distanciamiento generacional en las organizaciones impone barreras entre las personas. La experiencia de quienes se encuentran entre los 40 y 50 años (que aún tienen mucho que aportar al sistema) choca con el ímpetu y la preparación de jóvenes en torno a los 30 años o menos, con amplio potencial, que irrumpen con fuerza en la organización. Este aspecto cobra especial importancia en los Campamentos de Refugiados Saharauis por su condición de refugiados y por las vivencias tan dispares habidas entre una generación y otra, y la necesidad actual de aunar la mejor fuerza de cada una de ellas para lograr una asistencia sanitaria segura, accesible y de calidad al pueblo saharauí para garantizar su desarrollo y crecimiento saludable en un entorno de especial dificultad.

La definición del potencial de las personas minimiza el choque generacional, entre otras posibles tensiones, y facilita el establecimiento de planes de desarrollo y de sucesión de forma objetiva, clara y sistematizada. Además, la reducción de dichas tensiones hace que las personas se comprometan más con la organización, se reduzca la resistencia al cambio (existente en todas las culturas y organizaciones), y se logra una mejor aceptación de las nuevas medidas que requiere el paso de una situación a otra.



Figura 6: Reunión con enfermeras y enfermeros de distintas generaciones.

Fuente: elaboración propia.

Aspecto a considerar: la aportación y presencia de mujeres y hombres.

La igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico universal reconocido en diversos textos internacionales sobre derechos humanos desde su redacción, como los que destaca la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1979. En este mismo ámbito procede evocar los avances introducidos por conferencias mundiales monográficas, como la de Nairobi de 1985 y Beijing de 1995.

La necesaria presencia de las mujeres en puestos de responsabilidad política, social, cultural y organizativa, así como los problemas de conciliación entre la vida personal, laboral y familiar muestran cómo la igualdad plena, efectiva, entre mujeres y hombres, aquella *«perfecta igualdad que no admitiera poder ni privilegio para unos ni incapacidad para otros»*, en palabras escritas por John Stuart Mill hace casi 140 años, es todavía hoy una tarea pendiente en todas las culturas y países, que precisa de instrumentos normativos que consideren la igualdad efectiva a todos los niveles de la organización de una sociedad. El sistema sanitario de la RASD no es ajeno a esta necesidad de avance mundial, por lo que en el presente Plan de Gestión de Personal se incluye la importancia de garantizar tanto el libre acceso de las mujeres en iguales condiciones que los hombres a todos y cada uno de los puestos descritos por el Ministerio de Salud Pública, como la consideración de la aportación de unas y otros por igual a la mejora y evolución futura del servicio prestado, la salud del pueblo saharauí.

Incorporar una óptica de igualdad de género en el presente Plan se especifica en los siguientes aspectos:

- Es preciso considerar la presencia igualitaria de figuras femeninas y masculinas en puestos de dirección y responsabilidad, reconociéndose el sobreesfuerzo desde el punto de vista personal, profesional y del desempeño, que deben realizar las mujeres, frente a los hombres, estrechamente relacionado este sobreesfuerzo con los estereotipos de género, al seguir siendo la mujer la que en mayor medida asume el grueso de las responsabilidades familiares y en el ámbito doméstico en los campamentos.

- En la creación de Planes de Formación hay que contemplar la adopción de medidas para la mejora de los sistemas de registro y de explotación de datos desagregados por sexo como un requisito indispensable para el proceso de análisis y posterior toma de decisiones en la política formativa desde una óptica de igualdad de género, debido a las mismas dificultades expuestas en el punto anterior. Por tanto, las actividades formativas tendrán en cuenta el mejor horario y metodología de aprendizaje con las herramientas disponibles, para facilitar el acceso por igual de mujeres y hombres a las mismas, como motor del desarrollo profesional.

- En la exploración de necesidades formativas para los Planes de Formación futuros, se estudiará la oportunidad de integrar estudios de género al personal, principalmente a quienes ejerzan puestos de responsabilidad organizativa.

Este Plan de Gestión de Personas supone un paso hacia la igualdad real, mejorando en última instancia la efectividad y calidad en este importante servicio público ya que, por un lado, se estará formando a profesionales sensibles a las desigualdades de género y su influencia en la salud, y, por otro, estaremos aprovechando al máximo el potencial de todas las personas en función de sus capacidades y competencias y no en función de su sexo.

En caso de haber aplicado la IAP, en la Comisión de Seguimiento se incorporarían el 50% de mujeres y hombres para salvar el sesgo de género. En la RASD las mujeres ocupan puestos base, mandos intermedios y Ministerios, pero en el año de ejecución de este proyecto, no encontramos mujeres en los puestos directivos del Ministerio de Salud Pública.

2. Mapas de Competencias Profesionales (MCP) para cada puesto

Para determinar los Mapas de Competencias se partió de los requerimientos básicos alineados con los objetivos y valores del Ministerio de Salud Pública de la RASD, y de la realidad actual de los profesionales de cada grupo o perfil.

Se trataba de elaborar Mapas de Competencias para los siguientes colectivos:

- Enfermería de Hospital ⁽¹⁾
- Enfermería de Dispensario

- Medicina General ⁽²⁾
- Enfermería Escolar
- Matrona
- Otros que el MSP estimara oportunos

(1). En el futuro se podrían desglosar dentro del Hospital, en los siguientes Mapas de Competencias:

- Enfermería de Area Quirúrgica
- Enfermería de Urgencias
- Enfermería de sala/hospitalización

(

2). Del mismo modo, para el personal médico se podrían desglosar en otras especialidades, acorde a la cartera de servicios de cada hospital:

- Radiodiagnóstico
- Farmacia
- Estomatología
- Ginecología / Obstetricia
- Pediatría

Programación.

Para el trabajo de campo, durante los meses de noviembre a enero se planificaron los grupos de trabajo que se realizarían en la segunda visita, y se configuraron los guiones de los mismos, bajo la metodología de Grupo Focal. Se definieron dichos grupos como "**Comisiones Técnicas de Desarrollo Profesional (CTDP)**". Se planificaron del siguiente modo para la visita del mes de mayo de 2017 (segunda visita a terreno):

- Se visitaría una wilaya cada día, y en ella se realizaría una CTDP integrada por responsables y directores de área del Hospital y Dispensarios, seguida de otra CTDP integrada por profesionales de base (médicos/as, enfermería, matronas, técnicos)

- Se remitió el guión de entrevista grupal al Coordinador de Salud Saharaui para su revisión y aprobación previas al viaje.

- Se solicitó a dicho Coordinador que realizara la convocatoria previa de las personas que debían asistir a cada Comisión.

El Anexo III y IV muestran respectivamente el guión de trabajo y las personas a convocar en cada grupo, y las preguntas abiertas a trabajar en cada uno de ellos.

Durante la visita del mes de mayo, también de siete días de duración, se realizaron cinco grupos focales, con un mínimo de participantes de 6 y un máximo de 9 personas:

- Responsables de Aaiun
- Personal de base de Dajla
- Responsables de Dajla
- Personal de base de Smara
- Responsables de Smara

A pesar de que con estos cinco grupos obtuvimos un nivel adecuado de saturación de la información, no fue posible realizar CTDP en Bujador ni en el Hospital Nacional de Rabuni, por no haber sido convocadas las personas solicitadas previamente. Es una realidad en los Campamentos de Refugiados la escasez de personal y las dificultades de disponibilidad y acceso cuando no se encuentran trabajando, al mismo tiempo que durante los turnos de trabajo el personal es mínimo en los hospitales y dispensarios, y por supuesto deben priorizar la labor asistencial o de cuidado a los pacientes ante la asistencia a una reunión de trabajo. Estos fueron los motivos alegados por sus responsables. Como área de mejora en esta fase, si el proyecto hubiera contemplado la figura de una persona en la coordinación permanente en terreno durante la ejecución del mismo, entendemos que dificultades como esta, basadas en la accesibilidad y disponibilidad del personal para la participación activa, se habrían evitado al poder emitir convocatorias más amplias y flexibles, o realizar los grupos focales en tiempos más espaciados y no concentrados en una sola semana.



Figuras 7 y 8: Reunión de Comisión Técnica de Desarrollo Profesional en Dajla.

Fuente: elaboración propia.

En dichas reuniones se presentaba un borrador de competencias obtenido en base a las entrevistas individuales realizadas a directores de hospital en la visita anterior a terreno (octubre 2016), a la documentación solicitada al Coordinador, y a las necesidades formativas recogidas en el Plan de Formación elaborado por el MSP y Médicos del Mundo en 2016, para enfermeros/as de Hospital y médicos/as, y se abría a la participación de las personas asistentes para recoger aportaciones. En el futuro, esta misma metodología podría ser aplicada íntegramente por personal de la RASD, asignando a una persona la labor de elaboración del borrador y dirección de las entrevistas grupales oportunas para el consenso y la redacción final de nuevos Mapas de Competencias que se incorporen.

El Anexo V recoge a modo de ejemplo uno de los Mapas de Competencias consensuado (el de enfermería de dispensario).

3.3.2. Procesos de Gestión implicados

El **Modelo de Gestión por Competencias** se materializa en todos los procesos de desarrollo profesional dando consistencia a un sistema integral, alineado con los valores del Ministerio y su sistema sanitario. En el presente Plan se detallaron los siguientes, y podrán ser incorporados otros procesos de desarrollo o promoción acorde a las necesidades del Ministerio de Salud Pública de la RASD:

- Formación continua de los profesionales
- Evaluación del Desempeño
- Sistema de cobertura de puestos, selección de personal
- Otras herramientas a estudiar

A continuación se detalla cada proceso, y se incluye en primer lugar una descripción de la situación actual en los centros sanitarios de la RASD a raíz del trabajo de campo realizado, seguido de un apartado llamado "*Propuestas*", en el que se muestra lo que este Proyecto ofrece como mejora.

I. Formación

Las herramientas de evaluación y calidad de la Formación a los profesionales se fundamentan en 3 pilares:

- Satisfacción del alumnado en términos de calidad percibida (accesibilidad, cumplimiento de expectativas, comprensión del contenido, aplicabilidad del mismo a su

trabajo, organización temporal, metodología empleada, nivel de conocimientos y habilidades para su transferencia por parte del profesorado, etc)

- Aprovechamiento de la formación recibida, grado de adquisición del conocimiento/habilidades transmitidos.

- Impacto de la formación recibida, medido en términos de mejora en la práctica clínica a partir de la finalización de la actividad formativa, y por ende en el cuidado de la salud de la población saharauí.

El primer aspecto, la satisfacción, puede medirse fácilmente con cuestionarios auto-administrados compuestos por preguntas cerradas y opción de respuesta en escala Likert de 5 o 10 puntos, y respuestas abiertas que permitan incorporar áreas de mejora libremente expresadas por el asistente.

El segundo, la adquisición del conocimiento o habilidad, se mide con cuestionario auto-administrado de preguntas cerradas con 3-4 opciones de respuesta y una sola correcta. A ser posible, el cuestionario se cumplimentará antes de impartir el contenido, y al finalizarlo, y se realizará informe de análisis de las diferencias en las respuestas correctas. El Ministerio de Salud Pública pedirá a cada docente o coordinador/a de actividad formativa implementada el diseño, cumplimentación y análisis de los resultados en base a dicho cuestionario.

El tercer ítem, el impacto en términos de mejora de la práctica, es el más complejo de evaluar pues requiere la observación por parte de un tercero/a durante la práctica clínica en el puesto de trabajo, o bien herramientas de auditoría que permitan evaluar el registro de la actividad en términos de calidad o valor añadido de la misma. En el presente Proyecto de la Universidad de Jaén se incluye también un Plan de Calidad Asistencial, que recogerá propuestas de herramientas de auditoría.

Propuestas para la RASD:

- ✚ Diseñar un registro de **Asistencia Individualizada a Actividad Formativa**, a modo de ficha personal de cada profesional, que recoja las actividades formativas a las que ha asistido en cada periodo y del que se haga entrega al Director del Hospital/Salud, y al Responsable de Formación del MSP. Anexo VI.

- ✚ Diseñar un **Cuestionario auto-administrado único** para la medición de la **satisfacción** con la formación impartida, que se utilizará en el mismo formato para todos los colectivos e indistintamente del contenido, la duración, o el docente que imparta la formación.

- ✚ Diseñar un formato estándar de **Cuestionario auto-administrado de transferencia de conocimiento** que sirva de base a los cuestionarios específicos que

deberán realizar los docentes que impartan formación presencial a los sanitarios de la RASD.

El uso de herramientas normalizadas para la evaluación de la formación permitirá obtener indicadores de calidad de la misma, así como identificar áreas de mejora y evaluar acciones correctoras implementadas a lo largo del tiempo.

Las entidades formadoras realizarían un informe con los resultados de ambos cuestionarios tras cada actividad formativa impartida (los tres modelos anteriores), que remitirían al Departamento de Formación del MSP.

II. Evaluación del Desempeño

Según la información recogida, la evaluación del desempeño realizada en la actualidad no contempla la presencia necesaria del trabajador/a ni la autoevaluación, sino en la mayoría de los casos es una evaluación realizada por el Director o en consenso con la Comisión de Dirección. Contemplar la participación del trabajador o trabajadora en su evaluación del desempeño, además de incrementar la transparencia del proceso, aportaría dos dimensiones importantes para la motivación:

- Incluir una fase de autoevaluación le permitiría reflexionar sobre su práctica e implicación con el trabajo, facilitando el proceso de autocrítica con identificación de áreas de mejora, y una mayor probabilidad de modificación de su práctica e incremento de la implicación por el hecho de pertenecer al ámbito de la autoestima y autorrealización. Por definición en la especie humana, nadie quiere ser peor que otros.
- Facilitar la participación del trabajador/a en la evaluación, mediante la realización de una entrevista realizada con su responsable inmediato/a, le permitirá conocer de primera mano lo que se espera de él o ella, así como de los resultados de su desempeño. Los aspectos positivos aumentarán su satisfacción y sentido de pertenencia (al ser recibidos de su responsable superior), y los aspectos a mejorar aumentarán su motivación externa induciendo a una reflexión para el cambio.

Por otro lado identificamos que en la actualidad, las enfermeras y enfermeros a menudo son evaluados por personal médico, siendo esta una disciplina distinta y en principio desconocedora de las competencias y el campo de conocimientos de enfermería. Esto, unido a un organigrama donde la enfermería está poco representada en los ámbitos de gestión/dirección, puede estar facilitando la

desmotivación profesional de este colectivo, sin obviar –por supuesto- la dependencia económica de terceros para el pago del salario (actualmente llamado incentivos).

Es importante que la figura o ente que tome decisiones sobre la organización de la actividad conozca las competencias de los distintos colectivos implicados en ella.

Propuestas para la RASD:

Añadir a la evaluación del desempeño el esfuerzo por adquirir conocimientos y habilidades (asistir a formación, compartir el conocimiento, etc), así como asumir determinadas responsabilidades en su centro de trabajo, y actitudes relacionadas con la disposición al aprendizaje, trabajo en equipo, y asunción de responsabilidad.

Es necesario que el personal en puestos de responsabilidad reciba formación en habilidades directivas y de comunicación, concretamente en entrevista de evaluación y entrevista motivacional.

Se propone la realización de una entrevista individualizada entre el responsable inmediato y el o la trabajadora, que se realice de forma periódica (el MSP determinará la periodicidad, siendo recomendable su realización para este entorno de forma semestral o trimestral). En dicha entrevista, responsable y profesional tendrán delante el Mapa de Competencias a modo de ficha individual de desarrollo, y marcarán en él la evolución realizada por el profesional desde la última entrevista de evaluación del desempeño realizada, felicitándole por sus logros o avances así como por su implicación en aspectos o situaciones en que la haya demostrado.

La entrevista debe seguir un modelo sistematizado para conseguir los siguientes objetivos desde el punto de vista del trabajador/a:

- Percepción de formar parte de un equipo profesional, y de que mi aportación es tenida en cuenta.
- Percepción de que mi responsable inmediato se interesa por mi trabajo y tiene en cuenta mis gestos de implicación.
- Percepción de que estoy desarrollándome conforme a lo que se espera de mí, y que sé cuál es el camino futuro en mi profesión y puesto de trabajo para mejorar cada día.
- Percepción de que en el futuro seré felicitado/a cuando supere mi actual desempeño.

La metodología de entrevista consiste en:

- ❖ Realizarla en un espacio y tiempo dedicado exclusivamente a la persona entrevistada, para que sienta que su responsable tiene tiempo para ella o él, porque

es importante lo que van a tratar en ella. Se debe evitar cualquier tipo de interrupción externa.

- ❖ Citar previamente al trabajador/a, nunca realizarla sin previo aviso o de forma casual o inesperada.

- ❖ A ser posible, realizarla en el despacho del responsable, o bien en una sala cómoda y en un ambiente distendido y formal al mismo tiempo.

- ❖ Al inicio de la entrevista, se hará un repaso de su desempeño en el último periodo resaltando aspectos positivos del mismo (acciones concretas, esfuerzos específicos que habrá que relatar para aumentar la credibilidad en la entrevista).

- ❖ A continuación, se dará un tiempo –unos minutos- de reflexión a la persona para que se autoevalúe en base al Mapa de Competencias de su puesto de trabajo, que tendrá accesible en ese momento.

- ❖ Responsable y entrevistado/a ponen en común lo aparecido en la autoevaluación, incidiendo tanto en los aspectos positivos como en las áreas de mejora identificadas.

- ❖ El/la responsable invitará al entrevistado/a a proponer acciones correctoras o buenas prácticas para resolver las deficiencias o aspectos a mejorar en su práctica diaria, y aceptará estas, pudiendo complementarlas con otras de su propia elaboración.

- ❖ Establecerán un compromiso mutuo: el trabajador/a verbalizará las acciones de mejora que implementará desde ese día, y la/el responsable verbalizará la medida en que continuará observando las conductas para la comprobación del cambio esperado.

Esta metodología de entrevista de evaluación del desempeño que busca motivar al trabajador/a se entrenó en el Taller Formativo que se describe al término de este capítulo.

Necesidades formativas: La entrevista es el momento ideal para recoger necesidades formativas del profesional, siendo la mejor opción aquella en la que la propia persona las identifica a la luz de su mapa de competencias y su autoevaluación. En cualquier caso, su responsable tendrá la última palabra para establecer qué áreas de conocimiento precisa incrementar, y lo tendrá en cuenta para diseñar el siguiente Plan de Formación y orientar a esta persona a asistir a la formación específica identificada como necesaria para él o ella, cuando se realice la misma.

Registro y seguimiento: Es preciso utilizar un sistema de registro y seguimiento del desempeño profesional de cara a futuras entrevistas. Este es el modo seguro de que los profesionales valoren que la organización está interesada en su desempeño y en su desarrollo profesional. Incluso es adecuado iniciar la entrevista repasando la del periodo anterior, para compartir en directo la evolución en dicho tiempo.

Aplicación en incentivos económicos: en la implantación de este modelo, el Ministerio puede decidir aplicar una parte variable de los incentivos que será recibida en mayor o menor cuantía por los profesionales en base a los logros conseguidos en su desarrollo profesional, evaluados en la entrevista de evaluación del desempeño. Esta medida, ampliamente recomendada por las organizaciones con experiencia en gestión por competencias, será bien recibida y aceptada por todas las personas siempre que conozcan previamente lo que se espera de ellas (su Mapa de Competencias), y confíen en la implicación de los responsables que los evaluarán, contemplándolos como líderes de la organización, y percibiendo que durante la actividad cotidiana están presentes en sus puestos de trabajo como para conocer el desempeño real de cada persona de su equipo.

La parte económica variable no precisa ser un alto porcentaje del total económico que perciben los profesionales, con un mínimo de variación que les haga sentir que no se valora por igual a quien se compromete y a quien no lo hace, es suficiente, y se ha comprobado que con una mínima variación se consigue este efecto, aumentando la motivación a desarrollar las competencias deficitarias en el tiempo siguiente a la realización de cada entrevista personal.

La implementación ideal contempla que la primera vez que se realicen entrevistas de este modelo, no incluyan variación económica, y en ellas se explique a la persona la parte variable que sí se aplicará a partir de ese momento, quedando claro qué se espera de ella en el periodo siguiente.

III. Sistema de cobertura de puestos, selección de personal

El actual sistema de acceso a los mismos es mediante nombramiento directo del Ministerio de Salud Pública. Los criterios para dicho nombramiento se refieren a la experiencia en gestión previa (si la hay), o aspectos individuales (edad, formación académica, disposición para el puesto, etc). En la fase de identificación de necesidades y entrevistas a Directores no se aporta evidencia documental o procedimiento de selección o nombramiento.

Equipo de Gestión/Mandos Intermedios:

En cada hospital existe un Comité de Dirección, cuya composición difiere entre los distintos hospitales regionales, no sólo dependiendo de su cartera de servicio. Sus integrantes reciben distintos nombres (jefe, director, responsable) en cada Hospital.

El Director y los miembros de la Comisión de Dirección saben a qué categoría profesional se ha formado por parte de los distintos actores de cooperación, pero en la actualidad en los Hospitales no tienen un registro de las necesidades de formación, ni de la formación que reciben los profesionales (contenido), ni qué personas han asistido a la misma.

Propuestas para la RASD:

Diseñar un Reglamento de Organización y Funcionamiento por parte del Ministerio, que complemente su organigrama actual, e incorpore criterios para la selección, nombramiento y destitución de puestos de responsabilidad. Quizá es posible integrar este apartado en el actual Reglamento que refieren los directores en sus entrevistas, al cual no hemos tenido acceso.

IV. Otras herramientas a incorporar

A continuación se describen otras herramientas de gestión que han sido identificadas en el trabajo de campo con los grupos, y que han demostrado aportar éxito y compromiso en otros sistemas de salud. Aunque a priori no parezcan relacionadas con la Gestión por Competencias, son dimensiones que aportan valor añadido si se incorporan a la misma.



Calidad percibida:

Un aspecto clave de la calidad asistencial, con repercusión también en la motivación del personal es el estudio de la Satisfacción del paciente, que permite poner en valor tanto los aspectos organizativos como la asistencia recibida por los profesionales individualmente. Recoger la opinión y la calidad percibida por el paciente y su familia supone una importante fuente de información para incorporar tanto a los ciclos de mejora de la asistencia sanitaria, como a los sistemas de selección, evaluación y promoción del personal que lo atiende.

La Satisfacción del Paciente se puede abordar con distintas herramientas, siempre que la recogida de información utilice una metodología adecuada. Existen numerosos modelos validados de cuestionarios de satisfacción que recogen las dimensiones de la calidad percibida, y que son accesibles y de fácil aplicación.

Uniformidad y herramientas básicas de trabajo:

A menudo los proyectos de cooperación aportan material o equipamiento a los centros sanitarios en base a diagnósticos de situación focalizados en sus objetivos o sin una visión integradora con las líneas de trabajo del MSP. Se podría crear una línea de trabajo para la dotación de equipamiento básico de trabajo que haría más eficiente este tipo de aportación, mejorando la

satisfacción de los profesionales. Asignar esta tarea a un profesional de base establecería un vínculo y compromiso individual, así como el debido reconocimiento profesional y el sentido de pertenencia. Por último, el MSP estaría incrementando su transparencia con el personal adscrito al mismo.

En algunos hospitales de la RASD no hay uniformes para los profesionales, medida que incrementaría el sentido de pertenencia y por tanto la implicación en el trabajo. Dotar a los profesionales de uniformes de trabajo normalizados podría incluirse en la línea descrita en el punto anterior.

Participación de los profesionales:

La información recogida muestra que actualmente se realizan reuniones a nivel de mesogestión entre responsables de Hospitales y Dispensarios, pero no se aprecia la existencia de comisiones o grupos de mejora en los que participen los profesionales sanitarios de base.

Desde la IAP, crear Comisiones de trabajo y Grupos de Mejora aportaría dos grandes beneficios:

- Incrementar la implicación de los trabajadores/as de base al saberse responsables de determinadas intervenciones o decisiones a tomar para la mejora de la organización del trabajo.
- Descargar a los directores de parte del trabajo que actualmente desempeñan, permitiéndoles disponer de más tiempo para desarrollar las herramientas de gestión descritas en este informe.

3.4. Presentación del Plan al Ministerio de Salud Pública (MSP).

Para finalizar, incidir en que esta es una propuesta de implementación de un modelo de Gestión de Personal que ha demostrado a nivel internacional mejorar la motivación, el compromiso y el desempeño profesional de los sanitarios, y que creemos sería una apuesta segura en los Campamentos de Refugiados Saharauis para contrarrestar la fuga de talentos actual.

La medida en que un sistema de gestión es efectivo está en función de la aceptación y del número de promotores/as y seguidores/as que crean en él y lo lleven a cabo. Su fuerza, que determina el éxito o el fracaso, adquiere una adhesión exponencial en la que el motor es el equipo directivo, y su crecimiento está en función del grado de participación de los profesionales en cascada. Por ello, quienes primero deben creer y dar la fuerza e importancia requerida son el equipo de máxima responsabilidad, encabezado en este caso por el Ministro de Salud de la RASD y su equipo.

En este Proyecto se ha descrito la metodología de auto-implantación, poniendo a disposición del Ministerio de Salud Pública los modelos adjuntos que han sido elaborados ad-hoc, y que pueden ser implementados cuando sus responsables así lo consideren. En mayo de 2017, en la última visita a los Campamentos, se presentó la propuesta al Ministro de Salud Pública -Mohamed Liman Daddi- y su Equipo Directivo, y a petición del mismo la autora impartió un taller de dos días de duración sobre habilidades directivas para el liderazgo facilitador, que se describe a continuación. El Plan con la propuesta de implantación se entregó al Ministerio y a la coordinadora de Médicos del Mundo, ofreciéndoles la tutorización en terreno y/o el asesoramiento posterior en la medida que lo consideraran oportuno.

Para la macro-gestión de personal, realizada por el Ministerio de Salud Pública, disponer de la situación actualizada de todos sus profesionales habiendo identificado el nivel y grado de competencias en que se encuentran en un momento dado, es una información muy potente para tomar decisiones en asuntos tan relevantes como:

- La adecuación al organigrama establecido
- La asignación correcta o mejorable de las personas a los puestos, tanto a los bases asistenciales como a los de responsabilidad
- La indicación de incorporar nuevas líneas estratégicas de trabajo o nuevas orientaciones, guías de práctica clínica, etc.
- Las áreas de mejora de la salud de la población en general, y por áreas geográficas en particular
- La oportunidad de introducir nuevos indicadores de salud que aporten valor a su Plan Estratégico de Salud.

3.4.1. TALLER DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS

Dirigido a: *Equipo Directivo del Ministerio de Salud Pública (Directores Generales), Coordinadores de Programas Nacionales de Salud, Directores de Hospitales y Responsables de Areas Instrumentales.*

Fecha: 14 y 15 de mayo de 2017

Lugar: Sala de reuniones del Ministerio de Salud Pública de la RASD, en Rabuni.

Contenidos

Primera jornada.Entrenamiento en Gestión por Competencias:

- Introducción a la Gestión por Competencias, utilidades y ventajas de su uso.
- Puesta en común del Mapa de Competencias de Enfermera/o de Hospital propuesta para la RASD. Niveles de desarrollo y condiciones de deseable/imprescindible en cada competencia y nivel.
- Elaboración de Mapas de Competencias para otros grupos profesionales.

Segunda jornada. Entrevista motivacional para la evaluación del desempeño profesional. Presentación del modelo de entrevista basado en la gestión por competencias y las actitudes observables, y realización práctica de todos los asistentes en modo dramatización y puesta en escena de simulacro de entrevista, representando unos asistentes el rol de responsable, y los otros el rol de colaborador/a entrevistado.

Se realizó un cuestionario de satisfacción (ver Anexo VII), y se registraron firmas de asistencia.



Figura 9: Taller de entrenamiento en Habilidades de Gestión por Competencias.

Fuente: elaboración propia.

4.1. Conclusiones

Los cambios en los sistemas organizativos de cualquier ámbito son complejos en todo sector y territorio. La idiosincrasia de los Campamentos de Refugiados, muy condicionada por su aparente temporalidad y por la dependencia de la cooperación internacional para su sostenibilidad, multiplica la dificultad de la gestión del sistema sanitario desde su nivel macro, meso y micro-gestión. A esto se le suma un modelo vertical en la toma de decisiones, sujeto a modificaciones en las políticas tanto locales como de los donantes. Aún así, esta línea de trabajo del proyecto encontró una cálida y eficaz acogida y participación por parte de los integrantes del equipo de gobierno saharauí y de todas las personas con quienes tuvimos la fortuna de trabajar; obtuvimos numerosas aportaciones a los mapas de competencias y sentidos agradecimientos en cada foro participativo, entrevista individual, o taller de entrenamiento. Una vez finalizado el proyecto continuamos en contacto con algunos miembros de los equipos que intervinieron, con gran satisfacción por ambas partes.

No resulta difícil analizar a posteriori los trabajos realizados e identificar áreas de mejora así como instrumentos que podrían haber aportado valor y garantía de éxito; desde el punto de vista de la mejora continua es conveniente realizar este esfuerzo para futuros proyectos. Sin embargo, no sería coherente obviar las dificultades que entraña a veces la cooperación al desarrollo tanto por parte de los actores de la cooperación, los plazos irrenunciables de las entidades participantes, como por la comunidad receptora. La IAP no tiene el poder de resolver ciertas dificultades: así, en determinados contextos en los que el tejido organizativo es muy débil, resulta dificultoso llevar a cabo metodologías participativas sin un proceso previo de dinamización social que llevaría mucho más tiempo; igualmente, determinadas demandas u objetivos pueden ser excesivamente ambiciosos para cubrirlos en una IAP de duración determinada (Martí, 2017). Por ello, es recomendable acotar los ámbitos a investigar y adecuarlos a las potencialidades reales de acción en el territorio; la ausencia de la figura de un coordinador/a en terreno de forma continuada durante la ejecución del proyecto supuso una importante dificultad para la captación de informantes clave en las distintas fases del mismo. Además, el actual modelo organizativo en el Sistema Sanitario de la RASD está configurado por responsables que atienden a demandas continuadas y con escasa disposición a la delegación de toma de decisiones en su plantilla, por lo que su disponibilidad horaria para participar en entrevistas tanto individuales como grupales resulta bastante limitada.

Por otro lado, la duración total del proyecto resultó insuficiente para pretender la aplicación del cambio planteado en la organización, habiendo finalizado en la antesala de la formación dirigida a quienes debían implantar el mismo. Habrían sido necesarios algunos meses más que permitieran descender en la escala organizativa dicha formación, configurar un equipo de formadores que la

extendieran a todos los ámbitos de decisión, y el inicio de al menos una unidad asistencial que llevara a la práctica los mapas de competencias desarrollados y una evaluación del desempeño con la nueva metodología. Distintas opciones de tutorización en estas fases avanzadas podrían haberse planteado, mediante el uso de herramientas virtuales de consulta y asesoramiento, y el oportuno acompañamiento en los puntos de aplicación, entrenamiento en las habilidades adquiridas.

4.2. Valoración personal del trabajo realizado

Retomando las reflexiones introducidas en el texto, el hecho de la finalización de este proyecto y la ausencia de una oportunidad de continuación de esta línea de trabajo introducida como opción de cambio en el sistema sanitario de los Campamentos de Refugiados Saharauis, dejan sin respuesta la cuestión de su propia pertinencia, habida cuenta que sin continuidad en el asesoramiento y formación de los responsables no se conseguirá el cambio planteado en su modelo conceptual de gestión de personal, y muy difícilmente en su práctica diaria. Sería precisa una visión a medio-largo plazo cuando se decide financiar iniciativas que proponen cambios en los modelos organizativos de las comunidades, asegurando en primer lugar una adecuada identificación de la necesidad de cambio, garantía de participación e implicación por los receptores del mismo, y la suficiente continuidad en la transferencia de conocimiento y el asesoramiento debido hasta su total implementación. Las herramientas de medición de impacto deberían estar presentes desde la redacción de los proyectos, presupuestando la dedicación a esta fase desde el comienzo (5-7% del total), y exigiendo su análisis riguroso por las entidades financiadoras.

Dado que los sistemas de medición de impacto deben ser flexibles como para adaptarse a contextos cambiantes y a las especificidades de la organización, y que el hecho de aplicar herramientas de evaluación conlleva a menudo a la modificación de ciertas intervenciones planteadas a priori o su reformulación acorde a resultados intermedios, es preciso añadir la necesidad de incrementar también la flexibilidad de las Agencias para recibir y aprobar modificaciones en el diseño de los proyectos una vez iniciada su implementación, pues en la actualidad asistimos a estructuras burocratizadas que no siempre facilitan dichas reformulaciones, tanto por las entidades ejecutoras como por las financiadoras.

Por último, incidir en el valor añadido y facilitación que habría aportado la figura de coordinación en terreno para este proyecto, dado que limitar las visitas a dos semanas en un año resulta demasiado puntual para los receptores, intenso y estresante para ambos equipos, y deja al factor suerte aspectos necesarios para la debida implementación del trabajo previsto durante dichas misiones.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar Gavira, S., y Barroso Osuna, J. (2015). "La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa." *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 47, 73-88.
- Ayuso S. (2018) "La medición del impacto social en el ámbito empresarial". Cátedra de Responsabilidad Social Corporativa, Univesitat Pompeu Fabra, Barcelona. Recuperado de <http://mango.esci.upf.edu/DOCS/Documents-de-treball/26-Medicion-del-impacto-social.pdf>
- Beltrán Martín, I., Escrig Tena, A.B., Bou Llusar, J.C., y Roca Puig, V. (2012). Influencia de las prácticas de Recursos Humanos en la flexibilidad de los empleados. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa* 16 221-237. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138575812000825>
- Butler M., Collins R., Drennan J., Halligan P., O'Mathúna D., Schultz T., Sheridan A., y Vilis E. "Modelos de personal de enfermería hospitalaria y resultados de los pacientes y los relacionados con el personal". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011 Issue 7. Recuperado de <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGGetDocument.asp?SessionID=%2013283489&DocumentID=CD007019>
- Espinel Gómez, B., y Zapata, E. (2008). La evaluación del aprendizaje bajo el enfoque de competencias: un reto para la educación superior. *PROSPECTIVA*, 6 (2), 25-30.
- Fernández Salazar, S., y Máñez Ortiz, M.A. (2016): "Profesionalizar la función directiva: el caso de la Enfermería". Recuperado de <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGGetDocument.asp?SessionID=%2013283489&DocumentID=GCS62-13>
- García Izquierdo, B. (2018). "Precisión y rigor para la medición del impacto social de la cooperación". Seminario Internacional "La Cooperación para el Desarrollo con Africa Subsahariana", Universidad de Jaén.
- Hernández Junco, V., Quintana Tápanes, L., Mederos Torres, R., Guedes Díaz, R., y García Gutiérrez, B.N. (2008). Motivación, satisfacción laboral, liderazgo y su relación con la calidad del servicio. *Revista Cubana de Medicina Militar* 38 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000100007.
- Herrero Tabanera L., Martín Martín J.L., y López del Amo González M.P. "Diferentes modelos de gestión hospitalaria pública, similar eficiencia técnica". *Gaceta Sanitaria, Gestión clínica y sanitaria*, vol 17, núm 3, 2015; 29(4):274-81. Recuperado de

<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2013283489&DocumentID=GCS60-15>

<https://msprasd.org/index.php> Ministerio de Salud Pública

Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruso L, Shroff Z (2014) "Investigación-acción participativa en sistemas de salud: Una guía de métodos", IDRC Canada. Recuperado de <https://www.municipalservicesproject.org/es/publication/investigaci%C3%B3n-acci%C3%B3n-participativa-en-sistemas-de-salud-una-gu%C3%ADa-de-m%C3%A9todos>.

Martí J (2017) "La investigación - acción participativa : estructura y fases". *Comunidades y Desarrollo Participativo*. 4-18. Recuperado de <http://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/handle/123456789/175>

Martínez Gutiérrez, J.I., y Espino Maradiaga, M. V.(2014). "La motivación laboral, planes de compensación y su incidencia en el personal". Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Económicas, Departamento de Administración de Empresas UNAN-Managua. Recuperado de <http://repositorio.unan.edu.ni/3598/1/2889.pdf>

Miraa, J.J., Pérez-Jover, V., Lorenzo, S. Aranaz, J., y Vitaller, J. (2004). "La investigación cualitativa: una alternativa también válida". *Aten Primaria*; 34(4):161-9

Molina K, Ruminot L. (2010). "La Investigación Acción Participativa como modelo de investigación en los Trabajadores de Call Center de Chile" Instituto de Ciencias Alejandro Lipschutz y Fundación Rosa Luxemburgo, Chile, p-11-48.

Montero, M. (2004). "El fortalecimiento de la comunidad, sus dificultades y alcances". *Intervención Psicosocial*, 13, 1, 5-19.

Musitu, G., y Huelga, S. (2004). "Desarrollo comunitario y potenciación". En G. Musitu, J. Herrero, L.M. Contera y M. Montenegro. *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: UCO.

Oslender U (2013). "De fracaso y frustración en el trabajo de campo: cómo asumir la ética de la representación en la investigación participativa"., *Rev. Tabula Rasa*. Bogotá –Colombia 19: 355–371. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n19/n19a16.pdf>

Sutcliffe, Bob (2011). "La desigualdad global actualizada". *Boletín de Recursos de Información*, N° 27. Recuperado de <http://boletin.hegoa.ehu.eus/mail/18>

Unceta Satrustegui, K. (2013). "Cooperación para el desarrollo: anatomía de una crisis". *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (47), 15-29.

Zimmerman, P. (2000). "Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis". *Handbook of Community Psychology* 36 (1) 43-64.

Anexos

Anexo I. Entrevista a Director de Hospital

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

HOSPITAL DE xxxx (se omite el nombre de la wilaya)

FECHA 23/10/2016

NOMBRE DEL PROFESIONAL	PUESTO	MODO DE ACCESO	CONTACTO (tño. o correo)	ANTIGÜEDAD (en el puesto)
XXXXXX (Datos omitidos por LOPD)	Director del Hospital	Designación del Ministerio de Salud Pública	xxxxxx	2006

RESPONSABLES DE DEPARTAMENTOS, COMPONENTES DEL COMITÉ DIRECTOR DEL HOSPITAL:

PUESTO	MODO DE ACCESO	DIRECCIÓN	OBSERVACIONES
Responsable de Farmacia	La Dirección del Hospital lo propone a la Dirección de Sanidad y se eleva al Ministerio para su aprobación	Dirección del Hospital	Se reúne semanalmente.
Responsable de Radiología	La Dirección del Hospital lo propone a la Dirección de Sanidad y se eleva al Ministerio para su aprobación	Dirección del Hospital	Se reúne semanalmente.
Responsable de Laboratorio	La Dirección del Hospital lo propone a la Dirección de Sanidad y se eleva al Ministerio para su aprobación	Dirección del Hospital	Se reúne semanalmente.
Responsable de Ecografía	La Dirección del Hospital lo propone a la Dirección de Sanidad y se eleva al Ministerio para su aprobación	Dirección del Hospital	Se reúne semanalmente.
Responsable de Oftalmología	La Dirección del Hospital lo propone a la Dirección de Sanidad y se eleva al Ministerio para su aprobación	Dirección del Hospital	Se reúne semanalmente.
Responsable de Estomatología	La Dirección del Hospital lo propone a la Dirección de Sanidad y se eleva al Ministerio para su aprobación	Dirección del Hospital	Se reúne semanalmente.
Responsable de Vacunas	La Dirección del Hospital lo propone a la Dirección de Sanidad y se eleva al Ministerio para su aprobación	Dirección del Hospital	Se reúne semanalmente.

PERSONAL ASISTENCIAL (especificar nº de puestos y subespecialidades o perfiles competenciales)

Nº ENFERMERAS/OS	Nº MÉDICOS/AS	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	TÉCNICOS (ESPECIFICAR)	Nº MATRONAS
6 graduados/as en Urgencias (1 las 24h)	4 (1 las 24h)	3 en Hospitalización	2 de ecografía	6
Son graduados en Cuba o en la Escuela de Enfermería de Smara			2 de Radiodiagnóstico	
			5 de laboratorio	

1. ¿qué datos referidos a la actividad asistencial registran?

nº ingresos/altas, nº atenciones en urgencias, nº partos, nº traslados a otro centro, nº de consultas programadas.

Se registra toda la actividad realizada en el Hospital cada día, tanto en la Historia Clínica como en la Hoja de Cargo diaria. Ambos modelos de registro son el mismo para todos los hospitales de la RASD.

2. ¿qué datos referidos a la calidad asistencial registran?

Protocolos/procedimientos en vigor: Guía de Urgencias, de enfermedades crónicas, de atención primaria, de primeros auxilios, etc (las Guías editadas por el Ministerio de Salud Pública).

¿se encuentran estos documentos al alcance de los profesionales en sus puestos de trabajo?
Sí.

Auditorías de la aplicación de protocolos (especificar temas auditados). No se identifican herramientas de verificación de la aplicación de las guías.

Tiempos de espera para ser atendido (especificar consultas, urgencias, etc). No.

Personal formado en temas impartidos en el centro. El director anota quién asiste hoy a la formación antes de iniciar la misma. En la entrevista refiere tener en cuenta quién ha asistido a formación para tenerle en cuenta ese día como trabajado, y no contabilizárselo si no asistió finalmente.

3. ¿qué datos referidos a la seguridad del paciente registran?

La tasa de cesáreas, e indicadores de mortalidad materno-infantil se recogen conforme es solicitado por la OMS.

Desgarro vaginal en partos, complicaciones del parto/cesárea, eventos adversos, úlceras por presión/complicaciones de las heridas, infecciones en el hospital. Expresa que se recogen en la hoja de cargo; no se aporta evidencia.

4. continuidad asistencial

Herramientas de comunicación entre el hospital y el dispensario:

El día 14 de cada mes se reúne el Consejo de Dirección Ampliado, integrado por el C. Dirección del Hospital y de los Dispensarios.

A veces se reúnen profesionales de ambos niveles asistenciales para trabajar en común, por ejemplo elaboración de Guías. No se aporta evidencia.

GESTIÓN DE PERSONAS

¿hay un registro de la definición de los puestos con descripción de funciones o competencias?

“Hay un documento en el Ministerio y otro ejemplar en el Hospital”

¿existe un sistema de incentivación o motivación a los profesionales?

No se aporta documentación escrita, ver apartado otras cuestiones.

¿alguna sugerencia para mejorar la motivación de los profesionales?No.

¿los profesionales trabajan por objetivos? (individuales, grupales, modo de evaluación y periodicidad, etc).no

¿hay un libro de normas o convenio entre los profesionales y la institución sanitaria? (derechos, deberes, sanciones, sistema de distribución de turnos, permisos, vacaciones, etc). El Reglamento.

Otras cuestiones :

El director expresa:

“Cuando no es grave un error o un problema de un trabajador, se puede perdonar, pero no tienes cómo motivar al que se esfuerza más”.

“El día de la formación cuenta como un día de trabajo a quien asiste, y se le resta a quien no asiste. Ese día tienen que llevar bata para que todos entiendan que están trabajando.”

“Cuando alguien trabaja bien y tiene un problema personal, yo personalmente me encargo de conocer su problema, de escucharlo. Y cuando tienen razón se la doy y cuando no, no se la doy por nada del mundo”.

“El primer día de contrato me entrevisto con la persona en mi despacho, le doy el reglamento del hospital, y le digo que si está de acuerdo trabajará conmigo y si no, no. Después le voy a pedir que cumpla el reglamento. Las cosas se hablan, se discuten y se resuelven.”

“Si hoy tenías que trabajar, tienes que avisarme antes para que yo sepa que no cuento contigo. Lo importante es tu compromiso personal conmigo”.

“Cada día yo paso por todos los departamentos del hospital y sé cómo trabaja cada persona”. “Cada cual debe preocuparse de su departamento, y yo de lo que necesiten”.

“Cuando tengo que decirle algo negativo a alguien, lo hago en mi despacho, no delante de todos”. “no puedes confundir al que trabaja bien con el que lo hace mal”.

Notas de la observación:

El Director nos recibe a la llegada y nos acompaña a la sala donde esperan algunas enfermeras. Se dirige a ellas mientras se acomodan, pidiéndoles entre otras cosas que apaguen el teléfono móvil . Anota en su libreta el nombre de cada una de las asistentes (48 en total), expresa tener que atender en la sala, y 30' después regresa para iniciar esta entrevista en su despacho.

Me recibe en su oficina, donde además de su mesa hay otras 2 mesas con ordenadores de sobremesa y en una de ellas una mujer registra datos (la hoja de cargo diaria). En su mesa hay modelos en blanco de registro de Historia Clínica y otros documentos.

Anexo II. Recogida de Información.

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL COORDINADOR DE SALUD DE LA CONTRAPARTE.

Octubre de 2016.

La solicitud de esta documentación se realiza a través del Coordinador de Salud del Proyecto en Rabuni

A1.R5.1	Creación de comisiones técnicas de trabajo multidisciplinares para la creación del Catálogo de Mapas de Competencias profesionales para las distintas disciplinas y áreas
---------	---

Se solicita: El Mapa de Necesidades de Formación realizado recientemente para las categorías profesionales de Médicos/as y Enfermeras/os. En base a dicho Mapa y al Reglamento de los

A1.R5	Redacción y validación con el Ministerio de Salud de la RASD de un Plan de Calidad Asistencial que incluya indicadores de actividad, de proceso, de seguridad del paciente y de resultados en salud, y que queden reflejados en un Cuaderno de Mando Integral.
--------------	---

trabajadores se realizará un borrador de Mapa de Competencias que se remitirá al Ministerio de Salud de la RASD a través del Coordinador de Salud.

Se solicita: el Reglamento de los trabajadores sanitarios de la RASD.

A1.R5.2	Desarrollo de un sistema de evaluación del desempeño.
---------	---

En el análisis de las entrevistas realizadas en octubre, y junto a la documentación referida en el punto anterior, se elaborará una propuesta de evaluación del desempeño profesional para el personal sanitario de la RASD.

Se solicita: procedimiento, y/o modelo de registro de la actual evaluación realizada mensualmente a los trabajadores para su incentivación/pago.

A1.R5.3	Todas estas actuaciones se realizarán con la metodología de paneles de expertos y grupos focales y/o nominales, y sus resultados serán aprobados por consenso por el Ministerio de Salud de la RASD antes de su difusión e implementación. Una vez aprobada, se realizará sesión formativa para su correcto uso.
---------	--

Este apartado corresponde a una segunda fase, una vez hayamos trabajado los puntos anteriores.

A2.R5	Redacción y validación con el Ministerio de Salud de la RASD de un Plan de Calidad Asistencial que incluya indicadores de actividad, de proceso, de seguridad del paciente y de resultados en salud, y que queden reflejados en el Cuaderno de Mando Integral.
--------------	---

A2.R5.1	Reunión con el Ministerio de Salud de la RASD para la revisión de su Plan Estratégico Actual (2016-2020) y priorización de líneas estratégicas a desarrollar,
---------	---

	en base a las necesidades establecidas por la contraparte.
--	--

En octubre se nos hace entrega del Plan Estratégico de Salud en formato papel.

Se solicita el Plan Estratégico en formato electrónico (mejor Word, si no es posible, en pdf o el formato que tenga), y dime las líneas que el Ministerio establece como prioritarias.

A2.R5.2	Revisión de los indicadores utilizados para los procesos clave y construcción de nuevos, si procede (Salud Infantil, Salud Reproductiva, Enfermedades Crónicas, etc.).
---------	--

Se solicitan:

- los Indicadores que se están midiendo actualmente, y si hay alguno que no se esté midiendo y que el Ministerio estime importante, para estudiar cómo podría recogerse la información.
- modelos de registros de actividad asistencial y calidad (hoja de cargo y otros modelos de recogida de datos).

A2.R5.3	Redacción de la Cartera de Servicios de los Hospitales Regionales y el Hospital Nacional, así como los dispensarios.
---------	--

Se solicitan los documentos que recojan qué tipo de servicios se realizan en los Hospitales Regionales, el Hospital Nacional, y los dispensarios

A2.R5.4	Validación de la Cartera de Servicios por el Ministerio de Salud RASD y construcción del Catálogo de indicadores de calidad.
---------	--

Este apartado corresponde a una segunda fase, una vez hayamos trabajado los puntos anteriores.

A2.R5.5	Incorporación de toda esta información en un Cuaderno de Mando Integral con información de actividad y calidad asistencial de hospitales y dispensarios.
---------	--

Este apartado corresponde a una segunda fase, una vez hayamos trabajado los puntos anteriores.

RESUMEN DE DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL COORDINADOR DE SALUD:

- 1) Mapa de Necesidades de Formación realizado recientemente para las categorías profesionales de Médicos/as y Enfermeras/os.
- 2) Reglamento de los trabajadores sanitarios de la RASD
- 3) Procedimiento, y/o modelo de registro de la actual evaluación realizada mensualmente a los trabajadores para su incentiación/pago.
- 4) Plan Estratégico de Salud 2016-2020 en formato electrónico.
- 5) Indicadores de actividad y calidad asistencial que se miden actualmente en el Ministerio de Salud Pública de la RASD. Así como si existe la necesidad de incorporar nuevos indicadores priorizados por el Ministerio, remitir un listado de ellos.
- 6) Modelos de registros de actividad asistencial y calidad (hoja de cargo y otros modelos de recogida de datos).
- 7) Cartera de Servicios, u otros documentos que recojan qué tipo de servicios se prestan en los Hospitales Regionales, el Hospital Nacional, y los dispensarios.

ANEXO III. Comisiones Técnicas de Desarrollo Profesional.



1.COMISIÓN TÉCNICA-RESPONSABLES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN DE PERSONAL Y EL PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA R.A.S.D.

ORDEN DEL DÍA

(Esta metodología de trabajo grupal se realizará en cada Hospital Regional y en el Hospital Nacional de Rabuni)

Fecha ___/mayo/2017 Hora _____ Celebrada en _____

Personal de la RASD que debe ser convocado:

Director/a de Salud	Responsable de Obstetricia
Director/a del Hospital	Responsable de Gestión de Personal
Responsable de Asistencia Médica (Hospitalización de pacientes)	Responsable de Logística
Responsable de Enfermería	Responsable de Urgencias

Temas a tratar	Observaciones
Introducción, justificación y objetivos de la Comisión	Esta Comisión nace a instancias del Ministerio de Salud de la RASD, con el objetivo de desarrollar un sistema de Gestión de Personal para la implicación y desarrollo profesional del personal sanitario, y un Plan de Apoyo a la Calidad Asistencial.
Propuesta de Catálogo de competencias profesionales	Análisis grupal de propuesta de Mapas de Competencias para las categorías profesionales médico/a, matrona y enfermera/o de Hospital y de Dispensario, así como de Mando Intermedio/Responsable, y recogida de aportaciones de los presentes para su análisis posterior.
Sistema de Gestión de Personal	Mediante la técnica de Grupo Focal se recogerán las aportaciones sobre las actuales herramientas de motivación, desarrollo y participación del personal, así como sugerencias de mejora para las mismas.
Indicadores de Calidad Asistencial	Análisis grupal de sistemas de registro de actividad asistencial, indicadores de seguridad del paciente y calidad asistencial, y de continuidad o comunicación con el nivel primario de atención (dispensarios), e identificación de áreas de mejora propuestas por los participantes.
Propuesta de Actividad formativa	Se ofrecerá a los asistentes la posibilidad de que 1 miembro de este equipo asista a sesión formativa con metodología Formador de Formadores el lunes 15 de mayo, para facilitar la autogestión en la implementación posterior del Plan.

Recogida de conclusiones e integración en la propuesta inicial para el avance en la Gestión de Personal y la Calidad Asistencial.

La información obtenida formará parte del documento final que se presentará al Ministerio de Salud Pública de la RASD en modo borrador al finalizar la visita a terreno en mayo 2017, y será remitida finalmente al mismo en junio 2017 con sus aportaciones finales, incluyendo un sistema de implementación autogestionada.

2.COMISIÓN TÉCNICA-SANITARIA PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN DE PERSONAL Y EL PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA R.A.S.D.

ORDEN DEL DÍA

(Esta metodología de trabajo grupal se realizará en cada Hospital Regional y en el Hospital Nacional de Rabuni)

Duración aproximada: 60 minutos

Fecha ___/mayo/2017 Hora _____ Celebrada en _____

Personal de la RASD que debe ser convocado:

2 Enfermeras/os del Hospital	2 Enfermeras/os de Dispensario
2 médicos/as	1 matrona (si la hay)

Temas a tratar	Observaciones
Introducción, justificación y objetivos de la Comisión	Esta Comisión nace a instancias del Ministerio de Salud de la RASD, con el objetivo de desarrollar un sistema de Gestión de Personal para la implicación y desarrollo profesional del personal sanitario, y un Plan de Apoyo a la Calidad Asistencial.
Identificación de Competencias profesionales	Recogida de propuestas de conocimientos, habilidades y actitudes para la elaboración de Mapas de Competencias para las categorías profesionales médico/a, matrona y enfermera/o de Hospital y de Dispensario.
Indicadores de Calidad Asistencial	Análisis grupal de sistemas de registro de actividad asistencial, indicadores de seguridad del paciente y calidad asistencial, y de continuidad o comunicación con el nivel primario de atención (dispensarios), e identificación de áreas de mejora propuestas por los participantes.

Recogida de conclusiones e integración en la propuesta inicial para el avance en la Gestión de Personal y la Calidad Asistencial.

ANEXO IV. Guión de preguntas abiertas para los Grupos Focales.



COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO PROFESIONAL DOCUMENTO DE TRABAJO PARA GRUPO FOCAL

1. *Revisión de Competencias propuestas, discusión/rectificación, incorporación de nuevas*

Señalen en la propuesta de Mapa de Competencias cuáles consideran adecuadas, cuáles no, y si añadirían alguna otra.

2. *¿En qué grado consideran adecuadas las actuales herramientas de motivación, desarrollo y participación del personal, y cómo creen que se podrían mejorar?*
 - *Evaluación del desempeño*
 - *Día del trabajador/a*
 - *Otras/os*
3. *Piensen en los actuales sistemas de registro de actividad clínica, indicadores de seguridad del paciente y calidad asistencial, así como de continuidad o comunicación con el nivel primario de atención (dispensarios).*
 - a. *¿en qué grado creen que son adecuadas?*
 - b. *¿proponen algún cambio para mejorarlas?*
4. *¿asistirían a una actividad formativa de evaluación del desempeño y construcción de indicadores el lunes 15 y martes 16?*
5. *¿Desean añadir alguna cuestión que no hayamos tratado?*



ANEXO V. MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA/O DE DISPENSARIO. MINISTERIO DE SALUD R.A.S.D.

	Código	Competencia	Nivel de Desarrollo		
			Inicial	Avanzado	Experto
conocimientos	C-001	RCP básica y avanzada	I	I	I
	C-002	Técnicas de inmovilización y traslado de pacientes	D	I	
	C-003	Cuidado de heridas y contusiones.	I	I	I
	C-004	Control de hemorragias, suturas.	D	D	I
	C-005	Cuidados de enfermería en episodios epilépticos en adultos	D	I	I
	C-006	Cuidados de enfermería en crisis asmáticas	D	I	I
	C-007	Cuidados de enfermería en cuadros convulsivos	D	I	I
	C-008	Cuidados de enfermería en manejo de niño/a con malnutrición	D	I	I
	C-009	Abordaje psicosocial en enfermería con pacientes pediátricos	D	D	I
	C-010	Extracción de cuerpos extraños en nariz y oídos	D	I	I
	C-011	Cuidados básicos del recién nacido	D	I	I
	C-012	Atención urgente de enfermería en pre-eclampsia y otras urgencias obstétricas	D	D	I
	C-013	Prevención y Cuidados de Úlceras por Presión (UPP)	D	I	I
	C-014	Conocimiento de diabetes: signos, síntomas de hipo e hiperglucemia, manejo de insulina	D	I	I
	C-015	Técnicas y tipos de desinfección y esterilización de materiales	I	I	I
habilidades	H-001	Manejo de situaciones urgentes, inmovilización de pacientes, y soporte vital	I	I	I
	H-002	Manejo de higiene de manos, técnicas de asepsia, desinfección y esterilización	I	I	I
	H-003	Manejo de heridas y hemorragias	D	D	I
	H-004	Manejo de situaciones urgentes en el paciente pediátrico	D	I	I
	H-005	Educación sanitaria y seguimiento de enfermedades crónicas en paciente pediátrico	D	D	I
	H-006	Manejo efectivo de las úlceras por presión y medidas preventivas	D	I	I
	H-007	Educación sanitaria en procesos crónicos del adulto: diabetes, asma, hipertensión.	D	D	I
actitudes	A-001	Disposición al aprendizaje y mejora continua	I	I	I
	A-002	Orientación al paciente y su familia	I	I	I
	A-003	Orientación a la calidad y los resultados en salud	I	I	I
	A-004	Capacidad de asumir compromisos y responsabilidades	I	I	I
	A-005	Trabajo en equipo	I	I	I

I= Imprescindible
D=Deseable

ANEXO VI. Registro de seguimiento de la Formación recibida por cada profesional.



Registro de seguimiento de Formación

nombre del trabajador/a	categoría profesional	hospital/dispensario	wilaya	fecha formación

ANEXO VII. Informe de Satisfacción de los asistentes al Taller de Entrenamiento en Liderazgo Motivador.



Agencia Andaluza de Cooperación
CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y PC

Cuestionarios de Satisfacción del Taller de Habilidades en Gestión por Competencias. 14-15 mayo 2017

		total respuestas	muy satisfechas (9-10)	satisfechas (6-7-8)	Insatisfechas (3-4-5)	muy insatisfechas (1-2)
Objetivos	¿Los objetivos del curso han sido expuestos con claridad?	11	81,8%	18,2%	0,0%	0,0%
	¿Cuál ha sido tu satisfacción según tus expectativas con este curso?	11	81,8%	18,2%	0,0%	0,0%
Contenidos	¿Los contenidos han sido adecuados a tus necesidades de formación?	12	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%
	¿La calidad de la presentación de los contenidos ha sido?	11	81,8%	18,2%	0,0%	0,0%
	¿Los recursos utilizados para las clases han sido adecuados?	10	70,0%	30,0%	0,0%	0,0%
	Creo que la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos en este curso es...	11	36,4%	54,5%	9,1%	0,0%
Metodología	¿La metodología utilizada en las clases teóricas ha sido la adecuada?	10	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%
	¿La metodología utilizada en las clases prácticas ha sido la adecuada?	11	81,8%	18,2%	0,0%	0,0%
Ponencias	La claridad con la que han sido expuestas las clases ha sido...	11	81,8%	9,1%	9,1%	0,0%
	La calidad de la exposición de las clases	11	72,7%	27,3%	0,0%	0,0%

Ponentes	La adecuación de los contenidos del curso a mis necesidades de formación ha sido...	10	70,0%	30,0%	0,0%	0,0%
	Considero que la preparación y conocimientos del profesorado es...	10	90,0%	10,0%	0,0%	0,0%
	El profesorado ha mostrado interés y han tratado de resolver las dudas...	10	90,0%	0,0%	10,0%	0,0%
	El profesorado ha procurado mantener la atención y la participación de los alumnos en clase...	10	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Organización	Las instalaciones del centro utilizadas para impartir el curso han sido...	9	44,4%	44,4%	11,1%	0,0%
	El horario del curso ha sido	9	22,2%	33,3%	44,4%	0,0%
		total respuestas	muy satisfechas (9-10)	Satisfechas (6-7-8)	insatisfechas (3-4-5)	muy insatisfechas (1-2)
	Valoración Global:	8	87,5%	12,5%	0,0%	0,0%

	muy corta	corta	adecuada	larga	muy larga
La duración del curso ha sido: muy corta, corta, adecuada, larga, muy larga	3	5	0	0	0

Respuestas de texto libre

¿Qué clase te ha gustado más? ¿por qué?	creo que todo era importante para la gestión y me ha gustado todo	el mapeo de competencias, buena herramienta de valoración. Cómo realizar bien las críticas	invitar a los directores regionales de las wilayas	mapeo de competencias	me gusta esta clase de gestión porque lo sabe mucho de gestión de salud en poco tiempo	responde en árabe	situaciones o posiciones que hay que tomar frente a los subordinados
¿Qué clase te ha gustado menos? ¿por qué?	responde en árabe	nada	estudio nutricional en los campamentos	ninguna	más corto pero muy importante		
¿Qué te ha gustado más del curso? ¿por qué?	claro, interesante, constructivo	la simpatía de la profesora y su forma de entender las cosas para que la podamos entender	mapeo de competencias y la clase práctica de entrevista	me gusta mucho el método de la profsora que da este curso	responde en árabe	<i>todo</i>	todo
¿Qué te ha gustado menos del curso? ¿por qué?	algunos datos de la encuesta nutricional no se han aclarado	horario por el calor	la poca participación y el mínimo tiempo, es corto	me gustó todo en este curso corto, muchas gracias	<i>nada</i>	nada	responde en árabe
Para futuros cursos de formación, ¿qué temas consideras más importantes para tratar?	ampliar el contenido, más práctica, más entrevista motivacional	ampliar más sobre el trato con los trabajadores	los temas de gestión	temas de gestión	temas de gestión en nuestras condiciones en los campamentos, teniendo en cuenta que los trabajadores son voluntarios		

Obtuve esta imagen de una pared de la Escuela de Enfermería de Dajla, el asentamiento más alejado de los Campamentos de Refugiados Saharuis de Tindouf. Probablemente recoge el espíritu de un pueblo que sobrevive en un lugar inhóspito gracias al coraje de sus gentes, y que espera un día volver a su tierra.

Este trabajo va dedicado a todas las personas que siguen sonriendo en sociedades maltratadas por la crueldad del destierro.

Rosario Oliveros Valenzuela,

junio de 2018

