



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



---

# EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS EN SITUACIÓN DE CALLE: REVISIÓN DE INTERVENCIONES EN SALUD

---

Guillermina Abelenda Ramón<sup>1</sup>, Macarena Bocage Silva<sup>1</sup>, Florencia Carle Azcoytia<sup>1</sup>, Nina Stefania Navatta Freitas<sup>1</sup>, Mariana Niggemeyer de Giorgi<sup>1</sup>, Faustina Prieto Viera<sup>1</sup>

Veronica Fiol Lepera<sup>2</sup>, Violeta Quintela Colombatto<sup>2</sup>, Evelyn Vila<sup>2</sup>

Grupo 13

<sup>1</sup>CICLO METODOLOGÍA CIENTÍFICA II 2024

Facultad de Medicina Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

<sup>2</sup>Clínica Ginecotológica A - Centro Hospitalario Pereira Rossell

Facultad de Medicina Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Imágen: mujer amamantando (1)

## **ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
SITUACIÓN DE CALLE EN URUGUAY	5
MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE	6
CUIDADO ANTENATAL	6
IMPACTO EN LA SALUD MATERNO-PERINATAL	7
CUIDADO POSTNATAL	8
SISTEMA DE SALUD	9
BARRERAS DE LA POBLACIÓN PARA EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD	10
<b>OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>12</b>
<b>METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA</b>	<b>12</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>13</b>
a) Intervenciones internacionales y sus barreras	14
- Facilitar el acceso a la consulta	14
- Fortalecimiento de la planificación familiar y anticoncepción en el cuidado postnatal	16
- Adaptación de la consulta a la población de interés	18
- Articulación con otras prestaciones sociales	20
b) Intervenciones en Uruguay y sus barreras	21
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>27</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>27</b>
Anexo 1: Tabla de extracción de datos	30
Anexo 2: Tabla de intervenciones	32

## **Indice de figuras**

Figura 1. Imagen de Carátula. Mujer Amamantando	1
Figura 2. Flujograma de búsqueda	14

## **Tabla de abreviaturas**

<b>AIPEO:</b> Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico	<b>MSP:</b> Ministerio de Salud Pública
<b>AFAM-PE:</b> Plan de Asignaciones Familiares - Plan de Equidad	<b>NFP:</b> Nurse Family Partnership
<b>APS:</b> Atención Primaria en Salud	<b>NNA:</b> Niños, Niñas y Adolescentes
<b>BAC:</b> Búsqueda Activa Comunitaria	<b>OMS:</b> Organización Mundial de la Salud
<b>CC:</b> Consultorio en Calle	<b>OyC:</b> Orientación y Consejería
<b>CEPRODIH:</b> Centro de Promoción por la Dignidad Humana	<b>PAP:</b> Test de Papanicolaou
<b>DINADES:</b> Dirección Nacional de Desarrollo Social	<b>PF:</b> Planificación Familiar
<b>HOME:</b> Homeless Outreach and Medical Education	<b>PNA:</b> Primer Nivel de Atención
<b>INAU:</b> Instituto del Niño y del Adolescente	<b>SNIS:</b> Sistema Nacional Integrado de Salud
<b>ITS:</b> Infecciones de transmisión sexual	<b>SSyR:</b> Salud Sexual y Reproductiva
<b>LARCS:</b> métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada	<b>TUS:</b> Tarjeta de Uruguay Social
<b>MIDES:</b> Ministerio de Desarrollo Social	<b>UCC:</b> Uruguay Crece Contigo

## **RESUMEN**

**Introducción:** Las mujeres embarazadas y puérperas en situación de calle sufren una gran vulneración de derechos. A su vez se dificulta su adherencia al sistema de salud aumentando así el riesgo de complicaciones materno-infantiles. Debido a estas razones se considera una temática de relevancia para la salud pública.

**Objetivos:** Caracterizar la evidencia existente sobre intervenciones de salud dirigidas a mujeres embarazadas y puérperas en situación de calle por medio de una búsqueda bibliográfica, para obtener propuestas estratégicas que puedan ser aplicables en Uruguay.

**Resultados:** Se identificaron intervenciones que tienen como objetivo facilitar el acceso a la consulta, fortalecer la planificación familiar y anticoncepción, adaptar la consulta según las necesidades de estas mujeres e integrarla con otras prestaciones.

**Conclusión:** Es necesario un estudio más detallado de la población para la actualización de las intervenciones nacionales existentes. El sistema de salud y las prestaciones sociales deben trabajar de forma articulada para lograr un abordaje longitudinal, ininterrumpido, que se adapte a esta situación social particular con múltiples vulneraciones.

**Palabras clave:** Mujeres embarazadas, Puerperio, Personas en situación de calle, Políticas de Salud Pública y, Planes y Programas de Salud.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Homeless pregnant and puerperal women experience a significant violation of their rights. This situation also hinders their adherence to the health system, increasing the risk of maternal and infant complications. For these reasons, it is considered relevant to public health.

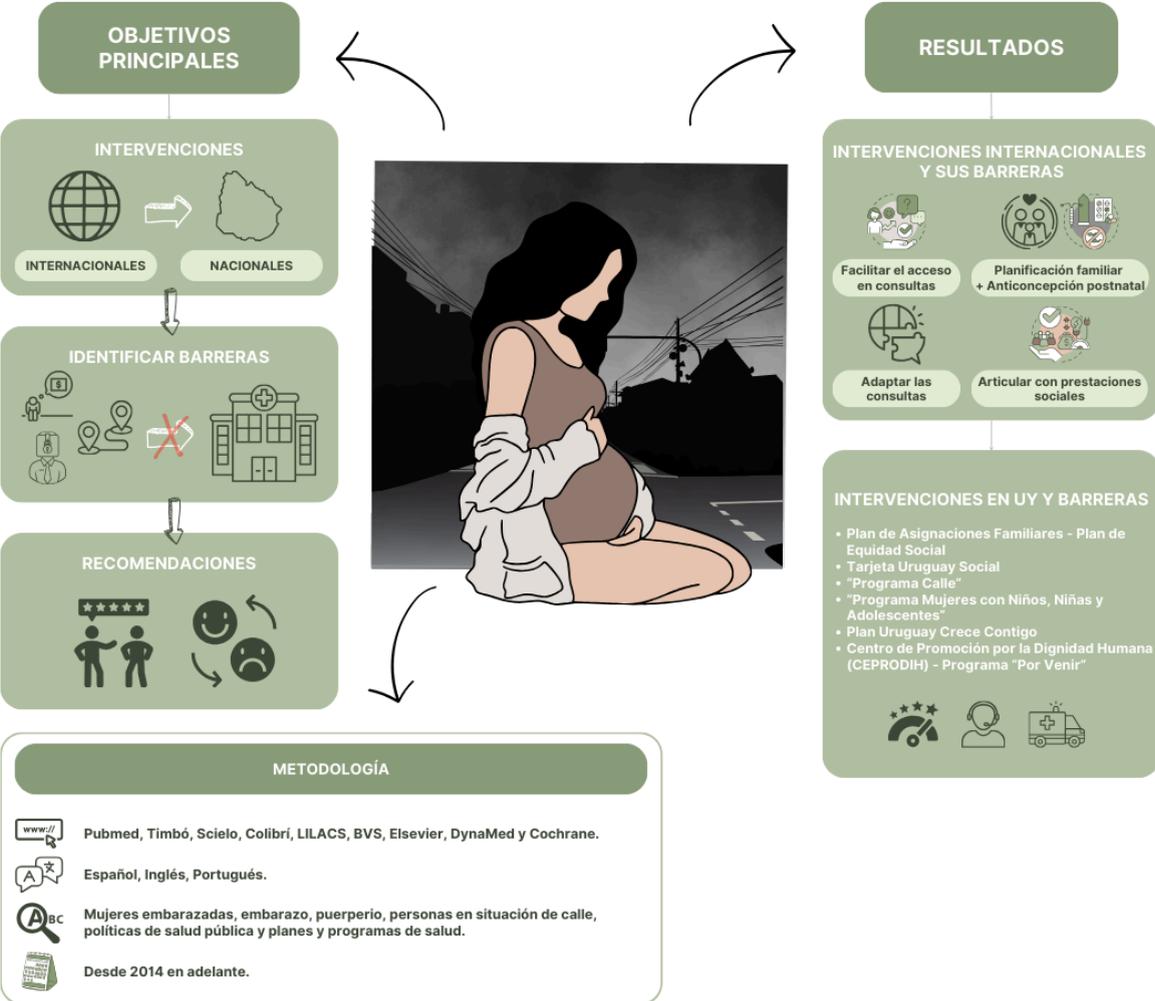
**Objectives:** To characterize the existing evidence on health interventions aimed at pregnant and puerperal women experiencing homelessness through a literature search, in order to obtain strategic proposals that could be applied in Uruguay.

**Results:** Interventions were identified with the aim of facilitating access to consultations, strengthening family planning and contraception, adapting the consultations to the needs of these women and integrating it with other services.

**Conclusion:** A more detailed study of the population is necessary to update existing national interventions. The public health system and social services should work together to achieve a continuous approach that is adapted to this particular social situation with multiple vulnerabilities.

**Key words:** Pregnant women, Puerperium, Homeless, Health Policy, Health Programs and Plans.

# Embarazadas y Puérperas en Situación de Calle: Revisión de Intervenciones en Salud



## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo, parto y puerperio en situación de calle es una problemática que afecta a diversos países a nivel global. Esta situación involucra la intersección de múltiples vulnerabilidades y constituye un problema de salud pública. Requiere un estudio detallado para identificar las barreras y dificultades presentes en la atención de la salud, y de esta manera visibilizar las potenciales intervenciones que se podrían plantear para atender adecuadamente las necesidades de estas mujeres y sus hijos, garantizando el respeto a sus derechos. (2)

## **SITUACIÓN DE CALLE EN URUGUAY**

La situación de calle está caracterizada por múltiples y complejas causas, tanto individuales como sociales. Factores individuales como la violencia de diversos tipos, conflictos familiares, económicos y de salud, y el abuso de sustancias se ven exacerbados por otros elementos de carácter social; tales como la desigualdad económica, la falta de oportunidades laborales estables y bien remuneradas, fallos en el sistema educativo y de salud, así como la estigmatización y discriminación hacia estas personas.(3,4) Identificar las causas de esta problemática, es fundamental para poder crear intervenciones dirigidas a esta población generalmente invisibilizada y de esta manera lograr reducir las vulnerabilidades que sufren, mejorando su calidad de vida y la sociedad.

Según el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) la situación de calle contempla a las personas que duermen a la intemperie o en refugios nocturnos destinados a esta población.(3) Esta condición no solo implica la privación del derecho fundamental a una vivienda adecuada, sino que también conlleva la violación de otros derechos fundamentales, como el acceso a la salud, la educación y el trabajo.(4) A pesar de que la situación de calle es un problema complejo que involucra múltiples factores, ciertas condiciones de vulnerabilidad social, como el abandono educativo temprano y la precariedad laboral, definen en cierta parte las trayectorias y oportunidades de estas personas en Montevideo.(5)

El Informe de relevamiento de personas en situación de calle en Montevideo 2023 constata que a nivel educativo la mayoría de esta población carece de educación más allá del ciclo básico.(3)

En el ámbito laboral, el 67,2% de las personas sin hogar realiza alguna actividad remunerada. La mayoría de los trabajos que ejercen estas personas se

caracterizan por ser informales y precarizados, con escasa protección social.(3) Las personas que viven en la intemperie, a su vez están expuestas a otras vulneraciones como lo son consumo de sustancias, problemas de salud mental, violencia de diversos tipos y ausencia de vínculos afectivos o de red de contención.(3)

En este sentido, esta información pone en evidencia la multidimensionalidad y complejidad que presenta este problema en Uruguay, así como los desafíos que supone.(3)

## **MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE**

La población en situación de calle en Uruguay creció en los últimos años, con un aumento de mujeres del 6% en 2016 al 11% en 2023.(3) El 66% de estas mujeres tiene entre 18 y 50 años, intervalo en el que estas se encuentran en edad reproductiva. A su vez, el 31% de quienes duermen a la intemperie llevan más de 5 años en esta situación: una condición prolongada más frecuente en las mujeres.(5) No se cuenta con datos específicos sobre mujeres embarazadas en situación de calle.

Las causas más prevalentes que llevan a estas mujeres a encontrarse en situación de calle son: ruptura de vínculos, ingresos insuficientes y adicciones.

Se observan dos grandes ventanas de oportunidad para prevenirlo: la salida del instituto del niño y del adolescente (INAU) y el egreso de instituciones de privación de libertad. En mujeres, es más frecuente que esto ocurra tras la salida del INAU que tras el egreso de la privación de libertad.(5)

## **CUIDADO ANTENATAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un mínimo de cuatro visitas de atención prenatal para todas las mujeres embarazadas, si bien recomienda al menos 8 consultas, destacando que la primera debe realizarse antes de las 12 semanas.(6)

En Uruguay, el control obstétrico se basa en las Guías del Ministerio de Salud Pública (MSP).(7) Según estas guías, el mínimo de controles obstétricos necesarios para considerar un embarazo bien controlado es de 5, incluyendo 3- 4 ecografías: la ecografía obstétrica precoz, la translucencia nucal, la ecografía morfoestructural y la del tercer trimestre si se considera necesaria.

Los cuidados prenatales son fundamentales para asegurar un embarazo saludable, prevenir complicaciones y mejorar los resultados maternos y perinatales. Dentro de este concepto, se deben abordar las esferas biológica, psicológica, social y cultural, ya que todas influyen de manera significativa en la salud de la gestante y en los resultados del embarazo.(7)

El Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio enfatiza sobre la importancia de la educación, la participación activa de la mujer y su círculo de apoyo emocional. Resalta la necesidad de promover la participación de acompañantes durante todo el proceso, desde los profesionales de la salud, así como la formación de equipos multidisciplinarios que proporcionen orientación continua durante el embarazo, el parto y el puerperio.(7)

A su vez se destaca la importancia de vincular a las mujeres embarazadas con grupos participativos. Creando así espacios de diálogo, educación y el intercambio de dudas, miedos y preocupaciones; sostenidos por profesionales de la salud, lo que asegura la calidad y utilidad de estos espacios.(7)

La correcta implementación de estas estrategias no solo favorece la salud de la madre y el recién nacido, sino que también contribuye a un parto respetuoso y a una experiencia positiva, asegurando una recuperación postnatal más segura y garantizando el cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

No obstante, casi la mitad de las mujeres embarazadas, especialmente en los países en desarrollo, no reciben ni siquiera el mínimo de cuatro consultas durante la gestación. Esta falta de atención está estrechamente asociada con una mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso, prematurez, y mayor mortalidad perinatal.(6)

## **IMPACTO EN LA SALUD MATERNO-PERINATAL**

El embarazo en mujeres sin hogar es una realidad injusta que expone a estas mujeres al aumento significativo de complicaciones médicas durante el embarazo, parto y puerperio.

La dificultad para acceder a los servicios de salud desemboca en un aumento de diagnósticos tardíos. Complicaciones como la preeclampsia, diabetes gestacional e infecciones, pueden pasar desapercibidos y convertirse en graves determinantes tanto para la salud materna como la fetal.(8) El gran contraste

entre los números de sífilis gestacional y congénita, según el nivel socio-económico, es un ejemplo de esta inequidad en salud. (9)

Los bebés nacidos de mujeres sin hogar también enfrentan un riesgo elevado de desarrollar comorbilidades y problemas de salud que los acompañarán a lo largo de sus vidas, debido a las carencias en la atención prenatal y a las condiciones de vida inestables asociadas.(10)

Cabe destacar que además de las complicaciones orgánicas, las mujeres sin hogar, mayoritariamente carecen de apoyo emocional y de contención durante el embarazo y sus procesos. La sensación de soledad y abandono puede ser abrumadora, especialmente cuando se enfrentan a la responsabilidad de cuidar a un nuevo ser humano en condiciones precarias.

En términos de resultados sobre el puerperio, estas mujeres enfrentan desafíos adicionales. La hospitalización prolongada es más común entre las embarazadas sin hogar, debiéndose a una combinación de complicaciones médicas, sociales y psicológicas. Estas mujeres poseen una menor probabilidad de amamantar durante las primeras seis semanas; lo que podría deberse a barreras impuestas por el contexto adverso en que se encuentran.(10)

Programas educativos en salud sobre embarazo y cuidado infantil, en personas sin hogar, han demostrado mejorar los resultados de las complicaciones materno-infantiles asociadas.(8)

## **CUIDADO POSTNATAL**

Dentro del cuidado postnatal se encuentran medidas de screening y diálogos entre el personal de la salud y la mujer sobre diferentes condiciones que afectan a la nueva madre y al niño.(11) Cabe destacar que en la bibliografía revisada sobre estos temas, se utiliza la denominación "interconcepcional", se cree que el término "postconcepcional" es el más adecuado y adaptado a la problemática en ciernes, por no limitar la existencia de la mujer a un continuo "entre-partos".

Se mencionan 3 pilares en la atención postnatal: la asistencia a una visita postparto en algún centro o con algún profesional de salud, entablar una conversación sobre los intervalos entre embarazos o planificación familiar (PF) y por último la elección de un método anticonceptivo.(11)

Para una correcta atención postnatal, la asistencia a la consulta es un factor clave, ya que si la mujer no concurre ninguno de los otros dos pilares se pueden

realizar. La dificultad dentro de la población en situación de calle reside en agendar las citas médicas y cumplirlas debido a otras prioridades que compiten cuando hay inestabilidad en la vivienda y la falta de optimización de los servicios de atención en salud. (11)

Dentro de este cuidado postconcepcional, la PF es un punto clave del mismo. Según la OMS esta se define como el proceso que *"permite a las personas decidir cuántos hijos tener, si acaso alguno, y determinar los intervalos entre los embarazos. Esto se consigue con el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad."*(12)

El cuidado reproductivo interconcepcional es asociado con tasas reducidas de recién nacidos prematuros, bajo peso al nacer y anomalías congénitas, todas estas condiciones se hallan asociadas a cortos intervalos entre partos. Sabiendo que las mujeres experimentando situación de calle tienen el doble de riesgo de tener embarazos no deseados (un 10%) en comparación a aquellas mujeres con vivienda fija (un 5%). Resulta fundamental reducir el potencial riesgo de embarazos no deseados y cortos períodos entre embarazos.(11)

La estrategia de anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO) es la más efectiva para disminuir el número de embarazos no intencionales, espaciar el tiempo entre nacimientos y disminuir la mortalidad materna e infantil.(13)

Todo esto contribuiría a promocionar embarazos sanos y poder incluso llegar a reducir el círculo de falta de vivienda y mejorar la calidad de vida de la mujer.(11)

## **SISTEMA DE SALUD**

Uruguay cuenta con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) desde el año 2007 donde *"El objetivo principal de este sistema es el acceso universal de la atención en salud a toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano."*(14)

El SNIS está basado en la Atención Primaria en Salud (APS) la cual a través de un enfoque integral tiene por objetivo garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa.(15)

El Primer Nivel de Atención (PNA) según la OMS *"es la puerta de entrada al sistema y el escenario institucional privilegiado para desarrollar la estrategia de*

*APS, que trabaja desde la intersectorialidad para incidir sobre los determinantes sociales en salud, como son el acceso al agua potable, la alimentación suficiente y saludable, la prevención de la violencia de género y de hábitos perjudiciales.”(16)*

Para lograr una buena atención a la mujer embarazada en situación de calle, es fundamental que el sistema de salud tenga el nivel de organización correspondiente para tratarla y facilitar su acceso al mismo, ya sea en las consultas prenatales como en la atención posparto.(17) El sistema de salud debe ser un apoyo para la mujer y no un obstáculo para el sustancial proceso que es el embarazo.

El embarazo en situación de calle es una ventana fundamental para acercar a estas pacientes al sistema de salud. Fomentando una buena atención y mejorando la relación médico-paciente durante todo el proceso.(17)

## **BARRERAS DE LA POBLACIÓN PARA EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD**

A partir de estudios internacionales se identificaron múltiples barreras entre la población de estudio y el sistema de salud. Se destacan las barreras extrapolables a Uruguay.

Desde el punto de vista geográfico se identificaron como barreras la carencia de transporte o largas distancias que involucran desplazarse hasta un centro de salud.(18)

En el ámbito institucional y organizativo no se adecua a las necesidades y especificidades de nuestra población objetivo. Se reconocen instalaciones sobrecargadas de pacientes con largas horas de espera, dificultad para agendar citas en horas convenientes y los tiempos prolongados de coordinación resultan una gran problemática.(19)

Las mujeres que acuden a los centros asistenciales muchas veces exteriorizan experiencias negativas debida a la mala atención y comunicación de parte del equipo de salud. No se sienten abordadas integralmente siendo pre-juzgadas, estigmatizadas, excluidas y estereotipadas.(18)

Las medidas de control estrictas centradas en castigo y restricción durante la atención prenatal tiene un impacto negativo en la relación médico-paciente, generando que estas mujeres sientan desconfianza y se nieguen a empezar o continuar su asistencia social y médica.

Algunas mujeres expresaron que las consultas estaban exclusivamente dirigidas al feto, enfatizando en aspectos estrictamente biológicos. Lo que generaba que estas sean de breve duración y deje en ellas una sensación de impersonalidad, de ser procesadas en lugar de cuidadas.(20)

Los prejuicios sobre la incapacidad de ser madres de las mujeres sin hogar, hacen que las medidas de protección del hijo impliquen la restricción de los derechos de estas mujeres.(18)

Existen diferencias socio-culturales en cuanto a sus creencias tradicionales, locales y prácticas. A modo de ejemplificar, algunas mujeres consideran al embarazo como un "estado saludable", por lo que no encuentran un argumento para asistir a sus consultas médicas.(20) En cuanto a la población migrante suele recibir peor atención, destacando en algunos países la limitante del idioma al momento de acudir a una consulta médica.(18)

A nivel personal, se presentaron ciertos obstáculos como estrés, depresión y cansancio, que llevan a tener actitudes negativas tanto hacia el embarazo como a los cuidados prenatales. La falta de apoyo familiar es un gran factor agravante, generando inestabilidad mental, vergüenza y aislamiento social. Esto se relaciona con un impacto negativo en cuanto a las expectativas y deseos hacia el bebé.(21)

Se hace hincapié en el miedo de estas mujeres a acudir al sistema de salud, ya sea por el temor al examen ginecológico, como por el miedo a la judicialización, que puede derivar en la quita de la tenencia de su hijo.(21)

El bajo nivel de educación sexual es perjudicial en la etapa pre y postnatal. Muchas veces los conceptos aprendidos son erróneos y muchas mujeres no pueden identificar un embarazo hasta percibir cambios drásticos corporales, dificultando el cuidado prenatal y limitando las opciones terapéuticas.(17)

A la hora de acudir a una consulta médica refirieron como prioridad otros problemas como: conseguir alimento, refugio y seguridad personal por sobre su salud. Para estas mujeres acudir a las consultas médicas significa perder tiempo valioso que podrían utilizar para obtener otros recursos de necesidad básica.(17)

## **OBJETIVOS**

Caracterizar la evidencia existente sobre intervenciones de salud en mujeres embarazadas y puérperas en situación de calle.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar intervenciones en salud dirigidas a mujeres embarazadas en situación de calle a nivel internacional con el objetivo de obtener propuestas estratégicas que puedan ser aplicables en Uruguay.
- Identificar las intervenciones de salud dirigidas a mujeres embarazadas en situación de calle en Uruguay.
- Describir qué barreras estructurales y sociales presentan estas intervenciones que dificultan el acceso de las mujeres embarazadas en situación de calle a los servicios de salud.
- Esbozar recomendaciones para mejorar la atención y el apoyo, a las mujeres embarazadas, en situación de calle en Uruguay.

## **METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA**

La estrategia de búsqueda intenta responder a la pregunta de qué intervenciones existen en mujeres embarazadas y puérperas en situación de calle tanto a nivel internacional como nacional.

A partir de esto surgen las siguientes palabras claves: mujeres embarazadas, embarazo, puerperio, personas en situación de calle, políticas de salud pública y planes y programas de salud.

La búsqueda de la literatura se realizó desde abril hasta noviembre del año 2024 y se recabó información de bases de datos tales como Pubmed, Timbó, Scielo, Colibrí, LILACS, Elsevier y Cochrane.

Como primera estrategia de búsqueda se decidió comenzar ingresando 3 descriptores principales "embarazo, puerperio y situación de calle" para lograr una cobertura más amplia. La segunda estrategia de búsqueda tenía como objetivo una búsqueda más específica agregando las palabras claves "políticas de salud pública" y "planes y programas de salud".

Para la selección de artículos se tomaron en cuenta determinados criterios de exclusión. Se comenzó la búsqueda filtrando trabajos académicos publicados previo al año 2014. Una vez realizado el filtro se seleccionaron trabajos por el título y resumen. Finalmente a partir de los artículos obtenidos dos miembros del equipo revisaron cada trabajo llevando a cabo la lectura completa de estos.

Se incluyeron trabajos sin discriminar por el tipo de diseño, país o localidad de origen. Se consideraron trabajos en inglés, español y portugués para garantizar una cobertura amplia y relevante para la revisión.

Se optó por priorizar países latinoamericanos similares demográfica y económicamente a Uruguay que podrían presentar una realidad más cercana a la nuestra.

## **RESULTADOS**

Nuestra búsqueda de la literatura culminó con 1044 trabajos. Se seleccionaron 101 artículos por su título y resumen eliminando los trabajos duplicados para continuar con una lectura completa de los restantes 81 artículos. De estos últimos, 8 se utilizaron en esta revisión. Detalles adicionales de la búsqueda bibliográfica son presentados en el diagrama de flujo en la Figura 1.

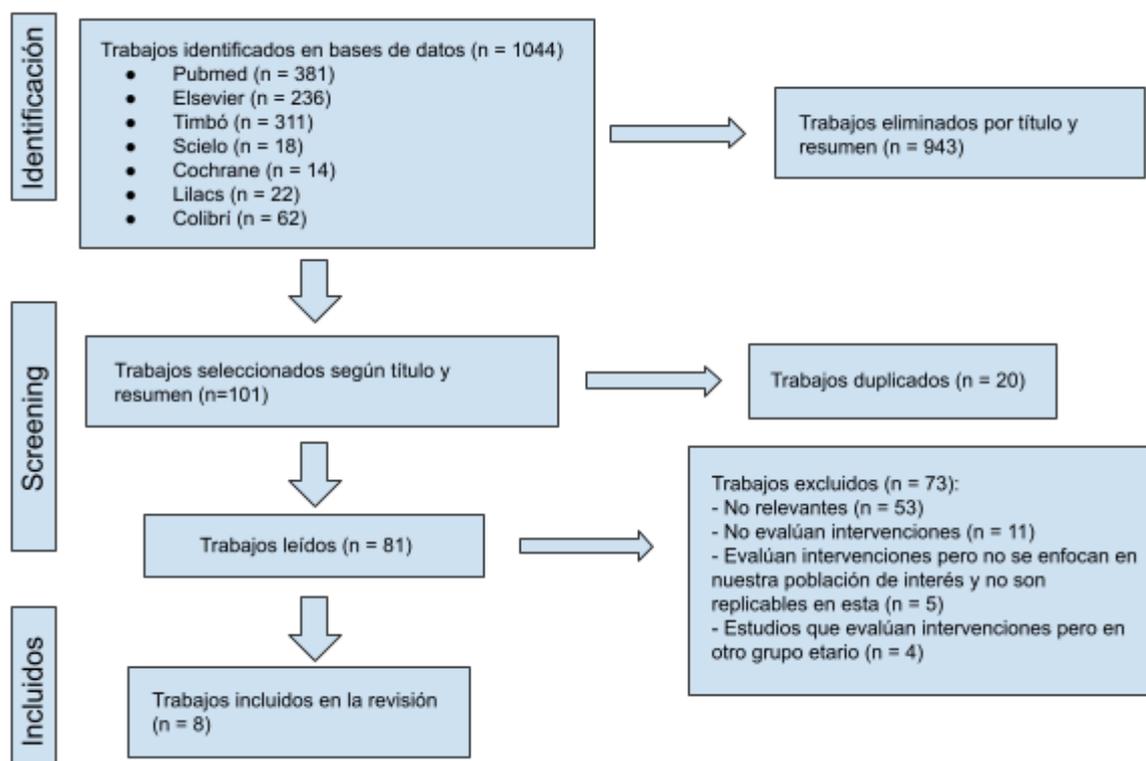


Figura 2. Flujograma de búsqueda

Los estudios incluidos en esta revisión reportaron resultados para intervenciones en mujeres embarazadas o cursando el puerperio en situación de calle o en riesgo de experimentarla.

Las características de los artículos incluidos se pueden observar en el Anexo 1. Dos artículos no se enfocan en nuestra población de estudio. Sin embargo, abordan mujeres con vulneraciones y dificultad para acceder al sistema de salud. Se cree relevante mencionarlas ya que determinadas medidas aplicadas podrían ser utilizadas para fortalecer estrategias existentes en Uruguay dirigidas a mujeres en situación de calle.

### **a) Intervenciones internacionales y sus barreras**

En el anexo 2 se encuentran las intervenciones descritas y categorizadas. Durante el proceso de búsqueda y a través del análisis de los artículos seleccionados, se han logrado identificar intervenciones dirigidas a diversas problemáticas que influyen en la atención en salud de la mujer embarazada o puerpera en situación de calle. Por lo que se decidió agruparlas en diferentes categorías:

#### **- Facilitar el acceso a la consulta**

Dos intervenciones realizadas en Brasil, una en el norte y otra en San Pablo, tomaron como estrategia un "Consultorio en calle" (CC).(18,22)

Este CC tiene como objetivo brindar a la población en situación de calle acceso a una atención en salud integral a través de un trabajo in situ. El equipo del CC a través de un vehículo individual o uno proporcionado por la policlínica realizan una búsqueda activa de personas en situación de calle con el objetivo de identificar aquellas que no acceden al sistema de salud, brindando educación y promoción de prácticas saludables y atención en salud.(18)

Entre los beneficios de esta intervención se destaca la capacidad de facilitar el acceso a una consulta médica en pacientes con dificultades al momento de transportarse hasta un centro de salud o que por otras razones no acuden al sistema de salud. Además, las camionetas se pueden utilizar para transportar a las pacientes a un centro hospitalario de tercer nivel de ser necesario.(18)

Dentro de las limitaciones halladas en estas intervenciones, se destaca que el personal de la salud encontró una gran dificultad para acceder a esta población. La inestabilidad en vivienda e inseguridad que genera vivir en situación de calle hace que las mujeres requieran un cambio de territorio constante, impidiendo así, lograr un seguimiento lineal y adherencia al a la atención. A su vez, debido a

las múltiples vulneraciones por las cuales estas mujeres son atravesadas (por ejemplo uso problemático de sustancia), muchas veces no se encuentran en condiciones de ser atendidas. La inseguridad en ciertas áreas dificulta el acceso del equipo de enfermería, al igual que ciertos factores ambientales como la lluvia, el frío, el calor y condiciones no higiénicas. El contexto y ambiente hostil al que están expuestas las mujeres en situación de calle las lleva a tener un comportamiento violento como forma de sobrevivir generando limitaciones al momento de brindarles la atención necesaria ya que no permiten que el personal de la salud se acerque.(23)

Otra intervención identificada fue el método Búsqueda activa comunitaria (BAC) adaptado a la población de mujeres puérperas o gestantes en Ecuador. El objetivo de esta fue captar a las mujeres que no fueron previamente identificadas por el sistema de salud, realizando visitas puerta por puerta en un área determinada. A partir de esta captación se procedió a hacer un seguimiento de las que presentaron riesgo y se realizó la atención correspondiente. Dentro de las limitaciones se destaca la poca experiencia de esta intervención a nivel mundial, lo que determina una falta de sistematización de la misma.(23)

El Proyecto Homeless Outreach and Medical Education (HOME) es otra de las intervenciones encontradas. Es un recurso de atención médica disponible para la población sin hogar en Hawaii. Cuenta con una clínica gratuita y a su vez utiliza una camioneta para llegar a las áreas rurales de la isla. Se le brinda atención prenatal, posparto, al recién nacido, asesoramiento en lactancia, planificación familiar y servicios de asistencia en un lugar conveniente, seguro y privado, como el hogar, albergue o lugar de refugio de la mujer.(24)

Finalmente se halló una intervención dentro de Australia para madres aborígenes llamada Nurse Family Partnership (NFP) en la cual se realizan visitas domiciliarias desde el embarazo hasta el segundo año del niño, mejorando así la accesibilidad a los servicios de salud.(24)

Dentro de las limitaciones de esta intervención se encontró transitoriedad de las mujeres y la multiparidad. Las condiciones de vidas inestables, genera que la población migre de lugar y sea difícil volver a localizar a estas mujeres para poder cumplir con la visita acordada. La multiparidad de la mujer atendida se percibe como una barrera, ya que muchas veces las enfermeras deben atender a todos los niños, desviándose así del objetivo principal que es la madre y el nuevo bebe.(24)

- **Fortalecimiento de la planificación familiar y anticoncepción en el cuidado postnatal**

Dentro de las intervenciones halladas para fortalecer la planificación familiar (PF) se encontró una revisión que plantea 3 intervenciones: la optimización de la referencia domiciliaria y mapeo de la jurisdicción asignada a través de la orientación y consejería (OYC), la optimización del sistema de vigilancia-monitoreo de las usuarias y de los insumos anticonceptivos, y por último la optimización de la oferta de las atenciones en planificación familiar.(25)

La optimización de la referencia domiciliaria y mapeo de la jurisdicción asignada a través de la OYC tiene como objetivo brindar OYC diferenciada en género por fuera de los servicios de salud, llevadas a cabo por técnicos o agentes comunitarios capacitados. Fortaleciendo así la promoción de la salud sexual y reproductiva (SSyR), disminuyendo la desigualdad y extendiendo estos servicios a poblaciones desatendidas.(26)

Dentro de estas actividades se encuentra el mapeo para identificar y referenciar a los usuarios y potenciales usuarios de PF, disminuyendo las barreras de acceso geográfico. A su vez, la OYC diferenciada en género genera oportunidades de empoderamiento en mujeres. Estas intervenciones realizadas durante la etapa prenatal y el postparto lograron un aumento significativo en el uso de métodos de PF.(25)

Dentro de la optimización del sistema de vigilancia-monitoreo de las usuarias y de los insumos anticonceptivos se hallan dos puntos fundamentales. Uno tiene relación con la prevención y recuperación de las usuarias de PF cuando no asisten a la cita programada. Para esto se implementó el uso de recordatorios telefónicos. El segundo punto busca garantizar la disponibilidad, distribución y entrega de anticonceptivos mediante el fortalecimiento de las cadenas de suministro, la coordinación de proveedores y las actividades de monitoreo y supervisión.(25)

En relación a la optimización de la oferta de las atenciones en PF en caso de ausencia espacial o temporal del principal proveedor responsable, se capacitó al personal de enfermería para realizar las actividades de PF de alta calidad, dentro de ellas la administración de anticonceptivos hormonales y de implantes. A su vez, se recomienda incrementar la oferta de anticonceptivos y aumentar el tiempo de apertura de los consultorios de PF en los centros de salud. Esta estrategia parece eficaz, factible y costo-efectiva, comparada a la atención por parte de médicos.(25)

Dentro de las 3 intervenciones halladas en la revisión se plantean limitaciones por parte de los usuarios, del personal de salud y del sistema de salud.

Los usuarios podrían presentar reticencia a recibir información y compartir experiencias de SSyR y temor de compartir información privada con colaboradores de salud que forman parte de su comunidad. La inequidad de género en la intención de vincular a los varones en las atenciones de PF y SSyR y ciertos aspectos culturales o religiosos podría ser una barrera. El sistema de recordatorios podría generar en las usuarias se sientan invadidas.(25)

En los aspectos vinculados al personal de la salud se encuentran limitaciones tales como: el bajo deseo de capacitarse para realizar las actividades de PF, la desatención de otras tareas para ejecutar la PF y que la alta rotación del personal de salud no permita establecer vínculos sostenidos con la comunidad.

Por último, dentro de las barreras encontradas vinculadas al sistema de salud, se hallan limitaciones presupuestales, de recursos humanos y de gremios profesionales junto con la falta de compromiso de las autoridades locales sanitarias para esta tarea.(25)

En cuanto a la anticoncepción, se encontró un estudio para determinar la asociación entre la inseguridad habitacional y la selección del método anticonceptivo antes y después de la eliminación de su costo. La eliminación de las barreras de costos resultó en una mayor selección de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCS) independientemente del estado de la vivienda. Si bien en un inicio hubo un aumento marcado en el uso de LARCS dentro de la población con vivienda inestable, este se podría asociar a sesgos inconscientes de los proveedores de salud, quienes en algunos casos tienden a priorizar estos métodos de forma coercitiva para las mujeres que viven en la pobreza o sin hogar. Dentro de las limitaciones de esta intervención, se encontró que la falta de conocimiento, recursos, relacionadas con el refugio (almacenamiento y privacidad) y creencias personales son barreras para la provisión integral de anticonceptivos en esta población.(25)

En la intervención CC se le brinda dentro de la consulta ginecológica información a la mujer sobre sus derechos SSyR para que esta pueda ejercerlos. También se le proporciona información adecuada al nivel de comprensión y educación de estas mujeres sobre cómo prevenir un embarazo y qué métodos anticonceptivos son adecuados tomándose en cuenta su efectividad y duración, y cómo adecuarlos a su situación social. En el caso de que la mujer presente deseos de formar una familia

se le otorga orientación sobre PF. A su vez pone en conocimiento a la mujer sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención, mediante educación sexual y el suministro de preservativos. Además, se le ofrece la realización de test de ITS y test de Papanicolaou (PAP), y su respectivo tratamiento en el caso de que haya contraído alguna de estas enfermedades. Como limitación se encontró que el acceso a preservativos puede no alcanzar, ya que es difícil asegurar su correcto uso, debido a la desigualdad de género, vulneraciones que enfrentan estas mujeres y violencia sexual.(22)

A su vez, el proyecto HOME y el NFP también incluyen dentro de sus intervenciones consejería de PF. (24,27)

### - **Adaptación de la consulta a la población de interés**

El bajo nivel de conocimiento y educación en salud son factores perjudiciales para el cuidado pre y posnatal de las mujeres en situación de calle. Las estrategias de educación en salud, realizadas a diario por el equipo de CC, contribuyeron a que estas mujeres embarazadas pudieran acceder a la información sobre condiciones de salud, riesgos y prevención de enfermedades.(22)

En Brasil las mujeres embarazadas en situación de calle se terminan clasificando como embarazos de alto riesgo obstétrico al no contar con un cuidado prenatal adecuado. Por lo tanto, para lograr una monitorización eficiente de la mujer embarazada en situación de calle el personal de la salud tomó como estrategia ofrecer mayor cantidad de consultas prenatales, en intervalos más cortos.(18)

La creación de un vínculo entre las mujeres y las enfermeras resultó ser un pilar fundamental del cuidado que estas proveen, teniendo repercusiones positivas en la adherencia al cuidado prenatal.(22)

Debido a experiencias previas negativas, en el primer contacto con estas mujeres muchas veces se resisten a la atención médica ofrecida. Para lograr acceder a ellas, en un primer acercamiento, el equipo CC intenta generar confianza brindando kits de higiene personal, auto-test de virus de inmunodeficiencia humana, manteca de cacao y preservativos, así como también se les brinda la posibilidad de ir al centro médico y ducharse. Una vez lograda su confianza, se procede a coordinar las consultas médicas pertinentes.(22)

A pesar de las estrategias utilizadas por el personal de salud del CC se

identificaron barreras con respecto a la atención. La captación oportuna del embarazo resultó un desafío a la hora de dar una atención prenatal adecuada. La mayoría de las mujeres gestantes identificadas por el CC se encontraban cursando el tercer trimestre de gestación, por lo que el cuidado prenatal que el equipo era capaz de ofrecer era casi nulo y este finaliza con la derivación a centros de atención secundaria y/o terciaria.(18)

Finalmente, en el norte de Brasil se encuentra una gran cantidad de inmigrantes y personas indígenas con las cuales la comunicación es más difícil constituyendo una barrera extra. Muchas veces estos pacientes se encuentran reticentes a recibir atención médica, ya sea por previas experiencias traumáticas con el sistema de salud o por miedo a ser incomprendidos, juzgados y maltratados por el personal.(18)

El equipo de Refugio le brindó a la mujer un espacio de escucha para que pueda hablar sobre su relacionamiento con las demás mujeres del hogar y los funcionarios. En la atención brindada por el equipo CC en el refugio, se establecieron conversaciones sobre el consumo de drogas en el embarazo, así como el consumo de azúcar durante la gestación y la lactancia y el uso de medicación para la abstinencia. La estrategia para abordar estos temas, no fue la creación de protocolos de restricciones o castigo, sino que se tomó en cuenta que la adicción a la drogas formaba parte de la vida cotidiana de estas mujeres. A partir de esto el personal se centraba en ello como el problema, abriendo espacios de intercambios y educación para poder lograr que estas mujeres se informen y reflexionen sobre el tema generando cambios más allá de los que puede generar una restricción aislada.(28)

Sin embargo, desde la atención brindada en el refugio se encontraron dificultades debidas a: la creación de proyectos únicos para las usuarias, las diversas necesidades y los límites de la institución. Otra dificultad fue la adherencia a la atención brindada. Si bien la mujer permaneció en el refugio los últimos meses de su embarazo, en ocasiones salía del hogar, pasaba la noche afuera y consumía drogas.(28)

Los objetivos de la intervención Nurse Family Partnership (NFP) son mejorar la salud y el desarrollo infantil y alterar el curso de vida materno mejorando la autosuficiencia económica de las madres. Para lograr estos objetivos, se ofrece un plan de estudios prescrito que cubre: prácticas de salud, nutrición/ejercicio, uso de sustancias, salud mental, salud ambiental, PF, rol materno, familia y

amigos. Además, se establece una relación terapéutico-emocional con las madres.(25)

Se encontró como una limitación la falta de involucración del NFP con la comunidad avorigen, la baja alfabetización y conocimiento del inglés, que el entorno doméstico de las mujeres y los bebés no sea el adecuado (falta de privacidad para la madre para poder dialogar de temas sensibles), vivir en condiciones de hacinamiento y experiencias pasadas negativas con los servicios “blancos” y “mainstream” (tradicionales).(25)

### - **Articulación con otras prestaciones sociales**

Se encontró un trabajo que fue realizado a partir de un caso: describe la experiencia de una mujer en un refugio, el curso y control de su embarazo y los cuidados multidisciplinarios adaptados a sus necesidades. Entendiendo el refugio de estas personas como una prestación social y un pilar fundamental para lograr brindarles una atención integral, que no se reduce a lo biológico sino desde un enfoque bio-psico-social.(28)

El nexa entre esta mujer y el refugio fue el equipo CC, el cual le brindó información sobre este y sus características: la libertad con la que ella podía decorar el ambiente, las actividades en las que podía participar y la presencia de un equipo que le iba a brindar apoyo antes y después del parto.(28)

Luego de varios intentos, se logró el acercamiento de esta mujer al refugio, siendo su inserción definitiva recién a los 7 meses de embarazo. Dentro del refugio se le otorgó una habitación propia, se le brindó ropa y productos de cuidado personal para ella y para el bebe. Aquí esta mujer construyó deseos y expectativas sobre el nacimiento del bebé y se logró la creación de un ambiente familiar.(28)

Si bien el proceso de adaptación de esta mujer no fue lineal, se logró construir cambios significativos. Incorporó hábitos de autocuidado, tareas del hogar, talleres de cocina, expresión y de generación de ingresos, desarrolló actividades de ocio y nuevas formas de convivencia. Aspectos que fueron muy importantes en esta mujer quien muchas veces se relacionaba con el placer de forma inmediata, a través del consumo de drogas. A su vez, recibió atención en salud de manera integral por el equipo consultorio en calle, incluyendo: seguimiento en atención primaria, asistencia psicosocial para abordar problemas de alcohol y

otras drogas, así como también, asistencia social. Por lo tanto, la atención otorgada no solo se centró en su embarazo, salud, adicción o situación de vivienda, sino que la atención médica integral brindada por el CC, combinada con las propuestas del refugio, permitió una intervención más amplia e interdisciplinaria que transformó su vida de forma positiva.(28)

Se identificaron barreras en cuanto al acceso al refugio, destacando que la mujer desconocía la existencia del refugio y la falta de confianza que tenía al comienzo sobre la propuesta. Otras limitantes en cuanto al acercamiento de esta mujer al refugio fue su adicción por las drogas, los vínculos que tenía en la calle y el miedo a perder la custodia de su hijo.(28)

El programa HOME es otra de las intervenciones identificadas que articulan la asistencia en salud con otras prestaciones sociales. Se encarga de identificar qué necesidades experimentan estas mujeres integrando los servicios de atención junto con proveedores de salud mental. El rol del médico en esta intervención tiene un rol clave como articulador de estos diferentes servicios. Este programa satisface las necesidades de servicios durante estas visitas domiciliarias, incluyendo referencias médicas, cupones de alimentos, asistencia financiera, educación relacionada con el embarazo, cuidado infantil temprano y servicios de intervención temprana, nutrición, vivienda, transporte y otros servicios necesarios para mejorar la calidad de vida del individuo y su familia. Dentro de esta intervención no se describieron barreras.(27)

Por último se encontró en la estrategia NFP que las enfermeras visitantes a domicilio apoyan la asistencia a las citas prenatales y conectan a los padres con los servicios sociales y de salud comunitarios.(24)

## **b) Intervenciones en Uruguay y sus barreras**

En Uruguay, el organismo encargado de las personas en situación de calle es el MIDES, mediante la Dirección Nacional de Desarrollo Social (DINADES). Este cuenta con diversos programas y proyectos para distintas poblaciones vulnerables.

Podemos dividir estas intervenciones en dos tipos: asignaciones familiares y programas para personas en situación de calle.

Dentro de las asignaciones familiares contamos con dos planes: Plan de Equidad y Tarjeta Uruguay Social (TUS). El Plan de Asignaciones Familiares - Plan de

Equidad (AFAM-PE) tiene el objetivo de mejorar los ingresos monetarios de los hogares en peor situación socioeconómica mediante una transferencia monetaria no contributiva. Al mismo tiempo, busca incentivar la permanencia de niños, niñas y adolescentes (NNA) en el sistema educativo. La población objetivo son embarazadas, niños y adolescentes menores de 18 años o personas en situación de discapacidad que integran hogares vulnerables socioeconómicamente o que se encuentren en establecimientos del INAU.(29)

El MIDES también cuenta con la TUS, destinada a nuestra población de estudio. Tiene como objetivo general asistir a los hogares con mayores dificultades socioeconómicas para acceder a un nivel de consumo básico de alimentos y artículos de primera necesidad.(30)

Se busca que estos hogares mejoren el acceso a alimentos, permitiendo la autonomía en su elección de acuerdo a las características de cada núcleo.(29)

Esta tarjeta se otorga a mujeres embarazadas y puérperas vulneradas económicamente, quienes reciben el "Bono Crianza" y "Bienvenido Bebé".

Los montos de la TUS varían según la situación socioeconómica del hogar, la cual determina si corresponde monto simple o doble y de acuerdo a la integración del hogar, considerando la cantidad de menores de 18 años y embarazadas que viven en él. Los hogares integrados por menores de 4 años o mujeres embarazadas, reciben a su vez, un monto adicional por cada uno de ellos.(29)

En cuanto a los refugios, existen dos aplicables a nuestra población: Calle y Mujeres con NNA. Estos dos programas se complementan con mecanismos de captación, acompañamiento y derivación de la población en situación de calle.(29)

El Programa Calle, cuenta con centros nocturnos para personas mayores de 18 años separados según género. Entre sus objetivos específicos se encuentran: mejorar la estabilidad de los ingresos de la población, permitir el acceso a los servicios de salud, generar y fortalecer las redes de apoyo y facilitar el acceso a soluciones habitacionales. El Programa Mujeres con NNA brinda albergue de 24 horas durante todos los días del año a mujeres con niños y/o adolescentes a cargo que, por distintos motivos, se encuentran de manera permanente en situación de calle.(29)

En los dos programas se comparten los siguientes dispositivos de captación y derivación de personas: Puerta de Entrada Convención, Equipo Móvil y Call Center.(29)

Puerta de Entrada Convención evalúa la situación de las personas que solicitan ingresar en los programas. Las mujeres son entrevistadas y en función a lo recaudado, se realiza una tipología de sus perfiles y son derivadas al centro más adecuado.(29)

El Equipo Móvil tiene como objetivo atender, captar y derivar personas en situación de calle a los servicios que corresponda. Está atendido por técnicos especializados en el abordaje de esta población. En caso de que la persona no quiera ingresar a un centro, el equipo técnico de Equipo Móvil se mantiene en contacto asegurando un seguimiento.(29)

El Call Center es una línea telefónica gratuita mediante la cual la población puede dar aviso de personas en situación de calle. A partir de este contacto el equipo de operadores se encarga de evaluar la situación y, en caso de que corresponda, envía al Equipo Móvil al lugar para derivar el caso a la institución correspondiente. Esta estrategia tiene incorporado un sistema informático que permite la gestión de los "cupos cama" de manera común, transversal y en tiempo real. Así los dispositivos de derivación utilizan esta información para la gestión de los cupos y seguimiento.(29)

Otro programa existente es Uruguay Crece Contigo (UCC), que tiene por objetivo garantizar el desarrollo integral de los niños/as y sus familias, comenzando por la protección a la mujer embarazada. Su población objetivo son hogares con mujeres embarazadas y/o niñas y niños menores de 4 años, priorizando aquellas situaciones que presenten vulnerabilidad social y/o sanitaria.(31)

Este programa cuenta con acciones universales y acciones focalizadas. Dentro de las universales se encuentra la entrega de la Guía para el Buen Comienzo y el Set de Bienvenida, con el objetivo de brindar recomendaciones y prestaciones para el apoyo en el desarrollo integral de los niños/as y garantizar el cuidado adecuado de la mujer embarazada. Las focalizadas se centran en familias vulnerables socioeconómicamente e incluyen un set para la mujer con cunas, un set de apoyo a la lactancia y un set de apoyo a la crianza.

La entrega del Set de Bienvenida se da en instituciones de salud, públicas y privadas, en el último trimestre del embarazo y las Guías se entregan a partir de las 12 semanas de gestación.(31)

Por otro lado, existen organizaciones no gubernamentales (ONG) que abordan a nuestra población de estudio. Un ejemplo es el caso de CEPRODIH (Centro de Promoción por la Dignidad Humana), una asociación civil sin fines de lucro que

tiene por objetivo atender a las familias más vulnerables y de alto riesgo social. Promueven la inclusión económica a través de la capacitación y la inserción al mercado laboral.(32)

Uno de los programas con los que cuenta es el Programa "Por Venir", que tiene por objetivo la atención de mujeres embarazadas que se encuentren en situación de alto riesgo social. Recibe a las mujeres y sus bebés hasta seis meses después de nacidos. El Programa incluye la capacitación y acompañamiento profesional con la atención del niño/a mientras la mujer se capacita y/o trabaja. Además se brinda apoyo material y talleres de apoyo socio-emocional.(32)

## **DISCUSIÓN**

Los hallazgos de esta revisión resaltan 8 intervenciones basadas en la evidencia, las cuales podrían adaptarse y ser aplicadas en Uruguay para fortalecer la atención a las mujeres embarazadas y puérperas en situación de calle.

Las intervenciones destacadas para aplicar en Uruguay tienen como objetivos facilitar el acceso a la consulta, fortalecer la PF y anticoncepción, adaptar la consulta según las necesidades de estas mujeres e integrarla con otras prestaciones para facilitar el acceso a la salud en esta población.

Las intervenciones que implementan estrategias para facilitar la accesibilidad tienen como pilar común llevar la consulta a la paciente. Se destaca el uso de un vehículo para trasladar al equipo hasta la paciente, así como la búsqueda activa de mujeres que requieran atención. Esta estrategia puede ser realizada por estudiantes del área de la salud o voluntarios capacitados. Para su aplicación en Uruguay se debe considerar que una gran parte de esta población se encuentra en el municipio B de Montevideo. Resulta de una acción costo-efectiva fácil de aplicar.

Dentro de las intervenciones dirigidas al cuidado postconcepcional y al fortalecimiento de la PF, destacamos la búsqueda activa de mujeres que requieran OYC familiar, realizada por agentes comunitarios capacitados, para lograr llevar estos servicios a poblaciones desatendidas y de difícil acceso geográfico.

Para asegurar la disponibilidad de la oferta anticonceptiva se plantea realizar una evaluación exhaustiva de los mecanismos de entrega y distribución, buscando fallas e ineficiencias. A su vez, es necesario que su oferta sea completa, para que

la mujer tenga la libertad de elegir su método de preferencia y que su decisión no esté limitada por una escasa variedad de opciones.

Con el objetivo de aumentar la oferta de los servicios de PF, se destaca como estrategia que el personal de enfermería reciba una capacitación para poder educar, administrar y colocar los métodos anticonceptivos y fortalecer el rol de las obstetras-parteras. Así como también, se resalta como medida útil la ampliación del horario de apertura de los consultorios, como consultorios vespertinos, permitiendo a las mujeres acudir a la consulta en horarios más convenientes para ellas.

En las intervenciones dirigidas a adaptar la consulta según las necesidades de las mujeres, se hace hincapié en la educación de las pacientes sobre sus derechos sexuales y reproductivos, empoderándolas con conocimiento para así poder ejercerlos.

Se incentiva la promoción de la salud a través de un equipo capacitado, utilizando un lenguaje claro y adaptado al nivel educativo de cada mujer. Flexible hacia las diversas vulnerabilidades y comorbilidades que a estas involucran. A su vez, realizar consultas más frecuentes en intervalos más cortos, teniendo en cuenta que es un proceso paulatino para lograr que las mujeres se sientan cómodas y confiadas.

Es necesario enfatizar la importancia del vínculo estrecho médico-paciente. Al ser una población vulnerada, requieren personal educado y entrenado que sea capaz de flexibilizar su trabajo a su entorno para lograr una atención de calidad basada en el respeto, la confianza y la empatía.

En relación a la articulación con otras prestaciones sociales se destaca que en múltiples intervenciones el personal de la salud conecta a la mujer con otros servicios sociales ya sea en el refugio, visita domiciliaria o consulta.

Es fundamental garantizar una atención global que no solo aborde sus necesidades de salud. La integración de actividades recreativas, desarrollar nuevos hábitos de autocuidado, habilidades para el hogar, talleres que en un futuro serán útiles para la generación de ingresos; ofrecen un camino para que las mujeres experimenten nuevas formas de convivencia y se alejen de patrones destructivos que muchas veces buscan como forma de gratificación inmediata. A través de la participación activa en espacios de diálogo y convivencia, estas mujeres pueden formar redes de apoyo con otras usuarias y referentes logrando un ambiente de comunidad.

Estas intervenciones multidisciplinarias abordan también diversas necesidades de las mujeres al proporcionar acceso a recursos y servicios esenciales.

Para implementar estas estrategias, se deben evaluar los beneficios y perjuicios para las personas involucradas, el uso de recursos, costos económicos, adaptaciones necesarias, posibles barreras y las opiniones y experiencias de los implicados, ya que estos factores afectan la efectividad de las intervenciones.

Al investigar intervenciones dirigidas a nuestra población en Uruguay, se evidencia una escasez de proyectos. No existen intervenciones específicas para embarazadas en situación de calle que no sean el acceso a refugios o asignaciones familiares monetarias.

El sistema de salud en Uruguay tiene múltiples debilidades al momento de asistir a una mujer en situación de alta vulnerabilidad; de las cuales se destaca la imposibilidad de abordarlas desde una perspectiva longitudinal. Esto se debe a la falta de un mecanismo formal de referencia y contrarreferencia que se de en la práctica con la rapidez necesaria y la articulación adecuada entre los diferentes servicios sociales y de salud.(19)

A raíz de esta problemática, la Clínica Ginecotocológica A ha desarrollado recientemente la Unidad Obstétrica de Continuidad Asistencial Especializada. Esta plantea implementar un seguimiento personalizado para esta población específica a través de un dispositivo híbrido de atención presencial y de telemedicina con vínculo directo con los equipos del PNA. Su objetivo principal es fortalecer la conexión entre el nivel hospitalario y el PNA, con el fin de mejorar la calidad de atención y la seguridad de las pacientes.(19)

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Se evidenciaron múltiples intervenciones internacionales que aplicaron medidas en el curso del embarazo y puerperio de la mujer en situación de calle, que podrían extrapolarse a la situación en Uruguay, fortaleciendo las intervenciones nacionales.

Un estudio más detallado de la población resulta indispensable para la actualización de las intervenciones nacionales existentes.

Es necesario que el sistema de salud y las prestaciones sociales trabajen de forma articulada para lograr un abordaje longitudinal, ininterrumpido, que se adapte a esta situación social particular con múltiples vulneraciones.

La ausencia de un abordaje específico destinado a la población de interés perpetúa las vulneraciones profundizando las desigualdades.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Racz A. Mujer amamantando. 1949.
2. Schiavi CEN, Micheletti VCD, Maffaccioli R, Padoin SMDM, Ramos AR, Vieira LB. Vulnerabilities among homeless women experiencing pregnancy, childbirth and puerperium. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220384.
3. Ministerio de Desarrollo Social [Internet]. [cited 2024 May 28]. Relevamiento de personas en situación de calle en Montevideo en 2023. Resumen. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/rrelevamiento-personas-situacion-calle-montevideo-2023-resumen>
4. Guía de cuidado y acompañamiento a personas en situación de calle que atraviesan consumos problemáticos de sustancias psicoactivas [Internet]. [cited 2024 May 29]. Available from: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia\\_personas\\_en\\_situacion\\_de\\_calle\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_personas_en_situacion_de_calle_0.pdf)
5. Informe Censo calle 2020 - Set.2020\_20200919.pdf.
6. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2024 Nov 16];2016(3). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010994.pub2>
7. MSP. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio [Internet]. 2014. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>
8. Borghi G, Caillet P, Devriendt S, Lebeaupin M, Poirier M, Poveda JD. The perceived impact of homelessness on health during pregnancy and the postpartum period: A qualitative study carried out in the metropolitan area of Nantes, France. *Kassa ZY*, editor. *PLOS ONE*. 2023 Feb 1;18(2):e0280273.
9. Sobrero H, Mattos MJ, De los Santos D, Ferreira D, Gama V, Gambini F, et al. Sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2020-2021. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2023 Dec 1;94(02).
10. Gilmore E, Duncan K, Ades V. Homelessness in Pregnancy and Increased Risk of Adverse Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *J Urban Health*. 2024 Apr;101(2):383–91.
11. Galvin AM, Lewis MA, Walters ST, Thompson EL. Homelessness in the Perinatal Period and Associations With Reproductive Interconception Care: 2016-2019 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Public Health Reports*. 2024 Jul;139(4):458–66.
12. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción. [cited 2024 Nov 16]. Anticoncepción. Available from: <https://www.who.int/es/health-topics/contraception>
13. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Orrigo AB, Messina A. Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en

- los servicios de salud. 2021.
14. Guerra AA, Mora AS, Carrillo AR. Sistema Nacional Integrado de Salud.
  15. Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 [cited 2024 May 29]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay>
  16. Organization WH, Fund (UNICEF) UNC. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. 2018 [cited 2024 May 28]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/328065>
  17. McGeough C, Walsh A, Clyne B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis. *Health Soc Care Community*. 2020 Sep;28(5):1380–93.
  18. Barbosa NG, Netto KC, Mendes LMC, Gozzo TDO, Jorge HMF, Paiva ADCPC, et al. Accessibility to prenatal care at the Street Outreach Office: nurse perceptions in northern Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(suppl 2):e20240090.
  19. Clínica Ginecológica A - CHPR. Unidad Obstétrica de Continuidad Asistencial Especializada. 2024.
  20. Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Nov 14 [cited 2024 Nov 16];2018(11). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012505.pub2>
  21. Azarmehr H, Lowry K, Sherman A, Smith C, Zuñiga JA. Nursing Practice Strategies for Prenatal Care of Homeless Pregnant Women. *Nurs Womens Health*. 2018 Dec;22(6):489–98.
  22. Barbosa NG, Hasimoto TM, Michelon TM, Mendes LMC, Santos GGD, Monteiro JCDS, et al. Attention to Women’s Sexual and Reproductive Health at the Street Outreach Office. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 1;19(17):10885.
  23. Calle Roldán J, Acuña C, Ríos P. Método de búsqueda activa comunitaria para la captación de gestantes y puérperas en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. 2017 May 15;41:1.
  24. Zarnowiecki D, Nguyen H, Catherine Hampton, Boffa J, Segal L. The Australian Nurse-Family Partnership Program for aboriginal mothers and babies: Describing client complexity and implications for program delivery. *Midwifery*. 2018 Oct;65:72–81.
  25. Carmona G, Aspilcueta J, Cárdenas U, Flores S, Álvarez E, Solary L. Intervenciones para optimizar la oferta de métodos modernos de planificación familiar en la región tropical de Loreto, Perú. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 2016 Jun 30 [cited 2024 Nov 16];15(30). Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17159>
  26. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, Van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 Mar 17 [cited 2024 Nov 16]; Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004015.pub3>
  27. Kurata N, Minton L, Del Priore D, Merino D, Miller C, Lee MJ. An Interim Report on the Provision of Prenatal Care for Pregnant Mothers Experiencing

- Homelessness in Hawai'i. 2020 May 1;
28. Mulheres em situação de rua: uma perspectiva de cuidado singularizado, territorial e intersetorial. Rev Psicol UNESP [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 16];19(nspe). Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-9044202000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-9044202000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  29. DINEM, MIDES. INFORME MIDES SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS 2015-2016 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/informe-mides-seguimiento-evaluacion-actividades-programas-2015-2016>
  30. MIDES. Ministerio de Desarrollo Social. [cited 2024 May 29]. Tarjeta Uruguay Social (TUS). Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/politicas-y-gestion/programas/tarjeta-uruguay-social>
  31. MIDES. Prestaciones Uruguay Crece Contigo. 2023.
  32. CeprodiH. ¿Qué es CeprodiH? [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 16]. Available from: <https://ceprodih.org/que-es-ceprodih/>

## **ANEXOS:**

### **Anexo 1: Tabla de extracción de datos**

TÍTULO	AUTOR	AÑO	REVISTA	METODOLOGÍA
Accessibility to prenatal care at the Street Outreach Office: nurse perceptions in northern Brazil	Barbosa NG, Netto KC, Mendes LMC, Gozzo TO, Jorge HMF, Paiva ACPC, et al.	2024	Brasileira de Enfermagem (REBEn)	Estudio cualitativo, con análisis basado en el concepto de accesibilidad. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 11 enfermeros que trabajan en Consultorio en la Calle en el Norte de Brasil.
Attention to Women's Sexual and Reproductive Health at The Street Outreach Office	Barbosa, N.G.; Hasimoto, T.M.; Michelon, T.M.; Mendes, L.M.C.; Santos, G.G.d.; Monteiro, J.C.d.S.; Gomes-Sponholz, F.A.	2022	International Journal of Environmental Research and Public Health	Estudio cualitativo desarrollado en la modalidad II de la Oficina de Consultorio en Calle, compuesto por un equipo multidisciplinario que trabaja de forma itinerante en varias ubicaciones de una gran ciudad en el interior del estado de São Paulo, Brasil. Se utilizaron los Criterios Consolidados para Informes de Investigación Cualitativa (COREQ) para guiar el estudio.
Mulheres em situação de rua: uma perspectiva de cuidado singularizado, territorial e intersectorial	Caroline Ferreira Jorge, Éllen Cristina Ricci	2020	REVISTA DE PSICOLOGIA DA UNESP	Estudio cualitativo, descriptivo. Se utilizó el diario de campo como herramienta para grabación y análisis de reuniones entre Equipos del CnaR con mujeres embarazadas sin hogar, saliendo de la experiencia del autor como partícipe.
The Australian Nurse-Family Partnership Program for aboriginal mothers and babies: Describing client complexity and implications	Dorota Zarnowiecki, Ha Nguyen, Catherine Hampton, John Boffa, Leonie Segal	2020	Australian and New Zealand Journal of Public Health	Estudio observacional, sobre los datos del Programa de Asociación de Enfermeras y Familias de Australia recopilados mediante formularios de datos estandarizados por enfermeras durante las visitas domiciliarias durante el embarazo.

for program delivery

The Effect of a No-Cost Contraceptive Initiative on Method Selection by Women with Housing Insecurity	Gawron LM, Simmons RG, Sanders JN, Myers K, Gundlapalli AV, Turok DK.	2020	Contraception	Estudio transversal, cohortes prospectivos. Esta evaluación transversal incluye a 4,327 participantes en edad reproductiva del HER Salt Lake Contraceptive Initiative que buscaron nuevos servicios anticonceptivos y reportaron su situación de vivienda al inscribirse.
An Interim Report on the Provision of Prenatal Care for Pregnant Mothers Experiencing Homelessness in Hawai'i	Kurata N, Minton L, Del Priore D, Merino D, Miller C, Lee MJ.	2020	HAWAII JOURNAL OF HEALTH & SOCIAL WELFARE	El proyecto de mejora de procesos y calidad dentro de University Health Partners of Hawai'i (UHP) un plan de salud local sin fines de lucro.
Método de búsqueda activa comunitaria para la captación de gestantes y puérperas en Ecuador	Jakeline Calle Roldán, Cecilia Acuña y Paulina Ríos	2017	Panam Salud Pública	Estudio descriptivo transversal de la información obtenida de la aplicación de la BAC de mujeres gestantes y puérperas en las áreas de influencia geográfica de 200 establecimientos de atención primaria del Ministerio de Salud Pública de Ecuador.
Intervenciones para optimizar la oferta de métodos modernos de planificación familiar en la región tropical de Loreto, Perú	Carmona, G., Aspilcueta, J., Cárdenas, U., Flores, S., Álvarez, E., & Solary, L.	2016	Gerencia Y Políticas De Salud	Revisión bibliográfica sobre intervenciones que puedan optimizar el acceso y uso de métodos anticonceptivos modernos en localidades como Loreto. Esta representa el soporte del problema de estudio, de donde se rescata la calidad y la profundidad en relación con los aportes y tendencias en la optimización de la oferta de dichos métodos.

## Anexo 2: Tabla de intervenciones

<u>Nombre de la intervención</u>	<u>País donde se realiza</u>	<u>Población objetivo</u>	<u>Descripción</u>	<u>Categorías que abarca</u>
<b>CONSULTORIO EN CALLE (CC) (18,22)</b>	Brasil	Población en situación de calle	Tiene como objetivo ofrecer una atención integral en salud mediante un enfoque de trabajo directo en el lugar. El personal de salud está compuesto por psicólogos, enfermeras y asistentes sociales. En vehículo, se realiza una búsqueda activa de personas en situación de calle identificando a aquellas que no tienen acceso al sistema de salud. A su vez, brindan educación, atención y promoción de la salud. Soluciona el acceso a la consulta médica y traslados a centros hospitalarios en caso de ser necesario; y ofrece a las mujeres acudir a otras prestaciones sociales. Destaca la consulta ginecológica, en la mujer en situación de calle, como puerta de entrada al sistema de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Facilitar el acceso a la consulta</li> <li>. Adaptación de la consulta a la población de interés</li> <li>. Articulación con otras prestaciones sociales</li> </ul>
<b>BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA (BAC) (23)</b>	Ecuador	Mujeres gestantes o puérperas sin seguimiento del sistema de salud	MSP de Ecuador en 2015 aplica una intervención con el objetivo de detectar a las mujeres, se realizan visitas puerta a puerta en un área específica. El equipo está formado por líderes comunitarios, estudiantes universitarios de ciencias de la salud y miembros del gobierno. A partir de lo recabado en las visitas, se lleva a cabo un seguimiento personalizado de aquellas que presentan riesgos durante el embarazo o el puerperio; brindándoles atención y las intervenciones correspondientes en cada caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Facilitar el acceso a la consulta</li> </ul>
<b>PROYECTO HOME (27)</b>	Hawaii	Población sin hogar, específicamente embarazadas	Dispone de una clínica gratuita y de una camioneta equipada para llegar a las áreas rurales de la isla, logrando atender a poblaciones segregadas con dificultades para acceder a los servicios de salud. Es llevado a cabo por personal de salud como enfermeras, parteras, médicos. Proporcionan atención prenatal, posparto, cuidado del recién nacido, apoyo en prácticas de lactancia, planificación familiar y otros servicios de asistencia integral. En un periodo de 3 meses, 10 mujeres fueron inscritas en el programa de cuidado prenatal y continuaron su participación durante la gestación. El equipo a cargo logra brindar asistencia médica, identificar las necesidades, situaciones complejas e integrarlas con los servicios de coordinación de atención y salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Facilitar el acceso a la consulta</li> <li>. Articulación con otras prestaciones sociales</li> <li>. Fortalecimiento de la planificación familiar y anticoncepción en el cuidado postnatal</li> </ul>

<b>NURSE FAMILY PARTNERSHIP (NFP) (24)</b>	Australia	Madres aborígenes	<p>Un equipo de enfermeras realiza visitas domiciliarias desde el embarazo hasta los 2 años del niño. Tiene el objetivo de acompañar y atender la salud y el desarrollo materno-infantil. Desde un abordaje integral se les ofrece educación y planes de estudio con el fin de promover la autosuficiencia económica de las madres.</p> <p>Las enfermeras visitantes a domicilio apoyan la asistencia a las citas prenatales y contactan a las mujeres con los servicios sociales y de salud comunitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Facilitar el acceso a la consulta</li> <li>. Adaptación de la consulta a la población de interés</li> <li>. Articulación con otras prestaciones sociales.</li> <li>. Fortalecimiento de la PF y anticoncepción en el cuidado post natal</li> </ul>
<b>REFUGIO (28)</b>	Brasil	Mujeres embarazadas en situación de calle	<p>Trabajo realizado a partir de un caso: una mujer embarazada sin hogar que fue asistida por un equipo consultorio en calle, el cual le brindó atención y la posibilidad de acudir a un refugio materno-infantil. El trabajo describe la experiencia de esta mujer en su adaptación a la vida en el refugio, el curso y control de su embarazo y los cuidados multidisciplinarios adaptados a sus necesidades que le fueron brindados en este.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Articulación con otras prestaciones sociales</li> </ul>
<b>FAMILY PLANNING (25)</b>	Perú	Comunidad de Loreto	<p>La intervención se dirige a comunidades rurales en Loreto, Perú, que carecen de acceso a métodos modernos de planificación familiar. Su objetivo es aumentar la disponibilidad y el uso adecuado de estos métodos a través de estrategias educativas, capacitación del personal de salud y garantizar un suministro regular de los productos. La iniciativa pretende movilizar a la población para que exija sus derechos reproductivos a través de la eliminación de barreras culturales y logísticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Fortalecimiento de la planificación familiar y anticoncepción en el cuidado postnatal</li> </ul>
	Estados Unidos	Mujeres en situación de calle y mujeres con vivienda fija	<p>La intervención se dirige a mujeres, eliminando los costos de los métodos anticonceptivos y comparando sus decisiones una vez que esta barrera ha sido eliminada. De esta forma busca empoderarlas y hacerlas partícipes de su salud reproductiva y elección de estos.</p>	