

# Cuidado Materno Respetuoso y Responsabilidad Social



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

*Este breve resumen realiza un abordaje del Cuidado Materno Respetuoso (CMR) y está dirigido a los profesionales de la responsabilidad social y a las comunidades de investigación. Aunque estas dos áreas son aliadas naturales, existen pocos esfuerzos formales para integrarlas. El resumen brinda antecedentes sobre cada área y sugiere cómo estas dos comunidades trabajando en conjunto pueden avanzar en la responsabilidad social relacionada al cuidado materno respetuoso.*

*Se sugieren formas en que los profesionales del CMR pueden integrar las lecciones aprendidas de la responsabilidad social en los programas 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 (Ogangah 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 (es decir, falta de consentimiento informado y confidencialidad, exámenes y procedimientos dolorosos

o cuando no se les brinda adecuado alivio del dolor, descuido y abandono) 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. Estas deficiencias también incluyen: falta de políticas que sancionen el comportamiento inapropiado; prácticas culturales que promueven el soborno y extorsión; estructuras tarifarias poco claras; o requerimientos poco razonables por parte del personal de salud a las mujeres (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

I 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



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;
- 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).

## Responsabilidad Social

La responsabilidad social es un área de creciente investigación e interés programático dentro del campo más amplio de la rendición de cuentas; consiste en “esfuerzos continuados y colectivos para que los funcionarios públicos rindan cuentas por la provisión de bienes públicos que son parte de las obligaciones estatales existentes” (Houtzager & Joshi, 2008), o que sean consistentes con “normas y estándares socialmente aceptados” como el trato amable (Feruglio, 2017). Operativamente, estos esfuerzos generalmente incluyen “(a) un conjunto acordado de estándares contra los cuales evaluar la conducta, (b) información sobre las acciones públicas emprendidas, y (c) justificación de las mismas” (Joshi & Houtzager, 2012, p.151). Algunos ejemplos de medidas de responsabilidad social incluyen auditorías sociales, monitoreo comunitario y tarjetas de evaluación de la comunidad. Estos esfuerzos suelen ser realizados por organizaciones no gubernamentales y coaliciones ciudadanas, a veces en colaboración con el gobierno.

A través de los mecanismos de responsabilidad social, se escuchan las voces de las usuarias del servicio (Alianza del Listón Blanco, 2015); en el contexto de la salud materna, esta “participación significativa” puede garantizar que las mujeres obtengan lo que desean y necesitan durante el embarazo y el parto (Freedman & Kruk, 2014; Organización Mundial de la Salud, nd.). La investigación un tanto limitada disponible respecto a la responsabilidad social y la salud muestra que la responsabilidad social puede conducir a mejoras en la atención en salud en el nivel local, incluida la atención respetuosa. Varios estudios y análisis han evidenciado que las iniciativas de responsabilidad social pueden mejorar el conocimiento y el empoderamiento entre los miembros de la comunidad, aumentar la calidad de la prestación de servicios de salud, acrecentar la confianza entre las comunidades y el sistema de salud, mejorar el funcionamiento de las instituciones y mejorar los resultados de salud (Wild & Harris, 2011; Papp et al., 2013; Mafuta et al., 2015; Ho et al., 2015; Lodenstein et al., 2016; Schaaf et al., 2017; Gullo et al., 2016; Gullo et al., 2017; Bjorkman & Svensson, 2009). En el ámbito de la atención materna respetuosa específicamente, los estudios han encontrado que la responsabilidad social puede contribuir a reducir los pagos extraoficiales, recibir



un trato más educado, reducir los tiempos de espera, mejorar la disponibilidad de medicamentos y disminuir el ausentismo entre los proveedores (Maru, 2010; Ho et al., 2015; Schaaf et al., 2017; Gullo et al., 2016).

Estos cambios permiten una mejor atención clínica y una atención interpersonal más respetuosa, siendo ambos elementos vitales en el cuidado materno respetuoso. Aunque puede existir sub-reporte debido a que la falta de respeto y el abuso son acontecimientos regulares, hay muchos ejemplos de proyectos que permiten a los ciudadanos denunciar la falta de respeto y abuso. Un enfoque, por ejemplo, es capacitar a un grupo selecto de miembros de la comunidad como monitores para evaluar la disponibilidad del personal, los tiempos de espera, las experiencias de los usuarios con los proveedores, la calidad de la información provista por los proveedores y la disponibilidad de medicamentos. En Perú, este enfoque de monitoreo ciudadano condujo a mejoras en la calidad del tratamiento y la organización de los servicios (Frisancho & Vasquez, 2008).

Es con mayor frecuencia que los teléfonos móviles y otras tecnologías de la información y la comunicación (TICs) han permitido a los miembros de las comunidades participar en el monitoreo y presentar informes en tiempo real para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas. A través de programas como mTrac y U-Report de UNICEF, los ciudadanos pueden informar problemas como desabastecimiento de medicamentos y pagos extraoficiales para acceder a la atención médica (Asiimwe et al., 2013; Chai & Cummins, 2014; Cummins & Huddleston, 2013). Nazdeek, una organización de empoderamiento legal en la India, empodera a mujeres voluntarias para que informen usando SMS sobre infracciones relacionadas a la atención médica, luego compila los datos y los hace públicos; su campaña denominada Terminar Ahora con la Mortalidad Materna en los jardines de té de Assam ha encontrado alrededor de 70 ejemplos de infracciones, incluyendo pagos indebidos, ausentismo de proveedores, falta de ambulancias, falta de disponibilidad de sangre, referencia inadecuada de pacientes y condiciones deficientes (Nazdeek, 2015).

También en la India, el proyecto Mera Swasthya, Meri Aawaz (Mi Salud, Mi Voz) de SAHAYOG recibe informes a través de una línea telefónica gratuita, mediante la cual mujeres analfabetas pueden contribuir al monitoreo

de pagos indebidos, y rechazos relacionados a recibir atención durante el embarazo y el cuidado materno. (Dasgupta et al., 2015).

Para que los esfuerzos de responsabilidad social sean efectivos, los implementadores deben generar confianza en las comunidades objetivo y superar las normas arraigadas que impiden que las personas marginadas reclamen sus derechos. Los implementadores también tienen la responsabilidad de proteger a los miembros de la comunidad de la potencial represión de organismos estatales, cuando éstas personas o grupos participen en los esfuerzos de exigir la rendición de cuentas (Dasgupta, 2011; Dasgupta et al., 2015; Fox, 2015).

Otra consideración importante es que los esfuerzos “integrados verticalmente”, es decir aquellos que ocurren en múltiples niveles del gobierno y que involucran a múltiples actores, tienden a ser los más efectivos (Fox, 2015). Los implementadores advierten contra los enfoques basados en instrumentos estándar; los esfuerzos exitosos son aquellos que se adaptan y responden a desafíos y prioridades emergentes, y que se informan a través de un entendimiento matizado del contexto social y político (Fox, 2015; Joshi & Houtzager, 2012; Grandvoinet et al., 2015). Esto está en consonancia con la literatura de CMR, que también coincide en manifestar que el compromiso en múltiples niveles y con múltiples enfoques, además de contextualmente pertinente resulta ser más exitoso (Koblinsky et al., 2016).

Finalmente, la responsabilidad social es un mecanismo para presionar a los responsables de tomar decisiones y a los proveedores de servicios de salud a realizar cambios o cumplir sus promesas; por lo tanto, es fundamental que los funcionarios y proveedores del gobierno tengan tanto la capacidad como la voluntad de revisar y actuar sobre los hallazgos (Banerjee & Duflo, 2006; Schatz, 2013; Dasgupta et al., 2015). Por consiguiente, y en el contexto del CMR, los esfuerzos de responsabilidad social podrían combinarse con la mejora de la calidad u otras estrategias para mejorar la capacidad gubernamental de brindar atención materna de calidad.



## Para más información

Esta hoja informativa ofrece una breve descripción del papel de la responsabilidad social en la promoción del cuidado materno respetuoso. Para obtener más información sobre el cuidado materno respetuoso, pueden consultarse 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., Tuncalp, 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., Ndwiga, 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. (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 el abuso durante el parto institucional: Enunciado de la OMS]. Ginebra: WHO.

Para más recursos sobre responsabilidad social, los siguientes materiales están disponibles:

- Das, A., and Dasgupta, J. (2013). *Claiming entitlements: The story of women leaders' struggle for the right to health in Uttar Pradesh, India* [Exigiendo Derechos: La historia de las luchas de las mujeres líderes por el derecho a la salud en Uttar Pradesh, India]. New Delhi: Centre for Health and Social Justice and COPASAH.
- 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 Tecnología para Reclamar el Derecho a la Atención Gratuita de la Salud Materna: Lecciones sobre el Impacto del Proyecto Pilo Mi Salud, Mi Voz en India]. *Health & Human Rights: An International Journal*, 17(2).
- Fox, J. A. (2015). Social accountability: what does the evidence really say? [Responsabilidad social: ¿Qué dice realmente la evidencia?]. *World Development*, 72, 346-361.
- Grandvoinet, H., Aslam, G., & Raha, S. (2015). *Opening the black box: The contextual drivers of social accountability* [Abriendo la caja negra: Las motivaciones contextuales de la responsabilidad social]. Washington DC: World Bank Publications.
- Maru, V. (2010). *Allies unknown: Social accountability and legal empowerment* [Aliados desconocidos: Responsabilidad social y el empoderamiento legal]. *Health and Human Rights*, 12(1), 83-93.
- White Ribbon Alliance. (2015). *Effective Accountability for Disrespect and Abuse Experienced by Women During Maternity Care* [Responsabilidad Efectiva en el Abordaje de la Falta de Respeto y el Abuso Experimentado por Mujeres Durante el Cuidado Materno]. Washington DC: WRA





## Referencias

- Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, 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.
- Asimwe, E.N., Wairagala, W., & Gronlund, A. (2013). Using technology for enhancing transparency and accountability in low resource communities: experiences from Uganda [Usando tecnología para incrementar la transparencia y rendición de cuentas en comunidades de bajos recursos: experiencias de Uganda]. *ICT for Anti-Corruption, Democracy, and Education in East Africa*. Stockholm University: Stockholm. 37-52.
- Banerjee, A., & Duflo, E. (2006). Addressing absence [Abordaje del Ausentismo]. *The Journal of Economic Perspectives*, 20(1), 117- 132.
- Björkman, M., & Svensson, J. (2009). Power to the people: evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda [Poder para la gente: evidencia de un experimento aleatorio con monitoreo basado en la comunidad en Uganda]. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2), 735-769.
- 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., Tuncalp, 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., Tuncalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, 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.
- 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.
- Cummins, M., & Huddlestone, 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.
- Dasgupta, J. (2011). Ten years of negotiating rights around maternal health in Uttar Pradesh, India [Diez años negociando derechos sobre salud maternal en Uttar Pradesh, India]. *BMC International Health and Human Rights*, 11(3), S4.
- 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 Tecnología para Exigir Derechos a la Atención Materna Gratuita: Lecciones sobre el impacto del Proyecto Piloto en India Mi Salud, Mi Voz]. *Health & Human Rights: An International Journal*, 17(2).
- Feruglio, F. (2017). Do more empowered citizens make more accountable states? [¿Los ciudadanos empoderados logran que los estados sean más responsables en la rendición de cuentas?] Power and legitimacy in legal empowerment initiatives in Kenya and South Africa. *Making All Voices Count Research Report*. Brighton: Institute of Development Studies.
- Fox, J. A. (2015). Social accountability: what does the evidence really say? [Responsabilidad Social: ¿Qué dice realmente la evidencia?]. *World Development*, 72, 346-361.
- 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. (2008). Citizen monitoring to promote the right to health care and accountability [Monitoreo ciudadano para promover el derecho al cuidado de la salud y la responsabilidad social]. *The Lancet*, 371.
- Grandvoinet, H., Aslam, G., & Raha, S. (2015). Opening the



black box: The contextual drivers of social accountability [Abriendo la caja negra: Las motivaciones contextuales de la responsabilidad social]. World Bank Publications.

Gullo, S., Galavotti, C., & Altman, L. (2016). A review of CARE's Community Score Card experience and evidence [Una revisión de las Tarjetas de Evaluación Comunitaria de CARE, experiencia y evidencia]. *Health Policy and Planning*, 31(10), 1467-1478.

Gullo, S., Galavotti, C., Kuhlmann, A. S., Msiska, T., Hastings, P., & Marti, C. N. (2017). Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: A cluster-randomized controlled evaluation [Efectos de un enfoque de responsabilidad social, Tarjetas de Evaluación Comunitaria de CARE, sobre resultados relacionados a la salud reproductiva en Malawi: Una evaluación de control aleatoria por grupos]. *PLoS one*, 12(2), e0171316.

Ho, L. S., Labrecque, G., Batonon, I., Salsi, V., & Ratnayake, R. (2015). Effects of a community scorecard on improving the local health system in Eastern Democratic Republic of Congo: qualitative evidence using the most significant change technique [Efectos de las tarjetas de evaluación para mejorar el Sistema de salud local en la zona oriental de la República Democrática del Congo: evidencia cualitativa usando la técnica de cambio más significativa]. *Conflict and Health*, 9(1), 27.

Houtzager, P. & Joshi, A. (2008) Introduction: Contours of a Research Project and Early Findings [Perfiles de un Proyecto de Investigación y Hallazgos Preliminares]. *IDS Bulletin*, 38:6 1-9.

Joshi, A., & Houtzager, P. P. (2012). Widgets or watchdogs? Conceptual explorations in social accountability [¿Espectadores o guardines? Análisis conceptual en responsabilidad social]. *Public Management Review*, 14(2), 145-162.

Koblinsky, M., Moyer, C. A., Calvert, C., Campbell, J., Campbell, O. M., Feigl, A. B., Graham, W. J., Hatt, L., Hodgins, S., Matthews, Z., McDougall, L., Moran, A. C., Nandakumar, A. K., & Langer, A. (2016). Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action [Atención materna de calidad para todas las mujeres, en todas partes: un llamado a la acción]. *The Lancet*, 388(10057), 2307-2320.

Lodenstein, E., Dieleman, M., Gerretsen, B., & Broerse, J. E. (2016). Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low-and middle- income countries: a realist review [La capacidad de respuesta de los proveedores de salud a las iniciativas de responsabilidad social en países de bajos y medianos ingresos: un análisis

realista]. *Health Policy and Planning*, 32(1), 125-140.

Mafuta, E. M., Dieleman, M. A., Hogema, L. M., Khomba, P. N., Zioko, F. M., Kayembe, P. K., ... & Mambu, T. N. (2015). Social accountability for maternal health services in Muanda and Bolenge Health Zones, Democratic Republic of Congo: a situation analysis [Responsabilidad social en los servicios de salud materna en las zonas de salud de Muanda y Bolenge, República Democrática del Congo: un análisis de situación]. *BMC Health Services Research*, 15(1), 514.

Maru, V. (2010). Allies unknown: Social accountability and legal empowerment. [Aliados desconocidos: Responsabilidad social y empoderamiento legal] *Health and Human Rights*, 12(1), 83-93.

mTrac. (2012). "Mission, Vision, Objective." ["Misión, Visión, Objetivo."] [www.mtrac.ug/content/mission-vision-objective](http://www.mtrac.ug/content/mission-vision-objective).

Nazdeek. (2016). "Home." ["Hogar"] [www.nazdeek.org](http://www.nazdeek.org).

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](http://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.

Papp, S. A., Gogoi, A., & Campbell, C. (2013). Improving maternal health through social accountability: A case study from Orissa, India [Mejorando la salud materna a través de la responsabilidad social: un estudio de caso en Orissa, India]. *Global Public Health*, 8(4), 449-464.

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

SAHAYOG. (2017). "My Health My Voice (Mera Swasthya Meri Aawaz)." ["Mi Salud Mi Voz"] [www.sahayogindia.org/maternal-health-and-rights/local/campaigns/msma](http://www.sahayogindia.org/maternal-health-and-rights/local/campaigns/msma).

Schaaf, M., Topp, S. M., & Ngulube, M. (2017). From favours to entitlements: community voice and action and health service quality in Zambia [De favores a derechos: voz y acción comunitaria y calidad de los servicios de salud en Zambia]. *Health Policy and Planning*.

Schatz, F. (2013). Fighting corruption with social accountability: a comparative analysis of social accountability mechanisms potential to reduce corruption



in public administration [Combatiendo la corrupción con responsabilidad social: un análisis comparativo de los mecanismos potenciales de responsabilidad social para reducir la corrupción en la administración pública]. *Public Administration and Development*, 33:161-174.

U-Report. (n.d.). "About." ["Acerca de"] [www.ureport.in/about](http://www.ureport.in/about).

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](http://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Program%20Review%20Instrument_0.pdf).

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.

White Ribbon Alliance. (2015). *Effective Accountability for Disrespect and Abuse Experienced by Women During Maternity Care* [Responsabilidad Efectiva para la Falta de Respeto y Abuso Experimentado por Mujeres Durante el Cuidado Materno]. Washington DC:WRA.

Wild, L., & Harris., D. (2011). *The Political Economy of Community Scorecards in Malawi* [La Economía Política de las Tarjetas de Evaluación Comunitaria en Malawi] London: Overseas Development Institute.

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. (n.d.). "Participation." ["Participación"] [www.who.int/gender-equity-rights/understanding/participation-definition/en/](http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/participation-definition/en/).