

Cuidado Materno Respetuoso y Recursos Humanos en Salud



Amy Manning & Marta Schaaf¹, con la gentil colaboración del Consejo para el Cuidado Materno Respetuoso

Este breve resumen está dirigido a las comunidades de profesionales y de investigación del Cuidado de Maternidad Respetuoso (CMR) y Recursos Humanos para la Salud (RHS). Aunque estas dos áreas son aliadas naturales, existen pocas iniciativas formales para integrarlas programáticamente.

El presente documento proporciona antecedentes sobre cada área y sugiere cómo estas dos comunidades pueden trabajar conjuntamente para lograr avances en el tema de recursos humanos para una atención de maternidad respetuosa. Se sugieren formas en que los profesionales de CMR podrían incorporar los principios del CMR en las estructuras de recursos humanos existentes y viceversa.

Cuidado Materno Respetuoso

Creciente evidencia revela que las mujeres de todo el mundo son sometidas a un trato irrespetuoso y abusivo por parte de los proveedores de atención materna. Esta forma de trato, además de causar traumas emocionales, puede desmotivar a las mujeres a acudir a los establecimientos de salud en busca de atención materna y potencialmente ocasionar muertes y discapacidad que pueden ser evitables (Ogannah et al., 2007; Bowser & Hill, 2010; Freedman & Kruk, 2014; Abuya et al., 2015; Bohren et al., 2015). La **falta de respeto y abuso (FR&A)** también se conoce como maltrato, violencia obstétrica y atención deshumanizada, y puede manifestarse de muchas formas, como por ejemplo: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación. Asimismo, incumplimiento de los estándares profesionales de atención, mala relación entre mujeres y proveedores y deficiencias en los sistemas de salud. Las deficiencias en los sistemas de salud se manifiestan en falta de recursos como ser infraestructura para ofrecer privacidad; falta de

suministros para asegurar que se cumplen los estándares de atención; suficiente personal para garantizar que los proveedores no están demasiado sobrecargados de trabajo y puedan atender eficazmente las necesidades de cada mujer y recién nacido. (Bohren et al., 2015).

En base a esta evidencia, las organizaciones de salud y derechos humanos han considerado que la FR&A durante la atención de la maternidad es una violación a los derechos humanos de las mujeres. Al definir FR&A, es importante señalar que la ausencia de la misma no es equivalente al respeto. La atención respetuosa, de calidad y que se enfoca en la mujer requiere un esfuerzo consciente y debe ser priorizada tanto por los proveedores de atención en salud, como por los sistemas de salud (Freedman & Kruk, 2014).

Por lo tanto, los grupos de activistas exigen atención y protección respetuosa para todas las mujeres embarazadas, especialmente las marginadas y vulnerables, como las adolescentes, las minorías y las mujeres con discapacidad (Amnistía Internacional, 2010; Alianza del Listón Blanco, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2015). Aunque no hay consenso sobre lo que constituye una atención respetuosa, el movimiento emergente del **cuidado materno respetuoso (CMR)** generalmente aboga por un enfoque de atención centrada en la usuaria basado en el respeto por los derechos humanos básicos de las mujeres y la evidencia clínica. La Declaración de CMR, un documento normativo que fue desarrollado con la colaboración de investigadores, clínicos, implementadores de programas y activistas, describe un enfoque basado en los derechos para muchos aspectos de la atención.

La Declaración se basa en instrumentos internacionales universalmente reconocidos y firmados por varios países, como el Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos; Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Los siete derechos fundamentales de las mujeres en edad reproductiva son:

- Derecho a una vida libre de violencia y maltrato;

¹ Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program [Programa Evitando Muertes Maternas y Discapacidad] Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University



- Derecho a la información, al consentimiento informado, a rehusar procedimientos, y respeto a sus decisiones y preferencias, incluyendo contar con un acompañante a su lado cuando sea posible;
- Derecho a la confidencialidad y privacidad;
- Derecho a trato digno y con respeto;
- Derecho a ser atendidas con igualdad, libres de discriminación y con equidad;
- Derecho a atención médica oportuna y en el más alto nivel de salud posible; y
- Derecho a la libertad, autonomía, a la autodeterminación y libre de cualquier forma de coerción (Alianza del Listón Blanco, 2011).

Las iniciativas para desarrollar el contenido de estos derechos han identificado la importancia de los servicios, tales como: la atención continua durante el trabajo de parto y el parto; libertad de movimiento durante el trabajo de parto; libertad para comer y beber durante el trabajo de parto; y no separar al recién nacido de la madre (USAID MCHIP, n.d., Positive Birth Movement, n.d.). El cuidado respetuoso de la maternidad variará en diferentes contextos, y se necesita más investigación para definir y promover comportamientos efectivos de CMR.

La investigación ha demostrado que el problema de la FR&A en los establecimientos de salud es complejo, ocurre en varios niveles del sistema de atención de la salud y tiene múltiples causales (Bowser & Hill, 2010; Freedman & Kruk, 2014; Bohren et al. 2015). Por lo tanto, la FR&A puede reducirse a través de enfoques múltiples y específicos que funcionen en diferentes niveles del sistema de salud, integrando además a aliados del gobierno para abordar los factores más amplios del sistema de salud que contribuyen a la misma, incluyendo la falta de responsabilidad para la rendición de cuentas (Abuya et al. al., 2015; Bohren et al., 2017).

Recursos Humanos en Salud

Las carencias en los recursos humanos en salud (RHS) incluyendo el déficit de trabajadores de salud, su mala distribución, la deficiente administración de los RHS y las condiciones de trabajo negativas o estresantes, limitan la capacidad de los establecimientos y los trabajadores de salud para proporcionar CMR (Bohren et al. 2015; Vogel et al., 2015; Chen et al., 2004; Centro de Derechos Reproductivos, 2008; Bowser & Hill, 2010). El impacto de estas limitaciones en el sistema de salud afecta la calidad del cuidado que brindan los trabajadores de la salud, lo cual se ha documentado en informes en todo el mundo, tales como Voces de Parteras, Informe de la Realidad que Enfrentan las Parteras de la Organización Mundial de la Salud et al. (2016) y, Promesas rotas: Informe sobre los Derechos Humanos, Responsabilidad Social e Informe de la Mortalidad Materna en Nigeria (2008) del Centro de Derechos Reproductivos, así como la literatura académica (Bowser & Hill, 2010; Mselle et al., 2013; Jewkes & Penn-Kekana, 2015).

La FR&A es un quebrantamiento de la responsabilidad social del sistema de salud, no solo para sus usuarios, sino también para las mujeres y hombres que emplea como proveedores de servicios quienes quedan sujetos a condiciones de trabajo deficientes e irrespetuosas. Los ideales profesionales de los proveedores de servicio a menudo sucumben ante la presión de la supervivencia física y emocional, por ejemplo una partera que suele brindar cuidados compasivos en algún momento puede sentirse abrumada por el estrés de cumplir con las altas exigencias que le impone el trabajo y en consecuencia agredir a las mujeres que brinda atención. (p. e43)

Cuando las demandas del trabajo superan las recompensas percibidas, surgen problemas de motivación que se manifiestan como falta de respeto hacia los pacientes, tardanzas, ausentismo, demoras y soluciones de salud rápidas a problemas complejos (Mathauer & Imhoff, 2006). En Tanzania, por ejemplo, los trabajadores de la salud tienen derecho a una promoción y aumento salarial cada tres años; sin embargo, existe una gran insatisfacción porque muchos pueden cumplir diez años o más sin ningún ascenso (Manongi y Marchant, 2006).



Además, los sistemas de supervisión y rendición de cuentas inadecuados pueden crear entornos donde sea probable que se produzcan la FR&A, o se pase por alto o por último se acepte; en algunos casos, la falta de respeto es el ejemplo que da el personal superior, como ser supervisores, capacitadores o funcionarios de categoría alta (Bowser & Hill, 2010; Bohren et al., 2015; Vogel et al., 2015), o se encubren estas acciones bajo una “conspiración de silencio” en el sistema (Goer, 2010). Todos estos factores contribuyen a que los comportamientos irrespetuosos y abusivos se perpetúen.

Por lo tanto, es esencial que existan mecanismos que permitan a los proveedores plantear problemas de manera segura y confidencial, sin poner en riesgo su trabajo o su seguridad (Freedman y Kruk, 2014).

Debido a la naturaleza sistémica del problema, las iniciativas para abordar la FR&A no pueden enfocarse solo en proveedores individuales; también se deben abordar las realidades de los sistemas de salud que llevan a los proveedores a tratar a los pacientes de esta manera (Freedman & Kruk, 2014).

Recursos Humanos para Salud y Género

Las normas culturales e históricas respecto al género desempeñan un papel fundamental en los RHS en el sentido que “[afectan] cómo se reconoce, valora y apoya el trabajo con consecuencias diferenciales a nivel profesional [...] y personal” (George, 2010, p. 210). A pesar que en muchos países las mujeres se constituyen en la mayor fuerza de trabajo para el sector salud, especialmente para la atención de la maternidad, a menudo se les confiere un estatus inferior en el sistema de salud; es más probable que ocupen puestos que requieren menos años de educación y capacitación, con salarios bajos y menos seguros (George, 2010; Langer et al., 2015). Gupta et al. (2003) argumentan que “ciertas ocupaciones dominadas por mujeres, especialmente en enfermería, a menudo no tienen un valor de mercado acorde con el nivel de habilidad requerido, ya que el trabajo se considera simplemente como ‘trabajo de mujeres’” (n.p.).

En muchas sociedades, se espera que las mujeres realicen el trabajo de cuidado a otras personas, y por lo tanto esta actividad no está adecuadamente reconocida, remunerada o apoyada. Al mismo tiempo, debido a que se percibe que las mujeres brindan cuidados con afecto de forma natural, la expectativa es que las trabajadoras de la salud ofrezcan un estándar de cuidado interpersonal superior al de sus colegas masculinos, quienes son valorados por sus habilidades técnicas (Langer et al., 2015). En resumen, las trabajadoras de la salud pueden enfrentar expectativas y limitaciones desmedidas.

Debido al estatus inferior dentro del sistema de salud y los estereotipos generalizados de las mujeres como proveedoras de atención, existen pocas iniciativas para abordar o proteger las necesidades únicas de las trabajadoras de la salud, como ser apoyo en el cuidado de los niños y protección contra la violencia y el acoso sexual, u oportunidades para el progreso laboral (George, 2010; Langer et al., 2015).

A nivel mundial, existe una falta evidente de representación femenina en los niveles ejecutivos y gerenciales en el área de atención en salud. En Sudán, por ejemplo, no se tomó en cuenta a las doctoras para los ascensos, debido al supuesto que carecían del deseo o las habilidades para avanzar (Langer et al., 2015).

De acuerdo con Langer et al. (2015), esta falta de apoyo impide que las mujeres proveedoras de servicios de salud alcancen su pleno potencial, mientras que las malas condiciones de empleo “obstaculizan la calidad y la efectividad de las contribuciones de las mujeres en la atención de salud” (p. 1166). Las parteras en todo el mundo, por ejemplo, atribuyen la falta de estatus y reconocimiento de su profesión, a estar subordinada a la profesión médica, a la falta de autonomía, al acoso verbal, físico e incluso sexual y a la inequidad de género generalizada en los sistemas de salud y las comunidades; algunas mencionan que este deterioro de la situación afecta su capacidad para proporcionar atención de calidad (Organización Mundial de la Salud et al., 2016).



Intervenciones de RHS para Promover el CMR

Las posibles soluciones para abordar los desafíos para los RHS que influyen en el CMR incluyen:

- mejorar el cálculo de la fuerza de trabajo necesaria y su evaluación;
- capacitar a nuevos trabajadores de la salud;
- proporcionar capacitación en servicio a los trabajadores de la salud existentes;
- cambiar / compartir tareas;
- mejorar las estructuras de rendición de cuentas y promover un modelo de supervisión capacitante;
- mejorar la transparencia y la rendición de cuentas en los establecimientos y sistemas de salud;
- abordar la desigualdad de género en los sistemas de salud y las comunidades; y
- generar entusiasmo través de un ambiente de trabajo positivo, compensaciones e incentivos.

Más adelante se presentan ejemplos seleccionados de intervenciones y una descripción sobre cómo pueden lograr el CMR.

Supervisión

Sin una supervisión efectiva, los trabajadores pueden descuidar sus responsabilidades o perder la motivación, y si los supervisores son negligentes en sus deberes, los trabajadores pueden adoptar conductas negativas similares. Por otra parte, la supervisión efectiva puede mejorar el rendimiento, la satisfacción laboral y la motivación entre los trabajadores de la salud (Rowe et al., 2005; Mathauer & Imhoff, 2006). En un estudio en el área rural de Guatemala, el desempeño del personal estaba altamente influenciado por la “naturaleza de las relaciones entre niveles jerárquicos”. Los participantes notaron que la satisfacción del paciente depende del sentimiento de bienestar que transmiten las enfermeras auxiliares, el cual a su vez está estrechamente ligado a

la relación con los gerentes. Asimismo, el sentimiento de bienestar de los gerentes de distrito también dependía de sus relaciones con los gerentes regionales: “las enfermeras que se desempeñaban como gerentes regionales señalaron que debido a que la naturaleza de las relaciones opera en una reacción en cadena, era posible mejorar la satisfacción de los pacientes dando como ejemplo el trato respetuoso y apoyo efectivo proveniente del nivel superior del sistema de salud regional “(Hernandez et al., 2015, citado en George et al., 2017, p.303).

Supervisión efectiva: Un modelo de supervisión efectiva es una de las formas propuestas para fortalecer las estructuras de supervisión. También conocida como supervisión capacitante, este tipo de supervisión enfatiza la comunicación, el trabajo en equipo, la resolución de problemas, el apoyo y la evaluación continua para motivar y capacitar a los trabajadores de la salud y mejorar la calidad de la atención (Márquez y Kean, 2002, p. 1). El proceso COPE (por sus siglas en inglés) de EngenderHealth, es un proceso de mejoramiento de la calidad implementado en más de 45 países, que identifica la supervisión capacitante como una de las necesidades clave del personal de atención médica en los países en desarrollo (EngenderHealth, 2003). En Kenia y Guinea, COPE pudo abrir los canales de diálogo entre diferentes niveles de trabajadores de la salud, logró una mayor interacción y cooperación entre el personal, y promovió la autoconfianza, autorreflexión y la aceptación de la crítica constructiva; COPE también fomentó el compromiso común para proporcionar servicios de calidad, y logró que los trabajadores cuando se relacionaban con las usuarias, se enfocaran en los derechos, el respeto y la igualdad (Bradley et al., 2002).

La supervisión capacitante no es fácil de implementar en contextos donde la falta de apoyo y la sobrecarga en los sistemas de salud son la norma generalizada (Clements et al., 2007). A pesar de que la supervisión capacitante está destinada a promover interacciones constructivas, en la práctica se lleva adelante como “inspección y evaluación desconectadas” (Bradley et al., 2013, citado en George et al., 2017). Al implementar un enfoque de supervisión capacitante es importante no reforzar las estructuras jerárquicas o usarlas como una forma de limitar o controlar a los supervisados.



Responsabilidad Social

Se han introducido enfoques de abajo hacia arriba para el monitoreo ciudadano con el fin de incrementar la responsabilidad social de los trabajadores de la salud. El monitoreo ciudadano puede ser realizado por los comités de salud de las comunidades, los comités de los establecimientos de salud, las ONG locales o los mismos usuarios de los servicios. En Perú, un grupo de monitores comunitarios capacitados evaluó la disponibilidad del personal, los tiempos de espera, las experiencias de los usuarios con los proveedores y la calidad de la información provista por los proveedores (Frisancho & Vasquez, 2014).

En muchos países del mundo incluyendo a India y Uganda, los miembros de la comunidad pueden denunciar la falta de respeto y el abuso, como el ausentismo de los proveedores o las demandas abusivas de pagos extra oficiales a través del teléfono móvil (Cummins & Huddleston, 2013; Chai & Cummins, 2014; Nazdeek et al., 2015; Dasgupta et al., 2015). Estas iniciativas tienen un costo para el sistema o los profesionales ya que pueden afectar la reputación profesional o pueden aplicarse sanciones a proveedores o gerentes que no se esfuerzan para asegurar el CMR. Para obtener más información sobre las iniciativas de responsabilidad social en materia de salud materna, consulte nuestra hoja informativa de CMR y responsabilidad social.

Incentivando el Entusiasmo

Recompensar y apoyar a los trabajadores de la salud puede incentivar el entusiasmo, mitigar el agotamiento y mejorar la motivación y la satisfacción laboral. Las recompensas pueden ser subsidios financieros, bonificaciones, beneficios de vivienda, transporte gratuito, vacaciones pagas, cobertura de seguro, aunque los incentivos no monetarios como la educación continua, las oportunidades para el avance profesional, la realimentación personalizada y el reconocimiento del trabajo también son importantes motivadores (Willis). Shattuck et al., 2008; Araujo y Maeda, 2013). Una revisión de los incentivos en el África Oriental y Meridional encontró que los incentivos tanto financieros, como no financieros tuvieron un impacto positivo en la

retención y el desempeño de los trabajadores de salud en varios contextos (Dambisya, 2007). Sin embargo, existe la preocupación respecto a que el financiamiento basado en el desempeño, un tipo de incentivo financiero, no asegure necesariamente la calidad, especialmente cuando fallan las “perspectivas sociales, organizacionales y culturales” (George et al., 2017, p.82).

El énfasis en cumplir con estándares e indicadores globales puede “descontextualizar y simplificar en exceso aspectos de la práctica médica de los trabajadores de salud, [ser] punitivo en su enfoque, [...] enfocarse en indicadores negativos, [y] ocultar la necesidad reconocida de invertir en otros aspectos operativos del sistema de salud” (George et al., 2017, p.82-83). Por lo tanto, el contexto del sistema de salud, incluyendo las prioridades locales y las estructuras de gobernabilidad, debe ser tomado en consideración cuando se usen incentivos para los recursos humanos y otras medidas para mejorar el desempeño (George et al., 2017).

Conclusión

El CMR y los RHS están inextricablemente relacionados. Las iniciativas efectivas y constructivas para promover el CMR realizan un abordaje de los pacientes y los proveedores de salud de primera línea, ya que son éstas las personas que sufren las consecuencias de los sistemas de salud que carecen de recursos insuficientes y que se basan en jerarquías. Por lo tanto, sus aportes y experiencias son fundamentales para abordar las causas de fondo de la FR&A.



Para más información

Para más información sobre cuidado materno respetuoso por favor referirse a las siguientes fuentes:

- Bohren, M.A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A., Tunçalp, O., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J., & Gulmezoglu, A.M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review [El maltrato a las mujeres durante el parto en establecimientos de salud en el mundo: un análisis sistemático de una mezcla de métodos]. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth [Explorando la evidencia sobre falta de respeto y abuso en partos en partos institucionales]. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health.
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiaga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M.E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda [Definiendo la falta de respeto y el abuso a mujeres durante el parto: una agenda de investigación, políticas y derechos]. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 92(12), 915-917.
- White Ribbon Alliance. (2011). Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women [Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva]. Washington DC: WRA.
- World Health Organization. (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement [La prevención y eliminación de la falta de respeto y el abuso durante el parto institucional: Enunciado de la OMS]. Ginebra: WHO.

Para más recursos sobre recursos humanos para el área de salud e intervenciones de RHS, por favor referirse a las siguientes fuentes:

- George, A., Scott, K., & Govender, V. (Eds.), (2017). *A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health* [Un lector de Políticas de Salud y

Sistemas de Investigación sobre Recursos Humanos para la Salud]. Ginebra: WHO.

- World Health Organization Global Health Workforce Network (previously Global Health Workforce Alliance)
- Human Resources for Health journal
- World Bank Human Resources for Health brief
- Integrare
- EngenderHealth para publicaciones y recursos sobre supervisión capacitante y otras intervenciones para la calidad de atención.

Referencias

Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiaga, C., Maranga, A., Mbehero, F., Njeru, A., & Bellows, B. (2015). Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya [Explorando la prevalencia de la falta de respeto y abuso durante el parto en Kenia]. *PLoS One*, 10(4), e0123606.

Amnesty International. (2010). *Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in the USA* [Parto Mortal: La Crisis de la Atención Materna en los EE.UU.]. London: Amnesty International.

Araujo, E., & Maeda, A. (2013). *How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries: A Guidance Note (Discussion Paper #78506)* [Como Reclutar y Mantener a los Trabajadores en Salud en Áreas Rurales y Remotas en Países en Desarrollo: Notas Guía (Documento de Discusión #78506)]. Washington DC: The World Bank.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A., Tunçalp, O., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J., & Gulmezoglu, A.M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review [El maltrato a las mujeres durante el parto en establecimientos de salud alrededor del mundo: una revisión sistemática de una mezcla de métodos]. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiyoye, M. A., Olutayo, A. O., Ogunlade, M., Oyeniran, A.A., Osunsan O.R., Metiboba, L., Idris, H. A., Alu, F.E., Oladapo, O.T., Gulmezoglu, A.M., & Hindin, M.J. (2017). Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers [El



maltrato a las mujeres durante el parto en Abuja, Nigeria: un estudio cualitativo sobre las percepciones y experiencias de las mujeres y los proveedores de salud]. *Reproductive Health*, 14(1), 9.

Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth [Explorando evidencia sobre falta de respeto y abuso en partos institucionales]. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health.

Bradley, J., Igras, S., Shire, A., Diallo, M., Matwale, E., & Fofana, F. (2002). COPE® for child health in Kenya and Guinea: An analysis of service quality [COPE® para la salud infantil en Kenia y Guinea: Un análisis de la calidad del servicio]. New York: EngenderHealth.

Center for Reproductive Rights. (2008). Broken Promises: Human Rights, Accountability and Maternal Death in Nigeria [Promesas Rotas: Derechos Humanos, Responsabilidad Social y Muerte Materna en Nigeria]. New York: CRR.

Chai, J., & Cummins, M. (2014). From 'What Happened?' to 'What's Happening?' Equity in Action Through Real Time Monitoring [Desde ¿Qué Pasó? Hasta ¿Qué está pasando?]. *Equidad en Acción a Través de Monitoreo en Tiempo Real* New York: UNICEF.

Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. I., Brown, H., Chowdhury, M., et al. (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. [Recursos Humanos en Salud: superando la crisis] *The Lancet*, 364(9449), 1984-1990.

Clements, C. J., Streefland, P. H., & Malau, C. (2007). Supervision in primary health care: can it be carried out effectively in developing countries? [La supervisión en la atención primaria: ¿puede realizarse eficazmente en países en desarrollo?] *Curr Drug Safety* 2(1):19-23.

Cummins, M., & Huddleston, B. (2013). Real time monitoring for the most vulnerable: UNICEF's experience in Uganda [Monitoreo en tiempo real para los más vulnerables: la experiencia de UNICEF en Uganda] *IDS Bulletin*, 44(2), 57-68.

Dambisya, Y. M. (2007). A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa [Una revisión de incentivos no financieros para la retención del personal de salud en África Oriental y Meridional] *Health Systems Research Group, Department of Pharmacy, School of Health Sciences, University of Limpopo, South Africa*, (44), 49-50.

Dasgupta, J., Sandhya, Y. K., Lobis, S., Verma, P., & Schaaf, M. (2015).

Using Technology to Claim Rights to Free Maternal Health Care: Lessons about Impact from the My Health, My Voice Pilot Project in India [Usando la tecnología para Reclamar los Derechos para el Cuidado Materno sin Costo para la Usaria: Lecciones sobre Impacto del Proyecto Mi Salud, Mi Voz en India] *Health & Human Rights: An International Journal*, 17(2).

EngenderHealth. (2003). C.O.P.E. Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services. [Manual C.O.P.E.: Un Proceso para Mejorar la Calidad en los Servicios de Salud] New York: EngenderHealth.

Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas [Falta de respeto y abuso a las mujeres durante el parto: desafiando la calidad mundial y las agendas de responsabilidad social]. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44

Frisancho, A., & Vasquez, M. L. (2014). Citizen monitoring to promote the right to health care and accountability [Monitoreo Ciudadano para promover el derecho a la atención en salud y la responsabilidad social]. *Maternal Mortality, Human Rights, and Accountability*, 22.

George, A. (2010). Exploring the Gendered Dimensions of Human Resources for Health [Explorando las Dimensiones de Género en los Recursos Humanos para la Salud]. In G. Sen, & P. Ostlin (Ed.), *Gender Equity in Health: The Shifting Frontiers of Evidence and Action* (210-241). New York: Routledge.

George, A., Scott, K., & Govender, V. (Eds.). (2017). *A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health* [Una política de Salud y Sistemas de Lecturas de Investigación sobre los Recursos Humanos en Salud]. Geneva: WHO.

Goer, H. (2010). Cruelty in maternity wards: fifty years later [Crueldad en las salas de maternidad: cincuenta años después]. *The Journal of Perinatal Education*, 19(3), 33.

Gupta, N., Diallo, K., Zurn, P., & Dal Poz, M. R. (2003). Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? [Evaluando los recursos humanos en salud: ¿qué podemos aprender de las encuestas sobre el personal a cargo de partos?] *Human Resources for Health*, 1(1), 5.

Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women [El maltrato de las mujeres en el parto: hora de tomar acciones en esta importante dimensión de la violencia contra las mujeres]. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001849.



Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., et al. (2015). Women and health: the key for sustainable development [Mujeres y salud: la clave para el desarrollo sostenible]. *The Lancet*, 386(9999), 1165-1210.

Manongi, R. N., & Marchant, T. C. (2006). Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective [Mejorando la motivación entre los proveedores de atención primaria en Tanzania]. *Human Resources for Health*, 4 (1), 6.

Marquez, L., & Kean, L. (2002). Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems [Haciendo que la supervisión sea facilitante y sostenible: nuevos enfoques para antiguos problemas.] Washington, DC: USAID.

Mathauer, I., & Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools [Motivación del trabajador de salud en África: el rol de los incentivos no financieros y las herramientas para manejo de recursos humanos]. *Human Resources for Health*, 4(1), 24.

Mselle, L. T., Moland, K. M., Mvungi, A., Evjen- Olsen, B., & Kohi, T.W. (2013). Why give birth in health facility? Users' and providers' accounts of poor quality of birth care in Tanzania [¿Por qué tener el parto en un establecimiento de salud? Historias de usuarias y proveedores sobre la mala calidad de atención en el parto en Tanzania]. *BMC Health Services Research*, 13 (1), 174.

Nazdeek, PAJHRA & ICAAD. (2015). No Time to Lose: Fighting Maternal Mortality in Assam [No hay tiempo que perder: Luchando contra la Mortalidad Materna en Assam]. www.issuu.com/endmmnow/docs/endmmnow_advocacy_final_press.

Ogangah, C., Slattery, E., & Mehta, A. (2007). Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities [Fracasos en la prestación de servicios: Violaciones de los Derechos Humanos de las Mujeres en Establecimientos de Salud en Kenia]. New York: Center for Reproductive Rights.

Positive Birth Movement. (n.d.). "About the Positive Birth Movement." ["Acerca del Movimiento para el Nacimiento Positivo"] www.positivebirthmovement.org.

Rowe, A. K., de Savigny, D., Lanata, C. F., & Victora, C. G. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? [¿Cómo podemos lograr y mantener un desempeño de alta calidad de los trabajadores en salud en establecimientos de bajos recursos?] *The Lancet*, 366 (9490), 1026-1035.

USAID MCHIP (n.d.). Respectful Maternity Care Program Review Instrument [Instrumento de Análisis del Programa de Cuidado Materno Respetuoso]. www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Program%20Review%20Instrument_0.pdf.

Vogel, J. P., Bohren, M.A., Tunçalp, Oladapo, O.T., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth [Promoviendo el respeto y previniendo el maltrato durante el parto]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*

White Ribbon Alliance. (2011). Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women [Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva]. Washington DC: WRA.

Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review [Motivación y retención de los trabajadores de salud en países en desarrollo: una revisión sistemática]. *BMC Health Services Research*, 8 (1), 247.

World Health Organization. (2015). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement [La prevención y eliminación de la falta de respeto y abuso Durante el parto institucional: enunciado OMS]. Ginebra: WHO.

World Health Organization, International Confederation of Midwives, & White Ribbon Alliance. (2016). Midwives' Voices, Midwives' Realities: Findings from a global consultation on providing quality midwifery care [Voces de las Parteras, Realidades de las Parteras: Hallazgos de una consulta global sobre la atención calificada de partería]. Ginebra: WHO.