

ATENCIÓN INTEGRADA MADRE-NIÑO. EFECTOS SOBRE ADHERENCIA Y CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

LUCRECIA FOTIA PERNICIARO¹, CINTHIA SAPIENZA¹, PATRICIA CARRERA RAMOS¹,
MARÍA VICTORIA FASANO¹, IGNACIO MÉNDEZ¹, AGUSTINA MALPELI¹

¹Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas Prof. Dr. Fernando E. Viteri (IDIP),
Ministerio de Salud/Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires,
La Plata, Argentina

Dirección postal: Lucrecia Fotia Perniciaro. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas Prof. Dr. Fernando E. Viteri (IDIP), Calle 63 N° 1069 (entre 16 y 17), 1900 La Plata, Buenos Aires, Argentina

E-mail: lucre.fotia@gmail.com

Recibido: 28-XII-2022

Aceptado: 3-IV-2023

Resumen

Introducción: La evidencia científica sugiere que estrategias de atención conjunta madre-hijo facilitarían el conocimiento de métodos anticonceptivos (MAC) y su acceso. El objetivo fue evaluar el efecto del Modelo de atención integrada de la madre y el niño sobre la adherencia y conocimientos de MAC en mujeres durante el primer semestre postparto.

Métodos: Se realizó un estudio de intervención, se conformaron 2 grupos, GI: grupo de intervención (3 controles hasta los 6 meses postparto) y GC: grupo control (un control a los 6 meses postparto). La intervención consistió en asesoramiento presencial acerca de MAC combinada con folletería informativa y mensajes de WhatsApp®. Se recabaron datos sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos, uso y conocimientos de MAC. Se comparó la adherencia al uso y el conocimiento de MAC en ambos grupos a los 6 meses post parto. El análisis se realizó mediante el software R versión 4.0.3.

Resultados: Se incorporaron 39 mujeres en cada grupo. Se halló una diferencia en el uso de MAC entre grupos a los 6 meses (92.3% vs. 64.1%), siendo más elevado su uso en el GI. Se hallaron diferencias significativas en el conocimiento de algunos MAC a los 6 meses. Un mayor porcentaje de mujeres del GI conocía las pastillas anticonceptivas ($p = 0.009$), ligadura de trompas ($p = 0.04$) y la vasectomía ($p = 0.010$), en comparación con el GC.

Discusión: La intervención en el postparto temprano con diversas estrategias de comunicación e información

pueden ser útiles para elegir el MAC que se considere más adecuado para cada mujer y su utilización correcta.

Palabras clave: periodo posparto, servicios de planificación familiar, conocimiento de la medicación por el paciente, cumplimiento y adherencia al tratamiento, atención posnatal

Abstract

Integrated mother-child care. Effects on adherence and knowledge of contraceptive methods

Introduction: Scientific evidence suggests that mother-child joint care strategies would facilitate knowledge of contraceptive methods (MAC) and their access. The objective was to evaluate the effect of the Integrated Mother and Child Care Model on adherence and knowledge of CAM in women during the first postpartum semester.

Methods: An intervention study was carried out, 2 groups were formed, GI: intervention group (3 controls up to 6 months postpartum) and GC: control group (one control at 6 months postpartum). The intervention consisted of face-to-face counseling about MAC combined with informative brochures and WhatsApp® messages. Sociodemographic data, gynecological and obstetric history, use and knowledge of contraceptive methods were collected. Adherence to the use and knowledge of

MAC were compared in both groups at 6 months postpartum. The analysis was performed using R software version 4.0.3.

Results: Thirty-nine women were incorporated into each group. A difference was found in the use of MAC between groups at 6 months (92.3% vs. 64.1%), its use being higher in GI. Significant differences were found in the knowledge of some MAC at 6 months. A higher percentage of women in GI knew about birth control pills ($p = 0.009$), tubal ligation ($p = 0.04$) and vasectomy ($p = 0.010$), compared to GC.

Discussion: Early postpartum intervention with various communication and information strategies can be useful to choose the MAC that is considered most appropriate for each woman and its correct use.

Key words: postpartum period, family planning services, patient medication knowledge, treatment adherence and compliance, postnatal care

PUNTOS CLAVE

- El puerperio constituye uno de los momentos más vulnerables y desatendidos en la vida de las mujeres. Para ello se promueven estrategias integradas de cuidado de la diada. Intervenir en este periodo para incrementar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos promueve el empoderamiento, previniendo además los embarazos no intencionales y fomentando un periodo intergenésico favorable.
- Este estudio sugiere que una intervención en el postparto temprano integrada a la atención del niño/a, con diversas estrategias de comunicación e información destinada a incrementar el conocimiento, pueden ser útiles para que la mujer elija y utilice correctamente el método anticonceptivo más adecuado para ella.

El período puerperal constituye uno de los momentos más vulnerables en la vida de las mujeres y es a la vez el más desatendido, por este motivo, a nivel global se promueven estrategias por parte del sistema de salud, especialmente centradas en el cuidado de la mujer y el niño durante el embarazo y en el postparto¹⁻³.

Sin embargo, la evidencia científica producida en países de nuestra región, reporta que menos de la mitad de las mujeres acude a los servicios

de salud para los controles posnatales^{4,5}. Otros estudios regionales indican que las desigualdades étnicas, de clase social y género se reproducen en cuanto al acceso a la atención de salud en el puerperio. Esto se manifiesta en obstáculos administrativos, económicos, culturales y geográficos. En este sentido, la dificultad del transporte entre el lugar de residencia y el servicio de salud, los bajos ingresos económicos, menores niveles educativos en conjunto con un menor empoderamiento para la toma de decisiones respecto a su salud y la de su grupo familiar, la falta de acompañamiento familiar y/o por parte de la pareja para el cuidado de su salud y de los hijos en común, así como malas experiencias o atención inadecuada en el período prenatal y en el parto, representan los principales motivos de falta de adherencia a los controles de salud en el puerperio⁶⁻⁹.

La generación de programas de atención conjunta materno infantil es un modelo promovido a nivel internacional, que representa además una forma de sortear algunos de los obstáculos antes mencionados. Tiene por objetivo reducir la morbilidad materna y la morbimortalidad neonatal. Por ello, dentro de las estrategias propuestas, se encuentran el asesoramiento nutricional, la prevención de anemias, el soporte psicológico y la asesoría en planificación familiar (PF) y salud sexual^{1,10}.

La PF es entendida como un componente de los servicios de atención de la salud en el período prenatal, inmediatamente después del parto y durante el posparto¹¹. La PF posparto es aquella que se centra en la prevención de embarazos no intencionales, evitando también períodos intergenésicos breves, es decir, un lapso menor a doce meses entre embarazos consecutivos¹². La OPS y la OMS han establecido como favorable para la salud materna y neonatal, un periodo intergenésico de al menos 24 meses y no más de 5 años¹⁰.

Como parte de la PF, se encuentran las asesorías en métodos anticonceptivos (MAC). Sin embargo, la adherencia a estos, se ve dificultada no solo por el tipo de MAC, por su vía de aplicación y sus efectos adversos, sino también por barreras socioculturales, los mitos y la calidad de la información brindada en la asesoría^{12,13}. La orientación y servicios en anticoncepción como parte de la atención prenatal, la accesibilidad a

servicios de PF post evento obstétrico, y la integración de la PF a los servicios de vacunación, son considerados prácticas de alto impacto¹⁴. Varias experiencias demuestran que estas intervenciones pueden ser efectivas para la adherencia a MAC, además de tener buena recepción por parte de las usuarias¹⁵. Asimismo, en Argentina se cuenta con un marco regulatorio legal que establece garantizar el acceso a los MAC en conjunto con información comprensible y suficiente sobre los mismos^{11,16,17}. En este sentido, según el segundo informe de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión, más del 90% de las puérperas reciben consejería sobre MAC y entrega del mismo al alta¹⁸.

Teniendo en cuenta esto, el Instituto implementa un modelo de atención conjunta (madre-niño), aprovechando las oportunidades de control del niño para reforzar las actividades de promoción y prevención de la salud materno-infantil. La atención de la salud materna contempla 4 controles durante el primer año posparto y las actividades incluyen evaluación y consejería en PF y lactancia materna, salud mental, laboratorio para evaluación de estado nutricional de micronutrientes y síndrome metabólico, evaluación clínica y evaluación alimentario-nutricional. En esta oportunidad el objetivo del estudio fue analizar la adherencia al uso de MAC, así como los conocimientos sobre éstos en el marco de la intervención que se realiza en el consultorio materno.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de intervención, durante los meses de octubre del 2020 y mayo del 2021. Se conformaron dos grupos. El estudio fue realizado en el Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas Dr. Prof. Fernando Viteri (IDIP), donde se implementa un consultorio enfocado a la atención de las mujeres que concurren con sus hijos/as a control de "niño sano".

En el grupo de intervención (GI), se incluyeron todas las mujeres que realizaron su primer control entre los 15 días y los dos meses postparto en el Consultorio Materno. En el grupo control (GC), se incluyeron todas las mujeres que tuvieron su primer contacto con el consultorio materno a los 6 meses postparto.

En el GI se midió el conocimiento de MAC en dos oportunidades: la primera entre los 15 días y los 2 meses postparto y, la segunda, a los 6 meses postparto. En el GC

las variables fueron evaluadas solamente a los 6 meses postparto.

La adherencia al uso a un MAC se midió mediante las siguientes variables: uso actual, método actual utilizado, motivos por los que no utiliza.

Para indagar acerca del conocimiento de MAC se formuló una pregunta a través de la cual se le solicitó a la entrevistada que enumerara de forma espontánea los MAC que conoce, en base a lo propuesto en la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR)¹⁹.

Al mismo tiempo se recolectaron datos secundarios como antecedentes gineco obstétricos: edad de menarca, edad de primera relación sexual, edad al primer embarazo, número de gestas, tipo de parto, antecedente de aborto, intervalo intergenésico, presencia de antecedentes de comorbilidades previos y durante el embarazo, planificación del último embarazo, deseo de ese embarazo, utilización de MAC previo, MAC utilizado, decisión acerca del MAC, motivos de elección del MAC, acceso al MAC, lugar donde lo obtuvo y gratuidad del MAC.

Además, se registraron variables sociodemográficas (Necesidades básicas insatisfechas)

Intervención

En el GI, durante cada consulta, se brindó asesoría sobre salud sexual y reproductiva y lactancia materna. El tiempo total de la consulta fue aproximadamente de 40 minutos, considerando los espacios de asesorías. También se utilizaron tecnologías de la información y la comunicación (TICs) como parte de la estrategia de intervención en el GI (material educativo digital como folletos, videos, infografía, el cual fue enviado a través de la plataforma WhatsApp®).

Luego de esa visita presencial, se envió material educativo sobre el MAC elegido, en el caso de que estuvieran utilizando uno al momento de la consulta, o en general para facilitar la elección.

En el GC, las asesorías se realizaron solo en el sexto mes postparto.

Cabe destacar que los MAC no eran otorgados por este efector de salud, ya que no se cuenta con este insumo, por lo tanto, la accesibilidad al MAC se realizaba mediante la referencia a otro Centro de Atención Primaria de Salud, a Hospitales o al programa Medicamentos de Primer Nivel. Este último está destinado a beneficiarios de planes y programas de asistencia social, y tiene por objetivo posibilitar la dispensa de medicamentos incluidos en el vademécum con descuentos respecto del precio de venta al público en todas las farmacias adheridas²⁰.

Análisis estadístico

El tamaño muestral fue estimado para comparar la proporción de madres que no utilizaban MAC entre los dos grupos, con una confianza del 95% y una potencia del 80%. Según estudios previos en el instituto, la proporción de madres que no utilizan MAC a los 6 meses era de 0.80 y la expectativa fue que entre las madres del grupo GI, esta proporción se redujera al 0.50. Por lo tanto, se estimó estudiar un número mínimo de 39 madres por grupo. Para el grupo GI, este número fue ajustado por un posible desgranamiento de 15%, llegando entonces a 46 el número mínimo de madres del grupo GI.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el software R versión 4.0.3. Las variables cualitativas se informan como frecuencias y porcentajes. La normalidad de las variables cuantitativas fue analizada mediante el test de Shapiro-Wilk. Las variables con distribución normal se informan como media ± desvío, mientras que aquellos datos no paramétricos se informan como mediana (IQR: rango intercuartílico). Para comparar las distintas variables cuantitativas entre los dos grupos se usaron los tests de Student o Mann-Whitney según correspondiera. Para estudiar la asociación entre las variables cualitativas se utilizó el test de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. En todos los casos se consideró significativo un p-valor < 0.05.

Consideraciones éticas

Se respetó la confidencialidad de los datos de acuerdo a lo normado por la Ley Nacional 25326 de Protección de

Datos Personales, su decreto reglamentario y restantes normas que la complementan. El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI) del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica.

Todas las participantes fueron informadas de los alcances y objetivos del estudio, y firmaron una carta de consentimiento informado.

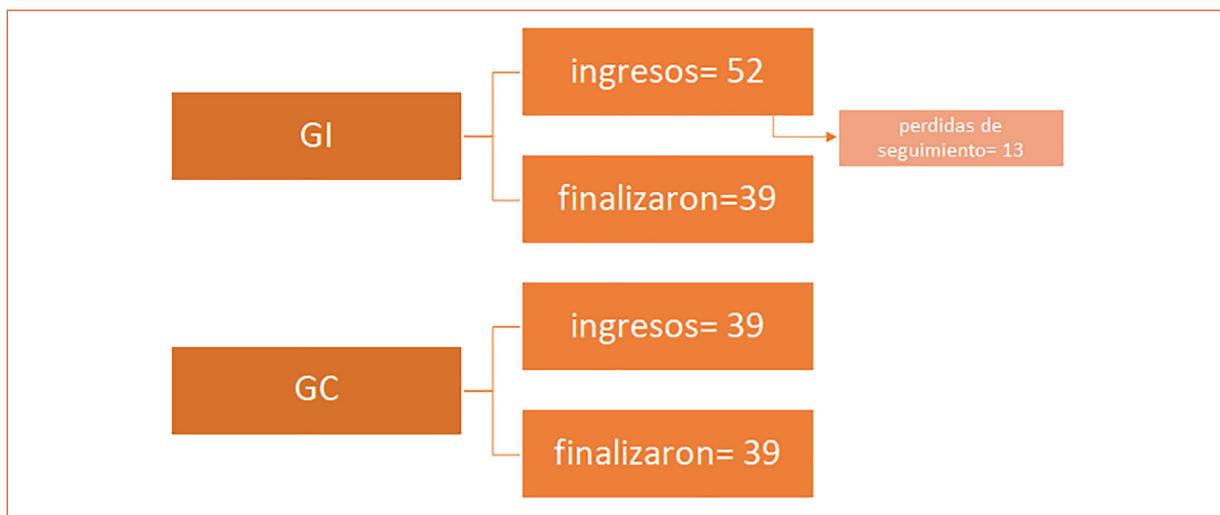
Resultados

Durante el tiempo en que se llevó a cabo este estudio, se incorporaron 39 madres en el grupo control y 52 madres al grupo intervención, de las cuales 39 completaron todas las visitas (Fig. 1).

En la Tabla 1 se muestran los resultados de las variables sociodemográficas. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las características sociodemográficas entre los grupos. Un porcentaje importante de ambos grupos (más del 70%) recibía ayuda o asistencia social, mayormente Asignación Universal por Hijo (AUH) e Ingreso Familiar de Emergencia (IFE). Respecto de la cobertura en salud, la mayoría no poseía y solo un pequeño porcentaje tenía obra social o prepaga o algún plan estatal de salud.

En la Tabla 2, se presentan los antecedentes gineco-obstétricos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, excepto, entre aquellas mujeres que presentaron

Figura 1 | Flujograma de participantes



GI: grupo intervención; GC: grupo control

Tabla 1 | Características sociodemográficas

VARIABLES	GI	GC	p valor
Edad (años)*	26.2 (21.6; 31.6)	24.3 (21.0; 32.9)	0.586
Nacionalidad, n (%)			0.608
argentina	25 (64.1)	28 (71.8)	
boliviana	4 (10.3)	4 (10.3)	
paraguaya	8 (20.5)	3 (7.7)	
venezolana	1 (2.6)	2 (5.1)	
peruana	1 (2.6)	2 (5.1)	
Estado civil, n (%)			0.545
Soltera	5 (12.8)	8 (20.5)	
Casada/unida	34 (87.2)	31 (79.5)	
Escolaridad (años completos)*	12 (8;12)	11 (7;12)	0.359
Ocupación, n (%)			0.245
Trabaja en relación de dependencia	5 (12.8)	6 (15.4)	
Trabajo informal/hace changas	4 (10.3)	10 (25.6)	
Monotributista /comerciante	1 (2.6)	1 (2.6)	
Ama de casa/no trabaja	29 (74.4)	22 (56.4)	
Necesidades básicas insatisfechas (sí)	25 (64.1)	26 (66.7)	1
Asistencia Social (sí)	28 (71.8)	29 (74.4)	0.703
Cobertura de salud (no)	37 (94.9)	31 (79.5)	0.102

GI: grupo intervención; GC: grupo control

*mediana (IQR)

antecedente de infecciones de transmisión sexual, en quienes se encontró sífilis, HIV y HPV, todas en tratamiento y/o seguimiento (GI: 1 (2.6%) y GC: 6 (15.4%), $p = 0.039$).

En la Tabla 3 se presenta el uso de MAC a los 6 meses posparto. Se hallaron diferencias significativas en el uso de MAC entre grupos, reportando un mayor porcentaje en las mujeres del grupo intervenido (GI: 36 (92.3%) vs. GC: 25 (64.1%), $p = 0.005$). También se observó una diferencia entre los motivos por los cuales no utilizaban MAC a los 6 meses, siendo el desconocimiento de los métodos el motivo más frecuente entre las madres del GC. La intervención en el consultorio materno sextuplicó las chances de usar MAC, respecto a las del grupo control (OR 6,56 (1,60; 39,31)).

En cuanto al conocimiento de MAC, en la Figura 2, se compara este dato a los 6 meses posparto entre ambos grupos. Los métodos naturales (método de Billings, método del ritmo, y el mé-

do lactancia-amenorrea) no fueron nombrados en ninguno de los dos grupos. Lo mismo ocurrió con las prácticas anticonceptivas como Coito Interruptus y yuyos. Una sola mujer mencionó el preservativo femenino como método conocido (GI). Se hallaron diferencias significativas en el conocimiento de MAC: un mayor porcentaje de mujeres del GI conocía las pastillas anticonceptivas ($p = 0.009$), ligadura de trompas ($p = 0.040$) y la vasectomía ($p = 0.010$).

En el análisis intragrupo del GI, entre la primera entrevista (15 días a 2 meses) y la segunda (6 meses posparto), se evidenció un aumento en la cantidad de MAC conocidos: 3 (2; 4) en el primero control vs. 4 (3; 6) en el segundo control, $p = 0.001$.

Discusión

Esta propuesta de modelo de atención conjunta de la madre y el niño tiene como objetivo mejorar la salud integral de la diada.

Tabla 2 | Antecedentes gineco-obstétricos

VARIABLES	GI	GC	p valor
Antecedentes en el embarazo, n (%)			
Hipertensión gestacional	4 (10.3)	7 (17.9)	0.517
Preeclampsia	2 (5.1)	2 (5.1)	0.599
Eclampsia	1 (2.6)	0 (0.0)	1
Anemia	8 (20.5)	11 (28.2)	0.494
Diabetes gestacional	2 (5.1)	2 (5.1)	1
Colestasis intrahepática	2 (5.1)	5 (12.8)	0.431
ITS	1 (2.6)	6 (15.4)	0.039
Edad de la menarca (años)*	12 (11; 13.8)	13 (12; 14.75)	0.176
Edad primera relación sexual (años)*	16 (15; 17)	16 (14; 17)	0.78
Edad primer embarazo *	18 (16;20)	18 (17;19.5)	0.826
Número de gestas *	2 (2;3)	2 (1;3)	0.408
Tipo de último parto (vaginal)	25 (64.1%)	16 (41%)	0.069
Intervalo inter- nacimiento (meses)*	68 (35;88)	71.5 (41.5;101)	0.332
Planificación del último embarazo, n (%)			
Quería tener ese hijo/a	21 (53.8)	22 (56.4%)	0.961
Quería esperar más tiempo	9 (23.1)	10 (25.6%)	
No quería tener ese hijo/no quería más hijos	9 (23.1)	7 (17.9%)	
Uso de MAC previo al embarazo, n (%)			
No usaba	28 (71.8)	30 (76.9)	0.961
Pastillas anticonceptivas	6 (15.4)	4 (10.3)	
Anticonceptivo inyectable	1 (2.6)	1 (2.6)	
Preservativo	4 (10.3)	4 (10.3)	

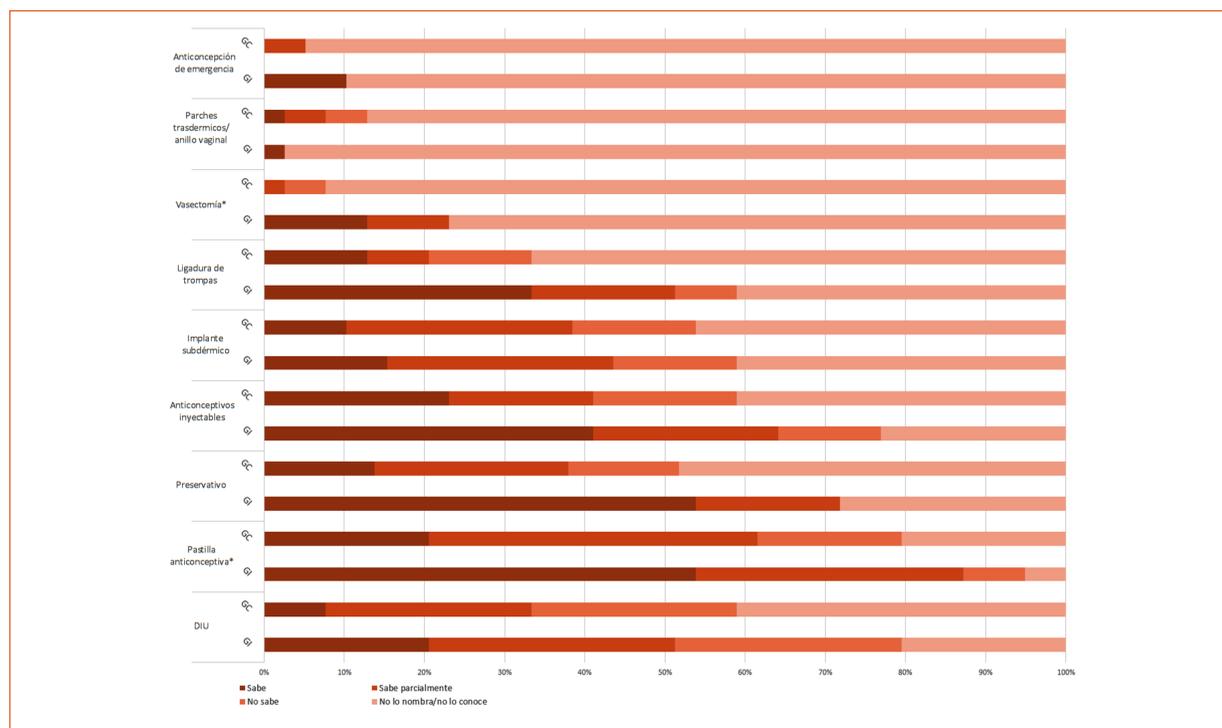
GI: grupo intervención; GC: grupo control; ITS: infecciones de transmisión sexual
*mediana (IQR)

Tabla 3 | Uso de métodos anticonceptivos a los 6 meses posparto

VARIABLES	GI	GC	p valor
Uso MAC 6 meses (si)	36 (92.3%)	25 (64.1%)	0.005
MAC elegido, n (%)			
Pastilla anticonceptiva	9 (23.1)	3 (7.7)	0.104
Anticonceptivo inyectable	8 (20.5)	1 (2.6)	
Preservativo	5 (12.8)	7 (17.9)	
Ligadura de trompas (esterilización femenina)	10 (25.6)	7 (17.9)	
DIU. espiral. T de cobre	3 (7.7)	6 (15.4)	
Implantes-chip	1 (2.6)	1 (2.6)	
Motivo por los que no usa MAC			
No conoce los métodos	0 (0.0)	5 (35.7)	0.032
No sabía que podía usarlos después del parto	1 (33.3)	0 (0.0)	
Desea un método al que no pudo acceder aun	2 (66.7)	1 (7.1)	
En el centro de salud nunca tienen	0 (0.0)	2 (14.3)	
Teme que le hagan daño a la salud	0 (0.0)	3 (21.4)	
Otro motivo	0 (0.0)	3 (21.4)	

GI: grupo intervención; GC: grupo control
*mediana (IQR)

Figura 2 | Conocimiento de métodos anticonceptivos a los 6 meses en el grupo intervención y el grupo control



GI: grupo intervención; GC: grupo control; DIU: dispositivo intrauterino
 *p-valor < 0.05

Los resultados mostraron que el grupo de madres que asistió al consultorio materno de manera temprana, presentó una mayor proporción de uso de MAC y adquirió conocimientos acerca de los mismos, comparadas con aquellas madres que asistieron a los 6 meses postparto.

Otros estudios han demostrado mejoras en la PF mediante la incorporación de programas asociados a la atención de los niños. Un modelo denominado ProFam en Malí, que integra el acceso a la PF con los servicios de inmunización del niño, demostró la satisfacción de las usuarias respecto a esta estrategia de atención²¹. En la misma línea, intervenciones realizadas durante el puerperio, en Bangladesh, Egipto y Zambia, demostraron que implementar este tipo de estrategias aumenta el conocimiento y la cobertura de PF, incrementando así los espacios intergenésicos²²⁻²⁴.

En cuanto al conocimiento adquirido sobre MAC por parte de las participantes, se observó un incremento en el grupo de intervención, aunque es incierto cuáles de los componentes (asesoría presencial o TICs) tuvo mayor impac-

to. Una revisión sistemática sugiere que el asesoramiento y los recordatorios intensivos de próximas consultas o de la siguiente dosis de MAC (con o sin información educativa) pueden asociarse con una mejor adherencia de los MAC hormonales a corto plazo, en comparación con la atención habitual de PF, aunque la calidad de la evidencia es baja²⁵. De todas formas, la implementación de TICs y la entrega de folletería son estrategias factibles y de bajo costo para ser incorporadas a la consulta presencial.

La elección temprana de un MAC tiene por objetivos, prevenir embarazos no planificados e intervalos intergenésicos cortos, evitando así un impacto negativo en la salud de la madre y su hijo/a. En nuestra población, los hallazgos respecto al intervalo intergenésico superan los 60 meses recomendados para considerarse de bajo riesgo (mediana de 68 meses en el GI y 71.5 meses en el GC)¹⁰.

En cuanto a la planificación del último embarazo ambos grupos mostraron resultados similares, alrededor del 45% no lo tenía planificado. Estos resultados difieren del informe de gestión

del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la provincia de Buenos Aires, donde el 60% no tenía planificado tener ese hijo. Y respecto al uso de MAC previo al embarazo, el informe mencionado destaca que el 70% no lo usaba, cifra similar a la hallada en este estudio²⁶.

Por otro lado, los resultados del segundo informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión que analiza datos del año 2014, mostró que más del 95.4% de las púerperas del AMBA, recibieron algún MAC al alta hospitalaria¹⁸. Sin embargo, nuestros resultados muestran que solo lo recibieron alrededor del 65%.

Entre los MAC más utilizados los métodos hormonales de corta duración (pastillas anti-conceptivas e inyectables) y la ligadura tubaria fueron los destacados en el grupo intervención, mientras que en el grupo control predominó el preservativo, la ligadura tubaria y el DIU. Estos datos coinciden con lo expuesto en la ENSSyR, donde los MAC más usados también fueron los mencionados en nuestra población¹⁹. En cuanto al preservativo femenino, un estudio realizado en nuestro país, reporta una alta aceptabilidad del mismo luego de ser brindada información sobre este MAC en particular y su uso correcto. Además, reporta que entre las ventajas del mismo se encuentran: la prevención de enfermedades de transmisión sexual, evitar embarazos no intencionales y al ser administrado exclusivamente por las mujeres les otorga poder de decisión y autonomía en relación a su salud sexual²⁶. Entre nuestros hallazgos, una sola mujer refirió conocer este preservativo, lo que representa una ventana de oportunidad para implementar estrategias de difusión y conocimiento de este método en conjunto con una política pública de acceso al mismo.

Existen diferentes tipos de barreras que dificultan el acceso a los MAC y al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos personales, sociales, culturales, políticas o económicas y las vinculadas al conocimiento de los derechos (barrera epistémica)²⁸⁻³¹. En este sentido, cuando se indagó sobre los motivos por los que no usan MAC, en la primera evaluación del GI, lo más reportado fue la imposibilidad de acceder al MAC deseado (ligadura tubaria e implante subdérmico), lo cual se mantuvo en la segunda entrevista con las 3 mujeres que no uti-

lizaban postintervención, mientras que el desconocimiento se destacó en el GC. Cabe resaltar que no fueron relevadas las posibles razones por las cuales no pudieron acceder al MAC.

Se ha sugerido que la asistencia a los servicios de salud durante el postparto puede verse condicionada por la ausencia de controles prenatales, menor edad materna, bajo nivel socioeconómico, falta de acceso a seguros de salud y falta de tiempo⁴⁻⁹. Por su parte, estudios sugieren que esta barrera podría ser resuelta ante una mejor coordinación de la atención, capacidad de derivar a especialistas y capacidad de brindar servicios tangibles como la provisión de MAC^{32,33}.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, podemos señalar la pérdida de seguimiento del 25% del grupo intervenido. Una pérdida de esta magnitud puede influir en los resultados y también genera interrogantes sobre la adherencia de las mujeres al modelo propuesto.

Por otro lado, la falta de enmascaramiento durante la evaluación del conocimiento de MAC a los 6 meses en ambos grupos podría contribuir al sesgo de medición. Por otra parte, a pesar de que el modelo propuesto se constituye como un soporte al control puerperal, no fue registrado en qué medida las mujeres asisten a otros centros de salud durante el puerperio cumpliendo con los estándares de atención sugeridos. Futuras investigaciones deberían explorar en qué medida las mujeres acceden a controles postparto por fuera del modelo propuesto.

El modelo de atención materno-infantil facilita la atención multidisciplinar a mujeres que se asisten en el sistema público de salud, coordinando la atención con la asistencia del niño. Por lo tanto, sería útil una mayor integración con los servicios de atención prenatal (centros de atención primaria y maternidades) para fomentar la continuidad de la asistencia de la mujer.

En conclusión, la adherencia al uso y el conocimiento sobre MAC a los 6 meses posparto fue mayor en las mujeres atendidas en el modelo de atención integrada de la madre y el niño.

La intervención en el posparto temprano con diversas estrategias de comunicación e información destinada a incrementar el conocimiento sobre MAC de las mujeres, pueden ser útiles para que elijan y utilicen correctamente el método que ellas consideren más adecuado.

Agradecimientos: El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA a proyectos de Investigación 2020-2021, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, a través de la Dirección de Investigación

en Salud. A Carla Casado y Ezequiel Coronel por la colaboración técnica y logística.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Ginebra. 2014. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>; consultado octubre 2022.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health. Ginebra. 2007. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107858>; consultado octubre 2022.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. Ginebra. 2010. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70173>; consultado octubre 2022.
4. Contreras-Sánchez SE, Doubova S, Mejía-Chávez MI, Infante-Castañeda C, Pérez-Cuevas R. Factores asociados a la falta de control postnatal materno. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2022; 60:4-11
5. Garza-Elizondo MA, Rodríguez-Casas MS, Villarreal-Ríos E, Salinas-Martínez AM, Núñez-Rocha GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 267-74.
6. Miller LP, Greenspan B, Dowd JS. The medical database as a tool improving maternal/infant continuity of care. *J Med Syst* 1999; 23: 219-225.
7. Noreña-Herrera C, Leyva-Flores R, Palacio-Mejía LS, Duarte-Gómez MB. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cadernos de Saúde Pública*; 2015; 31:2635-48.
8. Pinto IR, Martins VE, Oliveira JFD, Oliveira KFD, Paschoini MC, Ruiz MT. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. *Escola Anna Nery* 2021; 25: e20200249
9. Giraldo-Gartner V, Muñoz-Rondón C, Buitrago-Echverri MT, Abadía-Barrero CE. Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Anestesiol*. 2016; 44: 222-7.
10. Fescina RH, De Mauricio B, Diaz Rosselo JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para la atención del recién nacido focalizadas en APS. 3ª Edición. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. En: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1577.pdf> consultado noviembre 2022.
11. Argentina. Leyes. Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyPR) y decreto reglamentario 1282/2003. Noviembre de 2002.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS), USAID. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. OMS. Ginebra. 2014. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112766>; consultado noviembre 2022.
13. Prácticas de alto impacto en la planificación familiar (PAI). Planificación familiar inmediatamente posparto: Un aspecto clave en los cuidados tras el nacimiento. Washington, DC: USAID; 2017 de noviembre. En: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificacion-familiar-inmediatamente-posparto/>; consultado diciembre 2022.
14. Prácticas de alto impacto en la planificación familiar (PAI). Lista de prácticas de alto impacto en planificación familiar. Washington, DC: USAID; 2018. En: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/lista-de-practicas-de-alto-impacto-en-planificacion-familiar/>; consultado octubre 2022
15. Prácticas de alto impacto en la planificación familiar (PAI). Integración de la planificación familiar y los servicios de vacunación: Llegar a las mujeres con servicios de planificación familiar después del parto. Washington, DC: USAID; 2021 Jul. En: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/family-planning-and-immunization-integration/>; consultado octubre 2022
16. Argentina. Leyes. Ley 25929 parto humanizado. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2018. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf; consultado octubre 2022
17. Buenos Aires. Leyes. Ley Provincial 15.188. Adhesión

- de la Provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional 25.929 "Ley de Parto Humanizado". La Plata: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina. Boletín Oficial, 7 de Octubre de 2020.
18. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Segundo informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión. Avances en la implementación a escala nacional del sistema de información en salud de la mujer y perinatal orientado a la gestión (SIP-Gestión) en Argentina. Buenos Aires: OPS; 2018. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49147>; consultado octubre 2022
 19. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR). Argentina. 2013. En: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssy_r_2013.pdf; consultado octubre 2022
 20. Programa Medicamentos de primer nivel (MPN) [internet]. Argentina. Preserfar S.A. 2022 [citado 09 de junio 2022]. En: <https://medicamentosdeprimernivel.com.ar/home>; consultado octubre 2022
 21. USAID, Population Services International (Mali). ProFam Urban Outreach: A High Impact Model for Family Planning. Washington, DC. 2012. En: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PBAAC074.pdf; consultado octubre 2022
 22. Baqui AH, Ahmed S, Begum N, et al. Impact of integrating a postpartum family planning program into a community-based maternal and newborn health program on birth spacing and preterm birth in rural Bangladesh. *J Glob Health* 2018; 8: 020406.
 23. Abdel-Tawab NG, Saher S. Scaling up the provision of family planning messages in antenatal and postpartum services in Upper Egypt. Extending Service Delivery Final Report. Population Council. Cairo. 2011. En: https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1111&context=departments_sbsr-rh; consultado octubre 2022
 24. Warren CE, Mayhew SH, Hopkins J. The Current Status of Research on the Integration of Sexual and Reproductive Health and HIV Services. *Stud Fam Plann* 2017; 48: 91-105.
 25. Mack N, Crawford TJ, Guise JM, et al. Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 4: CD004317
 26. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs As. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PBA SSR). Informe de gestión 2016. En: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/03/Informe-gesti%C3%B3n-2016.pdf>; consultado octubre 2022
 27. Buenos Aires. Coordinación salud sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud. Aceptabilidad del preservativo femenino/vaginal en mujeres adolescentes y jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires. Resumen ejecutivo e informe final. 2021. En: <https://argentina.unfpa.org/es/publicaciones/aceptabilidad-del-preservativo-femenino-vaginal-en-mujeres-adolescentes-y-j%C3%B3venes-del>; consultado octubre 2022
 28. International Planned Parenthood Federation. Barómetro latinoamericano sobre el acceso de las mujeres a los anticonceptivos modernos. Septiembre de 2016. En: https://www.ippfwhr.org/wp-content/uploads/2018/08/Barometro-v2__1_.pdf; consultado octubre 2022
 29. McConnell M, Rothschild CW, Ettenger A, Muigai F, Cohen J. Free contraception and behavioural nudges in the postpartum period: evidence from a randomized control trial in Nairobi, Kenya. *BMJ Global Health* 2018; 3: e000888.
 30. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* 2013; 30: 465-70.
 31. Maffia D. Barreras en el ejercicio de los Derechos Humanos. Observatorio de Género en la Justicia de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín N° 7. 2015. En: <https://consejo.jusbaires.gob.ar/barreras-en-el-ejercicio-de-los-derechos-humanos>; consultado octubre 2022
 32. Dibari JN, Yu SM, Chao SM, Lu MC. Use of Postpartum Care: Predictors and Barriers. *J Pregnancy* 2014; 2014: 530769.
 33. Ruderman RS, Dahl EC, Williams BR, Davis K, Feinglass JM, Grobman WA, Kominiarek MA, Yee LM. Provider Perspectives on Barriers and Facilitators to Postpartum Care for Low-Income Individuals. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2021; 2: 254-62.