

Salud integral materna en el cuarto trimestre: seguimiento postparto en el hogar y optimización de recursos disponibles en la comunidad

LAURA ANDRADE

CENTER OF CHILD CARE FAMILY POLICY, DUKE UNIVERSITY (USA)

Resumen

El período de postparto es una etapa de extrema vulnerabilidad para la mujer. Durante este tiempo la mujer enfrenta importantes cambios fisiológicos, en su rutina diaria, sus interacciones sociales, nuevos desafíos con el cuidado de su bebé, un aumento en sus necesidades económicas, y posibles desafíos laborales. Esta situación de alto riesgo psicosocial puede impactar no sólo la salud física, sino también mental, de las nuevas madres. En muchos países, la visita domiciliaria, telefónica o de videollamada a mujeres embarazadas y madres en el período de postparto por parte de enfermeros/as especializados/as se ha convertido en una herramienta fundamental para la salud pública, proveyendo un valorado apoyo durante la gestación y el postparto, en particular para los grupos con altos indicadores de riesgo. Estas visitas al hogar permiten el monitoreo continuado e integral de las madres puérperas, pudiendo facilitar la identificación temprana y/o prevención de problemas de salud física y mental, así como necesidades sociales o

económicas. También las visitas al hogar permiten la realización de pequeñas intervenciones, la discusión en detalle acerca de la planificación familiar, lactancia materna y otras necesidades de la mujer y la conexión con redes de apoyo y servicios especializados disponibles en la comunidad. El impacto de estos programas ha sido evaluado en repetidas ocasiones, demostrándose cómo estas intervenciones, relativamente poco costosas, pueden promover la salud física de las madres, detectar y disminuir la incidencia de depresión postparto, identificar situaciones de maltrato familiar o la necesidad de apoyo social o económico, y fomentar la lactancia materna y el uso de anticonceptivos para incrementar el espaciamiento entre embarazos. Asimismo, el impacto sobre la salud de los niños y su desarrollo ha sido demostrado en numerosos estudios; ya sea de forma directa o indirecta a través de la mejora de la salud integral materna. Este capítulo introduce el funcionamiento de programas de visitas al hogar exitosos en otros países, identifica fortalezas y vulnerabilidades de la atención materna postparto en Argentina y presenta cómo un programa de visitas domiciliarias en nuestro país podría mejorar el cuidado integral materno durante el cuarto trimestre.

Palabras clave

Salud materna; cuarto trimestre; seguimiento post-parto.

Introducción

Durante el periodo postparto las nuevas madres enfrentan múltiples desafíos físicos y emocionales que incluyen la recuperación del embarazo y del parto, cambios hormonales, alteraciones en el sueño, cambios en las relaciones familiares y profesionales, y el cuidado del recién nacido. Esta carga puede estar aún más exacerbada por la ausencia de apoyo social y/o la ausencia de licencia por maternidad en los ámbitos informales, así como la brevedad de las licencias por paternidad que dificultan el

establecimiento del vínculo afectivo y la participación paterna o de la pareja en el cuidado del bebé. Es además un periodo de alto riesgo para la salud materna donde en países desarrollados ocurre un alto porcentaje de las muertes.⁽¹⁾

A pesar de la importancia de este periodo en el bienestar de la madre y del recién nacido, investigadores, profesionales de la salud y madres en distintas partes del mundo reconocen que existe un significativo déficit en el cuidado materno postparto y un gran desbalance en la atención en comparación con el más intensivo cuidado prenatal.⁽²⁾ Hacia el final del embarazo, las futuras madres normalmente asisten rutinariamente a los chequeos de salud recomendados. Luego del parto, y dados los cambios fisiológicos que enfrenta en las primeras semanas de vida, el recién nacido suele ser revisado a los pocos días del nacimiento y se recomienda seguir un programa de visitas de controles periódicos donde se realizan exámenes y evaluaciones. En contraposición, no suele haber una atención sistematizada, integral y exhaustiva de la madre. En general sólo se recomiendan unas pocas visitas postparto, y tanto madres como personal de la salud reconocen que los calendarios de visitas actuales no resultan apropiados ni suficientes.

Tanto el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos (ACOG) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaron recientemente cambios en los calendarios sugeridos de visitas postparto, incrementando el número de visitas y extendiendo el tiempo de observación y cuidado materno. La nueva guía de ACOG⁽³⁾ indica que la primera visita postparto debería ser programada dentro de las primeras tres semanas y el cuidado debería extenderse hasta las 12 semanas luego del parto. Por su parte, la OMS sugiere que el cuidado de la madre debe

extenderse hasta la sexta semana luego del nacimiento e incluir al menos cuatro visitas de seguimiento de la salud materna.⁽⁴⁾

Es importante resaltar que, en la mayoría de los modelos actuales, la atención materna provista por parte de las instituciones de salud continúa siendo pasiva, donde la asistencia sólo es brindada a aquellas madres que toman la iniciativa de acercarse a los establecimientos de salud. Cabe destacar que el porcentaje de madres que asisten a las visitas postparto recomendadas suele ser muy bajo y se encuentran normalmente motivadas por algún problema de salud.⁽¹⁾ En general, las madres priorizan la atención del recién nacido, que es atendido por otro profesional.

A su vez, en muchos casos la atención brindada en los chequeos postparto carece de una aproximación integral de la salud de la mujer, poniéndose la prioridad en las evaluaciones de la salud física y la recuperación física de la mujer luego del parto.^(2, 1, 5) En general, las guías de prácticas médicas para las consultas postparto constituyen una lista de chequeos físicos y recomendaciones (e. g., prevención de nuevo embarazo, uso de sustancias, etc), en vez de priorizar la escucha activa de las madres puérperas y fomentar que se expresen preocupaciones, necesidades e inquietudes, a partir de los cuales se podría elaborar un plan de salud y cuidado integral junto al profesional de la salud. De hecho, la mayoría de las mujeres reporta que las visitas postparto no responden directamente a sus necesidades más apremiantes y que no suelen recibir instrucción en cuanto a los temas que ellas consideran más críticos durante el cuarto trimestre. Las nuevas madres también sostienen que no saben a quién deberían recurrir en caso de tener preguntas (por ejemplo, medicamentos seguros durante la lactancia) o necesitar asistencia médica u otro tipo de asistencia no relacionada estrechamente a algún malestar físico.⁽²⁾ Para obtener información muchas mujeres consultan a otras mujeres, hacen sus

investigaciones online o compran libros de maternidad. Finalmente, las visitas postparto fallan en conectar a las madres con los servicios que éstas necesitan.⁽²⁾

Cabe recordar que este periodo de alta vulnerabilidad de la mujer no sólo representa un riesgo para la salud física sino también mental.⁽⁶⁾ Se estima que la prevalencia de la depresión postparto (DPP) es de 10-15 % en países de ingresos altos y 19 % en países con ingresos bajos y medios.^(7, 8) A pesar de las graves consecuencias que tiene en mujeres y sus familias, esta enfermedad se encuentra ampliamente subdiagnosticada en la mayor parte del mundo y se mantiene como un problema substancial que está asociado a una menor calidad de vida.⁽⁹⁾ Por ejemplo, en los Estados Unidos, donde si bien los médicos de familia reconocen a la DPP como una enfermedad seria, identificable y tratable, no se realizan monitoreos de manera sistemática, y la utilización de cuestionarios estandarizados para identificar la DPP no es frecuente.⁽¹⁰⁾

Históricamente las prácticas médicas han sido centradas en el tratamiento de enfermedades o accidentes siguiendo un modelo asistencial curativo. Es sólo cuando una persona se enferma que el sistema de salud interviene para recuperar la salud del paciente. Este tipo de sistema se define como reactivo; es decir, reacciona ante la aparición de la necesidad. Desde una perspectiva de salud pública, estos sistemas no son lógicos, prácticos ni eficientes.⁽¹¹⁾ Más recientemente, proveedores médicos e investigadores sociales han empezado a considerar y concebir un sistema de salud proactivo donde las crisis puedan ser evitadas y los tratamientos sean en su mayoría preventivos. Para esto es necesario reconocer el impacto que tienen los determinantes sociales de la salud y promover las aproximaciones holísticas en la asistencia médica. Es importante destacar que muchos autores consideran que el estrés, bajos

niveles de educación, la pertenencia a comunidades marginales y la pobreza son factores que tienen un mayor impacto sobre la salud que el acceso a asistencia médica.⁽¹¹⁾

Para lograr una aproximación holística en la atención sanitaria es necesario abordar los determinantes sociales de la salud a través de la implementación de políticas públicas incorporando los conocimientos de otras disciplinas como las ciencias sociales y la salud pública. Este proceso debería alcanzar al menos a todas las madres en situación de riesgo, y debería incluir un análisis integral de la salud que incluya evaluaciones de salud mental, apoyo social, violencia doméstica, consumo de sustancias, etc. Estas intervenciones deberían presentar una perspectiva centrada en las madres fomentando el diálogo activo y respondiendo a las preguntas, desafíos y preferencias de las madres. El personal de salud debe estar preparado para brindar información necesaria, hacer pequeñas intervenciones o conectar con servicios que las madres puedan necesitar. En línea con estos nuevos modelos, el ACOG sugiere que el cuidado postparto debería convertirse en un proceso, en vez de una sola visita, con servicios adecuados para las necesidades de cada mujer. La OMS recomienda visitas al hogar para todas las mujeres e infantes en la primera semana postparto.⁽⁴⁾

En resumen, existe un creciente consenso acerca de la necesidad de mejorar los cuidados maternos durante el postparto, en especial para las mujeres en situación de alto riesgo psicosocial, como aquellas que han tenido complicaciones durante el parto, han perdido su embarazo, no se han presentado a las citas prenatales, han sufrido depresión durante el embarazo, han sido víctimas de violencia en el hogar y/o necesitan apoyo social o económico.

Visitas postparto en el hogar, una atención preventiva e integral

En muchos países, la visita domiciliaria a madres en período de postparto es considerada una parte fundamental de la salud pública, constituyendo un importante apoyo para familias vulnerables (e.g., Canadá, Inglaterra, USA).

Las visitas al hogar brindan la oportunidad de apoyar a las madres durante el cuarto trimestre de una manera integral y continua (sostenida en el tiempo). Constituyen un cuidado proactivo y preventivo que permite la detección temprana de problemas de salud física y mental y la intervención oportuna ante situaciones de riesgo, disminuyendo así los efectos a largo plazo. Estas visitas permiten una atención holística de la salud física, emocional y social que puede incluir la participación de parejas y otros miembros de la familia, brindando una oportunidad única de hacer preguntas a un/a especialista de la salud desde la seguridad y comodidad del hogar.

El acompañamiento durante las visitas al hogar suele estar centrado en las necesidades de la mujer puérpera y se basa en estrategias de apoyo y contención emocional, escucha activa y desarrollo de empatía. Permite la identificación y comprensión de las dificultades de cada familia y una evaluación exhaustiva de determinantes sociales de la salud, como el maltrato familiar, la falta de apoyo social, recursos económicos, etc. Es también una oportunidad para fortalecer el aprendizaje de funciones parentales, fomentar el establecimiento del vínculo afectivo entre las madres y sus hijos/as y promover la continuación de la lactancia materna exclusiva. Una vez identificadas las necesidades materno-familiares, el personal de salud puede recomendar y promover conexiones con recursos

asistenciales disponibles en la comunidad, optimizando la utilización de dichos servicios comunitarios.⁽¹²⁾

Encuestas realizadas a madres indicarían que las mujeres prefieren las visitas domiciliarias por sobre la visita a la clínica, indicando mayores niveles de satisfacción con el cuidado recibido.^(13, 14) Considerando el habitual agotamiento físico y mental de las madres durante el postparto, las visitas al hogar liberan a las mujeres de la responsabilidad de coordinar las visitas postparto en la clínica, desplazarse hasta la institución y activamente solicitar asistencia médica.

El impacto de las visitas domiciliarias ha sido evaluado en repetidas ocasiones, demostrándose efectos muy positivos sobre la salud y el bienestar materno y familiar. Existen fuertes evidencias de que las visitas al hogar facilitan la identificación de síntomas de depresión postparto y disminuyen la severidad de la depresión en las mujeres que reciben intervenciones por parte de las/os enfermeras/os y/o a raíz de derivaciones durante visitas al hogar.^(15, 16, 9) De esta forma, las visitas al hogar se presentan como una excelente opción para diagnosticar e iniciar tratamiento. También disminuirían la ansiedad clínica materna en el postparto, mejorando considerablemente el bienestar materno.⁽¹²⁾

Las visitas al hogar también promueven la lactancia materna exclusiva,⁽¹⁷⁾ incrementan el espaciamiento entre nacimientos e incrementan el uso de anticonceptivos a los 6 meses luego del parto. También se han observado mejoras en las habilidades parentales, en la relación de los padres y madres con sus hijos/as y en la calidad del ambiente familiar.⁽¹²⁾ De hecho, un estudio mostró que las familias que participaron del programa sufrieron un 45 % menos de investigaciones por parte de los servicios de protección de menores.⁽¹⁸⁾ Las visitas al hogar han permitido identificar situaciones de maltrato familiar o de necesidad de

apoyo social o económico. En los Estados Unidos, un programa de visitas al hogar demostró que las intervenciones disminuyen el número de visitas que las familias hacen a las salas de emergencias, calculando que, por cada dólar invertido en el programa, se ahorran tres en gastos de emergencia.⁽¹⁹⁾

Asimismo, el impacto sobre la salud de los niños, y su desarrollo ha sido demostrado en numerosos estudios, ya sea de forma directa o indirecta a través de la mejora de la salud integral materna.⁽²⁰⁾

La mayoría de los programas cuentan con un sistema de mejoramiento y evaluación de calidad de servicios, lo que permite llevar a cabo replicaciones de programas adaptados al contexto de cada comunidad.

El cuidado integral materno en Argentina

Con el propósito de presentar la situación del cuidado materno en Argentina e identificar fortalezas y posibles necesidades para mejorar la atención integral postparto, se resumen a continuación datos recopilados a partir de revisión bibliográfica de trabajos publicados, guías de recomendaciones, informes y entrevistas con médicos obstetras, dulas, y madres recientes.

Cuidado prenatal

De acuerdo con el Informe Nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión, en la Argentina el 99,5 % de los nacimientos son asistidos en establecimientos de salud y atendidos por personal capacitado.⁽²¹⁾ Sin embargo, un 5 % de las madres llegan al parto sin haber recibido ningún tipo de control prenatal, y un 32,1 % recibe un control prenatal insuficiente

(< 5 visitas prenatales).⁽²¹⁾ Estos valores resultan más altos en algunas de las regiones sanitarias (i.e., 32,5 % Conurbano Buenos Aires, 36,2 % NOA y 39,9 % NEA).

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia⁽⁵⁵⁾ recomienda cinco visitas prenatales para aquellos casos sin factores de riesgo. Desde la primera visita prenatal se lleva a cabo un seguimiento considerablemente estandarizado que se inicia con una evaluación clínica y psicosocial donde se identifican factores de riesgo utilizando herramientas diseñadas por el Sistema Informático Perinatal (SIP). Validado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS), el SIP ha desarrollado un sistema de registro de información de base obligatorio con el objetivo de facilitar la planificación de la atención de la embarazada y su hijo/a, garantizar una correcta ejecución de la norma de control perinatal y unificar la recolección de datos a nivel nacional. La Historia Clínica Perinatal (HCP) es una hoja de registro desarrollada por el SIP que guía al prestador en la evaluación de factores de riesgo clínicos y sociales y contiene un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado.

Esta sistematización de la atención perinatal es verdaderamente un gran logro a nivel país ya que permite la evaluación de la calidad de la atención, así como la obtención de estadísticas locales y nacionales confiables que puedan informar a las autoridades para la elaboración de políticas públicas. Cabe destacar que en los últimos años se ha incrementado considerablemente su implementación llegando a alcanzar una cobertura del 72,2 % en 2014.⁽²¹⁾ Sin embargo, al día de hoy, el SIP aún presenta ciertas limitaciones. En particular, el seguimiento y la evaluación de los factores de riesgo psicosociales que se incluyen en la HCP no resultan exhaustivos. Como ejemplo, no hay un casillero para indicar que

la mujer o algún miembro del núcleo familiar sufre de alguna enfermedad mental como depresión o ansiedad.

Por otra parte, en muchos casos, aquellos factores de riesgo psicosociales que sí se incluyen en la HCP no son evaluados por el personal de salud por considerarse de menor relevancia.⁽²¹⁾ Así mismo, no existe un uso extensivo y generalizado de herramientas y capacitaciones para la correcta evaluación de las variables psicosociales que sí se incluyen en la HCP (ver **ALEMAN** y cols.,⁽²²⁾ que incluye una guía para completar HCP, aunque no pareciera ser ampliamente utilizada). Además, es importante destacar que los médicos obstetras/tocólogos no suelen estar particularmente capacitados para dialogar acerca de factores de riesgo sociales con los pacientes. Como ejemplo, el médico obstetra debe indicar en un casillero de la HCP si la mujer es víctima de violencia de género. Dada la ausencia de herramientas y entrenamiento, lo más probable es que el médico pregunte de forma directa a la paciente, o asuma la respuesta en base a otras variables indicativas (i.e, si no hay ninguna evidencia, entonces se concluye que la mujer no es víctima de violencia de género). En cambio, existen herramientas desarrolladas específicamente para evaluar la violencia de género o doméstica, así como otras situaciones de riesgo psicosocial para la salud mental. Lamentablemente, y a pesar de que algunos médicos conocen estas herramientas, no las suelen incorporar en su trabajo cotidiano. A su vez, si bien existen equipos de salud mental en todos los hospitales públicos, no todas las especialidades están cubiertas y/o el personal de salud desconoce los mecanismos de derivación adecuados para mujeres víctimas de violencia doméstica, con problemas de salud mental o necesidades sociales o económicas.⁽²³⁾ De esta forma, no sólo la identificación de factores sociales de riesgo para la salud física y mental

resulta subestimada, sino que las interconsultas y/o derivaciones apropiadas no son frecuentes.

En general, la prioridad durante las visitas prenatales se centra en la salud física de la mujer y la preparación física para el parto, poniéndose énfasis en la transmisión de los contenidos educativos-informativos para la salud, desde una perspectiva preventiva. Si bien numerosas guías de organismos públicos recomiendan programas de consejería de salud integral y reuniones grupales con un equipo interdisciplinario para facilitar una mejor preparación física y psíquica para su desempeño durante el embarazo, parto y puerperio,^(24, 25, 26) los programas de consejería recomendados en las visitas prenatales no son obligatorios, en la mayoría de los casos no se lleva registro de asistencia, ni suelen estar dictados por un grupo interdisciplinario. Por ejemplo, **CANTERO** y cols.⁽²⁷⁾ indicaron una baja asistencia a los cursos de capacitación preparto (10 %) entre las mujeres que ingresan al Hospital Materno Infantil «Ramón Sardá» para la resolución de su parto. Esto constituye un abandono por parte de las instituciones, donde sólo reciben los servicios disponibles aquellas futuras madres que toman la iniciativa de participar en los programas ofrecidos. En consecuencia, en la mayoría de los casos son las mujeres bajo mayor riesgo social, y por ende con mayor necesidad de apoyo, las que no reciben estos servicios, incrementando así la brecha de disparidad en la atención. Existen, sin embargo, algunos programas de ayuda económica para madres embarazadas, por ejemplo, la Asignación Familiar por Prenatal que acompaña al Programa Sumar y brinda prestaciones gratuitas para el cuidado del embarazo y la primera infancia. La Asignación Familiar por Prenatal promueve el cumplimiento de los controles médicos establecidos al exigirlos como condición necesaria para recibir la ayuda económica.

Considerando la alta proporción de mujeres que no asisten a todas las visitas prenatales recomendadas, resulta de vital importancia favorecer y mantener el contacto durante todo el periodo prenatal. El Fichero Cronológico (FC) es un instrumento de gran utilidad para la programación de la atención, para la organización de distintas estrategias de captación de pacientes y la búsqueda activa de aquellas que abandonaron el control. Por su parte, la provincia de Buenos Aires propone una estrategia de turno programado, con fecha y horario definido, otorgado luego de cada consulta.

Otro de los instrumentos valiosos del sistema de salud en Argentina que favorece el cuidado perinatal es el carné perinatal (CP, también desarrollado por el SIP). El CP contiene la misma información que la HCP pero es entregado a las madres en caso de requerir atención de otros profesionales o centros de salud. La Libreta Sanitaria Materno Infantil del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires contiene adicionalmente información básica sobre el embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, consejos de autocuidado y signos de alarma.⁽²⁶⁾

De acuerdo a lo anterior, es claro que se cuentan con herramientas de seguimiento muy valiosas en nuestro país que aún pueden ser mejoradas y aprovechadas para alcanzar a las madres en situación de mayor riesgo biopsicosocial.

Parto y atención en la maternidad

Desde el 2008, Argentina impulsa a nivel provincial la regionalización de la atención perinatal y la promoción de las maternidades seguras.^(28, 29) La regionalización de la atención perinatal pretende coordinar los servicios

dentro de un área geográfica, asegurando que las mujeres y los recién nacidos de alto riesgo reciban la atención requerida en hospitales con las capacidades y las tecnologías adecuadas para asegurar cuidados óptimos. Lamentablemente, al día de hoy, aún existe un número importante de maternidades que no cumplen con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (56 % de los hospitales cumplían con CONE en 2010; en 2014 el 90,5 % de los partos fue en maternidades CONE) y ciertas provincias del país reportan que un 40 % de los partos que requieren atención en una institución de alta complejidad no reciben dicha atención.^(30, 31)

A su vez, **BERNZTEIN** y **GILMORE**⁽³²⁾ en una evaluación externa de maternidades de alta complejidad encontraron que, a pesar de la existencia de normativas, muchos de los estándares no son cumplidos como consecuencia de bajos niveles de implementación y supervisión insuficiente. Han descrito también una importante desigualdad en la calidad de la atención en relación a las diferentes maternidades estudiadas.

En relación al cuidado integral y la contemplación de determinantes sociales durante el parto y puerperio inmediato en Argentina, existe una alta concientización acerca de la importancia de centrar el parto en las necesidades de la mujer y su familia^(33, 25) que se encuentra acompañada por normativas como la Ley de Parto Humanizado y la Ley de Derechos del Paciente. Cabe destacar que las guías y recomendaciones de un gran número de centros de maternidad adhieren a los protocolos de MSCF, que reconoce a los padres y a la familia como protagonistas de la atención del recién nacido, estimula el respeto y la protección de los derechos de la madre y su hijo/a por parte de los miembros del equipo de salud, promueve la participación y colaboración del padre, la familia y la

comunidad en la protección y cuidado del embarazo y el recién nacido. Como consecuencia, se ha observado un incremento en el acompañamiento en el parto con los años, aunque lamentablemente continúa siendo bajo: sólo el 46,7 % de las mujeres que dan a luz en nuestro país están acompañadas por un familiar y la cifra es aún más preocupante en algunas regiones (e.g., provincia de BA interior, 33,2 %; CABA 35,4 %).⁽²¹⁾

Por su parte, RAMOS y cols.⁽³⁴⁾ estudiaron los problemas relacionados con la implementación de los protocolos de maternidades seguras y señalaron que la iniciativa MSCF se encuentra en una etapa temprana de implementación donde no todas las prácticas recomendadas han sido plenamente incorporadas en la práctica cotidiana. Los autores relacionan las dificultades en la adopción de modelos de organización y atención de la salud innovadores con la sobrecarga de trabajo, la falta de comunicación, barreras en la organización y actitudes derivadas de la inercia propia de los «usos y costumbres» institucionales, donde en muchos casos los trabajadores no ven a las nuevas prácticas como necesarias o deseables.⁽³⁴⁾

A su vez, las intervenciones que resguardan los derechos de las usuarias en los servicios de salud continúan siendo escasas. A pesar de las legislaciones mencionadas y la elaboración de guías de recomendaciones, aun no se cuenta con un registro sistémico de la violencia obstétrica, ni hay mecanismos desarrollados para su prevención.⁽³⁵⁾ De acuerdo con encuestas realizadas por CORREA y cols. a personal de la salud, el maltrato obstétrico es resultado de la escasez de personal, la presencia de personal no capacitado en los turnos noche y fin de semana, ausencia de evaluación de desempeño y medidas disciplinarias, malas condiciones de trabajo que afectan el desempeño y fatiga. De acuerdo con CANEVARI

BLEDEL,⁽²³⁾ factores importantes son el desconocimiento por parte de los/as médicos/as de las leyes vigentes y las dificultades que existen para transformar la sensibilidad ética (i.e., la idea de lo que está bien y lo que está mal para quien tiene la responsabilidad de garantizar la ley). Resulta así evidente que aún hace falta trabajo para consolidar el compromiso de los integrantes de las instituciones para con la iniciativa MSCF.⁽³⁴⁾

Muchas mujeres han compartido la sensación de abandono y de falta de cuidado una vez finalizado el evento obstétrico, donde la atención se desplaza y concentra principalmente en el/la niño/a.⁽²³⁾ Incluso, las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación en su página web para las nuevas madres antes de dejar la maternidad se encuentran destinadas solamente al cuidado del neonato .

La internación conjunta, promovida desde las MSCF y la ley de parto humanizado, presenta ventajas como la reducción de la interferencia en el proceso de creación del vínculo madre-hijo/a y la oportunidad de detección temprana de riesgos biológicos y sociales. Se recomienda aprovechar la estancia de la madre para profundizar en temas de educación sanitaria y puericultura.⁽²⁵⁾ Adicionalmente, como una estrategia de prevención y con el objetivo de acompañar de forma más integral al binomio madre-hijo, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2013) aconseja realizar el consultorio de alta conjunta de madres y recién nacidos, dónde tres profesionales de la salud (un/a licenciado/a en obstetricia/enfermería/psicología/trabajo social, un médico tocoginecólogo y un neonatólogo) se reúnen con el binomio para darles el alta en forma conjunta. Se aconseja el llenado de la Historia Clínica y el Carnet Perinatal, certificando que los pacientes hayan recibido la información prevista sobre lactancia, cuidados post-parto y consejería en salud sexual y reproductiva. A la vez, se sugiere la utilización de este

espacio para consejería y la atención de dudas y consultas acerca de los cuidados de la madre y el recién nacido, para realizar la evaluación del riesgo socio sanitario, realizar la contrarreferencia al Primer Nivel de Atención y establecer los mecanismos de derivación en función del riesgo social detectado.

Sin embargo, la HCP no cuenta con una sección destinada para el alta conjunta, ni la evaluación de riesgo psicosocial, o la realización de derivaciones por riesgo psicosocial y/o contrarreferencias, indicando que el consultorio de alta conjunta de madres y recién nacidos no sólo no se presenta como un requisito fundamental, sino que tampoco se considera necesario llevar registro de su implementación. Resulta así una oportunidad perdida para conectar con la mujer y brindar apoyo integral a las puérperas. El único servicio de consejería postparto que se registra en HCP es el de salud sexual y reproductiva previa al alta. Los valores que presenta el SIP en su Segundo Informe⁽²¹⁾ para el país indican que existe un gran cumplimiento de las consejerías de salud sexual y reproductiva (99 %) y provisionamiento de métodos anticonceptivos (MAC, 95 %), que podrían ser mera consecuencia de la presencia de un casillero en la HCP que debe ser llenado. De hecho, el Informe señala la notoria inconsistencia entre este indicador y las tasas de uso de MAC y la elevada prevalencia de embarazos no planificados, sugiriendo que el método utilizado actualmente para señalar la cobertura de la intervención en la HCP es insuficiente para dar cuenta de la calidad de dicha intervención. Además, datos provenientes de encuestas realizadas a adolescentes, contradicen los elevados índices de cobertura observados a través del llenado de la HCP. En este estudio sólo el 40 % de las mujeres recibió un MAC al egreso de la maternidad, y las que lo recibieron, no necesariamente recibieron el método de su preferencia.⁽³⁶⁾

En cuanto a la lactancia materna (LM), las guías de expertos recomiendan concientizar a los profesionales de la salud mediante distintos cursos de capacitación, y elaborar una política donde estén normativizados los pasos a seguir frente a distintas situaciones. (e.g., la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, HAMyN y la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, CSAMyN). La iniciativa HAMyN tiene más de veinte años de trayectoria en Argentina y tiene como objetivo trabajar sobre las barreras institucionales en las maternidades que pudieran dificultar el adecuado desarrollo y mantenimiento de la LM (Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, 2018).⁽³⁷⁾ La CSAMyN es una iniciativa más reciente y local que pretende dar continuidad a la promoción y protección de la LM en los centros de salud (Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia).⁽³⁷⁾ Sin embargo, al día de hoy sólo se han certificado 66 hospitales que funcionan como maternidades y 21 centros y la mayoría de ellos tiene la certificación vencida (Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, 2018).⁽³⁷⁾ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac) de 2017, un 61 % de las familias sostienen que recibió información durante alguno de los controles de salud prenatal o en curso preparto, el 36 % reconoció que recibió indicaciones justo antes o al momento del alta. El 66 % sostuvo que el personal de salud le explicó los beneficios de la lactancia durante la internación o al final de la misma (Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia).⁽³⁷⁾ La coordinadora del área de nutrición de la DINAMIA, Guadalupe Mangialavori, reconoce que aún se distinguen muchas prácticas del equipo de salud que requieren atención y podrían mejorarse, y que hay un importante trabajo por hacer en los hogares.

Son varios los trabajos que han identificado problemas en la implementación de prácticas validadas en Argentina (e.g., **KAROLINSKY** y cols.).⁽²¹⁾ Entre las limitaciones se incluyen la falta de recursos, monitoreo y capacitaciones en servicio, una actitud negativa a cambios, y la falta de habilidades para llevar a cabo las nuevas prácticas.⁽³⁸⁾ Por ejemplo, **PIZZO** y cols.⁽³⁹⁾ sostienen que sólo el 55 % de las madres asistió al programa de lactancia materna y mencionan que el alta conjunta no se lleva a cabo por un grupo interdisciplinario. **RIVERA** y cols.⁽⁴⁰⁾ mostraron que una alta proporción de madres que reingresan a la maternidad no tienen conocimientos acerca del puerperio (77 %) ni de las posibles infecciones que podrían sufrir luego del alta conjunta (63 %), señalando las falencias en el proceso de alta conjunta en nuestro país. Estas fallas en la implementación de recomendaciones evidencian la necesidad de realizar evaluaciones de desempeño del personal de la salud, así como consultas acerca de la percepción de la mujer en cuanto a la calidad de la atención recibida mediante entrevistas y cuestionarios. Dichas evaluaciones resultan de gran importancia para la incorporación de cambios y mejoras en la prestación de servicios.

Por otra parte, algunos autores cuestionan distintos aspectos del alta conjunta. Por ejemplo, **ZAMBERLIN** y cols.⁽³⁶⁾ cuestionan que el alta conjunta sea el momento adecuado para ofrecer consejería en anticoncepción y entregar MAC dado que la situación físico-emocional vinculada a la reciente maternidad puede no generar las condiciones óptimas para asimilar toda la información y la pareja no suele estar presente para acompañar. Sugiere en cambio realizar visitas domiciliarias postparto/postaborto. A su vez, **MONTEBAN**⁽⁴¹⁾ señala que el alta conjunta resulta insuficiente para apoyar a las madres durante la LM. Su estudio en NOA indicó que un alto porcentaje de madres comienza con LM pero que

su incidencia baja drásticamente al mes de edad y aún más a los 6 meses. Sostiene que este fenómeno afecta especialmente a los estratos sociales más bajos y que resulta necesario un acompañamiento sostenido en el tiempo para asegurar la continuidad de la LM (ver también, **BERRA y cols.**)⁽⁴²⁾ A su vez, la Secretaría de Gobierno de Salud presentó en 2019 datos preliminares de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud que indican que, si bien el 97 % de los niños iniciaron la lactancia materna, este porcentaje desciende paulatinamente hasta alcanzar el 45 % a los dos años de vida (edad hasta la que se recomienda continuar con la LM).

Resulta de particular importancia trabajar en el mantenimiento de un seguimiento y acompañamiento continuados para todas las madres, especialmente para aquellos casos de alto riesgo obstétrico y social, incluyendo la articulación con otros recursos de apoyo especializados en servicio social.

Visitas de control post-parto

El Ministerio de Salud de la Nación (MSN) recomienda sólo dos visitas postparto para las madres; dos menos de lo que recomienda OMS.⁽⁴⁾ De esta forma, se hace evidente —también en la Argentina— el importante desbalance entre el cuidado materno pre y postparto que se observa en muchos países.

Asimismo, a partir del periodo del puerperio precoz, la atención se fragmenta y la díada madre-hijo ya no es atendida conjuntamente por el mismo profesional de la salud. Esto en muchos casos desalienta la asistencia a los controles puerperales, ya que las madres suelen priorizar la atención médica del recién nacido.

Para asegurar la programación de las visitas postparto en Argentina se sugieren dos vías de contrarreferencia: la comunicación con las familias (apoyándose en el Carnet Perinatal que se lleva la madre) y el envío semanal al responsable del Primer Nivel de Atención de un listado de madres y bebés dados de alta para la búsqueda activa si no llegan a la consulta. De esta forma, resulta fundamental la correcta implementación de los ficheros cronológicos para la búsqueda activa de madres.⁽²⁹⁾

Lamentablemente, no he encontrado registros oficiales de la proporción de mujeres que asisten a las visitas postparto en Argentina, lo que señala una negligencia del sistema de salud que falla en ocuparse de asegurar el cuidado a la madre en este periodo de gran vulnerabilidad. Un documento anexo de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del MSN⁽⁴³⁾ sostiene que la cobertura de control puerperal es del 35 %. Resulta así evidente que hacen falta medidas adicionales para mejorar los sistemas de promoción del cuidado materno postparto, evaluaciones de cumplimiento de visitas y la búsqueda activa de las madres.

Para aquellas madres que llegan a la primera consulta postparto durante el puerperio precoz, su atención se enfoca en la salud física, haciendo hincapié en prevenir patologías puerperales prevalentes. Incluso, las recomendaciones del MSN en su página web para el periodo postparto materno sólo brinda información acerca de la salud física (e.g., vacunaciones necesarias, señales de alerta por las que se debe asistir a centro de salud u hospital y consejos acerca del retorno a la actividad sexual). Dado que todo lo que se menciona en la página web está centrado en la salud física, es posible que la nueva madre se vea desalentada a hacer otro tipo de preguntas en su visita postparto.

Durante el puerperio alejado se lleva a cabo la segunda visita postnatal cuya prioridad es reforzar acciones de promoción de la salud (e.g.,

prevención de cáncer génito-mamario, continuidad de la LM) y brindar asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva con el objeto de promover un período intergenésico saludable.

De esta forma, los factores psicosociales durante el puerperio parecieran estar bastante desatendidos en Argentina, al igual que en otras partes del mundo. Resulta especialmente preocupante la desatención de la salud mental materna en este periodo de alta vulnerabilidad. La depresión postparto (DPP) tiene una prevalencia relativamente alta en Argentina, aunque sólo unos pocos trabajos publicados han estudiado la incidencia en nuestro país (17,8 %-37,2 %),^(44, 45, 46) resaltando un potencial déficit en la identificación, el diagnóstico y la atención de mujeres puérperas que padecen DPP. De hecho, en otros países el nivel de detección permanece bajo debido a la escasa implementación de herramientas de diagnóstico. En el caso de Argentina, la HCP no incluye la evaluación de la depresión en la mujer en ningún momento durante el periodo perinatal. A pesar de que algunas guías de recomendaciones para el cuidado materno incluyen información al respecto y sugieren referir los casos a Servicio Social y/o Salud Mental, no son comunes las capacitaciones en servicio sobre salud mental en el periodo perinatal para los profesionales de la salud perinatal.

Entre los factores de riesgo relacionados con DPP en Argentina se encuentran la falta de apoyo social, la situación laboral, el nivel de educación, altos niveles de estrés, abuso doméstico, depresión prenatal, percepción de estrés social como por ejemplo una mala relación médico-paciente o falta de ayuda en el cuidado del niño/a.⁽⁴⁵⁾ Sin embargo, y a pesar del amplio reconocimiento del impacto de los determinantes sociales sobre la salud (e.g., BRAVEMAN y GOTTLIEB),⁽¹¹⁾ no he encontrado que

exista en Argentina un sistema organizado de derivaciones de acuerdo a necesidades económicas, sociales y/o emocionales.

Se han identificado múltiples consecuencias en las madres que no reciben tratamiento para DPP, incluidos problemas de peso, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, problemas en relaciones sociales y de pareja, con la LM, depresión persistente, etc.⁽⁴⁷⁾ Además del importante efecto que la DPP tiene sobre la calidad de vida de las madres, el efecto sobre sus hijos suele también ser significativo. Hay evidencias de que los síntomas depresivos predicen la duración de la lactancia (DIAS y FIGUEREIDO)⁽⁴⁸⁾ y afectan el desarrollo cognitivo, psicológico y conductual del bebé (BRAND y BRENNAN).⁽⁴⁹⁾ El impacto de los problemas de salud mental sobre el bienestar materno, la LM y la salud del neonato pone de manifiesto la importancia del desarrollo de abordajes integrales en los que se trabajen no sólo aspectos informativos-educativos, sino también mecanismos de apoyo social, emocional y económico para las mujeres en condiciones de alto riesgo psico-social (MONTEBAN).⁽⁴¹⁾ Resulta imperativo poner en práctica medidas de evaluación y tratamiento efectivo para reducir el impacto negativo de la DPP en mujeres y sus familias.

Conclusiones sobre el cuidado integral materno en Argentina

- A pesar de las mejorías en los estimadores de la salud materno-infantil en Argentina (Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF),⁽⁵⁰⁾ la inequidad permanece como un problema crucial (González).⁽⁵¹⁾ Los mejores indicadores en salud materna y del recién nacido se presentan entre las mujeres con mejor situación socio-económica y menor riesgo psico-social.

- Al igual que en otros países, existe una importante discrepancia entre las guías de recomendaciones y los servicios brindados. Existen numerosas guías de recomendaciones que son adecuadas y exhaustivas, pero lamentablemente son varios los trabajos que han identificado problemas en la implementación de normas y prácticas validadas científicamente.
- Las guías de recomendaciones para el cuidado materno muestran un elevado grado de concientización acerca de la importancia del cuidado integral materno considerando las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se plantean detalles sobre la implementación de una atención integral que contemple los determinantes sociales de la salud, no se ofrecen capacitaciones en servicio, y/o no existen medidas de seguimiento y evaluación del accionar del personal de salud. En muchos casos se aconseja la intervención de grupos interdisciplinarios pero este servicio es brindado en raras ocasiones, principalmente debido a la escasez de recursos humanos disponibles. Cabe destacar que, dadas las frecuentes limitaciones de personal, la intervención de grupos interdisciplinarios no resulta un uso eficiente de los recursos humanos disponibles. A su vez, dada la percepción de una menor importancia del impacto que los riesgos psico-sociales tienen sobre la salud, ante la necesidad de optimizar recursos, los factores sociales resultan ser los más desatendidos.
- Evaluación de la atención e investigación: si bien el SIP-Gestión es una herramienta que ha brindado una importante sistematización de la atención materna y neonatológica y resulta de gran valor como herramienta de control de calidad y para informar la

necesidad de políticas públicas, la información recopilada y los indicadores utilizados resultan incompletos y a veces ineficientes. Existe una clara priorización de la salud física, restando importancia a los determinantes sociales de la salud. A su vez, son aquellos determinantes sociales o servicios de consejería que en mayor medida no son evaluados por el personal de la salud en la HCP o son evaluados incorrectamente (e.g., consejería en salud sexual y reproductiva). Resulta necesario incrementar la concientización acerca de la importancia de los determinantes sociales de la salud y la incorporación de evaluadores externos y entrevistas a la mujer acerca de la atención recibida.

- En particular hay una falta de articulación entre las necesidades psicosociales y los programas de seguimiento especiales y servicios asistenciales y de apoyo para las poblaciones de riesgo.
- El proceso de regionalización de la atención perinatal ha logrado importantes avances, pero aún falta profundizar el proceso de implementación. Resulta especialmente importante incrementar el conocimiento y la aceptación por parte de las madres acerca del funcionamiento de las redes de atención.
- Hace falta mejorar la búsqueda activa de madres que no atienden a los controles perinatales. Es prioritario continuar trabajando en la captación temprana de la embarazada, optimizando los controles durante el embarazo y el puerperio. Se han sugerido estrategias para evitar dejar en manos de la mujer embarazada y puérpera la responsabilidad de programar las visitas pre- y postnatales en el Primer Nivel de Atención a través de la búsqueda activa y la utilización del Fichero Cronológico. Aun así, la cobertura de control puerperal pareciera ser baja, una tendencia compartida con el resto del mundo.

- Acompañamiento materno postparto: Al igual que en otros países, y a pesar de ser una etapa de extrema vulnerabilidad para la mujer, el cuidado y seguimiento de la salud materna durante el cuarto trimestre se reduce considerablemente en comparación con los seguimientos durante el proceso gestacional. En Argentina se recomiendan sólo dos visitas postparto, en contraposición con las cuatro visitas que sugiere OMS. A su vez, la HCP no incluye evaluaciones psico-sociales luego del parto, ni registra evaluaciones de salud mental. Esto significa un abandono del cuidado materno por parte de las instituciones. Resulta de gran importancia mejorar el cuidado materno en el cuarto trimestre y concientizar al personal de la salud acerca de la importancia de asegurar la rehabilitación integral (bio-psico-social) de las púerperas, en particular aquellas con aborto espontáneo o muerte perinatal.
- Un alto porcentaje de madres dejan las maternidades habiendo iniciado la Lactancia Materna. Sin embargo, con el tiempo existe un considerable abandono de la LM, que pone de manifiesto la necesidad de un acompañamiento y apoyo continuados en el tiempo. Puede resultar muy valioso el acompañamiento en el hogar.
- Si bien existen políticas para el acompañamiento en la Planificación familiar, como la inclusión de la consejería en salud sexual y reproductiva en la HCP. Algunos estudios en el país han resaltado la importancia de continuar un apoyo sostenido en el tiempo, y brindar nuevas oportunidades a las madres para discutir opciones durante el periodo puerperal.
- Las guías elaboradas por grupos de expertos en el país reconocen la importancia del acompañamiento y apoyo social, en particular

el de la pareja, que la mujer necesita durante todo el periodo perinatal. Sin embargo, en Argentina la pareja sólo dispone de dos días de licencia por paternidad. Esto no sólo aísla a la mujer en su rol de madre, si no que favorece la concepción de que la madre es la cuidadora principal del recién nacido despreciando así el rol de las parejas, dificultado los vínculos con sus bebés, y desvinculándole de obligaciones parentales. Esto representa un nivel adicional de estrés, en especial para las madres que no cuentan con licencia paga por maternidad debido a que realizan sus trabajos en el ámbito laboral informal.

- La depresión perinatal y postparto se encuentran probablemente subestimadas en el país. No existe la utilización de medidas estandarizadas para su diagnóstico, y su evaluación no se contempla en la HCP.

Recomendación de programa de visitas post-parto en el hogar para Argentina y presentación de un modelo de visitas al hogar a escala poblacional

Se han identificado fortalezas y debilidades en el cuidado materno en Argentina, reconociéndose oportunidades para mejorar, en particular en relación con el apoyo psico-social y el acompañamiento postparto. OMS recomienda las visitas al hogar o llamadas de seguimiento telefónicas por parte de personal capacitado para mejorar la atención materna durante el periodo postparto, lo que normalmente significa un gran avance en el cuidado integral.⁽⁴⁾ Son muchos los beneficios que un acompañamiento de este tipo puede brindar a las madres argentinas y sus familias, especialmente durante el cuarto trimestre:

- Prevenir, diagnosticar y tratar la depresión postparto entre las mujeres que se encuentran bajo riesgo de desarrollar esta condición
- Acompañar y aconsejar en el cuidado del bebé
- Proveer apoyo a las madres durante la lactancia materna
- Ofrecer acompañamiento en cuanto a la planificación familiar
- Evaluar la situación del hogar, el nivel de acompañamiento social y violencia familiar
- Contactar a las familias con servicios y recursos que las familias pudieran necesitar como redes de apoyo social, asistencia psicológica, apoyo económico, cursos de capacitación para nuevos padres, etc.

Se presenta a continuación Family Connects (FC), un modelo de visitas al hogar desarrollado en Durham, North Carolina por la Universidad de Duke junto a colaboradores locales. FC ha sido validado por varios estudios a escala poblacional mostrando impactos positivos en las nuevas madres y sus familias.^(20, 18, 12, 19) Los conocimientos obtenidos por este y otros programas implementados en otros países aportan las bases que permitirían diseñar un programa de visitas postparto en el hogar que responda a las necesidades particulares de nuestro país.

En una primera visita al hogar, una enfermera de FC:

- Brinda la posibilidad a las mujeres de discutir sus experiencias durante el parto teniendo en cuenta que aquellas que han perdido a su bebé pueden necesitar cuidado y apoyo adicionales. Es una excelente oportunidad para entablar un diálogo con la nueva madre, donde se prioriza la escucha activa y se responden preguntas.

- Hace un chequeo de salud del bebé y se asegura de que la mamá se esté recuperando bien del parto.
- Dependiendo de los intereses de las familias y sus necesidades, puede ayudar con el proceso de amamantar, proveyendo información acerca de guarderías, localizando clases y grupos de apoyos para padres, diagnosticando y ayudando a lidiar con depresión postparto, o con el aislamiento social, y/o la nueva dinámica familiar, etc.
- Realiza una pequeña introducción educativa acerca del cuidado integral postparto
- Hace un *screening* o Evaluación psicológica y de salud en doce áreas incluyendo: cuidado del niño/a (planes de cuidado, relación padres-niño/a, manejo del llanto), violencia/seguridad familiar (apoyo familiar, violencia familiar, maltrato en el pasado), salud mental y bienestar de los padres (depresión, ansiedad, abuso de sustancias, apoyo emocional), salud física (salud de los padres, del niño y planes de salud), etc. De acuerdo con la calificación obtenida en cada *screening*, se procede de la siguiente manera: 1 (bajo riesgo): no hay intervención; 2 (riesgo moderado): la enfermera hace una pequeña intervención acerca de ese tópico en 1-3 sesiones; 3 (riesgo alto): la enfermera usa herramientas motivacionales para incentivar a la familia a conectarse con recursos en la comunidad diseñados para abordar el tipo de riesgo identificado. No sólo hace la recomendación y promueve el contacto, sino que hace un seguimiento durante 2-3 visitas/llamadas telefónicas; 4 (riesgo inminente): la familia recibe una intervención de emergencia.
- Luego de 1 mes, se vuelve a contactar a la familia y se evalúa si nuevas intervenciones son necesarias

Las enfermeras que realizan las visitas al hogar reciben un entrenamiento especializado que les permite mantener un alto grado de adhesión a los protocolos del programa. A su vez, la adherencia al programa es evaluada periódicamente por expertos independientes. También se llevan a cabo reuniones semanales para la discusión de casos y consultas con otras enfermeras del programa.

FC le provee a las enfermeras una base de datos exhaustiva que incluye todos los servicios sociales disponibles en la comunidad organizados por categorías. De esta forma se logra una mejor administración de los servicios y recursos disponibles, ya que se logran concentrar en las familias con mayores necesidades. Entre los tipos de recursos que se recopilan se encuentran: asistencia de seguro médico, salud mental, servicios de guardería, acceso a pañales, servicios de inmigración, asistencia legal, búsqueda de trabajo, ayuda con comida, proveedor médico materno, clases para padres, ropa/abrigo, grupos de apoyo para padres, servicios para el uso de sustancias, refugios para personas sin hogar, servicios de violencia doméstica, etc.

A partir de la experiencia obtenida durante la implementación de FC, se descubrió que, para poder ser implementado a escala de población con alta fidelidad y altos niveles de enrolamiento y retención, un programa debe ser:

- De corto tiempo, de bajo costo, propiedad de la comunidad y alineado con los servicios disponibles en la comunidad.
- Universal, de forma tal que las familias no sientan que su participación los estigmatiza como «pobres» o como de «alto riesgo» y para maximizar la aceptación comunitaria.
- Eficiente al usar los recursos disponibles en la comunidad. FC involucra a todas las familias, pero enseguida identifica

necesidades y concentra los recursos en las familias que más los necesitan.

Como resultado de la participación en el programa de visitas al hogar de FC, las familias sufren un 45 % menos de investigaciones por parte de los servicios de protección de menores,⁽¹⁸⁾ las madres reportan una menor prevalencia de posible ansiedad clínica (18,2% vs 25,9 %)⁽¹⁸⁾ y se ve incrementada la asistencia a los controles postparto (90,3 % vs 83,8 %). Finalmente se encontró que las familias que participan del programa necesitan recurrir menos a las salas de emergencias, resaltando el valor preventivo de la estrategia. Se estima que, por cada dólar invertido en el programa, se ahorran tres en gastos de emergencia (FC).

Consideraciones para la implementación de visitas al hogar/llamadas telefónicas postparto en Argentina

Resulta de gran importancia fortalecer el compromiso con el cuidado materno integral y centrado en la mujer durante el cuarto trimestre en nuestro país. No sólo hace falta una mayor concientización acerca de la importancia de los determinantes sociales de la salud, sino que es necesario incrementar el apoyo a la madre puérpera acercándose a su hogar. De esta forma se evita dejar a la mujer, ya de por sí sobrecargada de responsabilidades, la obligación de programar sus citas postnatales. El seguimiento mediante visitas al hogar, una alternativa bien recibida por las madres, ha demostrado ser efectiva en otros países y podría tener un importante impacto positivo en la Argentina. De hecho, las madres argentinas han expresado interés en recibir apoyo por mensaje de texto y llamadas telefónicas durante la etapa perinatal.⁽⁵²⁾ Quizás una opción más

viable para la Argentina sea la implementación del seguimiento por vía telefónica, implementada recientemente en varios países durante la pandemia de SARS-CoV-2.

Las principales ventajas que la implementación de llamadas telefónicas en el cuarto trimestre podría tener en el país son el incremento en la detección de situaciones de riesgo sociosanitario y la oportunidad de brindar un seguimiento y apoyo integral y continuado centrado en la mujer. A su vez, promocionaría la asistencia a las visitas postparto en el Primer Nivel de Atención; y a partir de la optimización en la utilización de los servicios asistenciales disponibles, se podría facilitar el acceso a la atención especializada y las redes de apoyo en base a las necesidades maternas. Un programa de este tipo podría brindar también la oportunidad de consultar a las mujeres acerca de la atención recibida en el país, lo que permitiría potencialmente mejorar los servicios y la calidad de la atención materna en los establecimientos de salud.

Se recomiendan los programas universales (que alcanzan a toda la población) debido principalmente a dos claras ventajas sobre aquellos que están destinados a poblaciones de riesgo. En primera instancia, todas las mujeres durante el periodo perinatal, y sin importar su situación económica y social, se encuentran en una situación de grandes cambios que pueden tener importantes impactos en la salud física y mental. En segundo lugar, los planes universales no estigmatizan ni discriminan a las mujeres en condición de riesgo biopsicosocial. Las llamadas telefónicas postparto permitirían alcanzar a todos los sectores de la población, incluyendo a aquellos más vulnerables, aislados espacialmente o en lugares de difícil acceso para realizar una visita al hogar.

Es importante tener en cuenta los desafíos que se enfrentan al intentar implementar un programa a escala de toda la población. Normalmente, las

tasas de penetración y retención en los programas universales son bajas, así como su calidad y los niveles de fidelidad.^(20, 53) De esta forma, resulta de extrema importancia asegurar un elevado compromiso por parte del personal de salud encargado de las visitas al hogar/llamadas telefónicas, reconociendo el impacto que pueden tener sobre las madres. Asimismo, será necesario realizar controles y monitoreos de calidad de la intervención. Los visitadores deben enfocarse en que la visita resulte una experiencia placentera y de empoderamiento que garantice la aceptación del programa por parte de las madres. Para esto son primordiales las actitudes amistosas y positivas que establecen relaciones de confianza y la utilización de un enfoque basado en las fortalezas de las madres, donde se evitan las críticas y se focaliza en los aspectos positivos a partir de los cuales se puede construir.⁽⁵⁴⁾

Para asegurarse de contactar a todas las nuevas madres, un momento ideal para coordinar la primera llamada telefónica es el alta conjunta, donde simultáneamente se puede entregar en mano y enviar por email o texto información que será útil para las familias durante el periodo postparto. Este primer contacto debe considerarse parte de la atención médica provista por el hospital para incrementar la aceptación del programa de visitas al hogar. En Argentina, las llamadas telefónicas pueden estar a cargo de Licenciadas obstétricas. De hecho, **SALSA** y **MARIN** (2015) reconocen las ventajas que el acompañamiento de las licenciadas obstétricas durante los periodos pre y postparto podría brindar a las madres. Las licenciadas obstétricas se encuentran preparadas para el diagnóstico de patologías y el acompañamiento del binomio, y solo sería necesario llevar a cabo capacitaciones específicas para conducir los protocolos de un nuevo programa de visitas al hogar/llamadas telefónicas.

Si bien este capítulo trató más específicamente de las ventajas de las visitas al hogar/llamadas telefónicas en la salud materna postparto, muchos estudios han señalado sus beneficios durante el periodo prenatal. Dado que en Argentina un alto porcentaje de mujeres no asiste a todos los controles prenatales recomendados, las visitas al hogar podrían ayudar a incentivar a estas mujeres a asistir a las visitas en las instituciones. Adicionalmente podrían aportar apoyo psico-social complementario desde etapas tempranas de gestación, y favorecer discusiones acerca de los derechos de la mujer, lo que contribuiría a mejorar la atención integral de la mujer durante todo el periodo perinatal y una mejor preparación para el parto. Finalmente, las visitas al hogar podrían promover la aceptación de programas nacionales, como el de regionalización de la atención perinatal, a través de la introducción y descripción de los programas, señalando su importancia para asegurar que todas las mujeres puedan acceder a una atención segura de acuerdo a sus necesidades.

Bibliografía

- (1) SPELKE B, WERNER E. The fourth trimester of pregnancy: committing to maternal health and well-being postpartum. *R I Med J*. 2018;101(8):30-3.
- (2) TULLY KP, STUEBE AM, VERBIEST SB. The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(1):37-41. <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.032>>
- (3) MCKINNEY J, KEYSER L, CLINTON S, PAGLIANO C. ACOG Committee Opinion No. 736: optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):784-785. <<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002633>>
- (4) WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Postnatal Care for Mothers and Newborns, 2015. <<https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/nbh/brief-postnatal-care-for-mothers-and-newborns-highlights-from-the-who-2013-guidelines.pdf>>

- (5) PEAHL AF, NOVARA A, HEISLER M, DALTON VK, MONIZ MH, SMITH RD. Patient preferences for prenatal and postpartum care delivery: a survey of postpartum women. *Obstet Gynecol.* 2020;135(5):1038-1046. <<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003731>>
- (6) CHAUDRON LH. Postpartum Depression: what pediatricians need to know. *Pediatr Rev.* 2003;24(5):154-161. <<https://doi.org/10.1542/pir.24-5-154>>
- (7) FISHER J, MELLO MC, PATEL V, RAHMAN A, TRAN T, HOLTON S, HOLMES W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90:139-149. <<https://doi.org/10.2471/blt.11.091850>>
- (8) HALBREICH U, KARKUN S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111. <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>>
- (9) ROWAN PJ, DUCKETT SA, WANG JE. State mandates regarding postpartum depression. *Psychiatr Serv.* 2015;66(3):324-328. <<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300505>>
- (10) SEEHUSEN DA, BALDWIN LM, RUNKLE GP, CLARK G. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression? *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(2):104-112. <<https://doi.org/10.3122/jabfm.18.2.104>>
- (11) BRAVEMAN P, GOTTLIEB L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014;129(1_suppl2):19-31. <<https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>>
- (12) DODGE KA, GOODMAN WB. Universal Reach at Birth: Family Connects. *The Future of Children.* 2019;29(1):41-60.
- (13) JANSSON A, SIVBERG B, LARSSON BW, UDÉN G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatr.* 2002;91(5):571-577. <<https://doi.org/10.1080/080352502753711713>>
- (14) ESCOBAR GJ, BRAVEMAN PA, ACKERSON L, ODOULI R, COLEMAN-PHOX K, CAPRA AM, WONG C, LIEU TA. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics.* 2001;108(3):719-727. <<https://doi.org/10.1542/peds.108.3.719>>
- (15) HOROWITZ JA, MURPHY CA, GREGORY K, WOJCIK J, PULCINI J, SOLON L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(3):287-300. <<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038>>

- (16) TEL H. Effects of home visits and planned education on mothers' postpartum depression and quality of life. *J Clin Exp Inv.* 2018;9(3):119-125. <DOI:10.5799/jcei.458759>
- (17) MANNAN I, RAHMAN SM, SANIA A, SERAJI HR, ARIFEEN SE, WINCH PJ, DARMSTADT GL, BAQUI A. Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns? *J Perinatol.* 2008;28(9):632-640. <<https://doi.org/10.1038/jp.2008.64>>
- (18) DODGE KA, GOODMAN WB, BAI Y, O'DONNELL K, MURPHY RA. Effect of a community agency-administered nurse home visitation program on program use and maternal and infant health outcomes: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2019;2(11):e1914522. <<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14522>>
- (19) GOODMAN WB, DODGE KA, BAI Y, O'DONNELL KJ, MURPHY RA. Randomized controlled trial of Family Connects: Effects on child emergency medical care from birth to 24 months. *Dev Psychopathol.* 2019;31(5):1863-1872. <<https://doi.org/10.1017/s0954579419000889>>
- (20) DODGE KA, GOODMAN WB, MURPHY RA, O'DONNELL K, SATO J, GUPTILL S. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health.* 2014;104(S1):S136-S143. <<https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301361>>
- (21) KAROLINSKI A, MICONE P, MERCER R, GIBBONS L, ALTHABE F, BELIZÁN JM, MESSINA A, LAPIDUS A, CORREA A, TADDEO C, LAMBRUSCHINI R, ET AL. Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina. *Int J Gynecol Obstet.* 2009;105(2):118-22. <<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.01.003>>
- (22) ALEMAN A, DE MUCIO B, DURÁN P, FESCINA RH, MARTÍNEZ G, MAINERO L, RUBINO M, SERRUYA SJ. Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. 2a. ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2017.
- (23) CANEVARI BLEDEL C. Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública. En: *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*, 2011 (pp. 165-165).
- (24) DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL. Preparación Integral para la Maternidad: Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios. Ministerio de Salud y Ambiente. Argentina, 2007.
- (25) URANGA A, URMAN J, LOMUTO C, MARTÍNEZ I, WEISBURD MJ, GARCÍA O, GALIMBERTI D, QUEIRUGA M. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2004.

- (26) RAINIERI F, FARITANO MJ, BONOTTI A. Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de maternidad, infancia y adolescencia. 2012.
- (27) CANTERO A, FIURI L, FURFARO K, JANKOVIC MP, LLOMPART V, SAN MARTÍN ME. Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 2010;29(3):108-112.
- (28) SPERANZA AM, KURLAT I. Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2011;2(7):40-42.
- (29) SIMIONI AT, LLANOS O, ROMERO M, RAMOS S, BRIZUELA V, ABALOS E. Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017;41:e38.
- (30) MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (ARGENTINA). Regionalización de la atención perinatal en la Argentina. Barreras, experiencias y avances en el proceso de Regionalización Perinatal, 2018.
- (31) Estrategia para la disminución de la morbimortalidad materno infantil: Regionalización perinatal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Subsecretaría de Medicina Comunitaria, Maternidad e Infancia 37º Congreso Argentino de Pediatría. 2015.
- (32) BERNZTEIN RG, GILMORE CM. Calidad y seguridad de maternidades públicas Argentinas de mayor complejidad. Resultados de evaluaciones externas. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2017;8(31):27-33.
- (33) URIBURU G, MERCER R, ROMERO M, ZAMBERLIN N, HERRERO B. El modelo de maternidad centrada en la familia: experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: estudio de buenas practicas. En: *El modelo de maternidad centrada en la familia: experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: estudio de buenas prácticas*, 2008 (pp. 59-59).
- (34) RAMOS S, ROMERO M, ORTIZ Z, BRIZUELA V. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(6):510-518.
- (35) CORREA M, KLEIN K, VASQUEZ P, WILLIAMS CR, GIBBONS L, CORMICK G, BELIZAN M. Observations and reports of incidents of how birthing persons are treated during childbirth in two public facilities in Argentina. *Int J Gynecol Obstet*. 2022;158(1):35-43. <<https://doi.org/10.1002/ijgo.13938>>

- (36) ZAMBERLIN N, KELLER V, ROSNER M, GOGNA M. Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en adolescentes de 14-20 años. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2017;8(32):26-33.
- (37) DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Situación de la Lactancia Materna en la Argentina Informe. 2018.
- (38) KAROLINSKI A, MAZZONI A, BELIZÁN JM, ALTHABE F, BERGEL E, BUEKENS P. Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;110(2):175-180. <<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.05.002>>
- (39) PIZZO CG. Consultorio de puerperio y lactancia: un lugar para toda la familia. XV Congreso Nacional de FORA «Obstétric@s abriendo caminos, marcando la diferencia», 4 y 5 de mayo de 2018, Catamarca.
- (40) RIVERA YJ, SÁNCHEZ LB, VALENCIA JG. Reingreso de puérperas adolescentes/adultas por infecciones prevenibles en etapa del alta conjunta (Tesis doctoral, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería).
- (41) MONTEBAN MF. Factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el NOA. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy*. 2018;(54):191-212.
- (42) BERRA S, SABULSKY J, RAJMIL L, PASSAMONTE R, PRONSATO J, BUTINOF M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr*. 2003;92(8):952-957. <<https://doi.org/10.1080/08035250310004216>>
- (43) MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (ARGENTINA). Maternidad e infancia. Salud comunitaria, 2008. <<https://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/anexo-10-03-08.pdf>>
- (44) MATHISEN SE, GLAVIN K, LIEN L, LAGERLØV P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2013;5:787-793. <<https://doi.org/10.2147/ijwh.s51436>>
- (45) PHAM D. The prevalence of postpartum depressive symptoms in women from a public maternity hospital in Tucumán, Argentina at 4 weeks postpartum (Tesis doctoral).
- (46) ROZIC PR, SCHVARTZMAN JA, PAOLINI CI, GADOW A, CALVO DA, PAESANI F, PIECZANSKI P, VÁZQUEZ GH, LOLICH M, KRUPITZKI HB. Detección de síntomas depresivos durante el

postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 2012;23:409-417.

- (47) SLOMIAN J, HONVO G, EMONTS P, REGINSTER JY, BRUYÈRE O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health*. 2019;15:1745506519844044. <<https://doi.org/10.1177/1745506519844044>>
- (48) DIAS CC, FIGUEIREDO B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015;171:142-154. <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>>
- (49) BRAND SR, BRENNAN PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):441-455. <<https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b52930>>
- (50) SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA Y UNICEF. Salud materno infanto juvenil en cifras. Argentina, 2017.
- (51) GONZÁLEZ R. Salud materno-infantil en las américa. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(6):411-421. <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000600011>>
- (52) CORMICK G, KIM N, RODGERS A, GIBBONS L, BUEKENS PM, BELIZÁN JM, ALTHABE F. Interest of pregnant women in the use of SMS (short message service) text messages for the improvement of perinatal and postnatal care. *Reproductive Health*. 2012;9:9 <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/9>>
- (53) MCPHERSON R, HODGINS S. Postnatal home visitation: lessons from country programs operating at scale. *J Global Health*. 2018;8(1):010422. <<https://doi.org/10.7189/jogh.08.010422>>
- (54) ASTON M, PRICE S, ETOWA J, VUKIC A, YOUNG L, HART C, MACLEOD E, RANDEL P. The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. *J Fam Nurs*. 2015;21(1):11-34. <<https://doi.org/10.1177/1074840714561524>>
- (55) DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal, 2013. <<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-practica-del-control-preconcepcional-prenatal-y-puerperal>>

