

# DESAFÍOS DE UNA MATERNIDAD CENTRADA EN LA FAMILIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La Maternidad Sardá es una institución pionera en nuestro país en lo que a cuidados obstétricos y de los recién nacidos se refiere y desde el año 1968 desarrolló progresivamente el concepto de Maternidad Centrada en la Familia (MCF), por el empoderamiento de las mujeres embarazadas, luego puérperas, sus hijos y familia, como actores primarios y dueños de casa en un proceso altamente social como lo es el nacimiento de un nuevo integrante de ese grupo vincular.

En 1988, los Drs. John Kennel y Marshall Klaus, considerados por aquellas épocas los principales investigadores del vínculo madre/hijo y los descubridores del período sensitivo que ocurren en las primeras horas post parto para establecer una óptima relación afectiva de la díada, publican luego de una visita a Buenos Aires, un capítulo sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la atención perinatal, presentando como modelo a la Maternidad Sardá (Clinics in Perinatology. 15:4 Dic 1988)

Este proceso culminó con la publicación en el año 2007 de la *“Guía para transformar Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia”* (Larguía et al. 2007) donde se explicita el marco legal internacional y de Argentina que sustenta el concepto de MCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las Maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”.

A fines del año 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Representación Argentina, edita el libro “El modelo de Maternidad Centrada en la familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas” donde se describe el modelo de MCF implementado en la atención neonatológica de ese Hospital, se identifican factores críticos positivos y negativos y se extraen lecciones aprendidas a partir del estudio de caso.

Inspirados en la “Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, creada por OMS-UNICEF en el año 1991 para promover la Lactancia Materna en las Maternidades e implementada en Argentina desde 1994, que ha tenido gran éxito internacional en la promoción de la alimentación natural y además en la mejoría de la calidad de la atención, junto con Unicef Argentina, se elabora y publica en el año 2011 el Manual de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia y se complementa en el año 2012 con una segunda edición añadiendo el concepto de interculturalidad. El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 16 principios. Finalmente se detallan los 10 pasos necesarios para su implementación, a saber:

PASO 1: Reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución.

PASO 2: Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal.

PASO 3: Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto.

PASO 4: Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas con la participación de la familia.

PASO 5: Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal.

PASO 6: Contar con una Residencia para Madres que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados.

PASO 7: Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.

PASO 8: Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

PASO 9: Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

PASO 10: Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en MSCF.

Como dice en su introducción la segunda edición del año 2012: *“una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas.”*

Este modelo fue replicado en más de 100 maternidades de todo el país y sometido a múltiples evaluaciones y mejoras a lo largo de todo este tiempo, tanto desde nuestra institución como de las otras que lo adoptaron, siendo así un modelo dinámico que se adapta a las necesidades biológicas y científicas, pero también a las demandas afectivas y culturales de las familias y la sociedad.

Con todo este sistema organizado, funcionando plenamente, con continuo monitoreo y correcciones de las desviaciones que siempre se producen, aterrizó (literalmente) en marzo de este año el Covid-19 a la Argentina. Se produce entonces una situación sanitaria jamás vivida en nuestro país, ni en el mundo, no por su gravedad que por lo cierto la tiene, sino por las medidas adoptadas para su control. Nunca nuestro planeta tuvo una cuarentena tan estricta y prolongada como la actual. A la pandemia se reaccionó estableciendo una pan cuarentena, si se me permite el término, y en Argentina fue de las más estrictas, con efectos sociales, económicos, psicológicos y sanitarios de proporciones enormes y aún imposibles de dimensionar. En un país debilitado en muchos aspectos desde hace décadas se le sumó este desastre natural

de características bíblicas y la reacción a la misma en muchos aspectos y actores parece también surgida más de cuestiones básicas e irracionales que científicas, o en la eterna lucha entre ellas.

Nuestro hospital, dentro de un sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires, no fue ajeno a las consecuencias del virus y de las medidas adoptadas para controlar su diseminación. A pesar de no ser nuestra población de pacientes, mujeres embarazadas y recién nacidos, los blancos más vulnerables en cuanto a letalidad o severidad de la enfermedad, si lo son a las cuestiones derivadas de las medidas adoptadas, como la cuarentena, vinculadas con la situación socioeconómica y de riesgo ambiental, nutricional y de factores condicionantes más desfavorables para la salud. La infección afecta a cualquier persona con gran equidad, pero no así la cuarentena, que como suele suceder en todos los órdenes de la vida, afecta más a los sujetos y grupos más desprotegidos y marginales. Datos estadísticos en EEUU demuestran que la comunidad de afrodescendientes, latinos y de pueblos originarios, tienen el doble de mortalidad que los pacientes anglosajones y que los resultados están directamente relacionados con la situación socio económica de los grupos poblacionales que se trate. Esta pandemia ha dejado al descubierto la enorme inequidad del sistema de salud en el país con la economía más rica del mundo.

Nuestra realidad merece un análisis distinto. Comenzamos esta crisis con más de un 40% de personas y del 50% de los niños bajo la línea de pobreza. Escuelas cerradas, muchísimas familias que no tiene ingresos o que se les han disminuido drásticamente, muchos comedores populares cerrados todo lo cual seguramente va a repercutir en el estado nutricional de la población y especialmente en los niños pequeños. Combinado al hacinamiento e imposibilidad material de cumplir con las medidas higiénicas y de aislamiento para evitar la diseminación del virus y la necesidad de salir a proveerse el sustento, no sorprende que en cuanto la infección pasó de los viajeros que venían del exterior a la comunidad, los grupos más expuestos e infectados han sido los más pobres en los barrios vulnerables de CABA y conurbano bonaerense, que es de donde mayoritariamente provienen nuestros pacientes y de esta forma estamos viendo aumentar exponencialmente la cantidad de mujeres embarazadas con pruebas positivas para Covid-19, algunas asintomáticas, otras que comienzan con signos de la enfermedad ya internadas o puérperas, poniendo en crisis el sistema de salud.

La Maternidad, precozmente conformó un comité de crisis, se implementaron áreas de triage, protocolos de atención de embarazadas y recién nacidos sospechosos o confirmados de esta enfermedad, se logró incorporar equipos de protección personal adecuados y suficientes según fueran necesarios y de esta forma para cuando empezó el aumento de casos estuvimos bien preparados para atenderlos. Hasta la fecha de este editorial, fines de junio, la pandemia no superó nuestra capacidad de respuesta, pero aún no sabemos si lo peor está por llegar.

A esta altura de los acontecimientos, se pueden realizar algunas observaciones. Hubo una brusca disminución en el número de nacimientos en los hospitales públicos de la CABA, del orden de más de un 20% desde enero a junio. Esto no se observó en nuestra Maternidad donde mantuvimos el número, pero sí en el resto de los efectores

del sistema. Los motivos deben ser múltiples, pero seguramente el más determinante ha sido la dificultad de la gente en trasladarse con medios públicos de transporte hasta los hospitales durante la cuarentena, especialmente quienes provienen de la Provincia de Buenos Aires. Esto seguramente va a afectar los resultados perinatales de la zona sanitaria AMBA.

El recurso humano profesional se ha visto reducido significativamente, por un lado, por las licencias motivadas en problemas de salud preexistentes, por personal que debe aislarse por haberse infectado o por resultar ser contacto estrecho de alguien enfermo, por la creación de turnos, especialmente de médicos, para estar como reserva en caso de fuerza mayor. Estos recortes producen necesariamente una disminución en la calidad asistencial, no a niveles de poner en riesgo la vida de los pacientes, pero sí en cuanto a menor cumplimiento de normas, rutinas, controles o procesos que en otros momentos se realizan normalmente.

Como en todo brote infeccioso producido por un germen nuevo, que no se lo conoce y que amenaza la vida de las personas incluyendo por supuesto al personal de salud, las respuestas individuales pueden ser muy variadas. Desde las altamente altruistas y solidarias hasta las más desconcertantes e irracionales, afortunadamente pocas, originadas en el miedo a lo desconocido. Contra esto último debemos ser comprensivos y tratar de educar con el ejemplo y la comunicación.

Otra consecuencia negativa ha sido el retroceso en cuanto a los derechos de los pacientes afianzados en el modelo MCF. Falta de acompañantes en las consultas ambulatorias de madres y niños, en la internación materna, reducida y con gran resistencia en sala de partos, en el puerperio, etc.

La internación conjunta de las mujeres Covid-19 positivas púerperas con sus hijos asintomáticos fue inicialmente muy resistida, cosa que afortunadamente luego se concretó, aunque aún las madres que deben permanecer separadas de sus hijos por distintos motivos no hemos logrado que la leche que se extrae en forma manual pueda ser administrada a sus hijos, a pesar de existir protocolos y materiales al efecto, poniendo en riesgo la posibilidad de establecer una lactancia exitosa.

Las visitas de madres a sus hijos internados afortunadamente se mantuvieron en forma casi normal, pero no así la de los padres varones, quienes tienen ahora un horario reducido para poder ingresar al hospital y las áreas de internación, y directamente se suspendieron las visitas de hermanos y abuelos. Uno de los pilares históricos del modelo MCF de Sardá.

Orgullosamente hemos logrado mantener, con la inestimable colaboración y esfuerzo una vez más del servicio de voluntarias del hospital, la residencia para madres mediante adecuación a nuevos protocolos. Esto no solo nos permite que las mamás puedan permanecer junto a sus hijos, sino que también epidemiológicamente reduzcamos el riesgo de que enfermen al eliminar la circulación de ellas en la comunidad al no tener que viajar diariamente a sus hogares y compartir el espacio con otros integrantes de la familia.

En resumen, la pandemia nos ha hecho desandar muchos pasos en cuanto a derechos de madres, padres, hijos y familias en pos de la salud. Estos deben ser

rápidamente restituidos en cuanto la situación sanitaria lo permita y no debemos descuidarnos en este aspecto.

El planeta tierra y menos la Argentina estaba preparado para enfrentar una pandemia como esta. Las crisis exigen de quienes conducen al menos dos cosas, primero minimizar los daños, pero tanto o más importante que esto es evitar que una nueva catástrofe nos tome desprevenidos. Exige una enorme cuota de compromiso y solidaridad, global y local. Los países más pobres deben ser protegidos porque incluso de esa forma se protege el mundo. No puede ser que los recursos sean puestos a disposición del mejor postor, incluyendo cuando esté disponible la vacuna o el medicamento que evite la enfermedad. La enorme información que epidemiólogos, infectólogos, sanitaristas, gobernantes, economistas, psicólogos, sociólogos y otros actores deben sacar de esta experiencia nos tiene que permitir capacitarnos y contar con herramientas adecuadas como para que la respuesta a una nueva amenaza sea tratada de forma diferente, ya que una cuarentena universal, interminable y salvaje no parece ser la mejor opción para salir sin las graves consecuencias que en costo de vidas y secuelas de todo tipo, aún impredecibles, nos esperan a corto y mediano plazo. Nunca mejor aplicado el proverbio: *“que el remedio no sea peor que la enfermedad”*.

Claudio Solana

Jefe de División Neonatología

Hospital materno Infantil Ramón Sardá

Contacto: [claudiosolana@gmail.com](mailto:claudiosolana@gmail.com)