

Cómo lograr un Cuidado Materno Respetuoso para mujeres, recién nacidos y familias

Guía operativa flexible

Marzo de 2020

www.mcsprogram.org

El propósito de esta guía operativa sobre el cuidado materno respetuoso es orientar a los ejecutores de programas de salud materna y neonatal a través de un proceso flexible y escalonado que permita diseñar, implementar y supervisar iniciativas dentro del contexto local a fin de mejorar la experiencia de la atención de salud de las mujeres, los recién nacidos y las familias, así como eliminar el maltrato durante el parto en los centros de salud.

Introducción

El compromiso asumido entre las partes interesadas locales y mundiales para abordar la experiencia de la atención de salud de las personas como componente fundamental de la calidad de atención es cada vez mayor. La calidad de atención obstétrica en los centros de salud, que incluye la experiencia de las mujeres, recién nacidos y familias sobre este tipo de atención, es un factor importante y determinante (además de otros factores geográficos y económicos) para la familia a la hora de decidir si va a usar o no los servicios obstétricos de los centros de salud.^{1,2,3} En muchos países, las mujeres sufren maltrato durante el parto y no son capaces de tomar decisiones que les permitan controlar su propia experiencia.^{1,4,5} Las iniciativas para aumentar el uso de los servicios obstétricos en los centros de salud por las mujeres y familias no serán exitosas, a menos que disminuya el maltrato y que las mujeres y las familias confíen en que van a recibir un cuidado materno respetuoso (CMR). Entender esto ha puesto de relieve la necesidad de comprender mejor las formas y los motivos que impulsan el CMR y el maltrato local a fin de guiar el diseño y la implementación de las intervenciones que apuntan a mejorar el CMR y a disminuir el maltrato.

Se publicaron numerosos estudios en los que se evalúan las manifestaciones, la prevalencia y, en menor medida, los motivos que impulsan el CMR y el maltrato. No obstante, todavía hay poca evidencia para fundamentar el diseño, la implementación y el monitoreo locales de intervenciones del CMR como parte de los programas integrales de salud materna y neonatal (SMN). Los estudios demuestran que no existe una fórmula mágica para mejorar el CMR e ilustran la importancia de contar con un proceso

Guía operativa sobre el Cuidado Materno Respetuoso

Implementación de la atención respetuosa de la maternidad dentro de los programas integrales de atención materna y neonatal del MCSP
Guía operativa

Marzo de 2020



Disponible en <https://alignmnh.org/resource/moving-respectful-maternity-care-into-practice-in-comprehensive-mcsp-maternal-and-newborn-programs-operational-guidance-spanish/>

El público objetivo de esta guía operativa sobre CMR es el personal del MCSP y las partes interesadas de los países que buscan centrarse más en EL CMR dentro del contexto de los programas de SMN más grandes.

multisectorial local para elaborar y evaluar intervenciones en función del contexto local. Hasta ahora, las intervenciones del CMR se implementaron en estudios de CMR independientes en lugar de incorporarlas a los programas integrales de SMN.

A partir de los artículos publicados y la literatura informal, el Programa de Supervivencia Materno infantil (MCSP por su sigla en inglés) destacado de USAID elaboró la guía operativa sobre CMR. El objetivo consistía en permitir que los administradores de los programas incorporaran el CMR como elemento fundamental de los programas integrales de SMN. El propósito de esta guía operativa es orientar a los administradores de los programas de SMN y a las contrapartes locales interesadas a través de un proceso flexible que apunta a diseñar, implementar y supervisar las iniciativas del CMR a partir de un profundo conocimiento del contexto local.

Este resumen sintetiza los componentes clave de la guía e incluye recursos disponibles en artículos publicados y literatura informal. Como se observa en el Recuadro 1, la guía operativa sobre el CMR contiene cuatro secciones principales: introducción; antecedentes generales; sección sobre cómo diseñar, implementar, monitorear y documentar las propuestas del CMR en un programa integral de SMN; y una última sección de anexos que incluye enlaces a referencias e instrumentos útiles.

Guía operativa sobre el CMR

Introducción a la guía operativa sobre el CMR

Esta sección repasa el propósito general de la guía y explica el rápido aumento de las iniciativas de actividades de promoción, investigación y puesta en práctica que apuntan a disminuir el maltrato a las mujeres durante el parto en los centros de salud. La concientización sobre la magnitud y las manifestaciones más frecuentes de maltrato a las mujeres 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 el parto en los centros de salud.⁶ En 2011, la *White Ribbon Alliance* lanzó una campaña mundial para fomentar el CMR como un derecho humano universal. Esta culminó con la carta sobre los derechos de las gestantes, posteriormente actualizada en 2019 para incluir los derechos de las gestantes y los recién nacidos. En 2015, Bohren y colegas publicaron una revisión sistemática bibliográfica de métodos combinados sobre el maltrato durante el parto. En ella, se identificaron siete temas centrales de maltrato: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de los estándares profesionales de atención, mala relación entre las mujeres y los proveedores de atención de salud, y condiciones y limitaciones del sistema de salud¹ (consulte el Recuadro 2).

Dado que la cuestión del maltrato fue adquiriendo cada vez más reconocimiento en la última década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos han incorporado el CMR (o la experiencia de atención) muchas recomendaciones y estrategias a nivel mundial, incluyendo estándares relacionadas con una experiencia de atención obstétrica positiva para las mujeres y los recién nacidos. Por ejemplo, el marco de la OMS para la calidad de atención materna y neonatal incluye ocho estándares esperados para lograr una atención de alta calidad alrededor del momento del parto.⁷ Tres de estos estándares (el cuatro, el cinco y el seis) abordan la experiencia de atención de salud: comunicación eficaz, respeto y dignidad, y apoyo emocional.

Recuadro 1. Guía operativa sobre el CMR Tabla de contenidos

- Introducción
- Antecedentes: evidencia a la fecha y marcos prometedores
- Diseño y puesta en práctica de propuestas de CMR en un programa integral de SMN
- Anexos (instrumentos y recursos)

Recuadro 2. Siete temas de maltrato identificados en la revisión sistemática de la OMS

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

Bohren y otros, 2015

Es importante resaltar que la ausencia o la disminución del maltrato no garantizan la prestación del CMR. Por ejemplo, la ausencia de un comportamiento negativo, como el abuso verbal, no asegura comportamientos asistenciales positivos, como pedir el consentimiento de la mujer antes de realizar un tacto vaginal. El cuidado materno respetuoso 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 en el CMR; con vivencias negativas, como en el maltrato, juntas en el continuo de atención.

La ausencia o la disminución del maltrato no garantiza la provisión de la CMR; es posible que las iniciativas simultáneas de programas orientados a fomentar el CMR y disminuir el maltrato generen mejores resultados.

Antecedentes: construcción de la evidencia y de marcos para comprender el maltrato y la atención respetuosa

En la sección de antecedentes de la guía operativa, se detallan los marcos y la evidencia actuales para definir y medir el CMR y el maltrato. Asimismo, se analizan propuestas que se han evaluado en estudios dentro de diferentes contextos para fortalecer el CMR y disminuir el maltrato. Según evidencia reciente, además del maltrato habitual que reciben las mujeres durante el parto en distintos entornos geográficos, los mismos trabajadores de salud materna suelen ser víctimas de maltrato y trabajan dentro de sistemas de salud que no satisfacen sus necesidades básicas.⁸ Comprender y reducir los motivos locales que impulsan el maltrato tanto hacia las clientes como hacia los trabajadores de la salud requiere de una lente social y de sistemas de salud, junto con el compromiso de abordar los puntos débiles del sistema de salud, desigualdades sociales y económicas estructurales, y asimetrías de poder entre mujeres y proveedores de salud.

Los estudios demuestran que no existe una fórmula mágica para disminuir el maltrato y mejorar el CMR. **En lugar de ello, los artículos publicados y la literatura informal de los programas ilustran la importancia de contar con intervenciones multifacéticas definidas localmente y adaptadas al contexto de cada programa.**

No hay una propuesta única para asegurar la atención respetuosa en el parto. MCSP trabaja con sus socios nacionales para identificar y probar soluciones destinadas a prevenir el maltrato y fomentar el CMR en función del contexto de cada país.

Fuente: Respect during Childbirth Is a Right, Not a Luxury (MCSP, publicado en el Blog de MHTF)

En el Anexo 3, se resumen ejemplos ilustrativos de diversas propuestas para mejorar el CMR y disminuir el maltrato aplicadas en estudios en diferentes contextos según los distintos niveles del sistema (nacional, regional, provisión de servicios, comunidad).

Entre los ejemplos, se encuentran los siguientes:

- Actividades de promoción y políticas a nivel nacional y local (p. ej., política nacional, decreto en el distrito o en el centro de salud).
- Procesos de mejora de la calidad en los centros de salud que incluyen la participación de la comunidad.
- Jornadas de puertas abiertas de la maternidad para favorecer la interacción informal entre las gestantes, las familias y los trabajadores de la salud, y para que las familias conozcan mejor los servicios de maternidad y puedan influir en ellos.
- Intervenciones de apoyo a los proveedores de salud (Cuidar a quien cuida).
- Incorporación de un fuerte enfoque en la ética profesional y las habilidades interpersonales y de comunicación en la educación pre-servicio y en servicio, en la supervisión de apoyo y desarrollo profesional.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud locales para superar las barreras estructurales (p. ej., falta de productos básicos, falta de infraestructura básica).

Diseño e implementación de propuestas de CMR en un programa integral de SMN

En la tercera sección de la guía operativa, se presenta una secuencia flexible de pasos para diseñar, implementar y supervisar intervenciones del CMR en un programa integral de SMN. En la figura 1, se observa una descripción gráfica de este proceso escalonado dentro de dos etapas consecutivas: una etapa de diseño y una etapa de implementación. La primera fase de la etapa de diseño se concentra en la definición del alcance general de las actividades del CMR, la participación de las partes interesadas clave, y la comprensión de los motivos y las manifestaciones del maltrato y la experiencia de atención obstétrica positiva en el contexto local (a través de un análisis situacional). La fase dos de la etapa de diseño se centra en repasar los hallazgos con las partes interesadas locales y utilizarlos para priorizar un conjunto de actividades del CMR en los niveles del sistema y diseñar un marco de monitoreo del programa. La segunda etapa de implementación se centra en poner en práctica las actividades del CMR que se priorizaron en la etapa uno; monitorear el rendimiento y utilizar datos cuantitativos y cualitativos para fortalecer y adaptar las actividades del programa, de ser necesario; mantener el compromiso de las partes interesadas; y recabar, aplicar y difundir periódicamente los aprendizajes.

Diseño de propuestas del CMR: primera fase

1. Definir el alcance general de las actividades:

La guía resalta dos fases durante el diseño de las propuestas del CMR. En la primera fase, los ejecutores del programa definen el alcance general de una iniciativa del CMR en un programa integral de SMN, teniendo en cuenta la evidencia local disponible, las prioridades de las partes interesadas locales, los recursos del programa y otras consideraciones clave presentadas en la guía.

2. Identificar y sensibilizar a las partes interesadas claves locales; involucrar a los socios clave:

Estas partes interesadas son socios fundamentales a lo largo del diseño y la implementación de intervenciones del CMR locales y contribuyen a la sostenibilidad de las intervenciones de un programa. Al participar en consultas con diversas partes interesadas y socios, los administradores del programa comprenderán mejor los factores locales relacionados con CMR y el maltrato, incluidas las percepciones y las prioridades de los grupos de las partes interesadas importantes (p. ej., mujeres, familias, comunidades, trabajadores de la salud, funcionarios del Ministerio de Salud y administradores de los centros de salud). Las consultas también comenzarán a sensibilizar a los grupos de las partes interesadas clave.

3. Realizar un análisis situacional:

Una vez definido el alcance general de una iniciativa del CMR en un programa integral de SMN, es importante investigar y comprender las manifestaciones y los motivos clave que impulsan el CMR o el maltrato en el contexto local. Incluso en los programas de SMN cuyos recursos son limitados, se debería realizar un análisis situacional básico para investigar el maltrato y sus motivos (p. ej., desigualdades de género), así como la experiencia de las mujeres, las familias y los

Figura 1. Proceso para diseñar propuestas que fomenten el CMR y disminuyan el maltrato en un programa integral de SMN



trabajadores de la salud y las prioridades de atención obstétrica en el contexto local. Lo ideal sería que el análisis situacional incluyera métodos cualitativos y cuantitativos combinados. El MCSP elaboró y aplicó un conjunto de herramientas para el análisis situacional, adaptado a partir de los datos publicados, en Nigeria (estados de Ebonyi y Kogi) y Guatemala (altiplano occidental). Estos instrumentos, cuyos enlaces se incluyen en el Anexo 7 y revisados en base al aprendizaje de cada país, incluyen métodos cualitativos y cuantitativos combinados para evaluar y triangular las perspectivas, experiencias y prioridades sobre la atención de la maternidad entre mujeres, familias, miembros de la comunidad, trabajadores de la salud y administradores.

Diseño de propuestas del CMR: segunda fase

1. **Convocar a las partes interesadas clave para examinar los hallazgos del análisis situacional, definir los objetivos del programa y elaborar una teoría del cambio:** Durante la segunda fase de diseño de las propuestas del CMR, las partes interesadas clave desempeñan un papel importante a la hora de ayudar a los administradores del programa a analizar los hallazgos del análisis situacional, definir los objetivos del CMR del programa y elaborar una teoría del cambio a partir de los hallazgos. La teoría del cambio constituye un instrumento útil para definir y diseñar cómo se espera que las actividades priorizadas logren los objetivos deseados del programa en el contexto local. En el Anexo 8B de la guía operativa sobre el CMR, se presentan ejemplos ilustrativos de teorías del cambio tomadas de estudios del CMR en Tanzania y Kenia.
2. **Diseñar actividades del CMR clave en los diferentes niveles del sistema:** Es probable que el análisis situacional identifique facilitadores del CMR, motivos de maltrato que operan en diversos niveles del sistema. Lo ideal sería que las propuestas del CMR del programa apuntaran a la mayor cantidad posible de niveles relevantes del sistema dentro del alcance y los recursos del programa. La guía operativa presenta consideraciones para definir y priorizar las actividades del CMR en los niveles del sistema dentro de un programa integral de SMN (p. ej., políticas nacionales y regionales, actividades de promoción de la legislación, apoyo administrativo regional a servicios obstétricos y trabajadores de la salud de primera línea, procesos de mejora de la calidad que involucran a miembros de la comunidad y a proveedores de la salud de los centros). En el Anexo 3, se analizan varias propuestas para fortalecer el CMR y disminuir el maltrato que fueron evaluadas en estudios dentro de diferentes contextos. Además, se detallan los posibles facilitadores y obstáculos para aplicar propuestas específicas en el contexto de un programa individual.
3. **Diseñar un marco de monitoreo del programa:** Una vez definidos los objetivos y las actividades del programa de CMR en función de los hallazgos y de su teoría del cambio, el programa debe definir cómo supervisará su rendimiento (lo que incluye evaluar periódicamente la experiencia de la atención de salud de mujeres y familias) y cómo utilizará estos datos para adaptar y fortalecer continuamente las actividades del CMR del programa. Los métodos cuantitativos y cualitativos que se emplearon en el análisis situacional pueden adaptarse de manera selectiva para respaldar la supervisión durante la implementación de las actividades del CMR. Por ejemplo, es posible usar periódicamente un breve cuestionario cuantitativo para mujeres, familias y proveedores de atención de salud adaptado de los instrumentos utilizados para el análisis situacional a fin de medir la experiencia de la atención de salud de las mujeres y las familias. En esta sección, se analiza la selección de indicadores y las fuentes de datos cuantitativos y cualitativos que pueden utilizar los administradores del programa para elaborar un plan de supervisión. Asimismo, se exponen las propuestas de medición sometidas a prueba en la Red de Calidad de la Atención multinacional de la OMS.

Implementación y monitoreo de las propuestas de CMR

1. **Monitorear el desempeño y usar los datos para reforzar la programación del CMR:**

Una vez definidos los objetivos del CMR, los enfoques clave y un plan de supervisión en el programa, se deberá desarrollar un cronograma y un plan de implementación exhaustivo que especifique con claridad los roles y las responsabilidades para el personal del programa y las partes interesadas locales, incluidos los recursos para la implementación. El plan de implementación y monitoreo debe especificar los eventos importantes y los indicadores del programa que van a supervisarse. Esto incluye cómo se recopilarán y analizarán los datos regularmente para evaluar el rendimiento del programa y realizar adaptaciones, de ser necesario.

2. **Mantener el compromiso de las partes interesadas:**

Para lograr mayor sostenibilidad, impacto y potencial expansión, es importante que el personal del programa colabore con las partes interesadas clave, les comunique el progreso y

mantenga un sólido compromiso, incluidos representantes del Ministerio de Salud, representantes de grupos de mujeres y de grupos profesionales, clientes, miembros de la comunidad, trabajadores y administradores de la salud. Lo ideal sería que las partes interesadas clave estuvieran involucradas desde la fase de diseño del programa y ayudaran a dirigir algunas actividades del programa. Quizás sería beneficioso para el programa crear un grupo de actividades de promoción local o nacional que permita supervisar su rendimiento y recomendar adaptaciones para sus actividades, de ser necesario.

3. **Recabar, aplicar y difundir los aprendizajes clave:** Existen numerosas interrogantes importantes en torno al aprendizaje y brechas de evidencias pendientes respecto de la implementación y el monitoreo de las propuestas del CMR dentro de programas integrales de SMN en entornos de bajos recursos. En esta sección, se expone la importancia de elaborar un plan de monitoreo y documentación del programa para fundamentar las adaptaciones del programa y apoyar la difusión de conocimientos a las partes interesadas locales y mundiales. 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 mundial del CMR y llenar las brechas de evidencias importantes. En esta sección, se incluyen enlaces a dos recursos que sirven para estructurar la documentación y el aprendizaje. Además, se resaltan varias cuestiones prioritarias de aprendizaje para programas que implementan actividades de CMR.

Anexos de la Guía Operativa sobre el CMR	
Anexo 1	Resumen de los estándares sobre la calidad de atención materna y neonatal número cuatro, cinco y seis de la OMS en relación con la experiencia de pacientes respecto de la atención recibida y las declaraciones de calidad específicas para cada norma. ⁹
Anexo 2	Se describen los siete temas centrales de maltrato identificados por la OMS en 2015 y los motivos habituales que se mencionan en las publicaciones.
Anexo 3	Se resumen propuestas de CMR factibles en artículos publicados, incluidos posibles argumentos a favor y en contra de cada una en los contextos específicos de los programas.
Anexo 4	Se proporciona una nota conceptual ilustrativa y un plan de trabajo para incorporar propuestas de CMR a un programa integral de SMN.
Anexos 5 y 6	Se sintetizan los métodos cualitativos y cuantitativos para evaluar el maltrato y la experiencia positiva de la atención obstétrica en los centros de salud; se incluyen referencias a publicaciones e instrumentos que los ejecutores del programa pueden adaptar.
Anexo 7	Se presenta un conjunto de instrumentos para el análisis situacional cualitativas y cuantitativas elaboradas por el MCSP que los ejecutores del programa pueden adaptar en función del contexto local y las necesidades del programa, y también se incluyen enlaces para ellos.
Anexos 8, 8A, 8B	Se brinda orientación acerca de cómo elaborar una teoría del cambio y ejemplos ilustrativos de teorías del cambio sobre CMR.

Conclusión

Existen numerosas iniciativas de políticas, programas e investigaciones recientes que apuntan a promover el cuidado materno respetuoso para mujeres y recién nacidos. Sin embargo, la evidencia con la que contamos aún es limitada para fundamentar el diseño, la implementación y la supervisión locales de las intervenciones para fomentar el CMR y disminuir el maltrato dentro de programas integrales de SMN en entornos de bajos recursos.

El MCSP espera que la guía operativa sobre CMR sea útil para las partes interesadas, los administradores del programa y los socios nacionales a fin de impulsar el aprendizaje y las iniciativas de puesta en práctica del CMR en diversos entornos. El MCSP ha trabajado en conjunto con las partes interesadas locales en Nigeria y Guatemala para aplicar las primeras fases de la guía operativa. Asimismo, colabora en el diseño, la implementación y el monitoreo de iniciativas a fin de mejorar la atención centrada en la persona y disminuir el maltrato como parte de la Red de Calidad de Atención en los países de la OMS para mejorar la SMN (www.qualityofcarenetwork.org).



Fotografía de Kate Holt

Este informe es posible gracias al generoso apoyo de la población 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.

¹ 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.

² 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.

³ Abuya T, Warren C, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. 2015. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One* DOI: 10.1371/journal.pone.0123606.

⁴ USAID TRAction Project. 2010. Exploring Evidence and Action for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Bowser y Hill.

⁵ Abuya T, Warren C, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. 2015a. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One* DOI: 10.1371/journal.pone.0123606.

⁶ Bowser D, Hill K. 2010. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. Washington: USAID

⁷ World Health Organization (WHO). 2016. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/

⁸ OMS. 2016. 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.

⁹ OMS. 2016. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva, WHO.