



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

TESIS DOCTORAL

**PERCEPCIONES, MOTIVACIONES Y ESTRATEGIAS DE
EMPODERAMIENTO DESARROLLADAS POR LAS
MATRONAS EN ZONAS RURALES Y REMOTAS DEL NORTE
DE MARRUECOS**

PRESENTADA POR:

LOUAZI ABDELOUAHID

DIRIGIDA POR:

Dr.D.ANTONIO FRIAS OSUNA

Dra.D.^a.SARA MORENO CÀMARA

JAÉN, 2023



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

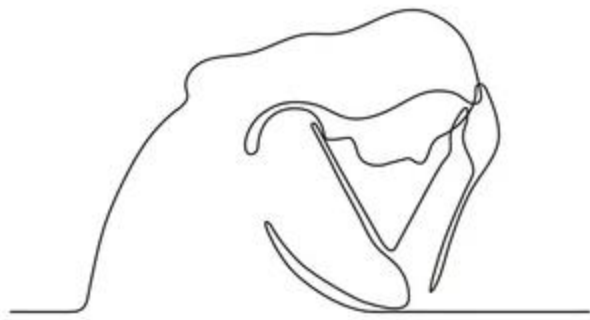
TESIS DOCTORAL

**PERCEPCIONES, MOTIVACIONES Y ESTRATEGIAS DE
EMPODERAMIENTO DESARROLLADAS POR LAS
MATRONAS EN ZONAS RURALES Y REMOTAS DEL NORTE
DE MARRUECOS**

LOUAZI ABDELOUAHID

**TESIS PRESENTADA PARA ASPIRAR AL GRADO DE
DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE JAÉN**

JAÉN, 2023



shutterstock.com • 2160624789

«...te encuentras finalmente en el interior del alojamiento, si hay un parto lo asistes, si no, permaneces en el mismo lugar, es decir que te encuentras siempre en un circuito cerrado. Esta situación se repite cada día». Naziha, 35 años (matrona)

«Francamente, pienso en cambiar totalmente de profesión, seguir mis estudios universitarios y quiero estar cerca de mi familia». Ikram, 27 años (matrona)

A mi difunto padre que dios lo guarde en su misericordia.

A mi madre que siempre ha estado muy orgullosa de mí y me ha dado el apoyo y el afecto necesarios para seguir en mi proyecto de vida.

A mi esposa Ikram y a mis dos hijos Nizar y Bilal que me han llenado de alegría y esperanza para el futuro y me han apoyado en la realización de mis expectativas.

A mis hermanas y a mi hermano que han estado siempre a mi lado en momentos de apuro.

A mi sobrina Ibtissam y a mi sobrino Achraf por su apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no sería completado y no hubiera sido posible sin la dirección y supervisión de mis directores de tesis, el Dr. Antonio Frías Osuna y la Dra. Sara Moreno Cámara. No encuentro palabras para agradecer su calidad y excepcional estilo de dirección y acompañamiento, su enorme paciencia, su rigor y su disponibilidad durante el proceso de preparación de esta tesis doctoral.

Mis sinceros agradecimientos a la Dra. Catalina López Martínez, por su gran apoyo en la fase de publicación del artículo de investigación de esta tesis doctoral.

Agradezco también, al Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén por haber aceptado mi inscripción en su *Programa de Doctorado en Cuidados Integrales y Servicios de Salud*, en la línea *Salud en la Comunidad*, dándome esperanzas futuras para desarrollar mi carrera investigadora.

Agradezco profundamente a todas las matronas participantes en las entrevistas individuales y en los grupos focales, su entusiasta y motivada participación. Espero que los resultados de este estudio reflejen fidedignamente su realidad y que sus recomendaciones sean operacionalizadas para un cambio positivo en su realidad.

Por último, mis sinceros agradecimientos a todas las personas que de alguna manera me han apoyado, me han animado y me han acompañado a hacer realidad este sueño.

MUCHAS GRACIAS

ACTIVIDADES FORMATIVAS Y EXPERIENCIAS DE INVESTIGACION Y DOCENCIA

Actividades de Investigación:

- Dirección de varios trabajos de fin de carrera de formación de enfermería (Licenciatura) (alrededor de 40).
- Realización de investigaciones sobre los temas de adaptación de estudiantes extranjeros africanos subsaharianos con la formación de enfermería en Marruecos (Caso del IFCS en Rabat en 2008)
- Investigación sobre la evaluación de la formación continua a nivel de la unidad regional de la Dirección Regional de Salud en la región Tánger -Tetuán Al-Hucemas (2011),
- Investigación sobre la implantación del sistema Licenciatura-Máster-Doctorado (LMD) en la formación de enfermeras en Marruecos: Realidad y perspectivas (2016).
- Artículo publicado: Louazi, L., Frías-Osuna, A., López-Martínez, C., & Moreno-Cámara, S. (2022). Perceptions, Motivations, and Empowerment Strategies of Midwives in Rural and Remote Areas of Northern Morocco. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(22), 14992.

Actividades de Docencia:

- Docencia en la opción “Enfermería en salud Familiar y Comunitaria” en la licenciatura en Profesiones Enfermeras y Técnicas de Salud, Instituto de Profesiones Enfermeras y Técnicas

de Salud de Tetuán (Marruecos). Años 2018-2022. Módulo: “Programas de Actividades Sanitarias”. Materia: Cuidados integrales de salud en niños menores de 5 años de edad.

- Docencia en la opción “Enfermería Polivalente” en la licenciatura en Profesiones Enfermeras y Técnicas de Salud, Instituto de Profesiones Sanitarias y Técnicas de Salud de Tetuán (Marruecos). Años 2014-2022. Módulo: “Programas de actividades Sanitarias”. Materia: Cuidados integrales de salud en niños menores de 5 años.

- Docencia en la opción “Enfermería Polivalente” en la licenciatura en Profesiones Enfermeras y Técnicas de Salud, Instituto de Profesiones Sanitarias y Técnicas de Salud de Tetuán (Marruecos). Años 2014-2022. Módulo: “Metodología de investigación y bioestadísticas”. Materia: Metodología de investigación.

- Docencia en la opción “Enfermería Polivalente” en la licenciatura en Profesiones Enfermeras y Técnicas de Salud, Instituto de Profesiones Enfermeras y Técnicas de Salud de Tetuán (Marruecos). Años 2012-2016. Módulo: “Planificación Sanitaria y Participación Comunitaria.”

Actividades Formativas:

1-Actividades formativas realizadas y Organizadas por el instituto superior de Profesiones Enfermeras y Técnicas de Salud de Tetuán (Marruecos) durante el quinto año:

a) Formación de 20 horas en el análisis bivariado y multivariado mediante SPSS organizada el 19,26 de marzo y el 2, 9,16 de abril de 2021.

b) Formación de 08 horas en la redacción de un artículo científico original organizada el 4 y 18 de junio de 2021.

c) Participación a un taller organizado por el Ministerio de Salud Marroquí y la UNFPA sobre las normas y estándares del cuidado sanitario a mujeres y niños víctimas de violencia el 24 y 29 de noviembre 2021.

2-Curso Online de desarrollo de competencias transversales de los Doctorandos. Programa de Actividades de Formación Transversal. Universidad de Jaén, del 13 Al 27 de abril de 2018 (60 H).

INDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	I
ACTIVIDADES FORMATIVAS Y EXPERIENCIAS DE INVESTIGACION Y DOCENCIA	III
INDICE DE CONTENIDO.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
ÍNDICE DE TABLAS.....	XV
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	XVI
INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA TESIS	XX
INTRODUCCIÓN	1
PARTE I. MARCO REFERENCIAL	6
CAPITULO 1. HISTORIA DE LA PROFESIÓN MATRONA	10
1.1. EN EL MUNDO.....	12
1.2. EN MARRUECOS.....	14
1.2.1. Durante el protectorado.....	14
1.2.2. Después de la independencia.....	15
1.2.3. Situación actual de la profesión matrona en Marruecos	16
CAPITULO 2. PROFESIÓN MATRONA DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA Y FEMINISTA	19
2.1. VALORES EN RELACIÓN CON EL ROL PROFESIONAL DE LAS MATRONAS	21
2.2. PROFESIÓN MATRONA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	23
CAPITULO 3. APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS CLAVES DEL ESTUDIO	29
3.1. APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS PERCEPCIÓN, MOTIVACIÓN, EMPODERAMIENTO Y RETENCIÓN.....	31
3.1.1. Motivación.....	31
3.1.2. Percepción	32
3.1.3. Empoderamiento	33
3.1.4. Retención.....	34
3.2. APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS ESPACIO RURAL Y ÁREAS RURALES Y REMOTAS.....	35
3.2.1. Espacio rural.....	35
3.2.2. Áreas rurales y remotas	37
3.3. CONCLUSIONES DEL MARCO REFERENCIAL	39
PARTE II. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	41

CAPITULO 4. CONTEXTO SANITARIO Y LABORAL	45
4.1. PRINCIPALES DESAFÍOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE PAÍSES EN DESARROLLO EN MATERIA DE SALUD MATERNA, INFANTIL Y ADOLESCENTE	47
4.1.1. Alta tasa de mortalidad materna, infantil y adolescente	49
4.1.2. Inaccesibilidad a servicios de salud esenciales y de buena calidad	50
4.1.3. Escasa disponibilidad de profesionales de salud calificados y motivados en zonas rurales y remotas	51
4.2. CONTEXTO SANITARIO Y LABORAL DE LAS MATRONAS EN MARRUECOS	52
CAPITULO 5. FACTORES DE RETENCIÓN Y ESTRATEGIAS DE EMPODERAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN ZONAS RURALES Y REMOTAS	57
5.1. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DECISIÓN DEL PERSONAL SANITARIO A PERMANECER EN LAS ZONAS RURALES SEGÚN SUS PERCEPCIONES Y MOTIVACIONES.....	59
5.1.1. Percepciones y motivaciones como indicadores de la calidad de vida laboral (CVL)	60
5.1.2. Percepciones y motivaciones de profesionales de salud para permanecer en zonas rurales y remotas.....	63
5.1.3. Percepciones y motivaciones y de matronas para permanecer en zonas rurales y remotas	76
5.1.4. Empoderamiento en el contexto laboral y en el ámbito profesional de matronas	81
5.2. CONCLUSIONES DEL MARCO TEÓRICO.....	85
CAPITULO 6. ESTRATEGIAS PARA LA RETENCION DEL PERSONAL SANITARIO EN ZONAS RURALES Y REMOTAS	89
6.1. RECOMENDACIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES: OMS, UNFPA Y ICM.....	91
6.1.1. Recomendaciones comunes a profesionales de Salud	91
6.1.2. Recomendaciones específicas a Matronas	94
6.2. ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE SALUD MARROQUÍ DE RETENCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN ZONAS RURALES Y REMOTAS	96
6.2.1. Contexto de trabajo rural de profesionales de salud: entre realidad y perspectivas futuras.....	96
6.2.2. Matronas marroquíes en áreas rurales: entre realidad y perspectivas futuras	98
PARTE III. CONTEXTO DEL ESTUDIO	102
CAPITULO 7. SISTEMA Y OFERTA DE SALUD EN MARRUECOS	106
7.1. BREVE DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO HISTÓRICO Y ESTADO ACTUAL	108
7.2. PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	108
7.3. OFERTA DE SALUD	112
7.3.1. A nivel central	113
7.3.2. A nivel periférico	114
7.3.2.1. Direcciones regionales de salud.....	114
7.3.2.2. Delegaciones provinciales o prefecturales de salud.....	114
7.3.2.3. Establecimientos de atención primaria de salud (ESSP).....	115
7.3.2.3.1. Centro de salud rural de primer nivel (CSR1).....	115
7.3.2.3.2. Centro de salud rural de segundo nivel (con casa de maternidad) (CSR2).....	116

CAPITULO 8. DESCRIPCIÓN DE LA REGIÓN TÀNGER-TETÙAN-ALHUCEMAS.....	119
8.1. DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA, DEMOGRÁFICA Y ADMINISTRATIVA.....	121
8.2. INFRAESTRUCTURA SANITARIA	122
8.3. RECURSOS HUMANOS.....	123
8.3.1. Recursos médicos	123
8.3.2. Recursos paramédicos.....	124
8.4. ASISTENCIAS A PARTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL AÑO 2019 (HCP, 2020).....	127
CAPITULO 9. DESCRIPCIÓN DE LAS PROVINCIAS Y COMUNIDADES RURALES DE ACCESO DIFÍCIL DE LA REGIÓN TÀNGER-TETÙAN-ALHUCEMAS LUGARES DE LA INVESTIGACIÓN	130
9.1. DESCRIPCIÓN DE LAS PROVINCIAS LUGARES DE LA INVESTIGACIÓN	132
9.1.1. Provincia de Uezzán	132
9.1.2. Provincia de Chefchaouen.....	133
9.1.3. Provincia de Alhucemas.....	134
9.2. DESCRIPCIÓN DE LAS COMUNIDADES RURALES DE DIFÍCILES ACCESOS SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO	135
9.2.1. Comunidad rural Bni Boufrah	137
9.2.2. Comunidad rural Ketama	138
9.2.3. Comunidad rural Ouaouzgane	139
9.2.4. Comunidad rural Bni Selmane (Assifane)	140
9.2.5. Comunidad rural Bni Derkoul	141
9.2.6. Comunidad rural Fifi.....	142
9.2.7. Comunidad rural Teroual	143
9.2.8. Comunidad rural Kalaat Bouquorra.....	144
9.3. ASISTENCIAS A PARTOS Y NÚMERO DE MATRONAS EN LOS CSC (2º NIVEL) DE LAS COMUNIDADES RURALES LUGARES DE LA INVESTIGACIÓN, AÑO 2019.....	145
PARTE IV. LA INVESTIGACIÓN	148
CAPITULO 10. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	152
10.1. JUSTIFICACIÓN	154
10.2. OBJETIVOS	156
10.2.1. Objetivo general.....	156
10.2.2. Objetivos específicos	156
10.3. ORIENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	157
10.3.1. La investigación cualitativa	157
10.3.1.1. La fenomenología como tipo de la investigación cualitativa	157
10.3.2. Las entrevistas individuales y grupales como métodos de recolección de datos.	161
CAPITULO 11. METODOLOGIA DEL ESTUDIO	165
11.1. DISEÑO	167
11.2. MUESTRA Y PARTICIPANTES.....	167
11.3. MÉTODO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	170

11.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	170
11.5. ANÁLISIS.....	171
CAPITULO 12. RESULTADOS	174
12.1. CONTEXTO	177
12.1.1. Escasez de recursos básicos en los centros de atención a la salud	177
12.1.2. Condiciones de trabajo desfavorables	179
12.1.3. Renuncias personales	182
12.2. PERCEPCIÓN NEGATIVA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y PERSONAL	183
12.3. FACTORES QUE FAVORECEN LA CONTINUIDAD DE LAS MATRONAS EN ZONAS RURALES Y REMOTAS	185
12.3.1. Motivaciones intrínsecas	185
12.3.2. Motivaciones extrínsecas/contextuales	186
12.3.3. Estrategias de empoderamiento	187
CAPITULO 13. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	191
13.1. CONTEXTO LABORAL Y SOCIAL AISLADO Y DESFAVORECIDO	193
13.2. PERCEPCIONES DE LAS MATRONAS DE ZONAS RURALES Y REMOTAS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN SU CONTEXTO LABORAL	195
13.3. FACTORES QUE FAVORECEN LA CONTINUIDAD DE LAS MATRONAS EN ZONAS RURALES Y REMOTAS SEGÚN SUS MOTIVACIONES	196
13.4. ESTRATEGIAS DE EMPODERAMIENTO DE LAS MATRONAS PARA PERMANECER EN ZONAS RURALES Y REMOTAS	197
13.5. EL ESTADO DE LAS MATRONAS DE ZONAS RURALES Y REMOTAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	198
13.6. SÍNTESIS DEL MODELO CONCEPTUAL PROPUESTO	199
13.7. RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO PARA INCENTIVAR LAS MATRONAS A SU RETENCIÓN EN LAS ZONAS RURALES Y REMOTAS	203
13.8. LIMITACIONES	211
13.9. CONCLUSIONES	212
PARTE V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS	215
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	217
REFERENCIAS.....	219
ANEXOS.....	245
ANEXO 1. GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL	248
ANEXO 1 (TRADUCIDO AL FRANCÉS)	249
ANEXO 2. GUIÓN DE ENTREVISTA DE LOS GRUPOS FOCALES.....	252
ANEXO 2 (TRADUCIDO AL FRANCÉS)	253
ANEXO 3. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN DE LAS PARTICIPANTES SOBRE EL ESTUDIO	254
ANEXO 3 (TRADUCIDO AL FRANCÉS)	256
ANEXO 4. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	258
ANEXO 4 (TRADUCIDO AL FRANCÉS).....	259

ANEXO 5 LISTA DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE ZAD QUE HAN SIDO SUMADOS A LA LISTA ANTECEDENTE POR LA COMISIÓN CENTRAL DE SEGUIMIENTO DE MUTACIÓN Y AFECTACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DESPUÉS DEL AÑO 2014..... 260

ANEXO 5 LISTA DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE ZAD QUI HAN SIDO SUMADOS A LA LISTA ANTECEDENTE POR LA COMISIÓN CENTRAL DE SEGUIMIENTO DE MUTACIÓN Y AFECTACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DESPUÉS DEL AÑO 2014..... 261

ANEXO 6 CIRCULAR DEL 21 DE MAYO 2021 SOBRE LAS INSTRUCCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD MARROQUÍ SOBRE EL MOVIMIENTO DE TRASLADO DE LA CATEGORÍA ENFERMEROS Y TÉCNICOS DE SALUD (INCLUYENDO MATRONAS) EJERCIENDO EN LAS ZAD POR EL AÑO 2021(EN ÁRABE) 263

ANEXO 7 CIRCULAR N°31 DE 8 DE MAYO 2014 SOBRE LAS INSTRUCCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD MARROQUÍ SOBRE EL MOVIMIENTO DE TRASLADO DEL PERSONAL DE SALUD (EN ÁRABE) 264

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Elaboración propia. Marco conceptual de los factores, motivaciones, percepciones y estrategias de empoderamiento de matronas para permanecer en zonas rurales y remotas	87
Figura 2 División administrativa de la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas.....	121
Figure 3 División administrativa de la provincia de Uezzán	132
Figura 4 División administrativa de la provincia de Chefchaouen	133
Figura 5 División administrativa de la provincia de Alhucemas	134
Figure 6 Elaboración propia. Modelo conceptual de las percepciones, motivaciones y estrategias de empoderamiento desarrolladas por las matronas en zonas rurales del Norte de Marruecos	202

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Características sociodemográficas y sanitarias de la población Marroquí.....	111
Tabla 2	Médicos por sector y prefecturas / provincias, región Tánger-Tetuán-Alhucemas, 2019	124
Tabla 3	Paramédicos por sector y prefecturas / provincias, región Tánger-Tetuán-AlHocemas, 2019 ...	126
Tabla 4	Distribución del número de partos realizados en las casas de maternidad según las provincias prefecturas de la Región Tánger-Tetuán-Alhucemas y el origen, año 2019 (MSM, 2019).....	127
Tabla 5	Características geográficas, demográficas y socio-sanitarias de la CR Bni Boufrah	137
Tabla 6	Características geográficas, demográficas y socio-sanitarias de la CR ketama	138
Tabla 7	Características geográficas, demográficas y socio-sanitarias de la CR Ouauzgane	139
Tabla 8	Características geográficas, demográficas y socio-sanitarias de la CR Bni selmane (Assifane) .	140
Tabla 9	Características geográficas, demográficas y socio-sanitarias de la CR Bni Derkoul	141
Tabla 10	Características geográficas, demográficas y socio-sanitarias de la CR Fifi	142
Tabla 11	Características geográficas, demográficas y socio-sanitarias de la CR Teroual.....	143
Tabla 12	Características geográficas, demográficas y socio-sanitarias de la CR Bouquorra	144
Tabla 13	Número de matronas y de partos realizados en contextos del estudio en 2019.....	145
Tabla 14	Fases del método fenomenológico-hermenéutico adoptado por la investigación	160
Tabla 15	Descripción general de las características sociodemográficas de las matronas participantes en el estudio (n=15)	168
Tabla 16	Descripción detallada de las características sociodemográficas de las matronas participantes en el estudio	169

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AMSF	Association Marocaine des Sages-Femmes (Asociación Marroquí de Matronas)
B.O	Bulletín Oficial (Diario Oficial)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESE	Consejo Económico, Social y Ambiental
CNOSEF	Conseil national de l'Ordre des sages femmes (Consejo Nacional de Orden de Matronas en Francia)
CSR	Centro de Salud Rural
CR	Comunidad Rural
C/S	Circunscripción Sanitaria
CSC	Centro de Salud Comunitario
CSU	Centro de Salud Urbano
CVL	Calidad de Vida Laboral
DR	Dispensario Rural
EDE	Enfermero diplomado del Estado
ENPSF	Encuesta Nacional sobre la población y Salud Familiar
ESSP	Establecimientos de atención de Salud Primaria
Et al.	Y colaboradores
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fondo de las Naciones Unidas por la población)
GF	Grupo Focal
HCP	Haut commissariat au plan (Alta comisión para la planificación)

ICM	Confederación Internacional de Matronas (Confederación internacional de Matronas)
IFCS	Institut de Formation aux carrières de santé (Instituto de Formación en Carreras Sanitarias)
LMD	Licenciatura-Master-Doctorado
MH	Maternidad Hospitalaria
MSASS	Ministerio de Salud y Acción Social de Senegal
MSM	Ministerio de Salud Marroquí
NV	Nacidos Vivos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
p.	Página
PIB	Producto Interno Bruto
REH	Red de Establecimientos Hospitalarios
REMS	Red de Establecimientos Médico-Sociales
RESSP	Red de Establecimientos de Atención primaria de salud
RGPH	Censo General de Población y Vivienda
RISUM	Red Integrada de atención de urgencias Médicas
RM	Reino de Marruecos
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
SF	Sin Fecha
SGGM	Secretaria General de Gobierno Marroquí

SNS	Sistema Nacional de Salud
SSRMN	Servicios de Salud Sexual, Reproductiva, Materna y Neonatal
UNDP	United Nations Development Programme (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)
UE	Unión Europea
ZAD	Zonas de Acceso Difícil
WB	World Bank
WHO	World Health Organization

INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA TESIS

INTRODUCCIÓN

Muchas mujeres, niños y adolescentes tienen escaso o nulo acceso a servicios sanitarios esenciales de buena calidad (ONU, 2015). Esto repercute en la tasa de mortalidad anual de estos colectivos que sigue siendo “inaceptablemente alta”.

Según la OMS (2019) se produjeron 290 000 defunciones maternas en 2017, debido a complicaciones en el embarazo y en el parto. La OMS (2020) estima en 2,8 millones las muertes de embarazos y recién nacidos cada año (1 cada 11 segundos). Muchas de estas defunciones podrían evitarse con políticas sociosanitarias adecuadas, según las OMS (2019) y las Naciones Unidas (ONU, 2015, 2019).

Para paliar esta situación se han puesto en marcha numerosas estrategias a nivel internacional alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Countdown 2012; Report Writing Group, 2012; Moallemi et al., 2019). La Estrategia Mundial actualizada para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) pretende acelerar el impulso a favor de la salud de la mujer, el niño y el adolescente donde se aprovechan todos los elementos esenciales de la estrategia anterior, a saber: la suficiente dotación de personal sanitario cualificado y bien equipado, así como garantizar servicios de buena calidad con enfoques innovadores y mejorar las actividades de seguimiento y evaluación (ONU, 2010, 2015).

A nivel local, la mayoría de países que han suscrito los objetivos de la Estrategia Mundial y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han aumentado rápidamente la cobertura de atención a las mujeres, niños y adolescentes, pero con importantes diferencias de equidad entre los grupos más pobres (Victoria et al., 2015; Victoria et al., 2017; Barros,

2020). Además, es importante destacar que, según el Informe de los ODS de 2019, este progreso ha disminuido en los últimos años (ONU, 2019).

Sin embargo, el objetivo de garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para las poblaciones de las zonas rurales y remotas, sigue siendo inalcanzable, constituyendo un desafío enorme para los responsables de las políticas sanitarias gubernamentales en todo el mundo (WHO, 2021).

Este estado complejo es debido a un motivo clave: la escasez mundial de personal sanitario bien preparado, capacitado y motivado, en particular, en zonas rurales y remotas.

En este sentido, la OMS (2016, como se citó en WHO, 2021) advierte que las estimaciones para el año 2030, indican que se necesitarán más de 18 millones de profesionales de la salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal, sobre todo, en países de bajos y medianos ingresos y, de una manera destacada, en zonas rurales y remotas y de difícil acceso.

Parte de las causas de esta escasez de personal sanitario, está relacionado con la migración interna e internacional de los agentes de salud a consecuencia de la insatisfacción con las condiciones de vida y de trabajo en las zonas rurales (Victoria et al., 2015; Barros et al., 2020).

Los factores que influyen en la decisión de los profesionales de la salud para desplazarse a zonas remotas o rurales, permanecer en ellas o abandonarlas son sumamente complejos. Estos factores se relacionan con las características personales, la estructura del sistema de salud y el entorno social, económico y político (Torres, 2018).

Uno de los modelos más aceptados para explicar los factores que influyen en la atracción y retención de los profesionales en las zonas rurales de países de bajos y medianos ingresos es el propuesto por Lehmann y colaboradores (2008). Este marco conceptual consta de cinco dimensiones: a) entorno internacional (salario, condiciones de trabajo y oportunidades); b) nacional (estabilidad política y social, condición de los servicios públicos, entre otros); c) local (condiciones generales de vida como la vivienda, transporte, escuelas, saneamiento, electricidad, así como el grado de aislamiento social); d) laboral (gestión de los profesionales de la salud, relaciones profesionales, oportunidades de desarrollo profesional, infraestructura, equipamiento, satisfacción laboral); y e) factores individuales (características sociodemográficas).

A su vez, la interrelación entre estos factores se dificulta porque influye mucho en la motivación de fondo, sea ésta de índole económica, social, cultural, religiosa, etc. (Quezada, 2009). Todo esto afecta al empoderamiento (basado en motivaciones intrínsecas o agénticas) de los profesionales de la salud para tomar decisiones de manera autónoma y tener un mayor sentido de control e influencia sobre su contexto (Pick, 2011).

Se han realizado algunos estudios sobre la motivación y empoderamiento de profesionales sanitarios en diferentes contextos culturales (Belaïd et al., 2017; Purohit y Martineau, 2016; Cañizares Fuentes et al., 2015), en zonas urbanas y en países con ingresos altos (Kaene et al., 2012; Munro, 2013). Además, se han explorado estos aspectos fundamentalmente con metodologías cuantitativas (Ageyi-Baffour et al., 2013; Bonenberger et al., 2014) limitando el conocimiento en profundidad de las decisiones y motivaciones humanas. Todo ello justifica la importancia de acercarse a la realidad de las matronas que

trabajan en zonas rurales y remotas de Marruecos desde la investigación cualitativa que podrá extrapolarse a países africanos francófonos con una cultura similar.

En Marruecos, la disponibilidad, distribución y competencias de los recursos humanos es una gran limitación, en especial en las zonas rurales y remotas (Assarag et al., 2020). Sin embargo, pocas investigaciones se han centrado sobre la problemática de retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas y sus factores influyentes.

Por lo tanto, este estudio pretende explorar las percepciones y motivaciones de las matronas de las zonas remotas y rurales del norte de Marruecos sobre la calidad de su vida laboral y las estrategias de empoderamiento que utilizan para mantenerse y desarrollar su trabajo en este entorno.

Esta tesis de Doctorado responde a este objetivo de investigación, presentándose estructurada en partes y elementos. Se inicia con una introducción general sobre el interés y pertinencia del tema de investigación y una presentación breve de las partes componentes del contenido de la tesis. La primera y segunda parte, profundizan respectivamente el marco referencial y el marco teórico y estado de la cuestión.

En la tercera parte, se describe el contexto del estudio y la cuarta parte describe la investigación con los detalles sobre el planteamiento y la orientación teórica del estudio, su metodología y sus resultados con su discusión y propuestas de mejora y autocritica de la tesis identificando los límites del estudio y anunciando sus conclusiones.

Finalmente, la quinta parte trata de las referencias bibliográficas citadas en el estudio y sus anexos.

PARTE I. MARCO REFERENCIAL

Esta parte, dedicada al marco referencial del estudio destaca, en primer lugar, las lecciones importantes del recorrido por la historia de la profesión matrona en el mundo y en Marruecos, aportando una mirada a su evolución desde el punto de vista práctico, formativo, ético y social en cuanto al sistema de valores y la perspectiva de género.

Finalmente, se presentan las definiciones conceptuales de los conceptos clave del tema de esta tesis doctoral, a saber, motivación, percepción, empoderamiento, retención, ruralidad y área rural remota.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 1. HISTORIA DE LA PROFESIÓN MATRONA

1.1. En el Mundo

A lo largo de la historia, el trabajo de las matronas ha conocido grandes cambios. Reflexionar sobre este desarrollo histórico de la profesión permite poner en evidencia que muchos de los logros y limitaciones actuales provienen del pasado (Ayerra Gamboa et al., 2019). Hasta los tiempos modernos, o incluso hasta el día de hoy, pocos escritos documentan la historia de la profesión de partería.

Sin embargo, existen testimonios del neolítico que indican la importancia de esta profesión exclusivamente femenina. Históricamente, la profesión de partería ha sido una de las pocas dominadas por mujeres (Conseil national de l'Ordre des sages femmes (CNOSF), SF) y las que la practicaban se consideraban un grupo social de mucho prestigio. En Egipto, desde el año 3000 a.C, las matronas eran consideradas como mujeres profesionales muy válidas y hábiles (Ayerra Gamboa et al., 2019).

La partería fue por mucho tiempo una profesión sagrada y apegada a la religión y a la tradición. Desde las primeras civilizaciones, la practicaban las parteras, que también eran sacerdotisas. Los egipcios atribuyeron siempre a la medicina y la obstetricia el carácter mágico de sus orígenes (De la Fuente, 2011).

Sin embargo, a través del recorrido histórico, la profesión perdía poco a poco su carácter sacerdotal en favor de una práctica laica, liberada de un contexto religioso (CNOSF, SF).

En las culturas antiguas de Grecia y Roma, las parteras también gozaban de prestigio social, recibían reconocimiento y disponían de una gran autonomía profesional. En la antigua

Grecia, esta disciplina alcanzó un progreso sin precedentes en el contexto de esa época (Ayerra Gamboa et al., 2019).

En Esparta como en Atenas, las mujeres eran atendidas por parteras que debían ser de nacimiento libre, se las consideraba "gente respetable". Por otro lado, a lo largo de la Edad Media y la Edad Moderna en Europa Occidental, la partería ha sido practicada por una minoría de mujeres sin formación (CNOSF, SF).

Durante la Edad Media, las parteras eran generalmente mujeres de origen obrero, que asistían a las campesinas durante el parto (Ayerra Gamboa et al., 2019). Para practicar esta profesión, las parteras debían disponer de la autorización de la Iglesia y poseer cualidades éticas y profesionales como ser honestas, de buena fama, con prestigio y experiencia. De hecho, la matrona poseía solamente conocimiento empírico a través de su propia experiencia sin formación ninguna. No obstante, la matrona inspiraba confianza y reconocimiento de la parte de la comunidad.

Hasta el siglo XVII, la situación de las parteras permaneció privilegiada en cuanto a la realización de los partos y su educación. Sin embargo, la competencia de los médicos fue en aumento, ya que comenzaron a interesarse a la práctica de la partería (Ayerra Gamboa et al., 2019).

Durante el siglo XVIII, las parteras sufrieron la discriminación igual que el resto de las mujeres, por ser un siglo marcado por una gran desigualdad entre las mujeres y los hombres. Esta realidad, se consolidó a lo largo del siglo XIX, sometiendo a las mujeres a los hombres en todos los terrenos y considerándolas como ciudadanas de segunda categoría. A finales del siglo XIX, se instauró una nueva clase de parteras "hospitalarias", sometidas a la supervisión de los médicos (Ayerra Gamboa et al., 2019).

En el siglo XX, una gran mayoría de las parteras pasaron de una práctica liberal en los hogares de los pacientes a una práctica asalariada en las salas de maternidad.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el ejercicio profesional de las matronas era mayoritariamente asalariado y se crearon sindicatos para la defensa de sus intereses profesionales.

En el último cuarto del siglo XX, con el avance científico, técnico y médico, las matronas avanzaron notablemente en el desarrollo de sus competencias y se mostraron más activas y rentables en la salud reproductiva de las mujeres (CNOSF, SF).

Actualmente, la matrona es una persona que se ha graduado en un programa aprobado, que cumple con las competencias esenciales y exigencias profesionales de la confederación internacional de matronas (ICM, 2022).

Concluimos que la profesión de matrona ha pasado por varias evoluciones históricas y seguirá desarrollándose en cada época, dependiendo de la historia propia de cada contexto según su sistema cultural y político (ICM, 2022).

1.2. En Marruecos

1.2.1. Durante el protectorado

Antes del protectorado no había ni infraestructura, ni organización sanitaria adecuada y, por lo tanto, ninguna formación profesional.

A partir de 1951, se inició la formación de "matronas" denominadas "Moualidates", la duración de la formación era de 2 años y el programa preparaba las matronas para cumplir

con las atribuciones de prevención y asistencia a partos. Dicha formación fue anulada en 1960 (Asociación Marroquí de Matronas (AMSF), 2010).

1.2.2. Después de la independencia

Después de la independencia, las necesidades de la población femenina seguían aumentando, lo que empujó a las autoridades de salud a reajustar la oferta de formación a las necesidades sanitarias. Entre las especialidades que cautivaron el interés de los funcionarios del Ministerio de Salud pública (M.S.P), era la sección de obstetricia (AMSF, 2010).

En primer lugar, se inició el proceso de reciclaje y formación de las antiguas “Moualidates”. Entre 1962 y 1963 fue fundada la Escuela Ejecutiva de Ayudantes de Salud Diplomados del Estado. En esta época, el Ministerio de Salud Pública decidió organizar cursos de actualización para "Moualidates", cuyo número alcanzó 108 beneficiarias entre 1963 y 1965. El período de reciclaje era de tres meses evaluado por un examen final. No obstante, debido a la falta de personal para reciclar, esta formación se canceló en 1966 (AMSF, 2010).

Cuando se anuló la escuela de "Moualidates", se instauró una formación de matronas titulares con un certificado de aptitud profesional (C.A.P) en obstetricia. Entonces se fundó la formación de capistas parteras. Al principio, la duración de la formación era de un año, pasando a ser 2 años más tarde. Esta formación se llevó a cabo alrededor de la década de 1970 hasta 1973 (AMSF, 2010).

Tras la anulación de la formación de matronas titulares con el certificado C.A.P. en obstetricia, se instauró la formación de enfermeras a nivel de la escuela estatal en 1977, esto les permitía complementar su formación en aquel tiempo. Esta capacitación preveía un

aumento en el número de horas de prácticas en obstetricia de 35 horas a 81 horas y un aumento en la duración del aprendizaje de maternidad de 16 semanas a 22 semanas. En 1981, el número de horas de obstetricia se incrementó de 81 horas a 142 horas (AMSF, 2010).

En 1986 se creó una sección de obstetricia a nivel de la Escuela Estatal de Enfermería para la formación de parteras. Su programa de obstetricia (asistente de salud) estaba poco desarrollado (AMSF, 2010).

De manera paralela, desde que se inauguró la Escuela Ejecutiva (1962-1963) se estuvo formando a parteras calificadas. Sin embargo, el número de parteras se redujo bastante en 1989 puesto que consta que sólo habían 141 parteras calificadas en todo el territorio de Marruecos (AMSF, 2010).

1.2.3. Situación actual de la profesión matrona en Marruecos

La profesión matrona ha permanecido por mucho tiempo regida por dahir n°. 1-59-367 de chaabane 21, 1379 (19 de febrero de 1960) que regula el ejercicio de profesiones de farmacéutico, cirujano dentista, herbolario y matrona. Esta ley no detallaba y precisaba bien los aspectos reglamentarios del ejercicio profesional de la matrona. Esto cambió cuando se publicó la ley 44.13 relativa al ejercicio de la profesión matrona y el decreto n° 2-17-535 de Moharrem 7, 1439 (28 de septiembre de 2017) sobre el estatuto especial del cuerpo interministerial de enfermeros y técnicos de salud.

Según el primer artículo de la ley n°44-13 relativa al ejercicio de la profesión matrona (Secretaría General de Gobierno Marroquí (SGGM), 2016), aprobada en septiembre de 2016:

La matrona es toda persona que, según el título o el diploma que ostenta dentro de los límites de las competencias adquiridas durante la formación básica o la formación

continúa, realiza los actos necesarios para diagnosticar y vigilar el embarazo, realizar partos eutócicos, asesorar, atender y asegurar el seguimiento posnatal desde la madre hasta el recién nacido y el lactante. (p.1)

En paralelo, el artículo 5 del decreto N° 2-17-535 de Moharrem 7, 1439 (28 de septiembre de 2017) sobre el estatuto especial del cuerpo interministerial de enfermeros y técnicos de salud, aclara mejor las funciones de la matrona:

La matrona, bajo la supervisión de sus superiores y en conformidad con las directivas técnicas y los reglamentos vigentes, desempeñará las funciones siguientes: a) trabajo necesario para diagnosticar y monitorear el embarazo; b) obstetricia no difícil; c) dar consejos y ofrecer tratamientos; d) seguimiento posnatal de la madre, del recién nacido y del lactante; e) cumplimentación de actas de nacimiento, en conformidad con los textos legislativos y reglamentarios vigentes; f) detección temprana de riesgos y complicaciones durante el embarazo, durante el parto y después del mismo; g) medidas urgentes necesarias en espera de intervención médica; h) encaminar o trasladar a la gestante a instituciones de salud adecuadas a su estado de salud; i) contribuir a las actividades relacionadas con la salud reproductiva; participación en labores de sensibilización, educación y comunicación de la mujer, la familia y la comunidad y j) contribuir a la protección de la salud pública y la promoción de la salud y la educación para la salud.(p.2)

De otro lado, el Ministerio de Salud debe, según el artículo 2 de dicho decreto, elaborar una nomenclatura de actos de la profesión matrona, que debe ser discutida y validada por la Asociación Profesional Nacional Representante de las Matronas y por el Consejo del Orden Nacional de Médicas y Médicos.

Sin embargo, hasta ahora, la profesión matrona se ejerce en ausencia de esta nomenclatura y del referencial de empleo y de competencias que pueda aclarar bien sus roles y sus funciones.

En último lugar, es necesario resaltar cómo la formación en matronería como otras opciones de profesiones enfermeras, ha conocido un desarrollo, sin precedentes. No obstante, ha tenido una serie de problemas de inicio a partir de la publicación del decreto 2.13.658 del 30 de septiembre de 2013, que instituyó los Institutos Superiores de Profesiones Enfermeras y Técnicas de Salud, incorporándose en el sistema de enseñanza superior a través de la adopción del sistema Licenciatura-Master-Doctorado (LMD) y abriendo posibilidades y perspectivas formativas universitarias prometedoras (Barich et al, 2019).

Así pues, a partir de 2014, se creó una opción de formación de las matronas de 6 semestres de duración, que se certifica con un diploma de licenciatura en Profesiones Enfermeras y Técnicas de Salud, opción matrona según el libro de normas pedagógicas de 2014 revisado en 2018 (MSM, 2014,2018).



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**CAPITULO 2. PROFESIÓN MATRONA DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA Y
FEMINISTA**

2.1. Valores en relación con el rol profesional de las matronas

A nivel mundial, el código deontológico internacional para las matronas (ICM, 2014), determina los principios éticos y las obligaciones deontológicas que fundamentan las relaciones de las matronas con las demás personas, con la práctica y la responsabilidad profesionales y el desarrollo y probidad de su profesión.

Parte de estos principios y obligaciones, figura la toma de decisiones informada mediante el consentimiento voluntario con las gestantes y su familia. Así, se hace un especial énfasis en que las mujeres y sus familias deben participar activamente en las decisiones referentes a su cuidado (ICM, 2014).

Lo que ha sido definido en el modelo de autonomía donde se exige de las matronas en su ejercicio y responsabilidad profesional, tener en consideración la autonomía decisoria, informativa y funcional (Vázquez Monteagudo, 2015).

En término de responsabilidad, las matronas deben conservar moralmente su propio aprecio, como su dignidad y su probidad. Con respecto a la confidencialidad de la información, las matronas tienen como obligación profesional preservar la intimidad de sus pacientes (ICM, 2014).

En lo que concierne a la equidad, las matronas no deben actuar con discriminación ninguna cualquier sean las circunstancias y las necesidades de las pacientes en todas sus dimensiones (ICM, 2014).

Durante su carrera profesional, las matronas son llamadas a implicarse activamente en su desarrollo personal y profesional en servicio del desarrollo de sus competencias y de la calidad de sus cuidados y servicios (ICM, 2014).

Por lo que se refiere a las áreas de interés de la ética en la profesión matrona, los aspectos éticos cubren tres dimensiones de interés. En primer lugar, aspectos personales ligados a las consideraciones éticas al ser mujer en una sociedad/cultura determinada. En segundo lugar, aspectos en relación con las preocupaciones éticas por los pacientes en lo que exige el rol profesional de las matronas en salud sexual y reproductiva. Finalmente, en tercer lugar, figuran las preocupaciones por la práctica en cuanto a la ética de cuidar de los demás refiriéndose a la competencia técnica y moral (Thompson, 2001).

A nivel nacional, aunque hay ausencia de un código deontológico nacional en Marruecos, la matrona debe respetar las disposiciones deontológicas indicadas en los escasos textos legislativos y reglamentarios que rigen su profesión, inspirándose del código deontológico internacional de la profesión de matrona.

Según el artículo cuatro de la ley 44/13 relativa al ejercicio de la profesión, la matrona marroquí debe respetar los principios de moralidad, de dignidad, de probidad, de integralidad, de abnegación y de ética profesional.

Según la misma ley, la matrona marroquí debe también conservar el secreto profesional en condiciones previstas por la legislación en vigor. Con referencia al consentimiento informado, ningún acto profesional en favor de la gestante debe ser realizado sin que sea formulado de manera expresa e independiente.

Como conclusión, las matronas deben actuar en referencia a un sistema de valores humanos durante su asistencia a partos, minimizando los riesgos y respetando el código deontológico internacional para matronas que garantiza los derechos de las mujeres y sus familias.

Para eso, deben mantener sus competencias profesionales y asumir sus responsabilidades en conformidad con las normativas vigentes. En este sentido, las matronas son responsables ante la sociedad y deben mantener actualizados sus conocimientos profesionales a través de la formación y actualización continua.

Las matronas están obligadas en todo momento a demostrar una conducta personal que honre su profesión y refuerce la confianza de la sociedad. Las matronas también deben velar porque el uso de las tecnologías y prácticas científicas más recientes sean compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos humanos.

2.2. Profesión matrona desde la perspectiva de género

Según Serret (2008, como se citó en Montalvo Romero, 2020), la perspectiva de género es “una noción feminista que ha sido generada para cuestionar el carácter esencialista y fatal de la subordinación de las mujeres” (p.6).

La perspectiva de género utiliza el pensamiento feminista para criticar toda legitimidad que establece la subordinación social de las mujeres, teniendo en cuenta las relaciones sociales de poder entre hombres y mujeres (Montalvo Romero, 2020).

En el ámbito laboral, la perspectiva de género se fundamenta en el feminismo que defiende la igualdad en el trabajo en cuanto a la práctica de las mismas condiciones de trabajo, para todos los trabajadores, hombres y mujeres, sin importar el sexo.

En término de empoderamiento femenino, la mujer debe acceder a un mayor control y autonomía sobre su propia vida, su entorno y mayor control sobre los procesos de toma de decisiones.

En atención clínica, sobre todo a las mujeres, la perspectiva de género enmarca la relación entre tanto miembros del equipo de la salud como la población usuaria. Al centrar los cuidados de la salud en el modelo biomédico hegemónico, se han omitido aspectos socioculturales y contextuales importantes para la calidad de vida, la autonomía y la dignidad de las personas y grupos sociales.

Esto ha generado, en lo que se refiere a la salud reproductiva y sexual, una cierta subordinación a las mujeres y una limitación en su autodeterminación y su toma de decisiones (Duran Rojas, 2019).

Según el informe del estado de las matronas en el mundo 2021, el 70% del personal que ejerce la profesión de matrona son mujeres, ocupando puestos de trabajo con diferencias según el género (OMS et al., 2021)

Estas diferencias son notables en referencia a beneficios salariales, oportunidades y carreras profesionales y puestos de poder y toma de decisiones. Esta situación limita la toma de decisiones de las matronas y las oportunidades de su ejercicio de liderazgo y obstaculiza su desarrollo profesional y su potencial laboral. De hecho, el informe del Estado de las Matronas en el Mundo 2021 destaca que solo la mitad de los países que presentan datos, cuentan con matronas líderes en su Ministerio de Salud Nacional.

Sin embargo, la profesión de matrona ha sido considerada históricamente un saber y práctica femenina. Su práctica obstetra no ejerce un control excesivo sobre el cuerpo de las parturientas evitando así su homogenización (Villalobos Quevedo, 2019). Evidentemente,

esto depende del contexto donde desarrollan las matronas sus experiencias que define sus creencias y prácticas.

Pero en materia del ejercicio del rol propio, una variedad de factores ha influido probablemente en la subordinación y pérdida de autonomía de las matronas a lo largo de la historia (Linares, 2009).

Refiriéndose al recorrido histórico de la enfermería y medicina, del siglo XV hasta hoy, el proceso de socialización de la matrona le ha atribuido una posición social prestigiosa y autónoma. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, esta profesión ha comenzado a ceder la plaza a una imagen de subordinación y auxiliar al médico hombre. Como resultado de este proceso, las matronas ejercen su labor en subordinación a sus colegas médicos masculinos en un ámbito laboral y social que otorga "superioridad" al médico (Germán Bes, 2020).

Este estado sitúa los obstetras como superiores, sobre todo, en un contexto que no daba acceso a las matronas de estudiar en universidades como lo han hecho los obstetras (Subirón-Valera, 2016).

Según Brodie (2002, como se citó en Abou-Malham, 2015), entre las barreras variables, complejas e interdependientes que influyen en la práctica de las matronas figuran la falta de reconocimiento de la profesión de matrona y su visibilidad en la sociedad.

Además de esto, la autonomía de las matronas en los procesos de toma de decisiones se limita aún más por la cultura organizacional que patrocina la autoridad médica.

Un análisis del discurso escrito sobre la profesión de matrona en España a mediados del siglo XX ha revelado claramente la interiorización de la subordinación de las matronas a la autoridad de los médicos (Linares et al., 2008).

Mientras tanto, poco a poco, ha emergido en España, un corriente de recuperación de la posición e imagen social de la matrona que, a lo contrario de lo que ocurre en Marruecos, consta de mucho esfuerzo para que la profesión de matrona se libere de esta jerarquía médica y recupere su autodeterminación.

En Marruecos, según la ley 34.09 relativa al sistema sanitario y la oferta asistencial, la adopción del enfoque de género en los servicios sanitarios es parte íntegra de los objetivos y principios estatales del sistema sanitario.

Además, en 2013, la ley 44.13 de la profesión de matrona indicó por primera vez el rol autónomo de la práctica de la matronería, aunque faltan textos de aplicación como el referencial de competencias para aclararlo y distinguirlo del rol delegado o prescrito por el médico.

Esto significa que aún persiste la falta de reconocimiento profesional de la matrona, documentada en los resultados del estudio de Temmar y colaboradores (2006); en relación con la desigualdad de género generalizada y el bajo estatus de las mujeres.

Mientras tanto, las asociaciones de matronas en Marruecos, con el apoyo de las alianzas con asociaciones internacionales de obstetricia, han puesto de manifiesto estrategias específicas para promover el reconocimiento profesional, la autonomía y la visibilidad de la profesión matrona en Marruecos. De hecho, UNFPA y estas asociaciones, centran su abogacía sobre todo por la instauración del orden nacional de matronas y el progreso de la regulación de la profesión (UNFPA Maroc, 2020).

En la misma perspectiva, hay que procurar un entorno de trabajo normativo transformador desde la perspectiva de género, reconociendo y recompensando

adecuadamente el valor del esfuerzo sanitario en general y de las mujeres en particular
(FNUAP, 2021).



UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 3. APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS CLAVES DEL ESTUDIO

3.1. Aproximación a los conceptos percepción, motivación, empoderamiento y retención

3.1.1. Motivación

La motivación se define como un proceso dinámico interno y actitud de las personas que les impulsa a realizar una actividad para satisfacer sus necesidades (Martínez et al., 2010; Figueroa et al., 2009). Es todo lo que impulsa al individuo a actuar o a adoptar un comportamiento en una situación concreta. Así, este impulso sea, interno o externo, es muy vital para el individuo y su contexto laboral.

Por consecuencia, esto genera mucho esfuerzo y disposición para la actividad laboral y mucha implicación en el trabajo, lo que favorecerá un buen ambiente laboral (Berrardi, 2015).

La motivación responde a la existencia de necesidades pretendiendo disminuir su intensidad y buscando su satisfacción (Glen, 2019). Sin embargo, la jerarquía de Maslow, a primera vista, da la impresión de que no hay diferencia entre motivaciones y necesidades.

Sin embargo, existe una diferencia entre ambos conceptos puesto que la necesidad tiene que alcanzar un nivel adecuado de intensidad para ser un motivo. Se entiende la motivación profesional, el esfuerzo que las personas están dispuestas a iniciar y mantener en sus puestos de trabajo (Navarro y de Quijano, 2003).

Así, la motivación laboral, se define como “un proceso que activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados (López, 2005, p.26).

3.1.2. Percepción

Según Wikipedia, la percepción es “el conjunto de procesos mentales mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa”.

Según la misma referencia, filosóficamente, “la percepción es la aprehensión psíquica de una realidad objetiva, distinta de la sensación y de la idea, y de carácter mediato o inmediato según la corriente filosófica (idealista o realista)” (p.1).

La percepción es un proceso que se desarrolla en cada ser humano y que le relaciona con el mundo exterior. Esta relación o interacción se realiza a través de un aprendizaje, evolución y desarrollo constante tanto individual como social. Por lo tanto, varios factores intervienen para que la información recibida pueda ser interpretada (Gorostiaga, 2012).

El proceso de la percepción funciona según un marco de referencia ideológica y cultural que reproduce, explica y transforma la realidad a través del reconocimiento de las experiencias cotidianas vividas. Este reconocimiento permite comparar experiencias y conocimientos previos con los nuevos adquiridos, favoreciendo la interacción con el entorno (Vargas Melgarejo, 1994).

Así, los grupos humanos se refieren a modelos culturales e ideológicos para dar significado y valores a las sensaciones construyendo una visión sobre la realidad y el mundo que les rodea (Vargas Melgarejo, 1994).

Merleau-Ponty (1975, como se citó en Vargas Melgarejo, 1994) confirma que la percepción es un proceso parcial, dado que las percepciones humanas no permiten observar

la totalidad de la realidad y puesto que la variabilidad de las situaciones vividas da lugar a sensaciones diversas.

Lo que se obtiene en realidad como resultado del proceso de percepción, es solo un aspecto de los objetos en un momento determinado. Siendo un proceso cambiante, la percepción permite revisar constantemente tanto las experiencias como las estructuras perceptuales.

En el mismo sentido, Gorostiaga (2012) anuncia que la percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Es subjetiva, puesto que las reacciones a un estímulo exterior difieren de una persona a otra.

Es selectiva, ya que depende de la naturaleza individual de la persona que selecciona solamente lo que desea percibir sin poder observar la totalidad de su campo de percepción.

Es temporal, porque es evolutiva, cambiante y fugaz, dependiendo del tiempo y de la riqueza de las experiencias o de la variabilidad de las necesidades y motivaciones de los individuos.

3.1.3. *Empoderamiento*

Montero (2004) define el empoderamiento como:

El proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (p.7).

De otro lado, el empoderamiento en el contexto organizacional se refiere a otorgar más libertad a los colaboradores para decidir y actuar sin tener que buscar aprobación, refiriéndose a sus propios recursos como sus facultades intelectuales, sus experiencias, su intuición y su potencial creativo e innovador (Wikipedia).

3.1.4. Retención

Se refiere al término de retención, “la capacidad de una organización para mantener a sus empleados” (Casal Molero, 2022, P.10).

Este fenómeno es determinado por el indicador del tiempo de permanencia de los trabajadores en sus puestos de trabajo, sin movimiento o abandono ninguno, por un periodo determinado.

Esta problemática constituye un desafío para la gestión de los recursos humanos en servicios públicos y privados en todo el mundo (Miranda, 2009).

La misma situación se vive en el sector de salud, donde la retención del personal sanitario es afectada por una diversidad de factores. Factores de atracción que atraen a una persona a un lugar de trabajo y factores de expulsión que le alejan (WHO, 2021).

3.2. Aproximación a los conceptos espacio rural y áreas rurales y remotas

3.2.1. *Espacio rural*

Hay que destacar la complejidad de la definición del concepto *espacio rural* o *ruralidad* puesto que no existe en la literatura un consenso sobre este término. Por lo tanto, no es posible una aproximación universal al concepto de ruralidad, sino una posible definición contextual del término que podrá ser a veces variable en distintos contextos (Muula, 2007).

Sin embargo, existen en la literatura algunos motivos de clasificación del término “rural” que se refieren a criterios como el tamaño y la densidad de la población, el grado de aislamiento, la disponibilidad de los servicios básicos, el acceso a la atención o a otras variables socioeconómicas. Estos amplios y diversos criterios de clasificación del espacio rural no son adoptados por todos los contextos y pueden ser reducidos en algunos países en el criterio distintivo geográfico (Muula, 2007).

También, se usan índices específicos de ruralidad para clasificar áreas rurales basándose en aspectos como la lejanía de los centros de referencia tanto básicos como avanzados, la agrupación poblacional, el número de médicos de cabecera, número de especialistas y la presencia de un hospital de referencia (Muula, 2007).

Como ejemplo de índices que puntúan estos criterios de clasificación de ruralidad, Muula (2008) citó y explicó el índice de ruralidad procesal de Magee (2000) y el General Practice Rural Índice (GPRI) de Leduc (1997) que son específicos de los servicios de salud y del contexto donde están definidos y utilizados.

Por lo tanto, el mismo autor avisa de las limitaciones que tienen estos índices en cuanto a su utilización en África, donde muchos servicios indicados son realizados sin asistencia médica, además de carencias en los servicios más básicos en los principales centros hospitalarios terciarios.

En el contexto europeo, Cortes (2013) define el espacio rural como “un territorio donde se dan una serie de dinámicas y características concretas que se relacionan con la existencia de una escasa distribución de la población en un ámbito donde los espacios no construidos son la nota predominante. Asimismo, se caracteriza por la utilización de los suelos para la agricultura, la ganadería y la ocupación forestal”.

En resumen, lo que distingue un área rural de la urbana según la Oficina Regional de la OMS para Europa (2010), es la densidad de la población, los criterios, las características y estructuras administrativas y económicas (WHO, 2021).

No obstante, el concepto de ruralidad no se limita a su definición geográfica sino, a determinantes como los criterios comportamentales (normas), comunitarios (visiones), sociales (roles), tradicionales y religiosos (costumbres y prácticas) y vinculados a un sistema de valores (unidad y cooperación, autosuficiencia e independencia, lucha por la supervivencia...).

Así, se puede deducir de estas definiciones del espacio rural, que una variedad de factores socioeconómicos y demográficos son indicadores de clasificación y diferenciación entre áreas rurales urbanas.

3.2.2. Áreas rurales y remotas

De otro lado, se distingue entre sí las zonas rurales entre según características de ruralidad, donde se diferencia entre espacios rurales de mínima a máxima caracterización rural hasta identificar zonas rurales extremas o áreas rurales remotas, donde los problemas de aislamiento son predominantes.

De hecho, existen criterios diversos de clasificación que caracterizan las zonas rurales y remotas como, por ejemplo, la lejanía a más de dos horas en automóvil de estas áreas al espacio urbano, la existencia de actividades agrícolas marginales con condiciones difíciles a veces para la agricultura, una escasez importante de población junto con un gran vacío territorial, además de un terreno montañoso y de acceso difícil (Cortes, 2013).

Según Wakerman y colaboradores (2017), las diferencias entre las zonas rurales y remotas residen principalmente en un número pequeño de población, un área geográfica más aislada y dispersa, con carencias socioeconómicas y sanitarias y con poca influencia política y de poder (WHO, 2021).

En Marruecos, el Ministerio de Salud ha elaborado una lista de zonas de difícil acceso a las que ha denominado zonas de difícil dotación en recursos humanos (**Anexo nº5**).

Su última revisión ha sido después de 2014 cuando se amplió la lista integrando otros lugares de trabajo. Los criterios que se deducen de esta clasificación parecen estar basados según la distancia entre la zona de trabajo y la provincia de pertenencia y esta última y la región, el tipo de establecimiento sanitario (DR, CS 1^{er} o 2^o nivel), el acceso geográfico ligado a la existencia o no de carreteras locales que conectan estas áreas con otras regiones y su estado y la disponibilidad de establecimientos sociosanitarios.

De hecho, parte de estos criterios se deducen de la nota de instrucciones administrativas sobre la movilidad del personal sanitario que ejerce en áreas remotas (**Anexo n°6**) y, sobre todo, de la fórmula utilizada para calcular el número de puntos para cada candidato en el movimiento de mutación contenida en la correspondencia ministerial de 2014 que organiza y reglamenta este derecho (**Anexo n°7**).

Cabe señalar que las matronas, al igual que el resto del personal de salud, reciben muy pocos privilegios a cambio de su trabajo en zonas remotas.

Beneficios como acumular más puntos a partir del primer año de trabajo en comparación con otras regiones, lo que aumenta las posibilidades de trasladarse a otros lugares de trabajo.

Además, pueden beneficiarse de un movimiento transitorio excepcional, especialmente en zonas remotas, en las que las condiciones de circulación son más favorables, incluso en el caso de nombramiento reciente del agente de salud, en comparación con un movimiento transitorio normal en una región donde las posibilidades de mudarse son muy pequeñas.

Además, la pequeña compensación pecuniaria adicional para los practicantes en algunos lugares ubicados en algunas regiones varía según la división de las regiones a las que pertenecen aprobada por el Ministerio de Salud.

Las instrucciones administrativas de traslado del personal sanitario desde los lugares de trabajo de difícil acceso establecen que, pasado un año como período de nombramiento en estos puestos, cada personal sanitario designado en estas áreas puede solicitar su traslado a

otras zonas (de la 3 a la 6) según la clasificación de las zonas por cada provincia territorial sanitaria (**Anexo nº6**).

Sin embargo, esta clasificación necesita ser fundamentada en criterios más precisos, objetivos, contextualizados y concertados con expertos del terreno. Esto permitiría confeccionar un mapa sanitario más real con el propósito de organizar y acercar los servicios sanitarios a los ciudadanos y motivar al personal sanitario a trabajar en algunas áreas difíciles y remotas.

3.3. Conclusiones del marco referencial

A modo de conclusión de esta parte del marco referencial, podemos deducir que la matronería es una profesión que en la actualidad, y a lo largo de su recorrido histórico, busca el reconocimiento de su autonomía como disciplina y profesión. Como se ha podido esbozar, en países en desarrollo como Marruecos, queda mucho camino para lograr este reto.

Se nota también que es una profesión predominantemente femenina que debe ejercerse de acuerdo con un sistema de valores éticos y deontológicos, lo que exige analizar su ejercicio desde una perspectiva moral y de género.

Finalmente, el estudio de las percepciones y motivaciones y estrategias de empoderamiento de las matronas en un contexto rural de difícil acceso caracterizado por una variedad de limitaciones, será de una importante contribución teórica y práctica para la profesión de matronas, ya sea en Marruecos o en otras partes del mundo, especialmente en los países en desarrollo.

PARTE II. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

En esta sección se aborda el marco teórico y el estado de la cuestión.

En el primer capítulo se destaca el interés del estudio a través de la aclaración del contexto de salud en el que se inserta. Un contexto caracterizado por los desafíos de una alta tasa de mortalidad materna e infantil, la inaccesibilidad a los servicios de salud esenciales y de buena calidad y la escasez del personal sanitario en cantidad y calidad y su mala distribución, particularmente en las zonas rurales y remotas. Además, se realiza una descripción del contexto sanitario y laboral de las matronas para aproximar el entorno de investigación.

El segundo capítulo de esta parte es dedicado a los factores de retención y las estrategias de empoderamiento de los profesionales de la salud de todas las categorías. Centrándonos en particular en las percepciones y motivaciones de las matronas según los resultados de los estudios realizados en contextos de bajos o medianos ingresos cercanos al contexto de esta investigación, como lo son, por ejemplo, los estudios realizados en África y América latina.

El tercer capítulo, y último de esta parte, es dedicado inicialmente a las estrategias para favorecer la retención en zonas rurales y remotas de los profesionales de la salud, en especial, a las matronas, propuestas por organismos internacionales (OMS, UNFPA y ICM).

Finalmente, el capítulo termina con un resumen de las estrategias de retención del personal sanitario en general, y las matronas en particular, en el contexto rural marroquí y una descripción de las brechas entre la realidad y las perspectivas ministeriales.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 4. CONTEXTO SANITARIO Y LABORAL

4.1. Principales desafíos de los sistemas de salud de países en desarrollo en materia de salud materna, infantil y adolescente

Centrando el interés por la salud de las mujeres, niños y adolescentes como parte importante en los ODS, en 2015, se anunció la estrategia mundial 2016-2030 para la salud de este colectivo de población (OMS et al., 2018).

Como finalidad sanitaria, esta estrategia aspira a que las mujeres, niños y adolescentes gocen de sus derechos sanitarios y de bienestar físico y mental, edificando sociedades prósperas y sostenibles.

Esta estrategia es destinada a la población mundial, incluida la marginada y de acceso difícil. Entre sus intereses primarios, figura la asistencia sanitaria al parto y al embarazo y la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantojuvenil (OMS et al., 2018).

Para concretizar esta visión, los tres objetivos defendidos por esta iniciativa de “sobrevivir”, “prosperar” y “transformar” constituyen metas a alcanzar, sobre todo por países de bajos recursos y en vía de desarrollo. “Sobrevivir”, poniendo fin a la mortalidad prevenible, “prosperar”, procurando la salud y el bienestar y “transformar”, favoreciendo y ampliando entornos propicios (ONU, 2015).

En materia de salud materna e infantil, el objetivo “sobrevivir” pretende reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 defunciones por 100 000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad de recién nacidos al menos a 12 defunciones por 1000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de cinco años a menos de 25 defunciones por 1000 nacidos vivos en todos los países (ONU, 2015).

Entre las metas que se pretende realizar en el marco del objetivo “prosperar”, es favorecer el acceso universal a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva en todos los países del mundo.

Finalmente, el objetivo “transformar” aspira, entre otras metas, a luchar contra todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas (ONU, 2015).

Para realizar los objetivos de la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) se cita entre múltiples acciones, reforzar el potencial de las personas, invirtiendo en su desarrollo y apoyándolas jurídicamente para superar las barreras y ejercer su rol de agentes de cambio (ONU, 2015).

Entre estas barreras, figuran las más importantes relacionadas con el desafío de la alta mortalidad materna, infantil y adolescente, la accesibilidad de la población a servicios sanitarios esenciales y de buena calidad y la escasa disponibilidad del personal sanitario calificado y motivado, sobre todo en zonas remotas y rurales (ONU, 2015).

En Marruecos, los indicadores de mortalidad materna e infantil se mantienen altas en comparación con países con un nivel de desarrollo similar. En cuanto a la accesibilidad a servicios sanitarios, más del 20% de la población se sitúa a más de 10 kilómetros del centro sanitario el más próximo, especialmente en un entorno rural, debido a características geográficas y a la dispersión de la población (CESE, 2018).

En último lugar, el problema de los recursos humanos se resume sobre todo en su escasez y en la mala distribución, particularmente, en las zonas rurales y remotas.

4.1.1. Alta tasa de mortalidad materna, infantil y adolescente

Se estima que hubo 290 000 muertes de mujeres debidos a complicaciones durante el embarazo y el parto en 2017 y que, en 2018, 6,2 millones de niños menores de 15 años murieron y 5,3 millones de muertes ocurrieron antes de los 5 años de vida, en los cuales, la mitad sucedió antes del primer mes de vida (OMS, 2019b).

De hecho, las estimaciones anuales hablan de 2,8 millones de muertes de embarazadas y recién nacidos, es decir, que cada 11 segundos, se registra una muerte (OMS, 2019b).

En cuanto a la distribución del número de muertes según las regiones, existen importantes disparidades entre las muertes de las mujeres y niños del África subsahariana y el resto de las regiones del mundo. Comparándolas, por ejemplo, con países de alto ingreso, las muertes en las mujeres del África subsahariana son 50 veces más altas y sus hijos tienen 10 veces más de riesgo de morir antes de un mes de vida (OMS, 2019b).

En términos de mortalidad infantil, se estima que por el año 2018, en África subsahariana, el riesgo es de una muerte sobre 13 niños menores de 5 años, es decir, 15 veces mayor riesgo que el que pueda correr un niño en Europa, que es estimado en una muerte sobre 196 niños menores de 5 años (OMS, 2019b).

Según la OMS (2019a), muchos países de África subsahariana han podido reducir la mitad de su mortalidad materna, lo mismo que en países del Norte de África, donde las mejoras han sido más destacables.

Sin embargo, aún persisten disparidades en el número de disfunciones maternas, traduciendo inequidades en el acceso a servicios de salud. De hecho, casi la totalidad de la

mortalidad materna (99%) se registra en los países en desarrollo, de la cual, más del 50%, en contextos frágiles y entornos de crisis humanitaria (OMS, 2019a).

Sabiendo que, apenas el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos, reciben una atención sanitaria al parto, sobre todo, las que carecen de posibilidades económicas en las zonas remotas. Esto se explica por un importante número de partos (en millones) que se realizan en un entorno no supervisado y sin asistencia sanitaria ninguna de personal médico, de una matrona y/o una enfermera diplomada (OMS, 2019a).

4.1.2. Inaccessibilidad a servicios de salud esenciales y de buena calidad

En término de accesibilidad financiera, el informe mundial de Seguimiento de la Cobertura Sanitaria Universal de 2017, indica que 800 millones de personas gastan al menos un 10% del consumo familiar en atención sanitaria. Por 100 millones de personas, estos gastos sanitarios son muy elevados causándoles más pobreza, viviendo con apenas o menos de 1,90 dólares al día (WHO y WB, 2017).

Según el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, se estima que la mitad de la población mundial no dispone de accesibilidad a servicios de salud esenciales. Entre los motivos básicos de esta inaccesibilidad a la atención sanitaria, se destaca la tasa de pobreza que se extiende a muchas familias que no pueden cubrir los gastos de servicios sanitarios (WHO, 2017).

Según la OMS (2021), se estima que entre la mitad de la población mundial que vive en zonas rurales, 2000 millones no tienen acceso a servicios sanitarios esenciales.

Para alcanzar los objetivos de la cobertura sanitaria universal y de desarrollo sostenible, la OMS y sus asociados, han elaborado una estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal Sanitario 2030, aspirando a capacitar al personal sanitario

para cumplir con sus deberes y participar en la realización de estas metas estratégica (OMS, 2016).

Esta estrategia, fruto de la resolución WHA69.19 de la 69ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016, tiene como parte de sus metas garantizar la disponibilidad de un personal sanitario calificado en favor de sistemas de salud que aseguren la accesibilidad, aceptabilidad y coberturas universales (OMS, 2016).

Para eso, se ha previsto entre otras medidas, asegurar una equidad en la distribución geográfica del personal sanitario para corregir las disparidades entre las necesidades, la demanda y la oferta de los recursos humanos (OMS, 2016).

4.1.3. Escasa disponibilidad de profesionales de salud calificados y motivados en zonas rurales y remotas

Para inscribirse en un desarrollo creciente y sostenible, el banco mundial aconseja a los países la inversión y generación de recursos humanos. En esta perspectiva, el desarrollo del capital humano sanitario debe ser orientado para garantizar la cobertura sanitaria universal (WHO, 2017).

Disponer de un personal sanitario suficiente en cantidad y calidad en todos los sistemas de salud, constituye un desafío importante para la prestación de servicios sanitarios a toda la población mundial (WHO, 2017).

En tal sentido, la accesibilidad a los servicios de salud tiene importantes desafíos en los países en desarrollo como la contratación, desarrollo, capacitación, repartición equitativa y retención del personal sanitario (OMS, 2016).

Entre estos desafíos, el reto de movilizar y retener a los agentes de salud en zonas rurales y remotas es un desafío mundial. De hecho, el desafío sería, según la OMS (2010), realizar intervenciones para lograr que el personal sanitario que ejerce su profesión en zonas rurales y remotas, permanezca en sus entornos de trabajo durante un periodo de tiempo determinado.

Sin embargo, mejorar la retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas necesita un corpus de conocimientos evidenciados y empíricos (como se pretende en el estudio de investigación) sobre los cuales se basarán las recomendaciones para garantizar que las intervenciones de cambio y mejora sean aceptables, accesibles, realizables, contextualizadas y aplicables correctamente y de manera coordinada, de acuerdo con las recomendaciones recientes de la OMS (2021).

A tal efecto, conocer las percepciones y motivaciones de permanencia del personal sanitario en contextos rurales y remotos, en nuestro caso las matronas del norte de Marruecos, ayudará a determinar los factores que influyen en su decisión a la hora de trasladarse a estos contextos de difícil acceso, permanecer en ellos o abandonarlos.

Pero antes, deberemos conocer a profundidad el contexto sanitario y laboral que rodea el ejercicio profesional de las matronas y que influye en sus percepciones y motivaciones para permanecer en sus puestos de trabajo dando lo mejor de sí mismas, sobre todo en áreas rurales y remotas.

4.2. Contexto sanitario y laboral de las matronas en Marruecos

La mayoría de los países suscriben los objetivos de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y Adolescente. Es el caso de Marruecos, donde los objetivos del

«Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna e infantil de Marruecos» (Ministerio de Salud Marroquí (MSM), 2010), que se están aplicando actualmente, están tratando de reforzar y reorganizar las instalaciones y servicios existentes para garantizar la máxima sinergia y cobertura, así como potenciar el desarrollo de las competencias de los profesionales de la salud que atienden a la mujer en el proceso del embarazo, parto y puerperio (Assarag et al., 2020).

Como resultado, la Encuesta Nacional de Población y Salud Familiar (ENPSF) de 2018 mostró una disminución del 35% de la mortalidad materna entre 2010 y 2016 y una tasa de reducción anual promedio del 7%. La misma tendencia a la baja se observó en la tasa de mortalidad neonatal, que pasó de 21,7 a 13,56 por cada 1.000 nacidos vivos (MSM, 2018).

Sin embargo, persisten grandes desigualdades en el acceso a la atención obstétrica entre zonas urbanas y rurales y entre niveles socioeconómicos. De hecho, la tasa de mortalidad materna en las zonas rurales es del doble que en las zonas urbanas (148 frente a 73 por cada 100000 nacidos vivos) y la proporción de partos realizados en un entorno supervisado en favor de las mujeres rurales no supera el 55% (Reino de Marruecos (RM), 2020).

Los resultados de dicha encuesta mostraron también que la proporción de mujeres que se han beneficiado de consultas prenatales por un personal calificado (médico o enfermera / matrona) es 88,5% frente al 77,1%, siete años antes, según los resultados de la ENPSF 2011 (MSM, 2018).

A pesar de los importantes avances en el medio rural, aún persisten grandes disparidades entre los dos lugares de residencia puesto que la proporción de mujeres que se han beneficiado de consultas prenatales por un personal calificado es del 95,6% en las

zonas urbanas y del 79,6% en entorno rural. La misma observación se hace con respecto al parto en un entorno supervisado de acuerdo con los resultados de la ENPSF-2018 (MSM, 2018).

Así, en términos de parto asistido, el 86,6% de las mujeres fueron asistidas en 2018 por personal calificado, donde el 96,6% de las mujeres urbanas se beneficiaron de esta asistencia médica frente al 74,2% de las mujeres rurales (Haut Commissariat Au Plan (HCP), 2020).

De otro lado, las proyecciones para 2030 indican que la población de Marruecos crecerá el 21% del total de la población de 2012 (32,5 millones), alcanzando 39,2 millones. Esto supone que para obtener acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), los servicios de partería deben responder a 0,9 millones de embarazos por año para 2030, 44% de estos en zonas rurales (OMS et al., 2014).

En cuanto a las implicaciones del sistema de salud, esta evolución demográfica exige instaurar una mejor forma de organizar e implementar de manera equitativa el personal de servicios de SSRMN para cubrir al menos 76 millones de visitas prenatales, 13,1 millones de partos y 52,4 millones de visitas posparto/posnatales entre 2012 y 2030 (OMS et al., 2014).

Por lo tanto, las matronas son una fuerza laboral fundamental que debe cumplir con los requisitos de la profesión y las prácticas, que incluye atender a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos y deben ejercer su profesión en condiciones de vida y laborales óptimas.

Sin embargo, encima de las condiciones laborales que deben revisarse, la ley que rige el ejercicio de la profesión de matrona acusa un retraso en su aplicación debido a los

decretos de ejecución que no se emitieron aún (Laaroussi, 2021).

Además, el reducido número de matronas en Marruecos es una de las mayores fallas que afectan al desempeño de la profesión. En 2019, Marruecos contaba con una proporción de 4 matronas por cada 1000 nacimientos mientras que el estándar definido por la OMS requiere 6 matronas por cada 1000 nacimientos (Ministère de l'Économie et des Finances (Maroc), 2019).

Una escasez de personal que conduce a condiciones de trabajo desfavorables, especialmente en áreas remotas, donde algunas matronas están de guardia por su cuenta y al mismo tiempo brindan servicio las 24 horas (Laaroussi, 2021).

De otro lado, la atención primaria en zonas remotas o rurales (donde vive la mitad de la población a nivel mundial) se dificulta extremadamente ya que el número de profesionales sanitarios cualificados y motivados en el lugar y el momento adecuados es escaso (el 38% del personal de enfermería y el 24 % del personal médico) (WHO, 2011, 2016).

Este desequilibrio existe en casi todos los países, aunque en los de bajos ingresos (como Marruecos) el problema es aún más grave, no sólo por la escasez de profesionales sanitarios en dichas zonas, sino porque tiende a haber más personas viviendo en zonas rurales (OMS, 2011).

Por eso, es necesario abordar todas las barreras que impiden al personal sanitario en general, y las matronas en particular, permanecer en sus puestos de trabajo y a alcanzar su máximo potencial, especialmente en zonas de acceso difícil para que presten cuidados y servicios de calidad en salud primaria.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**CAPITULO 5. FACTORES DE RETENCIÓN Y ESTRATEGIAS DE
EMPODERAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN ZONAS
RURALES Y REMOTAS**

5.1. Factores que intervienen en la decisión del personal sanitario a permanecer en las zonas rurales según sus percepciones y motivaciones

La escasez de personal sanitario en áreas rurales y remotas es un problema sentido tanto por países desarrollados como en vías de desarrollo (Mbemba, 2016).

Por razones de desintegración de los sistemas de salud y el entorno político mundial, los países de bajo ingreso se ven enfrentados a la escasez y a la mala distribución del personal sanitario, sobre todo, en áreas rurales y remotas (Lehmann et al., 2008).

Según el informe de la OMS (2010), los factores que influyen en las decisiones de los agentes de salud de desplazarse a zonas remotas o rurales, permanecer en ellas o partir, son sumamente complejos, porque en general se relacionan con las características personales, la estructura del sistema de salud y el entorno social, económico y político.

Se identifican varios factores en relación con aspectos personales como los valores, altruismo y aspectos familiares y comunitarios, como el espíritu comunitario y la existencia de instituciones comunitarias además de aspectos económicos como los beneficios, prestaciones y sistemas de pago. En cuanto a aspectos profesionales, se mencionan el acceso a la formación continua, supervisión, cursos/talleres de perfeccionamiento y puestos de categorías superiores en zonas rurales (WHO, 2010).

Refiriéndose a condiciones de vida y trabajo, se citan la infraestructura, el entorno laboral, el acceso a la tecnología y los medicamentos y las características del alojamiento y

finalmente si el servicio es obligatorio o con contrato y si el agente de salud está obligado a ejercer en estas zonas o no (WHO, 2010).

Generalmente, los factores citados han sido identificados con aspectos variantes y diversos según percepciones y motivaciones de participantes en varios estudios (Geyndt, 1983; Meza, 2017; Esandi et al., 2020; Bendezu et al., 2020).

Por eso, es pertinente desde la literatura científica, explorar inicialmente los conceptos de motivación y percepción en su entorno laboral e identificar después, los factores de retención de los profesionales de la salud en zonas rurales y remotas, conociendo en profundidad las percepciones y motivaciones que favorecen su permanencia en estos ámbitos de trabajo y les permiten desarrollar su actividad laboral en estos entornos laborales.

Como es también importante, describir el concepto de empoderamiento en el contexto laboral para poder explorarlo en el contexto sanitario, en el caso de las vivencias de matronas en zonas rurales y remotas.

5.1.1. Percepciones y motivaciones como indicadores de la calidad de vida laboral (CVL)

La percepción de las personas sobre su vivencia depende en gran parte de sus propios valores y creencias e impacta directamente sobre su propia motivación (González et al., 2007).

En cuanto a la motivación laboral, es un concepto variable según factores externos relacionados con el entorno de trabajo donde las personas ejercen su trabajo como las relaciones entre jerarquía y equipo de trabajo, el sistema y las condiciones laborales y la seguridad en el trabajo (Herzberg, 2011 como se citó en Samanez et al., 2017).

Según Ryan y Deci (2000), la motivación intrínseca se define como el impulso libre y voluntario de realizar una actividad sin incentivo externo, contrariamente a lo que es en la motivación extrínseca. En este sentido, la motivación extrínseca depende de factores externos como las recompensas e incentivos relacionados con las actividades cumplidas por el trabajador. A este respecto, podemos citar los beneficios financieros, socio profesionales y psicológicos como la promoción o sanción profesional, el aprecio del otro, etc. Es decir, la motivación extrínseca depende de la consideración externa, de las personas o de la organización (Salazar Marcatoma, 2021).

Referente a factores motivacionales internos relacionados con el individuo, se evocan elementos como la percepción positiva y estimulante hacia el trabajo, el reconocimiento profesional, oportunidades de desarrollo profesional y autorrealización personal (Herzberg, 2011 como se citó en Samanez et al., 2017).

En definitiva, las percepciones y motivaciones laborales son indicadores individuales importantes de la CVL puesto que esta última se interesa por las relaciones y percepciones del sujeto en cuanto a las distintas situaciones de trabajo en las que participa, frente a la perspectiva objetiva, centrada en los aspectos organizativos (Quezada et al., 2015).

De hecho, la CVL es la percepción de los impulsos motivacionales que tiene un empleado sobre las condiciones que causan satisfacción en el entorno de trabajo de la organización para la cual presta sus servicios (Torres, 2018).

Asimismo, la CVL produce motivación para el trabajo y depende del contexto cultural y del sistema de valores de vivencias humanas. Es la suma de sensaciones subjetivas y personales de bienestar que pueden experimentar las personas (Nasseta, 2013).

En resumen, pueden destacarse dos grandes dimensiones: la relativa al entorno en que se realiza el trabajo, o condiciones objetivas de la CVL, y la que se relaciona con las experiencias de los trabajadores, o condiciones subjetivas de la CVL (Casas et al., 2002).

En la perspectiva objetiva de la CVL, los aspectos administrativos y organizativos del entorno de trabajo constituyen elementos componentes esenciales. En cuanto a la perspectiva subjetiva o psicológica de la CVL, sus elementos componentes dependen del estatus psicológico del trabajador como las percepciones, valoraciones, experiencias individuales y colectivas, constituyendo representaciones sobre vivencias en un contexto laboral determinado (Casas et al., 2002).

Por eso, conocer las percepciones y motivaciones laborales nos permite explorar y describir el concepto de CVL puesto que está relacionado con todos los aspectos del trabajo que pueden ser relevantes para la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral.

Tratando de contextos laborales sanitarios, los profesionales de salud, incluyendo las matronas, viven en condiciones de trabajo que influyen directamente en su permanencia y desarrollo de su ejercicio laboral, sobre todo en el caso de las que desarrollan su actividad profesional en un entorno rural y remoto (Esandi et al. 2020).

Por lo tanto, conocer sus percepciones y motivaciones laborales, nos permitirá acercarse a la CVL percibida por los profesionales de salud en general y las matronas en exclusiva en entornos rurales de difícil acceso, lo que nos permitirá conocer los factores que influyen en su retención.

5.1.2. Percepciones y motivaciones de profesionales de salud para permanecer en zonas rurales y remotas

Según las percepciones y motivaciones de los profesionales de salud, los factores de su retención en zonas rurales y remotas se reparten en factores individuales, factores sanitarios, profesionales, sociales y comunitarios (Esandi et al., 2020).

En lo que se refiere a los factores individuales, figuran las características personales como la motivación y satisfacción con el trabajo, el desempeño laboral, las preferencias, valores, altruismo, expectativas y demandas de cada persona (Esandi et al., 2020). Se suman a estos factores, características sociodemográficas como el estado civil y el género (Belaid et al., 2017).

En cuanto a la estructura del sistema de salud, citamos los factores organizacionales como el diseño organizacional relacionado con la estructura, procesos y recursos. La gestión del recurso humano en salud en cuanto a la motivación y movilización. La cultura organizacional como el liderazgo y el trabajo de equipo, así como el ambiente físico que se refiere a las características del lugar de trabajo y la seguridad. En lo que concierne a las condiciones del empleo y el trabajo, se refieren a la remuneración, tipos de contrato, duración de la jornada de trabajo, beneficios sociales, entre otros (Esandi et al., 2020).

También figuran como factores de retención de los trabajadores en áreas rurales la disponibilidad de servicios básicos de higiene y saneamiento, la disponibilidad de viviendas de buena calidad con electricidad, agua potable, etc. Sin olvidar la accesibilidad geográfica y los medios de comunicación (teléfono, internet, etc.), las infraestructuras de ocio y entretenimiento y medios de seguridad de los bienes y de las personas (Lori et al., 2012).

Podemos añadir a esto, indicadores de la calidad de vida en el servicio que pueden retener al personal de la salud o no, como la participación en la toma de decisiones, la autonomía de gestión, el reconocimiento del trabajo realizado, el mérito, el sistema de rotación, los permisos y vacaciones, la solidaridad, el respeto a la jerarquía, así como la organización de los servicios y atención (Adzei y Atinga, 2012).

Así, factores como el desarrollo profesional y las oportunidades de promoción interna favorecen la permanencia de los trabajadores de la salud en sus puestos de trabajo. Igualmente, el apoyo personal, especialmente en situaciones laborales o familiares difíciles, crea un ambiente favorable que motiva aún más al personal de salud a permanecer el tiempo suficiente en sus servicios (WHO, 2010).

Finalmente, los factores del entorno social, económico y político componen el contexto externo como las políticas, reformas y organización del sistema de salud y la cultura y organización de la comunidad (Esandi et al., 2020).

Entre esta diversidad de factores, las condiciones de vida son sumamente importantes en la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas. De hecho, se constató que la disponibilidad de un mínimo de bienestar es fuertemente solicitada por los trabajadores, sobre todo por los que carecen de experiencia de vivir en áreas rurales (Rabinowitz et al., 1999; Royston et al., 2012).

Dussault y Franceschini (2006) identifican factores que influyen en la distribución geográfica del personal sanitario que se reparten en categorías individuales, organizativas, factores relacionados con los sistemas sanitarios (cuidados de la salud), educativos, institucionales y socioculturales.

En este sentido, los dos autores consideran que los factores individuales influyen de manera inmediata en la distribución geográfica del personal sanitario mientras que los factores organizacionales y comunitarios influyen de manera intermediaria entre factores contextuales más vastos e individuales más estrechos (Dussault y Franceschini, 2006).

Essandi y colaboradores (2020) clasifican los factores de retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas en factores individuales y familiares (origen, oportunidades laborales de la pareja y educación de hijos) y aquellos vinculados con la formación, relacionados con la exposición o entrenamiento a ámbitos rurales, factores financieros (salario, incentivos), factores vinculados con las características de la práctica rural y condiciones de trabajo (aislamiento profesional, grado de autonomía, supervisión y oportunidades de desarrollo de carrera profesional) así como factores asociados a las comunidades y estilo de vida rural (pertenencia e integración).

Bilodeau y Leduc (2003) definen tres categorías de factores que influyen en la retención del personal sanitario en áreas rurales y remotas: individuales, en relación con algunas características sociodemográficas del individuo (edad, género, educación, etc.), profesionales, relacionados con algunas características y condiciones laborales (especialización, horas de trabajo, incentivos, etc.) y contextuales, en relación con el entorno comunitario y social (servicios comunitarios, calidad de vida, nivel educativo de la población, etc.).

Además de factores locales como entornos y condiciones de trabajo favorables y seguros con oportunidades de desarrollo profesional, Lehmann y colaboradores (2008) identifican factores de retención del personal sanitario relacionados con el entorno de vida general y social, donde se destaca la importancia del alojamiento del personal, la

disponibilidad de escuelas y los maestros calificados para los niños, el agua potable, la electricidad, las carreteras y los medios de transporte.

Mbemba y colaboradores (2016) realizaron una descripción general de las revisiones sistemáticas existentes sobre los factores que influyen sobre el reclutamiento y la retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas, identificando aquellos que son significativos en los países en desarrollo.

En materia de factores de retención, figuraron los incentivos financieros, las oportunidades de avance profesional y las redes de apoyo profesional. Se concluyó también que, en materia de evidencia, se necesita indagar más sobre las estrategias para hacer frente a la escasez del personal sanitario en las zonas rurales, sobre todo en los países en desarrollo (Mbemba et al., 2016).

Lehmann y colaboradores (2008) concluyen en su revisión de la literatura sobre los factores que influyen en la atracción y retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas, que existe una complejidad de interacciones entre las diferentes categorías de factores, ya sean locales o relacionados con condiciones generales de vida o con las políticas nacionales y el estado socioeconómico u otros factores posibles.

En resumen, Lehmann y colaboradores (2008) hablan de factores de "atracción" y de "empuje". En esta clasificación se distingue entre factores de atracción que atraen a un individuo a un nuevo puesto de trabajo y aquellos que empujan el individuo a alejarse del lugar de trabajo. Estos factores incluyen la presencia o no de oportunidades y perspectivas de carrera, entornos de trabajo y condiciones de vida favorables.

Tanto los factores de “atracción” como de “empuje”, se interactúan e influyen en la toma de decisión de las personas de dejar o permanecer en el lugar de trabajo (Lehmann et al, 2008)

En una revisión bibliográfica realizada por la OPS/OMS (2022), se ha propuesto un modelo conceptual explicando las condiciones y el medioambiente de trabajo del personal de primer nivel de atención en zonas rurales, remotas y desatendidas y su impacto en la atracción, captación y retención del personal sanitario.

Los elementos componentes de este modelo conceptual son factores individuales (motivación y satisfacción laboral, valores y altruismo, entre otros), factores inherentes al contexto externo (políticas sanitarias, cultura y organización del sistema de salud y de la comunidad), factores organizativos (diseño organizativo, gestión de los recursos humanos, cultura organizativa y ambiente físico) y en último lugar, las condiciones de empleo y de trabajo (OPS/OMS, 2022).

Profundizando más en esta modelización conceptual, los documentos analizados en la revisión de la literatura sobre aspectos relacionados con las condiciones y medioambiente de trabajo del personal sanitario en zonas rurales, remotas y desatendidas, mostró la existencia de una variedad de factores interdependientes (OPS/OMS, 2022).

Factores como el trabajo decente (seguridad en el trabajo, disponibilidad de condiciones laborales salubres...), factores relacionados con la salud en el trabajo (cultura y organización que influyen la salud física y emocional de los trabajadores), factores laborales (confianza entre pacientes y personal sanitario), calidad de atención sanitaria, gestión de los recursos humanos, financiación e infraestructura adecuada, trabajo solidario y participación comunitaria (OPS/OMS, 2022).

Como síntesis, esta clasificación de los factores que influyen en la decisión del personal sanitario para permanecer en estas zonas de trabajo de difícil acceso, se ve más clara, holista y concisa en el modelo propuesto por la OMS en su informe sobre las recomendaciones mundiales de política de 2010, citados en el informe de actualización de 2021 sobre las directrices para contratar, captar y retener el personal sanitario en zonas rurales y remotas.

Estos factores se dividen en factores personales (valores, altruismo, prociencia, lazos familiares, entre otros), económicos (prestaciones, subsidios, salario, entre otros) profesionales y relacionados con la formación (experiencia y formación en ruralidad, acceso a formación continua, supervisión), relacionados con el modo de servicio rural (obligatorio o no), relacionados con las condiciones de trabajo y de vida (infraestructura, medicamentos, seguridad, carga de trabajo, estrés, alojamiento) y factores familiares y comunitarios (oportunidades de escolarización de los hijos y de trabajo del cónyuge, disponibilidad de instituciones comunitarias o no, espíritu comunitario) (OMS, 2021).

A su vez, la interrelación entre estos factores se dificulta porque influye mucho en la motivación de fondo, sea ésta de índole económica, social, cultural, religiosa, etc. (Belaid et al., 2017). Todo esto afecta al empoderamiento agéntico (basado en motivaciones intrínsecas) de los profesionales de la salud para tomar decisiones de manera autónoma y tener un mayor sentido de control e influencia sobre su contexto (Pick et al., 2011).

En principio, los factores que inciden en la atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales son aquellos vinculados con las motivaciones, expectativas y necesidades de los profesionales en un contexto de particularidades del sector rural que moldean su ejercicio profesional (Meza, 2017).

En el ámbito de la salud, existen factores que influyen en la motivación de los profesionales de salud como la naturaleza del servicio prestado, el salario obtenido, el clima laboral/organizacional y oportunidades de promoción en la carrera profesional (Vieira, 2005; Bernal, 2015; Muñoz, 2006 como se citaron en Troncoso Pantoja, 2016).

Se nota también, que la motivación en el trabajo, difiere entre personas y cambia con el paso del tiempo y con las condiciones de trabajo, la calidad de vida laboral, el reconocimiento del rendimiento individual, la relación con el equipo de trabajo y la jerarquía (Carpio Montoya y Villalobos, 2001).

Por otro lado, las motivaciones intrínsecas evocadas por el personal sanitario para elegir y permanecer en un medio rural y remoto se resumen en tener vocación, altruismo además de algunos aspectos familiares.

Por lo que corresponde a las motivaciones extrínsecas se resumen en aspectos económicos y profesionales asociados al puesto de trabajo y sus condiciones, el reconocimiento y agradecimiento social de la parte de la comunidad local y la participación comunitaria en las acciones de salud (WHO, 2011).

Así pues, este sentimiento de bienestar laboral que procura la motivación en el trabajo, se obtiene gracias a la presencia de factores como la satisfacción de necesidades básicas individuales y familiares, el reconocimiento institucional, condiciones de trabajo que procuran estabilidad laboral y las oportunidades de desarrollo académico y profesional (Robles, 2005 como se citó en Arboleda-Posada, 2018).

No obstante, puede que existan factores nocivos en la vida laboral en relación, sobre todo, con la falta de motivación en el trabajo, la carga de trabajo y el escaso apoyo directivo (Hanzeliková, 2011; Zubiri, 2013; Pérez, 2009 como se citaron en Troncoso Pantoja, 2016).

En atención primaria de salud, las semejanzas y diferencias entre zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo, se identifican según los factores denominados de riesgo como las condiciones ambientales (físicas, socioculturales, educativas, económicas, ocupacionales) que afectan la salud psicosocial y somática del individuo (Esandi et al., 2020).

De igual forma, estos elementos de semejanza o de diferencia, se distinguen a partir de los factores de accesibilidad tales como la ausencia o presencia de barreras geográficas, financieras, culturales, lingüísticas, que impiden utilizar los servicios de salud disponibles (Esandi et al., 2020). Del mismo modo que las necesidades básicas de salud, vivienda, agua potable, etc. y de la autosuficiencia comunitaria como el empleo de recursos locales, especialmente de los humanos y menor dependencia de los niveles de decisión superiores (Geyndt, 1983).

Según los resultados de la revisión sistemática realizada por Willis-Shattuck y colaboradores (2008) sobre la motivación y retención de los trabajadores de la salud en los países en desarrollo, las motivaciones pecuniarias, la promoción en la carrera profesional y las oportunidades de la formación continua forman parte de las motivaciones de retención laboral. Igualmente, se citaron motivaciones como la comodidad de las infraestructuras, la disponibilidad de los recursos, el reconocimiento socio profesional de la parte de los responsables administrativos y comunitarios como determinantes que influyen en la retención de profesionales de la salud rural en países de bajos y medianos ingresos.

Como síntesis, autores como Locke (1976) y Carayon y colaboradores (2015), afirman que la motivación del personal sanitario depende de la interacción de factores individuales y externos al individuo. En este sentido, las condiciones de trabajo como los factores organizativos (estructura, procesos y recursos), la gestión de los recursos humanos y la cultura organizativa juegan un gran papel en la motivación y el desempeño laboral.

La revisión de la literatura que se describe en los dos apartados siguientes versa sobre las motivaciones y percepciones del personal sanitario para permanecer en zonas rurales y remotas y se focaliza sobre las vivencias de los agentes de salud de todas categorías en general y las matronas en particular. Dicha revisión explora esta realidad en dos continentes que sufren de manera llamativa la problemática de retención del personal sanitario como ejemplos ilustrativos de lo que ocurre en países de bajos y medianos ingresos más cercanos al contexto del estudio.

5.1.2.1. En países de América Latina

En países de América Latina, la repartición de los recursos humanos en salud es inequitativa, registrando mayor tasa de presencia del personal sanitario en áreas urbanas. Este hecho, es debido a problemas de retención de los agentes de salud en zonas rurales y remotas (OPS/OMS, 2015, 2022).

Para lograr una oferta de servicios universales que respondan de una manera equitativa a las demandas de salud en todos los países de América Latina, se debe disponer del personal sanitario calificado y suficiente, en particular en el primer nivel de atención en zonas rurales, remotas y desatendidas (OPS/OMS, 2022).

Delante de esta problemática, sería oportuno, identificar los factores que influyen en esta retención en general y profundizar específicamente este tema a través de las percepciones

y motivaciones del personal sanitario sobre su permanencia en estas zonas de difícil acceso. Esto permitirá diseñar políticas y estrategias de retención eficaces y que se adapten a cada contexto y circunstancias propias de cada país.

Una encuesta realizada en 14 países de América Latina, sobre 17 millones de habitantes, reveló muchas escaseces. Una variedad de factores de tipo geográfico, económico, cultural e institucional influyen en la vida de la población. En materia geográfica, se identificaron el acceso difícil y factores climáticos desfavorables (CEPAL, 2018).

Por lo que se refiere al factor económico, se nota el desempeño mediocre de la productividad. Institucionalmente y culturalmente, la población de América Latina, se caracteriza por la predominancia de la población indígena, viviendo en entornos caracterizados por la exclusión socioeconómica y política (CEPAL, 2018).

Estos entornos caracterizados por una escasa oferta de servicios de salud, dificultan el acceso a los servicios de salud por la población que se encuentra en su gran mayoría en zonas rurales, remotas y dispersas (CEPAL, 2018). Todo esto provoca una difícil contratación y retención de profesionales de salud que están dispuestos a prestar cuidados y servicios de salud en estas zonas rurales y remotas (CEPAL, 2018).

En Perú, se instauró el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en favor de la comunidad liderado por profesionales de ciencias de la salud titulados y colegiados, prioritariamente en las poblaciones más pobres y alejadas. En el desarrollo de este programa sanitario, se observó el deterioro en la perspectiva de los médicos hacia el trabajo en el primer nivel de atención (PNA) (Bendezu et al., 2020).

Esta percepción negativa se debe a una serie de problemas encontrados durante su participación en este programa. Desde agresiones verbales, psicológicas y físicas, problemas

administrativos y de clima laboral, exposición a accidentes de tránsito durante su servicio y muerte durante el traslado de pacientes, hasta la carencia de insumos, tecnología y problemas en la atención de los pacientes que limita la posibilidad del médico de brindar una atención adecuada (Bendezu et al., 2020).

En el mismo país, un estudio cualitativo realizado en Ayacucho sobre los incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú, concluyó con las siguientes motivaciones que retienen y motivan al personal sanitario en lugares rurales, en orden de importancia: los beneficios pecuniarios, formativos y capacitadores, permanencia laboral, mejoras en infraestructura y equipos e incremento del personal. Se reclamó también mejoras en vivienda, mayor cercanía con la familia y reconocimiento por parte de los responsables del sistema de salud (Huicho et al., 2012).

En Chile, se realizó un estudio descriptivo exploratorio sobre las percepciones de los profesionales sanitarios en relación a las motivaciones para la permanencia en zonas rurales (Meza, 2017).

En este estudio, se realizaron también entrevistas semi-estructuradas a médicos, matronas y enfermeras, seleccionados por muestreo estratificado, en 5 centros comunitarios de salud familiar y 2 centros de salud familiar. Además, para obtener mayor riqueza interpretativa y analítica, se utilizó la estrategia de triangulación de investigadores (Meza, 2017).

Se concluyó que la retención en general de los recursos humanos es frágil y es afectada por factores financieros y no financieros. En lo que respecta a factores financieros, las personas participantes en el estudio los han considerado necesarios, pero no suficientes en la atracción a sus puestos de trabajo (Meza, 2017).

En cuanto a los no financieros, resaltaron factores como el apoyo familiar y social, experiencias de residencia y condiciones de vida en áreas rurales. Estas últimas, se refieren a la forma de habitar el territorio, la belleza del lugar y el temperamento de la población, el ritmo de vida y la valoración de la comunidad al servicio rural (Meza, 2017).

En lo que concierne a las necesidades básicas en el trabajo rural, se mencionaron la ausencia del material de calefacción, falta de equipos e insumos mínimos para trabajar, ausencia de medidas de seguridad en el desplazamiento a los territorios, calidez y cercanía de la gente que vive en el sector rural (Meza, 2017).

Finalmente, se evocan factores personales, como el altruismo de trabajar por personas altamente vulnerables y la experiencia de habitar en la ruralidad (Meza, 2017).

5.1.2.2. En países de África

Entre los desafíos importantes para muchos sistemas de salud, especialmente los de África, figuran la repartición equitativa y la retención del personal sanitario (WHO, 2016).

Últimamente se incrementó el interés de producir evidencia científica sobre la problemática del personal sanitario en particular en las zonas rurales y remotas o desatendidas (OPS/OMS, 2022).

Desde este punto de vista, en Senegal, la encuesta cualitativa realizada sobre el problema de retención del personal sanitario cualificado en las zonas difíciles, ha identificado varios factores que influyen en esta retención según percepciones y motivaciones de los participantes en el estudio. Se reveló que, entre las razones que influyen en la decisión de no permanecer en zonas difíciles figuran la lejanía del lugar de trabajo y la distancia del resto de la familia, la plataforma técnica no conforme de las formaciones sanitarias, la falta de incentivos financieros específicos para áreas difíciles, la falta de formación continuada, la

falta de agua corriente y electricidad continua, la falta de ambulancia y el estado degradante de las carreteras, la falta de infraestructura escolar apropiada, el entorno físico desfavorable, la falta de medios de transporte, la falta de viviendas adecuadas y de medidas de apoyo al alojamiento (MSASS et al., 2016).

En Camerún, los factores que influyen en las motivaciones de retención del personal sanitario se relacionan, entre otras cosas, con los ingresos profesionales, las características del contexto de trabajo, el respeto de la comunidad local, la disponibilidad de agua potable y electricidad, el estado de las carreteras y la disponibilidad de medios de transporte, el costo de vida, las condiciones esenciales de vida de trabajo, infraestructura de transporte, relaciones con colegas y jerarquía administrativa, oportunidades de promoción en la carrera profesional y de desarrollo profesional (Mba et al., 2011).

En África del sur, un estudio realizado en Swazilandia por Masango y colaboradores (2008) sobre las estrategias de retención del personal sanitario, evaluó el papel de los incentivos no financieros según las percepciones de los participantes al estudio en los ámbitos hospitalario y de atención primaria, donde se concluyó que los beneficios salariales no son suficientes para retener los agentes de salud en sus puestos de trabajo.

Se identificaron aspectos no financieros como la no disponibilidad de condiciones de trabajo adecuado, la escasez o falta de supervisión y de reconocimiento del rendimiento, falta de transporte y de vivienda apropiada (Masango et al., 2008).

Los resultados de un estudio de método mixto en Níger, que tenía como objetivo comprender los factores que afectan la atracción y retención de profesionales de la salud en áreas rurales y remotas según sus propias percepciones, demostró que la atracción y retención

de profesionales de la salud en las áreas rurales están influenciadas por una variedad de motivaciones intrínsecas y extrínsecas (Belaid et al., 2017).

Las motivaciones extrínsecas incluyen condiciones de vida, factores sociales como aislamiento e inseguridad, condiciones de trabajo tenso, falta de motivación pecuniaria y factores intrínsecos en relación con características sociodemográficas de los profesionales de salud en áreas rurales y remotas (Belaid et al., 2017).

En resumen, podemos decir que estos factores de retención son identificados desde las percepciones y motivaciones de los profesionales de salud de todas las categorías, incluyendo a las matronas. Sin embargo, la particularidad de la profesión matrona, nos incita a explorar esta realidad en investigaciones realizadas exclusivamente con matronas.

5.1.3. Percepciones y motivaciones de matronas para permanecer en zonas rurales y remotas

Aunque en atención primaria de salud la motivación es esencial para mejorar la efectividad y eficiencia en el trabajo, pocos estudios se realizaron sobre las motivaciones y percepciones laborales específicas en matronas (Torres, 2018). Esta escasez de investigaciones es aún más llamativa en los países en vía de desarrollo.

5.1.3.1. En países de América Latina

En América Latina, los desafíos más importantes para la partería son la reglamentación de todas las esferas de práctica profesional, el acceso a la infraestructura y el equipo médico necesario pudiendo ofrecer cuidados y servicios de salud de manera reconocida y digna como profesionales de partería (UNFPA América Latina y El Caribe, 2020),

Un estudio cualitativo basado en las narrativas de parteras sobre siete experiencias de asistencia a partos en diferentes territorios geográficos latinoamericanos reveló partes transversales y comunes en el relato histórico de problemas que afrontan las parteras en su atención obstétrica (Ramírez & Laako, 2018).

Entre las problemáticas que resaltan de las temáticas recopiladas de los propios discursos de las personas participantes a este estudio figura la cuestión de la autonomía en el ejercicio profesional de las parteras y en la toma de decisiones en materia de asistencia a partos. Este conflicto común, tiene sus raíces en la naturaleza de la relación de subordinación con la jerarquía médica (Ramírez & Laako, 2018).

Se plantea también la problemática de las transferencias de casos obstétricos urgentes a través de relatos de parteras que viven situaciones críticas de emergencias en partos, donde luchan para salir bien y salvar vidas (Ramírez & Laako, 2018).

En la mesa redonda sobre el tema de “la partería salva vidas en América Latina y el Caribe en 2019”, varias intervenciones evocaron el desafío importante del reconocimiento del rol profesional de las matronas y la valoración y visibilidad de sus esfuerzos laborales (UNFPA América Latina y el Caribe, 2019).

De hecho, se destacó que, entre los desafíos pendientes del plan de acción de la conferencia Internacional del Cairo sobre la Población y el Desarrollo en 1994, figuran regulaciones insuficientes relacionadas con el ejercicio profesional de la partería en América Latina (UNFPA América Latina y el Caribe, 2019).

En Bolivia, se procedió desde 2008 a la formación de enfermeras obstétricas, de nuevos formadores y de estudiantes, sobre todo, descendientes de ámbitos rurales (OMS et al., 2011).

Sin embargo, en el Informe de las Parteras en el Mundo de 2011 fue señalado que entre los factores que afectan la calidad de los servicios de salud materna, figura la escasez de recursos humanos cualificados, sobre todo en las zonas rurales y entre las poblaciones indígenas (OMS et al., 2011).

Se evocó también, el problema del reconocimiento profesional, la insuficiencia de la formación continua, del suministro insuficiente en equipamiento y productos básicos para favorecer un entorno laboral adecuado al desempeño profesional de las parteras (OMS et al., 2011).

En cuanto a Nicaragua, se destaca el problema de actualización de la reglamentación de la profesión de partera, sobre todo, en contextos laborales aislados donde falta el apoyo de otros profesionales de salud. Este factor influye mucho en el desempeño y aprovechamiento de las capacidades de las enfermeras obstétricas en estas áreas de trabajo (OMS et al., 2011).

5.1.3.2. En países de África

En los países de África, el problema de retención del personal sanitario en zonas rurales parece ser muy sentido. De hecho, muchos estudios han revelado una tasa importante del personal de obstetricia y partería que tienen intenciones de abandonar su puesto de trabajo.

En Mali, el estudio de Sidibé et al (2018) muestra que el 42,5% del personal de obstetricia y partería piensa dejar su puesto de primer nivel. El mismo autor citó que en Senegal, Rouleau (2012), encontró una tasa del 58,9% entre las parteras y en Ghana, Bonenberger (2014), menciona una tasa de 69% para todo el personal, incluidas las matronas.

Todos estos estudios justifican la relevancia de explorar los resultados de diferentes investigaciones existentes en el continente africano sobre las percepciones y motivaciones de las matronas que influyen en su retención en zonas rurales y remotas.

En Burkina-Faso y Benín, un estudio cualitativo realizado sobre las percepciones de las matronas sobre su vida y ejercicio profesional, han evocado un conjunto de dificultades que obstaculizan la calidad del trabajo y la prestación de cuidados de maternidad en zonas rurales. Se citaron los problemas de la disponibilidad, calidad y distribución geográfica del personal y las condiciones profesionales. Se evocaron también los bajos salarios, problemas de jerarquías, cuestiones de género y sentimientos de aislamiento (Jaffré, 2018).

A pesar de este contexto de trabajo dificultoso, las matronas perciben su profesión como una vocación practicada con dedicación e inspirada de los valores religiosos donde se revela, según sus conversaciones, que la ética es una cuestión de compasiones (Jaffré, 2018).

En Níger, un estudio mixto sobre las condiciones de práctica del personal de obstetricia en áreas rurales, identificó factores que influyen en la decisión de trabajar en zonas rurales como la falta de personal suficiente, las condiciones de vida y de trabajo (agua, electricidad, alojamiento, transporte, teléfono, escuela, etc.), carencias en el sistema de gestión de la carrera, lugares de trabajo demasiado remotos y aislados considerados como “prisión” por el personal de salud y la falta de medios de seguridad en zonas aisladas (Moha et al., 2015).

En Mali se destaca la ausencia de incentivos y de perspectivas de desarrollo de carrera profesional en favor de la atracción y retención de parteras calificadas en zonas remotas y de difícil acceso (OMS et al., 2011). Por eso, se nota que la intención de dejar el puesto de trabajo en zonas rurales y remotas, está muy presente entre las parteras y enfermeras obstetras

que actúan en el primer nivel de atención. Es evidente que el factor esencial influyente es la dificultad de atraer y retener un personal altamente calificado en estos contextos de trabajo (Sidibé et al., 2018).

En general, el estudio de Sidibé y colaboradores (2018) en Mali, identifican factores relacionados con el deseo de dejar de trabajar en las zonas remotas como las características personales del personal sanitario en referencia sobre todo al aislamiento familiar o el deseo de formar familia.

También se evocó la satisfacción en el trabajo, el contexto social y laboral, las particularidades y la gestión del trabajo como la falta de equipo de trabajo, el bajo volumen de actividades externas y las perspectivas de desarrollo profesional (Sidibé et al., 2018).

Sin embargo, Sidibé y colaboradores (2018) consideran que la gestión de los factores asociados a este deseo de abandonar el puesto de trabajo como las condiciones de vida y de trabajo, la plataforma técnica, así como la mejora de las prácticas de gestión, son medidas necesarias para aumentar la disponibilidad de personal en áreas remotas. Se recomienda también, que la supervisión del personal y el empleo de personal más cerca de su entorno familiar mejoren la retención de parteras y enfermeras-obstetras.

En Túnez un estudio de khalfaoui y colaboradores (2000) se centró en el análisis de las condiciones de práctica de las matronas en los hospitales de maternidad rurales y su impacto en el traslado de parturientas en una región del noroeste del país, en desventaja socioeconómica y donde las tasas de traslado materno son entre las más altas del país. Se pudo evidenciar que las maternidades estudiadas operaban sin ginecólogo y que las condiciones de práctica eran malas y el flujo de transferencia era importante.

Para eso, recomendaban el refuerzo de los medios técnicos, la supervisión de las matronas, el empoderamiento de los médicos distritales y el nombramiento de un ginecólogo a nivel de maternidad donde se había un volumen importante de actividad, para mejorar el uso de estas unidades de maternidad y tranquilizar a las parturientas y madres recientes (khalfaoui et al., 2000).

Concluimos que, en términos de motivaciones, convive lo objetivo y lo subjetivo del concepto donde los factores externos socio profesionales y culturales afectan a los factores internos; en relación con el sentido de iniciativa y voluntad de las personas y su calidad de desempeño y bienestar.

Por lo tanto, describir el perfil motivacional de las matronas permite explorar las motivaciones que favorecen su desempeño laboral en un momento dado y averiguar el clima de la organización y la calidad de vida profesional percibida (Fernández & Fernández-Arroyo, 2009).

Todo lo descrito justifica la relevancia de explorar también el concepto de empoderamiento en el ámbito laboral como indicador importante en el desempeño laboral y estrategia de acción e interacción con el contexto de trabajo.

5.1.4. Empoderamiento en el contexto laboral y en el ámbito profesional de matronas

Según Rappaport (1984, como se citó en Morales, 2016), el empoderamiento es "un proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren el dominio de sus vidas, a partir de los recursos individuales, grupales y comunitarios que generan nuevos entornos, mejorando la calidad de vida y el bienestar" (p.27).

De esta definición deducimos que el empoderamiento, según la psicología comunitaria, se presenta en tres dimensiones interrelacionadas tales como individuales, grupales y comunitarias.

De otro lado, emerge el concepto del empoderamiento intrínseco o agéntico que se refiere al esfuerzo que el individuo ejerce para producir un impacto en su contexto social, como los colegas de trabajo, las instituciones, los miembros de la familia y la comunidad (Pick et al., 2007).

Este empoderamiento agéntico depende de tres dimensiones que regulan las conductas de los individuos: el contexto, las demandas de la situación y la persona. El contexto se refiere a las oportunidades y limitaciones estructurales que el medio ofrece, incluyendo aspectos económicos, socioculturales, políticos, de salud, educativos y de seguridad (Pick et al., 2007).

Las demandas de las situaciones se refieren a los recursos personales que se ponen en práctica para resolver los problemas cotidianos, tales como habilidades, conocimientos y creencias personales (Pick et al., 2007).

En cuanto a la persona, se destacan las características individuales que se suscitan al momento de responder a las demandas situacionales y que determinarán su forma de resolver los problemas como la autoeficacia, la autoestima, la autorregulación, la autodeterminación y la autonomía (Pick et al., 2010).

Rowlands (1997, como se citó en Sandoval, 2005), señala tres dimensiones relacionadas con el empoderamiento: el personal, como desarrollo del sentido del yo, de la confianza y la capacidad individual, la de las relaciones próximas, como la capacidad de

negociar e influir en la naturaleza de las relaciones y las decisiones, y la colectiva, como participación en las estructuras políticas y acción colectiva basada en la cooperación.

Zimmerman (2000, como se citó en Zambrano et al., 2009), explica que el empoderamiento individual es la participación con otros, lograr metas, los esfuerzos para generar acceso a los recursos y una comprensión crítica del medio sociopolítico.

Respecto al empoderamiento organizacional, este término se refiere a procesos organizacionales y estructuras que animan la participación de los miembros y estimulan la efectividad organizacional (Zambrano et al., 2009).

Por último, el empoderamiento comunitario, trata de las acciones colectivas para mejorar las condiciones de vida y las conexiones entre organizaciones de la comunidad y entre estas y otras instancias o agencias (Zambrano et al., 2009).

Explicando a profundo la dimensión individual del empoderamiento, Zimmerman (2000, como se citó en Silva & Martínez, 2004), indica que este concepto engloba todos los esfuerzos para ejercer control, las creencias sobre su competencia y la comprensión del ambiente sociopolítico por individuos solos o en grupos.

Para desarrollar el empoderamiento individual se recomiendan estrategias como la participación en asociaciones o actividades comunitarias, equipos de gestión, el aprendizaje de nuevas habilidades, etc. (Silva y Martínez, 2004).

En cuanto a la dimensión organizacional del empoderamiento, se relaciona con todas las acciones de fortalecimiento de la organización para alcanzar sus objetivos, como el ejercicio del liderazgo compartido, relaciones de apoyo y solidaridad en el trabajo, sistemas de información y comunicación y de amplia participación, modelos de gestión adecuados al

desarrollo de la organización donde hay distribución de responsabilidades según competencias individuales (Silva y Martínez, 2004).

Finalmente, la dimensión comunitaria del empoderamiento, se refiere al contexto empoderador de los individuos, es decir, las oportunidades y los recursos que disponen los individuos en su contexto local (Silva y Martínez, 2004).

En el ámbito profesional de las matronas, el Informe de las Parteras en el Mundo, de 2021, revela que las matronas tienen escasas oportunidades de ejercicio del liderazgo y de toma de decisiones y están sujetas a discriminaciones en salarios y opciones profesionales (OMS et al., 2021).

En este contexto, la Confederación Internacional de Matronas, lanza desde una perspectiva de género que aspira a crear un entorno capacitador por las matronas, un llamamiento a los responsables políticos para que adopten medidas de empoderamiento y respeto de las matronas (ICM, 2021).

Para lograr este objetivo se recomienda favorecer un ámbito laboral respetuoso para las matronas, reconocer su competencia y su autonomía profesional y considerarlas como líderes comunitarias, protectoras y defensoras de la salud sexual y reproductiva (ICM, 2021).

Además, el desarrollo de las estrategias de empoderamiento mejorará la calidad de vida de las matronas y, por supuesto, la rentabilidad y la calidad de los servicios de salud y su producto, la salud de las mujeres y recién nacidos (Garcia Aboin, 2007).

5.2. Conclusiones del marco teórico

Cabe mencionar que los estudios citados en el marco teórico del estudio provienen en su mayoría de contextos con culturas muy distintas a la marroquí y que existen numerosos estudios que abordan la motivación y empoderamiento de los profesionales sanitarios que provienen en su mayoría de contextos urbanos y de países con ingresos altos.

Además, se han explorado estos aspectos fundamentalmente con metodologías cuantitativas, limitando, por lo tanto, el conocimiento en profundidad de las decisiones y motivaciones humanas. Por lo tanto, se hace necesario acercarse a esta realidad desde la investigación cualitativa y en zonas remotas o rurales.

El presente estudio de investigación pretende explorar las percepciones y motivaciones de las matronas de las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos sobre la calidad de su vida laboral y las estrategias de empoderamiento que utilizan para mantenerse y desarrollar su trabajo en este entorno.

Como síntesis conceptual, deducimos desde esta revisión de la literatura que, generalmente, la permanencia del personal sanitario en zonas rurales y remotas y, específicamente, de las matronas en el caso de esta investigación, podría ser afectada por una variedad de factores, entre los cuales figura como determinantes y de gran interés e impacto, los factores individuales (altruismo, valores, etc.) y familiares (escolarización de los niños, oportunidad de trabajo del cónyuge, etc.) que afectan su permanencia en áreas de trabajo de difícil acceso.

A estos factores individuales, se añaden factores profesionales relacionados con el ámbito laboral, con aspectos organizacionales y con los recursos disponibles y los beneficios financieros (salario, incentivos).

En último, se citan los factores relacionados con el entorno comunitario y social que son constituidos por elementos como el estilo de vida rural (pertenencia e integración), el alojamiento, el agua potable, la electricidad, las carreteras y los medios de transporte.

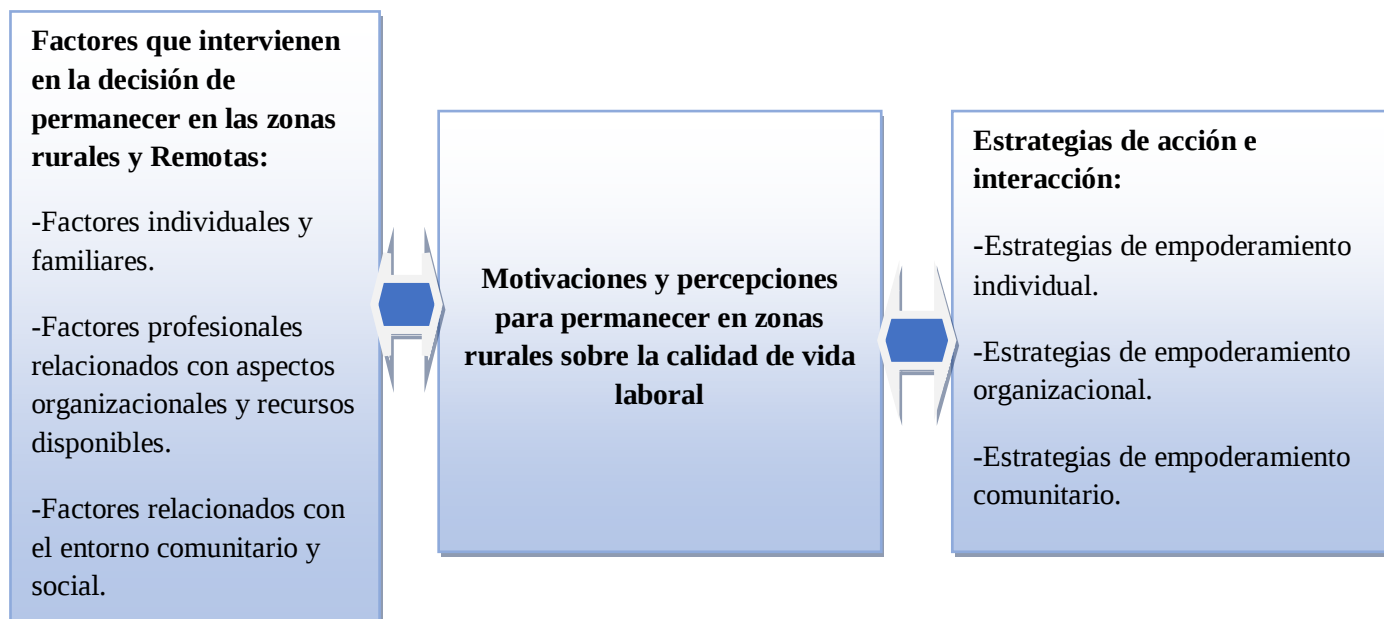
De otro lado, las estrategias de acción/interacción entre ambos factores son representadas por las estrategias de empoderamiento individual, organizacional y comunitario desarrolladas por matronas en el contexto de estudio.

Finalmente, de las consecuencias de este proceso paradigmático y dinámico, emergen como resultados/respuestas las percepciones y motivaciones sobre la calidad de vida laboral y perspectivas en relación con el trabajo.

El esquema conceptual siguiente presenta estos elementos como marco teórico de referencia de la revisión de la literatura realizada en este estudio sobre las motivaciones, percepciones y estrategias de empoderamiento del personal sanitario en general y, en particular, de las matronas, para permanecer en zonas rurales y remotas:

Figura 1

Elaboración propia. Marco conceptual de los factores, motivaciones, percepciones y estrategias de empoderamiento de matronas para permanecer en zonas rurales y remotas.





UNIVERSIDAD DE JAÉN

**CAPITULO 6. ESTRATEGIAS PARA LA RETENCIÓN DEL PERSONAL
SANITARIO EN ZONAS RURALES Y REMOTAS**

Refiriéndose a la literatura sobre estrategias más efectivas para retener a los trabajadores de la salud en zonas rurales y remotas, se destacan los factores motivacionales individuales que responden a las necesidades, expectativas y preferencias del personal (Bertone, 2018).

Frente a estos incentivos individuales, se recomiendan motivaciones de carácter organizacional como beneficios pecuniarios y estilos democráticos y modernos de gestión de los recursos humanos. Esto incluye también, influir en la cultura organizacional, en el contexto social y cultural del trabajo y en la coherencia entre los valores y las expectativas de los trabajadores de salud y el sistema de salud y la comunidad.

6.1. Recomendaciones de organismos internacionales: OMS, UNFPA y ICM

6.1.1. Recomendaciones comunes a profesionales de salud

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se recomienda fortalecer los sistemas de salud y promover la cobertura universal en el marco de la atención primaria. En este sentido, se desarrolló un programa de la OMS (2010) para mejorar la retención del personal sanitario en las zonas remotas o rurales.

De hecho, este programa ha formulado una variedad de recomendaciones mejorando el acceso y permanencia de agentes de salud en zonas rurales y remotas.

En primer lugar, se formulan recomendaciones en materia de formación que se resumen en: la selección de estudiantes de origen rural para el ejercicio profesional en zonas

rurales y remotas, en la aproximación de los establecimientos de formación a las zonas rurales y la diversificación de las experiencias formativas de estudiantes en las comunidades rurales mediante un programa rotatorio (OMS, 2010).

Además, se propone incorporar estudios de grado y posgrado en relación con la salud y entorno rural y mejorar la accesibilidad de los agentes de salud que trabajan en zonas rurales o remotas a programas de formación continua (OMS, 2010).

En este sentido, la OMS (2021) en su revisión de sus recomendaciones mundiales de política de 2010 por el periodo 2010-2019, recomienda apoyar la retención del personal sanitario a través de la elaboración de programas de formación continua y desarrollo profesional que se adaptan a las necesidades del personal de salud.

En segundo lugar, se formulan recomendaciones normativas tales como contextos laborales más favorables para el ejercicio profesional en las zonas remotas o rurales, reglamentación de la práctica en zonas rurales y disponibilidad del personal de todas las categorías y competencias en el entorno rural (OMS, 2010).

Además, se propone unir entre exigencia de servicio rural y motivación laboral, proponiendo medidas incentivadoras apropiadas a agentes de salud ejercientes (OMS ,2010). De hecho, la revisión de las recomendaciones por la OMS (2021), propone adoptar medidas de gestión incentivadoras, equitativas, transparentes y garantes de los derechos del personal sanitario.

En cuanto a estudiantes en formación, se sugiere ofrecerles incentivos financieros (becas, ayudas y otros subsidios) en compensación de su ejercicio profesional en áreas remotas o rurales (OMS, 2010).

En tercer lugar, se proponen incentivos financieros en favor de agentes de salud para retenerles más tiempo en las zonas rurales o remotas como, por ejemplo, compensaciones pecuniarias por condiciones desfavorecidas de vida, indemnización de vivienda, vacaciones pagadas y transferencias gratuitas (OMS, 2010).

Finalmente, en materia de apoyo personal y profesional, además de recomendar mejoras en las condiciones de vida de los agentes de salud y de sus familias, se sugiere mejorar la infraestructura y servicios de base como el saneamiento, la electricidad, las telecomunicaciones y las escuelas (OMS, 2010).

Como apoyo profesional, se propone un medio de trabajo seguro, próspero, supervisado, apoyado, tutorizado, equipado y con suficientes y adecuados suministros. Se recomienda también crear oportunidades de promoción en la carrera profesional, valorizando las experiencias y las competencias en el trabajo rural, fundar asociaciones y redes de profesionales en áreas rurales o remotas, limitando el aislamiento profesional y realizar iniciativas de reconocimiento público de agentes de salud rural (OMS, 2010).

Como síntesis de estas recomendaciones, la estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud 2030, ha previsto una serie de medidas para mejorar la motivación, satisfacción y fidelización del personal sanitario, centrándose particularmente en medidas de reorganización de los servicios sanitarios, de reglamentación, selección y formación de aspirantes al trabajo rural, seguridad laboral y carga de trabajo soportable, creación de oportunidades formativas y de desarrollo profesional, medidas incentivadoras para la mejora de la vida familiar y social y ayudas por condiciones laborales difíciles, vivienda y educación (WHO, 2016).

Sin embargo, esta estrategia exige el desarrollo de competencias de los responsables de servicios sanitarios en materia de gestión de los recursos humanos, en cuanto a la planificación e información sobre el personal sanitario, medidas de captación y contratación y condiciones de trabajo decente (WHO, 2021).

Desde la perspectiva de género, se recomienda que las estrategias de contratación y retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas hagan participar a las mujeres en la toma de decisiones (WHO, 2021).

A tal efecto, se sugiere que el contexto laboral favorezca la protección de la mujer contra todas las formas de violencia. Se recomienda también que se proceda a medidas que favorezcan la conciliación entre trabajo y vida familiar como la flexibilidad en el horario de trabajo, la creación de oportunidades del trabajo parcial y la mejora de las condiciones laborales (WHO, 2021).

6.1.2. Recomendaciones específicas a matronas

Paralelamente con las recomendaciones comunes a todos los profesionales de salud en zonas rurales y remotas, la OMS, el UNFPA y la ICM (2021) recomiendan aumentar el número de matronas con el objetivo de cerrar la brecha mundial de 900.000 matronas para 2030 y realizar más medidas en las áreas de formación inicial y continua, reglamentación y el entorno laboral para que las matronas asuman plenamente su papel.

Aunque algunos avances se han realizado en relación con la autonomía de la profesión de matrona y el reconocimiento de sus servicios de salud, desde la publicación de los antecedentes y actuales informes del estado de las parteras en el Mundo 2011, 2014 y 2021

de la OMS en colaboración con el UNFPA y la ICM, se destacan muchos factores que permanecen influyendo en el potencial laboral de las matronas (OMS et al., 2021).

Aunque todavía persisten algunos factores desfavorables con el avance de la profesión de matrona como son los contextos de trabajo inadecuados, las fallas de calidad de la educación y formación, la ausencia o escasez de la información sobre el personal sanitario y su insuficiencia (OMS et al., 2021).

Como se ha mencionado, para hacer frente a la insuficiencia de matronas, sobre todo en zonas de difícil acceso, se recomienda en el Informe de las Parteras en el Mundo, de 2021, desarrollar y aplicar estrategias para la contratación y retención de las matronas en áreas laborales donde registran más penurias (OMS et al., 2021).

De hecho, parte de las intervenciones propuestas por la estrategia mundial de partería 2018-2030 del UNFPA (2018), figura la repartición adecuada de las parteras con beneficios salariales motivadores e incentivos pecuniarios y oportunidades de desarrollo de la carrera profesional, sobre todo, a las que trabajan en zonas insuficientemente atendidas.

En el Informe de las Parteras en el Mundo, de 2014, la OMS recomienda para hacer frente a la no retención del personal sanitario, además de soluciones financieras y perspectivas de desarrollo de carreras profesionales, mejoras en materia de gestión y supervisión de los recursos humanos.

Sin embargo, estas recomendaciones son variables y deben ser contextualizadas. Por este motivo, se recomienda el desarrollo o la adaptación de estrategias evidenciadas para garantizar la retención de parteras, apoyándose sobre una panoplia de incentivos oportunos (UNFPA, 2018).

6.2. Estrategias del sistema de salud marroquí de retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas

6.2.1. Contexto de trabajo rural de profesionales de salud: entre realidad y perspectivas futuras

En Marruecos se elaboró un plan de promoción de la salud en el medio rural inscrito en la estrategia sectorial del Ministerio de Salud. Este plan tiene como objetivos mejorar el acceso a los servicios por la población, la dinamización de las estrategias móviles de cobertura sanitaria, revitalizando los equipos de salud y la participación de la comunidad y la regulación de las emergencias obstétricas (CESE, 2017a).

Entre las acciones del plan de desarrollo de la salud en el medio rural en la estrategia sectorial 2012-2016, figuraron acciones como el refuerzo de la disponibilidad de medicamentos y la plataforma técnica de los centros de salud comunales con maternidad (segundo nivel), la mejora de las transferencias desde las unidades de urgencias médicas de proximidad y la construcción de viviendas para los agentes de salud, con la intención de motivar a los profesionales de la salud a permanecer más tiempo en las áreas rurales (MSM, 2012).

Además, entre los objetivos más prioritarios del Ministerio de Salud, se destaca el desarrollo de competencias de los recursos humanos. Esta orientación es dirigida con más interés a los que trabajan en las zonas rurales, mediante planes y programas de formación básica y continua, con el objetivo de actualizar y desarrollar conocimientos profesionales capaces de tener más impacto y adaptación a las necesidades de la atención primaria de salud de la población (CESE, 2017b).

Esto sigue siendo una preocupación del Ministerio de Salud marroquí que, en su «Plan de Salud 2025», piensa instaurar medidas incentivadoras para el personal sanitario que trabaja en áreas de difícil acceso, entre otras medidas destaca el mejorar las condiciones de trabajo y motivación de los profesionales de la salud (MSM, 2018).

Además, el MSM se comprometió a implementar territorialmente las recomendaciones de la OMS para la retención de trabajadores de salud en las regiones rurales y remotas, en la parte de planificación y desarrollo del plan de acción de los recursos humanos del MSM (MSM, 2020).

Sin embargo, la no equitativa repartición de los trabajadores de la salud entre las zonas urbanas y rurales sigue siendo un gran desafío del sistema de salud marroquí. Lo que sigue impidiendo el acceso equitativo a los servicios de salud por parte de la población, contribuye al aumento de los costos de atención sanitaria y representa un obstáculo al establecimiento de la cobertura sanitaria universal (MSM, 2020).

Aunque esfuerzos han sido realizados en inversiones en infraestructuras, instalaciones y equipamiento, diversas problemáticas relacionadas con el cuidado de la salud básica aún persisten en las áreas rurales y montañosas. Entre esta variedad de problemas, se destaca la insuficiencia del personal sanitario, sobre todo, los médicos generalistas y especialistas y la falta de equipos y personal calificado (CESE, 2017b).

Se añaden a estos problemas, los relacionados con el acceso y la continuidad de los cuidados, como la falta de coordinación y comunicación con el ámbito hospitalario, las carencias en el sistema de evacuación sanitario y el difícil acceso geográfico a establecimientos sanitarios de atención primaria (ESSP) para casi el 24% de la población (CESE, 2017a).

En el informe del Consejo Económico, Social y Ambiental (CESE) (2017b), se han evocado desigualdades relacionadas con el género, tales como el analfabetismo, las barreras culturales y económicas, la lejanía de las casas de maternidad.

Estas fallas presentan obstáculos que limitan el acceso de las mujeres a la atención de la salud y tienen como consecuencias la carencia o ausencia del seguimiento del embarazo y una proporción importante de partos que se realizan en un entorno no supervisado, como lo es por la mitad de las mujeres rurales que recurren al parto domiciliario (CESE, 2017b).

6.2.2. Matronas marroquíes en áreas rurales: entre realidad y perspectivas futuras

Desde 2012, parte de los objetivos del «Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna e infantil de Marruecos» (MSM, 2010) pretendieron hacer frente a la alta mortalidad materno infantil a través acciones como la disponibilidad de condiciones de trabajo decente y de agentes de salud calificados y motivados para responder a necesidades de salud de la mujer en el proceso del embarazo, parto y puerperio, en puestos de trabajo donde más los necesitan.

Sin embargo, parte de estos problemas persisten donde las matronas marroquíes comparten una realidad triste con otros profesionales de salud: trabajando en un contexto dificultoso caracterizado por la falta de medidas incentivadoras para mejorar su motivación en cuanto a su reconocimiento y su tratamiento como socios competentes, capacitados y valiosos dentro de un equipo más amplio de proveedores de atención sanitaria (Temmar et al., 2006).

Por todo lo justificado hasta ahora, es importante fortalecer el papel de la matrona en el sistema de salud, y la salud materna particularmente, en áreas rurales y áreas aisladas, donde puede encargarse de todo el período prenatal, el parto normal, el manejo de ciertas complicaciones, cuidados del recién nacido y puerperio (Sahbani, 2017).

Por esta razón, es necesario fortalecer las condiciones de práctica de la matrona en cuanto a equipamiento y medicamentos ampliando su campo de acción en materia de formación básica, continua y de reglamentación. Como ejemplo, se recomienda que la matrona pueda realizar una ecografía dentro de los límites de su ámbito de trabajo, de modo que pueda administrar antibióticos, medicamentos necesarios para el parto y postparto, etc. (Sahbani, 2017).

Las prácticas profesionales de las matronas deben reajustarse con los textos que regulan la profesión, con el fin de asegurar, en el sistema sanitario marroquí, una mejor coordinación y apoyo a mujeres en edad reproductiva, en el embarazo, parto y puerperio, así como a sus parejas (Sahbani, 2017).

En otros términos, además de desarrollar competencias de matronas a través de un nuevo marco de formación, se debe también reforzar el perfil con un marco legislativo y regulatorio y preparar su aceptación por la sociedad en general (Abou-Malham, 2014).

Además, es necesario favorecer un entorno laboral óptimo para impulsar, sobre todo, la colaboración interdisciplinaria, la disponibilidad de los recursos y facilitar la integración y el reconocimiento profesional como formas de apoyo, que van más allá de la formación (Abou-Malham, 2014).

Paralelamente, la supervisión del personal sanitario de los ESSP, incluyendo las matronas, debe ser, como es recomendado por el Plan de Salud Rural, un medio para mejorar sus competencias, solucionar los problemas identificados o planteados por el equipo

asistencial y mantener el contacto con el personal que trabaja en zonas de difícil acceso (MSM, 2011).

Todas estas medidas podrán afectar positivamente la motivación profesional de las matronas, sobre todo en zonas rurales y remotas (Sahbani, 2017).

PARTE III. CONTEXTO DEL ESTUDIO

Esta sección de la investigación está dedicada a la descripción del contexto del estudio.

En su primer capítulo, presenta un sumario sobre el proceso de evolución histórica y el estado actual del sistema nacional de salud marroquí.

En un segundo capítulo se hace una descripción de las características geográficas, demográficas, administrativas, infraestructura y recursos humanos y servicios de parto en el año 2019 en la región Tánger Tetuán Alhucemas, de la que forman parte los lugares de investigación.

El tercer y último capítulo presenta una descripción general de las provincias donde se llevó a cabo el estudio, a saber, la provincia de Alhucemas, Chefchaouen y Uezzán y las comunidades rurales en las que trabajan las personas participantes en el estudio.

Una visión general del número de partos realizados por matronas y su número en cada comunidad rural donde se realizó el estudio cierra esta parte de la investigación.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 7. SISTEMA Y OFERTA DE SALUD EN MARRUECOS

7.1. Breve descripción del desarrollo histórico y estado actual

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está compuesto por todos los organismos, instituciones y recursos de los sectores público y privado, cuyo fin es mejorar la salud de la población. El Ministerio de Salud es responsable de desarrollar e implementar la política del Gobierno en materia de salud de la población (MSM y OMS, 2018).

Históricamente, el SNS se desarrolló a través de varias reformas, que han comenzado por las etapas del establecimiento y desarrollo del sistema nacional de salud en infraestructura sanitaria y el desarrollo de servicios y programas de salud (MSM y OMS, 2018).

Posteriormente, se implementaron otras reformas como la regionalización, la reforma hospitalaria, la implementación de la ley 65-00 sobre el código de la cobertura médica, ley Marco N° 34-09 relativa al sistema de salud y la oferta sanitaria, ley 131-13 relativa al ejercicio de la Medicina, entre otras muchas normativas y legislaciones (MSM y OMS, 2018).

Se desarrollaron también políticas, estrategias y planes de acción teniendo como objetivo facilitar el acceso a la atención sanitaria y mejorar la efectividad del sistema de salud en su globalidad para un estado de salud superior en la población (MSM y OMS, 2018).

7.2. Principales indicadores demográficos y sanitarios del sistema nacional de salud

En 2019, la población de Marruecos alcanzaba un aproximado de 35,6 millones de habitantes, donde las personas menores de 15 años representaban aproximadamente el 26,3% de toda la población (HCP, 2020).

Durante el período 2015-2017, el índice de fertilidad sintético (ISF) se estimó en 2,38 hijos por mujer *versus* 2,59 durante el período 2006-2011, que destaca un ligero descenso desde la encuesta anterior 2011. Se consta también la existencia de diferencias entre los niveles de fecundidad de las dos áreas urbanas (2,12) y rural (2,80). Dependiendo del nivel socioeconómico, el índice es del orden de 1,64 para las mujeres con educación secundaria y más y de 1,97 para las mujeres más ricas (MSM, 2018).

Se evidencia también un aumento de la esperanza de vida que alcanzó 76,4 años en 2019 y un envejecimiento rápido y progresivo de la población donde la categoría de edad de 60 años y más ha alcanzado el 10,8% de la población total 2019, representando así un gran desafío para el sistema de salud marroquí (HCP, 2020).

Además, Marruecos está conociendo una urbanización acelerada que ha alcanzado en 2017 el 61,9%. Esto también representa un gran desafío para el sistema de salud para garantizar el acceso a los servicios y la atención de la salud manteniendo al mismo tiempo un equilibrio entre el medio rural y el urbano (MSM, 2018).

En materia de financiación del sistema nacional de salud marroquí, el gasto total en salud, según las cuentas nacionales de salud de 2018, representó el 5,5% del PIB frente el 5,8% en 2013, es decir, una disminución de 0,3 puntos durante el período 2013-2018 (MSM y OMS, 2018). En término de indicador de desarrollo humano y desigualdad de género por el año 2017, Marruecos ocupó la posición 123 (UNDP, 2018).

Marruecos se encuentra en plena transición epidemiológica, con un aumento de enfermedades no transmisibles que causan el 75% contra el 19% de la mortalidad atribuida a enfermedades transmisibles, mortalidad materna y perinatal y condiciones relacionadas a la

nutrición. En el último rango vienen los accidentes que constituyen el 6% de la mortalidad (MSM y OMS, 2018).

En materia de salud materna e infantil, Marruecos ha acelerado sus esfuerzos para reducir la mortalidad materna con una reducción considerable de 227 a 72,6 muertes por 100.000 nacidos vivos (NV) entre 2004-2018. Durante este mismo periodo, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido significativamente, al pasar de 47 a 22,2 muertes por 1000 NV (MSM y OMS, 2018).

Con esta tasa de reducción de la mortalidad materno-infantil, Marruecos pretende alcanzar las dos primeras metas del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS3) (MSM y OMS, 2018).

En la tabla nº1 siguiente son presentados las importantes características sociodemográficas y sanitarias de la población marroquí, resumiendo los indicadores que hemos explicado y otros más.

Tabla 1

Características sociodemográficas y sanitarias de la población Marroquí

Región de la OMS	Mediterráneo oriental
Grupo de ingresos del Banco Mundial	Renta media-baja
Estadísticas demográficas y socioeconómicas	
Esperanza de vida al nacer (años) (2019) ⁴	74,8 (H) 78,2 (M) 76,4 (H+M)
Índice de fertilidad sintético (ISF) (2018) (hijos por mujer) ⁴	2,38
Población total (2019) ⁵	35,6
% menores de 15 años (2018) ²	26,6%
% mayores de 60 (2019) ⁵	10,8
Tasa de pobreza (en %) (2014) ⁵	6,3
Tasa de Analfabetismo (2014) ⁵	42,1% (M) 22,2% (H) 32,2% (H+M)
Posición según el indicador de desigualdad de género (2017) ⁴	123
Posición según el Índice de Desarrollo Humano (2017) ⁴	123
Sistema de salud	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2018) ³	5,5%
Gastos internos de salud privada en % de los gastos corrientes de salud (2018) ³	59,6%
Gasto público general en salud como % del PIB (2018) ³	2,16%
Número de médicos por cada 1000 habitantes (2019) ¹	0,72
Número de enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes en el sector público (2019) ¹	0,9
Estimaciones de mortalidad y salud general	
Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos) (2018) ²	13,6
Tasa de mortalidad por cada 1000 niños menores de 5 años (2018) ²	22,2
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 NV) (2018) ⁴	72,6
Partos atendidos por personal de salud capacitado (%) (2018) ²	86,6
Salud pública y medio ambiente	
Población que utiliza los servicios de saneamiento de forma segura % (2014) ⁵	97,8 (Urbano) 52,1 (Rural)
Población que utiliza servicios de agua potable gestionados de forma segura % (2014) ⁵	98,1% (Urbano) 78,9% (Rural) 87,5 (Total)
Proporción de hogares con acceso a electricidad ⁵	99,5% (Urbano) 96,5% (Rural)

Fuentes: Elaboración propia basado en: ¹Salud en Cifras 2019 (MSM, 2019). ²Encuesta Nacional de Población y Salud Familiar 2018 (MSM, 2018). ³Cuentas Nacionales de Salud 2018 (MSM, 2018). ⁴Indices et indicateurs de développement humain 2018 (UNDP, 2018). ⁵Indicadores Sociales de Marruecos 2019 (HCP, 2020).

7.3. Oferta de salud

La organización de la prestación de asistencia sanitaria en Marruecos tiene base en los textos legales contenidos principalmente en las disposiciones de la ley marco N° 34.09 del 2 de julio de 2011 relativa al sistema de salud y la oferta sanitaria, su decreto de aplicación n° 2-14-562, de 24 de julio de 2015 y sus planes territoriales de oferta de salud de acuerdo con el mapa sanitario.

Según el artículo 9 de la ley 34.09, la oferta sanitaria:

Está compuesta por las infraestructuras e instalaciones de salud, fijas o móviles, pertenecientes a los sectores público y privado, los recursos humanos que les son asignados, así como los medios implementados para producir servicios de atención y de servicios en respuesta a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades.(p.2)

El sistema de salud marroquí está compuesto por el sector público, el sector privado sin fines de lucro, el sector privado con fines de lucro y el sector tradicional no formal.

Así, la oferta sanitaria tiene un carácter mestizo que reúne desde el sector privado al sector público. Su organización se caracteriza por la coexistencia de un sistema de atención moderna y un sistema tradicional.

Según la ley 34.09 y su decreto de aplicación n° 2-14-562, la organización de la oferta sanitaria en Marruecos está dividida por sectores (público o privado) por redes de establecimientos sanitarios, por programas sanitarios, por territorios sanitarios, por estrategias de cobertura sanitaria (fija o móvil), por canales de atención y por redes coordinadas de atención sanitaria.

De acuerdo con el artículo 5 del decreto 2-14-562, la oferta pública de salud en modalidad fija está compuesta por las siguientes cuatro redes de establecimientos de salud. La red de establecimientos de atención primaria de salud (RESSP), la red de establecimientos hospitalarios (REH), la red integrada de atención de urgencias médicas (RISUM) y la red de establecimientos médico-sociales (REMS). La oferta sanitaria pública en modalidad fija también incluye estructuras especializadas de apoyo a las redes mencionadas, así como establecimientos sanitarios móviles.

Según el artículo 10 del Decreto 2-14-562, en Marruecos la oferta sanitaria es repartida sobre 4 territorios de salud tales como las regiones de salud, los territorios interregionales de salud, las prefecturas y provincias de salud y los distritos de salud .

Marruecos contaba en 2019 con 159 hospitales con una capacidad de 25385 camas y 2888 establecimientos de atención primaria de salud urbanos y rurales. Las estructuras y servicios públicos de salud cuentan con 12.034 médicos de todas las especialidades, incluidos 160 farmacéuticos y 458 cirujanos dentales que ejercen fuera de los hospitales universitarios y 31.657 enfermeros y técnicos de salud, incluidos 4371 matronas (MSM , 2019).

En cuanto a la oferta de atención privada, el sector privado cuenta con un total de 359 clínicas, 9671 consultorios médicos, 3614 oficinas de cirugía dental y 8.997 farmacias con un total de 13.545 médicos en ejercicio, incluyendo 8355 especialistas (MSM , 2019).

7.3.1. A nivel central

En materia de organización y a nivel central, el Departamento Ministerial de Salud, según el decreto N° 2-94-285 de noviembre de 1994 relativo a las atribuciones y organización del Ministerio de Salud Pública, es responsable de desarrollar e implementar la

política gubernamental sobre la salud de la población. Es el garante de la promoción del bienestar físico, psíquico y social de los ciudadanos y actúa en coordinación con los departamentos interesados.

Conforme al mismo decreto, este nivel cuenta con direcciones centrales que son responsables del establecimiento de prioridades sanitarias y de la elaboración de políticas de salud aplicables a las actividades inter e intrasectoriales y desarrollan la cooperación bilateral y multilateral.

Aseguran también el seguimiento y evaluación de la eficacia y eficiencia del sistema de salud y ofrecen el apoyo técnico a las regiones. Son responsables de la regulación del desarrollo y la capacitación del personal público y privado.

7.3.2. A nivel periférico

7.3.2.1. Direcciones regionales de salud

Según el artículo 2 del orden del ministro de salud n° 003-16 de 4 de enero de 2016 por la que se crean y fijan las atribuciones y organización de los servicios descentralizados del Ministerio de Salud, las direcciones regionales de salud asumen la tarea de implementar las políticas públicas y las estrategias sectoriales en el campo de la salud a nivel de las regiones, dentro de los límites de su influencia territorial y dentro de los límites de las competencias que les delegue el Ministro de Salud, teniendo en cuenta las particularidades de cada región .

7.3.2.2. Delegaciones provinciales o prefecturales de salud

Según los artículos 12 y 13 del orden del ministro de salud n° 003-16, las delegaciones provinciales y prefecturales de salud son compuestas del Servicio de Redes de

Establecimientos de Salud (SRES), del servicio administrativo y económico y establecimientos hospitalarios y las estructuras de apoyo. Las delegaciones del Ministerio de Salud en las prefecturas y provincias, dentro de su área territorial y dentro de las atribuciones que les delegue el Ministro de Salud, asumen la tarea de implementar las políticas públicas y las estrategias sectoriales en el campo de la salud a nivel provincial o prefectural, teniendo en cuenta las particularidades de cada provincia o prefectura.

7.3.2.3. Establecimientos de atención primaria de salud (ESSP)

Según el artículo 13 del orden del ministro de salud n° 003-16, los ESSP son responsables de la prevención y atención sanitaria y aseguran la supervisión, seguimiento y evaluación de su ejecución. Son compuestos, según el artículo 21 del decreto 2-14-562, de los ESSP en zonas rurales tales como los centros de salud rurales de primer nivel (CSR1), los centros de salud rural de segundo nivel (con casa de maternidad) (CSR2) y el dispensario rural según necesidad (DR).

Según el mismo decreto, los ESSP en áreas urbanas son compuestos de los centros de salud urbano de primer nivel (CSU1) y los centros de salud urbano de segundo nivel (CSU2) (con casa de maternidad).

7.3.2.3.1. Centro de salud rural de primer nivel (CSR1)

El CSR1 es un establecimiento de atención básica en salud que atiende a un sector de la circunscripción sanitaria (C/S) cuya especificidad es ser el punto de interacción entre el servicio y una comunidad definida a quien proporciona atención básica de salud. Situado en una comunidad, el centro de salud juega el papel principal en la promoción de la salud de la población de la que es responsable desempeñando funciones técnicas, administrativas y de cooperación y apoyo (MSM, 2011).

7.3.2.3.2. Centro de salud rural de segundo nivel (con casa de maternidad) (CSR2)

Además de sus atribuciones de carácter curativo, preventivo y de promoción de salud, el CSR2 asegura la asistencia a partos mediante actividades como la realización de partos eutócicos, la atención posparto durante la estancia de la parturienta (48h) y el acondicionamiento y transferencia de casos que requieren tratamiento en la maternidad hospitalaria (MSM, 2011).

El CSR2 es la capital del distrito sanitario. Además de las funciones atribuidas al CS de primer nivel, este establecimiento sanitario tiene la función adicional de garantizar la gestión de los partos eutócicos estableciendo, sobre todo, un sistema de guardia que tiene cuenta de los recursos humanos disponibles y de la continuidad del servicio (MSM, 2011).

Las parturientas que requieran atención a nivel de la maternidad hospitalaria (MH) deben ser transferidas, asegurando el cumplimiento de las normas de traslado (ambulancia, acondicionamiento de la parturienta, comunicación con la MH, conocimiento de la decisión tomada a nivel de la MH, etc.). Los CSR2 deberán estar equipados con autómatas y ultrasonidos evitando tener que recurrir al nivel superior (MSM, 2011).

Este establecimiento de salud debe proporcionar las siguientes funciones básicas de atención obstétrica y neonatal de emergencia: a) administración de antibióticos, uterotónicos y anticonvulsivos por vía parenteral en caso de preeclampsia o eclampsia; b) realización el parto artificial y la revisión uterina, el examen bajo válvulas y reparar lesiones vulvovaginales y cervicales, la extracción fetal utilizando la ventosa y la reanimación neonatal básica y c) seguimiento de la parturienta por la matrona y el médico del CS de 2º nivel durante su permanencia en el CS durante las 48 horas posteriores al parto y recibir los

servicios de posparto necesarios. En caso de urgencias obstétricas, condicionar y trasladar a la mujer y/o recién nacido a la MH (MSM, 2011).



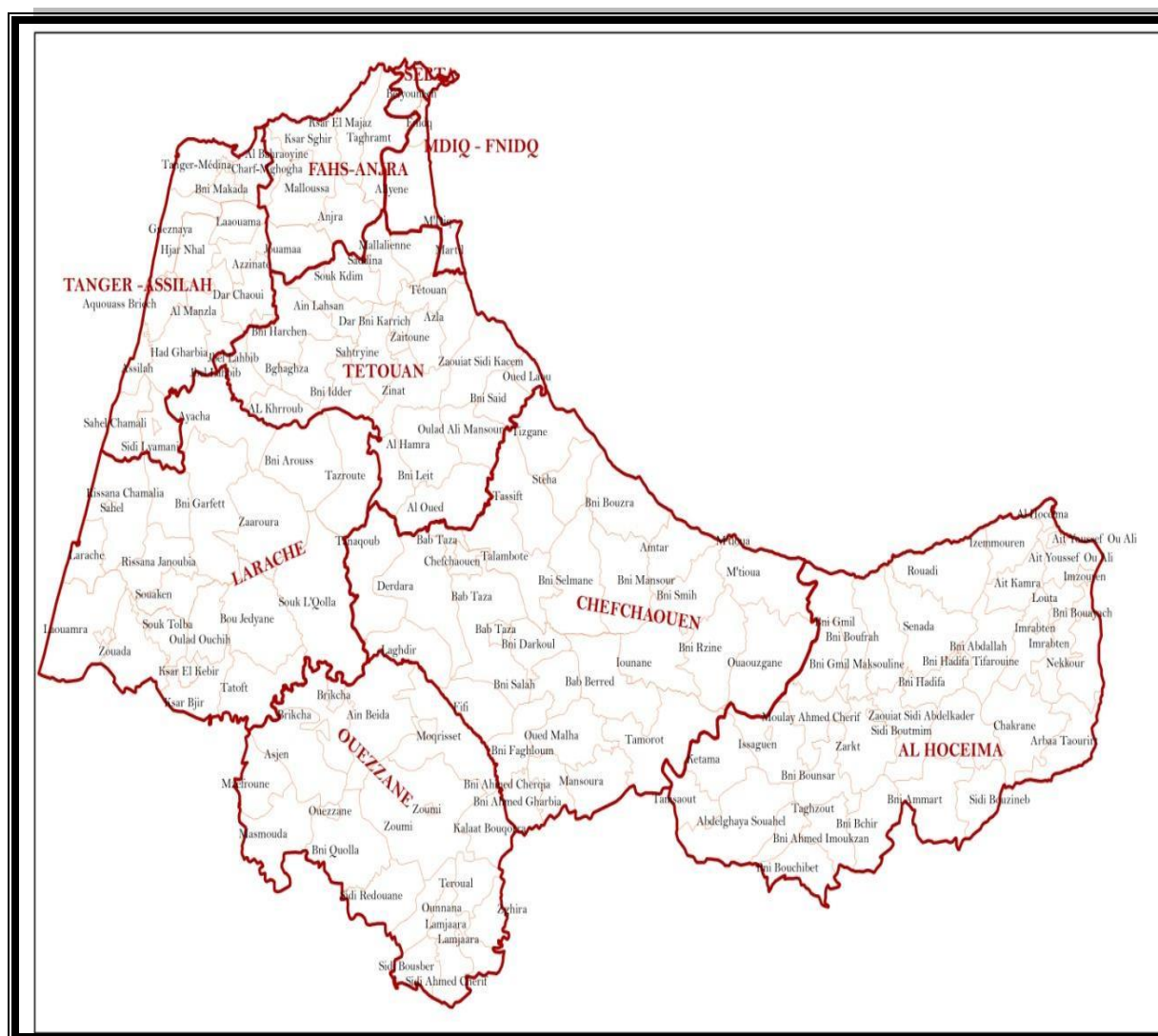
UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 8. DESCRIPCIÓN DE LA REGIÓN TÀNGER-TETÙAN-ALHUCEMAS

8.1. Descripción geográfica, demográfica y administrativa

Figura 2

División administrativa de la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas



Fuente: Adaptado de la división administrativa de la Región de Tánger-Tetuán-Alhucemas, HCP, 2020.

Ubicada en la junta de dos mares en el extremo noroeste del Reino de Marruecos sobre un área de 16.010 km², la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas está limitada al norte por el Estrecho de Gibraltar y el Mediterráneo, al oeste con el Océano Atlántico, al suroeste

con la región Rabat-Salé-Kénitra, al sureste con la región de Fez-Meknes y al este con la región del Oriental (HCP, 2020).

Según la última división administrativa, la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas incluye 2 prefecturas y 6 provincias, compuestas por 23 círculos y 146 comunidades, incluidas 17 comunidades urbanas y 129 comunidades rurales (HCP, 2020).

Según las proyecciones de población para 2020, la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas alberga una población de 3.813.854 habitantes, lo que representa 10,6% de la población de Marruecos. La población urbana asciende a 2.369.424 habitantes, reflejando una tasa de urbanización del 62,1%, frente al 63,4% registrado a nivel nacional (HCP, 2020).

8.2. Infraestructura sanitaria

Según las estadísticas de 2019, la infraestructura sanitaria de la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas está compuesta por 289 establecimientos sanitarios repartidos en 20 hospitales, 79 centros de salud urbanos, 129 centros de salud rurales y 61 dispensarios rurales (HCP, 2020).

Así, el 66% de los establecimientos de salud se ubican en áreas rurales, están a nivel de dispensario rural y centro de salud rural (HCP, 2020).

La infraestructura de salud proporciona una cobertura insatisfactoria de necesidades de la población. La región tiene un establecimiento para 13.000 habitantes aproximadamente frente a un establecimiento para 11.700 habitantes en nacional (HCP, 2020).

En las zonas rurales, hay un dispensario para 23.600 personas y un centro de salud para 11.200 habitantes, frente a 17.000 y 10.400 habitantes a nivel nacional (HCP, 2020).

8.3. Recursos humanos

8.3.1. Recursos médicos

Según las estadísticas de 2019, los establecimientos sanitarios en la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas son asistidos por 1.822 médicos, de los cuales 1.080 trabajan en el sector privado (HCP, 2020).

La prefectura de Tánger-Assilah, concentra el 45% de los médicos de la región, seguida de Tetuán con un 21%. Así, la densidad médica de la región ha progresado a 48 médicos por 100.000 habitantes. Sin embargo, esta tasa sigue siendo bastante baja en comparación con el promedio nacional (72 médicos / 100.000 habitantes) (HCP, 2020). Además, persisten disparidades preocupantes entre las prefecturas y provincias de la región.

De hecho, las provincias con una baja tasa de urbanización experimentan una mala cobertura médica, sabiendo que la densidad médica fluctúa entre 10 médicos / 100.000 habitantes en Fahs-Anjra y 69 médicos / 100.000 habitantes en Tánger-Assilah (HCP, 2020).

Analizando estas estadísticas de nuestro punto de vista, se nota también que las provincias Alhucemas, Chefchaouen y Uezzán, seleccionadas como lugares de este estudio, contienen una baja cobertura médica en comparación con el promedio nacional. De hecho, en 2019 se han registrado respectivamente promedios bajos en dichas provincias (49, 25 y 20) frente al promedio nacional de 72 médicos / 100.000 habitantes.

La tabla 2 siguiente presenta el número de médicos y su promedio por población en los dos sectores público y privado según su repartición por prefecturas / provincias de la región Tánger-Tetuán-Alhucemas en el año 2019:

Tabla 2

Médicos por sector y prefecturas / provincias, región Tánger-Tetuán-Alhucemas, 2019

Prefecturas/Provincias	Publico (*)	Privado	Total	Médicos /100 000 hab.
Alhucemas	156	40	196	49
Chefchaouen	91	27	118	25
Fahs-Anjra	6	2	8	10
Larache	84	88	172	34
M'diq-Fnideq	39	22	61	25
Uezzán	36	24	60	20
Tanger-Assilah	209	611	820	69
Tetuan	121	266	387	67
Région	742	1 080	1 822	48
Maroc	12 104	13 369	25 473	72
Region/Marruecos (%)	6,1%	8,1%	7,2%	-

Fuente: Elaboración propia basado en el Anuario estadístico de Marruecos, 2019 (*) Sin incluir hospitales universitarios.

8.3.2. Recursos paramédicos

Los médicos públicos que ejercen en la región son asistidos por un personal paramédico de 2.897 personas, es decir, una densidad de 8 personal paramédico por cada 10.000 habitantes, frente a 9 a nivel nacional. También un promedio de 4 personal paramédico por médico que ejercen en el sector público es registrado a nivel regional frente a 3 a nivel nacional (HCP, 2020).

Por otra parte, la distribución por prefecturas y provincias muestra una concentración a nivel de la prefectura de Tánger-Assilah que comprende el cuarto del personal paramédico (24%), seguido de la provincia de Alhucemas con 22% (HCP, 2020).

Sin embargo, se siente cierta desigualdad en términos de densidad paramédica ya que la densidad más baja se registra en las provincias de Chefchaouen, Fahs-Anjra y la prefectura de Tánger-Assilah con solo 6 personal paramédico para 10.000 habitantes, mientras que la provincia de Alhucemas tiene 16 por 10,000 habitantes (HCP, 2020).

Concluimos en lo que concierne las provincias, contexto de nuestro estudio, que las más bajas coberturas paramédicas se registran en las provincias de Chefchaouen y Uezzán con respectivamente promedios de 6 y 7 en comparación con el promedio nacional de 9 paramédicos / 100.000 habitantes.

Lo mismo ocurre en cuanto al número de matronas, las provincias de Chefchaouen y Uezzán registran bajas cifras, puesto que disponen respectivamente de 58 y 46 matronas frente a otras provincias de la región Tánger-Tetuán-Alhucemas ya que Alhucemas cuenta con 103 matronas, Larache con 71 matronas y Tánger-Assilah con 87 matronas.

La tabla 3 siguiente presenta el número de paramédicos (enfermeros polivalentes, matronas y otros) y su promedio por población según su repartición por prefecturas / provincias de la región Tánger-Tetuán-Alhucemas en el año 2019:

Tabla 3

Paramédicos por sector y prefecturas / provincias, región Tánger-Tetuán-Alhucemas, 2019

Prefecturas/Provincias	Enfermeros polivalentes	Matronas	Otros	Total	Personal paramédical public/10000 hab.
Alhucemas	307	103	223	633	16
Chefchaouen	150	58	89	297	6
Fahs-Anjra	26	18	4	48	6
Larache	128	71	149	348	7
M'diq-Fnideq	93	35	64	192	8
Ouezzane	113	46	52	211	7
Tánger Assilah	321	87	280	688	6
Tetuán	294	43	143	480	8
Tánger-Tetuán-Alhucemas	1 432	461	1 004	2 897	8
Marruecos	14 093	4 371	13 193	31657	9
Región/Marruecos (%)	10,2%	10,5%	7,6%	9,2%	-

Fuente: Elaboración propia basado en el Anuario estadístico de Marruecos, 2019 (*) Sin incluir hospitales universitarios.

8.4. Asistencias a partos en atención primaria durante el año 2019

(HCP, 2020)

Tabla 4

Distribución del número de partos realizados en las Casas de Maternidad según las provincias prefecturas de la Región Tánger-Tetuán-Alhucemas y el origen, año 2019 (MSM, 2019).

Provincias/prefecturas	Casas de Maternidad		
	Origen	Origen	Total
	Urbano	Rural	
Alhucemas	171	1005	1176
Chefchaouen	6	2324	2330
Fahs-Anjra		529	529
Larache	0	305	305
Uezzán	0	1524	1524
Tánger Assilah	0	49	49
Tetuán	53	136	189
M'Diq-Fnideq	462	0	462
Tánger-Tetuán-Alhucemas	692	5872	6564

Fuente: Elaboración propia basado en el MSM. Dirección de la planificación y de los recursos financieros.

Se evidencia, según la tabla 4, que el número de partos de origen rural realizados en las casas de maternidad en los CS de las provincias / prefecturas de la región Tánger-Tetuán-Alhucemas durante el año 2019 es claramente superior al número de partos de origen urbano (5872 frente a 692 partos).

Paralelamente, las provincias de Chefchaouen, Uezzán y Alhucemas, contexto de nuestro estudio, registran las cifras más altas de partos realizados de origen rural en la Región Tánger-Tetuán-Alhucemas durante el año 2019 respectivamente 2324, 1524 y 1005 partos realizados.

Es decir, un total de 4853 partos sobre 5872 de origen rural realizados en toda la región, lo que representa un porcentaje de 83%.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

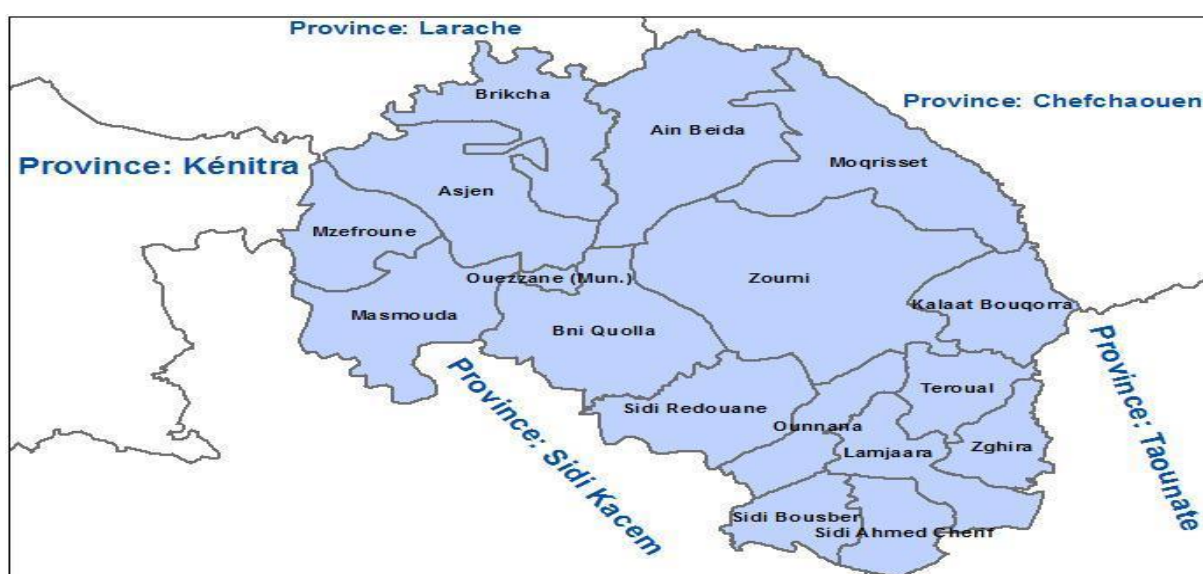
**CAPITULO 9. DESCRIPCIÓN DE LAS PROVINCIAS Y COMUNIDADES RURALES DE
DIFÍCIL ACCESO DE LA REGIÓN TÀNGER-TETÙAN-ALHUCEMAS LUGARES DE LA
INVESTIGACIÓN**

9.1. Descripción de las provincias lugares de la investigación

9.1.1. Provincia de Uezzán

Figure 3

División administrativa de la provincia de Uezzán



Fuente: Adaptado de la monografía de la provincia de Uezzán, HCP, 2018.

La provincia de Uezzán pertenece a la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas. Limita con: la provincia de Chefchaouen al noreste, la provincia de Larache al noroeste, la provincia de Taounate al este y las provincias de Kénitra y Sidi Kacem al sur. Su superficie es de 2.038,87 km². La provincia cuenta con 17 municipios, y su población total es de 300.637 habitantes, según el Censo General de Población y Vivienda (RGPH, 2014).

9.1.2. Provincia de Chefchaouen

Figura 4

División administrativa de la provincia de chefchaouen



Fuente: Adaptado de la monografía de la provincia de Chefchaouen, HCP, 2018.

La provincia de Chefchaouen, creada en 1975, está situada en el noroeste de Marruecos, sobre el macizo del País de Jebala, esta provincia limita al noroeste con la provincia de Tetuán, al noreste con el Mediterráneo en una longitud de 120 km, al este con la provincia de Al Hoceima, al sureste con la provincia de Taounate, al suroeste con la provincia de Uezzán y al oeste con la provincia de Larache (HCP, 2018).

La provincia de Chefchaouen, que cubre un área de 3.339 km², tiene una población de 457.432 habitantes y una densidad de 137 hab/km² (HCP/DR: RGPH, 2014). La población es predominantemente rural (86%). Este hallazgo muestra la importancia de las actividades

agrícolas en la zona. Situada en una zona montañosa húmeda, la altitud varía entre los 100 y los 1700 metros y una superficie útil agrícola de 118.674 hectáreas (HCP, 2018).

9.1.3. Provincia de Alhucemas

Figura 5

División administrativa de la provincia de Alhucemas



Fuente: Adaptado de la monografía de la provincia de Alhucemas, HCP, 2018.

La provincia de Alhucemas fue creada por el dahir del 6 de diciembre de 1959 que modifica y completa el dahir del 13 de enero de 1956. Esta provincia es una subdivisión predominantemente rural. Está bordeado por el mar Mediterráneo al norte, la provincia de Driouch al este, las provincias de Taza y Taounate al sur y la provincia de Chefchaouen al oeste (HCP, 2018).

La provincia de Alhucemas cubre un área de 3550Km², o el 22,2% del área regional. Está formado por cinco municipios y cuatro círculos que engloban 17 caïdats que contienen 31 municipios rurales.

Según el censo general de población y vivienda de 2014, la población legal de la provincia de Alhucemas es de 399.654 habitantes, equivalente al 11,2% de la población regional. En términos de evolución, esta población aumentó durante el período 2004-2014 a una tasa media anual de 0,1% contra 1,49% a nivel regional y 1,25% a nivel nacional (HCP, 2018).

La provincia de Alhucemas se caracteriza por el importante peso de la población rural que representa el 65,6% de la población frente a tan solo el 34,4% de la zona urbana, es decir, una tasa de urbanización inferior a la media nacional (60,3%) (HCP, 2018).

9.2. Descripción de las comunidades rurales de difíciles accesos seleccionados para el estudio

Las comunidades rurales escogidas como lugares de estudio, presentan las características geográficas, demográficas y sanitarias que las clasifican dentro de las zonas rurales de difícil acceso de acuerdo con la clasificación reconocida por la autoridad sanitaria marroquí por la mayoría de estas comunidades.

De hecho, los criterios para esta elección se pueden resumir en la presencia de vastos terrenos vacíos, la existencia de una baja densidad de población, las deficiencias en servicios básicos (electricidad, agua, transporte,...) infraestructura (terrenos de deporte, de juegos,...) y recursos sanitarios (recursos humanos, equipamientos), la lejanía de los establecimientos hospitalarios de referencia, así como la presencia o no y el estado de las vías de acceso a estos municipios.

En principio, estos criterios son universalmente adoptados por la clasificación del grado de ruralidad o no de los espacios geográficos. En cambio, en el caso de la clasificación

de las zonas rurales de difícil acceso en Marruecos, los criterios se centran sobre todo en aspectos geográficos tales como la distancia que separa estas zonas de la provincia y de la región a la cual pertenece administrativamente (Anexo 7,p.3).

Es decir, el grado de aislamiento de estas zonas. Se considera también el tipo del establecimiento sanitario, y a un grado menos, la disponibilidad o no de las carreteras y su estado, de los establecimientos socioeconómicos y de los recursos básicos y sanitarios.

Las siguientes tablas 5 a 12 presentan algunas características de las comunidades rurales en cuestión, donde se diferencian en grado de dificultad según la presencia o ausencia de los criterios precitados:

9.2.1. Comunidad rural Bni Boufrah

Tabla 5

Características Geográficas, Demográficas y Socio- sanitarias de la CR Bni Boufrah

Características geográficas y demográficas	
Número de localidades bajo la comunidad	22
Superficie del municipio en ha	16000
Alivio geográfico dominante	Montañas
Población	9147 *
Distancia en Km entre la comunidad rural y el hospital provincial	53
Equipamientos y servicios sanitarios (Número) **	
Matronas	3
Médico generalista	0
Ambulancia Pública	2
Dispensario Rural	2
Centro de Salud Rural	2
Farmacia	1
Servicios básicos e Infraestructura	
Disponibilidad de una red de distribución de agua	Si
Disponibilidad de una red de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de tratamiento de aguas residuales	No
Disponibilidad de carreteras locales	Si
Disponibilidad de una Estación de tratamiento de basura	No
Disponibilidad de medios de transporte públicos entre la comunidad y otras comunidades: Autobús	No
Disponibilidad de un taxi o coche sin autorización	Si
Disponibilidad de una línea telefónica	Si
Actividad laboral de la población	
Actividad de agricultura	Si
Actividad de avicultura	Si
Actividad de apicultura	Si
Deporte y Ocio	
Terreno de juegos y deportes	0
Equipo de deporte	5
Asociación deportiva	0

Fuente: * Población 2020 (Proyecciones de la población 2014-2030) (HCP, 2018). **Base de datos del Inventario comunal rural (HCP, 2010/2011) actualizada en referencia a las informaciones sanitarias del año 2019, provenientes de los CSC de 1er Nivel en los lugares del estudio

9.2.2. Comunidad rural Ketama

Tabla 6

Características geográficas, demográficas y socio- sanitarias de la CR Ketama

Número de localidades bajo la comunidad	18
Superficie del municipio en ha	15000
Alivio geográfico dominante	montañas
Población	17950*
Distancia en Km entre la comunidad rural y el hospital provincial	120
Equipamientos y servicios sanitarios (Número)**	
Matronas	2
Médico generalista	0
Ambulancia Pública	1
Dispensario Rural	1
Centro de Salud Rural	1
Farmacia	2
Servicios básicos e Infraestructura	
Disponibilidad de una red de distribución de agua	No
Disponibilidad de una red de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de distribución eléctrica	No
Disponibilidad de una estación de tratamiento de aguas residuales	No
Disponibilidad de carreteras locales	No
Disponibilidad de una Estación de tratamiento de basura	No
Disponibilidad de medios de transporte públicos entre la comunidad y otras comunidades: Autobús	No
Disponibilidad de un taxi o coche sin autorización	Si
Disponibilidad de una línea telefónica	Si
Actividad laboral de la población	
Actividad de agricultura	Si
Actividad de avicultura	No
Actividad de apicultura	No
Deporte y Ocio	
Terreno de juegos y deportes	0
Equipo de deporte	0
Asociación deportiva	0

Fuente: * Población 2020 (Proyecciones de la población 2014-2030) (HCP, 2018). **Base de datos del Inventario comunal rural (HCP,2010/2011) actualizada en referencia a las informaciones sanitarias del año 2019, provenientes de los CSC de 1er Nivel en los lugares del estudio.

9.2.3. Comunidad rural Ouaouzgane

Tabla 7

Características Geográficas, Demográficas y Socio- sanitarias de la CR Ouaouzgane

Características geográficas y demográficas	
Número de localidades bajo la comunidad	34
Superficie del municipio en ha	16500
Alivio geográfico dominante	montañas
Población	17236*
Distancia en Km entre la comunidad rural y el hospital provincial	137
Equipamientos y servicios sanitarios (Número)**	
Matronas	2
Médico generalista	0
Ambulancia Pública	1
Dispensario Rural	0
Centro de Salud Rural	1
Farmacia	1
Servicios básicos e Infraestructura	
Disponibilidad de una red de distribución de agua	No
Disponibilidad de una red de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de distribución eléctrica	No
Disponibilidad de una estación de tratamiento de aguas residuales	No
Disponibilidad de carreteras locales	Si
Disponibilidad de una Estación de tratamiento de basura	No
Disponibilidad de medios de transporte públicos entre la comunidad y otras comunidades: Autobús	No
Disponibilidad de un taxi o coche sin autorización	Si
Disponibilidad de una línea telefónica	Si
Actividad laboral de la población	
Actividad de agricultura	Si
Actividad de avicultura	No
Actividad de apicultura	No
Deporte y Ocio	
Terreno de juegos y deportes	0
Equipo de deporte	0
Asociación deportiva	0

Fuente: *Población 2020 (Proyecciones de la población 2014-2030) (HCP, 2018). **Base de datos del Inventario comunal rural (HCP, 2010/2011) actualizada en referencia a las informaciones sanitarias del año 2019, provenientes de los CSC de 1er Nivel en los lugares del estudio.

9.2.4. Comunidad rural Bni Selmane (Assifane)

Tabla 8

Características Geográficas, Demográficas y Socio- sanitarias de la CR Bni selmane (Assifane)

Características geográficas y demográficas	
Número de localidades bajo la comunidad	56
Superficie del municipio en ha	16300
Alivio geográfico dominante	montañas
Población	24771*
Distancia en Km entre la comunidad rural y el hospital provincial	62
Equipamientos y servicios sanitarios (Número)**	
Matronas	03
Médico generalista	01
Ambulancia Pública	03
Dispensario Rural	01
Centro de Salud Rural	01
Farmacia	01
Servicios básicos e Infraestructura	
Disponibilidad de una red de distribución de agua	No
Disponibilidad de una red de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de distribución eléctrica	No
Disponibilidad de una estación de tratamiento de aguas residuales	No
Disponibilidad de carreteras locales	Si
Disponibilidad de una Estación de tratamiento de basura	No
Disponibilidad de medios de transporte públicos entre la comunidad y otras comunidades: Autobús	Si
Disponibilidad de un taxi o coche sin autorización	Si
Disponibilidad de una línea telefónica	Si
Actividad laboral de la población	
Actividad de agricultura	Si
Actividad de avicultura	No
Actividad de apicultura	No
Deporte y Ocio	
Terreno de juegos y deportes	2
Equipo de deporte	1
Asociación deportiva	1

Fuente: *Población 2020 (Proyecciones de la población 2014-2030) (HCP, 2018). **Base de datos del Inventario comunal rural (HCP, 2010/2011) actualizada en referencia a las informaciones sanitarias del año 2019, provenientes de los CSC de 1er Nivel en los lugares del estudio.

9.2.5. Comunidad rural Bni Derkoul

Tabla 9

Características geográficas, demográficas y socio- sanitarias de la CR Bni Derkoul

Características geográficas y demográficas	
Número de localidades bajo la comunidad	30
Superficie del municipio en ha	10000
Alivio geográfico dominante	montañas
Población	15169*
Distancia en Km entre la comunidad rural y el hospital provincial	40
Equipamientos y servicios sanitarios (Número) **	
Matronas	3
Médico generalista	1
Ambulancia Pública	1
Dispensario Rural	1
Centro de Salud Rural	1
Farmacia	1
Servicios básicos e Infraestructura	
Disponibilidad de una red de distribución de agua	Si
Disponibilidad de una red de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de distribución eléctrica	No
Disponibilidad de una estación de tratamiento de aguas residuales	No
Disponibilidad de carreteras locales	Si
Disponibilidad de una Estación de tratamiento de basura	No
Disponibilidad de medios de transporte públicos entre la comunidad y otras comunidades: Autobús	No
Disponibilidad de un taxi o coche sin autorización	Si
Disponibilidad de una línea telefónica	Si
Actividad laboral de la población	
Actividad de agricultura	Si
Actividad de avicultura	No
Actividad de apicultura	No
Deporte y Ocio	
Terreno de juegos y deportes	0
Equipo de deporte	0

Fuente: *Población 2020 (Proyecciones de la población 2014-2030) (HCP, 2018). **Base de datos del Inventario comunal rural (HCP,2010/2011) actualizada en referencia a las informaciones sanitarias del año 2019, provenientes de los CSC de 1er Nivel en los lugares del estudio.

9.2.6. Comunidad rural Fifi

Tabla 10

Características geográficas, demográficas y socio- sanitarias de la CR Fifi

Características geográficas y demográficas	
Número de localidades bajo la comunidad	23
Superficie del municipio en ha	10600
Alivio geográfico dominante	montañas
Población	8358*
Distancia en Km entre la comunidad rural y el hospital provincial	45
Equipamientos y servicios sanitarios (Número)**	
Matronas	3
Médico generalista	1
Ambulancia Pública	1
Dispensario Rural	1
Centro de Salud Rural	1
Farmacia	0
Servicios básicos e Infraestructura	
Disponibilidad de una red de distribución de agua	Si
Disponibilidad de una red de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de distribución eléctrica	No
Disponibilidad de una estación de tratamiento de aguas residuales	No
Disponibilidad de carreteras locales	Si
Disponibilidad de una Estación de tratamiento de basura	No
Disponibilidad de medios de transporte públicos entre la comunidad y otras comunidades: Autobús	No
Disponibilidad de un taxi o coche sin autorización	Si
Disponibilidad de una línea telefónica	Si
Actividad laboral de la población	
Actividad de agricultura	Si
Actividad de avicultura	No
Actividad de apicultura	Si
Deporte y Ocio	
Terreno de juegos y deportes	1
Equipo de deporte	0
Asociación deportiva	0

Fuente: *Población 2020 (Proyecciones de la población 2014-2030) (HCP, 2018). **Base de datos del Inventario comunal rural (HCP, 2010/2011) actualizada en referencia a las informaciones sanitarias del año 2019, provenientes de los CSC de 1er Nivel en los lugares del estudio.

9.2.7. Comunidad rural Teroual

Tabla 11

Características geográficas, demográficas y socio- sanitarias de la CR Teroual

Características geográficas y demográficas	
Número de localidades bajo la comunidad	28
Superficie del municipio en ha	7179
Alivio geográfico dominante	montañas
Población	12260*
Distancia en Km entre la comunidad rural y el hospital provincial	57
Equipamientos y servicios sanitarios (Número)**	
Matronas	3
Médico generalista	1
Ambulancia Pública	1
Dispensario Rural	1
Centro de Salud Rural	1
Farmacia	2
Servicios básicos e Infraestructura	
Disponibilidad de una red de distribución de agua	Si
Disponibilidad de una red de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de tratamiento de aguas residuales	No
Disponibilidad de carreteras locales	Si
Disponibilidad de una Estación de tratamiento de basura	No
Disponibilidad de medios de transporte públicos entre la comunidad y otras comunidades: Autobús	No
Disponibilidad de un taxi o coche sin autorización	Si
Disponibilidad de una línea telefónica	Si
Actividad laboral de la población	
Actividad de agricultura	Si
Actividad de avicultura	No
Actividad de apicultura	Si
Deporte y Ocio	
Terreno de juegos y deportes	1
Equipo de deporte	0
Asociación deportiva	1

Fuente: *Población 2020 (Proyecciones de la población 2014-2030) (HCP, 2018). **Base de datos del Inventario comunal rural (HCP, 2010/2011) actualizada en referencia a las informaciones sanitarias del año 2019, provenientes de los CSC de 1er Nivel en los lugares del estudio.

9.2.8. Comunidad rural Kalaat Bouquorra

Tabla 12

Características geográficas, demográficas y socio- sanitarias de la CR Bouquorra

Características geográficas y demográficas	
Número de localidades bajo la comunidad	25
Superficie del municipio en ha	10000
Alivio geográfico dominante	montañas
Población	16613*
Distancia en Km entre la comunidad rural y el hospital provincial	62
Equipamientos y servicios sanitarios (Número)**	
Matronas	2
Médico generalista	1
Ambulancia Pública	1
Dispensario Rural	0
Centro de Salud Rural	1
Farmacia	2
Estimaciones de mortalidad y salud general	
Disponibilidad de una red de distribución de agua	No
Disponibilidad de una red de distribución eléctrica	Si
Disponibilidad de una estación de distribución eléctrica	No
Disponibilidad de una estación de tratamiento de aguas residuales	No
Disponibilidad de carreteras locales	Si
Disponibilidad de una Estación de tratamiento de basura	No
Disponibilidad de medios de transporte públicos entre la comunidad y otras comunidades: Autobús	No
Disponibilidad de un taxi o coche sin autorización	Si
Disponibilidad de una línea telefónica	Si
Actividad laboral de la población	
Actividad de agricultura	Si
Actividad de avicultura	Si
Actividad de apicultura	Si
Deporte y Ocio	
Terreno de juegos y deportes	0
Equipo de deporte	1
Asociación deportiva	1

Fuente: *Población 2020 (Proyecciones de la población 2014-2030) (HCP, 2018). **Base de datos del Inventario comunal rural (HCP, 2010/2011) actualizada en referencia a las informaciones sanitarias del año 2019, provenientes de los CSC de 1er Nivel en los lugares del estudio.

9.3. Asistencias a partos y número de matronas en los CSC (2° Nivel) de las comunidades rurales lugares de la investigación, año 2019

Tabla 13

Número de matronas y de partos realizados en contextos del estudio en 2019

Provincia	Circunscripción Sanitaria	CSC con Casa de Maternidad	Número de Partos	Número de Matronas
Chefchaouen	Bab Taza	FIFI (Bni Faghloum) - Bni Derkoul	81	4
	Bab Berred	Assifane	95	3
	Jebha	Ouaouzgane	56	2
Ouezzane	Teroual	Teroual	205	3
	Zoumi	Kalaat Bouquorra	70	2
Alhucemas	Bni Boufrah	Bni Boufrah	192	3
	Isaguen	Ketama	324	2

Fuente: CSC de 2° Nivel en lugares del estudio.

Como se indica en la tabla 13, el número de partos asistidos en las casas de maternidad de los centros de salud rurales de nivel 2, lugares del estudio, se diferencia entre comunidad rural y otra.

Los centros de salud que han realizado el número de partos más importante son los que pertenecen a las provincias de Alhucemas (Ketama y Bni Boufrah) y Ouezzane (Teroual).

De hecho, en la casa de maternidad del centro de salud de Ketama, el número de partos es de 324 por año seguido del CS de Teroual que es de 205 por año y en último 192 por año registrado en la casa de maternidad del CS de Bni Boufrah.

Al contrario, los centros de salud pertenecientes a la provincia de Chefchaouen (Fifi, Bni Derkoul, Assifane y Ouaouzgane) registran bajos números de partos. Efectivamente, el número de partos por año en la casa de maternidad del CS de Asifane es del alrededor de 95 partos, de 81 en las casas de maternidad de Fifi y Bni Derkoul y en último lugar, es de alrededor de 56 en la casa de maternidad del CS de Ouaouzgane.

Las bajas en el número de partos registrados indican que hay que analizar y actuar sobre los muchos factores que interfieren (competencia del sector tradicional, aspectos culturales, geográficos y climáticos, económicos, organizativos,...).

Sin embargo, hay que notar que estas actividades de asistencia a partos no representan la única tarea realizada por las matronas sino que, además, ofrecen asistencias a urgencias obstétricas y su transferencia, participan en la realización de los programas de salud sexual y reproductiva, de salud materno infantil, etc.

PARTE IV. LA INVESTIGACIÓN

Esta parte de la tesis doctoral está orientada a presentar el estudio de investigación que justifica la misma, las fases metodológicas, empíricas y analíticas seguidas.

Inicialmente se presentan los objetivos, planteamiento y diseño metodológico.

Después se procede a la exposición de los resultados conseguidos según los objetivos del estudio y su discusión. Las conclusiones y recomendaciones propuestas se presentan en el capítulo final de esta sección.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 10. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

10.1. Justificación

Las matronas, como actoras esenciales en el campo de la mejora continua de la calidad de los cuidados obstétricos, viven en condiciones de trabajo que dificultan su papel y les impiden el desarrollo de su actividad profesional con un mínimo de garantías, sobre todo en el caso de las que ejercen la profesión en un entorno rural en países en vías de desarrollo. En estas circunstancias, las matronas son doblemente afectadas: por un lado, son residentes en el medio rural, por el otro, son mujeres.

Según el marco referencial y teórico de la investigación, hemos deducido que el estudio de las percepciones, motivaciones y estrategias de empoderamiento del personal sanitario, en general, y de las matronas, en particular, especialmente en zonas rurales y remotas, es de una importancia capital.

De hecho, hemos podido constatar que, en países en desarrollo, como por ejemplo en África subsahariana y América Latina, las zonas rurales y remotas son desatendidas y sufren de muchas carencias (organizativas, infraestructura, equipos, recursos, entorno social y comunitario, etc.), lo que afecta negativamente a las motivaciones y percepciones del personal sanitario, incluyendo las matronas.

En Marruecos, muchos problemas quedan sin resolver, sobre todo en zonas rurales y remotas, entre otros, destaca la falta de matronas y la escasez de su formación continuada, la falta de precisión en la reglamentación de los actos y estatus de trabajo y la falta de medidas incentivadoras.

En este sentido, hay que señalar la gran importancia que adquiere la realización de investigaciones que permitan conocer en profundidad las motivaciones, percepciones y

estrategias desarrolladas por los profesionales de la salud que favorecen su permanencia en el ámbito rural y les permiten desarrollar su actividad laboral en este entorno.

Los resultados de la investigación beneficiarán al ámbito científico tanto en su perspectiva básica, en cuanto a proponer una aproximación sobre la calidad laboral percibida y las estrategias utilizadas por las matronas para mantenerse en zonas rurales y remotas en otros contextos de trabajo similares. Como en su perspectiva aplicada, en cuanto a las propuestas de mejora de las condiciones de trabajo de las matronas y el desarrollo de estrategias de empoderamiento, para retenerlas más tiempo en su contexto de trabajo. Estas aportaciones serán útiles y servirán de orientación a la hora de diseñar y poner en marcha mecanismos e intervenciones nacionales dirigidas a favorecer el acceso y permanencia de las matronas a las zonas rurales y remotas en países en vías de desarrollo, de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales (ONU, 2015 & OMS, 2011).

10.2. Objetivos

10.2.1. *Objetivo general*

Conocer las percepciones y motivaciones de las matronas de las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos sobre la calidad de su vida laboral y las estrategias de empoderamiento que utilizan para mantenerse y desarrollar su trabajo en este entorno.

10.2.2. *Objetivos específicos*

- ✓ Describir el contexto y práctica profesional de las matronas de zonas rurales y remotas del norte de Marruecos.
- ✓ Conocer la percepción que tienen las matronas de zonas rurales y remotas sobre la calidad de vida en su contexto laboral.
- ✓ Identificar los factores que participan en la decisión de mantenerse en entornos rurales y remotos desde las motivaciones que llevan a las matronas a permanecer en estos entornos laborales.
- ✓ Identificar las estrategias de empoderamiento en el contexto laboral de las matronas en zonas rurales y remotas.
- ✓ Analizar desde la perspectiva de género la vivencia y las estrategias de empoderamiento femenino en el contexto laboral en caso de las matronas en zonas rurales y remotas.
- ✓ Proponer un modelo conceptual que pueda explicar el proceso de toma de decisión que llevan a cabo las matronas de zonas rurales y remotas para desarrollar su actividad laboral en este entorno.

- ✓ Identificar propuestas de mejora para incentivar la permanencia de las matronas en zonas rurales y remotas.

10.3. Orientación teórica de la investigación

10.3.1. *La investigación cualitativa*

La investigación cualitativa es un método de investigación que se utiliza principalmente en las ciencias sociales. Su objetivo es comprender y profundizar en el conocimiento de los fenómenos, analizándolos desde el punto de vista de las personas participantes en su ambiente y en relación con los aspectos que las rodean.

Es un método de investigación que aspira a comprender la perspectiva de individuos o grupos de personas a los que se investigará indagando acerca de los sucesos que los rodean, ahondar en sus experiencias, opiniones, conociendo de esta forma cómo perciben su realidad (Bejarano, 2016).

La investigación cualitativa se puede desarrollar en múltiples campos y servir al conocimiento de fenómenos complejos de la realidad a partir de lo cual se pretende explorar y conceptualizar sentimientos, emociones y pensamientos y explicar la naturaleza de un grupo determinado como los grupos profesionales, raciales, étnicos, familiares, gremiales e institucionales (Fuster, 2019).

10.3.1.1. *La fenomenología como tipo de la investigación cualitativa*

La fenomenología como tipo de investigación cualitativa busca conocer los significados que los individuos dan a sus experiencias de vida respecto a un suceso. Su objetivo es comprender la experiencia vivida en su complejidad y los significados alrededor

de un fenómeno. Su proceso de investigación permite conocer las vivencias y la naturaleza de la dinámica del contexto e incluso transformarla (Jiménez et al., 2020).

10.3.1.2. La fenomenología hermenéutica de Van Manen (2014)

La fenomenología hermenéutica es uno de los tipos de fenomenología que más se utiliza en la investigación en ciencias de la salud y, por ende, en enfermería. Su objetivo es comprender las vivencias, se estudia el mundo percibido y no un fenómeno, de tal modo que la persona investigadora se dirige al mundo percibido considerando que la percepción permite el acceso a la vivencia (Jiménez et al., 2020).

Los datos se obtienen principalmente a través de entrevistas fenomenológicas y su análisis indaga sobre un fenómeno en particular, luego sobre sus esencias generales para, por último, aprehender las relaciones entre las esencias. Los hallazgos fenomenológicos se presentan en una narración o en temas con subtemas.

Como ejemplo de la fenomenología hermenéutica, Max Van Manen (2003, como se citó en Jiménez et al., 2020), cita cuatro fases en su proceso metodológico, compuesto de las etapas siguientes:

10.3.1.2.1. Etapa previa o clarificación de presupuestos

Comprende los objetivos de los cuales parte la investigación. Es decir, que no hace referencia a los propuestos de los teóricos, prefiere prescindir de ellos para obtener la libertad de pensamiento.

10.3.1.2.2. Etapa descriptiva

Consiste en recoger la experiencia vivida desde diferentes fuentes de información, como las entrevistas, relatos de experiencia personal y autobiográfica, observaciones, grupos

focales y/o de discusión. Su objetivo es describir la realidad vivida por los individuos en relación a lo que se investiga.

10.3.1.2. 3. Etapa estructural

Consiste en reflexionar acerca de la experiencia vivida. El objetivo de esta fase es intentar aprehender el significado esencial de un fenómeno. Esto implica el estudio y el análisis de lo abordado en la investigación.

10.3.1.2. 4. Etapa de la discusión de los resultados

Consiste en escribir y reflexionar acerca de la experiencia vivida, comprobada en la expresión individual y/o grupal, llamada también texto fenomenológico. Análisis efectuado considerando y comparando con lo planteado por otras investigaciones sobre el tema abordado.

Tabla 14 *Fases del método fenomenológico-hermenéutico adoptado por la investigación*

Fase	Contenido	Actividades
Etapas previas o clarificación de presupuestos	Objetivos de la investigación	Prescindir de los propuestos teóricos: partir de un pensamiento libre.
Descripción	Recoger la experiencia vivida (directamente)	Entrevistas conversacionales
Interpretación	Reflexionar acerca de la experiencia vivida	Análisis temático
Descripción e Interpretación	Escribir -Reflexionar acerca de la experiencia vivida	Elaboración del texto fenomenológico

Fuente: Adaptado de Ayala Carbajo (2008).

10.3.1.3. El Método fenomenológico descriptivo de Amedeo Giorgi (2017)

Lo que caracteriza, en primer lugar, el método de Giorgi (2017) es que el análisis y la interpretación de la experiencia vivida deben ser fieles a la descripción del sujeto y lejos de los propuestos teóricos del investigador y cualquier análisis prematuro.

Mediante entrevistas y observaciones, las experiencias vividas por los sujetos son analizadas e interpretadas desde su subjetividad (Ávila et al., 2021).

Como segunda característica de este método es la reducción. Esta se refiere a la toma de significados y propuestos de los sujetos sobre sus vivencias, cómo se presentan y aparecen en su conciencia.

La tercera característica del método de Giorgi es la búsqueda de las esencias de los hechos en cuanto a sus significados invariantes relacionados con sus estructuras en situaciones concretas y con el contexto que les rodea.

Finalmente, la cuarta y última característica es la noción de la intencionalidad, se refiere a la intención que tienen los sujetos de relacionarse con los objetos y el mundo que les rodea. Esta conciencia sobre sus vivencias es siempre conciencia de algo.

En resumen, los dos métodos fenomenológicos de Giorgi (2017) y Van Manen (2014), coinciden en la adopción de la epojé-reducción para controlar y criticar los presupuestos y conocimientos del investigador sobre el fenómeno estudiado y describir la realidad pura y concreta como se vive verdaderamente por los sujetos (Sanguino, 2020).

10.3.2. Las entrevistas individuales y grupales como métodos de recolección de datos.

La entrevista es la técnica de recogida de información más utilizada en los estudios cualitativos. Es definida como "una conversación que tiene unos objetivos y se desarrolla en una situación social de interrogación, de forma que implica un profesional y, al menos, una persona" (Elejabarrieta, 1995, p.31 como se citó en Iñiguez, 2008, p.1).

Es una conversación cara a cara entre un mínimo de dos personas donde una de ellas adopta el rol de entrevistadora y la otra, el de entrevistada en torno a una temática de estudio. Su objetivo es obtener información verbal y personalizada sobre opiniones, sucesos y experiencias de las personas (Folgueiras Bertomeu, 2016).

Según el número de personas entrevistadas, las entrevistas se reparten entre individuales y grupales. En referente al grado de profundización o estructuración, las entrevistas se dividen en estructurada, semiestructurada y no estructurada o en profundidad (Folgueiras Bertomeu, 2016).

En la entrevista estructurada se prepara un guión de preguntas determinado de antemano y sistemático. Las preguntas deben seguir un orden definido y contestadas brevemente respetando el guión preestablecido (Folgueiras Bertomeu, 2016).

En lo que concierne a la entrevista semiestructurada, el guión está compuesto de temas o preguntas abiertas exigiendo del entrevistador tener una comunicación abierta y flexible y dejar más libertad de intervención al entrevistado (Folgueiras Bertomeu, 2016).

Esto, concede al entrevistador la posibilidad de ir pasando las preguntas según las respuestas recogidas, sin el respeto riguroso de su orden preestablecido en el guión de entrevista, incorporando, a veces, algunas nuevas preguntas.

Finalmente, la entrevista no estructurada o en profundidad, es una conversación informal, se realiza sin un guión previo. Solo existen líneas de temas que posiblemente pueden ser abordadas en la entrevista. Así, la persona que entrevista debe saber elegir las preguntas oportunas según el desarrollo de la entrevista y discutir los diferentes temas de interés según el objeto de la investigación. Asimismo, las respuestas abiertas y espontaneas,

sin categorías de respuesta establecidas a priori, definen la estructura y el progreso de la entrevista (Folgueiras Bertomeu, 2016).

Al contrario de la entrevista individual, la entrevista grupal se realiza con más de una persona entrevistada. Su realización es especialmente en forma de grupos focales o de discusión y es actualmente una técnica de recogida de información muy utilizada por los investigadores en salud que realizan estudios cualitativos (Amezcu, 2003).



UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 11. METODOLOGIA DEL ESTUDIO

11.1. Diseño

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de orientación fenomenológica hermenéutica sustentada en las teorías de Van Manen (Fuster, 2019), adecuado para explorar y comprender las experiencias de las matronas que ejercen su profesión en el ámbito rural, basándose en su percepción y en los significados atribuidos a hechos y eventos vividos en su práctica laboral (Neubauer et al., 2019).

11.2. Muestra y participantes

Participaron un total de 15 matronas (tabla 15, 16) que prestaban servicios en los centros de salud comunitaria y parto de las comunidades rurales del norte de Marruecos, en zonas de difícil acceso de la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas. Todas las participantes en este estudio fueron mujeres coincidiendo con el perfil de personas que ejercen esta profesión en el entorno estudiado. Las mismas fueron seleccionadas por muestreo propositivo de máxima variación (Martínez-Salgado, 2012) con el objetivo de que aportaran la más rica experiencia en torno al fenómeno de estudio.

Participaron matronas que, además de trabajar en entornos rurales de difícil acceso del norte de Marruecos, llevaran un año de actividad laboral en ese lugar de trabajo y que realizaran guardias. La identificación de las matronas susceptibles de participar como informantes en la presente investigación se realizó en base a los registros de personal que dispone el servicio de recursos humanos de la Dirección Regional de Salud de la región de Tánger-Tetuán-Alhucemas. Se contactó directamente con las personas participantes que, tras confirmar que cumplían con los criterios de participación y explicarles los objetivos del estudio, accedieron a participar en todos los casos en los que se pudo realizar el contacto.

Previamente a su participación, se les facilitó la información explicativa de la investigación y cumplieron el consentimiento informado.

Tabla 15

Descripción general de las características sociodemográficas de las matronas participantes en el estudio (n=15)

Edad media (años)		27,86
Media años de trabajo		3,4
Media años de trabajo en su puesto actual		2,6
Estado civil	Casada	8
	Soltera	7
Perfil formativo	Enfermero diplomado del estado primer grado (EDE1G)	15
Modalidad de trabajo	Tiempo completo con guardia	15
Accesibilidad a los lugares de trabajo		Difícil 15
Ubicación	Provincia de Uezzán	Centros de Salud 2 (4 p*)
	Provincia de Chefchaouen	Centros de Salud 4 (8 p)
	Provincia de Alhucemas	Centros de Salud 2 (3 p)
Distancia a la maternidad del Hospital de referencia (media en km)		60,5
Total de participantes (p)		15

Fuente: Elaboración propia. Según la clasificación del Ministerio de Salud marroquí de zonas de difícil acceso en la región de Tánger-Tetuán- Alhucemas (lista actualizada después de 2014). *p: Participantes en el estudio.

Tabla 16

Descripción detallada de las Características Sociodemográficas de las Matronas Participantes en el Estudio

Nombre	Edad en años	Número de años de trabajo	Tiempo de trabajo en su posición actual en años	Perfil formativo	Modalidad de trabajo		Estado civil	Número de niños	Ubicación	Distancia a la maternidad del Hospital	Accesibilidad a los lugares de trabajo	Participación	
					Tiempo completo sin guardia	Tiempo completo con guardia						Entrevista Individual	Grupo focal (GF)
Latifa	27	4	2	EDE		x	casada	1	CSR Bni Derkoul Provincia de Chefchaouen	40 km	Difícil	x	GF2
karima	33	6	4	EDE		x	Soltera	0	CSR Bni Derkoul Provincia de Chefchaouen	40 km	Difícil	x	GF2
Nozha	30	2	2	EDE		x	Casada	0	CSR Bni Derkoul, Provincia de Chefchaouen	40 km	Difícil	x	
Hasna	32	6	4	EDE		x	Casada	1	CSR Bni Derkoul Provincia de Chefchaouen	40 km	Difícil	x	
Hanane	29	5	3	EDE		x	Casada	1	CSR Bni Derkoul Provincia de Chefchaouen	40 km	Difícil	x	GF2
Rachida	24	5	4	EDE		x	Soltera	0	CSR FiFi Provincia de Chefchaouen	45 km	Difícil	x	GF2
Najoua	28	5	4	EDE		x	casada	1	CSR Assifane Provincia de Chefchaouen	62 km	Difícil	x	
Amal	29	3	3	EDE		x	Soltera	0	CSR Ouauozgane, Provincia de Chefchaouen	137 km	Difícil	x	
Zohra	25	2	2	EDE		x	Casada	0	CSR Kalaat Bouquorra Provincia de Uezán	62 km	Difícil	x	
Ikram	27	2	2	EDE		x	Soltera	0	CSR Kalaat Bouquorra Provincia de Uezán	62 km	Difícil	x	GF1
Naziha	35	4	4	EDE		x	soltera	0	CSR Teroual Provincia de Uezán	57 km	Difícil	x	GF1
Laila	25	1	1	EDE		x	soltera	0	CSR Teroual Provincia de Uezán	57 km	Difícil	x	GF1
Hind	25	2	2	EDE		x	casada	0	CSR Bni Boufrah Provincia de Alhucemas	53 km	Difícil	x	GF3
Nada	24	1	1	EDE		x	Soltera	0	CSR Bni Boufrah Provincia de Alhucemas	53 km	Difícil	x	GF3
Ibtissam	25	3	1	EDE		x	casada	1	CSR Ketama Provincia de Alhucemas	120 km	Difícil	x	GF3

Fuente: Elaboración propia. Según la clasificación del Ministerio de Salud marroquí de zonas de difícil acceso en la región de Tánger-Tetuán- Alhucemas (lista actualizada después de 2014). EDE: Enfermera Diplomada del Estado.

11.3. Método de recogida de información

Se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas en profundidad y 3 grupos focales, triangulando así los métodos de recogida de información. Esto permitió abordar el fenómeno de estudio desde diferentes aproximaciones y garantizar la validez del mismo, otorgar mayor confiabilidad, mayor nivel de precisión y contrastar la consistencia interna de los resultados del estudio (Blanco & Castro, 2007). El estudio se realizó en los centros de salud comunitaria y parto que contaban con matrona en las zonas rurales remotas del norte de Marruecos (situados en tres provincias distintas). La recogida de información se llevó a cabo entre abril de 2018 a diciembre de 2019.

Tanto las entrevistas como el grupo focal fueron realizados por la persona investigadora principal. El guión de entrevista utilizado fue consensuado previamente con el equipo investigador y recogía aspectos relacionados con las percepciones sobre el entorno laboral, motivaciones y factores en la toma de decisión para permanecer en zonas rurales, estrategias de empoderamiento individual/colectivo para desempeñar la matronería y permanecer en zonas rurales y remotas.

El discurso surgido de las entrevistas y del grupo focal fue grabado en audio, transcrito y analizado.

11.4. Consideraciones éticas

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Investigación Ética de Jaén y del Comité de Ética de la Universidad de Jaén. Se adoptaron todos los estándares éticos en todas las etapas de la presente investigación de acuerdo con los principios bioéticos de la

Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2001). Las personas participantes fueron informadas y dieron su consentimiento para realizar la presente investigación (**Anexo 3 y 4**).

Se les proporcionó la información relacionada con el estudio de manera verbal y por escrito. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato en toda la investigación, de esta manera, se asignó un nombre ficticio a cada participante y toda la información identificativa fue borrada.

11.5. Análisis

El análisis de la información se realizó según el enfoque de la fenomenología hermenéutica sustentada en las teorías de Van Manen (Fuster, 2019) y ayudado por la metodología descrita por Giorgi (1997). Se realizó una primera etapa de revisión de la literatura sobre el fenómeno estudiado en la que se clarificaron los presupuestos teóricos descritos en otras investigaciones. En la segunda etapa se realizó el trabajo de campo en la que se obtuvo la información sobre la experiencia vivida. En la tercera se procedió al análisis propiamente dicho, reflexionando acerca de la realidad estudiada.

En primer lugar, se realizaron varias lecturas atentas de las transcripciones de las entrevistas y grupos focales, en las últimas lecturas se extrajeron las unidades de significado y se agruparon en códigos. Los códigos con elementos comunes fueron agrupándose en subcategorías y categorías con mayor nivel de significado.

En este sentido surgieron 4 categorías centrales, 07 subcategorías y 18 códigos. Durante el proceso de codificación, especialmente en los últimos momentos, se realizó un

análisis no sólo a nivel sintáctico, sino pragmático, interpretando e integrando cada una de las categorías, subcategorías y códigos.

El equipo investigador consensuó la relación entre los códigos y categorías, así como la denominación de cada uno. Se usó el software NVIVO 12 (QSR International, Victoria, Australia) para ayudar en el proceso de codificación y análisis.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 12. RESULTADOS

En esta parte, se presentan los hallazgos referentes a la repuesta a la pregunta del estudio: **¿Cuáles son las percepciones y motivaciones de las matronas de las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos sobre la calidad de su vida laboral y las estrategias de empoderamiento que utilizan para mantenerse y desarrollar su trabajo en este entorno?**

Los resultados se reparten en cuatro ejes temáticos (cuatro categorías centrales): contexto de la práctica profesional; percepciones sobre la calidad de vida laboral y personal; factores que favorecen la permanencia de las matronas del norte de Marruecos en entornos rurales y remotos (motivaciones y estrategias de empoderamiento).

Finalizando esta fase de los resultados, se presentan las principales propuestas para mejorar las condiciones de trabajo de las matronas que desarrollan su rol en zonas rurales y remotas del norte de Marruecos.

Como plataforma de partida destacamos que las matronas que trabajan en las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos ejercen su profesión en una realidad caracterizada por la “escasez de recursos básicos en los centros de atención a la salud” y unas “condiciones de trabajo desfavorables”.

En estas condiciones es difícil asegurar unos cuidados obstétricos de calidad que garanticen la seguridad de la gestante, el recién nacido y la matrona. Además, las “renuncias personales” que las matronas deben hacer para ejercer su función en este contexto acrecienta el deseo de abandono de su puesto de trabajo. Junto a todo lo anterior, la falta de medidas gubernamentales por mejorar esta realidad, aumenta la “percepción negativa sobre la calidad de vida laboral y personal”.

Sin embargo, existen algunos “factores positivos” que parecen motivar y empoderar a las matronas para seguir realizando su labor en este contexto tan hostil (**Figura 1**).

12.1. Contexto

12.1.1. Escasez de recursos básicos en los centros de atención a la salud

El entorno de trabajo donde las matronas deben desarrollar su actividad está desprovisto de las condiciones y materiales mínimos para proporcionar una atención adecuada a la gestante y al recién nacido.

12.1.1.1. Escasez de agua y energía eléctrica

En los distintos centros de atención a la salud de las zonas alejadas y remotas del norte de Marruecos donde se atienden a las mujeres gestantes, en concreto en el momento del parto, no se cuenta con recursos tan básicos como el agua y la energía eléctrica de manera continuada. Esta situación dificulta la atención a los partos especialmente durante las noches y afecta a la calidad de la atención a las puérperas.

*«...se destaca la no disponibilidad de agua potable en el centro de salud...
ocurren restricciones frecuentes de electricidad, sobre todo en el verano...».*
Karima, 33 años.

«... Falta de electricidad». Hind ,25 años.

«...se necesita material de calefacción para luchar contra el calor y el frío...».
Latifa ,27 años.

12.1.1.2. Escasez de recursos materiales: equipos y medicamentos

En algunos centros, equipos básicos como calentadores para los recién nacidos, ecógrafos o monitores de ritmo cardíaco fetal por ultrasonido no existen o están averiados.

Así mismo, escasean medicamentos necesarios para la atención a la puérpera y al recién nacido. Esto provoca que la atención se vea muy limitada y surjan complicaciones, algunas de ellas con consecuencias fatales, que podrían controlarse con los medios oportunos.

«Se necesitan algunos medicamentos esenciales en obstétrica, como la oxitocina y la vitamina K». Latifa, 27 años.

«Se necesitan calentadores para los bebés...». Latifa, 27 años.

«No hay calentadores, medicamentos, oxigenoterapia, material de reanimación neonatal...» Rachida, 24 años.

12.1.1.3. Escasez de profesionales médicos en el equipo de trabajo

La escasez de ginecólogos/as en las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos deja a las matronas sin el respaldo médico correspondiente durante el parto y puerperio, lo que dificulta su tarea y aumenta el riesgo para las parturientas, especialmente en los casos de mayor complejidad. Esto hace sentir a las matronas inseguras y con muchos temores.

«... hay una gran indisponibilidad de ginecólogos en el Hospital de Uezzán. Se necesitan por lo menos cuatro ginecólogos que aseguren la guardia.» Laila, 25 años.

«No hay apoyo médico, solo atienden al centro médicos generalistas que no disponen de competencias obstétricas.» Ibtissam, 25 años.

«...la indisponibilidad del médico...» GF2.

«...Ausencia del médico en el centro de salud...» GF3.

12.1.1.4. Escasez de seguridad en el transporte de casos obstétricos complejos urgentes

Debido a que no existen ni los equipos materiales ni de profesionales adecuados en los centros de atención a la salud de zonas rurales y remotas del norte de Marruecos, las matronas derivan a las parturientas a centros hospitalarios más equipados en los casos obstétricos más complejos. Destacan los riesgos que supone el hacer estas derivaciones sin tener la competencia de hacerlo y la gran distancia y mal estado de las carreteras.

«...existe también el problema de las transferencias sin orden de ingreso hospitalario..., corremos el riesgo de transferir la parturienta a diferentes establecimientos hospitalarios sin cobertura legal...4 horas por lo menos entre ida y vuelta con una trayectoria llena de curvas en condiciones incómodas para realizar cualquier tipo de cuidados y asistencia...». GF1

«...hay dificultades climáticas y de acceso geográfico: nieve y bloqueo de acceso, lo que causa dificultades en las transferencias de casos...». Ibtissam, 25 años.

«Los problemas de transferencias...» GF2.

«Existen tres dificultades mayores, las dificultades relacionadas con las transferencias de casos urgentes...». Naziha, 35 años.

«... Los traslados a la maternidad hospitalaria están desprotegidos por ausencia de orden de misión...» GF3.

12.1.2. Condiciones de trabajo desfavorables

Durante el desempeño de su actividad profesional, las matronas tienen que lidiar con otros factores relacionados con las condiciones del trabajo que dificultan su labor y motivación.

12.1.2.1. Desprotección en el ejercicio de la profesión

En general, las matronas destacan la ausencia de un agente protector y medidas de seguridad en el trabajo, sobre todo durante las actividades laborales nocturnas, y reclaman mayor protección.

«... Indisponibilidad de medidas de seguridad en el trabajo...».GF2

«... y la seguridad en el trabajo...». Naziha, 35 años.

«... Indisponibilidad de un agente de seguridad en el centro de salud...». GF3

«La segunda cosa es la seguridad durante el trabajo nocturno. Los visitantes vienen directamente a tu alojamiento golpeando la puerta mientras estas durmiendo y puedes imaginar lo que causa esto. Si había un agente de seguridad, él se encargará por lo menos de advertirnos por teléfono...». GF1

Esta desprotección se nota gravemente cuando deben realizar visitas domiciliarias para atender casos urgentes. Refieren que los domicilios se encuentran apartados y en estados deplorables. El tener que desplazarse solas y como mujeres las posiciona en una situación de vulnerabilidad importante. Por estos motivos han dejado de asistir partos en los domicilios.

«...Reclamamos seguridad, pero no hay, actualmente hemos dejado de asistir a partos en los domicilios, porque no tenemos condiciones mínimas de ejercicio obstétrico como la seguridad en el trabajo...». Latifa, 27 años.

12.1.2.2. Sobrecarga de trabajo

Las matronas destacan que cuando se les exige realizar guardias, se sienten especialmente estresadas ya que no tienen periodos de descanso. El motivo es que sienten que no desconectan nunca ya que ante cualquier emergencia la responsabilidad recaería sobre ellas.

«...te encuentras más relajado y con menos estrés cumpliendo el trabajo en horario normal y una vez comienzas el trabajo en sistema de permanencia, comienza el estrés, aunque no haya carga de trabajo...». Naziha, 35 años.

« ... Sobre carga en el trabajo: cumplir muchas tareas a la vez». Rachida, 24 años.

«..., a veces haces una transferencia y vuelves para atender un parto que acompañes de nuevo durante la transferencia. Una semana de guardia es mucho.». Laila, 25 años.

12.1.2.3. Desconfianza de los/as usuarios/as atendidos/as

Las matronas destacan los problemas de comunicación y confianza con la población atendida. Las matronas perciben que su rol no es reconocido como es debido lo cual provoca obstáculos de comunicación con la población y les dificulta su tarea profesional. Así mismo, los diferentes dialectos y culturas y el bajo nivel de instrucción de una proporción importante de la población de las distintas áreas de estas zonas rurales y remotas del norte de Marruecos dificultan la comprensión y la puesta en marcha de las recomendaciones de las profesionales.

«...y la comunicación con la población. A veces, cuando hablando insinúas algo, los otros te interpretan de otra manera...». Naziha, 35 años.

«...comportamiento agresivo y no comprensivo de la población». Ibtissam, 25 años.

«...tasa de alfabetización muy bajo lo que pone en dificultad el objetivo de convencer a las mujeres para acudir a consultas especializadas...».GF3

12.1.2.4. No fomento de la formación continuada

Las matronas echan en falta que desde las propias instituciones sanitarias se fomente y oferte programas de formación sanitaria. Esto les hace sentir olvidadas y utilizadas para dar cobertura a esta población más vulnerable, pero sin que nadie se preocupe de ellas.

«...No hay formación continuada, durante un periodo de un semestre no ha habido formación continuada». Naziha, 35 años.

«...falta de formación continuada, ...». Najoua, 28 años.

«...falta de formación continua y reciclaje de las matronas...».GF3

12.1.2.5. Falta de supervisión, apoyo e incitación al rendimiento

Las matronas reivindican la falta de supervisión de los programas sanitarios e iniciativas de apoyo e incitación al rendimiento por parte de las autoridades sanitarias responsables. Esta falta de seguimiento y control de sus actividades sanitarias, les impide actualizar sus conocimientos y evolucionar en el desarrollo de sus competencias, lo que les desmotiva en su ejercicio profesional.

«Existe también la falta de supervisión de los responsables de programas sanitarios. Desde que iniciamos el trabajo aquí, jamás hemos recibido visitas de ellos por compartir con nosotros actualidades y novedades de los programas sanitarios...». Naziha, 35 años

«..., falta de seguimiento y control de la delegación provincial sanitaria..., falta de apoyo e incitación al rendimiento...». Najoua, 28 años.

12.1.3. Renuncias personales

Cuando las matronas acceden a trabajar en zonas rurales y remotas, asumen que no tendrán las comodidades y la vida familiar y social que tendrían en zonas urbanas. Asimismo, el ocio y otras oportunidades de crecimiento personal y profesional se ven mermadas por la ubicación de su puesto de trabajo. Sienten que viven en un «circuito cerrado» caracterizado por el aislamiento y monotonía.

12.1.3.1. Renuncia a relaciones personales: familia y amistades

En su puesto de trabajo en zonas rurales y remotas, las matronas viven una separación física con su familia y amistades que no solo están lejos, sino que se accede con dificultad. Este hecho les genera sentimientos de aislamiento y soledad.

«...socialmente, vivimos aislados de nuestra familia y amistades». Hasna, 32 años.

«Tenemos dificultades para viajar y visitar la familia en fin de semana lo que supone aislamiento y soledad...». Ibtissam, 25 años.

12.1.3.2. Renuncia a la vida social

El contexto de trabajo se encuentra situado en lugares donde no hay espacios para el ocio fuera de la naturaleza, no hay lugares para realizar compras como centros comerciales, cafeterías, establecimientos públicos, etc. Esto lo viven las matronas como una monotonía constante y frustrante.

«...te encuentras finalmente en el interior del alojamiento, si hay un parto lo asistes, si no, permaneces en el mismo lugar, es decir que te encuentras siempre en un circuito cerrado. Esta situación se repite cada día». Naziha, 35 años.

Las matronas reivindican las circunstancias penosas de trabajo que le han hecho sacrificar parte importante de su vida social en estas zonas rurales y remotas.

«Hay muchos problemas relacionados con la vida social pero las circunstancias de nuestro trabajo nos han hecho olvidar esta parte importante de nuestra existencia en este contexto de trabajo». GF1

12.1.3.3. Renuncia a una vivienda digna

La vivienda facilitada a las matronas cuando trabajan en zonas rurales y remotas es pequeña y compartida con otras trabajadoras. En la misma no cuentan con electricidad y agua potable de manera constante. Cuando no hay que atender ningún parto, pasan la mayor parte del tiempo en la misma.

«...se destaca la no disponibilidad de agua potable en la vivienda reservada por matronas en permanencia... ocurren restricciones frecuentes de electricidad sobre todo en el verano». Karima, 33 años.

«Además, la vivienda facilitada a las matronas que trabajan en estas zonas es compartida y muy angosta... Existe un solo alojamiento... para que les sirva de residencia donde no tienes espacio para moverte...» Laila ,25 años.

12.2. Percepción negativa sobre la calidad de vida laboral y personal

Por todo lo anterior, las matronas muestran una insatisfacción y frustración constante por las condiciones en las que se ven inmersas al desempeñar su profesión en zonas rurales y remotas del norte de Marruecos. Asumen que trabajar en este contexto conlleva condiciones laborales y sociales difíciles y además no esperan a que las instituciones sanitarias se impliquen por mejorarlas y no sienten que ellas pudieran provocar algún cambio. Su pensamiento es el de adaptarse a las circunstancias presentes y confiar en su capacidad para darle solución a cada situación improvisando con los medios que disponen.

«No se puede hablar de calidad en el trabajo puesto que trabajamos en un contexto rural, en una zona lejana, con medios de fortuna. No hay calidad sino, como tú puedes arreglar las cosas según las circunstancias que se presentan».

Hanane, 29 años.

«No satisfecha, el trabajo se realiza de manera anarca debida a que las condiciones de trabajo no permiten ofrecer una oferta de cuidados de salud conformes a las normas existentes». Rachida, 24 años.

«Para mí, la calidad de vida en el trabajo en el contexto rural es muy insuficiente y corre el riesgo de ser más deteriorada». Ikram, 27 años.

«La vida en el trabajo es muy difícil. Por ejemplo, para llegar al trabajo nos enfrentamos a dificultades de todo tipo...». Latifa, 27 años

«Percibo la calidad de vida en el trabajo no positiva...». Naziha, 35 años.

Todo este escenario desfavorable, tanto en lo laboral como en lo personal y social, las impulsa a aspirar a abandonar su puesto de trabajo. Conviven con la idea permanente de escapar en cuanto tengan la oportunidad a otros lugares donde el contexto laboral sea mejor. Hay quienes contemplan la posibilidad de cambiar de profesión.

«Francamente, pienso en cambiar totalmente de profesión, seguir mis estudios universitarios... quiero estar cerca de mi familia». Ikram, 27 años.

«Pienso cambiar de profesión y practicar la enseñanza. El problema en la práctica de matrona es la monotonía en el trabajo...». Rachida, 24 años.

«...puede que aspire hasta cambiar de perfil, en mi caso, yo no quiero ser siempre matrona... la persona no puede quedarse siempre trabajando en la sala del parto». Naziha, 35 años.

«Me quedo aquí hasta que llegue el movimiento en el que promocionaré porque no pienso quedarme aquí...». Laila, 25 años.

«Espero mudarme de este puesto de trabajo, porque la distancia es importante entre mi zona de trabajo y el lugar de mi residencia en Tetuán». Nozha, 30 años.

«Estamos a la espera permanente del movimiento del personal para cambiar de puesto de trabajo...».
GF1

12.3. Factores que favorecen la continuidad de las matronas en zonas rurales y remotas

A pesar del contexto tan hostil (zonas rurales y remotas del norte de Marruecos) donde las matronas desempeñan su actividad, manifiestan contar con algunas motivaciones que dan sentido a su decisión de mantenerse en dichos lugares y les incitan a empoderarse. Sin embargo, cuando no existen motivaciones, estas expresan su deseo de abandonar su puesto de trabajo e incluso cambiar de profesión.

12.3.1. Motivaciones intrínsecas

12.3.1.1. Actuar según los valores personales

A la vez, las matronas son motivadas a permanecer en sus puestos de trabajo por la responsabilidad que subyace a los valores éticos, deontológicos y profesionales que prevalecen en ellas. El «amor a la profesión» también supone un aliciente para motivar a estas profesionales a mantenerse en su lugar de trabajo.

«Para mí, mis motivaciones para el desarrollo de la atención de los pacientes en las zonas rurales son, en primer lugar, el amor a la profesión porque he elegido un trabajo que me acerca a Dios». Hanane, 29 años.

«...Todo esto lo hago por amor al trabajo». Ikram, 27 años.

«Mis principios son el origen de mis motivaciones... En primer lugar, son mis principios». Laila, 25 años.

«Mis motivaciones se inspiran de la ética profesional como de la consciencia profesional, sacrificio y empatía». Rachida, 24 años.

12.3.1.2. Ayudar a los demás

El sentirse parte de acciones que benefician a la población más desfavorecida, las matronas experimentan gran satisfacción que, según ellas, compensa en parte el sacrificio que

están haciendo. Son conscientes de que en sus manos están las vidas de las personas, que interfieren directamente en la calidad de vida de las gestantes y sus familias y que gracias a ellas han evitado la muerte de madres y niños. También les reconforta el poder proporcionar un trato equitativo y justo, considerando la desigualdad y vulnerabilidad de las mujeres, especialmente en estos contextos.

«Mi motivación es asistir a una población desfavorecida que necesita tu ayuda...». Hind, 25 años.

«... la población rural tiene derecho a beneficiarse de los servicios de salud, lo que nos impulsa a sacrificarnos para que ellos se aprovechen de lo poco que les podemos ofrecer de servicios dentro de los límites de las posibilidades que tenemos». Hasna, 32 años.

“Asistir a una mujer en el parto para dar luz a un recién nacido, es para mí, una sensación de alegría, la más maravillosa que puedo sentir, Esto me da fuerza y motivación para superar las dificultades que encuentro en el trabajo». Zohra, 25 años.

«Las motivaciones se resumen en la satisfacción de las gestantes y sus familias en cuanto a los servicios que les ofrecemos». Nada, 24 años.

Las matronas traducen esta motivación intrínseca de “ayudar a los demás”, participando en actividades asociativas sanitarias y de sensibilización de las mujeres en las localidades rurales lejanas.

«...participar voluntariamente en las actividades asociativas sanitarias como la organización de caravanas médicas en favor de la población rural en zonas remotas...». Hanane, 29 años.

«...organizar talleres de sensibilización en favor de las mujeres de las localidades de la comunidad rural...». Karima, 33 años.

12.3.2. Motivaciones extrínsecas/contextuales

12.3.2.1. Buena integración en el equipo de trabajo

Aspectos como contar con un equipo de trabajo unido, comprensivo y cooperativo, en el que cada miembro sea reconocido como válido e importante, es considerado por las

matronas como un aliciente para mantenerse en su puesto. Así como las buenas relaciones interpersonales entre el equipo.

«Existen algunos factores positivos como... el buen entendimiento y respeto entre los miembros del equipo de trabajo...». Latifa, 27 años.

«La motivación en el trabajo, la cosa que me alivia las dificultades del contexto laboral rural, es que tenemos un equipo de trabajo unido, comprensivo y muy cooperativo». Hasna, 32 años.

12.3.2.2. Reconocimiento de su labor por parte de las autoridades y de la población

El reconocimiento de su labor por parte de las autoridades locales, y la generosidad y agradecimiento de la propia población a la que atiende, constituyen un aliciente para las matronas para permanecer desempeñando su rol en el contexto rural.

«El buen trato y comportamiento de la población y el apoyo de las autoridades locales y representantes de la comunidad rural es un impulso». Karima, 33 años.

«Existen algunos factores positivos como la generosidad de la población...». Latifa, 27 años.

«...la alegría que manifiestan las personas cuando están servidas y que te dan las gracias y te muestran sentimientos de gratitud, esto te aumenta la confianza en uno mismo y sientes que tienes impacto sobre la familia atendida...». Hanane, 29 años.

12.3.3. Estrategias de empoderamiento

12.3.3.1. Solicitar apoyo de otros

Las matronas manifiestan que solicitar apoyo, consejo y experiencia de su familia, compañeros/as de trabajo, de los responsables de la autoridad sanitaria provincial y de las personas de la comunidad les ayuda a sentirse más comprometidas y adaptadas con su puesto de trabajo, además de respaldadas.

«...suelo consultar la opinión de mis colegas de trabajo y de profesión, de los responsables de la delegación provincial del Ministerio de Salud sobre informaciones que no nos comunican, consultamos también a los funcionarios de la comunidad rural que tienen más información sobre las necesidades del centro de salud y de la población... su apoyo me anima». Hasna, 32 años.

«...Solicitar el apoyo y experiencia a familiares, inspirarse en las experiencias de las colegas de trabajo que viven las mismas circunstancias de trabajo,...». Karina, 33 años.

«...señalar los problemas que ocurren en el trabajo a los miembros del equipo de trabajo y no quedarse sola afrontándolos,...». GF2

12.3.3.2. Actividades complementarias

12.3.3.2.1. Actividades que repercuten en el desarrollo profesional

La realización de actividades distintas al ejercicio de su profesión como estudiar otro grado universitario a distancia, la lectura o los idiomas, empoderan a las matronas y dan sentido a que permanezcan un tiempo más en las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos ejerciendo la matronería.

«Mis estrategias de empoderamiento desarrolladas en el contexto de trabajo consisten en la lectura de libros y revistas, en seguir una carrera universitaria en derecho...». Hanane, 29 años.

«Durante la semana de permanencia, aprovecho el tiempo libre para leer un libro o aprender el inglés». Laila, 25 años.

Así mismo, trabajar en este contexto anima a las matronas a empoderarse manteniendo expectativas futuras sobre retomar la trayectoria estudiantil, avanzar en la carrera profesional, participar en sesiones de formación continuada, proyectos de investigación, congresos y encuentros científicos y culturales en los que compartir con colegas profesionales conocimientos y experiencias.

«Aspiro a mejorar mi nivel científico continuando mi trayectoria estudiantil, participación en sesiones de formación continuada para seguir las actualidades de la profesión y en congresos y encuentros científicos y culturales.» Rachida, 24 años.

«... participar en proyectos de investigación que indagan sobre el trabajo de matronas en ámbitos urbanos y rurales para mejorar sus condiciones de trabajo...». Hasna, 32 años.

«...avanzar en mi carrera profesional para compartir mis conocimientos y experiencias con colegas de profesión...». Hanane, 29 años.

«... participación en ocasiones raras de formación continua que se presentan para mejorar la calidad de los servicios prestados...». GF3

12.3.3.2.2. Actividades recreativas

A pesar de la limitación del ocio en las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos, es posible realizar algunas actividades recreativas como excursiones. Participar en estas actividades permite a las matronas empoderarse para retenerse más tiempo en estos contextos difíciles y pensar en otros aspectos no relacionados con la situación laboral y disfrutar del entorno donde están trabajando.

«Participar de vez en cuando en actividades para la diversión y excursiones y viajes, nos permite valorar más estos lugares...». Karima, 33 años.

«En raras ocasiones podemos motivarnos con la organización de excursiones, aunque con participar en estas actividades modestas, te vuelves al trabajo con un poco de más motivación y moral». GF1.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

CAPITULO 13. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entre las barreras importantes para la realización de los objetivos de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), figura la escasa disponibilidad de agentes de salud calificados y motivados, sobre todo en zonas remotas y rurales.

La literatura muestra que la retención de los agentes de salud en zonas rurales y remotas depende de dos elementos interdependientes: factores que intervienen en la decisión del personal sanitario de permanecer en zonas rurales y remotas y las estrategias gubernamentales para responder a estos factores (Lehmann, 2008).

En esta perspectiva, el estudio de las percepciones de las matronas en zonas rurales y remotas del norte de Marruecos ha permitido explorar sus experiencias, sus motivaciones y sus estrategias de empoderamiento para permanecer en estos entornos de difícil acceso.

Los resultados de este estudio han permitido, además de indagar en esta realidad poco estudiada, proponer elementos de mejora de los impulsos incentivadores internos y externos que generan ganas, esfuerzo e implicación en las actividades laborales con la finalidad última de favorecer un entorno de trabajo propicio y productivo.

13.1. Contexto laboral y social aislado y desfavorecido

Las matronas de las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos ejercen su profesión en un contexto aislado, desfavorecido e inseguro, caracterizado por la escasez de recursos materiales básicos y humanos. Además, aceptando trabajar en estos contextos dificultosos, las matronas se ven obligadas a renunciar a comodidades familiares y sociales.

En este sentido, Lehmann (2008) y colaboradores citaron un estudio de Smith (1998), realizado en Malasia, donde se concluyó que los movimientos de las mujeres estaban estrechamente relacionados con el matrimonio o la consideración familiar.

Este contexto de trabajo, lleno de dificultades de todo tipo, da lugar a un sistema y contexto de trabajo estresante y desmotivador, impidiendo ofrecer cuidados obstétricos esenciales y de buena calidad. Lo que genera un sentimiento de insatisfacción de las matronas, afectando negativamente su percepción sobre su permanencia en estas zonas remotas de trabajo.

El resultado es permanecer en este contexto con el deseo permanente de “huir” de las condiciones desfavorecidas del trabajo, hasta pensar en cambiar de función o abandonar la profesión.

Este mismo deseo de dejar de trabajar en las zonas rurales y remotas ha sido revelado por las participantes en el estudio de Sidibé et al (2018) en Mali donde revelaron parte de estas barreras en el trabajo.

En el mismo sentido, estudios en América Latina y África han identificado parte de estas condiciones desfavorables de trabajo de las matronas en zonas rurales y remotas. En estos estudios también se destaca la escasez de recursos humanos cualificados, valoración y visibilidad de sus esfuerzos laborales, escasez de recursos básicos, aislamiento, condiciones profesionales incómodas, carencias en el sistema de gestión, falta de supervisión, entre otros (Moha et al., 2015; OMS et al., 2011; Ramírez y Laako, 2019 ; UNFPA América Latina y El Caribe, 2020).

13.2. Percepciones de las matronas de zonas rurales y remotas sobre la calidad de vida en su contexto laboral

Al explorar la dimensión subjetiva de la calidad de vida laboral, las matronas de zonas rurales y remotas del norte de Marruecos expresan un sentimiento colectivo de insatisfacción que influye sobre su perfil motivacional y su calidad de vida laboral, coincidiendo con otros estudios (Quezada et al., 2005).

En su perspectiva objetiva, el clima laboral físico y psicosocial y los aspectos organizativos, así como los recursos materiales básicos disponibles en el contexto de trabajo, no favorecen los cuidados obstétricos en condiciones de seguridad y de calidad según lo exige el Modelo de Espacio Laboral Saludable de la OMS (2010).

Este estado de percepciones concuerda con lo que ha sido descrito en muchos estudios (Herzberg, 2011 como se citó en Samanez et al., 2017; Carpio Montoya & Villalobos, 2001; Robles, 2005 como se citó en Arboleda-Posada, 2018).

De hecho, se concluyó que las condiciones laborales y la seguridad en el trabajo, la satisfacción de necesidades básicas individuales y familiares y las oportunidades de desarrollo personal y profesional, son elementos necesarios para favorecer la estabilidad laboral.

13.3. Factores que favorecen la continuidad de las matronas en zonas rurales y remotas según sus motivaciones

Existen factores que favorecen la continuidad temporal de las matronas en zonas rurales y remotas. Estos factores están basados en sentimientos de pertenencia y de amor a la profesión junto a valores éticos, deontológicos y profesionales que otorgan motivación intrínseca.

En principio, estos factores, según Meza (2017) y Essandi et al (2020), se relacionan con motivaciones personales, altruismo, expectativas y necesidades del personal sanitario, en zonas rurales y remotas y que influyen en su atracción y retención.

Muchos estudios afirman que estos factores personales interactúan, a su vez, con otros factores organizacionales relacionados con la estructura del sistema sanitario y con el entorno socioeconómico y político que les rodea (Geyndt, 1983; Meza, 2017; Esandi et al., 2020).

En nuestro estudio, las matronas destacan factores de motivación extrínseca como el equipo de trabajo unido, el reconocimiento de su labor por las autoridades locales y el agradecimiento de la propia población que atienden.

Todo esto, afirma Pick et al (2011), puede afectar el empoderamiento de las matronas en cuanto al ejercicio de su autonomía profesional y el control e influencia sobre su contexto de trabajo.

13.4. Estrategias de empoderamiento de las matronas para permanecer en zonas rurales y remotas

Como factores de retención por más tiempo en las zonas rurales y remotas, las matronas desarrollan estrategias de empoderamiento intrínseco o agéntico tales como contar con apoyo o realizar actividades complementarias de desarrollo profesional, recreativas y solidarias. Estas alternativas les permiten adaptarse al contexto de trabajo y resolver las situaciones laborales vividas y “escapar” momentáneamente de las condiciones de trabajo desfavorables.

Parte de estas estrategias complementarias son recomendadas por Silva y Martínez (2004) para favorecer el desarrollo del empoderamiento individual. En su trabajo sugieren la participación en asociaciones o actividades comunitarias, equipos de gestión, desarrollo de nuevas habilidades, etc.

Además, las relaciones de apoyo y solidaridad en el trabajo parecen ser un elemento positivo e importante en el desarrollo del empoderamiento organizacional. Elemento que según Zimmerman (2000, como se citó en Silva y Martínez, 2004), debe ser reforzado por otros elementos como el liderazgo compartido, sistemas de gestión, comunicación e información participativos, entre otros.

Finalmente, viviendo en un contexto local poco empoderador, caracterizado por muchas limitaciones y escasez de oportunidades y recursos, las matronas en zonas rurales y remotas, necesitan condiciones de trabajo transformador favoreciendo el desarrollo de la dimensión comunitaria del empoderamiento.

En espera de que las dimensiones del empoderamiento organizacional y comunitario se desarrollen suficientemente, las estrategias de empoderamiento individual desarrolladas por las matronas pueden ayudar de momento a un mejor control y autonomía sobre su propia vida laboral y social.

Esto puede contribuir también a que las matronas se adapten mejor a un contexto hostil caracterizado por barreras reglamentarias, administrativas y sociales que afecta negativamente los procesos de su toma de decisiones.

13.5. El Estado de las matronas de zonas rurales y remotas desde la perspectiva de género

La expresión "*vivir en un circuito cerrado*" resume todo el sufrimiento psicosociológico de la matrona que vive en un doloroso aislamiento. Un contexto social en su mayoría pobre en espacios y asociaciones de ocio y de deporte, lo que no ofrece la menor oportunidad de divertirse y aliviar el estrés del trabajo, sobre todo para las mujeres.

En un contexto rural hostil, la matrona permanece confinada en un espacio limitado, viviendo entre las paredes del centro de salud y su alojamiento. Este espacio constituye su único refugio donde pasa la mayor parte de su vida laboral y social.

Esta situación monótona repercute negativamente en el bienestar psicosociológico de la matrona y, por supuesto, en su motivación y percepción sobre su permanencia durante mucho tiempo en zonas de difícil acceso.

Además, la matrona de guardia permanente realiza labores nocturnas donde muchas veces se siente totalmente insegura e indefensa como mujer, frente a los visitantes al centro de salud en ausencia de un agente de seguridad.

Esta privación del derecho de medidas mínimas de seguridad en el trabajo, es otro tipo de violencia que se comete contra la matrona y que va en contra de sus derechos legales.

De hecho, la matrona como ciudadana y funcionaria pública, tiene todo el derecho a realizar sus actividades laborales en un entorno de trabajo seguro y estar protegida contra cualquier violencia contra la mujer en el trabajo y en la vida social.

En estas circunstancias de trabajo desfavorecidas, la matrona está sometida a una doble tensión psicológica manifestada por la sensación de aislamiento social e inseguridad en el trabajo.

13.6. Síntesis del modelo conceptual propuesto

De manera general, hemos podido constatar que el contexto en el que las matronas de las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos desarrollan su profesión está desprovisto de los recursos básicos y condiciones necesarias para atender a las puérperas y a los recién nacidos.

Así mismo, las condiciones laborales no favorecen el desempeño de su rol en estos entornos, potenciado por las renunciaciones personales que deben hacer para mantenerse en su puesto de trabajo. Esta realidad las lleva a tener una percepción negativa sobre la calidad de vida personal y laboral y les hace contemplar cambiar de lugar de trabajo en cuanto tengan la posibilidad. Sin embargo, algunos factores intrínsecos y extrínsecos motivan a las matronas a empoderarse y mantenerse momentáneamente en su puesto de trabajo (**Figura 6**).

A pesar de todas las barreras contextuales, profesionales y personales, las matronas tratan de ejercer su rol de la mejor manera posible con los recursos que tienen a su disposición. Sin embargo, no pueden asegurar calidad asistencial a consecuencia de los escasos recursos básicos y las nefastas condiciones de trabajo, como ocurre en otros contextos (Huico et al., 2012; McCullough et al., 2020).

De hecho, la revisión Cochrane (Munabi-Babigumira et al., 2017) sobre los factores que influyen en la calidad de la prestación de atención de matronas en países de ingresos bajos concluye que numerosos factores, también identificados en nuestro estudio, repercuten negativamente en la calidad asistencial.

Entre estos factores destacan los problemas en el acceso a la formación y la falta de supervisión, el escaso personal, las excesivas cargas de trabajo y las malas condiciones de vida, así como el difícil acceso a instalaciones de salud bien equipadas y organizadas con agua, electricidad y transporte adecuado. El factor de trabajo en equipo, confianza, colaboración y comunicación entre el mismo (Munabi-Babigumira et al., 2017), sí se alcanza en los lugares de trabajo, según las informantes que participaron en este estudio, aunque se constata la escasez de profesionales en estos entornos.

Cramer (2006) define la práctica de enfermería en las zonas rurales y remotas como «amorfa». Refiriéndose al proceso cambiante al ejercer su rol dependiendo del contexto y los medios con los que cuentan. Esta perspectiva pragmática de su realidad es definida por Wiggins (1997) como una estrategia de racionalización utilizada por las enfermeras para minimizar los sentimientos de angustia asociados con el conflicto de valores y creencias. No obstante, el malestar psicológico al que están sometidas las matronas a consecuencia del

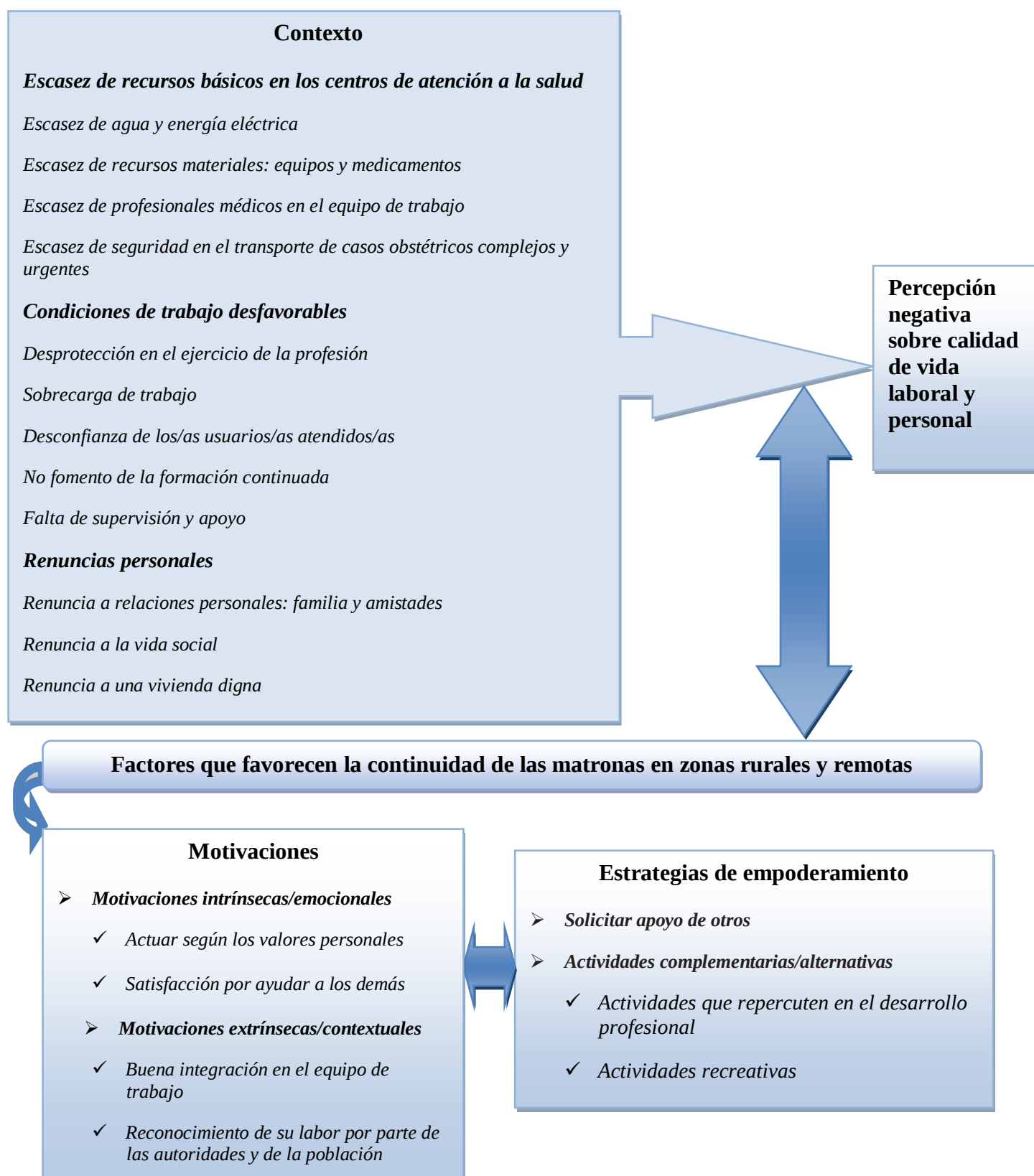
desajuste entre su conocimiento, valores y creencias y sus acciones pueden desbordarlas y llevarlas a abandonar su puesto de trabajo (Festinger, 1957).

Además, en nuestro estudio se observa que las cinco dimensiones que influyen en la atracción y retención de los profesionales en las zonas rurales de países de bajos y medianos recursos propuestas por Lehmannn y colaboradores (2008) (mencionadas en el marco teórico del presente trabajo de investigación) están afectadas negativamente.

Nuestros resultados también coinciden con los de Belaid y colaboradores (2017) en que el entorno local (como la escasez de recursos básicos en los centros de atención a la salud así como la carencia de una vivienda digna para las profesionales), los factores sociales (como el aislamiento, la desprotección y la desconfianza de los/as usuarios/as atendidos/as) y las condiciones de trabajo (como la sobrecarga, el no fomento de la formación) afectan negativamente a la atracción y retención de las matronas para trabajar en zonas rurales y remotas.

El esquema siguiente presenta el modelo conceptual del fenómeno de estudio:

Figura 6 Elaboración propia. Modelo conceptual de las percepciones, motivaciones y estrategias de empoderamiento desarrolladas por las matronas en zonas rurales del Norte de Marruecos



13.7. Recomendaciones del estudio para incentivar las matronas a su retención en las zonas rurales y remotas

Para mejorar estas condiciones de trabajo, las matronas reclaman en su región rural y remota, incremento del personal de salud como profesionales médicos que respalden, seguridad en el trabajo, mejoras en las condiciones de transferencias de casos urgentes, material e insumos sanitarios, equipos y medicamentos, vivienda digna, mayor reconocimiento y cuidado por parte del sistema de salud, iniciativas de supervisión formativa y más oportunidades de formación continua para obtener especialización o mayor calificación profesional.

Estos resultados coinciden en muchos aspectos con las directrices de la OMS (2021) sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas y las estrategias de recursos humanos para la salud universal para motivar a los equipos de salud a través del desarrollo profesional y de calidad de vida para promover su retención en zonas remotas y desatendidas (OMS /OPS, 2017).

En este sentido, es necesario que el Ministerio de Salud Marroquí fortalezca medidas concretas, operativas y participativas con la comunidad de parteras locales, contextualizando las recomendaciones de las organizaciones internacionales, en particular de la OMS / UNFPA y la ICM, así como considerando los resultados del presente estudio.

Así mismo es recomendable que se mejoraran las condiciones de trabajo, se garantizara un entorno de trabajo digno y seguro e iniciaran medidas incentivadoras para mejorar la percepción y la motivación en favor de la retención de las matronas en áreas difíciles por mucho tiempo. Asimismo, se hace necesario mejorar medidas como la

remuneración de los cargos directivos, la instauración de itinerarios profesionales y vías de promoción de carreras en las zonas rurales y remotas (WHO, 2021).

Para mejorar la satisfacción laboral y la motivación del personal sanitario en estas zonas rurales y remotas, sería recomendable que se realizaran programas de supervisión formativa y de apoyo, medidas apoyadas por las matronas como en el caso de este estudio y otros estudios como el de Bailey y colaboradores (2016). Esto permitirá también, mejorar la calidad de la atención sanitaria y de los resultados clínicos en favor de la población en estos contextos de trabajo de difícil acceso.

Hay también que establecer programas de formación continua y promoción profesional que se adecuen a las necesidades del personal sanitario de las zonas rurales y a los que los agentes de salud puedan acceder fácilmente desde el lugar donde residen y trabajan (OMS, 2011).

Por lo tanto, sería altamente recomendable como estrategia de retención del personal, la tele-enseñanza que posibilita una formación remota (Seoane et al., 2005)- Así mismo el uso de las tecnologías de internet y las telecomunicaciones pueden posibilitar el contacto necesario en caso de supervisión, ofreciendo asesoramiento, orientación y apoyo a la práctica profesional. Sin prescindir de las visitas personales de las personas encargadas de la supervisión, siempre que sea posible, que pueden además, inspeccionar los equipos y las instalaciones, para asegurarse que estén bien mantenidos y que sean adecuados para las necesidades de la comunidad (OMS /OPS, 2010).

Además de mejorar la formación inicial y continuada de las matronas, en término de desarrollo de competencias técnicas y relacionales, hay que facilitar su acceso al equipo, a los

suministros y los medicamentos que tienen que administrar para prestar atención de calidad (Seoane et al., 2005).

Asimismo, para poder ofrecer servicios de partería de alta calidad, la formación debe ir acompañada de un sistema de apoyo y un entorno propicio con una gestión y una supervisión eficaz, sistemas de derivación y suministro adecuado de equipamiento y medicinas (UNFPA & ICM, 2014).

El objetivo sería garantizar un entorno de trabajo propicio y seguro, con equipos y suministros apropiados, supervisión y asesoramiento de apoyo, para que el puesto de trabajo resulte atractivo desde el punto de vista profesional y, por lo tanto, aumente la contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas rurales o remotas (Laaroussi, 2021).

En este sentido, el UNFPA (2021) y las asociaciones de matronas, como socios destacados del Ministerio de Salud Marroquí, deben mantener y reforzar sus esfuerzos para fortalecer y mejorar las habilidades de las matronas marroquíes, por la creación de un protocolo de actuación nacional de matronas y por el avance de la reglamentación de la profesión de matrona. Así mismo, abogar por esfuerzos conjuntos para movilizar a los gobiernos y socios para que inviertan más en la profesión, en servicio de la vida, la salud y el desarrollo sostenible de la misma.

También, sería recomendable reforzar la participación de las matronas como miembros plenamente responsables en un equipo multidisciplinario y emprender relaciones de trabajo colaborativas con otros miembros del equipo de servicios de maternidad, prestadores de asistencia sanitaria y trabajadores de la comunidad, como parteras profesionales tradicionales calificadas (capacitadas) y con experiencia (OMS/OPS, 2010).

Todo esto debe funcionar en condiciones de vida adecuadas y ajustadas a las necesidades de las matronas y de sus familias en su contexto de trabajo. Por eso, es fundamental invertir en infraestructura y servicios básicos (saneamiento, electricidad, telecomunicaciones, escuelas, etc.), ya que estos elementos influyen considerablemente en la decisión de trasladarse a las zonas rurales y permanecer en ellas (OMS, 2011).

En Marruecos, las políticas intersectoriales necesitarían centrarse, por un lado, en dotar a los centros de atención a la salud de infraestructura y recursos materiales y humanos necesarios para garantizar una atención digna a las puérperas y a los recién nacidos. Asimismo, es necesario mejorar la red de carreteras para el transporte de las parturientas a los hospitales de referencia, así como para facilitar la conexión de estas zonas con las más pobladas.

Por otro lado, es necesario mejorar las condiciones de trabajo, distribuyendo de manera más óptima la carga, reforzando la seguridad y potenciando la formación y la supervisión. Además, se recomiendan medidas que hagan frente a carencias detectadas en este estudio como, por ejemplo, la provisión de una vivienda con unas condiciones de habitabilidad dignas, ya que esto puede aumentar hasta 4 veces más las probabilidades de aceptar un puesto de trabajo rural (Okoroafor et al., 2021).

A la vez, es importante potenciar los elementos identificados en este estudio que pueden favorecer la continuidad de las matronas en zonas rurales y remotas como fomentar un ambiente de trabajo óptimo y el reconocimiento de su labor por parte de las autoridades y la población. En este sentido, es importante subrayar que en Marruecos aún existe una persistente falta de reconocimiento profesional a las matronas, lo cual concuerda con la

amplia desigualdad de género y el bajo estatus de las mujeres (Temmar et al., 2006; Abou-Malham, 2015).

Además, medidas como un aumento salarial por trabajar en zonas rurales podría aumentar 2,7 veces las probabilidades de aceptar un puesto de trabajo en zonas rurales y remotas (Okoroafor et al., 2021).

Por último, se hace necesario reforzar el empoderamiento de las profesionales que repercute directamente en la atención del paciente, su seguridad y su bienestar (Munabi-Babigumira, 2017). El empoderamiento contribuye positivamente a mejorar el entorno en el que se brinda el cuidado (Kennedy et al., 2015).

En este sentido, a medida que las carencias detectadas en el presente estudio se superen, las matronas podrán ser más capaces de desarrollarse e implicarse en aspectos que las empoderan como, por ejemplo, atreverse a solicitar ayuda a otros o involucrarse en otras actividades tanto que repercutan en su desarrollo profesional como actividades recreativas.

Parte de estas recomendaciones coinciden con los programas de apoyo personal y profesional y de calidad de vida laboral, que son utilizadas con frecuencia por los formuladores de estas políticas y son las más valoradas por los profesionales de la salud (Dolea et al., 2010).

De hecho, se recogen de cinco bloques de recomendaciones (en materia de formación, de incentivos económicos, de apoyo personal, profesional y normativas) y se hace necesario la adaptación de las mismas a la realidad de cada entorno para conseguir el éxito (OMS, 2011).

No obstante, las políticas sociosanitarias del país en el que se ha realizado la presente investigación están lejos de fomentar la cobertura de matronas en las zonas rurales y remotas, conduciendo a una crisis de desabastecimiento y exacerbando las consecuencias de dicha ausencia en términos de morbilidad y mortalidad de las madres y sus hijos (OPS/OMS, 2011; MSM, 2018).

La implicación del gobierno es fundamental y se hacen necesarios cambios en las políticas de regulación de la atención sociosanitaria y fomento de las medidas incentivadoras de los profesionales sociosanitarios en las zonas rurales y remotas para garantizar la cobertura y satisfacción de las matronas en estas áreas.

Lehmann y colaboradores (2008) en su revisión de la literatura, explican cuatro tipos de estrategias de atracción y retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas basadas en la contratación y formación de estudiantes para el trabajo rural, en los incentivos y servicios obligatorios por el personal sanitario y en la mejora de sus condiciones laborales y de vida.

Según los mismos autores, se puede concluir que es necesario implementar paquetes de intervenciones que aborden varios factores a la vez para retener a los profesionales en las zonas rurales y remotas. Pero el desarrollo de estrategias apropiadas para que las matronas acepten y permanezcan en estos entornos, particularmente en el contexto de los países de ingresos medios y bajos, primero requiere una comprensión de los factores que influyen en esta decisión, como se ha abordado en el presente estudio. Por ejemplo, programas de intercambio de matronas y otros profesionales sanitarios de áreas urbanas a rurales como se hace en otros contextos (Smith et al., 2019 & Byrne et al., 2020) podrían no ser una estrategia bien acogida en este entorno por la dureza de las condiciones personales y laborales.

Sin embargo, dirigir los esfuerzos a mejorar la vida laboral relacionada con las condiciones de trabajo, el avance profesional y las condiciones de vida y familiares podrían motivar a las matronas a aceptar un trabajo en un entorno rural, como lo demuestra nuestro estudio. Estos resultados coinciden con los resultados de otros estudios como el realizado en Ghana con estudiantes de matronería (Lori et al., 2012). Por lo tanto, sería necesario considerar estos elementos en la elaboración de políticas que impulsen la cobertura de matronas en zonas rurales y remotas.

Al mismo tiempo, Lehmann (2008) y colaboradores consideran que las direcciones de recursos humanos de los ministerios de salud tienen posibilidades limitadas para mejorar la retención del personal sanitario en áreas rurales y remotas. Sus posibilidades de intervención podrán ser dirigidas a proporcionar condiciones de trabajo favorables y a influir en los estilos de gestión y política de recursos humanos.

Así, para favorecer la retención y atracción del personal sanitario en zonas rurales y remotas, se necesita implementar estrategias participativas y multisectoriales incorporando a todos los tomadores de decisiones que suelen ser actores no pertenecientes al sector sanitario.

De otro lado, Liu y colaboradores (2015), aconsejan implementar, evaluar y adoptar adecuadamente las estrategias recomendadas por la OMS (Dolea et al., 2010) para atraer y retener a los trabajadores de la salud en las zonas rurales en países de ingresos bajos y medianos.

En este sentido, recomiendan evaluar en profundo las verdaderas causas de la problemática de la distribución y retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas en su sistema de salud específico y verificar la aplicabilidad de estrategias de intervención

para que sean adaptadas a su contexto socioeconómico y político y los intereses y motivaciones de los profesionales de la salud.

La OMS, en su informe de 2010 actualizado en 2021, recomienda que las autoridades sanitarias de los países elaboren un plan de captación, contratación y retención del personal sanitario en las zonas rurales y remotas concertadas, validadas e integradas en un plan estratégico nacional de salud.

Entre sus importantes objetivos, desataca el determinar y ejecutar estrategias de intervención para retener y motivar el personal sanitario en zonas de acceso difícil, permitiendo asegurar su posterior seguimiento y evaluación.

Para eso, es necesario elaborar y ejecutar un plan de implementación y de evaluación de estas estrategias de intervención para garantizar su éxito en atraer y retener el personal sanitario en zonas rurales y remotas.

Por lo tanto, se recomienda producir evidencia de alta calidad con rigurosidad metodológica sobre la eficacia de estas intervenciones, promoviendo, multiplicando y ampliando estudios con diseños metodológicos cuantitativos y cualitativos avanzados.

Sin embargo, aunque la OMS recomendó desde 2010 la evaluación de las estrategias de implementación de intervenciones para atraer y retener el personal sanitario en zonas rurales y remotas, indica que existe dificultades relacionados con la realización de tales diseños evaluativos que, teóricamente y metodológicamente, exigen la disponibilidad de recursos humanos y financieros suficientes, sobre todo, en países de bajos y medianos ingresos como Marruecos.

De otro lado, se denota que el entorno social juega un papel importante en la retención de las matronas en zonas rurales y remotas. Como ejemplo desatacado, el género influye en las decisiones del personal sanitario de trasladarse y permanecer en zonas rurales y remotas por un tiempo determinado.

En este aspecto, la OMS (2021) recomienda favorecer contextos de trabajo que aseguren la protección necesaria de las matronas contra todas las formas de violencia y acoso.

Por lo tanto, en las estrategias de contratación y de retención del personal sanitario deben participar las matronas e integrar la perspectiva de género en sus decisiones.

Por último, es recomendable producir evidencia sobre las dimensiones sociales de la retención del profesional sanitario en las comunidades rurales, identificando procesos sociales basados en el contexto real y que son susceptibles o no de cambio (Cosgrave, 2019).

Finalmente, hay que recordar que no existen soluciones universales y fijas a los problemas de atracción y retención de las matronas en zonas rurales y remotas, sino que hay que aprender siempre del análisis de los problemas según los diferentes contextos de trabajo y ajustar sus conclusiones con las estrategias de implementación de soluciones.

13.8. Limitaciones

Podría haberse dado el sesgo de deseabilidad social en las respuestas de las personas participantes en el estudio que se ha tratado de minimizar asegurando la discreción en la participación y el anonimato de las respuestas.

Se destaca que las personas participantes en el estudio estaban desempeñando su trabajo en zonas rurales y remotas, no eran estudiantes como ocurre en muchos estudios sobre

esta temática, por lo que las declaraciones manifestadas por ellas no estaban basadas en expectativas sino en la realidad.

La información recogida se limitó a un número reducido de personas localizadas en varias provincias del norte de Marruecos por lo que se podría destacar alguna limitación en la extrapolación de los resultados. Sin embargo, con el diseño de investigación elegido se ha pretendido conocer en profundidad la realidad estudiada. No obstante, cualquier tentativa de comparación y extrapolación de los resultados debe hacerse con cautela.

13.9. Conclusiones

Las matronas que trabajan en las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos trabajan en un entorno caracterizado por la escasez de recursos básicos en los centros de salud y condiciones de trabajo desfavorables. Les resulta difícil garantizar una atención obstétrica de calidad que garantice la seguridad de la gestante, del recién nacido o de ellas mismas. Además, los sacrificios personales que hacen las matronas para desempeñar su trabajo en este contexto aumentan las ganas de dejar el trabajo, mientras que la falta de medidas gubernamentales para mejorar las cosas aumenta la percepción negativa de la calidad de vida laboral y personal. Sin embargo, algunos factores los motivan y empoderan para continuar con su trabajo en estas circunstancias hostiles.

Por lo tanto, nuestros resultados muestran que las condiciones de trabajo y de vida son factores importantes en la percepción de las matronas sobre su vida laboral, así como si deciden continuar ejerciendo su profesión en entornos rurales y remotos.

Se destaca la importancia de desarrollar políticas intersectoriales que se centren en dotar a los establecimientos de salud de los recursos materiales y humanos necesarios para

garantizar una atención digna a las mujeres y los recién nacidos; mejorar la red vial para el transporte seguro de las parturientas a los hospitales de referencia; garantizar condiciones de trabajo óptimas, con una distribución más justa de las cargas de trabajo para las matronas; fortalecer su seguridad y reputación profesional; mejorar la capacitación, la supervisión y el apoyo; garantizar condiciones de vida dignas; y brindar alternativas de ocio.

Además, nuestros resultados apoyan que las autoridades de salud integren a las matronas en los equipos de trabajo, reconozcan su trabajo y apoyen sus diversas estrategias de empoderamiento. Todas estas medidas podrían aumentar la contratación y mejorar las tasas de retención de matronas en áreas rurales y remotas del norte de Marruecos, así como en países con condiciones socioeconómicas y culturales similares.

PARTE V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias

- Abou-Malham, S. (2015). *Analyse de l'implantation d'un plan d'action pour le renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le Royaume du Maroc* [Thèse Doctorale, Université de Montréal].
https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11447/Abou_Malham_Sabina_2014_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Adzei, F. A., & Atinga, R. A. (2012). Motivation and retention of health workers in Ghana's district hospitals: addressing the critical issues. *Journal of health organization and management*, 26(4-5), 467–485. <https://doi.org/10.1108/14777261211251535>
- Amaya Jiménez, L. F., Dávila González, J. C., Jara González, H. V., & Murcia Torres, L. K. (2020). *Método Fenomenológico Hermenéutico*. Repositorio Universidad Santo Tomás. <https://doi.org/10.15332/dt.inv.2021.01971>
- Amezcu, M.R. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13, 112-117.
https://www.researchgate.net/publication/257500353_La_entrevista_en_grupo_Caracteristicas_tipos_y_utilidades_en_investigacion_cualitativa
- Arboleda-Posada, Gladys Irene, & Cardona-Jiménez, Jairo León. (2018). Percepción de la satisfacción con la labor desempeñada y factores de motivación del personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del valle de Aburrá, 2011. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 222-234. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.psl>
- Arrêté du ministre de la santé n° 003-16 du 23 rabia I 1437 (4 janvier 2016) créant et fixant les attributions et l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé. 31.03.2016. Bulletin Officiel (B.O) n° 6452

- Assarag B, Sanae EO, Rachid B (2020). Priorities for sexual and reproductive health in Morocco as part of universal health coverage: maternal health as a national priority. *Sexual and reproductive health matters*. 2020; 28(2):1845426.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1845426>
- Association marocaine des sages-femmes (AMSF), Région de l'oriental. (18 janvier 2010). *La sage-femme au Maroc*. <http://sfom.unblog.fr/la-sage-femme-au-maroc/>
- Ayala Carabajo, R (2008). La Metodología Fenomenológico-Hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la Investigación Educativa. Posibilidades y Primeras Experiencias. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 409-430.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321909008>
- Ayerra Gamboa, A; Barricarte Gainza, M. L; Adán Rodríguez, S (2019). Matrona, una profesión con historia. *Revista Ocronos - Editorial Científico-Técnica*.
https://revistamedica.com/matrona-profesion-con-historia/#google_vignette
- Bailey, C., Blake, C., Schriver, M., Cubaka, V. K., Thomas, T., & Martin Hilber, A. (2016). A systematic review of supportive supervision as a strategy to improve primary healthcare services in Sub-Saharan Africa. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 132(1), 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.004>
- Barich, F., Chamkal, N., & Rezzouk, B. (2019). La formation en soins infirmiers et techniques de santé dans le système licence-master-doctorat au 1 Maroc: analyse des descriptifs de formation, étude analytique descriptive. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 5, 100183.
- Barros, A., Wehrmeister, F. C., Ferreira, L. Z., Vidaletti, L. P., Hosseinpour, A. R., & Victora, C. G. (2020). Are the poorest poor being left behind? Estimating global inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health. *BMJ global health*, 5(1), e002229. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002229>

- Barros, A. J., Ronsmans, C., Axelson, H., Loaiza, E., Bertoldi, A. D., França, G. V., Bryce, J., Boerma, J. T., & Victora, C. G. (2012). Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet (London, England)*, 379(9822), 1225–1233.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60113-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60113-5)
- Baltazar, R. G., Santacruz, G. H., & Estrada, J. G. S. (2007). “Calidad de vida en el trabajo”: un término de moda con problemas de conceptualización. *Psicología y salud*, 17(1), 115-123. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29117113.pdf>
- Belaid, L., Dagenais, C., Moha, M. et al (2017). Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: a mixed-method study in Niger. *Hum Resour Health* 15, 60 (2017).
<https://doi.org/10.1186/s12960-017-0227-y>
- Bendezu-Quispe, G., Mari-Huarache, L. F., Taype-Rondan, Á., Mejia, C. R., & Inga-Berrospi, F. (2021). Percepción de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano-Marginal de salud en Perú sobre el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 636-644.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5294>
- Bernardi, A.L (2015). *Motivación laboral y engagement* [Archivo PDF]. Facultad de ciencias económicas. Universidad FASTA. Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina.
http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/bitstream/123456789/507/1/2015_CP_006.pdf
- Bertone, M. (2018). Le défi de la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales : analyse des stratégies mises en œuvre dans sept pays d’Afrique francophone. *Santé Publique*, S, 33-43. <https://doi.org/10.3917/spub.180.0033>
- Bilodeau, H., & Leduc, N. (2003). Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées [Inventory of the main factors determining the attraction, installation and retention of physicians in remote areas]. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 43(3), 485–504. PMID: 14669643

- Blanco, C. M. C., & Castro, A. B. S. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (27), 10. <http://www.sc.ehu.es/plwllumuj/ebaLECTS/praktikak/muestreo.pdf>
- Bonenberger, M., Aikins, M., Akweongo, P., & Wyss, K. (2014). The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana: a cross-sectional study. *Human resources for health*, 12, 43. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-43>
- Byrne, A. L., Harvey, C., Chamberlain, D., Baldwin, A., Heritage, B., & Wood, E. (2020). Evaluation of a nursing and midwifery exchange between rural and metropolitan hospitals: A mixed methods study. *PloS One*, 15(7), e0234184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234184>
- Cabrera-Sandoval, J (2005). El empoderamiento de enfermería y las organizaciones inteligentes. *Enfermería en Costa Rica*; 30 (1): 19-25. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v30n1/art4.pdf>
- Cañizares Fuentes, R., García Gutiérrez, J. F., & Perú, O. A. D. S. (2015). Planificación y gestión de recursos humanos en salud en los países andinos. Evidencias para la toma de decisiones. *Publicaciones - Peru*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33827>
- Carayon, P., Hancock, P., Leveson, N., Noy, I., Sznclwar, L., & van Hoote gem, G. (2015). Advancing a sociotechnical systems approach to workplace safetydeveloping the conceptual framework. *Ergonomics*, 58(4), 548–564. DOI: 10.1080/00140139.2015.1015623
- Carpio Montoya, Rocío, & Villalobos García, Adela. (2001). Motivación del equipo básico de atención integral en salud como factor que contribuye al logro de los objetivos del nuevo modelo de atención integral. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 9(1), 71-90. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592001000100006&lng=en&tlng=es.
- Casal Molero, S. (2022). *Análisis de datos para la mejora de los servicios de recursos humanos en las empresas* (Bachelor's thesis) .<http://hdl.handle.net/10016/35158>

- Casas, J; Repullo, J; Lorenzo, S; Cañas, J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Rev Administración Sanit.*
6.https://www.researchgate.net/publication/237316492_Dimensiones_y_medicion_de_la_calidad_de_vida_laboral_en_profesionales_sanitarios
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2018). *Ruralidad, hambre y pobreza en América Latina y el Caribe* [Archivo PDF]. Documentos de Proyectos (LC/TS.2018/119), Santiago, 2018.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44371/4/S1801207_es.pdf
- Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) (SF). *Histoire de la Profession de Sage-Femme*.<https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>
- Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) (2017a). *Le développement rural : espace des zones montagneuses* [Archivo PDF].
https://www.cese.ma/media/2020/10/Rapport-Le-d%C3%A9veloppement-rural_Espace-des-zones-montagneuses.pdf
- Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) (2017b). *Développement du monde rural Défis et perspectives* [Archivo PDF].
<https://www.cese.ma/media/2020/10/Rapport-D%C3%A9veloppement-du-monde-rural.pdf>
- Cortés, C. (2013). *Estrategias de desarrollo rural en la UE: definición de espacio rural, ruralidad y desarrollo rural* [Archivo PDF]. Universidad Alicante.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26548/2/Dossier_teorico.pdf
- Cosgrave, C., Malatzky, C., & Gillespie, J. (2019). Social Determinants of Rural Health Workforce Retention: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 16(3), 314. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030314>
- Countdown 2012 Report Writing Group (2012). Building a future for women and children. *Lancet (London, England)*, 379(9832), 2121–2122.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60914-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60914-3)

- Cramer J. H. (2006). Amorphous practice: nursing in a remote Indigenous community of Australia. *Contemporary nurse*, 22(2), 191–202.
<https://doi.org/10.5555/conu.2006.22.2.191>
- De la Fuente, M. A. A. (2011). La protección divina de la maternidad en Egipto. *Iconografía y sociedad en el Mediterráneo antiguo: Homenaje a la profesora Pilar González Serrano* (pp. 53-65). Signifer Libros.
- Décret n° 2-14-562 du 24 juillet 2015 pris pour l'application de la loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les SROS. 20-08-2015.B.O n° 6388.
- Décret n° 2-94-285 du 17 jourmada II 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique.21.12.94.B.O n°.4286.
- Dolea, C., Stormont, L., & Braichet, J. M. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 379–385. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>
- Donawa Torres, Z. A. (2018). Percepción de la calidad de vida laboral en los empleados en las organizaciones. *NOVUM*, 2(8), 43–63.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/novum/article/view/70586/66468>
- Durán Rojas, Daniela, & Duarte Hidalgo, Cory. (2019). Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarios y usuarias: Una revisión de la literatura. *Sophia Austral*, (24), 103-117. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-56052019000200103>
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health*, 4, 12. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>
- Esandi, M. E., Antonietti, L., Ortiz, Z., Cho, M., Duré, I., Reveiz, L., & Menezes, F. (2020). Factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo para incrementar la atracción, captación y retención de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención de áreas rurales, remotas o desatendidas. *Revista panamericana de salud pública*, 44, e112. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.112>

- Fernández, A. M. (2004). Comunicaciones para la salud en países en desarrollo: ¿lujo o necesidad? *Cuadernos internacionales de tecnología para el desarrollo humano*, (2), 1.
http://www.dma.etsisi.upm.es/coordinacion/TICyDH/material06/Tema5/CuadernosTpDH2_ProgramaEHAS.pdf
- Fernández y Fernández-Arroyo, Matilde. (2009). Construcción de una escala para medir el perfil motivacional de las matronas hacia los programas de educación maternal. *Index de Enfermería*, 18(2), 126-130.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200013&lng=es&tlng=es.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press; Vol. 2.1957.
- Figuerola, Elida N., & Mensaque, Jimena, & Quinconces, Viviana (2009). Jujuy. Terciario. Motivación. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - *Universidad Nacional de Jujuy*, (37), 279-289. ISSN: 0327-1471.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18516803012>
- Folgueiras Bertomeu, P. (2016). *La entrevista* [Archivo PDF]. Universitat de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.
<https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- García Aboin, O (2007). *El poder de la matrona: de lo individual a lo colectivo* [Ponencia]. XII Congreso celebrado en Lanzarote, Canarias, España. https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/02_PODER_MATRONA.pdf
- Gendt, W.D. (1983). Atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y diferencias. *Bol Of Sund Panan* 94(5), 1983.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17066/v94n5p441.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Germán Bes, C., & Chamizo Vega, C. (2020). Revisión histórica de los cuidados e imagen social de las matronas con perspectiva de género. *Temperamentvm*, 4(8), t0308.<http://ciberindex.com/c/t/t0308>
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235–260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Gorostiaga, J (2002). *La percepción como medio de desarrollo del individuo (Factores fundamentales)* [Archivo PDF]. Facultad de Diseño y Comunicación. Universidad de Palermo. https://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/archivos/1126.pdf
- Gonzales Miranda, D. R. (2009). Estrategias de retención del personal. Una reflexión sobre su efectividad y alcances. *Revista Universidad EAFIT*, 45(156), 45-72. <http://hdl.handle.net/10784/16762>
- Glen, F (2019). *Necesidades, Motivaciones y Deseos. Sociología* [Archivo PDF]. Universidad de Oriente Venezuela. Año académico 2018/2019. <https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/motivacion.pdf>
- Guerrero Bejarano, M. A. (2016). La investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 1(2), 1-9. <https://doi.org/10.33890/innova.v1.n2.2016.7>
- Haut Comissariat Au Plan (HCP) (Maroc) (2011). *Base de données Inventaire Communal Rural 2010/2011*. https://www.hcp.ma/Inventaire-communal-rural-2010-2011_a2943.html
- HCP (Maroc) (2020). *Indicateurs Sociaux du Maroc 2019*. [Archivo PDF]. https://www.hcp.ma/downloads/Indicateurs-sociaux_t22430.html
- HCP (Maroc) (2020). *Monographie de la Région Tanger-Tétouan-Alhoceima* [Archivo PDF]. <https://www.hcp.ma/region-tanger/attachment/2099765/>
- HCP Région Tanger Tétouan Al Hoceima (2018). *Monographie de la Province de Chefchaouen 2018*[Archivo PDF]. <https://www.hcp.ma/region-tanger/attachment/1044497/>

- HCP Région Tanger Tétouan Al Hoceima (2017). *Monographie de la Province d'Alhoceima 2017* [Archivo PDF]. <https://www.hcp.ma/region-tanger/attachment/954564/>
- HCP Région Tanger Tétouan Al Hoceima (2018). *Projections de la Population des Provinces et Préfectures de la Région Tanger-Tétouan-Al Hoceima 2014-2030* [Archivo PDF]. <https://www.hcp.ma/region-tanger/attachment/2270441/>
- HCP Région Tanger Tétouan Al Hoceima (2014). *Recensement General de la Population et de l'habitat (RGPH) 2014. Caractéristiques Démographiques et Socio-économiques de la province d'Ouezzane* [Archivo PDF]. <https://www.hcp.ma/region-tanger/attachment/956446/>
- HCP Région Tanger Tétouan Al Hoceima (2014). *Recensement General de la Population et de l'habitat (RGPH) 2014. Caractéristiques Démographiques et Socio-économiques de la province de Chefchaouen* [Archivo PDF]. <https://www.hcp.ma/region-tanger/attachment/956450/>
- HCP (Maroc) (2014). *Recensement General de la Population et de l'habitat (RGPH) 2014. Caractéristiques Démographiques et Socio-économiques de la Province d'Alhoceima* [Archivo PDF]. <https://www.hcp.ma/region-tanger/attachment/942238/>
- Huicho, L., Canseco, F. D., Lema, C., Miranda, J. J., & Lescano, A. G. (2012). Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo [Incentives to attract and retain the health workforce in rural areas of Peru: a qualitative study]. *Cadernos de saude publica*, 28(4), 729–739. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000400012>
- International Confederation of Midwives (ICM) (2014). *International Code of Ethics for Midwives* [Archivo PDF]. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- ICM (2021). *Construir un Entorno Capacitador para las Matronas. Llamamiento a la Acción para responsables Políticos* [Archivo PDF]. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/07/11061-es_icm_enabling_environment_policy_brief_v1.0_20210624.pdf

ICM (01 de Febrero de 2022). *History of midwifery*.

<https://internationalmidwives.org/es/noticias/historia-de-la-parter%C3%ADa.html>

Iñiguez, L (2008). *Métodos Cualitativos de Investigación en Ciencias Sociales* [Maestría en Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guadalajara. México].

https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zEntrevista_grupal.pdf

Jaffré, Y. (2018). Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin : De la compréhension des logiques d'acteurs à « l'implémentation » des programmes et à l'amélioration des prises en charge obstétricales au Bénin et au Burkina Faso. *Santé Publique, S*, 151-166. <https://doi.org/10.3917/spub.180.0151>

Keane, S., Lincoln, M., & Smith, T. (2012). Retention of allied health professionals in rural New South Wales: a thematic analysis of focus group discussions. *BMC health services research*, 12, 175. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-175>

Kennedy, S., Hardiker, N., & Staniland, K. (2015). Empowerment an essential ingredient in the clinical environment: a review of the literature. *Nurse education today*, 35(3), 487–492. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.014>

Khalfaoui, M., Njah, M., & Zoghlami, H. (2000). Conditions de pratique des sages-femmes en milieu rural tunisien et transfert maternel. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 29(6), 614-620. French. PMID: 11084469.

Laaroussi, N. (9 Mai 2021). Sages-femmes au Maroc, un métier indispensable mais précarisé. *Journal l'Opinion*. https://www.lopinion.ma/Sages-femmes-au-Maroc-un-metier-indispensable-mais-precarise_a14476.html

Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC health services research*, 8, 19. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>

Linares Abad, M, Álvarez Nieto, C, & Moral Gutiérrez, I. (2008). El discurso médico sobre las matronas a mediados del siglo XX. *Index de Enfermería*, 17(4), 251-255. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400006&lng=es&tlng=es

- Linares Abad, M. (15-31 de octubre de 2009). *Mujeres matronas, un recorrido por la historia con perspectiva de género*. I Congreso Virtual sobre historia de las mujeres [Discurso principal]. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4098351.pdf>
- Liu, X., Martineau, T., Chen, L., Zhan, S., & Tang, S. (2006). Does decentralisation improve human resource management in the health sector ? A case study from China. *Social science & medicine* (1982), 63(7), 1836–1845.DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.05.011
- Locke, E.A. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. In M. D. Dunnette (ed.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 1, 1297-1343. Chicago: Rand McNally.
- Loi-cadre 34.09 de 2011. Relative au système de la santé et à l'offre de soins. 21-07-2011. B.O N° 5962. <https://www.sante.gov.ma/Reglementation/SYSTEMEDESANTEETOFFREDESOSIN/S/Forms/DispForm.aspx?ID=11>
- Loi 44.13 du 2016. Relative à l'exercice de la profession sage-femme.15.09.2016. B.O. N°6500. <http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/lois/Loi%2044-13.Fr.pdf?ver=2016-12-15-111929-493>
- López, J. (2005). Motivación laboral y gestión de recursos humanos en la teoría de Frederick Herzberg. *Rev. de investigación de la facultad de ciencias administrativas*, 15 - 30. doi: <https://doi.org/10.15381/gtm.v8i15.9692>
- Lori, J. R., Rominski, S. D., Gyakobo, M., Muriu, E. W., Kweku, N. E., & Agyei-Baffour, P. (2012). Perceived barriers and motivating factors influencing student midwives' acceptance of rural postings in Ghana. *Human resources for health*, 10, 17. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-17>
- Lori, J. R., Rominski, S., Richardson, J., Agyei-Baffour, P., Kweku, N. E., & Gyakobo, M. (2012). Factors influencing Ghanaian midwifery students' willingness to work in rural areas: a computerized survey. *International journal of nursing studies*, 49(7), 834–841. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.006>

- Marin Samanez, Helen Stephani, & Placencia Medina, Maritza Dorila. (2017). Motivación y satisfacción laboral del personal de una organización de salud del sector privado. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(4), 4252. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n4.08>
- Martínez Pérez, Misleny, Alba Pérez, Lucía del Carmen, & Sanabria Ramos, Giselda. (2010). Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n1/mgi16110.pdf>
- Martínez-Salgado C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias [Sampling in qualitative research: basic principles and some controversies]. *Ciencia & saude coletiva*, 17(3), 613–619. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>
- Masango, S., Gathu, K., & Sibandze, S. (2008). Retention strategies for Swaziland's health sector workforce: Assessing the role of non-financial incentives. *EQUINET Discussion Papers*, (68). https://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/Diss68_swaziHRH.pdf
- Mba R.M., Messi F., Ongolo-Zogo P. (2011). *Maintenir la présence de personnels soignants dans les formations sanitaires rurales au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun* [Archivo PDF]. http://www.cdbph.org/documents/PB_RapComplet_MaintenirPersonnel_20F+v2012_poz.pdf
- Mbemba, G. I., Gagnon, M. P., & Hamelin-Brabant, L. (2016). Factors Influencing Recruitment and Retention of Healthcare Workers in Rural and Remote Areas in Developed and Developing Countries: An Overview. *Journal of public health in Africa*, 7(2), 565. <https://doi.org/10.4081/jphia.2016.565>

McCullough, K., Whitehead, L., Bayes, S., Williams, A., & Cope, V. (2020). The delivery of Primary Health Care in remote communities: A Grounded Theory study of the perspective of nurses. *International journal of nursing studies*, 102, 103474. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103474>

Meza, D. (2017). Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 3(1), 83-102. <https://revistaestudiospoliticaspUBLICAS.uchile.cl/index.php/REPP/article/view/46357/48367>

Ministère de l'Économie et des Finances (Maroc). Centre de l'Excellence pour la Budgétisation Sensible au Genre (CE-BSG) (2019). *La budgétisation sensible au genre dans le secteur la santé au Maroc* [Archivo PDF]. https://cebsg.finances.gov.ma/uploads/fichiers/Fascicule-sectoriel-8---la-budg+%C2%AEtisation-sensible-au-genre-dans-le-secteur-de-la-sant+%C2%AE_22-01-2020_09-21.pdf

Ministère de la réforme administrative et de la fonction publique (MRAFP) (Maroc), & ONU Femmes (2018). *Place des femmes fonctionnaires aux postes de responsabilité dans l'administration publique au Maroc* [Archivo PDF]. https://www.mmsp.gov.ma/sites/default/files/publications/RapportPlaceFemmesPostesResponsabilite_APM_26032019_Fr.pdf

Ministère de la Santé de l'action sociale du Sénégal (MSASS) ., & Centre national japonais pour la Santé mondiale et la Médecine (NCGM) & RVT2010 (2016). *Étude quantitative sur la problématique du maintien des personnels de soins qualifiés dans les zones « dites » difficiles du Sénégal* [Archivo PDF]. https://www.jica.go.jp/project/senegal/004/materials/ku57pq000027opsq-att/Etude_quantitative_DCE_sur_la_problematique.pdf

Ministère de la santé (Maroc) (MSM) (2010). *Plan d'action 2012 – 2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale* [Archivo PDF]. http://www.amsfmaroc.org/wp-content/uploads/2017/04/PA-MMN_Fr.pdf

Ministère de la santé (Maroc) (MSM) (2018) ., & Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Comptes Nationaux de Santé 2018* [Archivo PDF].

https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/2021/CNS-2018.pdf

Ministère de la Santé (Maroc) (MSM) (2019). Direction de la Planification et des Ressources Financières. *Santé en Chiffres 2019* [Archivo PDF].

https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/2022/Sante%20en%20chiffre%202019%20VF.pdf

Ministère de la santé (Maroc) (MSM) (2018). *Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF2018)*. 2ème édition [Archivo PDF].

<https://www.sante.gov.ma/Documents/2020/03/Rapport%20ENPSF%202018%202i%C3%A8me%20%C3%A9dition.pdf>

Ministère de la Santé (Maroc) (MSM) (2018). *Plan « Santé 2025 »* [Archivo PDF].

<http://www.draatafilalet.ma/images/Publications-pdf/Plan-de-sant%C3%A9-2025.pdf>

Ministère de la Santé (Maroc) (MSM) (2011). *Plan de Santé Rural. Organisation de l'offre de soins en milieu rural*. Rabat, Maroc; MSM.

Ministère de la Santé (Maroc) (MSM) (2012). *Stratégie sectorielle de Santé 2012-2016* [Archivo PDF].

<https://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>

Ministère de la Santé (Maroc) (MSM) (2020). *Stratégie de développement des Ressources Humaines du Ministère de la santé* [Archivo PDF].

<https://drh.sante.gov.ma/PublicationDRH/Strat%C3%A9gie%20de%20d%C3%A9veloppement%20DRH.pdf>

Moallemi, E. A., Malekpour, S., Hadjidakou, M., Raven, R., Szetey, K., Moghadam, M. M., Bandari, R., Lester, R., & Bryan, B. A. (2019). Local Agenda 2030 for sustainable development. *The Lancet. Planetary health*, 3(6), e240–e241.

[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30087-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30087-7)

- Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C. (2015). Personnels d'Obstétrique Nigériens et Conditions pour Exercer en Milieu Rural. *Niamey-Montréal: LASDEL-REALISME*.
http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2017/05/Niger_OMS_V3.pdf
- Monteagudo, L. V. (2015). Deontología de las matronas: consideraciones bioéticas de la asistencia en la gestación. *Ética de los cuidados: Humanización en salud*, 8(16), 8.
<http://www.index-f.com/eticuidado/n16/et10613.php>
- Montero, M (2004). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Psychosocial Intervention*, 13(1) ,5-19. ISSN: 1132-0559.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817825001>
- Morales Morales, E. (2016). *Empoderamiento y transformación de las relaciones de poder: un análisis crítico de los procesos institucionales de participación ciudadana*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona].
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_400078/emm1de1.pdf
- Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Lewin, S., Fretheim, A., & Nabudere, H. (2017). Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD011558.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011558.pub2>
- Munro, S., Kornelsen, J., & Grzybowski, S. (2013). Models of maternity care in rural environments: barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*, 29(6), 646–652. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.004>
- Muula A. (2007). How do we define 'rurality' in the teaching on medical demography? *Rural and remote health*, 7(1), 653. <https://doi.org/10.22605/RRH653>
- Nasetta, S. A. D. (2013). Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en psicología*, 17(28), 8-19.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100001&lng=pt&tlng=es.

- Navarro, J., & De Quijano, S.D (2003). Dinámica no lineal en la motivación en el trabajo: propuesta de un modelo y resultados preliminares. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 4, pp. 643-649. <http://www.psicothema.com/pdf/1118.pdf>
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on medical education*, 8(2), 90–97. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Okoroafor, S. C., Ongom, M., Salihu, D., Mohammed, B., Ahmat, A., Osubor, M., Nyoni, J., Nwachukwu, C., Bassey, J., & Alemu, W. (2021). Retention and motivation of health workers in remote and rural areas in Cross River State, Nigeria: a discrete choice experiment. *Journal of public health (Oxford, England)*, 43(Suppl 1), i46–i53. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa236>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) . Asamblea Mundial de la Salud, 71. *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): desarrollo en la primera infancia: informe del Director General* [Archivo PDF]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276424>
- OMS (19 septiembre 2019a). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS (9 septiembre 2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- OMS (19 septiembre 2019b). *Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno infantil son más elevadas que nunca*. <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
- OMS; UNFPA & ICM (2011). *El estado de las parteras en el Mundo 2011. Cuidar la Salud, Salvar Vidas* [Archivo PDF]. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf

- OMS; FNUAP & ICM (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer* [Archivo PDF].
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf
- OMS; UNFPA & ICM (2021). *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021. Formar personal sanitario para satisfacer las necesidades de las mujeres, los recién nacidos y los adolescentes en todo el mundo* [Archivo PDF].
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ESv7131.pdf>
- OMS (2019) . *Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017: cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU) : resumen de orientación* [Archivo PDF]. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHO-RHR-19.23-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ONU (2010). *Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños* [Archivo PDF]. Secr Gen Las NU. Nueva York, NY, USA, 2010.
https://www.chospab.es/web/galeria_cooperante/documentos/estrategia_mundial_para_salud_de_mujeres_y_ninos.pdf
- ONU (2015). *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)* [Archivo PDF]. New York: Every Woman Every Child; 2015.
https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_EN_2017_web.pdf
- ONU (2019). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*. Nueva York, 2019 [Archivo PDF]. https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_Spanish.pdf
- Organización panamericana de la salud (OPS) /OMS (2017). *Recursos humanos para la salud, para todas las personas, en todos los lugares*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=42273&lang=es

- OPS/OMS (2010). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales* [Archivo PDF]. Washington, D.C.: OPS. <https://www3.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1578.pdf>
- OPS/OMS (2011). *.148e Session du comité exécutif. Rapports sur les préparatifs du panel de discussion sur la maternité sans risques et l'accès universel à la santé sexuelle et génésique 2011*[Archivo PDF]. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4747/CE148-INF-3-f.pdf?sequence=3>
- OPS/OMS; FNUAP., &Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) (2014). *El Estado de las Parteras en el Mundo: Oportunidades y Retos Para México* [Archivo PDF]. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Las_parteras_del_mundo.pdf
- OPS/OMS (oficina regional para las Américas) (25-29 de septiembre del 2017). *Estrategia de Recursos Humanos Para El Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud* [Discurso principal]. 29ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. 69ª. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC, EUA.
- OPS/OMS (2022). *Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas. Una revisión rápida*. Washington, D.C. <https://doi.org/10.37774/9789275324721>
- OPS/OMS (2015). *Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso* [Archivo PDF]. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/5_esquemas_incentivos_rhus2015_oras_ops.pdf
- Percepción. (2 noviembre de 2022). En *Wikipedia*. <https://es.wikipedia.org/wiki/Percepci%C3%B3n>
- Pick, Susan, Sirkin, Jenna, Ortega, Isaac, Osorio, Pavel, Martínez, Rocío, Xocolotzin, Ulises., & Givaudan, Martha. (2007). Escala Para Medir Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE). *Interamerican Journal of Psychology*, 41(3), 295-304. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a04.pdf>

- Pick Steiner, S., García Rodríguez, G., & Leenen, I. (2010). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Universitas Psychologica*, 10(2), 327–340.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy10-2.mpsc>
- Purohit B, Martineau T (2016). Issues and challenges in recruitment for government doctors in Gujarat, India. *Human resources for health*. 2016; 14(1):43. DOI 10.1186/s12960-016-0140-9
- Quezada, F. Q., Castro, A. S., & Cabezas, F. S. (2010). Diagnóstico de la Calidad de Vida Laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles (CAVRR). *Horizontes Empresariales*, 9(1), 55-68.
<https://revistas.ubiobio.cl/index.php/HHEE/article/view/2037/1900>
- Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W., & Hazelwood, C. E. (1999). A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years. *JAMA*, 281(3), 255- 260. <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.255>
- Ramírez, G. S., & Laako, H. (2019). Parterías de Latinoamérica: Diferentes territorios, mismas batallas. El Colegio de la Frontera Sur. San Cristobal de las Casas, El Colegio de la Frontera Sur, 2018., *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*.
<https://doi.org/10.4000/alhim.10040>
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). Tradición y enfoques en la investigación cualitativa. *Metodología de la investigación cualitativa*, 14. Ed. Aljibe, Málaga 1996.
<https://www.academia.edu/download/55045626/fenomenologia.pdf>
- Rouleau, D., Fournier, P., Philibert, A., Mbengue, B., & Dumont, A. (2012). The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: a longitudinal study in Senegal. *Human resources for health*, 10, 9. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-9>
- Royaume du Maroc (2020). *Examen national volontaire de la mise en œuvre des objectifs de développement durable*. 2020 [Archivo PDF].
<https://www.wmaker.net/testhcp/file/229720/>

- Royston, P. J., Mathieson, K., Leafman, J., & Ojan-Sheehan, O. (2012). Medical student characteristics predictive of intent for rural practice. *Rural and remote health*, 12, 2107. PMID: 22873948
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.
- Sahbani, S (2017). *Analyse des écarts dans la pratique professionnelle des sages-femmes selon le type d'établissement de santé* [Thèse de Master en santé publique, Ecole International de Santé Publique, Université Mohamed VI de Sciences de Santé de Casa Blanca]. <https://eisp.um6ss.ma/memoires/>
- Salazar Marcatoma, L. (2021). Motivación y Calidad de vida laboral en el personal asistencial del Hospital Hugo Pesce Pescetto, 2020. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(3), 3677-3700. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.558
- Sanguino, N. C. (2020). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, (20), 7-18.
- Seoane Pascual, J., Parra, J., Simó Reigadas, F. J., & Martínez Fernández, A. (2009). Sistemas de formación remota para el personal de salud rural de países en desarrollo. *Burjc Digital*. Universidad Rey Juan Carlos. <http://hdl.handle.net/10115/2349>
- Sidibé, C., Bintou Traoré, F., Keita, A., Touré, O. & Dieleman, M. (2018). Intention de quitter les services de premier niveau chez les sages-femmes et infirmières-obstétriciennes au Mali. *Santé Publique*, 30, 725-735. <https://doi.org/10.3917/spub.186.0725>
- Silva, Carmen, & Martínez, María Loreto. (2004). Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. *Psykhé (Santiago)*, 13(2), 29-39. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000200003>

- Smith, T., McNeil, K., Mitchell, R., Boyle, B., & Ries, N. (2019). A study of macro-, meso- and micro-barriers and enablers affecting extended scopes of practice: the case of rural nurse practitioners in Australia. *BMC Nursing*, 18, 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0337-z>
- Smith, J. P., & Thomas, D. (1998). On the Road: Marriage and Mobility in Malaysia. *The Journal of Human Resources*, 33(4), 805–832. <https://doi.org/10.2307/146399>
- Stasiejko, H. A., Tristany, S. R., Pelayo Valente, L. J., & Krauth, K. E. (2009). La triangulación de datos como criterio de validación interno en una investigación exploratoria. In *II Congreso Internacional de Investigación 2 al 14 de noviembre de 2019 La Plata, Argentina*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/17245>
- Subirón-Valera, A. B., & Germán-Bés, C. (2016). Obstetricia para matronas: dos manuales vistos con perspectiva de género. In *Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinarias: VI Congreso Universitario Internacional Investigación y Género (2016)*, p 720-730. SIEMUS (Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Sevilla). <http://hdl.handle.net/11441/51968>
- Temmar, F., Vissandjée, B., Hatem, M., Apale, A., & Kobluk, D. (2006). Midwives in Morocco: seeking recognition as skilled partners in women-centred maternity care. *Reproductive health matters*, 14(27), 83–90. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)27245-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)27245-8)
- Thompson, J.E. (2001). Aspectos éticos de los cuidados de partería. Ponencia presentada en la Reunión de Matronas en el 5º Congreso Mundial de Medicina Perinatal. Barcelona, 26 de septiembre de 2001. *Matronas profesión*, 21-24. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol2extrapag21-24.pdf>
- Torres, Z. (2018). Percepción de la calidad de vida laboral en los empleados en las organizaciones. *NOVUM, revista de Ciencias Sociales Aplicadas*, vol. II, núm. 8, pp. 43-63, 2018. Universidad Nacional de Colombia. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/novum/article/view/70586/66468>

Troncoso Pantoja, Claudia, Garay Lara, Bárbara, & Sanhueza Muñoz, Paulina. (2016).

Percepción de las motivaciones en el ingreso a una carrera del área de la salud. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(1), 55-61.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v16n1/a08v16n1.pdf>

United Nations Development Programme (UNDP) (2018). *Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update* [Archivo PDF].

<https://hdr.undp.org/system/files/documents//2018humandevelopmentstatisticalupdate.pdf.pdf>

UNFPA (2018). *Estrategia Mundial de Partería 2018- 2030* [Archivo PDF].

https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_estrategia_parteria_B5_web.pdf

UNFPA América Latina y El Caribe (15 junio 2020). *México: el significado de ser partera hoy en día*. <https://lac.unfpa.org/es/news/m%C3%A9xico-el-significado-de-ser-partera-hoy-en-d%C3%ADa>

UNFPA América Latina Y El Caribe (12 septiembre 2019). *La Partería Salva Vidas en América Latina y el Caribe*. <https://lac.unfpa.org/es/news/la-parter%C3%ADa-salva-vidas-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>

UNFPA e ICM (2014). *Guía Para Programas Integrales de Partería* [Archivo PDF].

https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwifery%20Programme_Guidance%20Spanish_Final%202014.pdf

UNFPA Maroc (5 Mai 2020) .*UNFPA et les associations de sages-femmes plaident pour un meilleur statut de cette profession*. <https://morocco.unfpa.org/fr/news/unfpa-et-les-associations-de-sages-femmes-plaident-pour-un-meilleur-statut-de-cette-profession>

Vargas Melgarejo, L.M (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8) ,47-53.<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

- Victora, C. G., Barros, A. J., Axelson, H., Bhutta, Z. A., Chopra, M., França, G. V., Kerber, K., Kirkwood, B. R., Newby, H., Ronsmans, C., & Boerma, J. T. (2012). How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet (London, England)*, 380(9848), 1149–1156. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61427-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61427-5)
- Victora, C. G., Barros, A., França, G., da Silva, I., Carvajal-Velez, L., & Amouzou, A. (2017). The contribution of poor and rural populations to national trends in reproductive, maternal, newborn, and child health coverage: analyses of cross-sectional surveys from 64 countries. *The Lancet. Global health*, 5(4), e402–e407. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30077-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30077-3)
- Villalobos Quevedo, M.S. (2019). *La partería: una perspectiva feminista sobre el cuidado* [Tesis de Magíster en Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Humanidades, Escuela de Estudios de Género]. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77843/20942370.2020.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wakerman, J., Bourke, L., Humphreys, J. S., & Taylor, J. (2017). Is remote health different to rural health? *Rural and remote health*, 17(2), 3832. <https://doi.org/10.22605/RRH3832>
- Wigens L. (1997). The conflict between 'new nursing' and 'scientific management' as perceived by surgical nurses. *Journal of advanced nursing*, 25(6), 1116–1122. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251116.x>
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC health services research*, 8, 247. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
- World Medical Association. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (4), 373 - 374. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268312>

- World Health Organization. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44466>
- World Health Organization. Regional Office for Africa. (2016). *Four-year, integrated nursing and midwifery competency-based, prototype curriculum for the African Region 2016*. World Health Organization. Regional Office for Africa. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331471>.
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>
- World Health Organization. (2016). *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. (Human Resources for Health Observer, 17). World Health Organization. Ginebra, Suiza, 2011; PP.1-40. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf>
- World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44369>
- World Health Organization. (19 September 2019). *More women and children survive today than ever before – UN report*. <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
- World Health Organization. (2010). *Rural poverty and health systems in the WHO European region*. Copenhagen, who regional office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/130726/e94659.pdf?ua=1
- World Health Organization & World Bank. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>
- World Health Organization. (2021). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341139>

World Health Organization. (13 December 2017). *World Bank and WHO: Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses*. <https://www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>

ANEXOS

Presentación:

Los anexos 1 y 2 (en versión española y francesa), presentan respectivamente las guías de entrevistas individuales y grupales que se utilizaron como herramientas de recolección de datos para explorar las percepciones y motivaciones de permanencia y las estrategias de empoderamiento desarrolladas por matronas en áreas rurales y remotas del norte de Marruecos.

El contenido de estas herramientas se compone de dos partes: una reservada para la recolección de información relativa a la identificación de los participantes en el estudio y otra sobre los temas abordados durante las entrevistas individuales y grupales.

En cuanto a los anexos 3 y 4 (en versión española y francesa), presentan respectivamente el documento de información sobre el estudio y el consentimiento informado destinados a las participantes en el estudio.

Al final, se presentan los Anexos 5 y 6 con una introducción que explica su contenido.

ANEXO 1. Guión de entrevista individual

Objetivo general:

Entender las percepciones y motivaciones de las parteras en las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos sobre la calidad de la vida laboral y estrategias de empoderamiento que utilizan para quedarse y desarrollar su trabajo en este entorno.

Objetivos específicos:

- Describir el contexto y la práctica de las parteras en las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos.
- Conocer la percepción de las parteras en las zonas rurales y remotas de la calidad de vida en su contexto de trabajo.
- Entender las motivaciones de las parteras en las zonas rurales y remotas a permanecer en este entorno.
- Identificar los factores que intervienen en la decisión de permanecer en las zonas rurales y remotas.
- Analizar la perspectiva de género, la experiencia de vida y estrategias de empoderamiento de la mujer desarrollada en el contexto de la labor de las parteras en las zonas rurales y remotas.
- Proponer un modelo teórico que explique el proceso que adopten las parteras en las zonas rurales y remotas para desarrollar su trabajo en este entorno de decisión.

Identificación:

Edad:

Número de años de trabajo:

El tiempo de trabajo en su posición actual:

Perfil formativo:

Estado civil:

Número de niños:

Ubicación:

Distancia a la maternidad del Hospital:

La accesibilidad a los lugares de trabajo:

Tema 1: La calidad percibida de la vida laboral

Tema 2: Las dificultades encontradas en el trabajo

Tema 3: Motivaciones para el desarrollo de la atención de los pacientes en las zonas Rurales

Tema 4: Los valores relacionados con el rol profesional

Tema 5: Intervenir factores en la decisión de permanecer en las zonas rurales

Tema 6: Estrategias de empoderamiento desarrolladas en el contexto de trabajo

Tema 7: Perspectivas de futuro en relación al trabajo

ANEXO 1 (traducido al francés)

Entretien individuel N°...

Objectif Général :

Comprendre les perceptions et les motivations des sage-femmes des zones rurales et reculées du nord du Maroc sur la qualité de vie au travail et les stratégies d'autonomisation qu'elles utilisent pour rester et développer leur travail dans cet environnement.

Objectifs Spécifiques :

- Décrire le contexte et la pratique des sages-femmes dans les zones rurales et reculées du nord du Maroc.
- Connaître la perception des sages-femmes en milieu rural et éloigné sur la qualité de vie dans leur contexte de travail.
- Comprendre les motivations des sages-femmes des zones rurales et enclavées à rester dans ce milieu.
- Identifier les facteurs impliqués dans la décision de rester en milieu rural et éloigné.
- Analyser de la perspective du genre, l'expérience de vie et les stratégies d'empowerment développées dans le cadre du travail des sages-femmes dans les zones rurales et reculées.
- Proposer un modèle théorique qui explique le processus adopté par les sages-femmes en milieu rural et éloigné pour effectuer leur travail dans cet environnement décisionnel.

Identifiant :

Âge :

Nombre d'années de travail :

Temps de travail dans votre poste actuel :

Profil de formation :

État civil :

Nombre d'enfants :

Lieu :

Distance à la maternité de l'hôpital :

Accessibilité aux postes de travail :

Thème 1 : La qualité de vie perçue au travail

Thème 2 : Difficultés rencontrées au travail

Thème 3 : Motivations pour le développement de la prise en charge des patients en milieu rural

Thème 4 : Valeurs liées au rôle professionnel

Thème 5 : Facteurs intervenant dans la décision de rester en milieu rural

Thème 6 : Perspectives d'avenir par rapport au travail

Thème 7 : Stratégies d'empowerment développées dans le contexte du travail

ANEXO 2. Guión de entrevista de los grupos focales

Número de participantes:

Lugar:

Edad:

El tiempo de trabajo en su posición actual:

Perfil formativo:

Estado civil:

Ubicación:

Distancia a la maternidad del Hospital:

La accesibilidad a los lugares de trabajo:

¿Como comunidad de matronas, cuáles son los factores que afectan vuestra permanencia en este contexto de trabajo?

¿Cuáles son vuestras estrategias de autonomización colectivos para ejercer más control e influencia sobre vuestra vida personal y en comunidad y la calidad de vida en vuestro trabajo?

¿Vosotros como comunidad profesional no penséis en generar soluciones en colectivo para mejorar vuestra instancia en este contexto de trabajo?

¿Cuáles en general las propuestas que veis oportunas para mejorar vuestra calidad de vida en este contexto de trabajo y vuestro rendimiento?

ANEXO 2 (traducido al francés)

Noms des participantes : **Focus groupe N°....**

Lieu :

Âge :

Ancienneté dans la profession :

Ancienneté dans le poste actuel :

Profil de formation :

État civil :

Lieu :

Distance à la maternité de l'hôpital :

Accessibilité au poste de travail :

En tant que communauté de sage-femmes, quels sont les facteurs qui affectent votre permanence dans ce contexte de travail ?

Quelles sont vos stratégies d'empowerment (autonomisation) collectif pour exercer plus de contrôle et d'influence sur votre vie personnelle et communautaire et sur la qualité de vie dans votre travail ?

Vous, en tant que communauté professionnelle, ne pensez pas à des solutions collectives pour améliorer votre instance dans ce contexte de travail ?

De manière générale, quelles propositions jugez-vous appropriées pour améliorer votre qualité de vie dans ce contexte de travail et votre performance ?

ANEXO 3. Documento de información de las participantes sobre el estudio

Título del estudio: Percepciones, motivaciones y estrategias de empoderamiento profesional desarrolladas por las matronas de zonas rurales del norte de Marruecos

Investigador principal: ABDELOUAHID LOUAZI

INTRODUCCIÓN

Mi nombre es ABDELOUAHID LOUAZI y trabajo como profesor en el Instituto de Formación en carreras sanitarias en Tetuán.

A través de este documento le invito a participar en un estudio de investigación que tiene como fin la elaboración de la tesis doctoral. Para llevarlo a cabo necesito realizar entrevistas a matronas que trabajan en casas de parto en zonas rurales y, teniendo en cuenta su experiencia y conocimientos, he pensado en solicitar su participación. La participación es voluntaria y, en caso de que decida aceptar formar parte de él, quiero que sepa que una vez iniciada la entrevista usted puede declinar contestar alguna pregunta o decidir no continuar con ella cuando lo desee sin necesidad de aportar explicación alguna.

Para que pueda decidir le apporto a continuación información sobre el estudio. Usted podrá igualmente preguntarme cualquier duda que le surja tras la lectura de esta información.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

OBJETIVOS: En este estudio busco conocer las percepciones y motivaciones de las matronas de las zonas rurales y remotas del norte de Marruecos sobre la calidad de su vida laboral y las estrategias de empoderamiento que utilizan para mantenerse y desarrollar su trabajo en este entorno. Mi interés por conocer y comprender las experiencias de estos profesionales encuentra justificación en la escasez de investigaciones en nuestro país acerca de las Percepciones, motivaciones y estrategias de empoderamiento profesional desarrolladas por las matronas de zonas rurales. La investigación permitirá desarrollar estrategias que mejoren la autoestima de matronas ejercientes en zonas rurales y contribuyan al empoderamiento en el ejercicio de su rol, favoreciendo su seguridad e impulso para ser más útiles en su puesto de trabajo y mantenerse más tiempo en su contexto de vida tanto privada como laboral y pública.

TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN: Para recoger la información realizaré entrevistas en profundidad a matronas que trabajan en zonas rurales. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos. Serán grabadas en audio y posteriormente

transcritas. El entrevistado podrá leer la transcripción de su entrevista con el fin de que pueda verificar lo dicho en el primer encuentro.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS: los datos que se generen serán utilizados para la realización de la Tesis doctoral y las actividades derivadas de ella (publicación de artículos, exposición de resultados en congresos) Las grabaciones serán destruidas una vez finalizado el estudio.

CONFIDENCIALIDAD: Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según el principio de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo con los principios éticos universales, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio, ABDELOUAHID LOUAZI.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante una serie de códigos que sólo el investigador podrá relacionar con usted.

Cuando se hagan públicos los resultados del estudio, no se incluirá ningún dato que permita conocer la identidad de los participantes.

RESULTADOS:

Si así lo desea, puede solicitar un informe con el resultado final del estudio.

Antes de firmar la hoja adjunta en la que usted da su consentimiento para participar en la investigación, lea detenidamente este documento, haga todas las preguntas que considere oportunas, y si lo desea, consúltelo con todas las personas que considere necesario.

Si quiere recibir más información o resolver alguna duda puede llamar al investigador principal, ABDELOUAHID LOUAZI tfono: 0610158440.

Muchas gracias por su tiempo y la atención prestada.

ABDELOUAHID LOUAZI

ANEXO 3 (Traducido al francés)

Informations utiles pour les participantes à l'étude

Document d'informations sur l'étude

Titre de l'étude: perceptions, motivations et stratégies d'autonomisation professionnelle développées par les sages-femmes rurales dans le Nord du Maroc

Chercheur principal: ABDELOUAHID LOUAZI

INTRODUCTION

Mon nom est ABDELOUAHID LOUAZI, je travaille en tant que Formateur à l'Institut de Formation aux Carrières de Santé à Tétouan. A travers ce document informatif, je vous invite à participer à une étude dans le cadre de l'élaboration de la thèse de doctorat.

Pour ce faire, j'ai besoin de mener des entretiens avec les sages-femmes travaillant dans les Maisons d'accouchement dans les zones rurales. En tenant compte de leur expérience et de leurs connaissances, j'ai pensé à solliciter leur participation. Cette dernière est volontaire, en cas où vous décidez d'accepter à participer à cette étude, je veux que vous sachiez, qu'une fois l'entrevue entamée, vous pouvez refuser de répondre à des questions ou décider de vous retirer à tout moment sans fournir aucune explication. Pour que vous puissiez alors décider, nous vous apportons ci-dessous les informations nécessaires sur l'étude. Vous pouvez également poser toutes les questions qui peuvent surgir après avoir lu ces informations.

À propos de l'étude

▪ **OBJECTIFS :** Cette étude vise à comprendre les perceptions et les motivations des sages-femmes dans les zones rurales et éloignées du Nord du Maroc vis à vis de la qualité de vie au travail et les stratégies d'autonomisation professionnelle qu'elles adoptent pour développer leur travail dans cet environnement. Mon intérêt pour la connaissance et la compréhension des expériences de ces professionnels est justifiée par le manque de recherche dans notre pays sur les perceptions, les motivations et les stratégies d'autonomisation développées par les sages-femmes en milieu rural. La recherche participera au développement des stratégies visant à améliorer l'estime de soi des sages-femmes exerçant dans les zones rurales et contribuera à leur autonomisation dans l'exercice de leur rôle, en améliorant leur sécurité et leur disposition à être plus utiles dans leur travail et de s'adapter le plus longtemps possible dans leur contexte de vie à la fois public et privé.

- **Techniques de recueil des données :** Pour recueillir les informations, des entrevues en profondeur se réaliseront auprès des sages-femmes travaillant dans les zones rurales. Les entrevues dureront environ 60 à 90 minutes. Elles seront enregistrées et transcrites plus tard. L'interviewé pourra lire la transcription de son entretien afin de vérifier les informations contenues dans la première rencontre.
- **Traitement des données:** les données obtenues seront utilisées pour la réalisation de cette thèse et pour les activités qui en découlent (publication d'articles, la présentation des résultats lors de conférences). Les enregistrements seront détruits une fois l'étude terminée.
- **Confidentialité:** Vos données seront traitées en toute confidentialité suivant le principe de la protection des données personnelles. Selon les principes éthiques universels, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de modification, d'opposition et de suppression des données en vous adressant au chercheur responsable de l'étude, ABDELOUAHID LOUAZI. Les données recueillies pour cette étude seront identifiées par une série de codes que seul le chercheur pourra les reconnaître. Lors de la publication des résultats de l'étude, aucune information révélant l'identité des participants ne sera divulguée.
- **RÉSULTATS:** Si vous le souhaitez, vous pouvez demander un rapport avec le résultat final. Avant de signer le consentement éclairé ci-joint dans lequel vous donnez votre accord à participer à la recherche, lisez ce document, poser autant de questions que vous jugez opportunes, et si vous le désirez, consultez toutes les personnes que vous jugez utiles et nécessaires. Si vous souhaitez plus d'informations ou avez des questions, vous pouvez appeler l'investigateur principal ABDELOUAHID LOUAZI au numéro de Téléphone suivant : 06-10-15-84-40.

Merci beaucoup pour votre patience et votre attention

ABDELOUAHID LOUAZI

ANEXO 4. Modelo de consentimiento informado

Título del estudio: Percepciones, motivaciones y estrategias de empoderamiento profesional desarrolladas por las matronas de zonas rurales del norte de Marruecos

Investigador principal: ABDELOUAHID LOUAZI

Yo (Nombre y apellidos) _____

DNI/Pasaporte _____

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el investigador: ABDELOUAHID LOUAZI

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

Cuando lo desee.

Sin que tenga que dar explicaciones.

También he sido informado de forma clara de que los datos personales contenidos en esta investigación serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Declaro que he leído y comprendo el contenido del presente documento. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de INVESTIGACIÓN sobre las Percepciones, motivaciones y estrategias de empoderamiento profesional desarrolladas por las matronas de zonas rurales del norte de Marruecos

Nombre del participante:

DNI :

Firma:

Fecha:

Nombre del investigador:

DNI :

Fecha:

Firma:

ANEXO 4 (traducido al francés)

Modèle de consentement éclairé

Titre de l'étude: perceptions, les motivations et les stratégies d'autonomisation professionnelle développées par les des sages-femmes rurales dans le Nord du Maroc

Chercheur principal: ABDELOUAHID LOUAZI

Je soussigné (nom) _____

Identité / Passeport _____

J'ai lu la fiche d'informations qui m'a été donnée

J'ai eu la chance de faire des questions au sujet de l'étude.

J'ai reçu des informations suffisantes concernant l'étude.

J'ai parlé à l'enquêteur: ABDELOUAHID LOUAZI

Je comprends que la participation est volontaire.

Je comprends que je peux me retirer de l'étude :

- Lorsque cela est souhaité.
- Pas besoin d'expliquer.

J'ai aussi été clairement informé que les données personnelles contenues dans cette étude seront traitées avec respect de ma vie privée et de la législation actuelle sur la protection des données. Je déclare avoir lu et compris le contenu de ce document et donc signer le présent consentement volontairement pour exprimer mon désir de participer à cette étude de recherche sur les perceptions, les motivations et les stratégies d'autonomisation professionnelle développées par les sages-femmes rurales dans le Nord du Maroc.

Nom du participant :

CIN :

Signature:

Date:

Nom du chercheur:

CIN :

Signature:

Date:

ANEXO 5 Lista de establecimientos sanitarios de ZAD que han sido sumados a la lista antecedente por la comisión central de seguimiento de mutación y afectación del personal sanitario después del año 2014

Presentación:

En este anexo se presenta la lista de los ESSP que son considerados como ZAD, después del año 2014 (última actualización) por la comisión central de seguimiento de mutación y afectación del personal sanitario del MSM.

En esta lista, se consta que en la región Tánger Tetuán Alhucemas, 3 provincias del total de 7 provincias (Chefchaouen, Uezzán y Alhucemas) contienen ZAD.

Se nota también, que la totalidad de los centros de salud de 1er y 2º nivel de la provincia de Alhucemas, son considerados como ZAD.

ANEXO 5 Lista de establecimientos sanitarios de ZAD qui han sido sumados a la lista antecedente por la comisión central de seguimiento de mutación y afectación del personal sanitario después del año 2014

لائحة مقرات العمل الصعب تزويدها بالموارد البشرية التي تمت إضافتها في إطار إجتماعات اللجنة المركزية لتتبع الانتقالات و التعينات بعد سنة 2014		
المؤسسات الصحية	الاقليم	الجهة
جميع المؤسسات الصحية بالجهة	جميع الاقاليم	كلميم واد نون
جميع المؤسسات الصحية بالجهة	جميع الاقاليم	العيون الساقية الحمراء
جميع المؤسسات الصحية بالاقلام	الراشيدية	درعة تافيلالت
جميع المؤسسات الصحية بالاقلام	وارزازات	
جميع المؤسسات الصحية بالاقلام	تغرين	
المراكز الصحية من المستويات 1,2 والمستوصفات	مدينت	
جميع المؤسسات الصحية بالاقلام	ياكورة	
المراكز الصحية القروية	أزيلال	بني ملال خنيفرة
المراكز الصحية من المستويات 1,2 و مستشفى القرب تاركيسنت	الحسيمة	طنجة تطوان الحسمة
جميع المؤسسات الصحية بالاقلام	فكرك	جهة الشرق
المراكز الصحية القروية من المستويات 1,2 والمستوصفات	شفشاون	مراكش اسفي
المستوصفات القروية	الحوز	
جميع المؤسسات الصحية بالاقلام	اوسرد	
		الباخلة واد الذهب

مركز صحي جباي	مركز صحي جباي	شفشاون	طنجة تطوان
مركز صحي جباي	مركز صحي جباي		
مركز صحي جباي	مركز صحي جباي		
مركز صحي جباي مع دار للولادة	مركز صحي جباي مع دار للولادة		
مركز صحي جباي مع دار للولادة	مركز صحي جباي مع دار للولادة		
مركز صحي جباي	مركز صحي جباي		
مركز صحي جباي	مركز صحي جباي		
مركز صحي جباي مع دار للولادة	مركز صحي جباي مع دار للولادة		
مركز صحي جباي مع دار للولادة	مركز صحي جباي مع دار للولادة		
مركز صحي جباي	مركز صحي جباي		
مركز صحي جباي	مركز صحي جباي	وزان	

Presentación:

En este apartado se presenta Circular del 21 de Mayo 2021 del MSM sobre la organización de la operación del movimiento excepcional de traslado de la categoría profesional de los enfermeros y enfermeras (incluyendo Matronas), técnicos y técnicas de salud que ejercen en ZAD (en árabe) (**Anexo 6**) y la Circular n°31 de 2014 sobre las instrucciones del ministerio de salud marroquí sobre el movimiento de traslado del personal de salud (en árabe) (**Anexo 7**).

Observamos en la página 3 **del anexo 7**, que los criterios considerados en este movimiento son la zona de trabajo, el tipo de establecimiento sanitario y el tiempo pasado en el puesto de trabajo de donde se requiere mudarse.

Se nota también, en la página n°4 del mismo anexo, que, en el movimiento de traslado ordinario, se considera, la distancia de la comunidad de trabajo de la provincia donde se atribuye puntuación por cada intervalo de kilometraje como se indica en la tabla correspondiente (**7 intervalos**). Se asuma a esto, el criterio de la distancia entre la provincia y la región.

Además del nombre total de trabajo en el MSM (en años), se considera un criterio importante en la retención del personal sanitario es, el tiempo pasado en el lugar de trabajo sin mudarse (en años) y el índice de permanencia que se le atribuye un punto por cada año de trabajo pasado.

ANEXO 6 Circular del 21 de Mayo 2021 sobre las instrucciones del ministerio de salud marroquí sobre el movimiento de traslado de la categoría enfermeros y técnicos de salud (incluyendo matronas) ejerciendo en las ZAD por el año 2021(en árabe)

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
+٠٥٣٨٨٤١١١٢٠٥٤٠
وزارة الصحة
+٠٥٣٨٨٤١١٢٠٥٤٠

24 مايو 2021

إلى
السيدات والسادة :
المديرات والمديرين الجهويين للصحة
مندوبات ومندوبي وزارة الصحة بالعمالات والأقاليم

الموضوع : تنمة الحركة الانتقالية لفئة الممرضين وتقنيي الصحة برسم السنة المالية 2020.
- الحركة الانتقالية الخاصة بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية.
- الحركة الانتقالية الاعتيادية (المحلية، الجهوية والوطنية).
المرجع : الدورية رقم 31 بتاريخ 08 مايو 2014 المتعلقة بالحركة الانتقالية لموظفي وزارة الصحة.

سلام تام بوجود مولانا الإمام :

وبعد، تفعيلا لمقتضيات الدورية المشار إليها في المرجع أعلاه، يشرفني إخباركم أنه سيتم يوم 16 يونيو 2021 فتح باب الترشيح للمشاركة في الحركة الانتقالية الخاصة بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية والحركة الانتقالية الاعتيادية: المحلية، الجهوية والوطنية، حسب الجدول الزمني المرفق، وذلك وفق الترتيبات والإجراءات التالية:

1- شروط المشاركة:

يسمح بالمشاركة في هذه الحركة الممرضين وتقنيي الصحة في التخصصات المدرجة في جدول المناصب المفتوحة، والمتوفرين على 12 شهرا من الخدمة الفعلية في مقر تعيينهم الحالي إلى غاية تاريخ نشر هذا الإعلان.

بالنسبة للحركة الانتقالية الخاصة بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية :

- يسمح بالمشاركة في هذه الحركة الممرضين وتقنيي الصحة العاملين بإحدى المراكز المعنية بهذه الحركة :
- ينبغي للمتدرب (ة) الراغب (ة) في الانتقال تحديد خمسة اختيارات على الأكثر مرتبة حسب الأولوية من بين المناصب المفتوحة في المناطق 3 فما فوق (3، 4، 5، 6 و 7).

بالنسبة للحركة الانتقالية الاعتيادية :

- ينبغي للمتدربين المشاركين في الحركة الانتقالية الاعتيادية عند وضع اختياراتهم التمييز بين كل مرحلة من مراحل هذه الحركة (محلية، جهوية، وطنية). تعطى الأسبقية للحركة المحلية ثم الجهوية ثم الوطنية، ويتم تحيين لائحة المناصب الشاغرة والمحتمل شغورها بناء على نتائج كل مرحلة.



2- تدير طلبات المشاركين :

1.2 على مستوى المصالح اللامركزية (المندوبيات والمديريات الجهوية) :

- يقوم المترشح المتوفر على شروط المشاركة المنصوص عليها أعلاه بملا استمارة المشاركة حسب النموذج المعتمد لكل حركة انتقالية وتسليمه للمندوبية أو المديرية الجهوية التابع لها داخل الأجل المحددة بالجدول الزمني المرفق وذلك قصد رقبته بالتطبيق المعلوماتي المخصص لهذا الغرض.
- يتولى السيدات والسادة مسؤولو الموارد البشرية بالمصالح اللامركزية تحت إشراف السيدات والسادة المندوبين والمديرين الجهويين تلقي طلبات المترشحين والتأكد من مطابقة المعطيات الواردة فيها مع ملف المعنيين بالأمر وتحينها عند الاقتضاء و المصادقة عليها قبل رقبها بالتطبيق المعلوماتي التالي المخصص للحركة الانتقالية : <http://application.sante.gov.ma/mutation>
- تبعث طلبات المشاركين مصادق عليها عن طريق المديريات الجهوية للصحة في إرسالية واحدة حسب نوع كل حركة انتقالية، وتسلم للمعنيين بالأمر نسخا من طلباتهم بعد رقبها مرفقة بالاختيارات التي عبروا عنها.

2.2 على المستوى المركزي (مديرية الموارد البشرية) :

- المعالجة المعلوماتية لمعطيات المشاركين، وترتيبهم حسب معايير الاستحقاق المحددة في الدورية الوزارية، وإعلان لائحة المشاركين مرتبين ترتيبا تنازليا حسب الرصيد المحصل عليه.
- معالجة الشكايات المرسلة داخل الأجل المحددة بالجدول الزمني الخاص بكل حركة انتقالية، سيتم فقط معالجة الشكايات التي تصل عبر السلم الإداري والمدرجة بالتطبيق المعلوماتي المخصص للحركة الانتقالية.
- إعلان لائحة المستفيدين ونشرها بالموقع الإلكتروني للوزارة: <http://drh.sante.gov.ma>
- إعداد مقررات انتقال المستفيدين وتبليغها للمعنيين بالأمر عن طريق السلم الإداري.

3- مقتضيات عامة:

- يمكن لمديرية الموارد البشرية تعديل الجدول المذكور أعلاه عند الاقتضاء.
- كل مشارك(ة) تم تلبية طلبه(ا) في الحركة الانتقالية يفقد الحق في منصبه(ا) القديم، ويكون ملزم(ة) بالالتحاق فور تعويضه(ا) بمنصبه(ا) الجديد. وفي هذه الحالة لا تقبل طلبات الاحتفاظ مهما كانت المبررات.

ونظرا لما تكتسيه الحركة الانتقالية من أهمية بالغة في صون السلم الاجتماعي، وما لها من انعكاسات على الحياة الاجتماعية لموظفي الصحة، فالمرجو من السيدات والسادة المديرات والمديرين الجهويين للصحة، والسيدات والسادة مندوبات ومندوبي وزارة الصحة بالعمالات والأقاليم إيلاء مختلف العمليات والإجراءات المذكورة أعلاه العناية الفائقة والإشراف الشخصي عليها والسهر على احترام الأجل المحددة.

و السلام

بالتفويض عن وزير الصحة وبالتفويض
مدير الموارد البشرية

إمضاء : زنيير باش عايل

ANEXO 7 Circular n°31 de 8 de Mayo 2014 sobre las instrucciones del ministerio de salud marroquí sobre el movimiento de traslado del personal de salud (en árabe)

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
+٨٧٨٤٦ ١٨٤٠٤٥
وزارة الصحة
+٨٤٦٠٥٦ ١٨٤٠٤٥

0031

8 - مايو 2014
دورية رقم : 31
المتعلقة بالحركة الانتقالية لموظفي وزارة الصحة.

سلام تام بوجود مولانا الامام؛

وبعد، تكتسي الحركة الانتقالية لموظفي وزارة الصحة أهمية بالغة في حسن تدبير الموارد البشرية وترشيدها. وعلى هذا الأساس، فإن هذه الحركة ينبغي أن تؤسس على مبادئ ومعايير تراعي التوفيق والتوازن بين حاجيات الإدارة وطلبات المعنيين بالأمر وأن تتوخى تحقيق تنمية القطاع الصحي وضمان حق المواطن في الاستفادة من الخدمات الصحية على النحو الأمثل.

ومن أجل تحقيق المساواة بين المهنيين تنظم الحركة الانتقالية قبل إجراء التعيينات الجديدة بالوزارة حتى تعطى الأولوية للانتقال للموظفين العاملين بالمصالح التابعة للوزارة، لا سيما بالمناطق النائية وللاتحاق بالزوج أو الزوجة.

ويتم انتقال الموظفين عبر المشاركة في الحركة الانتقالية التي تعلن عنها الإدارة كلما دعت الضرورة لذلك أو عن طريق الانتقالات الاستثنائية.

الباب الأول: الحركة الانتقالية:

تتم الحركة الانتقالية جميع الفئات التي يشملها التوظيف، مع مراعاة التخصص، وذلك حسب عدد المناصب المفتوحة برسم الحركة الانتقالية لوزارة الصحة برسم قانون المالية للسنة التي تجرى فيها الحركة الانتقالية ووفقاً لحاجيات الإدارة. أما بالنسبة للفئات التي لا يشملها التوظيف فإنه يتم دراسة طلبات انتقالهم كل حالة على حدة لتمكينهم من الاستفادة من الانتقال دون الاخلال بالسير العادي للإدارة.

يشارك في الحركة الانتقالية الموظفون المتوفرون على أقدمية 12 شهراً من الخدمة الفعلية في مقر تعيينهم الحالي وذلك استناداً إلى تاريخ الإعلان عن الحركة الانتقالية مع احترام برنامج التعيينات والانتقالات السنوي.

وتنقسم الحركة الانتقالية إلى ثلاثة أنواع وتتم حسب المراحل التالية :

- الحركة الانتقالية للاتحاق بالزوج أو الزوجة (1)؛
- الحركة الانتقالية الخاصة بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية (2) ؛
- الحركة الانتقالية الاعتيادية (3):
 - الحركة الانتقالية الاعتيادية المحلية (1-3)؛
 - الحركة الانتقالية الاعتيادية الجهوية (2-3)؛
 - الحركة الانتقالية الاعتيادية الوطنية (3-3). (الله)

335 شارع محمد الخامس - الرباط - الهاتف : 212 537 76 11 21 - الفاكس : 212 537 76 38 95
335, Avenue Mohammed V Rabat - Tél : +212 537 76 11 21 - Fax : +212 537 76 38 95 - www.sante.gov.ma



1. الحركة الانتقالية الخاصة بالزواج أو الزوجة :

أ- المناصب المخصصة للالتحاق بالزواج أو الزوجة:

يتم سنويا تخصيص 10% (عشرة في المائة) من المناصب المفتوحة برسم الحركة الانتقالية للسنة المعنية لتلبية طلبات الالتحاق بالزواج أو الزوجة للموظفين المستوفين لشروط المشاركة في هذه الحركة الانتقالية.

ب- منهجية تدبير الحركة الانتقالية الخاصة بالزواج أو الزوجة :

تتم الحركة الانتقالية الخاصة بالزواج أو الزوجة وفق المسطرة التالية:

- تقوم مديرية الموارد البشرية بالإعلان عن الحركة الانتقالية الخاصة بالزواج أو الزوجة وبمعالجة طلبات الانتقال معلوماتيا بعد تسجيل الطلبات على صعيد كل مندوبية وحصر اختيارات المعنيين بالأمر في خمس مناصب على الأكثر مرتبة حسب الأولوية؛
- يتم الإعلان عن لائحة المشاركين مرتبين تنازليا وفق الرصيد المحصل عليه من النقاط؛
- تمنح فترة محددة لاستقبال ومعالجة الشكايات ؛
- تنشر اللائحة والنقط النهائية؛
- يتم تلبية الطلبات المقدمة في حدود المناصب المخصصة للالتحاق بالزواج أو الزوجة باستثناء طلبات الانتقال إلى المؤسسات الصحية التي تتوفر على العدد الكافي من الأطر في التخصصات المماثلة لتخصص الموظف المعني بالانتقال وذلك حسب المعايير الجاري بها العمل. و يمكن للموظفين المعنيين الذين لم تتم الاستجابة لطلبهم اختيار المؤسسات الصحية الأقرب من طلبهم الأصلي مع الاحتفاظ برصيدهم من النقاط الحاصلين عليه من أجل المشاركة في الحركة الانتقالية المقبلة الخاصة بالالتحاق بالزواج أو الزوجة.

ت- احتساب الرصيد لحركة الالتحاق بالزواج أو الزوجة:

يحتسب رصيد الموظفين المشاركين في الحركة الانتقالية بالزواج أو الزوجة على النحو التالي:

$$\text{الرصيد}_1 = \text{م} + \text{س.ع} + \text{س.ز} / 2$$

م - المنطقة	عدد النقاط الممنوحة للمنطقة تبعا للجدول المحدد للمناطق.
س.ع - العمل	عدد سنوات العمل في إقليم التعيين الحالي.
س.ز - الزواج	عدد سنوات الزواج (بالأشهر).

2. الحركة الانتقالية الخاصة بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية :

تعطى الأولوية للموظفين المعيّنين بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية، والمحددة في اللائحة المرفقة بهذه الدورية، للاختبار في حدود 5% (خمسة في المائة) من المناصب المفتوحة برسم الحركة الانتقالية مع حصر اختياراتهم بالمنطقة 3 فما فوق (4,3, 5, 6 و 7).

أ- احتساب الرصيد للحركة الانتقالية الخاصة بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية:

يحتسب رصيد الموظفين العاملين بهذه المناطق على النحو التالي:

$$\text{الرصيد}_2 = \text{م} + \text{س.ع} + \text{ص.م}$$

م - المنطقة	عدد النقط الممنوحة للمنطقة تبعا للجدول المحدد للمناطق.
س.ع - العمل	عدد سنوات العمل في إقليم التعيين الحالي.
ص.م - الصنف	عدد النقط الممنوحة حسب صنف المؤسسة.

وتمنح النقط حسب صنف المؤسسة الصحية على النحو التالي :

صنف المؤسسة الصحية	عدد النقط
مستوصف قروي	3
مركز صحي جماعي/مركز صحي جماعي مع وحدة الولادة	2
المؤسسات الصحية المتواجدة بالمدار الحضري	1

ب- منهجية تدبير للحركة الانتقالية لمقرات العمل الصعب تزويدها بالموارد البشرية:

تتم الحركة الانتقالية الخاصة بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية وفق المسطرة التالية:

- تقوم مديرية الموارد البشرية بالإعلان عن لائحة المناصب المخصصة لهذه الحركة بالمنطقة 3 وما فوق؛
- تقوم بمعالجة طلبات الانتقال معلوماتيا حيث يتم تسجيل الطلبات على صعيد كل مندوبية مع حصر اختيارات المعيّنين بالأمر في خمس مناصب على الأكثر مرتبة حسب الأولوية؛
- يتم الإعلان عن لائحة المشاركين مرتبين تنازليا وفق الرصيد المحصل عليه ؛
- تمنح فترة محددة لاستقبال ومعالجة الشكايات ؛
- تنشر اللائحة والنقط النهائية،
- يتم الإعلان عن نتائج هذه الحركة بعد الاطلاع عليها من طرف اللجنة المركزية لتتبع الحركة الانتقالية.

3. الحركة الانتقالية الاعتيادية :

أ- منهجية تدبير الحركة الانتقالية الاعتيادية:

بعد تحيين اللائحة الأصلية للمناصب المعدة لانتقالات بناء على نتائج الحركات الانتقالية السابقة يتم الاعلان عن الحركة الانتقالية الاعتيادية حسب المراحل التالية:

- الحركة الانتقالية الاعتيادية المحلية؛
- الحركة الانتقالية الاعتيادية الجهوية؛
- الحركة الانتقالية الاعتيادية الوطنية.

يتم الاعلان عن لائحة المناصب المخصصة لكل مرحلة من هذه الحركة بعد تحيين المناصب بناء على نتائج المرحلة السابقة. و يتم في كل مرحلة إضافة المناصب التي من المحتمل شغورها إلى اللائحة الأولى للحصول على لائحة إجمالية والإعلان عنها عبر الموقع الإلكتروني المخصص لهذا الغرض. تتم هذه الحركة وفق المسطرة التالية:

- يتم، بعد الحركة المحلية، تحيين المناصب المخصصة للمندوبيات؛
- يتم الاعلان عن المناصب المخصصة للحركة الجهوية بعد تحيينها بناء على نتائج الحركة المحلية؛
- يتم بعد ذلك الاعلان عن المناصب المخصصة للحركة الوطنية بعد تحيين المناصب المخصصة للجهات حيث يتم، من أصل عدد المناصب المخصصة للحركة الجهوية، خصم عدد تلك المناصب الناتجة عن الانتقال إلى الجهة و زيادة عدد المناصب الناتجة عن الانتقال منها. و يخصص 25% (خمس و عشرون في المائة) على الأقل من المناصب المفتوحة سنويا برسم الحركة الانتقالية الوطنية للمؤسسات الصحية التابعة للمناطق 1 و 2 و 3.
- تسجيل طلبات الانتقال معلوماتيا على صعيد كل مندوبية مع تبيان اختيارات المعنيين مرتبة حسب الأولوية؛
- تمنح فترة محددة لاستقبال ومعالجة الشكايات؛
- تنشر اللائحة النهائية والنقط النهائية؛
- يتم الاعلان عن نتائج هذه الحركة الوطنية بعد الاطلاع عليها من طرف اللجنة المختصة بتتبع الحركة الانتقالية.

ب- رصد الحركة الانتقالية الاعتيادية المحلية:

تتم الحركة الانتقالية المحلية وفق المنهجية المشار إليها أعلاه ويتم احتساب الرصيد على الشكل التالي:

$$\text{الرصيد} = \text{س.ع.} * (\text{ع.م.} + \text{ص.م.}) + \frac{(\text{س.أ.} - \text{س.ع.})}{2} + \text{اس}$$

الرمز	العنصر
س.ع. - العمل	عدد سنوات العمل بدون تغيير أو انتقال بالعمالة أو الإقليم
س.أ. - الأقدمية	عدد سنوات العمل بوزارة الصحة
اس - الاستقرار	عامل الاستقرار بمقر التعيين
م.ع. - المسافة	المسافة الفاصلة بين مقر العمل ومركز الإقليم أو العمالة
م.ج. - المسافة	المسافة الفاصلة بين مركز الجهة ومركز الإقليم أو العمالة
ص.م. - الصنف	صنف المؤسسة الصحية

يحتسب عامل الاستقرار بمنح نقطة واحدة عن كل سنة إضافية بمقر التعيين الحالي.

تمنح النقط على المستوى المحلي حسب القرب أو البعد من مركز الإقليم باعتماد الجدول التالي :

عدد النقط	المسافة الفاصلة بين مقر العمل ومركز الإقليم أو العمالة بكلم
0,5	من 0 إلى 10
1	من 11 إلى 20
1,5	من 21 إلى 60
2	من 61 إلى 80
2,5	من 81 إلى 100
3	من 101 إلى 150
4	أكثر من 150

ت- رصيد الحركة الانتقالية الاعتيادية الجهوية :

تتم الحركة الانتقالية الجهوية وفق المنهجية المشار إليها أعلاه، ويتم احتساب الرصيد على الشكل التالي :

$$\text{الرصيد}_{2-3} = \text{ع.س.} * (\text{م.ج.} + \text{ص.م.} + \text{م.}) + \frac{(\text{س.أ.} - \text{س.ع.})}{2} + \text{اس}$$

تحدد النقاط الممنوحة لهذا المعيار حسب الجدول التالي:

عدد النقط	المسافة الفاصلة بين مركز الجهة ومركز إقليم أو عمالة التعيين ب كلم
0,5	من 0 إلى 50
1	من 51 إلى 100
1,5	من 101 إلى 150
2	من 151 إلى 200
2,5	من 201 إلى 250
3	من 251 إلى 300
3,5	من 301 إلى 350
4	من 351 إلى 400
5	أكثر من 400

ث- رصيد الحركة الانتقالية الاعتيادية الوطنية (مابين الجهات) :

تتم هذه الحركة وفق المنهجية المشار إليها سابقا، ويتم احتساب الرصيد على الشكل التالي:

$$\text{الرصيد}_{3-3} = \text{ع.س.} * (\text{م.ص.} + \text{م.}) + \frac{\text{س.أ.}}{2} + \text{اس}$$

تحدد المناطق حسب القرب أو البعد من محور الرباط - الدار البيضاء باعتماد التقسيم الجغرافي للمملكة، تواجد المرافق الاجتماعية الصحية والجامعية وطابع المناطق حضري أو قروي، بحيث يمكن تمييز سبع مناطق محددة في الجدول التالي :

النقط	الاقاليم/العمالات	المنطقة
0.5	الرباط، سلا، الصخيرات-تمارة، العمارات و الاقاليم المكونة لجهة الدار البيضاء الكبرى.	المنطقة 1
1	القنيطرة، سطات، الجديدة، برشيد، بنسليمان، الخميسات ، فاس، مكناس، مراكش، طنجة-أصيلة.	المنطقة 2
2	خريبكة، سيدي بنور، آسفي، العرائش، تطوان، المضيق-الفنيدق، الحاجب، إفران ، سيدي قاسم ، سيدي سليمان، إنزكان أيت ملول ، أكادير إداوتنان، وجدة انكاد	المنطقة 3
3	صفرو، مولاي يعقوب ، اليوسفية ،بني ملال، الفقيه بن صالح، الصويرة، قلعة السراغنة، الرحامنة، تازة، فحص أنجرة، الناظور، اشتوكة أيت باها، بركان.	المنطقة 4
4	الحوز، شيشاوة، شفشاون، تزنييت ، تارودانت ، تاويريرت ، وزان، جرسيف، خنيفرة	المنطقة 5
5	الحسيمة، جرادة، بولمان، الرشيدية ، ميدلت، ورزازات، أزيلال، تاونات، سيدي إفني، الدريوش.	المنطقة 6
6	زاكورة ، تنغير، فجيج، العيون، وادي الذهب، كلميم، طاطا، طانطان، أوسرد ، بوجدور، طرفاية، أسا الزاك، السمارة.	المنطقة 7

الباب الثاني: الانتقالات الاستثنائية :

1. الطلبات التي تتم دراستها كل حالة على حدة :

- وتشتمل على:
- طلبات الانتقال من منطقة معينة إلى إحدى المناطق التي تليها وما فوق؛
 - طلبات انتقال الأطباء المختصين في طب الشغل و الطب الجماعي والصحة العمومية الذين يمارسون اختصاصهم مع الإدلاء بشهادة تثبت ذلك من طرف المندوب؛
 - طلبات انتقال المدرسين بالمعاهد العليا لمهن التمريض والتقنيات الصحية؛
 - طلبات انتقال الفئات التي لا يشملها التوظيف؛
 - طلبات الانتقال من وإلى مصالح الإدارة المركزية.

2. الانتقالات لأسباب صحية :

تخص الانتقالات لأسباب صحية الموظفين الذين يعانون هم أو زوجاتهم أو أزواجهم أو أبنائهم من مرض أو إعاقة جسدية أو ذهنية، يستوجب الانتقال للاستفادة من العلاج حيث تتم دراسة كل طلب انتقال لأسباب صحية على حدة من طرف اللجنة الطبية الإقليمية التي تبث في الملفات المعروضة عليها. ويتم إحالتها على اللجنة الطبية الوطنية التي يكون من بين أعضائها ممثل من المجلس الصحي حيث تبث هذه الأخيرة في الملفات وتقدم تقريراً يعتمد على مقاييس موضوعية في معالجة كل حالة على حدة وتصنيفها حسب درجة الخطورة، ويحق لها عند الاقتضاء استدعاء المعنيين بالأمر لإخضاعهم للفحص الطبي المضاد.

وتتولى اللجنة الطبية الوطنية تحديد أماكن انتقال المعنيين حسب توفرها على الكفاءات الطبية والإمكانات والوسائل الضرورية للعلاج، وتتخذ هذه اللجنة لمعالجة طلبات الانتقال لأسباب صحية مرتين على الأقل في السنة وتعلن نتائجها خلال شهري يونيو و دجنبر و كلما دعت الضرورة لذلك.

وتنشر لائحة المستفيدين عبر الموقع الإلكتروني للوزارة بعد الاطلاع عليها من طرف اللجنة الوطنية لتتبع الحركة الوطنية.

3. الانتقالات للالتحاق بالزوج أو الزوجة (رجل سلطة، مناصب المسؤولية):

- و تضم :
- انتقال أزواج أو زوجات موظفي وزارة الصحة العاملين في صفوف أعوان السلطة أو أفراد القوات العمومية لضرورة المصلحة شريطة وجودهما في نفس المنطقة قبل الانتقال؛
 - انتقال موظفو وزارة الصحة عند تعيينهم بمناصب المسؤولية؛

4. الانتقالات بالتبادل :

تتم الموافقة على التبادل الثنائي بعد دراسة كل طلب على حدة من طرف الإدارة شريطة:

- أن يكون المعنيان بالأمر مرسمين؛
- أن يكون المعنيان بالأمر قضياً ستة أشهر على الأقل من العمل في مكان التعيين الحالي؛
- أن يكونا من نفس الإطار؛
- أن يتوفرا على نفس التخصص؛
- أن يزاولا نفس المهام، أو مهام متقاربة؛
- أن يتوفرا على أقدمية متقاربة في الإدارة؛
- بالنسبة للأطباء المختصين يشترط توفرهم على أقدمية متقاربة في المدة المتبقية من عقد الالتزام لخدمة الإدارة؛
- أن يحترم التعيين في المناصب المتبادل بشأنها.

5. إعادة الانتشار لحاجيات المصلحة :

يمكن للمديرين الجهويين أو لمندوبي وزارة الصحة، خارج الحركة الانتقالية، وفي حالات استثنائية واستعجالية يقع فيها خصائص حاد في الموارد البشرية، القيام بإعادة انتشار مؤقتة لبعض الموظفين التابعين لمصالحهم شريطة تحديد الأسباب والمدة بحيث لا تتعدى (03) ثلاثة أشهر لمرّة واحدة لكل موظف مع منح التسهيلات الضرورية حسب الإمكانيات المتاحة للقيام بالمهام المنوطة بهم، مع تحديد الأسماء المعنية و أماكن التعيين الأصلية الجديدة، مع ضرورة إعادتهم إلى أماكنهم الأصلية بعد انتهاء هذه المدة و في حالة مشاركتهم في إحدى الحركات الانتقالية يجب أن يتم ذلك من مكان تعيينهم قبل إعادة الانتشار.

الباب الثالث: مقتضيات مشتركة :

1. كيفية ترتيب المشاركين في حالة تساوي النقط :

في حالة تساوي النقط يتم اللجوء إلى معايير أخرى لترتيب طالبي الانتقال وفق الترتيب التنازلي التالي:

- ✓ المرأة ؛
- ✓ عدد الاطفال؛
- ✓ الزوج و الزوجة موظفين بوزارة الصحة؛
- ✓ الأقدمية في التعيين ؛
- ✓ الأقدمية في الإدارة ؛
- ✓ الأكبر سنا.

2. إنجاز مقررات الانتقال :

- تنشر نتائج الحركة الانتقالية في كل مراحلها بالموقع الإلكتروني للوزارة؛
- تتولى مديرية الموارد البشرية إعداد مقررات فردية للانتقال بالنسبة للحركة الانتقالية الوطنية (ما بين الجهات)، وتبعث نسخ طبق للأصل منها إلى المعنيين بالأمر عن طريق السلم الإداري، وإلى المدير الجهوي للجهة التي سيتم الانتقال إليها؛
- تتولى المديرية الجهوية للصحة، إعداد مقررات فردية للانتقال بالنسبة للحركة الانتقالية الجهوية، وتبعث نسخ طبق للأصل منها إلى المعنيين بالأمر عن طريق السلم الإداري وإلى المندوبيات أو المصالح التي يعمل المعنيين بالأمر عن طريق السلم الإداري وكذا إلى المندوبيات أو المصالح التي سيتم الانتقال إليها وأصول هذه المقررات إلى مديرية الموارد البشرية في إرسالية واحدة؛
- تتولى مندوبيات وزارة الصحة، إعداد مقررات فردية للانتقال بالنسبة للحركة الانتقالية المحلية، وتبعث نسخ طبق للأصل منها إلى المعنيين بالأمر عن طريق السلم الإداري؛
- يتعين على الموظف المعني أن يلتحق بمقر عمله الجديد في أجل أقصاه سبعة (7) أيام ابتداء من تاريخ توصله بمقرر الانتقال ويتعين على المندوب المستقبل عدم توقيع محضر استئناف العمل إلا بعد الإدلاء بمحضر التوقف عن العمل؛
- بعد انتهاء حركة التعيينات والانتقالات يمكن للمستفيد الذي لم يتم تعويضه أن يطلب إلغاء مقرر انتقاله مع احتفاظه بنقطه.

3. التراجع عن الانتقال :

إن الموظف الذي يستجاب لطلب انتقاله يصبح ملزما بالالتحاق بمقر عمله الجديد، ولا يقبل أي طلب يرمي إلى الاحتفاظ به بمقر عمله الأصلي وعليه الامتثال لأوامر رؤسائه طبقا للقوانين الجاري بها العمل في مجال الوظيفة العمومية.

واعتبارا لما سلف فإن رفض الالتحاق بمقر العمل الجديد يعتبر اختلافا وخرقا لمقتضيات هذه الدورية، حيث أن الموظف المعني يفقد بذلك رصيده من النقط وتحرك المسطرة التأديبية في حقه إن اقتضى الحال، وستعمل الإدارة على نشر لائحة الموظفين الذين استفادوا من الانتقال ورفضوا الالتحاق بمقرات عملهم الجديدة.

4. تتبع الحركة الانتقالية :

يتم تتبع الحركة الانتقالية من طرف لجنة تتكون من ممثلي الإدارة المركزية وممثلي النقابات الممثلة بوزارة الصحة وفقا للمقرر الوزاري عدد 29 بتاريخ 2014/03/19، وتتولى اللجنة الوطنية على المستوى المركزي السهر على شفافية الحركة الانتقالية.

يعهد إلى اللجن المركزية والجهوية الخاصة بالانتقالات التشاور في كل المساطر و الترتيبات التقنية والتدابير الإجرائية والأجل الخاصة بكل حركة من هذه الحركات الانتقالية وكذلك البث في طلبات الانتقال ذات الصبغة الاجتماعية الملحة، حيث تعقد اجتماعاتها كلما دعت الضرورة لذلك.

5. مقتضيات عامة:

- يبقى الحق للإدارة المركزية في فتح باب الترشيحات لإجراء انتقالات استثنائية خارج الحركة الانتقالية الاعتيادية و ذلك لحاجيات المصلحة.
- يستثنى من المشاركة في الحركات الانتقالية الموظفون الموجودون في فترة تكوين أو تدريب لمدة تتعدى ثلاث أشهر عند الاعلان عن الحركة الانتقالية؛
- لا يؤخذ بعين الاعتبار طلبات الانتقال للانتقال للالتحاق بالزوج أو الزوجة الموجود أحدهما في وضعية تكوين أو تدريب عند الاعلان عن الحركة الانتقالية الخاصة للالتحاق بالزوج أو الزوجة؛
- لا يؤخذ بعين الاعتبار كل طلب انتقال في إطار الحركات الانتقالية العادية لم يتم تسجيله عبر الموقع الإلكتروني للوزارة المخصص لهذا الغرض؛
- لا يمكن الاستفادة من انتقالين برسم نفس السنة، في إطار الحركات الانتقالية؛
- تتجز محاضر التوقف عن العمل واستئنافه المحملة من الموقع الإلكتروني <http://application.sante.gov.ma/bagent> بالنسبة لجميع الانتقالات وتوقع من طرف المعنيين بالأمر ومن طرف السادة المندوبين ويبحث بهما إلى مديرية الموارد البشرية قصد التسوية؛
- لا يؤخذ بعين الاعتبار كل محضر توقف أو استئناف العمل ليس محملا من الموقع الإلكتروني للوزارة، وسيتم ارجاعه إلى المندوبية؛
- لا يمكن لأي موظف مغادرة عمله الأصلي إلا بعد تسلمه نسخة من محضر التوقف عن العمل من طرف السيد المندوب؛
- لا يمكن للممرضين الحاصلين على الإجازة أو الماستر الذين سويت وضعيتهم كإداريين أو مساعدين طبيين المشاركة في الحركة الانتقالية الخاصة بالممرضين من نفس التخصص إلا بعد الإدلاء بالتزام لمزاولة مهام ممرض؛
- لا يمكن المشاركة أو الاستفادة من الحركة الانتقالية للموظفين المتواجدين في وضعية غير نظامية إزاء الإدارة؛
- يسمح للأطباء المختصين في الطب الرياضي، طب الشغل والطب الجماعي بالمشاركة في الحركة الانتقالية الخاصة بالأطباء العاملين إذا كانوا يمارسون مهام طبيب عام مع الإدلاء بشهادة تثبت ذلك؛
- تحال الملفات التأديبية للموظفين الذين استفادوا من الحركة الانتقالية على مقرات العمل الجديدة قصد اتمام المسطرة التأديبية؛
- يعتبر طلب الانتقال صالحا برسم السنة التي قدم فيها؛
- يتعين على طالبي الانتقال التوقيع على الاستمارة بعد ملئها والتأكد من صحة المعلومات المبينة فيها وكذا الرصيد المحصل عليه، قبل عرضها على توقيع السيد المندوب؛
- يتحمل السادة المندوبون شخصا مسؤولية صحة المعلومات المبينة في الاستمارة المملوءة من طرف المشاركين في الحركات الانتقالية؛
- يتم تقييم هذه الحركة بصفة دورية من أجل إدخال بعض التعديلات عند الاقتضاء، والتي يستلزمها السير العادي للمرفق الصحي العمومي؛
- يمكن للإدارة تنظيم حركات انتقالية لفئة معينة عند الاقتضاء؛
- يتم الإعلان عن نتائج الحركات الانتقالية عبر الموقع الإلكتروني للوزارة بعد الاطلاع عليها من طرف اللجنة المركزية للتتبع.

وسيتم لاحقا توضيح كل المساطر و الترتيبات الإدارية والتقنية والتدابير الإجرائية والأجال الخاصة بكل حركة من هذه الحركات الانتقالية. وحتى تتم الحركة الانتقالية في أحسن الظروف، يرجى اطلاع كافة الأطر الصحية على فحوى هذه الدورية وأن يتقيدوا بمقتضياتها.

والسلام.
وزير الصحة
الحسين النوردي

نشر عام.