



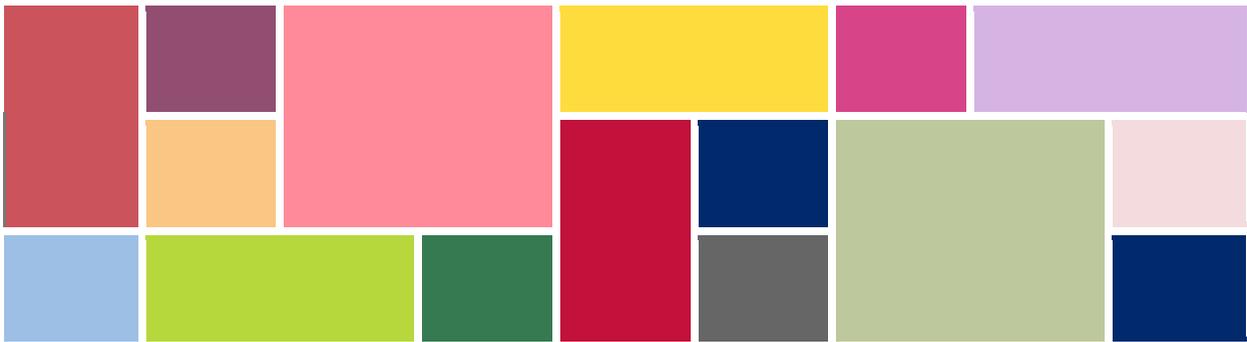
**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child  
Survival Program

# Poner en práctica el Cuidado Materno Respetuoso para las madres y recién nacidos en los programas integrales de MCSP

## Guía operativa

Marzo de 2020



El Programa de Supervivencia Materno Infantil (MCSP por su sigla en inglés) es una iniciativa mundial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) que apunta a implementar y apoyar intervenciones de salud de gran impacto en 24 países prioritarios. El objetivo final consiste en terminar con las muertes infantiles y maternas evitables en una generación. El MCSP apoya la programación en salud materna, neonatal e infantil; vacunación; planificación familiar y salud reproductiva; nutrición; fortalecimiento de los sistemas de salud; higiene y saneamiento del agua; malaria; prevención de la transmisión madre-hijo del VIH; y atención y tratamiento de niños con VIH. El MCSP abordará estos temas mediante propuestas que también se centrarán en la movilización del grupo familiar y de la comunidad, la integración del género y la e-Salud, entre otros.

Este estudio es posible gracias al generoso apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en virtud de los términos del Acuerdo de cooperación AID-OAA-A-14-00028. El contenido es responsabilidad del Programa de Supervivencia Materno Infantil y no necesariamente refleja la opinión de la USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.

La traducción al español de la Guía y los instrumentos fue realizada por Jhpiego.

Marzo de 2020

# Índice

<b>Abreviaturas.....</b>	<b>v</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Antecedentes: construir la evidencia .....</b>	<b>3</b>
Comprensión y medición del cuidado materno respetuoso y del maltrato .....	3
Enfoques para disminuir el maltrato y fomentar el CMR .....	8
<b>Diseñar e implementar propuestas de CMR en un programa integral de SMN .....</b>	<b>10</b>
Introducción .....	10
Diseñar propuestas para el contexto local: fase 2 .....	17
Implementar las propuestas de CMR en un programa de SMN .....	24
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>28</b>
<b>Anexo 1. Estándares de calidad de la experiencia de atención en salud materna y neonatal de la OMS, y declaraciones de calidad correspondientes .....</b>	<b>37</b>
<b>Anexo 2. Tipos de maltrato y factores determinantes seleccionados.....</b>	<b>38</b>
<b>Anexo 3. Diversas propuestas para promover el CMR y disminuir el maltrato descritas en estudios a través de diferentes contextos .....</b>	<b>41</b>
<b>Anexo 4. Nota conceptual ilustrativa sobre el MCSP y plan de trabajo para la incorporación de propuestas de CMR en un programa integral de SMN .....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo 5. Métodos de recopilación de datos cualitativos sobre CMR/maltrato .....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo 6. Métodos de recopilación de datos cuantitativo sobre el CMR/maltrato ..</b>	<b>59</b>
<b>Anexo 7. Instrumentos para el análisis situacional de MCSP para el CMR, instrumentos de monitoreo y evaluación, y guía para la revisión ética .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo 8: Guía sobre cómo elaborar una teoría del cambio .....</b>	<b>80</b>
<b>Anexo 8A: Plantilla/hoja de trabajo para crear una teoría del cambio .....</b>	<b>82</b>
<b>Anexo 8B: Ejemplos de una teoría del cambio a partir de programas de CMR en Tanzania y Kenia.....</b>	<b>83</b>

# Agradecimientos

El equipo de Salud Materna del MCSP agradece la colaboración de muchas personas para elaborar este documento.

Entre los autores clave, podemos mencionar a Kathleen Hill, MCSP; Suzanne Stalls, MCSP; Reena Sethi, MCSP; Eva Bazant, Jhpiego; Susan Moffson, MCSP.

Agradecemos especialmente a las siguientes personas por su colaboración: Debbie Armbruster, USAID; Mary Ellen Stanton, USAID; Karen Fogg, USAID; Blami Dao, Jhpiego; Myra Betron, Jhpiego, Joya Banerjee, Jhpiego; Margaret Dadian, Jhpiego; Veronica Reis, Jhpiego; Gaudiosa Tibaijuka, Jhpiego; Sheena Currie, Jhpiego; Kate Brickson, Jhpiego; Ephrem Daniel, Jhpiego, Chibugo Okoli, Jhpiego; Chioma Oduenyi, Jhpiego; Thida Moe, NanNan Aung y Khine Hay Mar, Jhpiego/Myanmar; Rima Jolivet, Maternal Health Task Force; Elena Ateva White Ribbon Alliance (WRA); Charlotte Warren, Charity Ndwiga y Pooja Sripad, Consejo de Población; Shanon McNab, Prevención de la Mortalidad y las Discapacidades Maternas; Megan Bohren, Organización Mundial de la Salud (OMS); Emily Peca, Corporación Universitaria de Investigación.

# Abreviaturas

AS	Asistente social
FR/A	Falta de respeto y abuso
EGF	Entrevistas de grupos focales
VG	Violencia de género
SIS	Sistema de información en salud
ISH	Investigación en sujetos humanos
RRHH	Recursos humanos
TP/P	Trabajo de parto y parto
MCHIP	Programa Integrado de Salud Materno Infantil ( <i>Maternal and Child Health Integrated Program</i> )
MCSP	Programa de Supervivencia Materno Infantil ( <i>Maternal and Child Survival Program</i> )
SMN	Salud materna y neonatal
SMNI	Salud materna, neonatal e infantil
MINSAL	Ministerio de Salud
ONG	Organización no gubernamental
ISNH	Investigación en sujetos no humanos
MdC	Mejora de la calidad
CdA	Calidad de atención
CMR	Cuidado Materno Respetuoso
APT	Asistente de Partos Tradicional
OMS	Organización Mundial de la Salud
WRA	Alianza del. Listón Blanco ( <i>White Ribbon Alliance</i> )



# Introducción

Las experiencias de las mujeres y las familias respecto de la atención obstétrica en los centros de salud resultan fundamentales para su experiencia general del parto y la decisión de dónde dar a luz. El parto es una experiencia que conlleva un profundo significado personal y cultural, y las mujeres y las familias aspiran y tienen derecho a una atención digna y respetuosa. Sin embargo, estudios llevados a cabo en todo el mundo, hacen referencia al maltrato que reciben las mujeres durante el parto en los centros de salud (Bohren y otros, 2015, 2019; Afulani y otros, 2019). El maltrato en el parto viola los derechos humanos básicos de las mujeres y los recién nacidos, viola la obligación fundamental del sistema de salud de brindar apoyo y atención oportuna en el parto, y puede provocar un trauma emocional duradero.

En 2011, la *White Ribbon Alliance* (WRA) lanzó una campaña mundial para fomentar el cuidado materno respetuoso (CMR) como un derecho humano universal. Una carta dirigida por la WRA para los derechos de las mujeres gestantes, publicada en 2010 y actualizada en 2019, se basa en un análisis del panorama de 2010 sobre la falta de respeto y el

abuso en los establecimientos de salud, publicada por el proyecto TRAction de USAID (*Translating Research into Action*) (llevar la investigación a la práctica) (Bowser y Hill, 2010). El objetivo principal de la carta, ante la creciente evidencia de maltrato, es crear conciencia sobre los derechos de las gestantes y los recién nacidos, reconocidos en las declaraciones internacionales de derechos humanos. En 2014, la OMS emitió una declaración en la que pedía la eliminación y prevención de la falta de respeto y el abuso durante los partos asistidos en los establecimientos de salud (OMS 2014).

Desde 2010, hay un aumento considerable de publicaciones sobre el CMR en todo el mundo. En la mayoría de estos estudios, se han evaluado las manifestaciones, la prevalencia y en menor medida, los motivos que impulsan el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud. En un estudio de cuatro países sobre el maltrato durante el parto, utilizando métodos comunes en todos los países, se documentó una prevalencia de maltrato del 41,6 % según observación directa y del 35,4 % según una encuesta comunitaria de mujeres en Nigeria, Ghana, Myanmar e India (Bohren y otros, 2019). Una revisión sistemática bibliográfica de métodos combinados sobre el maltrato en el parto identificó siete principales temas de maltrato: abuso físico, abuso sexual, agresión verbal, estigma y discriminación, falla en cumplir los estándares profesionales de atención, mala comunicación entre las mujeres y los proveedores de atención, y condiciones y limitaciones del sistema de salud (Bohren y otros, 2015). En el Anexo 2, se resumen estos temas y algunos motivos comunes seleccionados descritos en las publicaciones.

Sin embargo, la ausencia o la disminución del maltrato en el parto no garantiza el CMR para las mujeres y los recién nacidos durante el parto. Por ejemplo, la ausencia de un comportamiento negativo, como la agresión verbal, no asegura conductas de cuidado positivas, como pedir el consentimiento de la mujer antes de realizar un tacto vaginal. El CMR y el maltrato en el parto ocupan dos extremos de un proceso continuo. Los estudios demuestran que, a lo largo de este proceso las mujeres y los recién nacidos pueden experimentar una mezcla de vivencias positivas, como el CMR; y negativas, como el maltrato y la agresión (Afulani y otros, 2018). En 2015, la OMS publicó una visión de la calidad de la atención materna y neonatal. En esta, se

“La maternidad segura debe ir más allá de la prevención de la morbilidad o mortalidad para abarcar el respeto a los derechos humanos básicos de las mujeres, incluyendo la autonomía, la dignidad, los sentimientos, las elecciones y preferencias de las mujeres.”

Fuente: Reis y otros, 2012



Fotografía de Kate Holt, República de Liberia

presentan ocho «estándares» a los que se aspira para la atención de calidad. Tres de ellos se relacionan directamente con la experiencia de atención: comunicación eficaz, respeto y dignidad, y apoyo emocional (véase la Figura 1). Los otros cinco estándares, vinculados con la prestación de servicios basados en la evidencia (atención clínica) y las funciones esenciales del sistema de salud (productos básicos, recursos humanos, referencias y sistemas de información), también son fundamentales para la prestación y la experiencia del CMR. Las recomendaciones de la OMS de 2018 sobre la atención durante el parto para una experiencia positiva del parto y la carta actualizada sobre los Derechos Universales de las Mujeres en edad fértil y los Recién Nacidos publicada en 2019 refuerzan la importancia central del CMR para las mujeres y los recién nacidos (OMS 2018, WRA 2019). En estas recomendaciones, la OMS define el CMR como «la atención que se organiza y se brinda a todas las mujeres de manera que mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la ausencia de daños y malos tratos y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto» (OMS 2018).

A pesar de los numerosos estudios publicados que evalúan las manifestaciones, la prevalencia y, en menor medida, los motivos que impulsan el CMR y el maltrato, todavía hay poca evidencia para fundamentar el diseño, la implementación y el monitoreo de intervenciones locales para promover el CMR y disminuir el maltrato como parte de los programas integrales de salud materna y neonatal (SMN). Un grupo de estudios ha permitido adquirir conocimientos preliminares importantes sobre las intervenciones para disminuir el maltrato, lo que ha ayudado a fundamentar esta Guía operativa (Abuya y otros, 2015b; Ratcliff y otros, 2016a; Kujawski y otros, 2017).

**El objetivo de esta orientación operativa es proporcionar a los tomadores de decisión de los países/partes interesadas (incluidos los responsables de la formulación de políticas de salud, administradores de programas, y miembros de la sociedad civil) y al personal del Programa de Supervivencia Materno infantil (MCSP por su sigla en inglés) un proceso flexible con el fin de guiar el diseño, la implementación y el monitoreo de las iniciativas para fortalecer el CMR y eliminar el maltrato como parte de los**

El público objetivo de esta Guía operativa para el CMR es el personal del MCSP y las partes interesadas de los países que buscan incorporar un sólido enfoque en el CMR dentro del contexto de los grandes programas de SMN.

**programas integrales de SMN.** Esta orientación se basa en los datos publicados y en los resultados de dos reuniones sobre CMR organizadas por el MCSP (una en Tanzania, en 2015; y la segunda en Washington, DC, en 2016). En estas, se convocaron a los responsables de formular políticas de salud, defensores, investigadores y ejecutores de programas del CMR. Asimismo, esta orientación destaca la importancia del contexto y proceso locales, así como los elementos clave que deben tenerse en cuenta en el diseño, la puesta en práctica y la supervisión sistemática del CMR, y de las iniciativas para disminuir el maltrato. Organizada en torno a una etapa de diseño y puesta en práctica (ver la Figura 3), la orientación presenta una secuencia flexible de pasos basados en el contexto local y el aprendizaje continuo de la puesta en práctica. El documento y los anexos incluyen enlaces a muchos recursos prácticos y referencias que los administradores de programas de SMN pueden adaptar en función de sus necesidades específicas y del contexto local.

# Antecedentes: construir la evidencia

En esta sección de antecedentes, se detallan los marcos y la evidencia actuales para definir y medir el CMR y el maltrato. Asimismo, se analizan enfoques prometedores que se han evaluado en diferentes contextos para fortalecer el CMR y disminuir el maltrato. La sección comienza con una descripción general de los esquemas y consideraciones sobre la medición del CMR seguido de una descripción general y consideraciones de la medición del maltrato. La sección concluye con una breve descripción general de enfoques prometedores para mejorar el CMR y disminuir el maltrato que se han probado en varios entornos en un pequeño número de estudios.

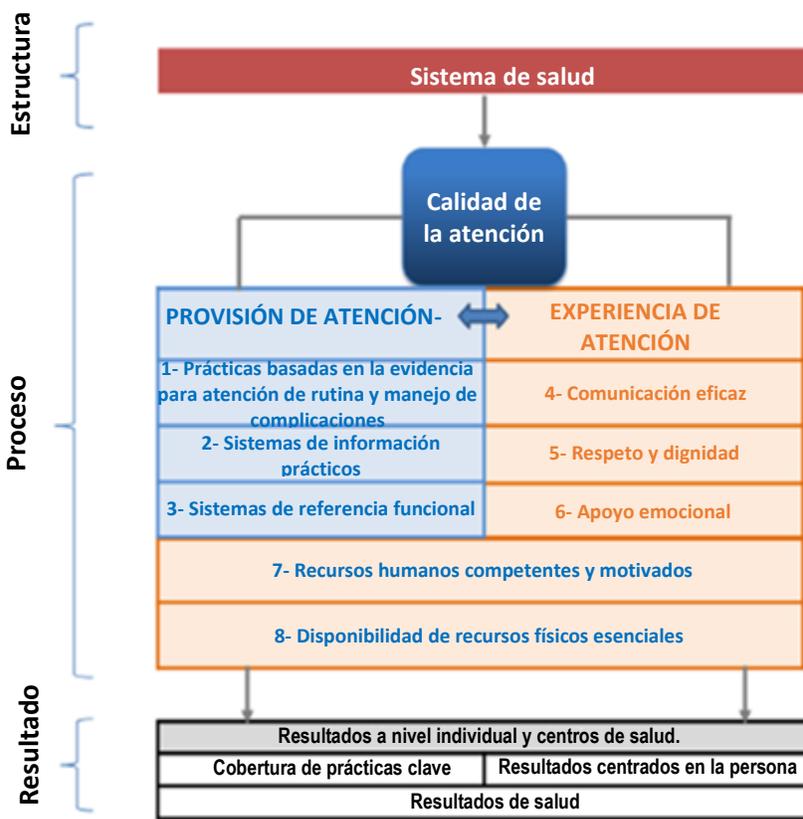
## Comprensión y medición del cuidado materno respetuoso y del maltrato

### Cuidado Materno Respetuoso

Una revisión sistemática cualitativa de lo que verdaderamente importa a las mujeres en el parto reveló, como era de esperar, que la mayoría de las mujeres desean una experiencia positiva que cumpla o supere sus creencias y expectativas personales y socioculturales previas. Entre ellas, se cuentan «dar a luz a un bebé sano en un entorno seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, con el apoyo práctico y emocional de un acompañante en el parto, y un personal clínico competente, tranquilizador y amable» (Downe y otros, 2018).

La visión de la OMS sobre la calidad de atención durante el parto para la madre y el recién nacido en los centros de salud, publicada en 2015, incluye ocho estándares a los que se aspira para lograr una atención de alta calidad en torno al momento del parto. Tres de ellas se relacionan directamente con la experiencia de la atención en salud: comunicación eficaz, respeto y dignidad, apoyo emocional (ver la Figura 1).

Figura 1. Marco de la OMS para la calidad de atención materna y neonatal



Como seguimiento de la visión sobre la atención de calidad en el parto, la OMS publicó un conjunto de estándares, declaraciones de calidad y medidas con el fin de guiar las iniciativas para mejorar y supervisar la calidad de atención materna y neonatal en los centros de salud (OMS, 2015 y 2016c). Consulte *Estándares para mejorar la calidad de atención materna y neonatal en los centros de salud* ([Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities](#)). Cada uno de los ocho estándares de la OMS para mejorar la calidad de atención materna y neonatal en los centros de salud incluye varias *declaraciones de calidad y medidas* asociadas. Las *declaraciones de calidad* son concisas y prioritarias y están destinadas a impulsar mejoras medibles en la atención. En el Anexo 1, se resumen las declaraciones de calidad de la OMS para cada una de los tres estándares aspiracionales relacionados con la experiencia de la atención en salud. El marco de supervisión para la Red de Calidad de Atención (CdA) establecida por la OMS incluye indicadores ilustrativos para cada declaración de calidad (OMS 2019). Consulte *Países de la Red del marco de seguimiento de la OMS* ([WHO Monitoring Framework Network Countries](#)). En 2017, la OMS y sus socios pusieron en marcha una red de calidad de atención en nueve países en una primera etapa para mejorar el nivel de atención y los resultados en las madres y los recién nacidos durante el parto en los centros de salud.

Los objetivos de la Red de Calidad de la Atención son los siguientes:

- Reducir en un 50 % la mortalidad materna, neonatal y de mortinatos en los centros de salud participantes en un periodo de cinco años.
- Mejorar la experiencia de la atención en salud para las madres, los recién nacidos y las familias.

Afulani y colegas elaboraron y validaron en Kenia, India y Ghana una atención cuantitativa de la maternidad centrada en la persona (PCMC por su sigla en inglés). Esta mide los atributos positivos y negativos de la atención de la maternidad, categorizados dentro de tres sub-escalas que reflejan las experiencias de los tres estándares de atención en salud (dominios) en el marco de la OMS para la calidad de atención: dignidad y respeto, comunicación y autonomía, cuidados de apoyo (Afulani y otros, 2019). Los atributos positivos de la atención en la escala de PCMC de 30 ítems incluyen preguntas que abarcan desde el trato respetuoso hasta la solicitud del consentimiento antes de un procedimiento. Afulani y colegas caracterizan la atención de la maternidad centrada en la persona como «la atención de la maternidad que es respetuosa y que responde a las preferencias, las necesidades y los valores individuales de las mujeres y las familias; [e incluye] la capacidad de respuesta del sistema y del prestador de atención de salud, la comunicación entre la paciente y el proveedor, y la comunicación interpersonal» (Afulani y otros, 2019).

Se están realizando esfuerzos para perfeccionar los indicadores del CMR y los métodos de medición (cuantitativos y cualitativos) destinados a evaluar y monitorear la experiencia de la atención de las mujeres, los recién nacidos y las familias durante el parto. Todo ello forma parte de los esfuerzos para la mejora de la calidad en los países que participan en la Red de Calidad de Atención, así como para la implementación del programa de SMN y la investigación correspondiente en países no incluidos en la red.

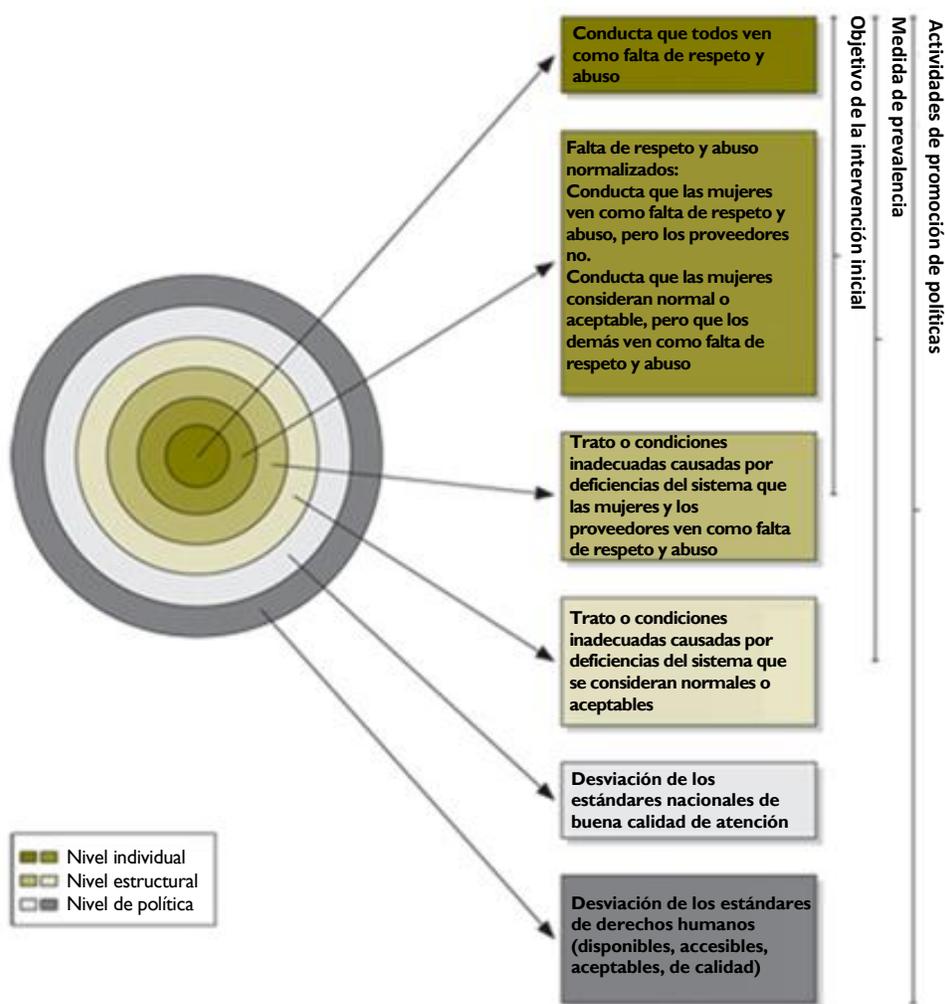
## Maltrato en el parto

La toma de conciencia sobre la magnitud y frecuentes manifestaciones de maltrato en el parto ha aumentado considerablemente en la década transcurrida desde la publicación del análisis de la situación de Bowser y Hill sobre la falta de respeto y el abuso durante la atención del parto en los establecimientos de salud (Bowser y Hill, 2010). A medida que los Objetivos de Desarrollo del Milenio llegaban a su fin en 2015 y se observaba que los objetivos 4 y 5 relacionados con la mortalidad materna y neonatal estaban muy atrasados, los gobiernos y las organizaciones comenzaron a examinar las barreras para la utilización de los servicios institucionales del parto y la calidad de estos servicios. La evidencia demostró que la mala calidad de la atención del parto, como el maltrato total a las mujeres, los recién nacidos y las familias, fue un impedimento significativo al momento de buscar atención, junto con otras barreras bien documentadas para acceder a la atención, incluidas las barreras geográficas y económicas (Bohren y otros, 2015; Kruk y otros, 2014; Abuya y otros, 2015a). La nueva evidencia también sugirió una asociación entre el maltrato durante el parto y los malos resultados en la salud materna (Raj y otros, 2017). Esta toma de conciencia permitió impulsar los esfuerzos de los tomadores de decisión en programas de salud de la madre y el recién nacido para comprender mejor las manifestaciones clave y los motivos que impulsan el maltrato, así como los enfoques

locales prometedores para mejorar el CMR, disminuir el maltrato y aumentar la utilización de los servicios de atención del parto.

Uno de los desafíos que plantea la definición y la medición del maltrato a las mujeres y los recién nacidos durante el parto es que la definición de maltrato varía según la perspectiva de quién o de qué estándares normativos se apliquen. Freedman y coautores (2014) proponen una definición de maltrato que incluye tanto los estándares normativos como los componentes básicos de la experiencia, tal como se observa en la Figura 2 a continuación.

**Figura 2. Definición de falta de respeto y abuso a la mujer en el parto**



Fuente: Freedman y otros, 2014.

En su análisis de la situación de 2010 sobre la falta de respeto y el maltrato durante el parto en los centros de salud, Bowser y Hill detallaron siete categorías de maltrato durante el parto que suelen ser reportadas en las publicaciones: maltrato físico, atención clínica no consentida, atención no confidencial, atención no digna, discriminación, abandono y detención en los establecimientos de salud (Bowser y otros, 2010). En aquel momento, había escasa evidencia de salud pública sobre la prevalencia de maltrato en los partos institucionales. Sin embargo, la cantidad de informes en los que se describe el maltrato a las mujeres durante el parto es cada vez mayor, especialmente en las publicaciones sobre derechos humanos. En 2015, tras un rápido aumento en las investigaciones y las publicaciones de salud pública sobre el tema, Bohren y coautores publicaron una revisión sistemática sobre el maltrato en el parto a partir de una revisión de las publicaciones cuantitativas y cualitativas (dos tercios de las cuales se publicaron después del análisis de la situación de Bowser y Hill de 2010). La revisión sistemática identificó siete temas de tercer orden sobre el maltrato en el parto, que incluyen:

**Poner en práctica el Cuidado Materno Respetuoso para madres y recién nacidos en los programas integrales de MCSP**

- Abuso físico.
- Abuso sexual.
- Abuso verbal.
- Estigma y discriminación.
- Incumplimiento de los estándares de atención profesional.
- Mala relación entre las mujeres y los proveedores de atención en salud.
- Condiciones y limitaciones del sistema de salud.

Varios estudios han documentado la generalización del maltrato a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto en todas las regiones del mundo. La evidencia sobre la experiencia en los recién nacidos es más limitada, pero está aumentando lentamente (Sacks E., 2017). Además del maltrato a las mujeres, a los recién nacidos y a las familias, hay cada vez más evidencia de que los propios proveedores de atención en salud suelen ser maltratados en el lugar de trabajo (OMS 2016a [\[WHO 2016a\]](#); Ogunlaja y otros, 2017). En un estudio realizado en Adís Abeba, más de la mitad de los proveedores encuestados informaron haber sido maltratados (Asefa y otros, 2018). Asimismo, en análisis de la situación recientes llevados a cabo por MCSP en el altiplano occidental de Guatemala y en los estados de Kogi y Ebonyi en Nigeria, aproximadamente entre un tercio y la mitad de los profesionales de atención de salud informaron haber recibido agresiones verbales o maltrato físico por parte de pacientes, familiares de pacientes o colegas.

En estudios cuantitativos, se ha indicado que las tasas de prevalencia de maltrato a las mujeres en los centros de salud varían entre el 15 % y el 98 % (Bohren y otros, 2018; Afulani y otros, 2018; Abuya y otros, 2015a; Sando y otros, 2016; Okafor y otros, 2015; Raj y otros, 2017). La agresión verbal es la forma de maltrato descrita con mayor frecuencia en los estudios de países de todo el mundo hasta la fecha. Sin embargo, debido a las diferencias en las definiciones y los métodos utilizados para medir el maltrato, no es posible realizar comparaciones precisas y determinar la prevalencia de los tipos de maltrato entre los estudios. Entre los problemas de medición, se encuentran definiciones inconsistentes de maltrato y el uso de distintos diseños e instrumentos en los estudios (Sando y otros, 2017). En un estudio reciente llevado a cabo por Sando y otros acerca de los métodos utilizados en los cinco primeros estudios de prevalencia sobre la falta de respeto y abuso durante el parto en los establecimientos de salud, se pone de manifiesto la falta de estandarización en «definiciones, instrumentos y métodos de estudio utilizados hasta la fecha [que afectan] la generalización y la comparabilidad de las estimaciones de prevalencia de la falta de respeto y el abuso entre los distintos estudios». Por ejemplo, las tasas de maltrato comunicadas por las pacientes pueden variar según cuándo y dónde se realicen los cuestionarios. En un estudio realizado en Tanzania, la proporción de mujeres que comunicaron haber sido maltratadas durante el parto en un centro de salud aumentó del 19 % en los cuestionarios al alta de la maternidad al 28 % en el cuestionario realizado en el hogar, seis semanas después del parto (Kruk y otros, 2014).

En 2019, Bohren y colegas publicaron un estudio transversal de cuatro países sobre cómo se trata a las mujeres durante el parto, con el foco en el maltrato, usando métodos comunes de medición en todos los países (Bohren y otros, 2019). En el estudio, el 41,6 % de las mujeres observadas en 2016 y el 35,4 % de las 945 mujeres encuestadas después del parto en la comunidad sufrieron abuso físico o verbal, o bien estigma o discriminación, en todos los países (Birmania, Ghana, Guinea y Nigeria). El estudio constó de dos fases. La primera fase consistió en una investigación formativa cualitativa para estudiar las manifestaciones y los motivos que impulsan el maltrato durante el parto. Para ello, se recurrió a sesiones de grupos focales y entrevistas en profundidad con mujeres, proveedores y administradores. En la segunda fase, se midió la prevalencia de maltrato mediante la observación directa y una encuesta postnatal en la comunidad a partir de los resultados de la fase formativa (Bohren y otros, 2016; Bohren y otros, 2017; Balde y otros, 2017a; Balde y otros, 2017b). El estudio generó una importante medida de la prevalencia del maltrato en cuatro países, utilizando métodos e instrumentos comunes a todos ellos. Sin embargo, las observaciones sobre el trabajo de parto y las encuestas postnatales en la comunidad requieren importantes recursos lo que probablemente limiten su utilidad para evaluar y monitorear el maltrato en grandes programas de SMN fuera de los estudios de investigación.

Hasta hace poco, eran escasos los instrumentos validados para medir la experiencia de las mujeres (tanto positiva como negativa) durante el parto en los establecimientos de salud de bajos recursos. La revisión sistemática llevada a cabo por Nilver y colegas en 2017 sobre los instrumentos validados para medir la experiencia de las mujeres en la atención del parto fue una importante contribución a la bibliografía (Nilver y otros, 2017). No obstante, la mayoría de los instrumentos de esta revisión, incluida una escala validada por Vedam y sus colegas en América del Norte (Vedam y otros, 2017), fueron validados en entornos de altos recursos donde el contexto asistencial es diferente al de bajos recursos. Dos estudios recientes en los que se validan escalas cuantitativas sobre la experiencia de las mujeres en la atención del parto, probablemente sean más aplicables en entornos de bajos recursos. Uno de ellos validó una escala cuantitativa en Etiopía (Sheferaw y otros, 2016); y el otro, una escala cuantitativa de atención centrada en la persona de 30 ítems en la India, Ghana y Kenia (Afulani y otros, 2019, 2017). Estas escalas pueden incorporarse a breves cuestionarios para clientes; y los administradores de programas de SMN pueden usarlos para monitorear las intervenciones destinadas a mejorar el CMR y disminuir el maltrato. Sin embargo, la tensión entre los métodos de medición confiables y extrapolables (p. ej., las escalas del CMR/PCMC) y la validez en un contexto local individual seguirá presentando dificultades a la hora de evaluar y monitorear en programas de SMN individuales.

Debido a la variedad de características incluidas en los marcos conceptuales de maltrato y CMR, ningún indicador puede medir la totalidad de CMR o maltrato durante el parto institucional. Más bien los indicadores individuales pueden medir elementos determinados de las características del CMR y maltrato con respecto a ambos estándares normativos (p. ej., presencia de un acompañante a elección en el parto) y la experiencia de atención percibida por las clientes (p. ej., ser tratada con respeto). En la mayoría de los programas, se necesitará una combinación de indicadores y métodos cuantitativos y cualitativos para evaluar y monitorear el CMR y el maltrato. Se está estudiando la forma de priorizar y evaluar diferentes indicadores y métodos de medición del CMR y del maltrato como parte de las iniciativas para mejorar la calidad asistencial en los países que participan en la Red de Calidad de la Atención de la OMS, y de recabar y difundir los conocimientos entre los administradores de programas de SMN.

Hay muchas iniciativas en curso para priorizar y perfeccionar el CMR y los indicadores de la experiencia de la atención en salud, que se incluyen como parte de la Red de Calidad de la Atención de la OMS. Sin embargo, no hay un consenso mundial sobre un grupo de indicadores prioritarios del CMR que puedan utilizarse para la supervisión sistemática de las intervenciones del CMR y los efectos de estas intervenciones en los programas integrales de SMN. El grupo de trabajo - Poner fin a la Mortalidad Materna Prematura- (*Ending Premature Maternal Mortality*)- identificó el desarrollo de indicadores del CMR como un área prioritaria para futuras investigaciones (Moran y otros, 2016). Una próxima publicación prevista sobre indicadores de rutina para el monitoreo del CMR, propone un conjunto de indicadores del CMR que se pueden medir con métodos cuantitativos, como un breve cuestionario periódico para clientes.

*«Según [nuestros] resultados, tal vez se necesiten varias medidas para evaluar los diversos aspectos posiblemente no correlacionados del maltrato durante el parto...»*

Fuente: Raj y otros, 2017

La evaluación y el monitoreo rutinario del CMR y del maltrato destinados a controlar y guiar las iniciativas de implementación en los programas integrales de SMN es un área difícil, pero importante, que se aborda en varias secciones de esta guía (análisis situacional, p. 13; diseño de un marco de monitoreo y evaluación del programa, p. 21; Métodos y recursos de recopilación de datos cuantitativos y cualitativos, Anexos 5 y 6). En los Anexos 5 y 6, se resumen los métodos cualitativos y cuantitativos para evaluar el CMR y el maltrato con una serie de fuentes de datos (p. ej., clientes, proveedores, administradores, responsables de la formulación de políticas de salud). Asimismo, se destacan los puntos fuertes y las limitaciones de cada método. En estos anexos, se incluyen referencias y enlaces a instrumentos que los administradores de programas pueden adaptar para un análisis situacional y monitoreo rutinario para fundamentar el diseño e implementación del CMR y los esfuerzos para disminuir el maltrato en un programa integral de SMN. Es necesario seguir investigando para elaborar, perfeccionar y validar (según corresponda) métodos cualitativos y cuantitativos de evaluación y medición del CMR y del maltrato, que sean factibles y sostenibles en programas integrales de SMN que operen a escala en entornos de bajos recursos.

## Enfoques para disminuir el maltrato y fomentar el CMR

Hay escasa evidencia sobre las propuestas y las intervenciones eficaces de los programas para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a las mujeres, los recién nacidos y las familias en los programas integrales de SMN. No obstante, varios estudios recientes han documentado mejoras alentadoras en el CMR y disminución del maltrato después de implementar intervenciones diseñadas a nivel local (Abuya y otros, 2015b; Ratcliffe y otros, 2016a; Kujawaski y otros, 2017). Hasta la fecha, los estudios se han implementado como estudios del CMR independientes, centrados en un conjunto de iniciativas de CMR prioritarias en unos pocos establecimientos, en lugar de centrarse en el diseño e incorporación de intervenciones del CMR en un programa integral de SMN que opere a gran escala. Estos estudios han permitido adquirir conocimientos básicos y son recursos importantes para orientar el diseño y la implementación de intervenciones de CMR. Un próximo paso importante consiste en acumular experiencia y más conocimientos sobre cómo el CMR y las iniciativas para disminuir el maltrato pueden incorporarse a los programas integrales de SMN que operan a gran escala.

La experiencia demuestra que no existe una fórmula mágica para disminuir el maltrato o mejorar el CMR. En lugar de ello, los artículos publicados y la literatura informal ilustran la importancia de un proceso multisectorial que busque la participación de los actores locales para elaborar y evaluar intervenciones dirigidas a disminuir el maltrato y mejorar el CMR a partir de facilitadores clave del CMR y de los motivos que impulsan el maltrato en el contexto local. Para apoyar un proceso multisectorial eficaz, es importante que los administradores de programas involucren a las partes interesadas clave desde el inicio del proceso y que todos ellos entiendan lo que facilita el CMR, así como las formas comunes y los motivos que impulsan el maltrato en el ámbito del programa local. En el Anexo 2, se resumen los tipos frecuentes de maltrato en el parto y los motivos seleccionados descritos en las publicaciones, mediante el esquema de clasificación de Bohren (Bohren y otros, 2015.) Este anexo invita a la reflexión de los administradores de programas de SMN y de las partes interesadas en torno a los motivos que impulsan las formas frecuentes de maltrato en su entorno para guiar el diseño local de las intervenciones. En el Anexo 3, se analizan varios enfoques, para fortalecer el CMR y disminuir el maltrato, evaluados en estudios en diferentes contextos. Además, se detallan los posibles facilitadores y las barreras para aplicar enfoques específicos en el contexto de un programa individual.

Ejemplos ilustrativos de iniciativas para mejorar el CMR y disminuir el maltrato probadas en estudios en diferentes contextos de distintos niveles del sistema (nacional, regional, prestación de servicios, comunitario), son los siguientes (véase Anexo 3):

- Actividades de promoción y políticas a nivel nacional y local (p. ej., política nacional; decreto del distrito o del establecimiento de salud).
- Jornadas de puertas abiertas en la maternidad para favorecer la interacción informal entre las gestantes, las familias y los trabajadores de atención en salud, y para que las familias conozcan mejor los servicios de maternidad y puedan influir en ellos.
- Procesos de mejora de la calidad en los centros de salud que incluya la participación de la comunidad.
- Intervenciones de apoyo a los proveedores de atención - Cuidar a quién cuida -.
- Enfoques centrados en el género.
- Mecanismos de responsabilidad social y participativa (p.ej., tarjetas de puntuación en la comunidad que incluyan mediciones de la experiencia de la atención de salud percibida por las familias).
- Incorporación de un fuerte enfoque en la ética profesional, la comunicación y las habilidades interpersonales en la educación, capacitación y supervisión de apoyo en el pre-servicio y en servicio.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud locales para superar las barreras estructurales (falta de productos básicos, falta de infraestructura básica).

*No hay una propuesta única para todos los casos cuando se trata de asegurar la atención respetuosa en el parto. El MCSP trabaja con sus socios nacionales para identificar y probar soluciones para prevenir el maltrato y fomentar el CMR en función del contexto de cada país.*

**Fuente: Maternal Health Task Force Blog. Respect during Childbirth Is a Right, Not a Luxury**

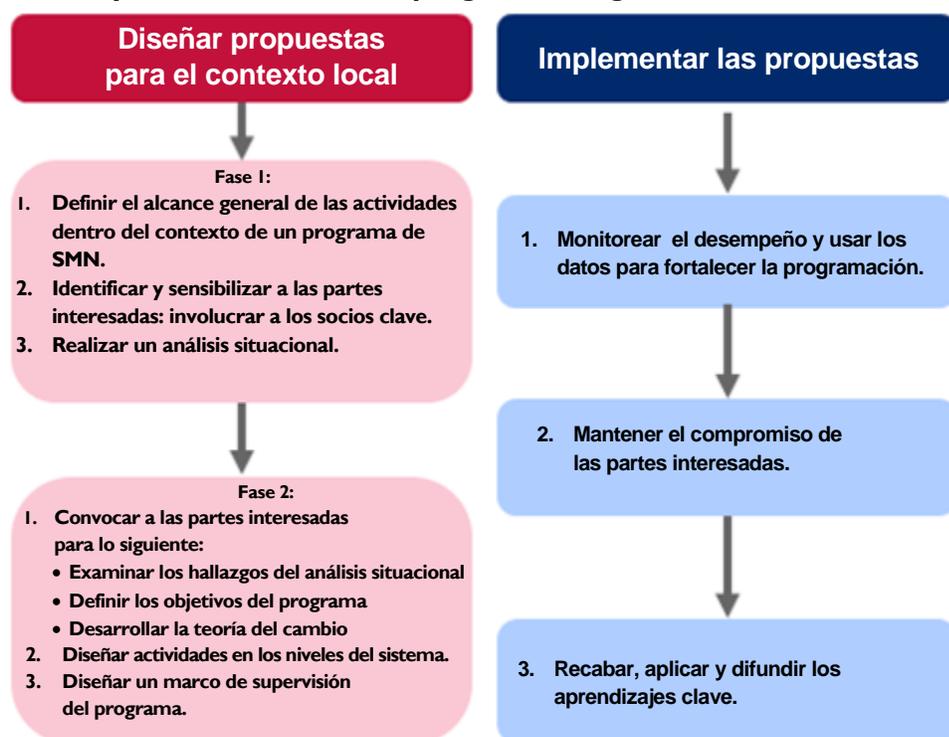
**Debido a que la ausencia o disminución de la falta de respeto no asegura el CMR, es importante promover activamente el CMR mientras se trabaja para disminuir el maltrato.**

A pesar de un creciente grupo de investigaciones sobre el trato que reciben las mujeres durante el parto en todo el mundo, la evidencia sobre el diseño, la implementación y monitoreo de las intervenciones locales para mejorar y monitorear los grandes programas de SMN en entornos de bajos recursos sigue siendo limitada. La construcción de esta evidencia representa el próximo paso para mejorar la experiencia de la atención en salud de las mujeres, los recién nacidos y las familias durante el parto en los centros de salud y es el foco principal de esta guía operativa.

# Diseñar e implementar propuestas de CMR en un programa integral de SMN

Basándose en la literatura mundial, esta sección describe un proceso flexible para que los implementadores de programas y los tomadores de decisión aliados diseñen e implementen propuestas elaboradas a nivel local para mejorar el CMR y disminuir el maltrato a las mujeres y los recién nacidos en los centros de salud que asisten partos. Como se muestra en la Figura 3, la guía recomienda una secuencia de pasos flexibles en una fase inicial de diseño para involucrar a las partes interesadas clave, comprender el contexto local y diseñar propuestas para mejorar el CMR y disminuir el maltrato en función del contexto local. En una segunda fase de implementación, tal como se observa en la Figura 3, la guía recomienda una secuencia de pasos para implementar y monitorear las propuestas prioritarias, mantener el compromiso de las partes interesadas y regularmente recabar y difundir los conocimientos clave.

**Figura 3. Proceso para diseñar propuestas que fomenten el CMR y disminuyan el maltrato en un programa integral de SMN**



## Introducción

El diseño de propuestas de CMR dentro de un programa integral de SMN puede ser una tarea desalentadora, dada la complejidad de estos programas, los diversos componentes del CMR y del maltrato, y los numerosos problemas profundamente arraigados relacionados con el maltrato que reflejan algunos de los aspectos más sensibles de cualquier cultura. En esta sección, se ofrece una guía flexible para un proceso gradual con el fin de determinar qué aspectos del CMR y del maltrato abordará un programa y cómo se integrarán las actividades del programa a un programa integral de SMN. En el Anexo 4, se hace referencia a una nota conceptual ilustrativa del MCSP y un plan de trabajo para

*«Estamos enseñando a las parteras a hacer buenos tactos vaginales, pero no a ser amables».*

-Participante en la reunión nacional de las partes interesadas sobre CMR en Ruanda, 2015

incluir las propuestas de CMR en un programa integral de SMN, a partir de las etapas de diseño e implementación detalladas a continuación. Se alienta a los administradores de programas de SMN a adaptar la nota conceptual en función del alcance y los objetivos de su programa de SMN, el contexto del país y los recursos. Será útil para los administradores de programas tener en cuenta que, en general, las iniciativas para el CMR deberán abordar varios componentes del CMR y del maltrato, apuntar a diferentes niveles de atención del sistema e incluir propuestas tanto del lado de la oferta como de la demanda (p. ej., propuestas participativas locales, como las tarjetas de puntuación en la comunidad; legislación nacional/regional, actividades de promoción y políticas; gestión regional, iniciativas para mejorar la calidad de los centros de salud). En última instancia, el diseño de las propuestas de CMR deberá responder a las necesidades y deseos de las mujeres y los proveedores de atención y garantizar que sus voces sean escuchadas de forma permanente. La primera fase de comprender lo que las mujeres y los proveedores de atención quieren y necesitan se aborda en un análisis situacional inicial y proporciona las bases para el diseño de enfoques de CMR centrados en la persona.

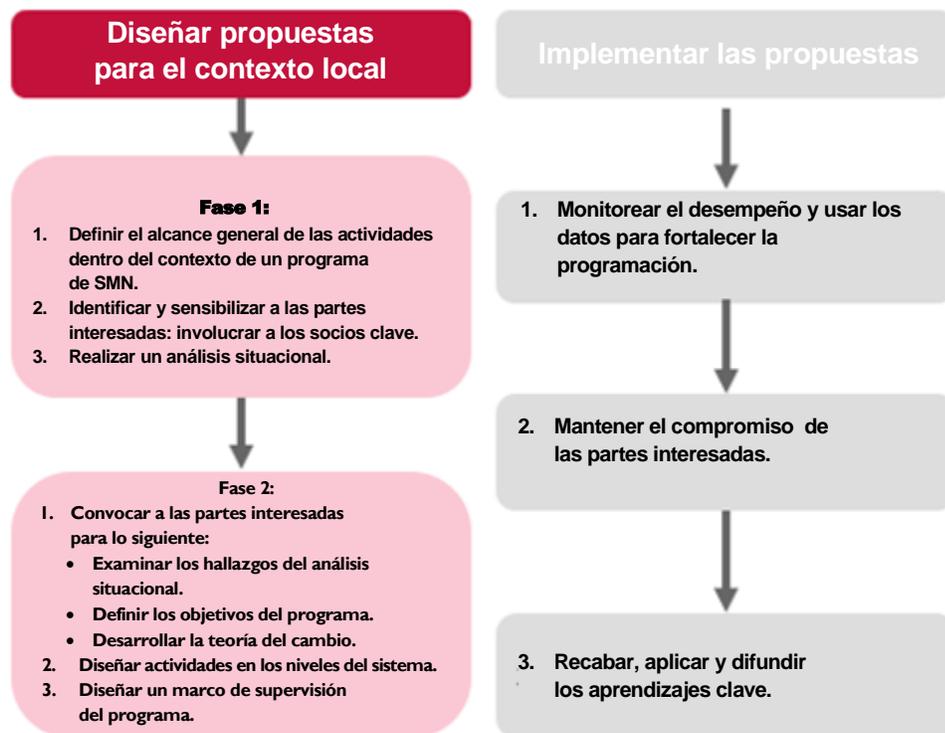
A pesar de la importancia de las propuestas multifacéticas, es importante reconocer que hay pocas probabilidades de que un solo programa que funcione en un marco de tiempo preciso pueda abordar o resolver los diversos factores que contribuyen al maltrato y a una experiencia de atención en salud positiva para las mujeres y los recién nacidos durante el parto. Además de la complejidad de los temas en cuestión, las limitaciones programáticas relacionadas con el financiamiento, los plazos y el alcance general repercutirán en lo que puede lograrse durante una fase concreta del programa. Es importante que las iniciativas centradas en disminuir el maltrato y mejorar el CMR sean lideradas a nivel local y diseñadas a largo plazo con la estrecha colaboración de gobiernos locales y nacionales, la sociedad civil y otras partes interesadas clave. Los programas deben esperar diseñar, implementar y monitorear las propuestas locales factibles de CMR, así como el aprendizaje continuo y la adaptación de las intervenciones como parte de un proceso iterativo para lograr y mantener el CMR y eliminar el maltrato, entendiendo que la mayoría de las normas y los valores sociales solo cambian tras largos períodos de esfuerzo y atención.

El CMR como componente clave de la educación pre-servicio y en servicio

**Si los estudiantes terminan la escuela y prestan servicios sin primero presenciar la aplicación del CMR, sabemos que se producirán pocos cambios.** Sin embargo, cuando el CMR y el maltrato son parte de todo el ciclo educativo, desde la capacitación pre-servicio y en servicio, es muy probable que los trabajadores de la salud valoren y adopten conductas profesionales y compasivas, y que adquieran las habilidades y los conocimientos necesarios para practicar el CMR.

Fuente: *Maternal Health Task Force Blog: Respect during Childbirth Is a Right, Not a Luxury*

## Diseñar propuestas de CMR para el contexto local: fase I



### I. Definir el alcance general de las actividades dentro del contexto de un programa de SMN

Al principio, es importante determinar el alcance general de las iniciativas para el CMR dentro de un programa integral de SMN, considerando y definiendo lo siguiente:

- Las prioridades de las partes interesadas locales para el CMR y la disminución del maltrato.
- Los parámetros de las actividades del CMR a partir del mandato, los objetivos y el alcance general del programa de SMN (p. ej., el enfoque relativo en las actividades de promoción del CMR o la disminución del maltrato).
- Los recursos disponibles para el programa (p. ej., para un análisis de la situación, el proceso de diseño local, la implementación, el monitoreo y el aprendizaje compartido).
- El nivel de concientización sobre el CMR en el contexto del programa y del país, incluidas las actividades de promoción, investigación, implementación y logros del CMR previos o en curso (a nivel local y nacional) sobre los que pueda basarse un programa (p. ej., un decreto nacional de CMR).
- La factibilidad de implementar propuestas del CMR en diferentes niveles de atención del sistema a partir del alcance y los recursos del programa de SMN (p. ej., actividades en la comunidad, a nivel primario y de referencia; a nivel de distrito, regional y nacional).
- La extensión de la iniciativa para el CMR a partir de la cobertura y los planes de ampliación (si los hubiere) para el programa integral de SMN.

### 2. Identificar y sensibilizar a las partes interesadas; involucrar a los socios clave

Un primer paso importante para el diseño de intervenciones del CMR en un programa integral de SMN consiste en la identificación y crear conciencia entre los tomadores de decisión/ partes interesadas clave en el contexto local del país y del programa. Estas partes interesadas serán socios esenciales a lo largo del diseño y

la implementación de las propuestas del CMR y contribuirán a la sostenibilidad del programa. Entre las partes interesadas clave, se encuentran las siguientes:

- Representantes de los ministerios relevantes (p. ej., Ministerios del Género, de la Juventud, del Bienestar Familiar, de Educación, de Justicia).
- Representantes de los departamentos relevantes del Ministerio de Salud (p. ej., maternidad, recién nacido/niño; calidad; salud reproductiva; salud comunitaria; prestación de servicios; recursos humanos; productos básicos/infraestructura; sistemas de información en salud).
- Funcionarios relevantes del Ministerio de Salud a nivel nacional, regional y distrital (p. ej., supervisora de enfermería del distrito, coordinadoras de maternidad segura, puntos focales de la calidad de atención).
- Parlamentarios, ministros de educación y justicia, medios de comunicación, responsables del programa y líderes religiosos que puedan tener interés en tratar el tema.
- Administradores de centros de salud y proveedores de atención que comprenden e influyen en la prestación diaria de atención del parto.
- Un grupo de trabajo o asesoría técnica nacional o regional que aborde asuntos relacionados con la salud materna y neonatal.
- Socios ejecutores, como las organizaciones no gubernamentales (ONG) que tengan experiencia en actividades de género y salud materna y de género basadas en la comunidad o en los derechos, así como socios que participan en las actividades de promoción, implementación e investigación del CMR (p. ej., *White Ribbon Alliance*).
- Representantes de grupos de mujeres, responsables locales, curanderos y comadronas, grupos de adolescentes, miembros de la comunidad involucrados.
- Organizaciones de derechos humanos, colectivos de mujeres abogadas.
- Organismos de la ONU, especialmente la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y ONU Mujeres.
- Donantes que apoyen la SMN, el CMR, la calidad de atención, los derechos humanos y reproductivos, y otras políticas, programas, actividades de promoción e investigación pertinentes en el contexto del país.
- Asociaciones profesionales, entre ellas, las asociaciones de parteras/matronas, obstetras, pediatras y enfermeras (si las enfermeras desempeñan un papel importante en la prestación de cuidados obstétricos).
- Organizaciones, organismos gubernamentales, instituciones o individuos que tengan experiencia en la evaluación, medición y análisis de la calidad de atención, incluida la atención centrada en la persona y en la experiencia de la atención de salud de las pacientes. Pueden ser universidades locales u ONG en las que el personal tenga las habilidades cuantitativas y cualitativas necesarias para apoyar la recopilación y el análisis de datos y desarrollar las habilidades del personal del programa. En algunos países, tal vez haya organismos o institutos de investigación patrocinados por el gobierno que pueden aportar apoyo técnico al personal del programa.

Las sugerencias para involucrar y colaborar con las partes interesadas clave, incluyen:

- Realizar consultas con las partes interesadas, como una mesa redonda, donde se pueda evaluar la opinión sobre lo que se debe hacer y cómo asignar roles y responsabilidades. Utilizar plataformas tecnológicas que sean de fácil acceso y de uso común en la configuración del programa.
- Identificar y apoyar a los comprometidos con el programa, a personas influyentes y a quienes primero adopten el programa dentro del grupo de partes interesadas.
- Identificar e involucrar a los actores que tengan influencia o autoridad para promover el CMR.
- Identificar e impulsar políticas y estrategias nacionales/regionales consolidadas, favorables al CMR; aprovechar las actividades del programa, y las estructuras y los procesos habilitantes que ya estén en marcha.

- Enmarcar el tema estratégicamente con las partes interesadas para generar compromiso. Vincular el maltrato y el CMR a la calidad de atención puede ser convincente para muchas partes interesadas (ver la Figura 1 para conocer el marco de la OMS para la calidad de atención en salud materna y neonatal). Vincular los enfoques basados en los derechos respaldados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible ([Sustainable Development Goals](#)) pueden ayudar a que las partes interesadas comprendan que el CMR es un tema de derechos humanos que está integrado en las estrategias globales.
- Fomentar la participación de las mujeres y las familias para garantizar que los contextos culturales, las sensibilidades políticas y las prioridades y perspectivas individuales formen parte del debate para manifestar sus percepciones sobre la atención de la maternidad.
- Identificar las plataformas locales (p. ej., reuniones periódicas en la comunidad) que pueden aprovecharse para apoyar el CMR.

Al participar en consultas con diversas partes interesadas y socios, los diseñadores del programa y las partes interesadas comprenderán mejor los factores locales relacionados con el CMR y el maltrato, incluidas las percepciones de los grupos individuales de estos (p. ej., proveedores, mujeres, comunidades, funcionarios del Ministerio de Salud y administradores de los establecimientos de salud). Las consultas con las partes interesadas también comenzarán a sensibilizar a estos grupos clave. Durante las consultas con las partes interesadas, puede ser útil iniciar las conversaciones analizando las publicaciones o los datos disponibles sobre el CMR, el maltrato y la experiencia de la atención de los partos en el contexto local. Las consultas con las partes interesadas clave son un primer paso importante para crear conciencia y profundizar los conocimientos de los problemas relacionados con el CMR y el maltrato en el contexto local.

### 3. Realizar un análisis situacional:

Una vez definido el alcance general de las iniciativas para el CMR como parte de un programa integral de SMN, uno de los próximos pasos importantes consiste en entender las manifestaciones clave y los motivos que impulsan tanto el CMR como el maltrato en el contexto local. Incluso en los programas de SMN cuyos recursos son limitados, se debería realizar un sencillo análisis situacional, como mínimo, para investigar el maltrato y sus motivos, así como la percepción de las mujeres y los proveedores de atención y las prioridades de atención de maternidad en el contexto local. Este análisis es fundamental para el diseño de propuestas de CMR que respondan al contexto del programa y, por lo tanto, tengan más probabilidades de ser eficaces.

Lo ideal es que el análisis de la situación emplee una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos para evaluar las manifestaciones y motivos clave del CMR y el maltrato en diversos niveles del sistema dentro del contexto local. La participación de la comunidad en la planificación e implementación de un análisis situacional y de las intervenciones de seguimiento puede generar confianza y favorecer la colaboración entre los miembros de la comunidad (p. ej., las mujeres, las familias) y el personal de atención de salud para mejorar la utilidad y el éxito de las intervenciones del CMR a medida que se implementan.

En el Anexo 7, se describe y vincula un conjunto de instrumentos para el análisis situacional cualitativos y cuantitativos los que fueron elaborados por el MCSP basadas en una revisión del alcance de instrumentos de estudios en ámbitos de bajos y altos recursos (resumidos en los Anexos 5 y 6). Entre estos instrumentos del MCSP, se encuentra una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos destinados a mujeres, familias, miembros de la comunidad, proveedores de atención y administradores. El MCSP aplicó estos instrumentos en Nigeria y Guatemala en 2018 y consecuentemente fueron actualizadas. Teniendo en cuenta el alcance, los recursos y el contexto del programa, los administradores de programas pueden seleccionar y adaptar un subgrupo o todos los instrumentos del Anexo 7 para realizar un análisis situacional. En los Anexos 5 y 6, se resumen los métodos cualitativos y cuantitativos y se incluyen referencias a otros instrumentos que los administradores de programas pueden adaptar y utilizar en un análisis situacional.

Durante el análisis situacional, puede ser útil averiguar lo siguiente:

- Percepciones y experiencias de las mujeres que han dado a luz recientemente y de sus familias, tanto positivas como negativas.
- Definiciones de las mujeres y las familias sobre una experiencia de la atención del parto positiva y negativa.
- Percepción de la comunidad, las familias y los proveedores de atención de las normas culturales en torno al trato a las mujeres durante el parto en los centros de salud.
- Percepción de los proveedores de la experiencia de las mujeres en el parto y de los motivos subyacentes; las actitudes de los proveedores de atención sobre la prestación de cuidados de maternidad, incluida su opinión sobre los estándares profesionales y los derechos de las mujeres a estándares específicos de atención.
- Opinión de los proveedores de atención sobre el ambiente de trabajo y su experiencia personal al brindar atención en el sistema de salud local (p. ej., nivel de apoyo, ambiente laboral propicio), incluso si ellos mismos sufren o no maltrato (p. ej., abuso verbal o físico por parte de las mujeres, las familias o los compañeros).
- Experiencias comunes de maltrato comunicadas por las mujeres y las familias y percepciones locales de los motivos subyacentes del maltrato.
- Inequidades y disparidades en el acceso y calidad a los servicios del parto (problemas clínicos, problemas de seguridad y centrados en el cliente).
- Percepción de los administradores del distrito y de los centros de salud sobre la atención del parto, los derechos de las mujeres y las familias, los derechos de los proveedores de atención, y su función y responsabilidad como administradores para garantizar un ambiente favorable para el parto a las mujeres, las familias y los proveedores de atención.

### *Enfoques cualitativos*

En el Anexo 5, se resumen los enfoques cualitativos que pueden utilizarse en un análisis situacional, junto con una breve descripción de las fortalezas y las limitaciones de los métodos individuales.

Los métodos cualitativos pueden incluir lo siguiente:

- Entrevistas individuales en profundidad o semiestructuradas con preguntas abiertas para las partes interesadas clave (p. ej., las mujeres, las familias, los proveedores de atención).
- Sesiones de grupos focales con miembros de un grupo similar, tales como mujeres, familiares, parteras/matronas, enfermeras y otros proveedores que brinden atención de maternidad.

A pesar de la evidencia de maltrato durante el parto en todo el mundo, la forma en que ocurre y se percibe varía según las preferencias y las experiencias individuales y según los factores contextuales, como las normas culturales y las expectativas y comportamientos locales. Los métodos cualitativos pueden utilizarse para investigar las normas culturales que posiblemente afecten las percepciones locales de la atención respetuosa y el maltrato. El objetivo apunta a profundizar los conocimientos sobre los deseos de las mujeres y las familias de vivir una experiencia de parto positiva y de los comportamientos irrespetuosos que quizás estén generalizados en el contexto local.

El MCSP adaptó los instrumentos cualitativos del Anexo 5 a partir de los instrumentos cualitativos del estudio realizado en cuatro países sobre el trato a las mujeres (Bohren y otros, 2019) (ver los instrumentos para el análisis de la situación y monitoreo de MCSP en el Anexo 7). Los instrumentos cualitativos de estudio de la OMS incluyen guías para entrevistas y sesiones de grupos focales, dirigidas a cuatro tipos de informantes: mujeres que tuvieron un parto en un centro de salud durante los últimos 12 meses, mujeres que dieron a luz durante los últimos 5 años, proveedores y personal de atención en salud, y administradores (Vogel y otros, 2015). La guía para entrevistas a las mujeres contiene las percepciones y las experiencias de la

atención durante el parto, incluido el trato de los proveedores de atención y el ambiente en el establecimiento de salud, los elementos y las experiencias de maltrato, los factores percibidos que afectan al trato recibido, y la aceptabilidad del tratamiento de las mujeres durante el parto. Las guías para entrevistas a los proveedores de atención y los administradores son similares a las de las mujeres, pero también indagan sobre cómo los proveedores y el personal de salud son tratados.

Los enfoques cualitativos utilizados en un análisis situacional pueden, en algunos casos, modificarse para el monitoreo periódico durante la implementación del programa (ver la sección sobre el diseño de un marco de supervisión del programa, página 21). Es importante tener en cuenta que la recopilación y el análisis de información abundante con métodos cualitativos requieren de destrezas que a menudo, los ejecutores del programa y los prestadores no las tienen. Si es posible, se invita a que los ejecutores del programa identifiquen fuentes locales de experiencia cualitativa para mejorar el análisis situacional. Ver el Anexo 6 para seguir analizando los métodos cualitativos.

### *Enfoques cuantitativos*

Los enfoques cuantitativos pueden utilizarse con muchos propósitos, entre ellos, como parte de un análisis situacional y como parte del monitoreo sistemático durante la implementación de las actividades del CMR. En el Anexo 6, se resumen los métodos cuantitativos seleccionados, así como las fortalezas y limitaciones, y se incluyen instrumentos y referencias precisas. Aunque los sistemas de información rutinarios sobre gestión de salud (p. ej., listas de servicios y formularios de clientes) no suelen incluir información sobre la atención respetuosa o el maltrato, pueden proporcionar información complementaria útil, como el volumen mensual de nacimientos, la prestación de intervenciones clínicas seleccionadas y los resultados de salud de las pacientes.

Algunos ejemplos de métodos de recopilación de datos cuantitativos para medir el CMR y el maltrato incluyen los siguientes:

- Encuestas estructuradas con clientes mujeres, sus familias o miembros de la comunidad. Estas encuestas pueden ser al alta (en los centros de salud) o en la comunidad, según los recursos del programa y las consideraciones de implementación.
- Encuestas estructuradas con proveedores de atención y administradores.
- Observaciones clínicas directas centradas en el CMR y/o el maltrato.

Las entrevistas al alta dirigidas a las clientes suelen ser más económicas y sostenibles para el monitoreo periódico en los programas integrales de SMN. Sin embargo, las encuestas basadas en la comunidad generan abundante información que está menos sujeta a los prejuicios sociales y puede ser útil para incorporarla a un análisis situacional. Hay evidencia de que es más probable que las mujeres denuncien situaciones de maltrato cuando se las entrevista en su hogar varias semanas después del parto (Kruk y otros, 2014).

Lo ideal sería incorporar al análisis situacional, cuando los recursos lo permitan, la perspectiva de los proveedores de atención y los factores más amplios del sistema de salud que afectan la calidad de la atención y la experiencia de las mujeres y los recién nacidos en dicha atención. Por ejemplo, las encuestas dirigidas a los proveedores de atención y las evaluaciones de la preparación de los centros de salud sirven para comprender los factores subyacentes que contribuyen al maltrato experimentado por las mujeres y los proveedores, como las limitaciones de infraestructura o la falta de apoyo básico para los proveedores. Las observaciones estructuradas de interacción simuladas entre la cliente y el proveedor permiten, por ejemplo, evaluar las destrezas de comunicación interpersonal del proveedor después de la capacitación y como parte de la supervisión de apoyo. Sin embargo, las observaciones tal vez no sean factibles en muchos contextos debido a las limitaciones de recursos. Cada uno de los métodos cuantitativos tiene fortalezas y limitaciones (ver el Anexo 6), especialmente en ambientes donde el maltrato es generalizado.

### *Planificación de la recopilación de datos en un análisis situacional*

Al elaborar los planes de recopilación de datos, es importante tener en cuenta la capacidad local para apoyar las actividades propuestas. Lo ideal sería identificar a alguien que tuviera conocimientos y experiencia en métodos de

medición y evaluación para apoyar el análisis situacional. A veces, la contratación de una empresa de investigación local o de estudiantes o profesores universitarios permite recopilar y analizar los datos de manera oportuna. No obstante, es poco probable que esto sea factible en la mayoría de los grandes programas de SMN, fuera del ámbito de investigación. Si el programa cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo una línea de base y una línea final para respaldar una evaluación formal del programa, será importante probar y validar previamente los instrumentos en el contexto local (consulte Sheferaw y otros, 2016). El modo de recopilación de datos también debe tenerse en cuenta como parte de la planificación de un análisis situacional. Por ejemplo, cada vez más, se recopilan datos en tabletas, teléfonos o computadoras. Con algo de planificación, el uso de estas tecnologías de la información contribuye a que un análisis situacional sea más eficiente.

### *Consideraciones éticas*

El CMR y el maltrato son temas delicados, y toda la información recopilada durante un análisis situacional y un monitoreo sistemático debe tener carácter privado y confidencial, y recopilarse de forma ética y cuidadosa. El ejemplo del estudio multinacional de la OMS sobre la violencia contra las mujeres ([WHO multi-country study of violence against women](#)) es instructivo acerca de cómo recopilar datos confidenciales de manera ética (OMS 2005). Las recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para la investigación de intervenciones sobre la violencia contra las mujeres abarcan recomendaciones que pueden ser útiles para los ejecutores del programa que planifiquen un análisis situacional (OMS 2016a).

Los datos recopilados exclusivamente para los fines del programa y no como parte de una «investigación con sujetos humanos» no tienen por qué ser presentados a los comités de revisión ética. Sin embargo, es importante examinar y respetar la normativa local en cuanto a la recopilación de datos en el país y la región donde se está implementando el programa.

## **Diseñar propuestas para el contexto local: fase 2**

### **I. Convocar a las partes interesadas**

#### *Hallazgos del análisis situacional*

Tras involucrar a las partes interesadas y a los socios en la sensibilización inicial y en otros aspectos del análisis situacional del programa, este puede empezar con el diseño de actividades e intervenciones para fomentar el CMR y disminuir el maltrato. El programa debe convocar a las principales partes interesadas para examinar los hallazgos del análisis situacional, priorizar los problemas que deben abordarse, definir los objetivos específicos del programa y elaborar una teoría del cambio que guíe la selección de las intervenciones y las actividades del CMR.

#### *Definir los objetivos del programa*

El trato que reciben las mujeres durante el parto abarca un proceso continuo que va desde el abuso absoluto, como golpear o humillar a una mujer en el trabajo de parto o negarle la atención, hasta la prestación de una atención centrada en la persona que responda profundamente a las necesidades emocionales y fisiológicas y a las preferencias individuales de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto. Muchas formas de CMR o maltrato pueden ubicarse entre estos dos extremos del proceso continuo. Los programas deben definir sus objetivos del CMR teniendo en cuenta el alcance general de las iniciativas para el CMR (analizadas anteriormente) y los resultados del análisis situacional. El objetivo apunta a centrarse en las manifestaciones y los motivos clave que impulsan el maltrato en un contexto determinado. El MCSP recomienda que los objetivos del programa estén claramente vinculados a un marco de resultados y a una teoría del cambio. El diseño de propuestas de CMR concretas dentro de un programa integral de SMN dependerá del alcance y de los recursos generales de este programa, de los resultados del análisis situacional, de una teoría del cambio clara y de los niveles en los que el programa de SMN puede intervenir (p. ej., a nivel nacional, regional, distrital, en el centro de salud o en la comunidad). La viabilidad de implementar enfoques de CMR prioritarios en las áreas geográficas del programa de SMN y en los diferentes niveles del sistema influirá en la escala de las intervenciones del CMR del programa.

## Desarrollar la teoría del cambio

La teoría del cambio es básicamente una descripción e ilustración exhaustiva de cómo y por qué los programas esperan lograr el cambio deseado dentro de un contexto específico. Es de especial importancia identificar los pasos entre las actividades y las intervenciones del programa y explicar cómo estas actividades permitirán alcanzar los objetivos deseados a partir de la teoría del cambio. El personal del programa y las partes interesadas deben identificar claramente los objetivos a corto y a largo plazo para lograr el CMR y eliminar el maltrato. A su vez, deben investigar y articular qué condiciones deben darse y qué cambios deben producirse para lograr los objetivos definidos.

### Definición de la teoría del cambio

La teoría del cambio es básicamente una explicación de cómo un grupo de partes interesadas esperan alcanzar un objetivo a largo plazo comprensible para todos.

Fuente: Anderson 2005

La teoría del cambio de un programa debe incluir información sobre los factores contextuales relacionados con el CMR y el maltrato, así como los aportes, los productos y los resultados del programa propuestos, tanto a corto como a largo plazo. El programa también debe destacar los supuestos subyacentes clave a la teoría del cambio. Las partes interesadas y los actores locales deben trabajar juntos para definir el problema del maltrato y los objetivos del CMR del programa a partir del alcance y de los recursos del programa y los resultados del análisis situacional. La teoría del cambio debe definir las propuestas del CMR que aborden los motivos contextuales que impulsan el maltrato, obtenido del análisis situacional y de los cambios hipotéticos que se producirán cuando se implementen las propuestas prioritarias de CMR. El efecto esperado de las actividades de CMR del programa sobre la salud de las mujeres, la experiencia de la atención obstétrica, la satisfacción laboral de los proveedores y otros resultados a largo plazo para el sistema de salud deben articularse claramente como parte de la teoría del cambio.

Ver los Anexos 8, 8A y 8B para obtener orientación sobre cómo elaborar una teoría del cambio y ejemplos de teorías del cambio a partir de investigaciones sobre la implementación que demostraron una disminución del maltrato en Tanzania y Kenia (Ratcliffe y otros, 2016; Kujawaski y otros, 2017; Warren y otros, 2017).

A medida que las partes interesadas elaboran una teoría del cambio, puede resultarles útil examinar las propuestas interesantes de CMR y los resultados de publicaciones científicas. En el Anexo 3, se resumen propuestas de CMR interesantes a partir de varios estudios, incluidos los argumentos a favor y en contra de las propuestas seleccionadas según los contextos específicos de los programas. Para adecuar la teoría del cambio de un programa a las nuevas normas mundiales sobre la calidad de atención materna y neonatal, que incluya la experiencia de atención de salud, a las partes interesadas que desarrollan una teoría del cambio, también puede resultarles útil examinar los estándares de la OMS para mejorar la calidad de atención materna y neonatal en los centros de salud (OMS 2016c; ver Figura 1). Varios son especialmente pertinentes para la atención respetuosa, como los estándares 1, 4, 5, 6 y 7

(ver Anexo 1).

## 2. Diseñar actividades en los niveles del sistema

Idealmente la priorización de los objetivos y las actividades del CMR debe guiarse por la teoría del cambio del programa en base a los hallazgos del análisis situacional, así como en el alcance general del programa de SMN más amplio. Dado que es probable que el análisis situacional identifique facilitadores del CMR y motivos que impulsan el maltrato en diversos niveles del sistema, en la mayoría de los programas, tendrá sentido apuntar a varios niveles del sistema, siempre que sea factible. Los programas pueden optar por abordar factores sistémicos amplios o factores locales más centrados, según el alcance del programa, los objetivos del CMR, los recursos y la teoría del cambio. Dado que el maltrato es multifactorial y se ejerce a través de acciones tanto individuales como colectivas, el compromiso y las actividades de promoción con las partes interesadas en diversos niveles del sistema puede resultar esencial para lograr un cambio duradero. Abordar el maltrato en todos los frentes y a través de todos los niveles del sistema puede ser factible o no dentro de un solo programa o fase del programa y debe considerarse cuidadosamente al priorizar las intervenciones del CMR basadas en la teoría local del cambio y los recursos generales del programa.

En la siguiente sección, se analizan consideraciones para el diseño de actividades del CMR, dirigidas a diversos niveles del sistema dentro de un programa integral de SMN. Estas consideraciones y los ejemplos relacionados se incluyen solo a título ilustrativo y no pretenden ser exhaustivos.

### ***Nivel nacional y regional***

#### *Actividades de promoción y políticas*

Promocionar políticas en cualquier nivel del sistema de salud implica que las partes interesadas están solicitando que se instituya un cambio o reorientación en el comportamiento de las personas o de las entidades gubernamentales u organizativas, en forma de políticas. Luego esas políticas son aplicadas por entidades gubernamentales u organizativas como resultado de la influencia ejercida por los defensores. Así como las actividades de promoción del CMR son esenciales a nivel nacional y regional, el desarrollo complementario de políticas nacionales que comuniquen una expectativa inequívoca y un entorno favorable para el CMR, incluida la tolerancia cero para el maltrato, resulta fundamental para propiciar un cambio a corto y a largo plazo. Para la identificación y la puesta en práctica de soluciones eficaces a nivel político y nacional, las partes interesadas deben considerar el maltrato como un problema importante y valorar la atención respetuosa como un componente fundamental de la prestación de servicios de salud. Incluir a las partes interesadas nacionales, regionales y locales en un análisis situacional y hacerlas participar en debates sobre las propuestas de los programas genera conciencia del problema y ayuda a los programas a identificar oportunidades de éxito y evaluar la viabilidad en su contexto.

Si el programa opta por abordar un problema sistémico amplio, decidir *qué* partes interesadas deben participar y en *qué* nivel constituye un tema importante. En general, las intervenciones específicas del CMR están dirigidas a la comunidad o al centro de salud. No obstante, es posible que los diseñadores de programas que examinen los resultados del análisis situacional lleguen a la conclusión de que las actividades de promoción nacional para la atención respetuosa son fundamentales para generar los cambios deseados. En este caso, se logrará un mayor impacto si se trabaja en colaboración con partes interesadas que tengan amplia experiencia en actividades de promoción y conocimientos del contexto local (p. ej., *White Ribbon Alliance* y otras organizaciones de la sociedad civil) y basándose en iniciativas de políticas y actividades de promoción anteriores o en curso. Será importante lograr que se involucren las estructuras institucionales y de gobierno o las partes interesadas clave durante todas las etapas de diseño e implementación del programa, incluso el análisis situacional, de ser factible.

### **Educación pre-servicio y estándares profesionales: desarrollo de personal solidario de atención**

Las actividades de promoción y la formulación de políticas eficaces a nivel nacional pueden ayudar a las instituciones educativas del pre-servicio a incorporar actividades para fortalecer los códigos de ética profesional y los estándares de

### **Cuidar a quién cuida**

Es fundamental comprender los complejos desafíos que enfrentan los proveedores de salud, incluso aquellos altamente motivados, en el ambiente de trabajo y en sus vidas. Muchas parteras y proveedores de atención en las maternidades trabajan en situaciones adversas, lo que repercute negativamente en el bienestar, la moral y su permanencia. Prevenir y eliminar el maltrato durante el parto requiere un «enfoque en los sistemas» para abordar los motivos subyacentes del maltrato, incluyendo desigualdades de género, falta de personal y desempoderamiento de parteras y otros proveedores. Se debe prestar más atención a las necesidades de los trabajadores de salud que están en sistemas de salud frágiles y sobrecargados y/o en ambientes de conflicto donde los factores desencadenantes de maltrato son mayores y las mujeres y sus proveedores de atención son especialmente vulnerables.

Ejemplos de actividades del CMR centradas en los/as proveedores incluyen:

- Capacitación sobre clarificación de valores y transformación de actitudes que ayude a los proveedores de atención a reflexionar sobre cómo trabajan y enfrentan sus tareas en centros de salud con bajos recursos.
- Proveer mediación para procesar situaciones desafiantes.
- Reconocimiento a los proveedores y sus servicios.
- Provisión de té y refrigerios por el centro de salud a los proveedores que estén de guardia en turnos de noche y fines de semana.
- Tutoría de apoyo y oportunidades para promoción profesional.

atención como parte de la formación profesional de los proveedores de atención durante la educación pre-servicio y en servicio. En un entorno favorable de actividades de promoción y políticas, es más probable que las instituciones educativas puedan mostrar la importancia de la amabilidad, la compasión y el respeto en la atención de la maternidad, así como lo que los educadores, los proveedores de atención y los ejecutores del programa pueden hacer para fomentar el CMR. Durante la capacitación, la atención respetuosa se modela para los proveedores de atención, o bien se arraiga en su aprendizaje y percepciones de su futura función como proveedores. También puede ocurrir lo contrario, en cuyo caso los proveedores se ven privados de la exposición a la atención respetuosa o, aún peor, expuestos al maltrato como parte «normal» de su lugar de trabajo. de la mejor evidencia para la prestación de atención respetuosa centrada en la paciente. Sin embargo, uno de los componentes más desafiantes de graduarse como prestadores respetuosos y «aptos para cumplir su fin» es la posibilidad de contar sistemáticamente con un entorno de práctica clínica en el que se demuestre una atención respetuosa en todo momento.

Una de las dificultades consiste en la falta de modelos a seguir y profesores que tengan habilidades de comunicación interpersonal adecuadas y habilidades y actitudes afectivas. Según publicaciones recientes, la exposición a la atención irrespetuosa de pacientes durante la formación de partería suele ser frecuente (Moyer y otros, 2016); y, eventualmente el alumnado termina justificándola (Rominski y otros, 2016), lo que contribuye a la «normalización» del maltrato en partos atendidos en los establecimientos de salud. Entre las actividades ilustrativas del programa que pueden mejorar el CMR durante la educación del pre-servicio y promover el CMR en los estándares profesionales, se incluyen:

- La evaluación de actitudes y comportamientos en instituciones y programas de educación pre-servicio es importante para garantizar que el proceso de enseñanza/aprendizaje sea respetuoso y sensible al género, utilice los principios de aprendizaje en adultos y promueva el desarrollo de conductas profesionales y solidarias (ver el cuadro de texto «USAID -Fortalecimiento de los recursos humanos para el programa de salud en Etiopía»).
- Colaborar con los concejos de medicina, partería y enfermería a fin de integrar principios de atención respetuosa a los estándares profesionales, los que incluyen mecanismos que apoyan y hacen cumplir la implementación de estándares de atención respetuosa.

### **USAID fortalece los recursos humanos para el programa de salud en Etiopía**

**Objetivo:** Mejorar la permanencia de estudiantes mujeres en los programas de ciencias de la salud en las instituciones de enseñanza superior, universidades, facultades de medicina, escuelas de partería y escuelas de enfermería.

**Estrategias:** Promover la pedagogía sensible a los asuntos de género integrando habilidades de capacitación efectivas para docentes y tutores clínicos. La **pedagogía sensible a los asuntos de género** es una orientación de dos días destinada a brindar a los docentes el conocimiento, las habilidades y las actitudes para promover, crear e incorporar un ambiente académico sensible a los asuntos de género que garantice la participación igualitaria de todos los géneros. La pedagogía ayuda a los instructores a considerar y abordar el género y su impacto en el aprendizaje a través de diversas acciones:

- Alentar a las estudiantes mujeres a hablar y participar en clase más seguido.
- Garantizar que la institución cuente con una política contra el acoso sexual y la haga cumplir.
- Implementar mecanismos de seguridad para proteger a las estudiantes mujeres (p. ej., transporte por la noche).
- Asegurar que las salas de clases, los planes de clases y los materiales de los cursos no contengan estereotipos basados en el género ni lenguaje acosador.
- Asegurar que haya un equilibrio en el desglose por género de instructores y liderazgo de la institución.
- Abordar las necesidades de las estudiantes vulnerables (p. ej., otorgar pequeños estipendios o toallas higiénicas a niñas de bajos recursos, asegurar el equilibrio de género en posiciones de liderazgo del alumnado).
- Realizar el seguimiento de la inscripción, permanencia y desempeño de estudiantes mujeres versus estudiantes varones, y recompensar a quienes hayan progresado más a través del tiempo.
- Involucrar a los estudiantes varones para que desafíen las normas y conductas dañinas y apoyen a las estudiantes mujeres a destacarse.

Fuente: Jhpiego/Etiopía

## *Sistemas de salud locales (regionales, distritales, del centro de salud)*

Las características socioculturales y del sistema de salud de cada país (incluso muchas veces por subregión) variarán e influirán en el diseño óptimo de las intervenciones del CMR en distintos niveles del sistema de salud local. El alcance geográfico de las actividades del CMR y la selección de establecimientos en un programa integral de SMN estará determinado por la cobertura geográfica general y los recursos del programa. Entre ellos, se encuentran la disponibilidad y la capacidad del personal y de las partes interesadas locales para apoyar las actividades del CMR del programa. La teoría del cambio de un programa debería abordar la cobertura geográfica de las intervenciones del CMR en el contexto del programa integral de SMN.

Idealmente las propuestas del CMR deben estar integradas y aprovechar las propiedades y estructuras del sistema de salud local. Es más probable que las propuestas del CMR sean sostenibles cuando están integradas a los sistemas de salud y a los sistemas de las comunidades y hayan sido concebidas por actores clave de estos sistemas. Por ejemplo, es posible impulsar las actividades de desarrollo de capacidades humanas consolidadas en el sistema de salud local (p. ej., capacitación, supervisión y tutoría, desarrollo profesional continuo) para enfatizar el CMR y disminuir el maltrato (p. ej., habilidades de comunicación interpersonal basadas en la competencia). Cuando existen, es posible impulsar las iniciativas locales de mejora de la calidad para hacer mayor énfasis en la atención centrada en la cliente como parte de las iniciativas actuales de mejora de la calidad. Entre ellas, se cuentan la participación de miembros de la comunidad en equipos de mejora de la calidad, el liderazgo local de apoyo y la medición sistemática de la experiencia de la atención en salud de la cliente. Se pueden implementar jornadas de puertas abiertas en la maternidad para contribuir a una mejor comunicación y derribar los muros que suelen existir entre las clientes, las familias y los proveedores de la salud (ver el cuadro «Jornadas de puertas abiertas en la maternidad»).

Es posible que el proveedor, que suele ser una partera, puede sufrir falta de respeto y abuso en el ambiente laboral. Las intervenciones del tipo «Cuidar a quien cuida», cuando se incorporan a los procesos y las estructuras del sistema de salud local, permiten abordar los obstáculos y la falta de un ambiente de trabajo propicio que presentan muchos proveedores de salud. Las intervenciones del tipo “Cuidar a quien cuida” se reconocen cada vez más como componente fundamental en la mejora del CMR y en la disminución del maltrato, dadas las principales tensiones que enfrentan muchos trabajadores de la salud en el sistema de salud local y el entorno de prestación de servicios.

El tema transversal de género y prejuicios de género también constituye un factor clave en el diseño y la implementación de intervenciones del CMR. Si bien ambos sexos pueden sufrir maltrato en ambientes clínicos, las mujeres en edad reproductiva que requieren servicios obstétricos resultan particularmente vulnerables. Los proveedores que brindan servicios a las mujeres suelen ser parteras y las propias mujeres. La desigualdad y los desequilibrios de poder suelen estar presente en la relación proveedor–cliente, pero también suelen determinar la experiencia del proveedor de trabajar y brindar atención en un entorno del sistema de salud local (ver el cuadro de texto «Evaluación de la calidad de atención en Nigeria: resultados seleccionados de género»). Ver el Anexo 3 para más ejemplos de actividades promotoras de CMR en el sistema local a nivel de prestación de servicios.

### **Evaluación de la calidad de la atención en Nigeria: resultados de género seleccionados**

El MCSP de Nigeria realizó una evaluación de la calidad de la atención materna y del recién nacido en 40 centros de salud de los estados de Kogi y Ebonyi. Esta evaluación, evaluó las habilidades del proveedor, el desempeño y la disponibilidad de infraestructura física e insumos, así como las barreras y las experiencias de maltrato en el parto relacionados con el género.

Los hallazgos clave del análisis de género de la evaluación de la calidad de la atención, incluyen los siguientes:

1. La mayoría de los proveedores de servicios no recibieron ninguna capacitación sobre género y derechos humanos.
2. Los centros de salud no cuentan con servicios de prevención de violencia de género, y se desconoce la respuesta de los trabajadores de salud ante esta violencia de género.
3. Hay escasa participación de parejas masculinas como acompañantes de parto.
4. Los proveedores de servicios carecen de la infraestructura y la capacidad para involucrar a los hombres en los servicios de maternidad, limitando su participación y el apoyo que estos brindan a las mujeres durante el embarazo y el parto.
5. La mayoría de los proveedores de servicios entrevistados opinó que las mujeres no deberían poder elegir un método de planificación familiar solas; esta opinión socava la autonomía de la mujer para tomar decisiones y su empoderamiento reproductivo.

Fuente: MCSP/Nigeria

## Comunidad

Un factor importante para el diseño de las propuestas de CMR es el compromiso de la comunidad, a fin de garantizar que las perspectivas, las necesidades y las prioridades de las mujeres, las familias y los miembros de la comunidad estén representadas en los objetivos, en la teoría del cambio y en el diseño del programa. La participación activa y valiosa de las partes interesadas de la comunidad resulta importante para todos los estratos de la sociedad y todos los niveles del sistema de salud. Cuando los diseñadores del programa hacen el mismo énfasis en los sistemas de prestación de servicios locales y de la comunidad como en las iniciativas de promoción y políticas nacionales, es más probable que ayuden a «nivelar el campo de juego», que suele estar plagado de desigualdades y dinámicas de poder. En general, los programas de CMR que se detallan en las publicaciones incluyen iniciativas para propiciar cambios a nivel nacional, a nivel local y en la comunidad (Ratcliffe y otros, 2016; Sando y otros, 2014; Abuya y otros, 2015a; Kujawaski y otros, 2017).

Los programas pueden apoyar actividades en la comunidad que reúnan a los miembros de la comunidad y a los proveedores de salud para mejorar la atención centrada en la cliente y las condiciones laborales de los proveedores. Algunos ejemplos de colaboración son la mediación como mecanismo para la resolución de controversias, y los equipos de mejora de la calidad que incluyan tanto miembros de la comunidad como proveedores de los establecimientos de salud (Ndwiga y otros, 2014). (Ver el Anexo 3 para una descripción de propuestas prometedoras de CMR detalladas en estudios a nivel del sistema de salud local y de la comunidad, y las posibles ventajas y desventajas de las propuestas individuales).

### 3. Diseñar un marco de supervisión del programa

Una vez definidos los objetivos del programa del CMR, las intervenciones y las actividades del programa basados en el análisis situacional y la teoría del cambio, el programa debe considerar cómo definirá y supervisará los indicadores sistemáticos del CMR y el maltrato a fin de evaluar el progreso y reforzar continuamente las actividades del programa.

Los métodos cuantitativos y cualitativos que se emplearon en el análisis situacional pueden adaptarse de manera selectiva para respaldar la supervisión sistemática durante la puesta en práctica de las actividades del CMR. Por ejemplo, es posible realizar periódicamente un breve cuestionario cuantitativo para mujeres, familias y proveedores de atención de salud utilizados en el análisis situacional durante la implementación del programa para evaluar y acelerar el progreso, incluso para resultados centrados en la persona reportados por las mujeres.

Sin embargo, a diferencia de las investigaciones sobre la implementación, es probable que los métodos y las fuentes de datos disponibles para la supervisión sistemática del CMR en programas integrales de SMN sean mucho más limitados. Por ejemplo, es poco probable que la observación directa de la atención del parto y las entrevistas de seguimiento en el hogar a clientes que se emplean en muchos estudios del CMR a la fecha sean viables como parte de la supervisión *sistemática* de las intervenciones del CMR en programas integrales de SMN que operan a escala (OMS, protocolo del estudio multinacional; Ratcliffe y otros, 2016; Sando y otros, 2014; Abuya y otros, 2015a; Kujawaski y otros, 2017). Los métodos de supervisión deberán adaptarse a los objetivos, actividades y el presupuesto para el CMR del programa.

#### Selección de indicadores

Los indicadores del programa deben elaborarse para monitorear los insumos, actividades, resultados e impacto de las actividades del programa de CMR de acuerdo con los objetivos y el alcance generales del programa. El marco de supervisión de la Red de Calidad de Atención multinacional incluye un catálogo (menú) flexible de indicadores de experiencia de atención en salud que pueden ser un recurso útil para los responsables de la formulación de políticas de SMN y los ejecutores del programa (consulte este marco para los países de la red [\[WHO Monitoring Framework Network Countries\]](#).) Ejemplos de indicadores a nivel de insumos incluyen la existencia de una política para el establecimiento de salud, materiales educativos, proveedores de atención en salud capacitados y supervisión. A nivel de resultados a corto plazo, los ejemplos incluyen el nivel de habilidades de los proveedores y la proporción de clientes mujeres que reciben determinados elementos, información o prácticas de los proveedores. Entre las

medidas ilustrativas de resultados a largo plazo, se puede incluir la experiencia de la atención durante el parto comunicada por las propias mujeres y la intención futura de utilizar los servicios de maternidad del centro de salud o la experiencia de los proveedores sobre la provisión de servicios de maternidad (Wassihun y otros, 2018). La escala de ACP (Atención centrada en la persona /PCMC por su sigla en inglés Person-centered maternity care) elaborada y validada en tres países por Afulani y colegas constituye un recurso prometedor para la supervisión periódica de los indicadores de CMR dentro de un gran programa de SMN. Esta escala, que mide los atributos positivos y negativos de la atención del parto, puede aplicarse para calcular un puntaje general de ACP o para medir indicadores individuales de CMR y maltrato. La escala de ACP podría aplicarse, por ejemplo, en un gran programa de SMN para supervisar tendencias en indicadores individuales o en una puntuación de ACP acumulada.

Dado que el maltrato y el CMR son multifacéticos, y muchas veces específicos del contexto, en la mayoría de los programas, se necesitará una combinación de indicadores y métodos de recopilación de datos para supervisar los efectos de las intervenciones el CMR. Si empleamos la definición formulada por Freedman y colegas (Figura 2; Freedman y otros, 2014), en condiciones ideales, los indicadores del programa deberían medir tanto la falta de respeto como el abuso a nivel *individual* (niveles de resultado de la experiencia de la atención del proveedor y de la cliente) a nivel *estructural* o sistémico (es decir, deficiencias en el sistema de salud que generan un ambiente irrespetuoso y ofensivo). Otras medidas de insumos pueden centrarse en factores normativos o legales, según corresponda para el programa.

### ***Identificación de métodos de recopilación de datos y análisis***

Al igual que en el caso del análisis situacional, para la supervisión continua, es posible adaptar y utilizar datos cualitativos y cuantitativos combinados (ver los Anexos 5 y 6). Los métodos de recopilación de datos apropiados dependerán de los objetivos del CMR del programa y las intervenciones prioritarias. El programa puede adaptar instrumentos y métodos empleados en el análisis situacional para la supervisión continua.

Los métodos de recopilación de datos cuantitativos pueden utilizarse en todas las etapas para supervisar tendencias en indicadores del CMR y maltrato (p. ej., cuestionarios estructurados para clientes). Los indicadores deben definirse claramente con numerador y denominador, y es preciso especificar la fuente de datos y la frecuencia de recopilación. El programa debe identificar las fuentes de datos disponibles a fin de determinar cuáles de los datos existen y cuáles no con respecto a los indicadores prioritarios. Si los recursos lo permiten, es posible llevar a cabo observaciones periódicas estructuradas de la atención clínica o interacciones simuladas cliente-proveedor como complemento de otros métodos de recopilación de datos, entre ellos, los cuestionarios periódicos para clientes. Cada método cuantitativo tiene sus ventajas y desventajas (ver el Anexo 6). El método más adecuado depende de una clara definición de lo que debe medirse. Las propuestas estandarizadas para el monitoreo sistemático del CMR y el maltrato se encuentran en sus primeras etapas de desarrollo. Los métodos detallados en los Anexos 4 y 5 se utilizaron en proyectos de demostración y estudios de investigación. Cada vez hay mayor disponibilidad de instrumentos cuantitativos validados para evaluar la prevalencia y la incidencia del CMR (Bohren y otros, 2019; Afulani y otros, 2018).

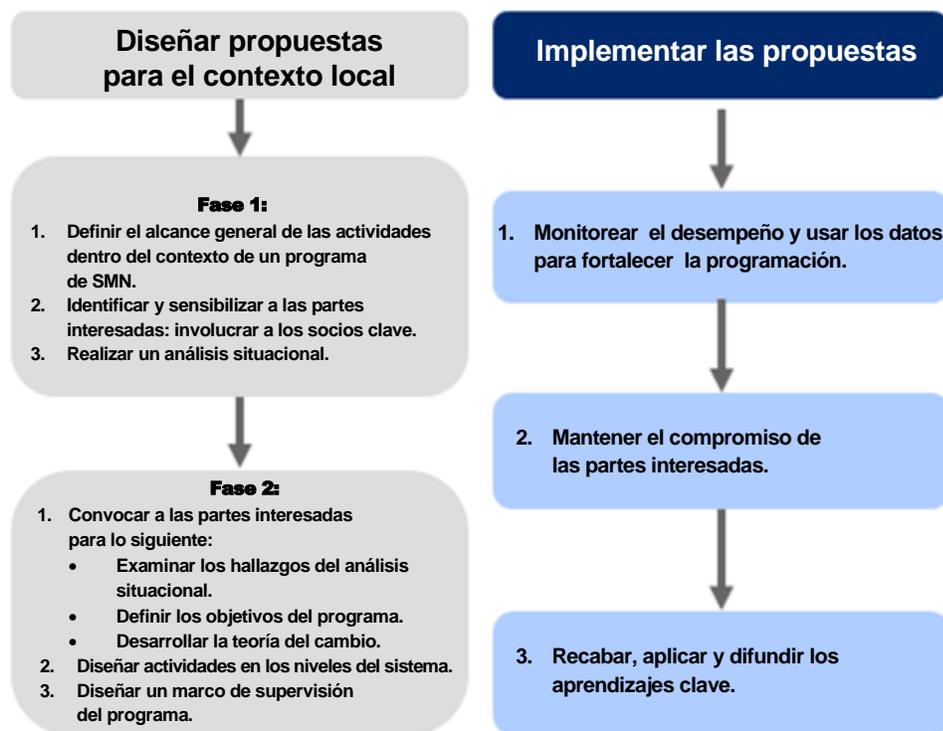
Es posible recopilar datos cualitativos (p. ej., información obtenida a partir de entrevistas semiestructuradas o abiertas y sesiones de grupos focales) como parte del monitoreo sistemático del programa para comprender mejor cómo se está implementando realmente y cómo afecta a las partes interesadas. Estos datos pueden resultar útiles para la evaluación del proceso y para saber si las partes interesadas, entre ellas clientes, miembros de la comunidad y trabajadores de la salud creen que se implementaron los cambios o que la situación mejoró. Los métodos cualitativos pueden utilizarse antes del desarrollo de los instrumentos cuantitativos, o bien pueden implementarse simultáneamente o más adelante para comprender mejor los hallazgos cuantitativos. Determinados métodos cualitativos que se utilizaron en el análisis situacional, por ejemplo, sesiones de grupos focales y entrevistas en profundidad estructuradas, pueden modificarse para su uso periódico durante la implementación del programa.

El plan de monitoreo del programa debe especificar quién se ocupará de recopilar y analizar los datos y cómo se compartirán los resultados y los aprendizajes adquiridos con las partes interesadas. Muchos administradores de programas y proveedores no han sido capacitados para calcular y analizar los indicadores del CMR o maltrato ni para llevar a cabo las sesiones de grupos focales o las entrevistas, o analizar sus resultados. Será fundamental

planificar cómo se van a desarrollar estas habilidades entre el personal del programa a fin de apoyar el monitoreo y el uso habitual de los datos para favorecer la implementación y los ajustes del programa. En algunos entornos, es posible que exista una organización o institución local (p. ej., una universidad) que pueda ocuparse de desarrollar las habilidades necesarias entre el personal del programa.

También es importante considerar las consecuencias éticas de la recopilación de determinados tipos de datos. En el Anexo 7, se presentan las consideraciones éticas que se deben abordar como parte de la recopilación de datos y el uso de estos durante el análisis situacional y la fase de implementación y monitoreo del programa.

## Implementar las propuestas de CMR en un programa de SMN



## Supervisar el desempeño y usar los datos para fortalecer la programación del CMR

Una vez establecidos los objetivos del CMR, las propuestas clave y un plan de supervisión en el programa, se deberá desarrollar un cronograma y un plan de implementación exhaustivo con los roles clave para el personal del programa y las partes interesadas locales. También podría resultar útil elaborar una matriz (p. ej., una carta Gantt) en la que se indiquen las tareas planificadas, la frecuencia, los plazos, y los recursos financieros y humanos necesarios para las actividades de implementación y monitoreo. El plan de trabajo debe incluir los pasos a seguir en cada fase de implementación y evaluación, con funciones, responsabilidades y recursos claramente definidos. La recopilación, el análisis, el intercambio y el uso de datos deberán formar parte del plan de implementación y supervisión. Durante la implementación del programa, se necesitarán datos en forma permanente para saber si es necesario realizar ajustes en la intervención y si el programa se está implementando según lo planificado.

## Mantener el compromiso de las partes interesadas

Hace poco, Ratcliffe y colegas (Ratcliffe y otros, 2016b) definieron una propuesta participativa adoptada para involucrar a las partes interesadas clave a lo largo de la planificación y la implementación de un programa centrado en el CMR. Llegaron a la conclusión de que un proceso de intervención participativo, sostenido y

visible, un liderazgo comprometido del establecimiento, el respaldo de los administradores, y la participación del personal a lo largo del proyecto contribuían a un cambio positivo en la cultura del hospital que valora y promueve el CMR.

Los colegas del Ministerio de Salud y otras partes interesadas clave que participan en el programa deben recibir información periódica acerca del progreso del programa a medida que se va desarrollando. En muchos programas, las partes interesadas clave, entre ellas representantes de grupos de mujeres, de clientes y de la comunidad, así como de proveedores de atención y asociaciones profesionales (ver página 11 para obtener una descripción de categorías importantes de partes interesadas), se habrán involucrado durante la fase de diseño del programa. Los resultados (cuantitativos y cualitativos) del monitoreo del programa deben comunicarse claramente, de modo que todas las partes interesadas puedan entenderlos, con representaciones gráficas o visualizaciones de los resultados para los participantes de la comunidad. De ser necesario, la información debería traducirse a los idiomas locales. Es posible que los miembros de la comunidad u otras partes interesadas deseen formar un grupo asesor local o nacional que pueda realizar el seguimiento de los resultados de la supervisión del programa y recomendar ajustes a las actividades del programa.

Las partes interesadas clave muchas veces son los futuros líderes del CMR en el entorno local, por lo que es importante compartir con ellos el aprendizaje adquirido y ser abiertos y francos acerca de los contratiempos y los fracasos. Las historias positivas de mujeres y proveedores pueden ser un mecanismo importante para mantener el interés y la motivación de las partes interesadas clave y pueden ser compartidas con los medios locales, si corresponde.

En algunos países, el Ministerio de Salud podría estar listo para expandir o ampliar propuestas prometedoras de CMR en los programas antes de asegurar una política nacional y un entorno de liderazgo positivo para apoyar la ampliación exitosa de las mejores prácticas emergentes. Las partes interesadas que apoyan la expansión de actividades del programa deben continuar abogando por marcos de políticas nacionales y salvaguardas legales necesarias, así como también por la amplia participación de funcionarios del Ministerio de Salud local, proveedores, mujeres y familias para expandir y ayudar a sostener los logros del programa.

## Recabar, aplicar y difundir los aprendizajes clave

Existen numerosos interrogantes importantes en torno al aprendizaje y brechas de evidencias pendientes respecto de la programación y la supervisión del CMR en programas integrales de SMN que operan a escala. El aprendizaje del programa debe estar orientado a la acción y centrado en la devolución de información práctica a las partes interesadas. El objetivo consiste en mejorar la programación, contribuir al aprendizaje local y global del CMR y llenar brechas importantes de evidencias. Durante las fases de diseño e implementación inicial, los diseñadores y los administradores del programa deben plantearse lo siguiente:

- ¿Qué se puede aprender del diseño, la implementación y la supervisión de las propuestas del programa de CMR?
- ¿Cómo se deben estructurar y divulgar periódicamente los conocimientos sobre el programa de CMR?
- ¿Cuáles son los logros y los avances de las propuestas del programa de CMR?
- ¿Qué se puede aprender sobre los indicadores de CMR y maltrato, y de la medición y el uso habituales de estos indicadores para fundamentar la implementación del programa, incluso correcciones de rumbo de ser necesario? ¿Qué se puede aprender acerca de la incorporación de métodos cualitativos en el monitoreo del programa para apoyar ajustes al programa en tiempo real, según la experiencia, prioridades y necesidades de las partes interesadas locales (mujeres, familias, proveedores de atención?)

Dada la limitada base de evidencia en implementar la supervisión de intervenciones del CMR como parte de programas integrales de SMN que operan a escala, se debe elaborar un plan concreto para la supervisión y la documentación del programa.

El objetivo consiste en facilitar las correcciones de rumbo en tiempo real y apoyar la diseminación periódica del aprendizaje adquirido a las partes interesadas locales y globales. Los administradores de programas pueden utilizar varios recursos como ayuda para elaborar un plan de documentación sólido que respalde el análisis periódico y la adaptación de las intervenciones, el aprendizaje y la divulgación del programa entre las partes interesadas locales y mundiales.

Uno de los recursos son los estándares para reportar los programas de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (*Programme Reporting Standards for Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, WHO, 2017*) de la OMS. Los estándares para reportar los programas de la OMS brindan una guía para la elaboración de informes completos y precisos sobre los procesos de diseño, implementación y supervisión de los programas de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente. Los ejecutores o los investigadores del programa pueden utilizar estos estándares prospectivamente, como guía para la elaboración de los informes del programa a lo largo de su ciclo de vida; o bien retrospectivamente, para explicar lo que se hizo, cuándo, dónde, cómo y por quién.

Otro recurso desarrollado bajo MCSP que puede resultar útil para los administradores de programas brinda un enfoque sistemático que permite documentar y comprender cómo se diseñan, implementan y operan las intervenciones en un contexto específico. La sección Documentar los procesos del programa (*Documenting Program Processes, DPP*) incluida en la Guía de uso rápido para el usuario (*The Quick User's Guide*) forma parte de un [conjunto de instrumentos más grande](#). En ella, se definen los instrumentos para planificar, recopilar, sintetizar, organizar y presentar los datos de la sección DPP para un programa de salud pública en proceso de implementación o ampliación. El enfoque de la sección DPP tiene como objeto producir evidencia que:

- Apoye las iniciativas que apuntan a ampliar y transferir programas exitosos a otros entornos;
- Faciliten el aprendizaje del programa en tiempo real de los proyectos durante el curso del ciclo del proyecto, lo que permite identificar cuellos de botella y rastrear todas las adaptaciones y las consecuencias imprevistas del programa;
- Contribuyan a interpretar conclusiones de los resultados, por ejemplo, qué funcionó o no, y cómo y por qué, lo que permite hacer recomendaciones para mejorar el programa.

La documentación del programa debe evaluar la fidelidad del programa a las intervenciones planificadas. ¿El programa se implementó tal como se planificó a partir de la teoría del cambio del programa, o se aplicaron cambios importantes a las actividades planificadas? Es importante documentar todas las desviaciones de lo que estaba planificado, así como los motivos del cambio, para

### Jornadas de puertas abiertas de la maternidad

Las jornadas de puertas abiertas de la maternidad (*Maternity Open Days*) brindan a las gestantes y sus familias la oportunidad de interactuar con proveedores de atención de salud y de visitar la unidad de maternidad con el fin de desmitificar las prácticas del parto y mitigar cualquier miedo relacionado con el parto en un centro de salud. Estas jornadas están diseñadas para los siguientes fines:

- Fomentar la comprensión mutua entre los miembros de la comunidad y los proveedores de servicios.
- Conocer mejor y desmitificar los procedimientos que se emplean durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato.

Fuente: Population Council Brief, Maternity Open Days (Population Council/TRAction, 2015).

### ¿Qué es la documentación de los procesos del programa?

La documentación de los procesos del programa (DPP) es un enfoque estructurado y sistemático para que el personal del proyecto y otras partes interesadas evalúen y documenten las intervenciones exactamente como se implementaron y, los procesos de implementación (es decir, la descripción de las actividades y como se implementaron), los cambios contextuales que incluyen eventos clave, y las acciones implementadas dentro de contextos específicos para lograr los resultados deseados. A través de la DPP, los equipos del programa desarrollan y examinan periódicamente una descripción de los detalles de los procesos de todas las actividades (**quién, qué, cómo y por qué**).

Fuente: DPP Guidance Manual

poder generar y divulgar el aprendizaje acerca de lo que funcionó y lo que no, y por qué, entre las partes interesadas locales y mundiales.

Los materiales de diseminación del programa deben diseñarse de manera que aborden las prioridades y las necesidades de información de los responsables de tomar decisiones y de las partes interesadas clave. Durante la fase de diseño del programa, el equipo y los socios del programa deben identificar las necesidades de información prioritarias de las partes interesadas clave y elaborar un plan de documentación y divulgación del programa que aborde estas necesidades de información (p. ej., formuladores de políticas de salud, administradores de programas). El programa debe identificar y utilizar intencionalmente formatos de comunicación que están de acuerdo con las partes interesadas clave. Es posible que algunas partes interesadas prefieran leer un resumen breve o participar de una presentación interactiva de los hallazgos del programa. En cambio, otros quizás prefieran un artículo periodístico o un informe más extenso que incluya información detallada sobre las actividades y los resultados del programa. Otros tal vez se inclinen por un video gráfico o por oír las opiniones de los participantes y los beneficiarios del programa. Es preciso definir claramente y presupuestar las actividades de aprendizaje y diseminación.



Una partera sostiene la mano de una mujer en trabajo de parto en un hospital de Gusau, Nigeria. Fotografía de Karen Kasmauski/MCSP

Durante la última década, la comunidad vinculada a la salud materna y neonatal mundial ha sido testigo de una rápida expansión de las actividades de promoción, investigación e implementación de programas que apuntan a mejorar la experiencia de las mujeres y de los recién nacidos durante el parto en los establecimientos de salud, así como la de los proveedores de atención. El grupo interesado en el CMR, que antes era una pequeña comunidad de partes interesadas, ha florecido y hoy es un movimiento universal con varias organizaciones que trabajan en este tema a lo largo de seis continentes. Al centrarse en la experiencia de la atención en salud de mujeres y familias durante el momento crítico del parto en el ciclo de la vida humana, muchas personas, organizaciones y gobiernos han asumido el reto de garantizar que todas las mujeres y los recién nacidos reciban una atención compasiva y respetuosa en el parto como un derecho humano fundamental. Esperamos que esta guía operativa pueda ayudar a los implementadores de programas de SMN y las partes interesadas aliadas a desarrollar el aprendizaje esencial que permita materializar este compromiso con las mujeres y los recién nacidos.

# Referencias bibliográficas

- Abuya T, Warren C, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, Mbehero F, Njeru A, Bellows B. 2015a. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One* DOI: 10.1371/journal.pone.0123606.
- Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, Warren C. 2015b. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15:224.
- Afulani, PA, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M. 2017. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population. *Reprod Health* 2017 Sep 22; 14(1):118. DOI: 10.1186/s12978-017-0381-7.
- Afulani PA, Diamond-Smith N, Phillips B, Singal S, Sudinharaset M 2018. Validation of the person-centered maternity care scale in India. *Reproductive Health*, 15:147; <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0591-7>.
- Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA 2019. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e96–109.
- Anderson, A. 2005. The community builder's approach to theory of change: a practical guide to theory development. The Aspen Institute Roundtable on Community Change.
- Arnold R, van Teijlingen E, Ryan K, Holloway I. 2014. Understanding Afghan healthcare providers: a qualitative study of the culture of care in a Kabul maternity hospital. *Bjog* 2014; DOI: 10.1111/1471-0528.13179.
- Asefa, A, Bekele, D. 2015. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* 2015; 12:33; DOI: 10.1186/s12978-015-0024-9.
- Asefa, A, Bekele, D, Morgan A, Kermode M. 2018. Service Providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility-based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health*; 15:4.
- Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, Soumah AM, Vogel JP, Bohren M.A. 2017a. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reprod Health* 2017 14:3. DOI: 10.1186/s12978-016-0266-1.
- Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS et al. 2017b. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reproductive Health*, Jan 13;14(1):4. Doi: 10.1186/s12978-016-0262-5.
- Bardach, E. 2012. A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving Fourth Edition. Sage/ CQ Press, Thousand Oaks, CA, USA.
- Beebe J. 2001. Rapid Assessment Process: An Introduction. Walnut Creek, CA: Altamira Press. Volumen 3, N.º 4, Art. 33.
- Bohren MA, Vogel J, Hunter E, Lutsiv O, Makh S, Souza J, Aguiar C, et al. 2015. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bohren MA, Vogel J, Tunçalp O, Fawole B, Titiloye M, Olutayo A, Oyeniran A, et al. 2016. “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM-Population Health* 2 (2016) 640–655.
- Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E. et al. 2019. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, Volume 394, Issue 10210, P1750-1763, November 09, 2019.

- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Fawole, B. et al. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Med Res Methodol* 18, 132 (2018) doi:10.1186/s12874-018-0603-x.
- Bowser D, Hill K. 2010. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Washington: USAID.
- CARE Malawi. 2013. The Community Score Card (CSC): A generic guide for implementing CARE's CSC process to improve quality of services. Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.
- Carquillat P, Venditelli F, Perneger T, Guittier MJ, 2017. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:279. DOI 10.1186/s12884-017-1462-x.
- Cindoglu D, Unal D. 2017. Gender and sexuality in the authoritarian discursive strategies of 'New Turkey.' *European Journal of Women's Studies* 24 (1): 39-54, <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1350506816679003>.
- D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. 2002. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. May 11;359 (9318):1681-5.
- Donabedian A. 1980. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev*. 37: 653-698.
- Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M y Gulmezoglu AM. 2018. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE* 13(4): e0194906, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Filby A, McConville F, Portela A. 2016. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low- and middle-income countries from the provider perspective. *PloS One*, May 2.
- Fogarty L, Johnson P, Bluestone J, Drake M, Rawlins B, Fullerton J. 2012. The health impacts of pre-service education: An integrative review and evidence-based conceptual model. Baltimore, Jhpiego.
- Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren C, Kujawski S, Moyo W, Kruk M, Mbaruku G. 2014. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*. 92(12): 915-917.
- Ganle JK, Parker M, Fitzpatrick R, Otupiri E. 2014. A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14: 425, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307897>.
- Ishola F, Owolabi O, Filippi V. 2017. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLOS One*, 12(3): e0174084.
- J. F. Jensen, T. Thomsen, D. Overgaard, M. H. Bestle, D. Christensen, I. Egerod, 2015. Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, Volume 41, Issue 5, pp 763–775.
- Jewkes R, Penn-Kekana L. 2015. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Medicine*. 12(6):e1001849.
- Jha P, Larsson M, Christensson K, Svanberg AS. 2017. Satisfaction with childbirth services provided in public health facilities: results from a cross-sectional survey among postnatal women in Chhattisgarh, India. *Global Health Action*; 10(1): 1386932. DOI: 10.1080/16549716.2017.1386932.
- Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman L. 2014. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan* doi: 10.1093/heapol/czu079.

- Kujawski SA, Freedman LP, Ramsey K., Mbaruku G, Mbuyita S, Moyo W, et al. 2017. Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga Region, Tanzania: A comparative before-and-after study. *PLoS Med.* 14(7): e1002341. Doi.org/10.1371/journal.pmed.1002341.
- Mack M, Woodsong C, MacQueen KM, Guest G, Namey E. 2005. *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*, Family Health International, Research Triangle Park, NC.
- Magoma M, Requejo J, Campbell OM, Cousens S, Filippi V. 2010. High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 10:13. ISSN 1471-2393 DOI:10.1186/1471-2393-10-13, <https://researchonline.lshtm.ac.uk/3895/1/1471-2393-10-13.pdf>
- Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), 2015. Mozambique: Final Report April 12, 2011–June 30, 2015.
- Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), 2015. Respectful Maternity Care: A Field Aspiration.
- Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) and Maternal Child Survival Program (MCSP), 2015. A Review of the Maternal and Newborn Health Content of National Health Management Information Systems in 13 Countries in Sub-Saharan Africa and South Asia.
- Maya ET, Adu-Bonsahoff K, Dako-Gyeke P, Badzi C, Vogel JP, Bohren MA et al. 2018. Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. *Reproductive Health Matters*, 26:53, 70-87, DOI: 10.1080/09688080.2018.1502020
- Montesinos-Segura, R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez Ninanqui FW, et al. 2017. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynecol Obstet* DOI: 10.1002/ijgo.12353.
- Moran AC, Jolivet RR, Chou D, Dalglish SL, Hill K, Ramsey K et al. 2016. A common monitoring framework for ending preventable maternal mortality, 2015–2030: phase I of a multi-step process. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:250. DOI 10.1186/s12884-016-1035-4.
- Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. 2014. 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery* 30(2):262–268.
- Moyer CA, Rominski S, Nakua EK, Dzomeku VM, Agyei-Baffour P, Lori JR. 2016. Exposure to disrespectful patient care during training: Data from midwifery students at 15 midwifery schools in Ghana. *Midwifery* 41(10): 39-44.
- Mselle LT, Moland KM, Mvungi A, Evjen-Olsen B, Kohi TW. 2013. Why give birth in health facility? Users' and providers' accounts of poor quality of birth care in Tanzania. *BMC Health Services Research* 13:174, <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-174>.
- Ndwiga C, Warren C, Abuya T, Kanya L, Maranga A, Ochieng C, Wanjala M. et al. 2014. Respectful Maternity Care Resource Package: Facilitator's Guide. New York, Population Council, 2012.
- Ndwiga C, Warren C, Ritter J, Sripad P, Abuya T et al. 2017. Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya: "Work with what you have." *Reproductive Health* 14:99; <http://doi.org/10.1186/s12978-017-0364-8>.
- Nilver H, Begley C, Berg M 2017. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17:203.
- OECD/Development Assistance Committee. 2002. Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management. Paris, France. <https://www.oecd.org/dac/evaluation/2754804.pdf>.
- Okafor II, Ugwu EO y Obi SN. 2015. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet* 128:110–113.

- Paul S. Holding the State to Account: Citizen Monitoring in Action. Bangalore, India: Public Affairs Centre, 2002. [http://www.pafglobal.org/about-us/publications/Lessons\\_BRCs\\_7Oct05.pdf](http://www.pafglobal.org/about-us/publications/Lessons_BRCs_7Oct05.pdf).
- Perrin B .2012. Linking Monitoring and Evaluation to Impact Evaluation. Impact Evaluation Notes. No. 2. InterAction and Rockefeller Foundation. Washington DC. <https://www.interaction.org/sites/default/files/Linking%20Monitoring%20and%20Evaluation%20to%20Impact%20Evaluation.pdf>.
- Population Council/TRAction. 2015. “Maternity Open Days: Clarifying misconceptions about childbirth.” Promoting Respectful Maternity Care Resource Package.
- Rahmani Z, Brekke M. 2013. Antenatal and obstetric care in Afghanistan – a qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC Health Services Research* 13:166, <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-166>.
- Raj A, Dey A, Boyce S, Seth A, S Bora, D Chandurkar et al. 2017. Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India. *Maternal and Child Health Journal*, 21: 1821. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2298-8>.
- Rani M, Bonu S, Diop-Sidibe N. 2004. An empirical investigation of attitudes towards wife-beating among men and women in seven sub-Saharan African countries. *African Journal of Reproductive Health*, 8 (3) (2004).
- Ratcliffe H, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. 2016a. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reproductive Health* 13:79.
- Ratcliffe H, Sando D, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. 2016b. Applying a participatory approach to the promotion of a culture of respect during childbirth. *Reproductive Health* 13:80.
- Reis V, Deller B, Carr C, Smith J. 2012. Respectful maternity care: country experiences. Survey Report. Washington DC: United States Agency for International Development.
- Rominski-DS, Lori J, Nakua E, Dzomeku V, Moyer C. 2016. “When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out”: Justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy and Planning* Mar 1;32(2): 215-224.
- Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca J, Bazant ES, Bartlett LA, and on behalf of the Quality of Maternal and Newborn Care Study Group of the Maternal and Child Health Integrated Program. 2015. Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15:306, <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0728-4>.
- Sacks, Emma. 2017. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reproductive Health* 14, Article number: 66 (2017).
- Salgado M, Wendland M, Rodriguez D, Bohren MA, Oladapo OT, Ojelade OA et al. 2017a. Using a service design model to develop the "Passport to Safer Birth" in Nigeria and Uganda. *Int J Gynaecol Obstet*. Dec; 139 Suppl 1:56-66. Doi: 10.1002/ijgo.12381. Epub 2017 Dec 7.
- Salgado M, Wendland M, Rodriguez D, Bohren MA, Oladapo OT, Ojelade OA et al. 2017b. A service concept and tools to improve maternal and newborn health in Nigeria and Uganda. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017 Dec; 139 Suppl 1:67-73. Doi: 10.1002/ijgo.12382. Epub 2017 Dec 7.
- Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman, LP, Kujawski S et al. 2017. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility-based childbirth: lessons learned. *Reproductive Health* (2017) 14:127 DOI 10.1186/s12978-017-0389-z.

- Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, Emil F, Chalamilla G, Langer A. 2014. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: Are women living with HIV more vulnerable? *J Acquir Immune Defic Syndr* 67(4):S228–34.
- Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, Emil F, Nell Wegner M, Chalamilla G, Langer A. 2016. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania, *BMC Pregnancy and Childbirth* 16:236.
- Sethi R, Gupta S, Oseni L, Mtimuni A, Rashidi T, Kachale F. 2017. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. *Reprod Health*; 14:111. Doi: 10.1186/s12978-017-0370-x.
- Sheferaw ED, Mengesha TZ, Wase SB. 2016. Development of a tool to measure women’s perception of respectful maternity care in public health facilities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1) p. 67.
- Smith L. 2001. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care* 10:17–22.
- Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, et al. 2015. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO Vision. *BJOG* 122(8):1045–9.
- Vastine A, Gittelsohn G, Ethelbah, B, Anliker J, Caballero B. 2005. Formative research and stakeholder participation in intervention development. *Am J Health Behav.* 29(1): 57-69.
- Vedam S, Stollb K, Rubashkinc N, Martina K, Miller-Vedame Z, Hayes-Kleine H, Jolicoeurf G, and the CCinBC Steering Council. The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM - Population Health* 3 (2017) 201–210.
- Vogel JP, Bohren MA, Tuncalp O, Oladapo OT, Adanu RM, Balde MD, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries - phase 1 formative research study protocol. *Reprod Health.* 2015; 12:60.
- Warren C, Ndwiga C, Sripad P, Medich M, Njeru A, Maranga A et al. 2017. Sowing the seeds of transformative practice to actualize women’s rights to respectful maternity care: reflections from Kenya using the consolidated framework for implementation research. *BMC Women’s Health* 17:69.
- Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Maingi G, Serwanga J, Mbehero F, et al. 2013. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* 13:21.
- Wassihun B, Zeleke S 2018. Compassionate and respectful maternity care during facility-based child birth and women’s intent to use maternity service in Bahir Dar, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18:294.
- White Ribbon Alliance. 2011. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. White Ribbon Alliance, Washington, DC. [http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf).
- White Ribbon Alliance. 2019. Respectful Maternity Care Charter: Universal Rights of Women and Newborns. White Ribbon Alliance, Washington, DC.
- World Health Organization. 2001. Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Department of Gender and Women's Health Family and Community Health, <http://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf>.
- World Health Organization. 2005. WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. 2014. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva, WHO.

World Health Organization. 2015. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva, WHO.

World Health Organization. 2016a. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, WHO. February.

World Health Organization. 2016b. Midwives' voices, midwives' realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva, WHO.

World Health Organization. 2016c. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva, WHO.

World Health Organization. 2017. Programme reporting standards for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health.

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Updated 2019. Quality of Care for Maternal and Newborn Health: A Monitoring Framework for Network Countries.

## Otros recursos

(Incluyen referencias relevantes de iniciativas para fomentar el CMR y disminuir el maltrato, que no se mencionaron directamente en este documento).

Abuya T, Sripad P, Ritter J, Ndwiga C and Warren C. 2018. Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. *Reproductive Health Matters*, 26:53, 48-61, DOI: 10.1080/09688080.2018.1502018.

Afaya A, Yakong VN, Afaya RA, Salia SM, Adatara P, Kuug AK et al. 2018. A Qualitative Study on Women's Experiences of Intrapartum Nursing Care at Tamale Teaching Hospital (TTH), Ghana. *Journal of Caring Sciences* 6(4):303-314; DOI:10.15171/jcs.2017.029.

Altahir A, Alaal AA, Mohammed A, Eltayeb D. 2018. Proportion of Disrespectful and Abusive Care during Childbirth among Women in Khartoum State-2016. *American Journal of Public Health Research*. 6(6), 237-242. DOI: 10.12691/ajphr-6-6-1.

Afulani PA, Aborigo RA, Walker D, Moyer CA, Cohen S, and Williams J. 2019. Can an integrated obstetric emergency simulation training improve respectful maternity care? Results from a pilot study in Ghana. *Birth*, Jan 24. doi: 10.1111/birt.12418.

Alzyoud F, Khoshnood K, Alnatour A, Oweis A. 2018. Exposure to verbal abuse and neglect during childbirth among Jordanian women. *Midwifery* 2018; <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.008>.

Asefa A, Bekele D, Morgan A, Kermod M. 2018. Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility-based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* 2018; 15:4; <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0449-4>.

Austad K, Chary A, Martinez B, Juarez M, Martin Y J, Ixen EC et al. 2017. Obstetric care navigation: a new approach to promote respectful maternity care and overcome barriers to safe motherhood. *Reproductive Health* (2017) 14:148. DOI 10.1186/s12978-017-0410-6.

Banks, KP, Karim AM, Ratcliffe HL, Betemariam W, Langer A. 2017. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health Policy and Planning*, czx180, <https://doi.org/10.1093/heapol/czx180>.

- Betron ML, McClair TL, Currie S, Bannerjee J. 2018. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reprod Health*. 15:143. doi: 10.1186/s12978-018-0584-6.
- Bohren MA, Hunter E, Munthe-Kaas H, Souza J, Vogel J, Metin Gülmezoglu A. 2014. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 11:71.
- Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO et al. 2017. Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. *Reprod Health*, Jan 17;14(1):9. Doi: 10.1186/s12978-016-0265-2.
- Bohren MA, Vogel JP, Fawole B, Maya ET, Maung TM, Balde MD et al. 2018. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Medical Research Methodology*, 18:132. Doi.org/10.1186/s12874-018-0603-x
- Boulkedid R, Alberti C, Sibony O. 2013. Quality indicator development and implementation in maternity units. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 27(4):609-19.
- Castro A y Savage B 2018. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- Colley S, Kao CH, Gau M, and Cheng SF 2018. Women's perception of support and control during childbirth in The Gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:413, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2025-5>.
- Devkota HR, Clarke A, Murray E, Groce M. 2017. Do experiences and perceptions about quality of care differ among social groups in Nepal?: A study of maternal healthcare experiences of women with and without disabilities, and Dalit and non-Dalit women. *PLoS ONE* 12(12): e0188554, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188554>.
- Downe, S, 2019. Focusing on what works for person-centered maternity care. *The Lancet Global Health*, Volume 7, Number 1, e1-e159, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30544-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30544-8).
- Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. 2018. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive Health* 15:23 DOI 10.1186/s12978-018-0466-y.
- Dullo AG, Hailemariaum NW, Fulasa TB, Feyissa DW, Tessema TT, Debela FA et al. 2019. Respectful maternity care: a qualitative study on the experience of health providers in public health facilities of North Shewa Zone, Oromia, Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Reproductive Health*, Vol 11 No 1: January Issue.
- Dynes MM, Binzen S, Twentyman E, Nguyen H, Lobis S, Mwakatundu N et al. 2018. Client and provider factors associated with companionship during labor and birth in Kigoma Region, Tanzania. *Midwifery*, Volume 69, February 2019, Pages 92-101, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.002>
- Dzomeku VM, Van Wick B, Knight L and Lori JR. 2018. Determinants of satisfactory facility-based care for women during childbirth in Kumasi, Ghana. *International Journal of Nursing and Midwifery*, Vol. 10(4), pp. 33-40, April. DOI: 10.5897/IJNM2018.0306
- Erchafo B, Alaro T, Tsega G, Adamu A, Yitbarek K, Siraneh Y et al. 2018. Are we too far from being client centered? *PLoS ONE* 13(10): e0205681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205681>.
- Fessiha G, Berhane Y, and Worku A. 2019. Quality of intrapartum and newborn care in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:37, <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2184-z>.
- Freedman LP, Kruk ME. 2014. Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet* 384:e42-4.

- Gebremichael MW, Worku A, Medhanyie AA, Edin K, and Berhane Y 2018. Women suffer more from disrespectful and abusive care than from the labour pain itself: a qualitative study from Women's perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:392, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2026-4>.
- Hussein S, Hons MN, Dahlen HG, Ogunsiyi O, Schmied V, 2017. Women's experiences of childbirth in Middle Eastern countries: A narrative review. *Midwifery* 2017 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.010>.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics; International Confederation of Midwives; White Ribbon Alliance; International Pediatric Association; World Health Organization; International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2014. Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet* 128(2): 95-9.
- Ijadunola MY, Olotu EA, Oyedun OO, Eferakeya SO, Ilesanmi FI, Fagbemi AT et al. 2019. Lifting the veil on disrespect and abuse in facility-based child birth care: findings from South West Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:39, <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2188-8>.
- John TW, Mkoka DA, Frumence G and Goicolea I. 2018. An account for barriers and strategies in fulfilling women's right to quality maternal health care: a qualitative study from rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:352, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1990-z>.
- Kabakian-Kasholian T, Bashour H, El-Nemer A, Kharouf M, Elsheik O and Labour Companionship Group 2018. Implementation of a labour companionship model in three public hospitals in Arab middle-income countries. *Acta Paediatr*, Dec;107 Suppl 471:35-43. doi: 10.1111/apa.14540.
- Karanja S, Gichuki R, Igunza P, Muhula S, Ofware P, Lesiamon J, Leshore L et al. 2018. Factors influencing deliveries at health facilities in a rural Maasai Community in Magadi sub-County, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18:5, <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1632-x>.
- Lambert J, Etsane E, Bergh EM, Pattinson R, and Van den Broek N. 2018. 'I thought they were going to handle me like a queen but they didn't': A qualitative study exploring the quality of care provided to women at the time of birth. *Midwifery*, Volume 62, 256 – 263. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.007>.
- Lancet* Midwifery Series, 2014. Volume 384, No. 9948.
- Mafuta E, Buning T, Lolobi DL, Mayala PM, Mambu TMN, Kayembe PK et al. 2018. Factors influencing the capacity of women to voice their concerns about maternal health services in the Muanda and Bolenge Health Zones, Democratic Republic of the Congo: a multi-method study. *BMC Health Services Research* 18:37, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2842-2>.
- Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M, eds. 2002. *Quality indicators for general practice*. London: Royal Society of Medicine.
- McCauley M, Danna VA, Mrema D y Van den Broek N. 2018. "We know it's labour pain, so we don't do anything": healthcare provider's knowledge and attitudes regarding the provision of pain relief during labour and after childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18:444, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2076-7>.
- McMahon SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpembeni RN, Winch PJ. 2014. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 14:268.
- McMahon SA, Mnzava RJ, Tibaijuka G, Currie S. 2018. The "hot potato" topic: challenges and facilitators to promoting respectful maternal care within a broader health intervention in Tanzania. *Reprod Health*. 15:153. doi: 10.1186/s12978-018-0589-1.
- Mesenberg MA, Victoria CG, Serruya SJ, Ponce de Leon R, Damaso AH, Domingues MR et al. 2018. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive Health*, 15:54, <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>
- Morgan R, Tetui M, Kananura RM, Ekirapa-Kiracho E, George AS. 2017. *Health Policy and Planning*, Volume 32, Issue suppl\_5, 1 December 2017, Pages v13–v21, <https://doi.org/10.1093/heapol/czx011>.

- Mukamurigo J, Dencker A, Ntaganira J, Berg M. 2017. The meaning of a poor childbirth experience – A qualitative phenomenological study with women in Rwanda. *PLoS ONE* 12(12): e0189371, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189371>.
- Munawar A, Hassan ZU, Ayub A, Shaikh BT, Buriro NA, Ahmed F et al. 2017. Womens perceptions about quality of maternity care at tertiary care hospital Karachi, Pakistan. *Pakistan Journal of Public Health* [S.l.], v. 7, n. 2, p. 109-112, November 2017. ISSN 2226-7018, <https://www.pjph.org/index.php/pjph/article/view/46>.
- O'Connor M, McGowan K, Jolivet RR. 2019. An awareness-raising framework for global health networks: lessons learned from a qualitative case study in respectful maternity care. *Reproductive Health*, 16:1, <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0662-9>.
- Oladapo OT, Bohren MA, Fawole B, Mugerwa K., Ojelade OA, Titiloye MA. 2017. Negotiating quality standards for effective delivery of labor and childbirth care in Nigeria and Uganda. *Int J Gynecol Obstet*, 139: 47–55. DOI:10.1002/ijgo.12398.
- Oluoch-Aridi J, Smith-Oka V, Milan E, Dowd R, 2018. Exploring mistreatment of women during childbirth in a peri-urban setting in Kenya: experiences and perceptions of women and healthcare providers. *Reprod Health*. Dec17;15(1):209. doi: 10.1186/s12978-018-0643-z. Paulino MA, Vazquez MA, and Bolumar F 2018. Indigenous language and inequitable maternal healthcare, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. *Bulletin of the WHO*, Article ID: BLT.18.216184.
- Rubashkin N, Warnock R, and Diamond-Smith N. 2018. A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery. *Reproductive Health*, 15:169, <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0588-2>
- Savage V, Castro A. 2017. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health* (2017) 14:138 DOI 10.1186/s12978-017-0403-5.
- Saxena M, Srivastava A, Dwivedi P, and Bhattaacharyya S. 2018. Is quality of care during childbirth consistent from admission to discharge? A qualitative study of delivery care in Uttar Pradesh, India. *PLoS ONE* 13(9): e0204607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204607>.
- Sethi R, Gupta S, Oseni L, Mtimuni A, Rashidi T, Kachale F. 2017. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. *Reprod Health*. 14: 111. DOI: 10.1186/s12978-017- 0370-x.
- Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi y otros 2017. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *Bjog* 2017 DOI: 10.1111/1471-0528.15015.
- Sharma G, Penn-Kakana L, Halder K y Filippi V. 2019. An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reproductive Health*, 16:7, <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0668-y>.
- Shimoda K, Horiuchi S, Leshabari S, Shimpuku Y. 2017. Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reproductive Health* 15:8, <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0447-6>.
- Taavoni S, Goldani Z, Gooran NR y Haghani H. 2018. Development and Assessment of Respectful Maternity Care Questionnaire in Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(4):334-349.
- Wesson J, Hamunime N, Viadro C, Carlough M, Katjuanjjo J, McGuide P. y otros 2018. Provider and client perspectives on maternity care in Namibia: results from two cross-sectional studies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:363, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1999-3>.

# Anexo I. Estándares de calidad de la experiencia de atención en salud materna y neonatal de la OMS, y declaraciones de calidad correspondientes

Estándar sobre la experiencia de atención en salud	Declaraciones de calidad
<b>Estándar 4:</b> La comunicación con las mujeres y las familias es eficaz y responde a sus necesidades y preferencias.	4.1: Todas las mujeres y las familias reciben información acerca de la atención y tienen interacciones eficaces con el personal. 4.2: Todas las mujeres y las familias reciben una atención coordinada, con intercambio de información clara y precisa entre los proveedores de atención social y de salud pertinentes.
<b>Estándar 5:</b> Las mujeres y los recién nacidos reciben una atención respetuosa en la que se preserva su dignidad.	5.1: Todas las mujeres y los recién nacidos tienen privacidad en el momento de trabajo de parto y en el parto, y se respeta su confidencialidad. 5.2: Ninguna mujer ni recién nacido está sujeto a maltrato, por ejemplo, maltrato físico, abuso sexual o abuso verbal, discriminación, negligencia, detención, extorsión o negación de servicios. 5.3: Todas las mujeres tienen opciones informadas en los servicios que ellas [y los recién nacidos] reciben, y los motivos de las intervenciones y los resultados se explican con claridad.
<b>Estándar 6:</b> A cada mujer y su familia se les brinda apoyo emocional que es sensible a sus necesidades y fortalece su capacidad.	6.1: A cada mujer se le ofrece la posibilidad de vivir la experiencia de trabajo de parto y parto en compañía de la persona que ella elija. 6.2: Todas las mujeres reciben apoyo para fortalecer su capacidad durante el parto.

## Anexo 2. Tipos de maltrato y factores determinantes seleccionados

(Elaborados a partir de la clasificación de Bohren y otros, 2015)

Tipo de maltrato	Factores determinantes seleccionados del maltrato y ejemplos ilustrativos
<b>Maltrato físico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de la fuerza</li> <li>• Restricción física</li> </ul>	<b>Asimetrías de poder (trabajador de la salud, cliente), control de mujeres para forzar obediencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proveedor de atención cree que se «necesita» fuerza física para garantizar obediencia y buenos resultados en el parto; creencia de que se vieron «forzados por las circunstancias» (Bohren y otros, 2015).</li> <li>• Enfermeras y parteras de Sudáfrica y Camboya confirmaron la necesidad de usar agresión física para lidiar con la ira o la frustración hacia una mujer que no obedecía (Bohren y otros, 2015).</li> </ul>
<b>Abuso sexual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual</li> </ul>	<b>Poder y control</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Violación» y «abuso sexual por parte del trabajador de salud» informado por la propia mujer afectada en la entrevista de salida y en la consulta de seguimiento (Kruk y otros, 2014)</li> <li>• “Abuso sexual por parte del trabajador de salud» informado por la propia mujer afectada en la consulta de inmunización a las 6 semanas después del parto (Okafor y otros, 2015)</li> </ul>
<b>Abuso verbal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenguaje ofensivo</li> <li>• Amenazas y culpas</li> </ul>	<b>Asimetrías de poder, “enajenación” del otro</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La «autoridad jerárquica en el sistema de salud» legitima el control de los trabajadores de salud sobre las mujeres (Bohren y otros, 2015).</li> <li>• El proveedor considera esa conducta una práctica necesaria para lograr un resultado seguro para el bebé (Bohren y otros, 2016).</li> </ul>
	<b>Dotación de personal insuficiente/ horarios de trabajo prolongados, angustia moral/agotamiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales «desbordados», «cansados» o «sobreexigidos» (Bohren y otros, 2015).</li> </ul>
	<b>Desigualdad de género y violencia estructural basada en el género</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas clientes dan la sensación de ser «agresivas y llegan preparadas para la confrontación».</li> <li>• En las sociedades que aceptan y toleran la violencia contra las mujeres, la erradicación es compleja, ya que quienes ejercen el maltrato no reconocen sus acciones como abusivas (Rani y otros, 2004).</li> </ul>
	<b>Maltrato a los trabajadores de la salud (por parte de las clientes, otros trabajadores de la salud)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de la mitad de los trabajadores de la salud entrevistados en un estudio que se llevó a cabo en Etiopía denunciaron haber sido víctimas de falta de respeto o maltrato en el lugar del trabajo (Asefe, 2017).</li> </ul>

Tipo de maltrato	Factores determinantes seleccionados del maltrato y ejemplos ilustrativos
<p><b>Estigma y discriminación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminación basada en características sociodemográficas</li> <li>• Discriminación basada en una condición médica</li> </ul>	<p><b>Estigma social contra poblaciones marginadas (p. ej., adolescentes, minorías étnicas o raciales, mujeres que tienen discapacidades), mantenimiento de jerarquías (sociales, económicas, otras)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En entornos que presentan una jerarquía social rígida, es posible que las tareas simples relacionadas con la prestación de una buena atención a mujeres se consideren actividades de la clase baja, por lo que tal vez no sean valoradas por los profesionales de la salud (D'Oliveira y otros, 2002). Esto puede dar lugar a determinadas conductas, como parteras que les piden a las mujeres que se limpien solas después del parto (Moyer y otros, 2016).</li> <li>• Las mujeres informaron haberse sentido avergonzadas por comentarios inapropiados que les hicieron trabajadores de la salud con respecto a su actividad sexual. Es probable que las adolescentes o las mujeres solteras estén más expuestas a comentarios insensibles, ya que muchas comunidades consideran que el embarazo y el parto solo son apropiados en relaciones maritales (Bohren y otros, 2015).</li> <li>• En un estudio, mujeres con fístula obstétrica que habían tenido su parto en un hospital municipal urbano de Dar es Salaam relataron haberse sentido mal recibidas por el personal de atención de salud y reportaron haber experimentado abandono, abuso físico y verbal durante el trabajo de parto y el parto (Sando y otros, 2016).</li> </ul>
<p><b>Incumplimiento de los estándares Profesionales de atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de consentimiento informado y confidencialidad</li> <li>• Exploraciones físicas y procedimientos</li> <li>• Negligencia y abandono</li> </ul>	<p><b>Falta de ética profesional y estándares explícitos (políticas/capacitación/cumplimiento)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'Oliveira contó la experiencia de estudiantes que habían sido testigos del maltrato a mujeres por parte de un residente y cómo lo replicaron, sugiriendo la importancia de focalizarse más allá de la causa inmediata del maltrato, de mejorar la enseñanza de la ética profesional y de trabajar en la formación de proveedores de atención respetuosos (D'Oliveira y otros, 2002).</li> </ul> <p><b>Poder y control, castigo para mujeres que no obedecen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores de atención de salud no se sienten obligados a brindar atención cuando las mujeres «no obedecen» (<i>revisiones mundiales</i>).</li> <li>• Es posible que tanto los proveedores como las mujeres consideren que el maltrato es justificable, como cuando las mujeres lloran o no hacen lo que el proveedor les solicita (Bohren y otros, 2016).</li> <li>• Los proveedores comúnmente culparon a la «desobediencia» y la «falta de cooperación» de una mujer durante el trabajo de parto y el parto por su experiencia de maltrato (Bohren y otros, 2016).</li> </ul> <p><b>Sistema de salud inadecuado (dotación de personal, insumos, etc.), angustia moral o agotamiento de los proveedores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores sobreexigidos (desde el punto de vista de las mujeres, McMahon y otros, 2014).</li> <li>• En una maternidad de Afganistán, la negligencia y la atención deficiente probablemente no hayan sido deliberadas, sino el resultado de conflicto en las prioridades, un enorme volumen de trabajo y habilidades clínicas deficientes (Arnold y otros, 2014).</li> </ul> <p><b>Cultura médica/socialización de los estudiantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la capacitación durante el pre-servicio, los estudiantes suelen ser testigos de una atención que cumple con las normas profesionales y copian esa conducta.</li> </ul>
<p><b>Mala relación entre las mujeres y los proveedores de atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación ineficaz</li> <li>• Falta de cuidados de apoyo</li> </ul>	<p><b>Temor de quedar mal, temor a la responsabilidad o a ser culpado por un mal resultado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible que los proveedores sientan temor de ser humillados en público, de que se los culpe de haber cometido un error profesional o de perder el empleo, y las consecuencias para ellos y su familia. En una cultura en la que predominan el temor y las culpas, «sobrevivir podría significar culpar a otro antes de que lo culpen a uno» (Arnold y otros, 2014).</li> </ul>

Tipo de maltrato	Factores determinantes seleccionados del maltrato y ejemplos ilustrativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de autonomía</li> </ul>	<p><b>Desigualdad de género/desempoderamiento de las mujeres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La violencia contra las mujeres en ámbitos obstétricos surge de las desigualdades de género que colocan a las mujeres en posiciones subordinadas en comparación con los hombres, permitiendo así el uso de la violencia y promulgando el desempoderamiento de las mujeres (Jewkes y Penn-Kekana, 2015).</li> </ul>
	<p><b>Agotamiento/angustia moral de los proveedores de atención en salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Cuando el peso de las dificultades llega a ser demasiado grande» [asociado con las presiones sociales, profesionales y económicas], el personal de partería se siente abandonado, llega el agotamiento y se encuentra en un estado de «angustia moral» (Organización Mundial de la Salud, 2016b. Midwives' voices, midwives' realities.).</li> </ul>
	<p><b>Habilidades de comunicación deficientes/falta de capacitación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible que la falta de capacitación en habilidades de comunicación de los proveedores contribuya a la mala comunicación con las mujeres (Ishola y otros, 2017).</li> </ul>
<p><b>Condiciones y limitaciones del sistema de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de recursos</li> <li>• Falta de políticas</li> <li>• Cultura del establecimiento de salud</li> </ul>	<p><b>Ambiente de trabajo no propicio, falta de oportunidades de desarrollo profesional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre las barreras sociales, culturales, económicas y profesionales que obstaculizan la prestación de atención de calidad entre las parteras, se cuentan desigualdad de género, salarios extremadamente bajos para horarios de trabajo prolongados, pocas oportunidades de capacitación y las dificultades relacionadas con el trabajo en regiones remotas con oportunidades prácticamente nulas de continuar la educación (Filby y otros, 2016).</li> </ul>
	<p><b>Cultura médica/socialización de los estudiantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En entornos en los que se ha llegado a normalizar la atención abusiva (p. ej., como parte de la educación de partería en el pre-servicio), esta se vuelve sistemática, aceptada y esperada (Kruk y otros, 2014; Moyer y otros, 2016).</li> </ul>
	<p><b>Dotación de personal inadecuada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muchos hospitales urbanos tienen un flujo de pacientes extremadamente alto y, sin embargo, enfrentan una significativa escasez de recursos y de personal, lo que probablemente sea uno de los motivos clave que impulsan la falta de respeto y el abuso (Sando y otros, 2016).</li> </ul>

# Anexo 3. Diversas propuestas para promover el CMR y disminuir el maltrato descritas en estudios a través de diferentes contextos

Propuesta para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a partir de estudios seleccionados	Posibles facilitadores basados en la experiencia anecdótica	Posibles barreras basados en la experiencia anecdótica
<b>Actividades de promoción/políticas nacionales</b>		
<p>1. <b>Iniciativas estratégicas de actividades de promoción y políticas</b> que apunten a crear políticas y liderazgos favorables. Entre ellas, se encuentran políticas centradas en la cliente y en los derechos humanos, y planes operativos de SMN nacionales financiados que aborden debilidades críticas del sistema y brechas en la calidad de atención (p. ej., leyes y políticas que consagren el derecho al CMR a nivel nacional).</p>	<p>Defensores existentes de la inclusión de principios y estándares sobre el CMR en políticas nacionales y guías pertinentes, materiales de capacitación, estándares de calidad, ayudas de trabajo, etc. (a nivel nacional, regional y de establecimientos de salud).</p> <p>Las organizaciones de la sociedad civil están comprometidas, y su papel se maximiza en la implementación y en el aprendizaje de las propuestas del CMR.</p>	<p>Rotación frecuente de personas responsables de tomar decisiones; ausencia de líderes visibles; procesos deficientes de desarrollo implementados.</p> <p>Falta de opinión e influencia de las parteras en los sistemas jerárquicos.</p>
<p>2. <b>Fortalecimiento de los sistemas de salud locales</b> para superar las barreras estructurales (p. ej., falta de productos básicos, falta de infraestructura básica). La prevención y la eliminación del maltrato en el parto requiere de un «enfoque de sistemas» para abordar barreras estructurales que obstaculizan la prestación de CMR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se empodera a las mujeres a través de mecanismos participativos de rendición de cuentas que promueven la condición de las mujeres como proveedoras y receptoras de la atención de la salud.</li> <li>• Los administradores toman las barreras que obstaculizan la prestación de atención de calidad con seriedad y se ocupan de ellas.</li> </ul>	<p>Se necesita más evidencia sobre los determinantes sistemáticos más frecuentes de maltrato en distintos contextos (p. ej., trabajadores de la salud capacitados y apoyados con habilidades necesarias interpersonales y de comunicación, falta de infraestructura y productos básicos).</p> <p>Falta de voluntad política.</p> <p>Sistemas jerárquicos centralizados en los que se carece de autoridad para hacer cambios a nivel regional.</p>
<p>3. <b>Mejora continua de la calidad</b> a fin de superar las brechas críticas en la atención materna centrada en la persona mediante la mejora de procesos de atención con el propósito de lograr CMR para todas las mujeres y los recién nacidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las mujeres, las familias, los administradores y los proveedores valoran el CMR como elemento central de la calidad de la atención.</li> <li>• Las iniciativas de la mejora de la calidad tienen como objetivo el CMR y la disminución del maltrato, además de los objetivos relacionados con la eficacia clínica y la seguridad del paciente.</li> <li>• Los equipos de mejora de la calidad incluyen tanto a trabajadores de salud como a miembros de la comunidad.</li> </ul>	<p>El sistema de salud, los administradores y los líderes de maternidad no valoran las mejoras de la calidad ni le dan prioridad.</p> <p>Los equipos de mejora de la calidad son débiles o poco funcionales.</p> <p>Falta de habilidades en mejora de la calidad entre los actores clave.</p>

Propuesta para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a partir de estudios seleccionados	Posibles facilitadores basados en la experiencia anecdótica	Posibles barreras basados en la experiencia anecdótica
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición rutinaria de la experiencia de la atención de salud de las mujeres y las familias.</li> <li>• Medición sistemática del bienestar de los trabajadores de salud en el lugar de trabajo.</li> </ul>	<p>Falta de supervisión periódica de la experiencia de la atención en salud de las mujeres y familias.</p>
<p>4. Fortalecimiento de la <b>ética profesional</b> para proveedores de atención materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las asociaciones profesionales y las instituciones educativas defienden una ética profesional clara y sólida para los diferentes tipos de trabajadores de la salud materna.</li> <li>• La ética profesional está firmemente incorporada en la educación del pre-servicio, la capacitación en servicio, y en la supervisión y tutoría de los proveedores de atención en salud materna.</li> <li>• Los administradores dan el ejemplo y hacen cumplir la ética profesional en la maternidad.</li> <li>• Marcos regulatorios y de licencias que hacen cumplir la ética y los estándares profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de ética profesional establecida para los diferentes tipos de proveedores de atención en salud materna.</li> <li>• Ausencia de asociaciones profesionales consolidadas.</li> <li>• Ausencia de regulación para los trabajadores de la salud (p. ej., licencias para ejercer la profesión) vinculadas con el acatamiento de la ética profesional.</li> <li>• Ausencia de mecanismos de reparación para el manejo de los trabajadores de salud que violan la ética profesional.</li> </ul>
<b>Sistema local y prestación de servicios</b>		
<p>1. <b>Desarrollo de habilidades de comunicación e interpersonales en los proveedores de atención en salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los docentes y los capacitadores de la educación pre-servicio y la capacitación en servicio priorizan y desarrollan habilidades de comunicación e interpersonales en los proveedores de atención en salud.</li> <li>• Se cuenta con recursos, planes de estudio basados en competencias y docentes especializados para apoyar la adquisición de habilidades de comunicación de los proveedores de atención en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de valoración de la importancia de las habilidades de comunicación de los proveedores para la entrega de CMR.</li> <li>• Falta de recursos, planes de estudio y docentes especializados que hagan posible que los proveedores de atención desarrollen habilidades de comunicación.</li> <li>• El desarrollo de habilidades de comunicación no está incorporado en la educación pre-servicio ni en la capacitación en servicio.</li> </ul>
<p>2. <b>Participación de los proveedores de atención en salud en la clarificación de valores y la transformación de actitudes</b> Ayude los proveedores y los administradores a llevar a cabo una autoevaluación de sus conductas y actitudes en relación con el CMR y el maltrato. La capacitación sobre clarificación de valores y transformación de actitudes está incluida en un paquete integral llamado <b>Paquete de recursos para el cuidado materno respetuoso</b>. Este paquete incluye un conjunto de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las personas reconocen que el cambio de conducta y de actitud es generado por uno mismo; y están dispuestos y son capaces de desafiar sus propias conductas y actitudes en un entorno sin prejuicios.</li> </ul>	<p>Existe un entorno que no apoya el cambio de conducta, como el pensamiento grupal que evalúa incorrectamente una situación o acción de una manera que magnifica lo negativo o minimiza lo positivo.</p>

Propuesta para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a partir de estudios seleccionados	Posibles facilitadores basados en la experiencia anecdótica	Posibles barreras basados en la experiencia anecdótica
<p>manuales, instrumentos y recursos para fomentar los servicios de atención respetuosa de la salud materna y neonatal de alta calidad. Estos recursos permiten que los administradores de programas planifiquen y desarrollen talleres para proveedores de los centros y trabajadores de salud de la comunidad.</p>		
<p>3. <b>Cuidar a quien cuida</b> (apoyo a los trabajadores de la salud). Brindar oportunidades para que los trabajadores de la salud comuniquen las presiones relacionadas con el trabajo y reciban apoyo para abordar dificultades importantes que enfrentan; abordar factores del sistema de salud que afectan negativamente a los trabajadores de la salud en el lugar de trabajo, apoyar a los trabajadores de la salud.</p> <p>4. (p. ej., ofrecer té y galletas en el turno de la noche) y ayudarlos a procesar la tensión relacionada con el trabajo (p. ej., armar grupos de apoyo con pares).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los mismos proveedores nombran o identifican personas que consideran pueden ser buenos asesores: se aseguran que sea confidencial. Los prestadores necesitan poder descargar su tensión.</li> <li>• Existen oportunidades de tutoría en el sistema local: Alguna persona del centro de salud está disponible para prestar servicios de tutoría más frecuentes; sirve como recurso de «llamada» cuando sucede algo (p. ej., mortinato).</li> <li>• Certificados para capacitación: Se observa agotamiento y escasa rotación. Capacitar a las personas como equipo. Entregar certificados para capacitación (ante la ausencia de remuneración) es motivador. En los casos en los que la dirección brinda apoyo, las condiciones mejoran.</li> <li>• Trabajar para desarrollar habilidades de comunicación empática entre los proveedores; reforzarlas con el tiempo mediante tutorías; que no sean capacitaciones aisladas. La retroalimentación de las clientes es tan poderosa que se convierte en una gran motivación para los proveedores de atención de la salud.</li> <li>• Hay representantes de la comunidad en el centro de salud que son la voz a la comunidad, de modo que comprendan los problemas y ejerzan presión para satisfacer las necesidades de los proveedores.</li> <li>• El asesor demuestra compromiso y tiene buena aceptación del personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocen demasiado bien al asesor o bien ocupa un cargo directivo. Los proveedores perciben la gestión como un factor de estrés.</li> <li>• La confidencialidad es una preocupación.</li> </ul>
<p>5. <b>Días de apertura</b><sup>1</sup>, que también recibe el nombre de <i>Jornadas de puertas abiertas en la maternidad</i> - Programa educativo para la atención prenatal y preparación para el parto (diseñado para ampliar los</p>	<p>Existen vínculos efectivos entre la comunidad y el centro de salud, y la comunidad está dispuesta a comprometerse y participar en estas jornadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La administración del centro de salud o los proveedores de atención no están dispuestos a que la comunidad ingrese al centro, o bien la comunidad no confía en ellos.</li> </ul>

<sup>1</sup> Se utilizó en el proyecto Uzazi Bora, en Tanzania.

Propuesta para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a partir de estudios seleccionados	Posibles facilitadores basados en la experiencia anecdótica	Posibles barreras basados en la experiencia anecdótica
<p>conocimientos sobre los derechos de las clientes y la preparación para el parto, aumentar y mejorar la comunicación entre la cliente y el proveedor y entre el proveedor y el administrador, y mejorar la experiencia de las mujeres y las actitudes de los proveedores). Brindar una oportunidad para conversar acerca del plan para el nacimiento con las parejas masculinas. Ofrece a las madres y a los miembros de la comunidad la oportunidad de contribuir a la atención centrada en las mujeres.</p> <p>Las jornadas de puertas abiertas de la maternidad también brindan la oportunidad para que las gestantes y las familias interactúen con proveedores de atención, visiten la unidad de maternidad para que puedan saber qué esperar durante el trabajo de parto y el parto, y aplaquen los temores que pudieran tener acerca de dar a luz en un centro de salud. Constituyen una oportunidad para que los miembros de la comunidad y los proveedores de la atención interactúen de manera informal, comprendan mejor cómo pueden respetarse entre sí y afronten las dificultades que impiden prestar un CMR. Por ejemplo, si el centro de salud no cuenta con un abastecimiento de agua aceptable, la comunidad puede ofrecer su apoyo mediante la recolección de agua de lluvia.</p> <p>Estas jornadas tienen los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la comprensión mutua, la responsabilidad y el respeto entre los miembros de la comunidad y los proveedores de servicios.</li> <li>• Conocer mejor y desmitificar los procedimientos que se emplean durante el trabajo de parto, el parto y el período puerperal inmediato.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay escasa movilización de la comunidad, o bien las barreras culturales impiden una participación plena, por ejemplo, la presencia de hombres durante el parto.</li> </ul>
<p>6. <b>Un taller sobre Cuidado Maternos respetuoso (CMR)</b> para proveedores de atención, basado en el plan de estudio de trabajadores de la salud por el cambio (<i>Health Workers for Change</i>). Los talleres están dirigidos a proveedores de atención en salud y apuntan</p>	<p>Existe un plan de acción que abarca a todo el centro de salud (como resultado de los talleres) y apunta a promover conversaciones acerca de la creación de una cultura de respeto en el hospital. Además de abordar las barreras del centro que obstaculizan la atención respetuosa, el plan de acción puede</p>	<p>No existe un mecanismo de seguimiento para sustentar la acción y la comunicación para la implementación de los planes de acción.</p>

Propuesta para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a partir de estudios seleccionados	Posibles facilitadores basados en la experiencia anecdótica	Posibles barreras basados en la experiencia anecdótica
<p>a que los proveedores reflexionen acerca de sus propios valores y aspiraciones, las necesidades y prioridades de las pacientes, y sus realidades locales en términos de atención de la salud. Los talleres están diseñados para ampliar los conocimientos sobre los derechos de las pacientes y la preparación para el parto, aumentar y mejorar la comunicación entre la paciente y el proveedor y entre el proveedor y el administrador, y mejorar la experiencia de las mujeres y las actitudes de los proveedores.</p>	<p>diseñarse para empoderar a los proveedores de atención en salud y mejorar sus sentimientos de autoeficacia y su capacidad de promulgar el cambio dentro de su lugar de trabajo. El plan de acción puede utilizarse como instrumento en las reuniones departamentales y brindar a todo tipo de personal la oportunidad de debatir asuntos respecto de la atención de pacientes. Los elementos del plan de acción deberían limitarse a actividades que el personal pueda realizar por sí solo, mediante el trabajo en equipo y la participación activa, sin recursos adicionales significativos. Estas actividades variarán según el contexto y podrían incluir eventos para el reconocimiento del personal que mejoren su motivación; reparación o adquisición de cortinas y mosquiteros para garantizar que todas las camas tengan una división funcional para privacidad, etc. (Para conocer más actividades ilustrativas, acceda a este enlace: <a href="#">Uzazi Bora Project Article</a>).</p> <p>Hay una presencia sostenida del personal del proyecto en el centro de salud, que trabaja en estrecha colaboración con los directivos del centro para que se puedan llevar a cabo estas iniciativas multifacéticas de manera coordinada.</p>	<p>La alta rotación de personal del centro de salud puede limitar el impacto duradero del taller si se lleva a cabo en el centro de salud.</p>
<p>7. <b>Elaboración o adaptación de un estatuto de derechos de clientes</b> (p. ej., adaptación de un estatuto nacional): Este estatuto se complementaría con mecanismos de aplicación y gestión del cambio, como «cuestionarios de clientes», mecanismos de quejas anónimas de clientes y apoyo constante al equipo de mejora de la calidad de la maternidad para alcanzar los principios básicos de un estatuto de derechos de clientes. Este estatuto puede complementarse mediante el apoyo constante al equipo de mejora de la calidad en un hospital de distrito, centrado en la identificación y la superación de obstáculos para lograr CMR</p>	<p>Existe un «proceso de adaptación» local del estatuto nacional como parte de la intervención. Esto variará según el contexto. Sin embargo, en el caso del proyecto Staha, la adaptación local incluyó un diálogo sistemático entre los representantes del sistema de salud del distrito y las comunidades.</p> <p>Las autoridades locales aprueban el estatuto final de derechos de las clientes. Esta se centra en el valor del respeto mutuo y el consenso sobre derechos y responsabilidades clave para pacientes y proveedores con el fin de garantizar la atención respetuosa.</p> <p>Hay un cuerpo directivo, y el centro está preparado; ambos fueron elementos importantes en el éxito de la intervención; algunos líderes surgieron más adelante en el proceso y resaltaron la necesidad de la participación continua.</p> <p>Funcionará bien si el estatuto incluye elementos que sean medibles/alcanzables en ese contexto, así como mecanismos de</p>	<p>Si el maltrato se normaliza o las estructuras de resarcimiento no son efectivas.</p>

Propuesta para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a partir de estudios seleccionados	Posibles facilitadores basados en la experiencia anecdótica	Posibles barreras basados en la experiencia anecdótica
<p>8. <b>Encuestas de satisfacción de las pacientes:</b> Son fáciles de realizar; el hospital analiza los datos. Las preguntas se centran en el CMR, no en el MALTRATO (porque es posible que el refuerzo positivo para generar conductas respetuosas sea más eficaz que «dar nombres y avergonzar»). Las respuestas se colocan en una caja y se analizan todas las semanas, con una frecuencia regular. Las preguntas motivaron a los proveedores a atender con respeto. Estos cuestionarios pueden utilizarse para obtener periódicamente experiencias de la atención en salud de las clientes y prioridades en la atención para informar y evaluar las iniciativas destinadas a mejorar el CMR y disminuir el maltrato en el parto.</p>	<p>responsabilidad que apoyen a las clientes o a las familias en el caso de que no se respeten sus derechos.</p> <p>Las personas entrevistadas tienen la garantía de la confidencialidad o el anonimato y de que su participación no afectará su acceso (o el acceso de su familia) a los servicios o a la calidad de los servicios que reciben.</p> <p>Es posible que las mujeres se sientan cómodas al compartir sus puntos de vista.</p> <p>Esta no es una caja de quejas que las mujeres tienen que buscar; las encuestas deben dirigirse a todas las mujeres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El contexto de alfabetización determinará el uso de encuestas en papel, que se colocarán dentro de una caja cerrada con llave.</li> <li>• Todas las mujeres completan el cuestionario.</li> <li>• Cajas de sugerencias: no son eficaces</li> <li>• Tema: determinar si la encuesta al alta se realiza en la comunidad o en el centro de salud.</li> </ul> <p><b>En las encuestas, hay que observar las preocupaciones más frecuentes de las mujeres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Las clientes sienten que pueden elegir los centros de salud?</li> <li>• ¿Las clientes sienten que pueden hablar de la atención del centro de salud sin recibir un castigo?</li> <li>• Realizar el seguimiento de los detalles. Antes que nada, preguntar acerca de la satisfacción general (p. ej., experiencia del parto en general, atención recibida en el centro de salud, interacciones con proveedores de atención de salud, infraestructura del centro de salud).</li> <li>• Preguntar sobre la atención respetuosa recibida y si las trataron bien.</li> <li>• Menos de 5 preguntas.</li> <li>• La administración del hospital puede sugerir una encuesta al alta para supervisar el proceso de mejora de la calidad (calificaciones de los elementos de calidad de la atención).</li> <li>• Se pueden usar preguntas que se respondan con sí o no, ya que son más fáciles de analizar. Agregar “No sé” como opción de respuesta. (Nota: Es posible que la escala de Likert sea más útil para preguntas sobre satisfacción, ya que ofrece</li> </ul>	

Propuesta para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a partir de estudios seleccionados	Posibles facilitadores basados en la experiencia anecdótica	Posibles barreras basados en la experiencia anecdótica
	un intervalo más amplio y mayor precisión en las respuestas. Además, su análisis no resulta demasiado complejo).	
9. <b>Promoción de la responsabilidad mutua:</b> derechos y responsabilidades de los proveedores de atención de salud y de las pacientes.	El cambio de conducta se aborda como parte de la programación de MCSP, dado que este cambio entre los proveedores de servicios es clave para hacer frente a la falta de respeto y el maltrato en el centro de salud.	
10. <b>Las propuestas participativas locales</b> se centran en el refinamiento constante de propuestas del programa y prioridades que se definieron a nivel local.	Desde el principio del proyecto, se le da prioridad a la participación nacional, regional y del distrito para establecer estrategias en cuanto a propuestas participativas.	Es necesario investigar más acerca del diseño de la implementación participativa local y los procesos que pueden adaptarse y sostenerse a nivel local para disminuir la falta de respeto y el maltrato y mantener el CMR, centrándose en el aprendizaje y la adaptación constante.
11. <b>Los talleres de sensibilización de la comunidad y planificación de acciones participativas</b> permiten elaborar planes de acción de propiedad comunitaria para mantener un sistema de salud responsable del CMR de acuerdo con los «estatutos de servicio». También permiten fortalecer la participación masculina positiva analizando la importancia de la planificación del parto y las finanzas con los hombres/ancianos.	Uso de canales de comunicación existentes para las reuniones (p. ej., reunión de jefes/líderes tribales, grupos de mujeres, grupos religiosos).	Las comunicaciones sobre derechos no generan resultados observables. Los trabajadores voluntarios de la salud de la comunidad pueden centrarse en metas sencillas, como referencias para la atención prenatal, partos, malaria y casos, pero no deberían debatir asuntos de derechos.
12. <b>La resolución alternativa de controversias por maltrato</b> establece un mecanismo conjunto del centro de salud y la comunidad para resolver y buscar resarcimiento por incidentes de maltrato. Esto incluye Equipos de Mejora de la Calidad continuos, tarjetas de puntuación en la comunidad o «grupos de supervisión de derechos» de la comunidad.	Si la comunidad está dispuesta a denunciar casos (y los centros de salud están dispuestos a ocuparse de los casos) y existen vínculos eficaces entre la comunidad y el centro de salud. Se debe gestionar bien a fin de garantizar el respeto mutuo entre las comunidades y los centros de salud.	Si el maltrato se normaliza o las estructuras de resarcimiento no son eficaces.
13. <b>Enfoques que rompen barreras entre proveedores y pacientes</b> (p. ej., diálogo constante facilitado entre la comunidad y el centro de salud; equipos de mejora de la calidad que incluyan a la comunidad y a proveedores de salud, comprometidos a trabajar continuamente para mejorar la atención centrada en la persona; y las jornadas de puertas abiertas de la maternidad).		

Propuesta para fomentar el CMR y disminuir el maltrato a partir de estudios seleccionados	Posibles facilitadores basados en la experiencia anecdótica	Posibles barreras basados en la experiencia anecdótica
<p>14. <b>Enfoques de rendición de cuentas:</b> La rendición de cuentas social es un enfoque para desarrollar responsabilidades que se basa en el compromiso cívico, donde los ciudadanos participan directa o indirectamente en exigir la rendición de cuentas de los proveedores de servicios y de los funcionarios públicos. La responsabilidad social puede involucrar la movilización de la sociedad civil para ejercer presión sobre el Gobierno o los proveedores con el fin de que ofrezcan servicios de calidad y respetuosos. Entre las herramientas y los mecanismos de responsabilidad social, podemos mencionar el presupuesto participativo, el control del gasto público, tarjetas de calificación de los ciudadanos, tarjetas de puntuación en la comunidad, auditorías sociales, reglamento de servicio y leyes sobre el derecho a la información. Pueden involucrar el uso de los medios y de las redes sociales para impulsar el cambio de política: un objetivo puede ser captar la atención nacional sobre el maltrato o la atención respetuosa. Uno de los beneficios de la rendición de cuentas participativa es el sentido de pertenencia y sostenibilidad (porque son los ciudadanos quienes la impulsan), así como la sensibilidad cultural, ya que estos enfoques detectan temas que preocupan a las mujeres.</p>	<p>Funciona bien si ya existen grupos de la comunidad que participan. En cuanto al maltrato, se podrían considerar grupos de mujeres, grupos sobre violencia contra las mujeres, derechos a la salud, etc.</p>	<p>Tal vez no funcione bien si no hay grupos de acción de la comunidad en el entorno o si hay muy pocos.</p>

# Anexo 4. Nota conceptual ilustrativa sobre el MCSP y plan de trabajo para la incorporación de propuestas de CMR en un programa integral de SMN

## Información general y objetivo

Como parte de las iniciativas en curso del MCSP para fomentar la atención respetuosa y disminuir el maltrato como elemento central de atención de SMN de calidad, el MCSP ha elaborado una guía operativa del CMR orientada a los procesos a partir de la evidencia actual en cuanto al uso de programas nacionales de MCSP.

El **objetivo general de las actividades propuestas** en esta nota conceptual es implementar un conjunto de intervenciones impulsadas por procesos y diseñadas a nivel local para fomentar el CMR y disminuir el maltrato en servicios obstétricos en los centros de salud respaldados por un MCSP en *PAÍS*. Cada vez hay más evidencia que demuestra que, cuando la atención obstétrica es respetuosa, son mayores las probabilidades de que las mujeres y las familias utilicen los servicios de maternidad de los centros de salud y se reduzcan las complicaciones en el parto (Kruk y otros, 2014; Bohren y otros, 2015; Raj y otros, 2017).

*INFORMACIÓN GENERAL ESPÉCIFICA DEL PAÍS SOBRE EL CMR/FALTA DE RESPETO Y MALTRATO: Incluya un breve resumen de información general relevante para el país (p. ej., política nacional, iniciativas de programas respaldadas por el Gobierno nacional, socios, MCSP): hallazgos clave de estudios o evaluaciones del CMR, o bien iniciativas de implementación de programas (por parte de MCSP o de los socios) llevadas a cabo en PAÍS.*

*INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL TRABAJO DE MCSP EN PAÍS: El MCSP está trabajando en determinados centros de salud o comunidades en PAÍS para terminar con las muertes maternas y neonatales evitables. En los últimos dos años, el MCSP ha colaborado con el Ministerio de Salud en la implementación de intervenciones basadas en la evidencia. Entre ellas, se cuentan capacitaciones basadas en habilidades para mejorar la provisión de atención de calidad durante el parto. Incluya una descripción general del trabajo del programa de SMN del MCSP en PAÍS. Resuma las actividades previas de MCSP para abordar el CMR/el maltrato sobre las que se basarán las intervenciones propuestas del programa.*

## Descripción general de las actividades propuestas para el CMR que recibirán ayuda de MCSP como parte de las actividades del Programa de Salud Materna, Neonatal e Infantil (SMNI) en PAÍS

A partir de un enfoque participativo de diseño compartido, el MCSP aplicará esta guía operativa del CMR como parte del trabajo de SMN establecido para mejorar la atención centrada en las mujeres y en los recién nacidos en *PAÍS* y para generar conocimientos a lo largo de los países que reciben apoyo de USAID.

En esta nota, se exponen los próximos pasos para continuar desarrollando el trabajo actual e interrelacionado del CMR, género y calidad de la atención centrada en la cliente en *PAÍS* para su debate con la Misión de USAID en *PAÍS* y, eventualmente, con otras partes interesadas si así lo aprueba la Misión de USAID.

Basado en la guía operativa mundial del CMR de MCSP, el trabajo propuesto en *PAÍS* se llevará a cabo en tres fases, a partir del trimestre *X del Año Fiscal Y*, y extendiéndose a lo largo de la vida del programa MCSP en *PAÍS*:

- **Fase 1: un análisis situacional básico del CMR** (recopilación de datos cualitativos y cuantitativos) en centros seleccionados [a partir de *X* evaluaciones anteriores], con un enfoque adicional en la experiencia de atención de salud de la cliente como dimensión clave de la calidad.

- **Fase 2:** elaboración de una teoría del cambio específica del centro y selección de enfoques prioritarios sensibles al género en relación al CMR con su correspondiente plan de implementación y monitoreo por las partes interesadas locales.
- **Fase 3:** implementación y monitoreo continuo del programa (y evaluación final si los recursos lo permiten).

De acuerdo con el plan de trabajo del Año Fiscal 3 de MCSP en *PAÍS*, el MCSP también trabajará con los equipos de fortalecimiento de los sistemas de salud/igualdad y género a fin de incorporar factores de igualdad y género en el análisis situacional propuesto, así como intervenciones de seguimiento y mediciones sistemáticas del CMR, según corresponda, en función de los resultados del análisis situacional.

Se espera que el análisis situacional se continúe desarrollando y complemente las actividades en curso relacionadas con el CMR del Año Fiscal X y que contribuya a refinar las actividades de seguimiento del CMR año fiscal Y para su implementación en centros seleccionados. El CMR actual y las actividades relacionadas en curso en el año 3 incluyen las siguientes: *PAÍS*.

## Enfoque de implementación

Para la **fase 1**, el MCSP en *PAÍS* implementará un análisis situacional (cualitativo y cuantitativo) básico con métodos combinados para comprender las características y los motivos locales del maltrato y para evaluar la experiencia de atención de salud de las clientes en determinados centros de salud a fin de adaptar el enfoque de implementación al contexto del país. La oficina central del MCSP proporcionará apoyo remoto a nivel nacional, con el respaldo del equipo del MCSP en *PAÍS* más amplio. El análisis situacional incluirá entrevistas a informantes clave y posiblemente sesiones de grupos focales con partes interesadas clave. Entre ellas, se cuentan miembros de la comunidad, clientes mujeres, personal del centro de salud, administradores del centro de salud y del distrito. El objetivo consiste en obtener información cualitativa acerca del CMR dentro de las áreas de intervención previstas (ver Anexo 7 de la guía operativa del CMR de MCSP para obtener un conjunto de instrumentos para el análisis situacional que pueden adaptarse en función del contexto y las necesidades locales del programa).

Las entrevistas a informantes clave se llevarán a cabo con miembros de la comunidad (mujeres en edad reproductiva que han dado a luz durante el año anterior en los sectores de salud formal e informal), trabajadores de salud formal que brindan servicios durante el trabajo de parto y de parto, y los directivos de esos centros de salud y sub-distritos o distritos.

Los datos cualitativos se suplementarán con encuestas/cuestionarios cuantitativos de referencia a las partes interesadas clave, incluidas mujeres que dieron recientemente a luz en centros de salud, administradores y proveedores.

La fase 1 se implementará en ## centros de salud apoyados por MCSP seleccionados. Los criterios para la selección de estos centros incluirán los siguientes: XX

Pueden involucrar:

1. Entrevistas a informantes clave con administradores del centro de salud usando la guía/instrumento de entrevistas en profundidad para el análisis situacional.
2. Entrevistas a informantes clave con X trabajadores de salud seleccionados de centros específicos mediante el instrumento/guía de la entrevista en profundidad para el análisis situacional y entrevistas estructuradas con proveedores de atención en salud mediante un instrumento de encuesta cuantitativa.
3. Entrevistas con mujeres seleccionadas después del parto usando el instrumento de entrevista cuantitativa al alta.
4. Entrevistas individuales o sesiones de grupos focales con mujeres en edad reproductiva que hayan dado a luz durante el último año en los sectores de salud formal e informal. Las mujeres serán del área de

cobertura de los centros de salud seleccionados, y se utilizará una metodología de «bola de nieve» para la selección. Se utilizará la guía de la entrevista en profundidad para el análisis situacional con mujeres en edad reproductiva de la comunidad como guía para la sesión de grupos focales. El proceso de reclutamiento para la sesión de grupos focales utilizará la estructura de la comunidad para identificar el primer grupo de mujeres antes de que estas mujeres identifiquen a otras mujeres que reúnan los criterios.

5. Otras posibles fuentes de datos/personas encuestadas para debate:
  - ¿Grupos de la sociedad civil? (p. ej., WRA).
  - Asociaciones profesionales.
  - Responsables gubernamentales de la formulación de políticas de salud y actores en diferentes niveles del sistema de salud.
  - Comités comunales seleccionados.

En la **fase 2** (fin del año X o principios del trimestre Y), el MCSP y las partes interesadas clave utilizarán los resultados del análisis situacional con métodos combinados, incluida la experiencia de atención de salud comunicada por las clientes, para elaborar la teoría del cambio del programa. A partir de la teoría del cambio y utilizando la guía operativa del CMR de MCSP como referencia, el programa diseñará actividades e intervenciones específicas para el contexto, que se integrarán dentro de las actividades del año X del programa de SMN de MCSP en *PAÍS* en centros seleccionados para fomentar el CMR y disminuir el maltrato en servicios obstétricos brindados en centros de salud, como elemento fundamental de la atención de SMN de calidad.

En la **fase 3** (en el programa del año X), el MCSP implementará y monitoreará las intervenciones y las propuestas identificadas en el análisis situacional y los procesos de diseño de la fase 1 que se detallan en la guía operativa del CMR de MCSP. Si los recursos lo permiten, se implementará una evaluación final una vez transcurridos aproximadamente 12 meses de la implementación.

Como parte del análisis situacional inicial, el programa idealmente debería llevar a cabo una línea de base y una consecuente evaluación final para medir los cambios en la experiencia de clientes y proveedores sobre la atención de salud durante la fase de implementación y monitoreo. La línea de base y la evaluación final se realizarán principalmente a través de entrevistas con clientes y proveedores para poder medir los cambios después de la intervención en los centros de salud seleccionados. Esta información permitirá que el MCSP en *PAÍS* y las partes interesadas comprendan si se han producido cambios medibles y qué actividades del programa contribuyeron más a los cambios positivos observados.

## Objetivos del análisis situacional

- Evaluar la percepción de las clientes, los trabajadores de la salud y los administradores sobre la calidad de los servicios obstétricos con respecto a la experiencia de la atención de salud (respetuosa e irrespetuosa) de las clientas durante el parto. Esto incluye manifestaciones clave y posibles motivos de maltrato en el contexto local, y facilitadores y barreras clave para lograr el CMR para todas las mujeres, los recién nacidos y las familias.
- Investigar la experiencia de usuarios y proveedores/directivos del centro de salud (clientes, proveedores y administradores) con los servicios obstétricos en los centros de salud; explorar qué caracterizan las mujeres como una experiencia de parto positiva en un centro de salud (es decir, sus prioridades y expectativas).
- Evaluar la experiencia de los trabajadores de salud en el lugar de trabajo, incluidas las tensiones específicas que pueden llegar a experimentar en el lugar de trabajo y lo que más necesitan para tener éxito como proveedores de atención de salud materna y neonatal.
- Analizar los factores de equidad y género relacionados con la experiencia de la atención a nivel del establecimiento buscando información demográfica/equidad crítica.

## Resultados

El MCSP documentará los avances y las lecciones aprendidas para que las partes interesadas clave mejoren la programación, fortalezcan el CMR y eliminen el maltrato. El MCSP busca obtener la opinión de los clientes, los proveedores y los administradores de los centros de salud acerca de su experiencia y satisfacción como usuarios y proveedores de servicios en centros de salud a fin de mejorar su experiencia en la provisión y recepción de atención. Gracias a su aporte, los administradores y los responsables de la formulación de políticas de salud podrán mejorar los servicios en respuesta a las necesidades de las clientes. A su vez, será posible identificar cuellos de botella en la provisión de atención de calidad centrada en la cliente. Además, esta información permitirá que el MCSP en PAÍS y las partes interesadas comprendan si las propuestas que se emplean son factibles y aceptables.

Las actividades de CMR y género que se proponen en este documento y se resumen en la línea de tiempo presentada a continuación responden directamente al mandato primordial del programa de SMRN del MCSP en PAÍS. Este apunta a mejorar la calidad de los servicios de SMNI, de los cuales la atención sensible a las cuestiones de género y centrada en la cliente es un componente fundamental de la atención de calidad. El MCSP elaborará un plan de difusión para garantizar que los hallazgos sean conocidos por la comunidad, los administradores y los proveedores de atención, y a otras partes interesadas clave en distintos niveles del sistema de salud. El MCSP también compartirá los hallazgos con niveles menores del distrito y geográficos y promoverá las mejoras de la calidad. A partir de los conocimientos adquiridos con la implementación de la guía operativa del CMR del MCSP en PAÍS, el MCSP continuará probando y refinando el análisis situacional y las propuestas de medición sistemática e instrumentos para registrar el progreso y fundamentar la implementación de las iniciativas para el CMR y disminuir el maltrato. El MCSP continuará actualizando y mejorando la guía operativa del CMR del MCSP a partir de los conocimientos adquiridos de PAÍSES. El objetivo apunta a generar evidencia acerca de cómo pueden optimizarse las propuestas de CMR y convertirse en programas integrales de SMN que operan a escala (para ampliar los hallazgos de los estudios de investigación sobre la implementación centrados en el CMR, que constituyen gran parte de la evidencia que se dispone actualmente).

### Línea de tiempo ilustrativa (para ser adaptada)

	Actividad	Plazo	Responsabilidad
<b>FASE I Análisis situacional (abril-julio de 2017)</b>			
1.	Desarrollo de los objetivos y del protocolo para el análisis situacional del CMR y del documento del programa de monitoreo	Abril	
2.	Desarrollo y adaptación de los instrumentos	Abril/mayo	
3.	Intercambio de los instrumentos con las partes interesadas clave para su revisión	Mediados de junio	
4.	Traducción de los instrumentos y formularios de consentimiento	Junio-julio	
5.	Solicitud de aprobación del Comité de revisión institucional (IRB por su sigla en inglés) y de aprobación local conforme al protocolo	Junio-julio	
6.	Reunión de promoción de las partes interesadas para crear conciencia sobre el análisis situacional y solicitar opiniones	Julio	
7.	Reclutamiento y capacitación de recopiladores de datos	Agosto	
8.	Recopilación de datos y análisis de resultados	Septiembre-octubre	
<b>FASE 2: Elaboración de una teoría del cambio y de un plan de implementación y monitoreo</b>			

	<b>Actividad</b>	<b>Plazo</b>	<b>Responsabilidad</b>
1.	Preparación para la reunión nacional de las partes interesadas	Septiembre-noviembre	
2.	Reunión de las partes interesadas para analizar los hallazgos de la evaluación de la situación y diseñar una teoría del cambio que dé prioridad a intervenciones locales para mejorar el CMR y disminuir el maltrato	Octubre-noviembre	
3.	Elaboración de un plan detallado de implementación y monitoreo elaborado a partir de la teoría del cambio, que incluya establecimientos y áreas de cobertura específicos	Octubre-noviembre	
<b>FASE 3: Implementación y monitoreo sistemático del programa</b>			
1.	Implementación y monitoreo sistemático de acuerdo al plan elaborado en la fase 2	Febrero	
2.	Actividades regulares para compartir los conocimientos entre los centros (p. ej., reuniones presenciales periódicas, grupos de WhatsApp)	Marzo-septiembre	
3.	Intercambio frecuente de resultados, dificultades y avances con las partes interesadas clave (representantes de la comunidad, organizaciones de la sociedad civil, administradores y trabajadores de salud de los establecimientos, responsables de la formulación de políticas del Ministerio de Salud, etc.)		

## Anexo 5. Métodos de recopilación de datos cualitativos sobre CMR/maltrato

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	Descripción
I. Sesión de grupos focales	<p>Recaba criterios y opiniones, que se facilitan gracias a la dinámica de grupo. En un lapso breve, pueden surgir varias o muchas historias o matices diferentes sobre un tema. (a)</p> <p>Para la evaluación periódica del CMR: muchos estudios utilizan sesiones de grupos focales. Es aceptable y factible organizar sesiones de grupos focales pensando cuidadosamente en los grupos de participantes que van a debatir un tema predeterminado. Con un facilitador especializado, grupos de entre 5 y 10 personas (mujeres u hombres, miembros de la comunidad o quienes se sientan cómodos reunidos en grupo) pueden compartir opiniones en un lapso breve. La «unidad de análisis» es el grupo, y los temas comunes que surgen. No se debería identificar ni individualizar a nadie durante la fase de análisis.</p>	<p>No se puede compartir información ni experiencias personales confidenciales. No se pueden debatir experiencias de maltrato, salvo que los participantes se sientan seguros y cómodos con los miembros y el moderador del grupo. Los participantes dominantes pueden influenciar a otros participantes para que se callen.</p>	<p>Cindoglu y Unal, 2016  <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20390649">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20390649</a></p>	Turquía	Sesiones de grupos focales con clientes y parteras y médicos por separado
			<p>Ganle y otros, 2014  <a href="https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0425-8">https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0425-8</a></p>	Ghana	Sesiones de grupos focales con mujeres
			<p>Magoma y otros, 2010  <a href="https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-13">https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-13</a></p>	Tanzania	Sesiones de grupos focales con mujeres
			<p>Moyer y otros, 2014  <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813001514">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813001514</a></p>	Ghana	3 sesiones de grupos focales con abuelas, 2 con jefes del grupo familiar y 2 con jefes de familia
			<p>Maya y otros, 2018  <a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502020">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502020</a></p>	Ghana	10 sesiones de grupos focales en las que participan 110 mujeres.
			<p>Bohren y otros, 2016  <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316300453?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316300453?via%3Dihub</a></p>	Nigeria	Sesiones de grupos focales con mujeres
			<p>Bohren y otros, 2017  <a href="https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0265-2">https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0265-2</a></p>		

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	Descripción
			<a href="https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0262-5">Balde y otros, 2017 https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0262-5</a>  <a href="https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0266-1">Balde y otros, 2017 https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0266-1</a>	Guinea	Sesiones de grupos focales con mujeres
2. Entrevistas en profundidad a informantes clave	Estas conversaciones personalizadas entre el facilitador y el participante recaban opiniones, experiencias y sentimientos individuales. Requieren mayor confidencialidad para que los participantes expresen opiniones personales o delicadas. Permiten explorar las relaciones o las conexiones entre fenómenos, eventos y creencias. Permiten obtener información de proveedores y personal en determinados puestos. Se prefiere que el moderador no sea un médico a fin de construir una buena relación y disminuir el sesgo vinculado con la aceptación social. Pueden ser entrevistas semiestructuradas o exhaustivas.	<p>En general: A veces, las respuestas sobre experiencias personales son cortas.</p> <p>Para la evaluación periódica del CMR: Es posible que no surja la variedad (diversidad) de experiencias de maltrato, a menos que se lleven a cabo varias entrevistas.</p>	<p>Heshima</p> <p><a href="http://www.popcouncil.org/research/Measuring-disrespect-and-abuse-to-promote-respectful-maternity-care">http://www.popcouncil.org/research/Measuring-disrespect-and-abuse-to-promote-respectful-maternity-care</a></p> <p>Staha <a href="https://www.mailman.columbia.edu/research/averting-maternal-death-and-disability-amdd/respectful-maternity-care">https://www.mailman.columbia.edu/research/averting-maternal-death-and-disability-amdd/respectful-maternity-care</a></p> <p>Maya y otros, 2018 <a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502020">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502020</a></p> <p>Vogel y otros, 2015 <a href="https://bmcomedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0603-x">https://bmcomedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0603-x</a></p>	Kenia	
				Tanzania	
				Ghana	39 entrevistas en profundidad
				Nigeria, Ghana, Guinea, Birmania	Desarrollo y validación de instrumentos para medir cómo se trata a las mujeres en los partos que tienen lugar en centros de salud en 4 países.

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	Descripción
3. Observaciones (no estructuradas, etnográficas)	Se realizan en etnografía y sociología para comprender el contexto cultural, los actores, los procesos, las limitaciones y los fenómenos a medida que van apareciendo. Los investigadores pueden ver los procesos de atención con sus propios ojos. «La observación puede ser un importante cotejo de lo que las personas denuncian durante las entrevistas y las sesiones de grupos focales». Después de unos días, es posible que el efecto Hawthorne se minimice. La observación no estructurada puede utilizarse inicialmente para elaborar otros métodos de recopilación de datos estructurados.	La observación no estructurada puede realizarse con menos frecuencia en la salud pública. Lleva mucho tiempo observar, documentar en notas de campo, y ampliar y analizar las notas. La selección del observador es importante para reducir los sesgos (p. ej., es posible que el médico no sea el observador ideal debido al sesgo vinculado con la aceptación social). El observador debe comprometerse a ser objetivo.  Es posible que los comentarios abiertos agregados a encuestas estructuradas generen respuestas breves.	Beebe J. 2001. Rapid Assessment Process: An Introduction. Walnut Creek, CA: Altamira Press. Volume 3, No. 4, Art. 33 <a href="http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/773/1678#gl">Rapid Assessment Process in Qualitative Inquiry</a> <a href="http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/773/1678#gl">http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/773/1678#gl</a>	NA	Para la evaluación del CMR relacionada con el Gobierno y también las clientes. El libro introduce a los lectores a rápidos métodos de investigación etnográficos que ofrecen hallazgos basados en el campo a ejecutores y responsables de la formulación de políticas de salud.
			Magoma y otros, 2010 <a href="https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-13">https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-13</a>	Tanzania	Para la evaluación periódica del CMR. Ayudó a los autores a comprender e interpretar datos obtenidos de entrevistas y sesiones de grupos focales. Se utilizó para fines de triangulación y para dar perspectiva. Todos los días, el investigador principal anotaba las observaciones en un diario de campo.
			Arnold y otros, 2014 <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4489341/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4489341/</a>	Afganistán	Para la evaluación periódica del CMR. Seis semanas de observaciones diarias del personal con notas de campo tomadas y discutidas con el intérprete.
			Rosen y otros, 2015 <a href="https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0728-4">https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0728-4</a>	5 países africanos	Instrumento de observación estructurada (cuantitativa) con preguntas abiertas para documentar fenómenos no mencionados en el instrumento/normas de calidad de la atención. Instrumentos de observación estructurada con campos abiertos para comentarios.
4. Métodos participativos	Es posible que puedan hacer que prestadores de atención de la salud o pacientes/miembros de la comunidad participen en actividades de generación de datos ( <i>ranking</i> , clasificación y asignación) y,	Existen pocos ejemplos hasta la fecha; requiere de cierta experiencia organizar y analizar datos obtenidos a través de métodos participativos.	Investigación participativa basada en la comunidad (EE. UU.); evaluación rural participativa (entornos de bajos recursos); investigación de acciones participativas.	Nigeria y Uganda	

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	Descripción
	posteriormente, en cambios normativos o de prestación de servicios. Es posible que puedan agregarse a grupos focales o reuniones de divulgación con partes interesadas.	Un método participativo es, por ejemplo, la técnica de «imágenes enriquecidas» ( <i>Rich Picture</i> ).	Salgado y otros, 2017a <a href="https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12381">https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12381</a>  Salgado y otros 2017b <a href="https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12382">https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12382</a>		
			<u>Stakeholder Analysis Guidelines</u> by Kammi Schmeer. <a href="http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/33.pdf">http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/33.pdf</a>	NA	Para la evaluación del CMR relacionada con el Gobierno y también con clientes. Esta guía de 8 pasos abarca la planificación del proceso, la selección y la definición de una política, la identificación de las partes interesadas, la adaptación de instrumentos, la recopilación de información, el llenado y el análisis de una tabla de las partes interesadas, y el uso de la información para la toma de decisiones. Se brindan ejemplos.
			<u>Matriz de influencia e importancia</u> <a href="http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-importanceinfluence-matrix">http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-importanceinfluence-matrix</a>	NA	Para la evaluación del CMR relacionada con el Gobierno y la normativa. Este sitio web contiene una breve descripción de 7 pasos sobre cómo evaluar la influencia y la importancia. Esto incluye la enumeración de las partes interesadas, la ilustración de los intereses en relación con el problema, la evaluación de la influencia o el poder de las partes interesadas, lluvias de ideas, el llenado del diagrama de matriz, la identificación de riesgos e hipótesis en cuanto a la cooperación de las partes interesadas, y la determinación de cómo y qué partes interesadas deberían participar en actividades del proyecto.
			Imagen enriquecida <a href="http://www.managingforimpact.org/tool/rich-picture-0">http://www.managingforimpact.org/tool/rich-picture-0</a>	NA	Para la evaluación del CMR relacionada con clientes. Describe una experiencia grupal que permite desarrollar un dibujo de la situación que aborda el problema e ilustra los elementos y las relaciones principales que deben tenerse en cuenta al intentar intervenir para generar alguna mejora.

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	Descripción
			Bardach E. 2012. A Practical Guide for Policy Analysis: <i>The Eightfold Path to More Effective Problem Solving</i> Fourth Edition. Sage/ CQ Press, Thousand Oaks, CA, USA.	NA	Para la evaluación del CMR relacionada con el Gobierno y la normativa. Esta opción implica los primeros pasos para la definición del problema, la recopilación de evidencia y la elaboración de alternativas. Los próximos pasos incluyen la selección de criterios para soluciones, la proyección de los resultados y la confrontación de ventajas y desventajas. Estos pasos culminan con la «Decisión» y la narración de la historia.
			<a href="#">Net-Map (herramienta de mapas de redes sociales)</a>	NA	Calidad de la atención (estructura, proceso, resultados comunicados por la comunidad en relación con servicios de trabajo de parto y parto y CMR).
			Tarjeta de puntuación en la comunidad <a href="http://www.care.org/sites/default/files/documents/FP-2013-CARE_CommunityScoreCardToolkit.pdf">http://www.care.org/sites/default/files/documents/FP-2013-CARE_CommunityScoreCardToolkit.pdf</a>		Para obtener opiniones sobre el CMR y la falta de respeto y el maltrato desde el punto de vista de los miembros de la comunidad. La tarjeta de puntuación en la comunidad, elaborada por CARE, reúne a miembros de la comunidad, proveedores de servicios y al Gobierno local para identificar el uso de servicios y los desafíos para brindarlos, generar soluciones en conjunto y trabajar en sociedad a fin de implementar esas soluciones y dar seguimiento a su eficacia en un proceso continuo de mejora de la calidad.

## Anexo 6. Métodos de recopilación de datos cuantitativo sobre el CMR/maltrato

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
I. Entrevista al alta de la cliente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se puede realizar sistemáticamente a cada paciente si se autoadministra.</li> <li>En algunos contextos, es factible realizar el seguimiento por mensaje de texto o por teléfono.</li> <li>Las clientes pueden comunicar directamente sus propias experiencias.</li> <li>Se puede administrar a una muestra de clientes.</li> <li>Audiencia cautiva, y es logísticamente más sencillo lograr que las mujeres participen mientras aún se encuentran en el centro de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si bien es posible que las encuestas en el hogar sean más exactas, no son viables como parte de la implementación sistemática del programa.</li> <li>Las entrevistas al alta probablemente tiendan a subestimar el maltrato en el parto.</li> <li>Las encuestas o preguntas por mensaje de texto o correo requieren un nivel mínimo de alfabetización.</li> <li>El seguimiento por mensaje de texto o por teléfono excluye a mujeres más pobres que no tienen acceso a un teléfono.</li> </ul>	Sando y otros, (2014): n = 1954 entrevistas a clientes (un solo hospital de referencia grande). <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251905/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251905/</a>	Tanzania	N	Estudio de métodos combinados que incluía entrevistas con púerperas.	Evalúa la satisfacción y la calidad haciendo hincapié en experiencias de falta de respeto y maltrato en el parto. Entre ellas, se cuentan maltrato físico, atención no consentida y no confidencial, falta de privacidad, atención no digna y abandono durante el trabajo de parto y el parto (o después de ellos) y detención en los centros de salud.
			Kruk y otros (2014): Entrevistas con mujeres después del alta (n = 1779) y posterior seguimiento de subgrupos en el hogar de 5 a 10 semanas más tarde (n = 593). <a href="https://academic.oup.com/heapol/advance-article/doi/10.1093/heapol/czu079/2907853">https://academic.oup.com/heapol/advance-article/doi/10.1093/heapol/czu079/2907853</a>	Tanzania	N	Entrevistas con mujeres mediante un cuestionario estructurado.	Categorías incluidas de falta de respeto y maltrato: atención no confidencial, atención no digna, negligencia, atención no consentida, maltrato físico y peticiones de pago inapropiadas.
			Abuya y otros (2015a): Encuesta al	Kenia	N	Entrevistas previas/posteriores con	El cuestionario incluía falta de respeto y maltrato en general,

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Es posible que se pierda el contacto con la cliente para fines de seguimiento si no se administra mientras aún se encuentra en el centro de salud.</li> <li>Los cuestionarios autoadministrados son complejos en poblaciones con bajo nivel de alfabetización.</li> <li>Posibles sesgos en las respuestas (p. ej., por cortesía) según quién administre la encuesta.</li> <li>Es posible que no logre medir las experiencias negativas que ya se han normalizado.</li> </ul>	<p>alta con n= 641 mujeres <a href="http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123606">http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123606</a></p>			mujeres acerca de la falta de respeto y el maltrato como parte del proyecto Heshima.	así como también seis tipologías, entre ellas, maltrato físico y verbal, violaciones a la confidencialidad y a la privacidad, retención por falta de pago y abandono.
			<p>Asefa (2015): Entrevistas previas al alta con n = 173 mujeres. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403719/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403719/</a></p>	Etiopía	N	Entrevistas transversales con mujeres inmediatamente antes del alta.	Se midieron los niveles de falta de respeto y maltrato durante el parto con siete normas de desempeño (categorías de falta de respeto y maltrato) y sus respectivos criterios de verificación formulados por el Programa Integrado de Salud Maternoinfantil como parte de su conjunto de herramientas para la ARM.
			<p>Scheferaw y otros (2016): n = 509 puérperas entrevistadas para elaborar una escala. <a href="https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0848-5">https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0848-5</a></p>	Etiopía	S	Elaboración de una herramienta para medir la percepción de las mujeres sobre la ARM en centros de salud públicos, BMC 2016.	Las dimensiones contempladas son atención amable, atención sin maltrato, atención oportuna y atención sin discriminación, entre otras.
			<p>Cuestionario sobre opiniones de mujeres acerca de la satisfacción en el trabajo de parto <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1</a></p>	Reino Unido	S	Para la ARM y la falta de respeto y el maltrato relacionados con las pacientes. Este cuestionario, elaborado por Smith (2001), evalúa la satisfacción de las mujeres	Las 10 dimensiones que abarca este cuestionario son apoyo profesional en el trabajo de parto, expectativas del trabajo de parto, evaluación del trabajo de parto prematuro en el hogar, cómo sostener al

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
			<a href="#">743424/pdf/v010p00017.pdf</a>			en cuanto a la atención durante el trabajo de parto.	bebé, apoyo del marido/la pareja, alivio del dolor en el trabajo de parto, alivio del dolor inmediatamente después del trabajo de parto, familiaridad con los acompañantes del trabajo de parto, entorno del trabajo de parto y control en el trabajo de parto.
			<a href="#">Cuestionario al alta del centro de salud del estudio Staha</a>	Tanzania	N	Para la ARM y la falta de respeto y el maltrato relacionados con las pacientes. Este cuestionario se utilizó como parte del estudio Staha en Tanzania; incluye una sección sobre experiencias de falta de respeto y maltrato comunicadas por mujeres; es posible que la extensión de este cuestionario haga que su uso sistemático sea prohibitivo, pero podría utilizarse para recopilar datos de referencia y finales.	Calidad percibida y satisfacción; experiencias de falta de respeto y maltrato.
			<a href="#">Encuesta para la sala de maternidad del Hospital Magunga (proyecto Staha en Tanzania)</a>	Tanzania	N	Para la ARM y la falta de respeto y el maltrato relacionados con las pacientes. Este cuestionario	Nueve preguntas del cuestionario al alta indagaban acerca del respeto por parte de los prestadores de atención de la salud, la privacidad física,

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
						autoadministrado se utilizó para el proceso de mejora de la calidad en el hospital y solicita a las mujeres que clasifiquen una serie de aspectos relacionados con la calidad de la atención. Las mujeres los colocaron en una caja cerrada con llave, y el personal del centro de salud analizó las respuestas.	la disponibilidad de medicamentos y equipos, la limpieza del centro.
			Cuestionario sobre experiencias de clientes durante la atención del embarazo y en maternidad (Sjetne y otros, 2015). <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546178/pdf/12884_2015_Article_611.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546178/pdf/12884_2015_Article_611.pdf</a>	Noruega	S	El propósito de la encuesta era «describir el desarrollo y las propiedades psicométricas de un cuestionario sobre experiencias de pacientes que recibieron atención por embarazo y maternidad». Desde 17 semanas después del parto.	Una de cuatro secciones del cuestionario sobre el parto, 3 subescalas: relaciones personales en la sala de parto, recursos y organización de la sala, atención a la pareja en la sala.
			Encuesta sobre la experiencia de mujeres en Bangladesh sobre los servicios de maternidad (Duff y otros, 2001). <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11476146">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11476146</a>	Bangladesh	S	72 ítems (3 subescalas: Atención prenatal, 33; perinatal, 15; puerperal, 24). Intervalo de tiempo: 2 meses después del parto.	«Modelo para el desarrollo de instrumentos destinados a poblaciones étnicas minoritarias»

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
			Cuestionario para la evaluación de la experiencia del parto ( <i>Questionnaire for Assessing Childbirth Experience, QACE</i> ). Carquillat y otros, BMC Pregnancy and Childbirth 2017. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577741/pdf/12884_2017_Article_1462.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577741/pdf/12884_2017_Article_1462.pdf</a>	Suiza, Francia	S	Escala de 13 ítems 4 subescalas: relación con el personal (4), estado emocional (3), primeros momentos con el recién nacido (3), sentimientos a 1 mes del parto (3).	Expectativas, control percibido, relación con los cuidadores y el padre, emociones, primeros momentos de nacido el bebé.
			Tarjetas de calificación de los ciudadanos <a href="http://siteresources.worldbank.org/INTPCENG/1143380-1116506267488/20511066/reportcardnote.pdf">http://siteresources.worldbank.org/INTPCENG/1143380-1116506267488/20511066/reportcardnote.pdf</a>	No hay resultados publicados sobre el uso de este instrumento para el CMR/falta de respeto y maltrato.	N	Para obtener opiniones sobre el CMR y la falta de respeto y el maltrato desde el punto de vista de los miembros de la comunidad y las clientes. Elaboradas por el Centro de Asuntos Públicos en 1994, las tarjetas de calificación de los ciudadanos son encuestas sobre opiniones de las clientes.	Percepciones de los usuarios en términos de calidad, eficiencia y adecuación de distintos servicios públicos.
			Encuesta sobre la evaluación de usuarios de hospitales acerca de los sistemas y proveedores de atención en salud ( <i>Consumer</i>	No hay resultados publicados sobre el uso de este instrumento para el CMRI/falta	S en varios países.	Para la evaluación del CMR relacionada con las pacientes. La encuesta sobre la evaluación de usuarios de hospitales sobre los sistemas y proveedores de atención contiene 21 perspectivas	La encuesta cubre nueve temas clave: comunicación con médicos, comunicación con enfermeras, capacidad de respuesta del personal del hospital, abordaje del dolor, comunicación acerca de medicamentos, información

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
			<i>Assessment of Healthcare Providers and Systems</i> , HCAHPS); <a href="http://www.hcahpsonline.org/home.aspx">http://www.hcahpsonline.org/home.aspx</a>	de respeto y maltrato.		de pacientes sobre la atención y elementos de calificación de pacientes. La encuesta también incluye cuatro preguntas de investigación y siete ítems demográficos, que se utilizan para ajustar la mezcla de pacientes en los hospitales y para fines analíticos.	sobre el alta, limpieza del entorno hospitalario, tranquilidad en el entorno hospitalario y transición de la atención.
			El índice de Madres Respetadas ( <i>Mothers on respect</i> , MOR) mide la calidad, la seguridad y los derechos humanos en el parto (Nota: El instrumento no explica la puntuación/ponderación). <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827317300174">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827317300174</a>	British Columbia EE. UU.	S	Elaborado y validado en Columbia Británica, este artículo presenta los resultados del análisis psicométrico de la encuesta, que indican que 14 preguntas midieron aspectos de la comunicación entre paciente y proveedor.	Los ítems del índice de Madres Respetadas evalúan la naturaleza de las interacciones respetuosas entre paciente y proveedor y el efecto que producen en la sensación de confort y en la conducta y percepciones de racismo y discriminación de la persona.
			Afulani y otros, 2017, <i>Reproductive Health</i> . Elaboración de un instrumento para medir la atención materna centrada en la persona en entornos en vías de	Kenia	S	Escala de 30 ítems con 3 subescalas para medir los <i>aspectos positivos y negativos</i> de la ACP (atención centrada en la persona), validación en entornos rurales y urbanos de Kenia.	3 subescalas que miden la ACP: -Atención digna y respetuosa (6 ítems, positivos y negativos). -Comunicación y autonomía (9 ítems). -Cuidados de apoyo (15 ítems; tiempo, apoyo en el trabajo

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
			desarrollo: validación en zonas rurales y urbanas de Kenia. <b>Error! Hyperlink reference not valid.</b>				de parto y en el parto, apoyo emocional; alivio del dolor, infraestructura del centro de salud).
			Montesinos-Segura, R y otros, 2017. Falta de respeto y maltrato durante el parto en 14 hospitales de 9 ciudades de Perú. <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12353/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12353/abstract</a>	Perú	N	Encuesta transversal sobre la falta de respeto y el maltrato basada en las categorías de Bowser y Hill.	
			Paridhi Jha y otros, 2017. <i>Global Health Action</i> . Satisfacción con los servicios de parto prestados en centros de salud pública: resultados de una encuesta transversal entre puérperas en Chatisgarh, India. <a href="http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2017.1386932">http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2017.1386932</a>	India	N		
			Afulani y otros, 2018 <a href="https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0591-7">https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0591-7</a>	India	S	Escala de 30 ítems con 3 subescalas para medir aspectos positivos y negativos de la atención centrada en la persona (ACP). Los autores	

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
			Afulani y otros, 2019 <a href="https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(18)30403-0.pdf">https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(18)30403-0.pdf</a>	Kenia, Ghana, India	S	<p>presentan los resultados del análisis psicométrico del instrumento de ACP que anteriormente se validó en Kenia con datos de la India. Apuntaron a evaluar la validez y la confiabilidad de la escala de ACP en la India y a comparar los resultados con los obtenidos en la validación de Kenia. Llevaron a cabo análisis psicométricos, incluido el análisis factorial exploratorio y confirmatorio iterativo, para evaluar la validez y la confiabilidad del criterio y la estructura.</p> <p>Informes sobre hallazgos obtenidos en 3 países (Ghana, India, Kenia) mediante la aplicación de la escala de ACP para evaluar la experiencia de la atención de salud de las mujeres.</p>	
2. Cuestionario estructurado para	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se puede realizar periódica o sistemáticamente para el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las encuestas o preguntas por mensaje de texto</li> </ul>	No se identificaron estudios publicados sobre el CMR o el maltrato en los que	NA	NA	NA	NA

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
acompañante de parto	<p>acompañante de cada cliente o una muestra de acompañantes de clientes en el entorno de un centro de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En algunos contextos, <i>tal vez</i> sea viable realizar el seguimiento por mensaje de texto o por teléfono.</li> <li>Es posible que los acompañantes puedan comunicar conductas de las que fueron testigo y que la cliente no haya reconocido.</li> </ul>	<p>o correo requieren alfabetización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El seguimiento por mensaje de texto o por teléfono excluye a acompañantes de parto más pobres que no tienen acceso a un teléfono.</li> <li>Posibles sesgos en las respuestas (p. ej., por cortesía) según quién administre la encuesta.</li> </ul>	se emplee este método en países de bajos y medianos ingresos.				
3. Cuestionario confidencial para proveedores/ personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es posible que sea un enfoque relativamente más factible que se puede triangular con la denuncia de la propia cliente si se garantiza la confidencialidad.</li> <li>Permite recopilar información sobre asuntos relacionados con la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posible sesgo en las respuestas (p. ej., sesgo vinculado con la aceptación social).</li> <li>Es posible que el maltrato se haya normalizado para gran parte del personal.</li> </ul>	Ndwiga y otros, 2017 <a href="https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0364-8">https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0364-8</a>	Kenia	N		
			Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad de las pacientes. <a href="https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/">https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/</a>	NA	S	Para la evaluación de. CMR relacionada con la cultura organizativa. Elaborada por el Grupo de Seguridad de Pacientes de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la	Este instrumento permite evaluar el apoyo a los proveedores; gestión/ supervisión de los proveedores; comunicación dentro del establecimiento; información sobre

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
	<p>cultura organizativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dado que el personal está siempre presente, se pueden observar patrones de CMR y maltrato.</li> <li>• Es posible medir la experiencia de provisión de servicios de los trabajadores de salud.</li> </ul>		<p><a href="#">5333/surveys-on-patient-safety-culture</a></p>			<p>Salud (AHRQ por su sigla en inglés): Esta encuesta para el personal se ideó en 2004 para que los hospitales evaluaran su cultura de seguridad. Este enlace incluye instrumentos para encuesta y una guía para el usuario.</p>	<p>antecedentes de los proveedores.</p>
			<p>Enfoque para la evaluación de la gestión de recursos humanos (<i>Human Resources Management Assessment Approach</i>)</p> <p><a href="https://www.capacityplus.org/files/resources/hrm-assessment-approach.pdf">https://www.capacityplus.org/files/resources/hrm-assessment-approach.pdf</a></p>	NA	N	<p>Para la evaluación del CMR relacionada con la cultura organizativa y el entorno de trabajo. Este documento del proyecto Capacity Plus, presenta un enfoque de evaluación diseñado para permitir que los usuarios identifiquen y aborden problemas en los sistemas de gestión de recursos humanos. Fomenta la recopilación y el análisis de información sobre las dificultades clave relacionadas con la gestión de recursos humanos que se hayan definido. Asimismo, da a conocer la formulación de intervenciones eficaces en términos de políticas, estrategias, sistemas y procesos para responder a estas dificultades.</p>	<p>Cultura organizativa, entorno de trabajo, sistemas de gestión.</p>

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
						Este enfoque también contribuye a generar la base de evidencia necesaria para determinar las soluciones y las intervenciones más apropiadas a fin de abordar dificultades relacionadas con la gestión de recursos humanos de manera sistémica, integrada y holística.	
			Seguridad <a href="https://med.uth.edu/chqs/surveys/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire/">https://med.uth.edu/chqs/surveys/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire/</a>	NA	S	Para la evaluación del CMR relacionada con la cultura organizativa y el entorno de trabajo. Esta encuesta puede utilizarse para medir las actitudes de los proveedores de atención de salud respecto de seis áreas: clima en términos de trabajo en equipo, clima en términos de seguridad, percepciones de la administración, satisfacción laboral, condiciones de trabajo y reconocimiento de la tensión. Este enlace incluye el instrumento de la encuesta, una carta de permiso para utilizar la versión reducida del cuestionario y una	Este instrumento permite evaluar el clima en términos de trabajo en equipo, clima en términos de seguridad, percepciones de la administración, satisfacción en el empleo, condiciones de trabajo y reconocimiento de la tensión.

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
						referencia para la puntuación.	
			<p>Conjunto de instrumentos para el análisis y la mejora de la productividad del personal de salud</p> <p><a href="https://www.capacityplus.org/productivity-analysis-improvement-toolkit/">https://www.capacityplus.org/productivity-analysis-improvement-toolkit/</a></p>	NA	N	<p>Para la evaluación del CMR relacionada con la cultura organizativa y el entorno de trabajo. Elaborado por el proyecto Capacity Plus, el conjunto de instrumentos para el análisis y la mejora de la productividad del personal de salud describe un proceso gradual que permite medir la productividad de los trabajadores de salud en el establecimiento, comprender las causas subyacentes de los problemas de productividad, identificar posibles intervenciones para abordarlos, mejorar la provisión de servicios de salud y alcanzar los objetivos de salud. Este conjunto de instrumentos se centra específicamente en la productividad de los trabajadores de salud en el establecimiento, y no en la productividad del sistema de salud en su totalidad.</p>	<p>Este instrumento permite evaluar los problemas de productividad del personal de salud. Entre ellos, se cuentan las ineficiencias del centro de salud, el ausentismo de los trabajadores de salud y la baja demanda de pacientes.</p>

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
			Encuesta de satisfacción del empleado  <a href="https://www.k4health.org/sites/default/files/Employee_Satisfaction_Tool.pdf">https://www.k4health.org/sites/default/files/Employee_Satisfaction_Tool.pdf</a>	NA	N	Para la evaluación del CMR relacionada con la cultura organizativa, el entorno de trabajo y la satisfacción del empleado. Elaborada por el Programa de Gestión y Liderazgo, (MSH por su sigla en inglés Management Sciences for Health), este instrumento de encuesta puede utilizarse para establecer una línea de base sobre la satisfacción del empleado. Se recomienda que los administradores utilicen este cuestionario para establecer una línea de base antes de implementar mejoras en la gestión de recursos humanos	Este instrumento permite evaluar el trato justo a los empleados; comprensión de las expectativas de los empleados; los sentimientos de los empleados sobre la retroalimentación del desempeño, su valor para la organización y las oportunidades de desarrollo profesional.
4. Observación directa o personalizada durante el parto	Puede ofrecer medidas objetivas para tareas que son más fáciles de observar o menos subjetivas (p. ej., violencia física, presencia de acompañantes en el parto).	Al exigir tantos recursos, no es muy factible que se utilice como parte de una programación sistemática, pero podría implementarse en el área de garantía de calidad (p. ej., visitas periódicas de supervisión).  Es posible que las tareas más subjetivas requieran mayor interpretación; no	Encuestas de calidad de la atención de MCHIP. Rosen y otros, (2015): n = 2164 observaciones del trabajo de parto y parto. <a href="https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0728-4">https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0728-4</a>	Etiopía Kenia Madagascar Ruanda, Tanzania	N	Para el CMR, la falta de respeto y el maltrato relacionados con las clientes. El propósito de la encuesta es generar información que permita cuantificar la necesidad de actividades de mejora de la calidad en lo que respecta a la atención materna y neonatal en el centro de salud, el distrito y el país, y orientar el contenido de	Categorías de falta de respeto y maltrato de Bowser y Hill (2010): maltrato físico, atención clínica no consentida, atención no confidencial, atención no digna y detención en los centros de salud.  Bohren y otros, (2015) Maltrato físico, abuso sexual, abuso verbal, falla en establecer estándares de calidad profesionales,

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
		mide la percepción de las mujeres sobre el maltrato o de la experiencia de la atención de salud.				estas. Las encuestas proporcionan documentación sobre el uso apropiado, la calidad de la implementación y las barreras que se interponen en el desempeño de intervenciones preventivas, de detección y tratamiento clave durante la atención materna y neonatal en los centros de salud.	discriminación, sistema de salud.
			Abuya y otros, 2017 <a href="http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123606">http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123606</a>	Kenia	N	Para el CMR, la falta de respeto y el maltrato relacionados con las clientes. Este instrumento de observación se utilizó al final del estudio Heshima. Fue elaborado por el Consejo de Población mediante la incorporación de modificaciones de instrumentos utilizados en varios estudios.	
			Sethi y otros, (2017): n = 2109 observaciones del trabajo de parto y parto. <a href="https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com">https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com</a>	Malawi	N	Adaptación del instrumento de MCHIP de observación del trabajo de parto y el parto para determinar la calidad de atención.	

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
			<a href="https://www.thelancet.com/articles/10.1186/s12978-017-0370-x">om/articles/10.1186/s12978-017-0370-x</a>				
			Bohren y otros, 2019 <a href="https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31992-0/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31992-0/fulltext</a>	India Nigeria Myanmar	S	Observación estructurada (y encuesta extrahospitalaria).	
5. Simulación de la atención y de la interacción entre la cliente y el proveedor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podría proporcionar medidas objetivas para tareas que son más fáciles de observar.</li> <li>Como no requiere disponibilidad de casos de trabajo de parto y parto, posiblemente podría utilizarse en entornos con bajo número de casos.</li> <li>Permite la evaluación de habilidades de comunicación simuladas del proveedor (no del desempeño).</li> <li>A su vez, puede contribuir a desarrollar las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podría llevarse a cabo como parte del proceso de garantía de calidad:</li> <li>Es posible que las tareas más subjetivas requieran mayor interpretación.</li> <li>Algunos aspectos de la atención resultan difíciles de observar durante la simulación (p. ej., discriminación/ sesgos).</li> <li>Es posible que se produzca el efecto Hawthorne.</li> <li>No mide el desempeño real del proveedor (solo sus habilidades).</li> </ul>	-No se identificaron estudios publicados sobre el CMR o el maltrato en los que se emplee este método en países con bajos y medianos ingresos.	NA	NA	NA	NA

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
	habilidades del proveedor.						
6. Sistema habitual de información sobre la gestión en salud (SIS)	Los datos podrían recopilarse para cada cliente en lugar de para una muestra.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se requiere más información para interpretar correctamente los resultados (p. ej., si se negó, no se ofreció o no se solicitó la opción de elegir la posición para el parto; si no se ofreció, se negó o no se solicitó la presencia de acompañantes de parto).</li> <li>Existe un límite sobre la cantidad de indicadores que pueden recopilarse a través del SIS y a las dimensiones de la atención que pueden abarcarse.</li> <li>No se puede medir la «densidad» de la intervención, p. ej., presencia del acompañante solo en el momento que sale el bebé comparado con la presencia del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la actualidad, no hay estudios/ informes publicados disponibles en relación con el uso de los datos.</li> <li>En la actualidad, se recopilan indicadores en el SIS de Mozambique: Acompañante de parto y posición para el parto (específicamente, posiciones vertical o semivertical) (Revisión 2014 del SIS de MCHIP).</li> <li>El SIS de Ghana incluye la presencia del hombre durante el parto.</li> </ul>	NA	NA	NA	NA

Método	Fortalezas del método	Debilidades del método	Referencias/ instrumentos (con enlaces, si están disponibles)	País	¿Validado? (S/N)	Descripción	Dimensiones cubiertas
		acompañante durante todo el trabajo de parto y el parto.					
7. Cuestionario a miembro de la familia			Cuestionario sobre experiencias de la familia sobre la calidad de atención en unidades de cuidados intensivos. Jensen y otros, 2015.	Dinamarca, Países Bajos	S	Para el CMR, la falta de respeto y el maltrato relacionados con la familia de las pacientes. Elaborado por Jensen y otros (2015), el cuestionario euroQ2 está destinado a evaluar las experiencias de la familia en cuanto a la calidad de atención para pacientes gravemente enfermas en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Sin embargo, cabe considerar la adaptación de las preguntas incluidas en este cuestionario a fin de comprender las experiencias de los familiares en la atención.	Calidad de atención, incluida la atención interpersonal (estructura, proceso, resultados comunicados por la familia en relación con servicios de trabajo de parto y de parto y CMR)

# Anexo 7. Instrumentos para el análisis situacional de MCSP para el CMR, instrumentos de monitoreo y evaluación, y guía para la revisión ética

*Para su adaptación por los programas nacionales*

Los instrumentos para el análisis situacional de MCSP para el CMR que se indican a continuación han sido adaptados de diversas fuentes, y los ejecutores del programa MCSP pueden continuar modificándolos como parte de la primera fase de diseño que se detalla en la guía operativa del CMR. **Los instrumentos intencionalmente incluyen solo métodos de recopilación de datos con probabilidades de ser factibles y sostenibles en el contexto de los programas integrales de SMN que operan a escala relativa en entornos de bajos recursos. Por lo tanto, no se incluyen métodos de recopilación de datos que exigen muchos recursos y que algunos pueden considerar un estándar de oro en la investigación del CMR, como la observación directa o el seguimiento después del alta mediante entrevistas a clientes en el hogar.**

Los instrumentos se resumen en las dos tablas que se incluyen a continuación: 1) instrumentos cualitativos, entre ellos, entrevistas en profundidad con administradores, proveedores, mujeres, responsables de la formulación de políticas de salud y representantes de organizaciones de la sociedad civil (Tabla 2); y 2) instrumentos cuantitativos, entre ellos, encuestas a clientes, administradores y proveedores (Tabla 1). Los instrumentos que se indican a continuación están disponibles en: ([Anexo 7, Instrumentos para la medición del CMR](#)).

Los instrumentos para el análisis situacional cualitativo que se mencionan en la Tabla 2 incluyen versiones modificadas de las guías de campo para estudios multinacionales de la OMS y otras fuentes citadas en instrumentos individuales para su posterior adaptación y uso por parte de programas MCSP nacionales. Los instrumentos originales de la OMS se utilizaron en un estudio multinacional exhaustivo a fin de desarrollar y validar instrumentos que permitan medir el trato que reciben las mujeres en el parto (estudio en curso). Como parte de este estudio, la OMS también está validando un instrumento de observación y encuesta que se incorporará a esta guía una vez que esté disponible (Vogel y otros, 2015). Los instrumentos cualitativos revisados de la OMS que se incluyen aquí (para su posterior adaptación) están concebidos para un análisis situacional más condensado cuyo uso probablemente sea más factible en grandes programas de SMN con recursos limitados en entornos de bajos recursos.

Los instrumentos para la recopilación de datos cuantitativos para la línea de base y final que se mencionan en la Tabla 1 incluyen adaptaciones de instrumentos de encuesta existentes tomadas del proyecto Heshima, del proyecto Staha, de encuestas de calidad de atención de MCHIP, de un artículo de Sheferaw y otros (2016) y de otras fuentes citadas en cada instrumento en particular. Es posible utilizar la encuesta al alta de la cliente y la encuesta a proveedores como parte de la recopilación de datos de la línea de base y final a fin de fundamentar el diseño y la evaluación de las intervenciones del CMR del programa. El instrumento de encuesta a proveedores es una adaptación parcial de las encuestas de calidad de atención de MCHIP.

Se recomienda que los programas nacionales adapten los instrumentos a su contexto local, de ser necesario, en función del alcance general del programa y de los objetivos específicos del CMR y, si fuera necesario, que analicen y adapten otros instrumentos de recopilación de datos a partir de estudios relevantes para su programa y contexto local específicos (consulte las referencias). En algunos casos, es posible reducir la cantidad de preguntas incluidas en un determinado instrumento o, incluso, agregar preguntas mediante el uso de los recursos que se indican en el Anexo 4 y 5 de la guía operativa de CMR. Por ejemplo, tal vez los programas deseen utilizar un subgrupo de preguntas de la encuesta al alta de la cliente y la encuesta para proveedores para el monitoreo periódico de la experiencia de la atención de salud de las mujeres en el contexto de las intervenciones del CMR del programa.

Dada la necesidad de revisión por parte del Comité de Revisión Institucional (IRB por su sigla en inglés) para la evaluación y la elaboración de informes externos sobre la experiencia comunicada por las propias clientes y la experiencia o la opinión de los trabajadores de salud o los proveedores de atención de salud, es importante que los programas determinen si deben solicitar la aprobación del IRB o no antes de iniciar la recopilación de datos. Consulte otra guía sobre consideraciones éticas incluidas a continuación, que dispone de recursos para el personal del MCSP.

**Tabla 1: Instrumentos para la recopilación de datos cuantitativos para la línea de base y final**

<b>Instrumentos para la recopilación de datos de la línea de base y final que permiten fundamentar el diseño y la evaluación de las intervenciones del CMR</b> (incluyen adaptaciones de los proyectos Heshima y Staha, de las encuestas de calidad de atención de MCHIP, de un artículo de Sheferaw y otros, 2016, y de otros recursos que se mencionan en los instrumentos)	
Instrumento 1: <a href="#">Encuesta para proveedores</a>	Recopila información brindada por <b>proveedores de atención de salud</b> que trabajan en centros de salud, como informantes clave, acerca del trato que reciben en general las mujeres durante el trabajo de parto y el parto en los centros de salud y el trato que reciben sus colegas.
Instrumento 2: <a href="#">Encuesta al alta de la cliente</a>	Este instrumento de encuesta, es una adaptación de los instrumentos de encuesta al alta para la cliente de los proyectos Staha y Heshima, que invita a reflexionar a las mujeres acerca del trato que recibieron durante el parto, así como de sus propias experiencias personales durante el parto en el centro de salud. De ser posible, este instrumento de encuesta más extenso e integral debería utilizarse como línea de base, antes de introducir las intervenciones, y luego nuevamente al final para medir cambios en los indicadores clave.

**Tabla 2: Instrumentos cualitativos para el análisis situacional**

<b>Instrumentos para el análisis situacional: permiten comprender el contexto local y fundamentar el diseño de las intervenciones locales del CMR</b> (adaptaciones de los instrumentos utilizados en estudios multinacionales de la OMS y de otras)	
Instrumento 3: <a href="#">Guía para la entrevista en profundidad a mujeres en edad reproductiva</a>	Recopila información suministrada por las <b>mujeres de la comunidad</b> en edad reproductiva que han dado a luz en un centro de salud. Son informantes clave de experiencias que han escuchado o vivido individualmente durante el trabajo de parto y el parto.
Instrumento 4: <a href="#">Guía para la entrevista en profundidad a mujeres que recibieron atención prenatal</a>	Recopila información suministrada por <b>mujeres embarazadas de la comunidad</b> que reciben atención prenatal. Son informantes clave de las experiencias que tuvieron al recibir atención prenatal y las opiniones sobre el trato que reciben las mujeres durante las consultas de atención prenatal.
Instrumento 5: <a href="#">Guía para la entrevista en profundidad a administradores</a>	Recopila la información suministrada por los <b>administradores de los centros de salud</b> como informantes clave acerca de las percepciones del trato que reciben las mujeres en general durante el trabajo de parto y el parto en sus centros de salud y el ambiente de los establecimientos.
Instrumento 6: <a href="#">Guía para la entrevista en profundidad a proveedores</a>	Recopila información suministrada por <b>proveedores de atención de salud</b> que trabajan en centros de salud sobre la atención durante el embarazo y el parto como informantes clave del trato que reciben las mujeres en general durante el trabajo de parto y el parto en centros de salud desde el punto de vista del proveedor, el trato que reciben sus colegas, y los valores, las percepciones y las necesidades que comunican los propios proveedores.

Poner en práctica el Cuidado Materno Respetuoso para las madres y recién nacidos en los programas integrales de MCSP

Instrumentos para el análisis situacional: permiten comprender el contexto local y fundamentar el diseño de las intervenciones locales del CMR (adaptaciones de los instrumentos utilizados en estudios multinacionales de la OMS y de otras)	
Instrumento 7: <a href="#">Guía para la entrevista en profundidad a responsables de la formulación de políticas de salud y organizaciones de la sociedad civil</a>	Recopila información acerca de cómo <b>las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones profesionales y los responsables de la formulación de políticas de salud</b> fomentan el CMR en comunidades y centros de salud. *Nota: También puede utilizarse para investigaciones en sujetos humanos.
Instrumento 8: <a href="#">Guía para la entrevista en profundidad a asistentes de partos tradicionales</a>	Recopila información suministrada por <b>asistentes de partos tradicionales</b> como informantes clave acerca del trato que reciben las mujeres en general durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto en el hogar, las interacciones de los asistentes de partos tradicionales con el centro de salud y las percepciones de estos sobre la experiencia de las mujeres en el centro de salud.
Instrumento 9: <a href="#">Guía para la sesión de grupos focales para mujeres de la comunidad</a>	Esta guía para sesiones de grupos focales recopila información acerca de <b>mujeres de la comunidad</b> y qué trato ellas consideran que deberían recibir las mujeres durante el trabajo de parto y el parto, así como también sus propias experiencias de la atención obstétrica en los centros de salud.
Instrumento 10: <a href="#">Instrumento para evaluar si el centro de salud está preparado para el CMR</a>	Este instrumento basado en la observación recopila información sobre si los espacios para el trabajo de parto, parto y puerperio del centro están preparados para brindar atención respetuosa de calidad durante el período de trabajo de parto, de parto y posparto (p. ej., privacidad para clientes, disponibilidad de insumos básicos, protocolos de consentimiento de la cliente).

### Guía para las revisiones éticas:

- Por lo general, es posible que se requiera la revisión por el IRB para programas destinados a medir la experiencia comunicada por las propias clientes y la experiencia de los proveedores. Más concretamente, si los instrumentos de evaluación/entrevistas en profundidad al alta preguntan acerca de las propias experiencias individuales de una persona (para mujeres, trabajadores de salud y otras partes interesadas), ya sea a través de entrevistas individuales o de sesiones de grupos focales, *y el programa desea divulgar ampliamente los hallazgos*, cabe la necesidad de la revisión por el IRB, ya que este tipo de recopilación de datos se puede considerar investigación en sujetos humanos (ISH). Dicho eso, el IRB de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins acaba de determinar un protocolo (que empleaba los instrumentos mencionados arriba) que no corresponde a investigaciones en sujetos humanos, dado que la actividad se definió como enfoque o proyecto de mejora de la calidad. El IRB de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins determinó que la actividad no calificaba como investigación en sujetos humanos según la definición que se incluye en las regulaciones 45 CFR 46.102 del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Algunos instrumentos para el análisis situacional recopilan información suministrada por informantes clave sobre percepciones acerca de experiencias generales y normas de la comunidad, y deberían calificar como investigaciones en sujetos humanos (ISNH). Sin embargo, debe trabajar junto con el respaldo de medición, monitoreo, evaluación y aprendizaje y con ayuda del IRB para confirmar antes de comenzar cualquier recopilación de datos.
- Para investigaciones en sujetos humanos, se requiere la aprobación del IRB antes de proceder a la recopilación de datos y a la divulgación de los resultados fuera de MCSP. Existe una norma que prohíbe realizar publicaciones sin la revisión del IRB en publicaciones revisadas por expertos y, posiblemente, en exposiciones para conferencias. Por otra parte, se suele aceptar la publicación de datos o informes globales del programa a través de los sitios web del programa MCSP, la presentación a la USAID o a los ministerios de salud o en reuniones informales. Como ya dijimos, le recomendamos trabajar junto con el

respaldo de medición, supervisión, evaluación y aprendizaje y con la ayuda del IRB para confirmar que se puedan compartir los resultados.

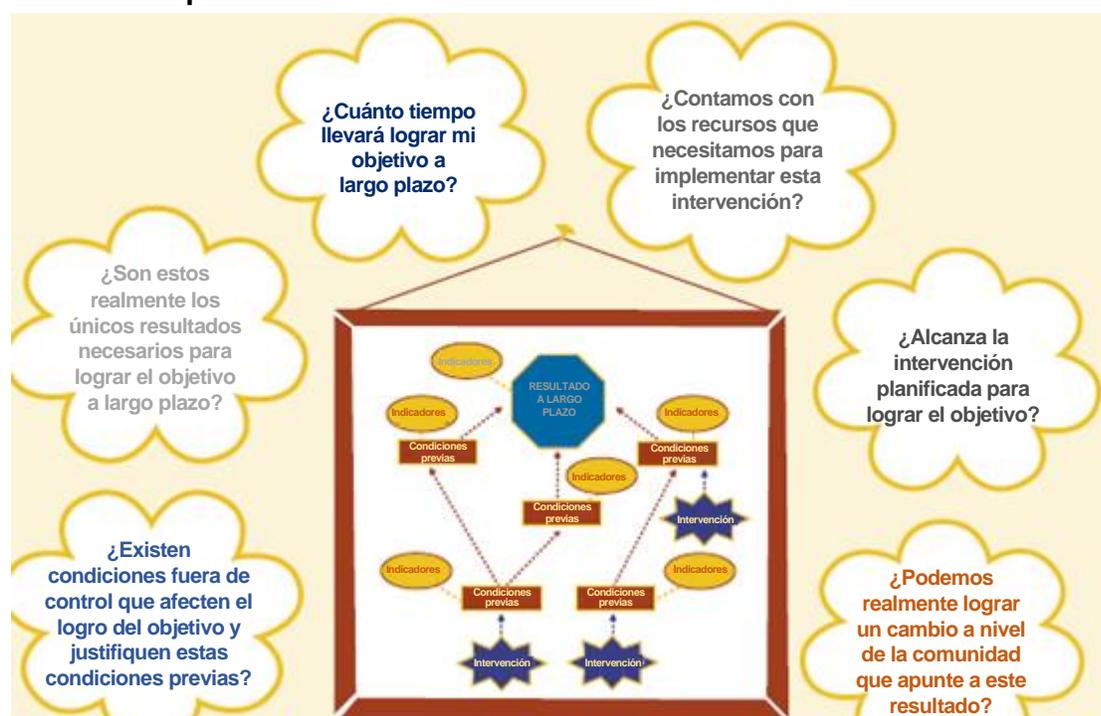
- Se debe hacer todo lo posible para proteger la privacidad y la confidencialidad de los participantes que suministran los datos que se recopilan, independientemente del método de recopilación y divulgación que se utilice; y los datos deben conservarse de manera segura.
- Aunque el IRB de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins Bloomberg no considere que sus métodos de recopilación de datos sean investigaciones en sujetos humanos, es recomendable que determine si estos mismos métodos de recopilación de datos se considerarán investigaciones en sujetos humanos en el país y que sigan los procedimientos de presentación/revisión correctos a nivel nacional. Es posible que algunos IRB locales de todos modos quieran revisar los protocolos que se consideran investigaciones en sujetos no humanos (ISNH) en los Estados Unidos. Por lo tanto, es importante cumplir las regulaciones locales y, como mínimo, informar a las personas puntuales apropiadas que el programa va a recopilar datos de ISNH para evitar posibles complicaciones más adelante. Ante cualquier duda o consulta, visite [IRBHelp@Jhpiego.org](mailto:IRBHelp@Jhpiego.org).

# Anexo 8: Guía sobre cómo elaborar una teoría del cambio

¿Por qué debería preocuparme por elaborar una teoría del cambio?

- Una teoría del cambio permite evitar la implementación de un error.
- Crear una teoría del cambio plantea nuevas preguntas a las partes interesadas mientras se elabora, al mismo tiempo, un plan estratégico o una evaluación (ver Figura 1 a continuación).
- El proceso de creación y crítica de una teoría del cambio obliga a las partes interesadas a ser explícitas acerca de cómo se van a utilizar los recursos a fin de generar las condiciones previas del objetivo a largo plazo que persiguen.
- Gracias a las teorías del cambio, los grupos también logran consenso acerca de cómo se van a documentar los avances.
- Por último, crear una teoría del cambio contribuye a que las partes interesadas del programa logren un aprendizaje mutuo de lo que intentan lograr al generar transparencia para todos los involucrados.

**Figura 1. Ejemplos del tipo de preguntas que pueden plantearse a medida que el grupo avanza en el proceso**



**Ejemplo ilustrativo de tareas involucradas en la creación y refinado de una teoría del cambio**

## 1. Identificación de objetivos a largo plazo

En la primera etapa de desarrollo de la teoría, los participantes de la teoría del cambio debaten, acuerdan y especifican los objetivos a largo plazo.

## 2. Diseño retrospectivo y conexión de resultados

Una vez completado el primer paso, que consiste en establecer los objetivos a largo plazo y un marco de cambio simple, tiene lugar una etapa más detallada del proceso de diseño. Partiendo de la base del marco

inicial, continuamos con el diseño retrospectivo hasta obtener un marco que describa el panorama que consideramos apropiado para los fines de la planificación.

3. Finalización del marco de resultados

Para completar el marco, se desarrollan las condiciones previas hacia atrás, hasta la condición inicial; es importante explicar las condiciones previas.

4. Identificación de hipótesis

Toda iniciativa es tan razonable como sus hipótesis. Desafortunadamente, estas hipótesis muchas veces no se expresan o se dan por sentadas, lo que a menudo genera confusión y malentendidos en el funcionamiento y la evaluación de la iniciativa. Para resolver el problema, la teoría del cambio documenta las hipótesis a fin de garantizar el acuerdo para la planificación y para la posteridad.

5. Desarrollo de indicadores

En la etapa de los indicadores, se agregan detalles al marco del cambio. Esta etapa se centra en cómo medir la implementación y la eficacia de la iniciativa. Al recopilar datos sobre cada resultado, la iniciativa permite identificar lo que está sucediendo y lo que no, y averiguar por qué.

Cada indicador consta de cuatro partes: población, meta, límite y plazos.

6. Identificación de intervenciones

Una vez establecido el marco del cambio prácticamente en su totalidad, pasamos a centrarnos en el rol de las intervenciones (qué debe hacer el programa [o la iniciativa] para generar los resultados).

Fuente: What is a theory of change? Center for Theory of Change.

Reference Materials for Developing a Theory of Change:

[Theory of Change: A Practical Tool for Action, Results and Learning](#)

(Annie E. Casey Foundation, [www.aecf.org](http://www.aecf.org))

[The Community Builder's Approach to Theory of Change: A Practical Guide to Theory Development](#)

(Andrea Anderson, the Aspen Institute Roundtable on Community Change)

[What is Theory of Change? Center for Theory of Change](#)



# Anexo 8B: Ejemplos de una teoría del cambio a partir de programas de CMR en Tanzania y Kenia

En las Figuras 1, 2 y 3 que se incluyen a continuación, se ilustran los ejemplos de teorías del cambio tomados de dos programas exclusivos de Tanzania (proyecto Staha, publicación de Ratcliff y otros) y un programa de Kenia (proyecto Heshima), con hipervínculos.

[Modelo de teoría del cambio tomado del proyecto de Tanzania](#)

[Modelo de teoría del cambio tomado del proyecto Staha](#)

[Modelo de teoría del cambio tomado del proyecto Heshima](#)

**Figura 1. Teoría del cambio del proyecto de Tanzania**

Ratcliffe y otros *Reproductive Health* (2016) 13:79  
DOI 10.1186/s12978-016-0187-z

Salud reproductiva

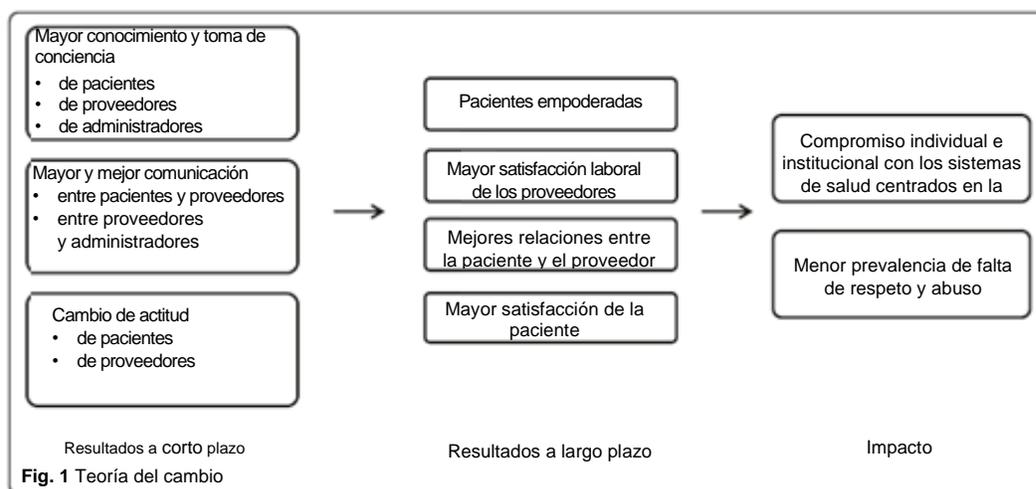
INVESTIGACIÓN

Acceso abierto

Disminuir la falta de respeto y el abuso durante el parto en Tanzania: estudio exploratorio sobre los efectos de dos intervenciones basadas en establecimientos en un hospital público grande

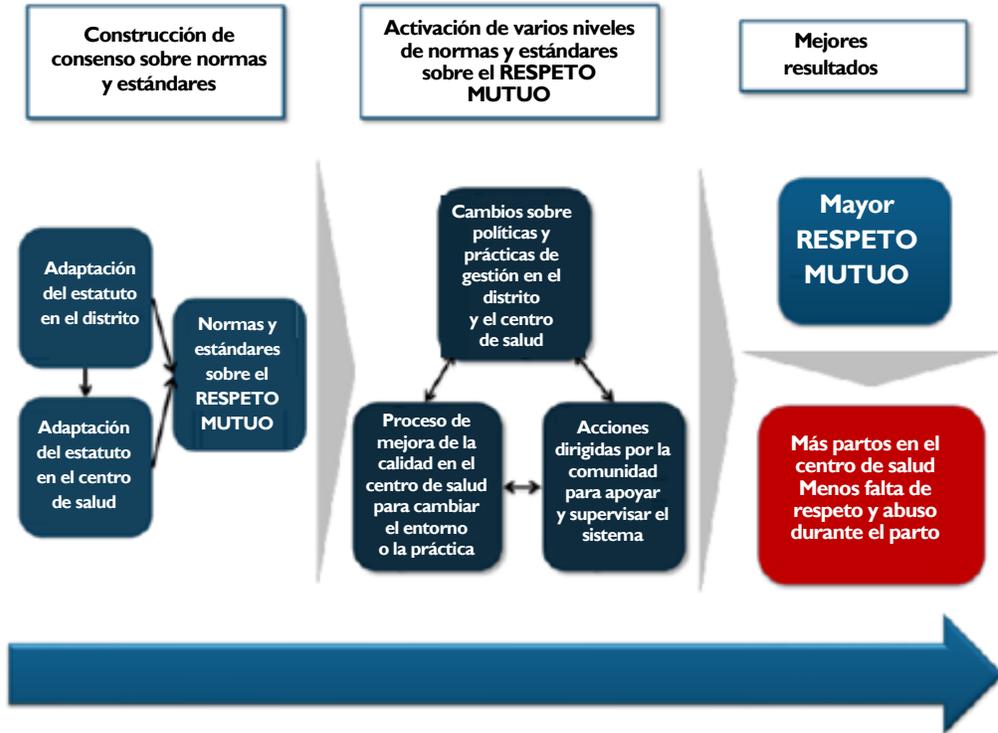


Hannah L. Ratcliffe<sup>1,2\*</sup>, David Sando<sup>1,3</sup>, Goodluck Willey Lyatuu<sup>3</sup>, Faida Emil<sup>3</sup>, Maty Mwanyika-Sando<sup>4</sup>, Guerin Chalamalla<sup>3,4\*</sup>, Ana Langer<sup>1</sup> y Kathleen P. McDonald<sup>1,5m</sup>

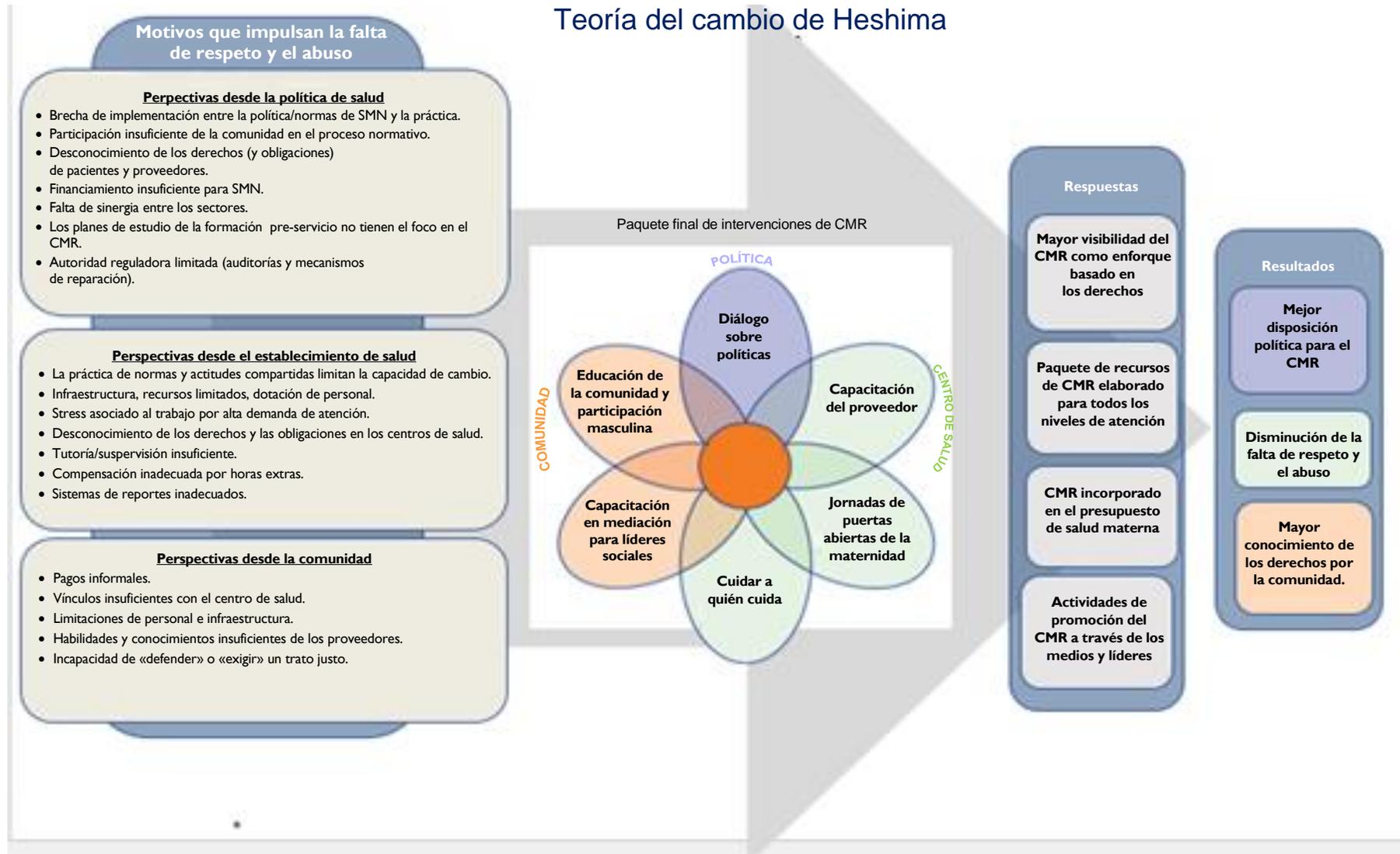


Poner en práctica el Cuidado Materno Respetuoso para las madres y recién nacidos en los programas integrales de MCSP

**Figura 2. Diagrama de la teoría del cambio del proceso de Staha**



**Figura 3. Teoría del cambio del proyecto Heshima**



Warren y otros, 2017

Poner en práctica el Cuidado Materno Respetuoso para las madres y recién nacidos en los programas integrales de MCSP