



## Proyecto MM LAC COVID

### REPORTE FINAL INTEGRADO

### EQUIPO CHILE

Julio 2022



## Índice

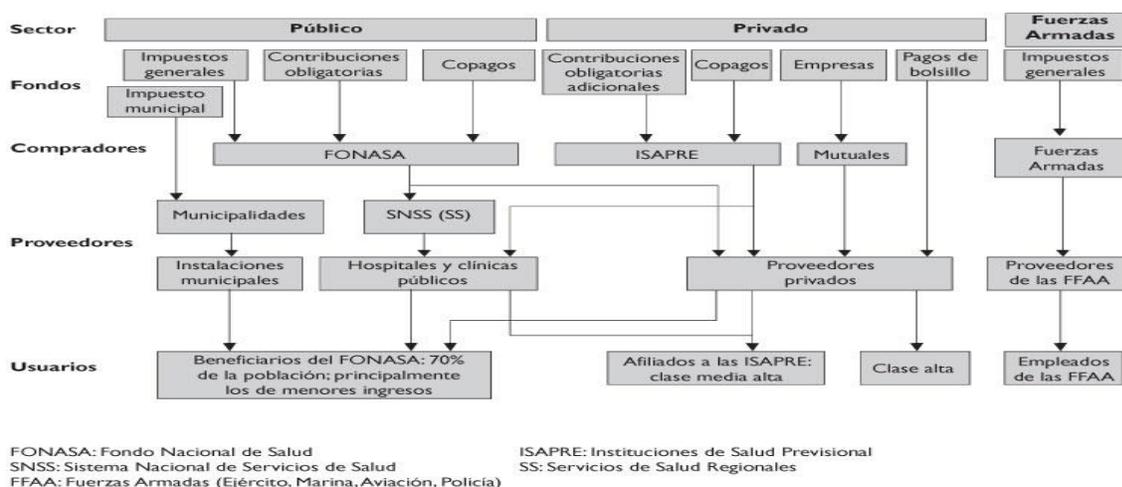
Presentación del informe:	3
1. Objetivo del reporte integrado	4
2. Metodología	4
2.1 Análisis documental	5
a. Descripción del corpus analizado	5
b. Descripción del trabajo realizado con los documentos	6
Proceso y dificultades del trabajo de campo” (escritorio).	6
2.2. Entrevistas a decisores, proveedores, familias	6
a. Descripción de la muestra	6
b. Descripción del trabajo de campo	9
3. Resultados cualitativos de las diversas fuentes	10
4. Síntesis de fuentes	17
5. Lecciones aprendidas	23
Figura 2. Fenómeno de Mortalidad Materna en pandemia COVID19, sus interacciones con el contexto, medidas, condiciones intervinientes, consecuencias y factores asociados, según análisis integrado.	27
Anexos	28
ANEXO 1:	28
a. Tabla 1	28
ANEXO 2:	31
Tabla 2	31

## Presentación del informe:

El presente informe es la respuesta a un producto de investigación de análisis integrado correspondiente a los hallazgos de Chile, en el contexto de un estudio multicéntrico que responde al propósito de informar el desarrollo de políticas/estrategias y/o lineamientos nacionales para mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud a las barreras de acceso y calidad de la atención de los eventos obstétricos que afectan a las gestantes, los fetos y/o los recién nacidos en el contexto de la pandemia de COVID-19, a través de la acción de incidencia y asistencia técnica de los comités nacionales de la Vigilancia y Respuesta a la Muerte Materna.

Para la interpretación de este informe es necesario comprender la estructura del sistema de salud en Chile, el cual se encuentra organizado en un sector público y privado más Fuerzas Armadas, como se puede observar en la siguiente figura:

**Figura 1. Organización del sistema de salud en Chile<sup>1</sup>**



Fuente: modificado de referencia 1

El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él. El sector público se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos que se reúnen en el FONASA. La prestación de servicios públicos está a cargo del SNSS, con su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria. En ocasiones el FONASA contrata los servicios de proveedores privados. El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17,5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. De manera paralela, tres mutuales ofrecen protección a sus afiliados (1,5% de la población) contra accidentes laborales y enfermedades profesionales. Las mutuales proveen atención en sus propias instalaciones. Los chilenos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de servicios. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud.

<sup>1</sup> Becerril-Montekio Víctor, Reyes Juan de Dios, Manuel Annick. Sistema de salud de Chile. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2022 Jul 21]; 53( Supl 2 ): s132-s142. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-3634201100080009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-3634201100080009&lng=es).



El sector público asegura a más del 78% de la población, el sector privado que da cuenta del 14,4% y los subsistemas de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad que cubren al 3% restante de la población. Cada uno de estos componentes se estructura y organiza a partir de diversas leyes y normativas, existiendo, además, interacciones entre todos ellos, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual es considerado por ley como el Nivel Central de toma de decisiones en Salud. De él dependen los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Superintendencia de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST).

En términos de prestadores de servicios, la prestación de servicios es mixta; la gran mayoría de los establecimientos de atención primaria de salud dependen administrativamente de los municipios, mientras los hospitales están bajo la dirección de los Servicios de Salud. La atención de salud está regulada por normativas enmarcadas en los programas establecidos por el Ministerio de Salud. Estos programas definen coberturas, frecuencia o periodicidad de los contactos entre usuarios y prestadores de atención, así como responsabilidades por nivel de atención del sistema. La regulación sanitaria sobre los establecimientos de salud del sector público es responsabilidad de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de cada Región, considerada como autoridad sanitaria regional.

## 1. Objetivo del reporte integrado

El presente reporte tiene como objetivo integrar los procesos del trabajo de campo, resultados cualitativos, y lecciones aprendidas del proceso de investigación realizado en Chile, para responder a la pregunta de investigación: ***¿Cómo las políticas/estrategias sanitarias impulsadas para dar respuesta a la pandemia por COVID-19 han afectado la disponibilidad, el acceso, utilización y la calidad de los servicios de salud materna, perinatal y de salud reproductiva?***

## 2. Metodología

El estudio tiene 4 componentes que utilizan metodología cualitativa: análisis documental con revisión de textos, y otros tres que utilizan relevamiento de información primaria a través de entrevistas a diversos actores clave (proveedores, decisores y familiares o allegados de las mujeres que fallecieron por causas maternas).



Este es un reporte integrado de los 4 componentes cuyo material de base son los reportes ya elaborados con la información proveniente de cada fuente.

## 2.1 Análisis documental

### a. Descripción del corpus analizado

Se presenta en tabla integrada los tipos de documentos considerados en el análisis documental según fueran nuevo/viejo, general/específico, mandatorio/no mandatorio (números y %).

Tipo documento	Nuevo	General	Específico	Órgano de Aplicación	Otro	Mandatorio*	Pseudo Mandatorio**	No mandatorio***	Subtotales
ASESORÍA TÉCNICA PARLAMENTARIA	1	1	0	MINSAL (1)	0	0	0	1	1
GUÍA PLAN DE ACCIÓN	1	1	0	MINSAL (1)	0	0	1	0	1
INFORME TÉCNICO	1	0	1	MINSAL (0)	1	0	0	1	0
ORIENTACIÓN TÉCNICA	6	3	3	MINSAL (6)	0	0	6	0	6
PROTOCOLO	7	2	5	MINSAL (7)	0	0	7	0	7
LEY	2	1	1	MINSAL (0)	2	2	0	0	2
RESOLUCIÓN ORDINARIO	1	0	1	MINSAL (1)	0	0	1	0	1
<b>Total (N)</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>19</b>
<b>(%)</b>	<b>100%</b>	<b>42,1%</b>	<b>57,9%</b>	<b>84,2%</b>	<b>15,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>79%</b>	<b>10,5%</b>	<b>100%</b>

\*Según el marco administrativo de Chile (DFL 1); los documentos mandatorios para los proveedores de salud son los que se definen explícitamente como leyes, reglamentos, decretos y normas técnicas.

\*\*Las instrucciones directas emanadas desde Nivel Central que pueden estar descritas en circulares u ordinarios, recomendaciones, orientaciones técnicas y protocolos, son consideradas vinculantes o de alta prioridad de consideración por las direcciones de servicios de salud según DFL1, siendo dichas direcciones quienes gestionan en forma autónoma los recursos y decisiones locales de aplicación. A estos documentos se les considera en el contexto de este estudio como pseudo mandatorios.



## **b. Descripción del trabajo realizado con los documentos**

### **Proceso y dificultades del trabajo de campo” (escritorio).**

El proceso de búsqueda y análisis de documentos se realizó desde el 31 de noviembre de 2021 y concluyó el 27 de diciembre 2021. La búsqueda. El equipo a cargo de la gestión y análisis del componente de análisis documental estuvo compuesto por dos matronas académicas del departamento de promoción de salud de la mujer y recién nacido de la Universidad de Chile, Socio implementador de UNFPA, un profesional Magister en Ciencias Sociales Mención Sociología de la Modernización de la Universidad de Chile y un matron, con adscripción tanto al departamento de promoción de salud de la mujer y recién nacido de la Universidad de Chile y al Ministerio de Salud de Chile.

## **2.2. Entrevistas a decisores, proveedores, familias**

### **a. Descripción de la muestra**

- Muestra teórica y empírica

La muestra total recabada para Chile fue de 21 personas.

La muestra considerada en el protocolo general para decisores fue distribuida así: 2 directores de hospital/ maternidad; 2 coordinadores de programas de salud materno perinatal y de salud reproductiva; 1 decisor de alto nivel; 1 integrante de comité de MM; 1 integrante de comité de mortalidad perinatal. A su vez la muestra de proveedores consideraba 3 enfermeras (al menos una de área rural); 3 parteras (al menos una de área rural); 4 médicas/os obstetras (al menos una/uno de área rural) o, 5 Matronas/parteras/enfermeras (ya que no todos los países tienen matronas) + 5 Médicos/obstetras. Por su parte, la muestra para familiares/allegados de personas fallecidas consideró: familiares/allegados de mujeres fallecidas con COVID (=10) distribuidas según edad: <20 años= al menos 1; >=20 años = 3; Urbano=2, Rural=al menos 2; Lugar de fallecimiento= al menos 1 no institucional. Se consideran, además, condiciones ligadas a etnia/raza/inmigrante. **No COVID** (=10) Según edad <20 años= al menos 1; >=20 años = 3; Urbano=2; Rural= al menos 2; Lugar de fallecimiento= al menos 1 no institucional. Se considerarán, además, condiciones ligadas a etnia/raza/inmigrante.

Sin embargo, la muestra de decisores y proveedores fue adaptada al contexto chileno contemplando, en el caso de decisores, a 2 decisores de alto nivel o nivel central, 3 decisores



territoriales coordinadores de programas de salud materna y/o salud reproductiva y 2 jefes de maternidad, uno de ellos integrante de Comité Local de mortalidad materna: Por su parte, en relación a proveedores, debido a que en Chile no existen parteras y que las matronas son quienes prestan atención en Salud materna y perinatal y Salud Reproductiva, la muestra consideró: dos matronas de área rural, tres matronas de área urbana, dos médicos generales de zona (quienes se encargan de atender a las gestantes con morbilidades en la atención primaria en áreas rurales), tres médicos especialistas en zonas urbanas, cuyo perfil se observa en la tabla contigua. En relación con la muestra de familiares/allegados de personas fallecidas, se consideró que la muestra teórica, así como el tamaño muestral respondiera a lo señalado en el protocolo general, sin embargo, debido a diversas complejidades explicadas más adelante en el presente reporte, la muestra fue empírica y quedó conformada por 4 familiares de mujeres que tuvieron la distribución señalada en la siguiente tabla.

Código	Perfil
Decisores	
D1	MT. Decisor de alto nivel. Su relevancia para la entrevista se ajusta en su rol para la reorganización de los servicios de <b>atención abierta</b> .
D2	MT. Decisor de alto nivel. Su relevancia para la entrevista se ajusta en su rol para la reorganización de los servicios de <b>atención cerrada</b> .
D3	MT. Decisor a Nivel local. En macrozona centro norte; en el curso de la pandemia se pudo alertar de cepas de COVID-19 diferentes al comportamiento nacional; además territorialmente posee sectores urbanos y rurales.
D4	MT Decisor a Nivel local. La Región de Tarapacá tuvo durante el 2020-2021 una importante crisis migratoria, con impacto desconocido en MM.
D5	MT. Decisor a Nivel local. Representación geográfica de la Mortalidad Materna
D6	MT. Decisor a Nivel local. Según criterios de cuota, decisor directo en el servicio de obstetricia y ginecología. Integrante comité MM
D7	Muestra T: Decisor a nivel local. Según criterios de cuota, decisor directo en el servicio en el servicio de obstetricia y ginecología
Proveedores	
P1	Muestra teórica. Matrona de un CESFAM rural macrozona norte
P2	Muestra teórica. Matrona de Hospital de Alta complejidad macrozona Norte
P3	Muestra teórica. Matrona de partos del Hospital macrozona Central
P4	Muestra teórica. Matrona de Unidad quirúrgica, partos
P5	Muestra teórica. Matrona de sector rural macrozona sur
P6	Muestra teórica. Médico de Hospital de baja complejidad
P7	Muestra teórica. Médico especialista Hospital Zona Norte

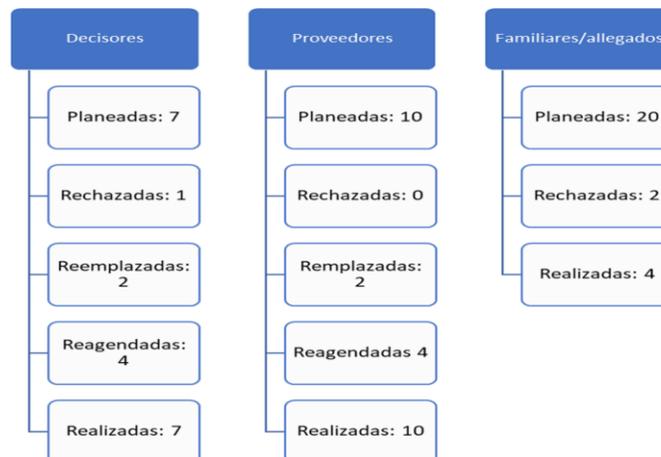
P8	Muestra teórica. Médico especialista Hospital Región Metropolitana
P9	Muestra teórica. Médico especialista Hospital Zona Sur
P10	Muestra teórica. Médico general de zona de atención primaria.
Familiares	
FMM1	Primípara, extranjera, 26 años, MM puerperio 19 días, mayo 2020
FMM2	Primípara, chilena, 19 años, MM tardía 06 enero 2021
FMM3	Múltipara, chilena, 28 años, MM puerperio 15 días, 9 octubre 2020
FMM4	Múltipara, chilena 34 años, MM puerperio, 3 abril 2021

Las personas entrevistadoras fueron cinco durante todo el proceso. Tres matronas académicas con formación y experiencia en metodología cualitativa, una matrona-psicóloga y un administrador público con magister en ciencias sociales. Así mismo, el equipo de análisis estuvo compuesto por el administrador público, una socióloga y el punto focal de investigación, matrona académica con experiencia en investigación cualitativa.

- *Performance* del trabajo de campo:

El trabajo de campo, en su performance se puede observar en la Figura 2, en la cual se hace referencia al número de entrevistas planeadas, rechazadas, reemplazadas, reagendadas y realizadas según muestra de decisores, proveedores y familiares/allegados.

**Figura 2. Performance de entrevistas**





## **b. Descripción del trabajo de campo**

El trabajo de campo de las entrevistas fue marcado por dos etapas dentro del proyecto: 1.

Proceso de aprobación por parte del comité de ética local y 2. ejecución y análisis de las entrevistas.

1. Proceso de aprobación por parte del comité de ética: El protocolo fue ingresado al comité de ética local el 03 de diciembre de 2021, quedando con código: N°190-2021. La primera respuesta de dicho comité fue entregada el 10 de enero del 2022, en la cual se realizó observaciones que se orientaron a la necesidad de realizar entrevista a familiares, recomendando prescindir de esta muestra. La respuesta a dichas observaciones fue enviada el 13 de enero. Dicha versión del protocolo fue nuevamente revisada por el comité, ante la cual entregaron nuevas observaciones el 28 de febrero de 2022, debido a que la Universidad de Chile se encontró en feriado universitario entre el 01 y 27 de febrero. La respuesta a dicha revisión fue enviada por el equipo de investigación el 03 de marzo 2022, la cual fue nuevamente revisada por el comité y ante la cual dieron aprobación del proyecto el 08 de marzo del 2022, con condiciones de seguimiento y con la condición especial de que “La persona a entrevistar no debe ser el contacto o familiar directo de la persona fallecida”. Sin embargo, a pesar de que el proyecto se encontraba aprobado, el equipo de investigación solicitó una reconsideración de la condición señalada por parte del comité de ética, debido a las complejidades que producía el poder contactar al primer contacto y obtener un segundo contacto y al tiempo estimado para la realización del proyecto. Dicha autorización fue entregada a través de correo electrónico el 20 de abril y vía carta formal el 05 de mayo del 2022.

2. Ejecución y análisis de las entrevistas: El trabajo de campo se inició el 27 de abril de 2022, y fue ejecutado, en el caso de decisores y proveedores, con relativa facilidad. Los contactos en dichos casos fueron identificados a través de informante clave de MINSAL, en donde la principal dificultad se asoció a la demora en realizar el primer contacto por parte de equipo MINSAL, lo cual se solucionó con cambio de estrategia de primer contacto, el cual continuó siendo realizado por el equipo de investigación. En el caso de proveedores, la coordinación de los tiempos debido a los sistemas de turnos (guardias) fue la principal dificultad. Sin embargo, las mayores dificultades se presentaron en el caso del contacto de familiares/fallecidos, las cuales se asociaron a las siguientes situaciones:

- Requisito de entrevistar solo a allegados y no a contactos directos (lo cual fue reconsiderado por el comité de ética).



- Necesidad de disposición de acompañamiento psicológico en cada entrevista, lo cual en primera instancia se intentó que fuera otorgado por MINSAL, sin embargo, finalizó en acompañamiento de psicóloga de equipo IP UNFPA.
- Insuficiente disposición de contactos telefónicos de familiares/allegados en base de datos, lo cual se sumó a la alta proporción de teléfonos no funcionantes y la carencia de otras estrategias de contacto, como invitación vía visita domiciliaria.

El trabajo de campo fue finalizado completamente el 07 de julio, tras acordar con el equipo de Cedees el cierre de entrevistas con el número de entrevistas realizada la fecha.

### 3. Resultados cualitativos de las diversas fuentes

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la tabla 1: obstáculos y facilitadores ([anexo 1](#)) y tabla 2: análisis de coincidencias, diferencias y nuevos elementos (ver en [anexo 2](#)) que surgieron de los hallazgos de los informes: 1. Reporte análisis documental, 2. Reporte análisis de decisores, 3. Reporte análisis de proveedores y 4 Reporte familias, desde las **dimensiones de acceso, disponibilidad de los servicios, utilización de los servicios y calidad.**

**a. Tabla 1:** Para la confección de la presente tabla se seleccionaron, agruparon y organizaron las medidas implementadas en el sistema de salud nacional identificadas en el reporte de análisis documental, desde el acceso, disponibilidad, utilización y calidad de los servicios de salud materna, perinatal y salud reproductiva, diferenciando entre los facilitadores y los obstaculizadores. Para luego identificar su relación con los reportes de decisores, proveedores y familiares, indicando tributación a cada uno de los obstáculos (13) y facilitadores (14) identificados. Los cuales reflejaron las brechas de lo declarado en las medidas en relación lo implementado como se puede observar en [anexo 1](#).

**b. Tabla 2:** La tabla que se presenta en [anexo 2](#), se compone de los hallazgos obtenidos como resultado de los informes a decisores, proveedores y familiares en torno a la implementación de las medidas identificadas en el análisis documental. Permitiendo identificar las coincidencias (expresadas en color verde), diferencias (expresadas en color rojo) e incorporando nuevos elementos (expresadas en color morado) a los obstáculos y facilitadores identificados en la tabla 1.



En relación con los hallazgos obtenidos en torno al **acceso** a los servicios y a la atención, en las políticas se identifican orientaciones a los servicios para acondicionar, readecuar y diferenciar espacios de atención y uso de insumos que eviten la propagación del virus y el contagio de los/as usuarios/as. En este sentido, decisores refieren que se pudo implementar un reordenamiento de flujos asistenciales en los recintos de salud, focalizado en **facilitar** el flujo seguro de pacientes, uso de elementos de protección personal, separación de espacios para atención general y respiratoria entre otras; a su vez proveedores señalan que se adoptó a nivel de dispositivos de atención el incremento de unidades críticas y capacitaciones, señalando que fueron medidas necesarias, efectivas y oportunas dada la evidencia científica disponible. Por su parte familiares identificaron las medidas de control de contagio en los servicios de salud.

Si bien se reconoce que las medidas de ajuste y reconversión de servicios fueron implementadas con la finalidad de evitar la propagación del contagio de COVID-19 en usuarios/as, dadas las diferentes realidades locales, se presentan en algunos casos como **un obstáculo** para el acceso oportuno a la atención. Los decisores consideran que la “reconversión de atención fue sujeta a discreción y/o posibilidades de cada servicio” quienes respondieron con **sus propios recursos**, lo que produjo en muchos casos un **quiebre en la continuidad de atención**, principalmente con la suspensión de servicios de APS que generaron brechas de atención y colapso de los diferentes servicios de atención hospitalaria, siendo relegadas las atenciones de salud reproductiva, impactando en los logros (indicadores) obtenidos en la materia, como también en relación con el manejo de VIH y de ITS. Se presentan tensiones desde la visión de proveedores, principalmente en los ajustes realizados a nivel de APS y hospitales que generaron cambios en la disposición de servicios en cada nivel, lo cual fue fomentado por la falta de **información oportuna** de la población respecto a las medidas de ajuste adoptadas.

Respecto al acceso de medidas de prevención secundaria de COVID19, el programa de vacunación y disposición **gratuita** de vacunas para COVID-19 en gestantes y mujeres en periodo de lactancia se reconoce que facilitó el acceso a esta medida, sin embargo, proveedores señalan que esto podría cumplirse parcialmente toda vez que las gestantes debían contar con orden médica, para lo cual no hubo financiamiento adicional, ni tampoco RRHH adicionales, limitando o retrasando el acceso de las gestantes a la vacunación. Por su parte, dos familiares refieren que las gestantes pudieron acceder a vacunación, incluso al esquema completo.

En cuanto al **acceso** a medidas de planificación familiar y métodos anticonceptivos (MAC), las recomendaciones hicieron hincapié en mantener el acceso a éstos, siendo coincidentes decisores y



proveedores en cuanto a los esfuerzos desarrollados para asegurar su continuidad, como por ejemplo la extensión de recetas para garantizar acceso a MAC. Sin embargo, los proveedores reportaron que existió quiebres de *stock* de MAC por parte de los laboratorios e incluso error en su etiquetado, presentando **limitaciones** para reposición y falta de estrategias de seguimiento para cuando se entregó MAC con fallas. Así mismo, proveedores relataron postergación de atenciones de métodos asociados a procedimientos, como la inserción de implantes y esterilizaciones quirúrgicas. Por otra parte, si bien la política planteó que debía existir acceso universal a la anticoncepción de emergencia, ésta no aseguró un acceso igualitario para mujeres que están adscritas a seguros de salud privada, presentando **un obstáculo** en la garantía de un acceso equitativo.

Por su parte, si bien la política no es explícita en garantizar el **acceso a un aborto seguro**, según decisores y proveedores, el acceso a éste se mantuvo según Ley vigente en tres causales. Por otra parte, si bien hubo recomendaciones en relación con considerar a mujeres gestantes como grupo de riesgo de salud mental, tanto en el relato de decisores y proveedores se identifican ausencia de medidas de salud mental en gestantes, que según decisores fue dejando en evidencia la falta de planes nacionales y comunales para abordar la salud mental de esta población y de recursos para subsanarla. Los proveedores señalan que las gestantes y puérperas se enfrentaron a un gran impacto psicoemocional atribuido a la restricción de compañía por persona significativa en la etapa de gestación y parto, limitación de atenciones prenatales y de talleres, y limitación para elegir el tipo de parto, excluyendo la posibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, así como de mantener una experiencia positiva y humanizada en el proceso reproductivo. Por su parte, testimonios de familiares, dieron cuenta de que **la limitación de acceso a atención de salud materna y perinatal, como de salud mental se transformó en un obstáculo** que impactó a las gestantes, principalmente a aquellas que presentan consumo problemático de drogas durante la gestación o patologías de base, quienes no recibieron tratamientos integrales ni acompañamientos pertinentes para su condición. Es necesario señalar también, que las problemáticas de acceso a atención prenatal, implican también problemáticas de acceso a las prestaciones asociadas a éste, como asistencia social, atención dental, nutricional etc, las cuales se generan a partir de las visitas prenatales.

En torno a la **difusión de las medidas**, como elemento clave para **facilitar la comunicación**, acceso y disponibilidad de los servicios reconvertidos, las orientaciones en las políticas recomendaron la



utilización de recursos y plataformas comunicacionales que posee cada servicio como herramienta de difusión y respuesta de dudas: páginas web, redes sociales, telefonía fija, información televisiva y radial, entre otros. Al respecto, si bien tanto decisores como proveedores reconocen desarrollo de estrategias que permitieron una comunicación efectiva al interior y fuera de los servicios, se considera que las directrices relativas a medidas de difusión fueron insuficientes. Se destaca como elemento negativo por parte de los proveedores el potencial impacto de la comunicación de riesgo general transmitida por los medios de comunicación. Sumado a lo anterior se presenta como obstáculo el que las medidas no presentaron mecanismos de difusión específicos para su adecuada comunicación tanto de manera interna como externa. Más aún, no consideró las limitaciones de acceso y uso de tecnologías de la comunicación de las personas y los servicios de salud, como tampoco la ubicación geográfica (urbana y rural), acceso a conectividad, disponibilidad de dispositivos tecnológicos entre otros. Mientras los Decisores señalaron que se debió desarrollar campañas informativas locales de nuevos procesos de atención en pandemia, los proveedores señalaron que los medios de comunicación aportaron en desinformar al reproducir la idea de no recurrir a servicios de atención a menos que fuese algo grave, desincentivando la consulta temprana o preventiva. Este elemento da cuenta de una consecuencia de la interacción de las medidas generales comunicacionales con el fenómeno en estudio, toda vez que una medida general, puede impactar negativamente en otros aspectos y generar resultados de salud no identificados a priori.

En cuanto a los hallazgos obtenidos en torno a la **disponibilidad de los servicios**, como principales **facilitadores** se reconocen las recomendaciones y orientaciones técnicas para la implementación de estrategias de atención presenciales y remotas que permitan dar continuidad de atención y acceso a los servicios de salud como también la implementación de sistema de triage remoto e implementación de policlínicos comunitarios. Si bien estas estrategias **permitieron mantener la disponibilidad de los servicios**, en palabras de los decisores y proveedores esto generó una tensión, mayor estrés y una sobrecarga al equipo de salud, quien en muchos casos reconvirtió sus funciones y debió cambiar sus horarios y formas de trabajo. Si bien se contó con una política de teletrabajo mediante disposición legal, según relatan proveedores el personal sanitario se vio aún más afectado, **dada la falta de recursos humanos** para suplencia de cargos y reemplazos para proveer atención presencial, lo que sería un **obstáculo** para disponer los servicios. Por su parte, tanto proveedores como decisores señalaron que se continuó disponiendo de la atención asociada a Ley



de Interrupción voluntaria de la gestación en tres causales (aborto), sin embargo, los proveedores percibieron una disminución en su demanda, viéndose afectada más que la disponibilidad, **la utilización del servicio**, lo cual pudo estar influenciado, entre otros aspectos, por las problemáticas de difusión de los servicios disponibles a la comunidad. A su vez, se presenta como un gran **obstáculo**, la ausencia de asignación, ampliación o **disponibilidad de recursos** para implementar los lineamientos y/o recomendaciones establecidas. Fue así como no se identificó ninguna medida que aludiera directamente a la inyección de recursos económicos en la red de atención de salud materna, perinatal y salud reproductiva, como señalan tanto decisores y proveedores. Es así, que los servicios tuvieron que ocupar los recursos disponibles previamente para realizar la implementación de medidas en SSR. De igual forma se presentó una ausencia de declaración de mecanismos para **facilitar** la reconversión administrativa del servicio, siendo una barrera para la disponibilidad de servicio de calidad en SSR, **considerando que era previamente burocrática** según relataron proveedores. Tanto decisores como proveedores consideraron que desde el nivel central hubo una tardanza en establecer procedimientos y protocolos claros a los diferentes servicios de SR, incurriendo en desorden para la toma de decisiones y adopción de medidas. Esto generó el establecimiento de instrucciones que debían rectificarse varias veces en función de la evidencia científica emergente y los resultados en salud, lo cual, junto a la escasa disponibilidad de datos actualizados, **dificultó la implementación de éstas**, afectando la garantía de disponibilidad de servicios. Las problemáticas asociadas a **la ausencia de recursos** para disposición de tecnologías también pudo afectar la disponibilidad de servicios que se reconvirtieron a tele atención según proveedores y decisores.

En relación con los hallazgos obtenidos en torno a **la utilización de servicios de salud materna, perinatal y de salud reproductivas** como principales **facilitadores** se identifican la orientación en cuidados maternos, neonatales, lactancia y orientación de salud sexual mediante tele-atención, visitas domiciliarias para gestantes y dadas, la consejería remota, entre otras. Se enfatizó por parte de decisores que fue crucial la **gestión local** para su adecuada implementación, sin embargo la utilización de estos servicios, según proveedores tendió a disminuir, sobre todo en la participación de actividades de planificación familiar y talleres de educación sexual de salud, lo cual pudo disminuir la cobertura de MAC y generar gestaciones no deseadas. Si bien se declara en las medidas orientaciones remotas con pertinencia cultural, perspectiva de género y el respeto por los derechos humanos, a nivel de decisores y proveedores se plantea como desafío la actualización del programa



de SSR para grupos de población que no son considerados, por ejemplo con patologías crónicas de base y población migrante, a lo que se suma la necesidad de fortalecimiento del equipo de atención prenatal a gestantes migrantes con patología de alto riesgo. Por su parte como principales **obstáculos** se posiciona que no se explicitan mecanismos facilitadores para enfrentar barreras identificadas para población con mayor vulnerabilidad como migrantes, personas en situación de calle, discapacidad y consumo problemático de alcohol y drogas, como tampoco aquellas privadas de libertad, a lo que se suma, según los proveedores, la ausencia de medidas que consideren el perfil epidemiológico de las mujeres, como las comorbilidades y patologías de base de las gestantes, en quienes se destaca la alta tasa de obesidad en Chile. Al respecto, decisores refieren que si bien se dispuso de equipos en zonas de ingreso de personas migrantes, no representa la realidad a nivel país, por lo que podría considerarse una medida localista y fallida. A su vez, los proveedores señalaron que no se consideró variables socioeconómicas y demográficas (determinantes sociales), en la que destacan la condición de migración, quienes presentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud (problemas con regularización de situación migratoria, falta de permisos en trabajos, entre otros) ni tampoco a personas con enfermedades crónicas y las que residen en zonas rurales.

Por último, en relación con la **calidad de los servicios de salud materna, perinatal y de salud reproductiva** se presenta como elemento **facilitador** la instauración del mecanismo de supervisión de cumplimiento de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud y la derivación a la unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Atención Ambulatoria para Doppler de control en casos COVID-19. Sin embargo, la falta de actualización de documentos con orientaciones de atención, generados en su mayoría el año 2020, es presentada como un **obstáculo** que determinó la prolongación de medidas no recomendadas como ausencia de acompañamiento en gestantes, restricción de lactancia materna en mujeres con COVID19 o a espera de resultados, entre otras que posteriormente fueron rectificadas.

Otro elemento considerado como **facilitador** es el refuerzo de recursos humanos ante la posibilidad de ausentismo por contagio; la reconversión de las funciones y el desarrollo de capacitaciones por parte del personal de salud que se encuentra al interior de los servicios. Proveedores refieren que se desarrollaron principalmente en temáticas relacionadas con COVID19 y reanimación neonatal.



Decisores, por su parte, reconocen que la contratación de matrones se desarrolló en diferentes niveles de atención, aunque proveedores señalaron que esta medida permitió el reforzamiento de equipos COVID19 con matronas y gineco-obstetras, principalmente a nivel hospitalario. Por su parte, la posibilidad de contratar a personal no titulado planteado en las políticas fue cuestionado por proveedores, quienes plantearon que la contratación de estudiantes y profesionales sin experiencia como refuerzo de recurso humano, podría haber mermado la calidad de la prestación del servicio y generar mayor responsabilidad en los profesionales con experiencia quienes tuvieron que asistirles y apoyarles. De igual forma, no se indica en las medidas que se requiere la existencia de gestores/directores/encargados capacitados, solo mencionan a quién va dirigido, no declarando medidas, estrategias o mecanismos concretos para garantizar un liderazgo adecuado de los equipos. A su vez, se presenta como **obstáculo** la ausencia de consideraciones para la capacitación en el manejo o protocolo de mujeres gestantes en situación crítica dirigidas a proveedores, respecto a lo cual, los decisores plantean que el diseño de protocolos de manejo en SSR fue realizado además de manera tardía. Los proveedores señalan que los protocolos de atención en obstetricia a pacientes en tiempos de COVID19, responden a la necesidad local del servicio de maternidad y no es tomado como una medida transversal, develando la falta de lineamiento del nivel central.

En cuanto a la creación de un comité de gestión local que se encargará de monitorear y reportar el desarrollo y cumplimientos de las medidas adoptadas por parte de los servicios locales, tanto decisores como proveedores plantean que se incorporó tardíamente un profesional de salud sexual y reproductiva atribuyendo a la falta de participación de matrón/a, la ausencia de medidas dirigidas a la salud materna, perinatal, y reproductiva. Si bien, la utilización de registros según indicaciones MINSAL, como la ficha clínica, el Registro Estadístico Mensual (REM), el uso de la plataforma de cupos y EPIVIGILA para residencias sanitarias, vigilancia ESAVI para monitoreo de grupos mediante plataforma digital, entre otras, se posiciona como elementos **facilitadores**, decisores refieren que en cuanto al sistema de monitoreo y trazabilidad a nivel país al cual inicialmente faltó consignar si la persona era gestante o no y la edad gestacional, lo que se desarrolló posteriormente contando con registro de las gestantes COVID-19 positivas; aunque se considera que inicialmente afectó un adecuada supervisión, monitoreo y vigilancia de la salud de las gestantes y púerperas. Adicionalmente, a pesar de que existió este registro, no fue dispuesto en forma oportuna para evaluar las medidas.



Finalmente, se posiciona una ausencia de estrategias que consideren enfoque de género, interculturalidad y determinantes sociales de la salud de la mujer, que permitieran hacerse cargo de las brechas, como por ejemplo, las mencionadas por decisores que reconocen limitaciones en cuanto a la capacidad de cuidado de hijos en puérperas que requieren atención, no contando con red de apoyo para aquello, y a su vez proveedores señalan que las altas precoces y las atenciones de cuidado del recién nacido presentan condicionantes de género no contempladas en las medidas asociadas a ellas, dado a que estos cuidados son desarrollados principalmente por mujeres, las cuales muchas veces debieron cuidar solas a sus hijos, lo cual posiblemente pudo tensarse por la situación de confinamiento producto de la pandemia.

## 4. Síntesis de fuentes

Para contextualizar la síntesis de fuentes, en relación al fenómeno de mortalidad materna en pandemia COVID19, sus consecuencias directas, así como las consecuencias de la interacción de las medidas expresadas en las políticas y adoptadas en los servicios, y las lecciones aprendidas extraídas del análisis, es necesario considerar diversos aspectos, como el modelo del sistema de salud, los antecedentes que Chile presentaba previo a la pandemia, como indicadores sanitarios favorables en materia de provisión de atención en SSR, la transición demográfica, epidemiológica y obstétrica avanzada<sup>2</sup> y el alto indicador de inequidad de género. Así mismo, es necesario contemplar que la pandemia en Chile se vivió en un contexto de crisis migratoria y de alta inestabilidad política, posterior a un “estallido social” que pudo influir en la preparación y respuesta a la emergencia y crisis sanitaria<sup>3</sup> (Fig. 2).

A continuación, se detallan de forma integrada según las diferentes fuentes, aquellos elementos que facilitaron y obstaculizaron la consulta y atención en el proceso de salud sexual y reproductiva de las mujeres en Chile, según el modelo de las tres demoras.

### Primera demora:

---

<sup>2</sup> Souza J, Tunçalp Ö, Vogel J, Bohren M, Widmer M, Oladapo O, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121: 1–4. doi:10.1111/1471-0528.12735

<sup>3</sup> Anigstein, María Sol, Watkins, Loreto, Escobar, Florencia Vergara, & Osorio-Parraguez, Paulina. (2021). En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamiento de las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (45), 53-77. Epub November 16, 2021. <https://doi.org/10.7440/antipoda45.2021.03>



Se puede considerar que los siguientes elementos obstaculizaron la identificación de la necesidad de atención y el proceso de consulta desde la perspectiva de la primera demora:

- Cierre absoluto temporal y posterior priorización (cierre parcial) de servicio de atención en APS, espacio que concentra atenciones prenatales, postnatales y control del recién nacido, aparte de los talleres de apoyo de lactancia y crianza, entre otros. Se considera **que en la medida en que estos servicios estaban restringidos, se mermó la atención prenatal (con sus beneficios biológicos y psicosociales) y la entrega de herramientas y conocimientos que permiten detectar tempranamente la necesidad de una consulta.**
- Campaña nacional de COVID 19 que recomendaba no acudir a los centros de atención en salud, para desincentivar el contagio y la saturación de los centros, lo cual pudo **influir por una parte en subestimar signos y síntomas respecto al riesgo de contagio** y demorar la decisión de consultar. Esto puede dar cuenta, junto con otras variables psicosociales y demográficas, de las muertes que se presentaron en domicilio
- Alta precoz de mujeres puérperas, que pudo influir en el menor tiempo disponible para informar a las mujeres respecto a potenciales complicaciones en el puerperio. Así mismo, **la mayor responsabilidad del cuidado**, asociada a inequidades de género pudo influir en postergar la solicitud de ayuda.
- Limitación de acompañamiento a gestantes tanto a atenciones prenatales como al parto, **afectando su experiencia y así el deseo y autonomía** para tomar la decisión de consultar a tiempo ante una complicación.
- Transformación de atenciones y talleres de maternidad a modalidad remota, sin la inyección de recursos adecuados, y **sin considerar brechas digitales**, tanto de acceso como de educación digital en gran parte de la población nacional, lo cual pudo afectar diferenciadamente a mujeres<sup>4</sup>.
- Determinantes sociales en la gestación: nivel educacional, condición de migrante, situación de calle, problemas de consumo problemático y/o problemas de salud mental, más aún cuando hicieron sinergia entre ellos.

Se considera **facilitadores** para evitar la primera demora:

- Implementación de sistema de seguimiento en línea o triage remoto e implementación de policlínicos comunitarios.

---

<sup>4</sup> Jiménez, Rafael González-Palencia y Fernández, Carmen Jiménez La brecha de género en la educación tecnológica. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação [online]. 2016, v. 24, n. 92, pp. 743-771. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-403620160003000010>>. ISSN 1809-4465.



- Orientación en cuidados maternos, neonatales, lactancia y orientación en salud sexual mediante tele-atención; visitas domiciliarias para gestantes y díadas; disponibilidad de anticoncepción a través de extensión de recetas; consejería remota. Sin embargo, estas se realizaron, dependiendo de la gestión local.

#### Segunda demora:

Se puede considerar que los siguientes elementos **obstaculizaron** el proceso de consulta desde la perspectiva de la segunda demora:

- Disminución de frecuencia de transporte público y cancelación de transporte público en sectores alejados y/o rurales.
- Suspensión de rondas de visita de APS en zonas rurales.
- Protocolos de atención poco claros o implementados de manera diferente a lo largo del país, lo que provocó dificultad en la comunicación respecto de los flujos y/o mecanismos para solicitar consultas.
- Carencia de implementación de estrategias comunicacionales que facilitaran el acceso a información respecto de la situación sanitaria y respecto de los procesos relativos a SSR.
- Falta de integración intersectorial (las políticas sanitarias “no conversan” con otros sectores, como transporte, vialidad, economía etc.).
- “Mujeres cuidando a mujeres”, en cuanto al caso de mujeres que cuidando a nietos e hijas gestantes o púerperas, retarda la posibilidad de dirigirse a tiempo a un centro de salud ante una complicación, toda vez que las problemáticas asociadas al cuidado, que tienen que ver con el trabajo doméstico, no remunerado y la alta prevalencia de hogares monoparentales profundizan las inequidades de género y cuidado en tiempos de crisis (FMM3).

Se puede considerar que los siguientes elementos **facilitan** el proceso de consulta desde la perspectiva de la segunda demora:

- Implementación de atenciones y talleres de forma telemática por diversos medios y a libre disposición.
- Utilización de recursos y plataformas comunicacionales que posee cada servicio como herramienta de difusión y respuesta de dudas.
- Si bien existieron apoyos económicos a la población en situación durante la pandemia, como el ingreso familiar de emergencia (IFE), no existió referencia especial para la



población gestante, pudiendo ser una medida que facilitó la consulta, la cual, sin embargo, no fue explicitada en los relatos.

### Tercera demora:

Cabe señalar que tanto decisores, proveedores como familias coinciden en sus testimonios al afirmar que los elementos relacionados con la tercera demora se constituyeron como las más significativas en los resultados de muertes maternas y otros desenlaces negativos (aumento de gestaciones no deseadas, aumento de muerte fetal, entre otros elementos mencionados). Esto concuerda con el perfil sanitario de Chile, asistencialista y con enfoque en la provisión de atención curativa más que preventiva.

Se puede considerar que los siguientes elementos obstaculizan el proceso desde la perspectiva de la tercera demora:

- Ausencia de directrices en medidas para adopción de mecanismos de difusión y de reconversión de servicios.
- Contratación de estudiantes y profesionales sin experiencia como refuerzo.
- Ausencia de recursos monetarios para implementar las recomendaciones.
- No hay mecanismos explícitos para enfrentar barreras de acceso a población vulnerable (personas migrantes, en situación de calle, con discapacidad y con consumo problemático).
- Cierre total y/o parcial de los servicios de APS, considerando sus diferentes policlínicos y programas de control y seguimiento, en conjunto con la demora en establecer procedimientos y protocolos claros de **atención de salud materna, perinatal y salud reproductiva** debido a la ausencia de evidencia que permitiera ajustar los procesos al contexto, sumado a la priorización de temáticas directamente relacionadas al tratamiento de personas con COVID19, siempre con el foco en el nivel hospitalario y las prestaciones entregadas ahí.
- A nivel hospitalario, si bien no se evidencia un cierre de servicios de atención de urgencia, si se afectó la atención de especialidades, lo cual pudo afectar también a las mujeres en atención de patologías crónicas.
- Merma en el recurso humano debido a infección por COVID19, problemas de salud mental y agotamiento relacionados con la sobrecarga laboral de trabajadores que se ha demostrado que influye en la calidad de la atención.



- Falta de experiencia en la atención de gestantes con COVID19 y las intervenciones innecesarias a las cuales se sometió a las mujeres, lo cual afecta la provisión de atención y la experiencia de las mujeres.
- Ausencia de actualización de documentos con orientaciones de atención (fueron generados en su mayoría el año 2020).

Se puede considerar que los siguientes elementos **facilitan** el proceso de atención desde la perspectiva de la tercera demora:

- Desarrollo de capacitaciones por parte del personal de salud que se encuentra al interior de los servicios.
- Uso de plataformas digitales de instituciones de salud nacionales e internacionales como repositorio de información relevante para la actualización de conocimientos de los equipos de salud.
- Instauración de mecanismos de supervisión de cumplimiento de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Acondicionamiento y readecuación de espacios de atención y uso de insumos que eviten la propagación del virus y el contagio de usuarios/as (flujo de pacientes, uso de EPP, entre otras)
- No se expresaron mayores medidas en relación con la atención del parto propiamente tal, excepto aumento de cesáreas y menciones de disposición de salas de atención integral del parto; esto, posiblemente debido a que se mantuvo la atención de urgencia gineco-obstétrica, vía por la cual ingresan las gestantes en situación de parto en Chile.
- Refuerzo de recursos humanos ante la posibilidad de ausentismo por contagio; reconversión de las funciones. Sin embargo, estas fueron iniciativas aisladas no garantizadas por la política.
- Supervisión, monitoreo y vigilancia de la salud de los usuarios/as de residencia sanitarias: Atención a gestantes, niños y adolescentes en residencias sanitarias.

Desde el modelo de las tres demoras, la tercera se posiciona como la más significativa y que entrega mayores elementos explícitos para comprender el aumento de resultados negativos relacionados con la SSR de mujeres en general. **Se considera que hubo una merma en la calidad de atención gatillada principalmente por un enfoque hospitalocéntrico con foco en COVID19, que movilizó recursos hacia el crecimiento de camas de cuidados intensivos para personas con cuadros graves de la infección, en desmedro de otros servicios de salud entregados, en este caso, relacionados**



**con la salud materna y perinatal en particular.** Se considera que la ausencia de conocimiento respecto a la situación de mortalidad materna y por tanto la ausencia de un enfoque preventivo e integral, pudo impactar transversalmente en todas las demoras, al no implementarse medidas pertinentes y focalizadas a las necesidades de las mujeres gestantes y aquellas que buscaban atención general en SSR.

**Desde el modelo SURE,** las medidas estaban concentradas en la dimensión de **calidad**, las que estarían orientadas mayoritariamente a dos grandes ámbitos: el desarrollo e implementación de protocolos a nivel nacional y local con especificaciones para garantizar e implementar prestaciones en pandemia (unidades críticas, gestión de camas, traslados, entre otros); y en segundo lugar y como grupo de medidas emergentes están las relacionadas al ámbito de gestión y procesos internos principalmente en adaptación y aseguramiento del funcionamiento de las prestaciones de salud de los servicios (registros, priorización, disminución de atenciones, visitas domiciliarias, comunicación interna, prestaciones virtuales, entre otros).

Respecto de la dimensión de **infraestructura, insumos y equipamiento** y de **recursos humanos**, se concentran medidas de adaptación, reconversión y fortalecimiento de los recursos disponibles. Se destaca la implementación de telemedicina y apoyo remoto para muchas de las prestaciones entregadas en atención primaria. Sin embargo, las medidas atribuibles a comunicación y financiamiento son muy menores, lo que permite comprender la falta de coordinación, comunicación y resolución de las solicitudes específicas realizadas desde los diferentes centros a lo largo del país.

Desde la perspectiva de la prioridad de las medidas adoptadas, el foco estuvo centrado en el nivel hospitalario, concretamente en la adaptación de los servicios y la implementación de los protocolos para atender necesidades de la pandemia, lo que generó una postergación de los servicios de APS destinados principalmente a la promoción y prevención, así como una disposición tardía de medidas focalizadas a la atención materna, perinatal y sexual y reproductiva de la población, dada la ausencia de evidencia científica disponible a inicios de la pandemia y de la integración de tomadores de decisiones y proveedores de salud especialistas en SSR, en las discusiones y diseño de políticas públicas a nivel central y local. Esto se potenció con una falta de **comunicación** y de información general entre los servicios y necesidades de atención, lo que llevó la adopción de



medidas locales que fueron ajustadas y/o modificadas a discreción y a medida que se dispuso de evidencia durante el avance de la pandemia, en desmedro de la salud de las usuarias (medidas de lactancia materna, acompañamiento por persona significativa y colecho, entre otras). Se considera este elemento como una limitante y consecuencia de la disposición de medidas adoptadas de manera tardía en SSR.

Por último, se reporta una disociación de decisores respecto a la realidad nacional, señalando que no se posicionó un impacto negativo como consecuencia de las medidas adoptadas, en los casos de mortalidad materna a nivel nacional consignando que a nivel hospitalario las modificaciones no fueron significativas en los resultados de salud en comparación a años anteriores, lo que no se relaciona con los datos sobre MM y otros efectos negativos. Sin embargo, esta percepción no es compartida por proveedores en general, así como decisores del ámbito de la Atención Primaria, enfatizan en la lentitud en el diseño e implementación de las políticas públicas generales que impactaron en la salud de las mujeres.

## 5. Lecciones aprendidas

De los resultados de la investigación cualitativa realizada en específico para Chile, se pueden extraer las siguientes lecciones aprendidas:

- La organización del sistema de salud chileno, **descentralizado en términos administrativos y de gestión de recursos**, afectó la implementación de las políticas y medidas que requirieron una inyección económica, así como de recursos humanos capacitados para su ejecución.
- La ausencia de garantías de implementación de las políticas específicas, las cuales se implementaron a discreción de las posibilidades locales, generó en gran medida la **reorientación de la atención y en muchos casos el cierre de los centros de atención primaria** de salud, lo cual posiblemente aumentó las consultas a los servicios hospitalarios, ya complicados por la misma pandemia.
- El **cese de la atención primaria**, como principal proveedora de los servicios de prevención y promoción de salud generó discontinuidad de atención en planificación familiar, atención pre y postnatal y de servicios complementarios (preconcepcional, nutrición, dental y de morbilidades) y



psicosociales que son fundamentales para la promoción de salud y prevención de condiciones y resultados adversos en las mujeres. Es fundamental que futuras políticas garanticen la disposición de las atenciones en este nivel.

- La ausencia de un enfoque integral en las políticas hace necesario considerar las **cuestiones de género y enfoques transversales**, como interculturalidad e inclusión, desde una mirada Inter programática y multidisciplinaria, considerando a las mujeres desde sus necesidades, no sólo biológicas, sino psicosociales en el contexto de sus determinantes sociales, contemplando también su experiencia y bienestar como indicadores de resultados.

- La **falta de un enfoque intersectorial** (ejemplo: salud, transporte, economía, comunicaciones) de las medidas dificultó el abordaje integral de la situación de salud de las mujeres, lo cual puede dar cuenta del impacto que pudieron tener las medidas generales, principalmente en la primera y segunda demora.

- La falta de **mecanismos de difusión de las medidas específicas** en salud materna y perinatal, así como de salud reproductiva, dificultó la socialización de estas hacia la comunidad. Esta situación pudo ser potenciada por la comunicación de riesgo de las medidas generales que pudieron desincentivar la búsqueda de atención, a pesar de que las medidas específicas fueran conocidas por la comunidad. Por tanto es necesario que las medidas comunicacionales generales y específicas “conversen” en el abordaje integral de una crisis.

- Las particularidades territoriales y las diferentes realidades locales y de los equipos de salud, hacen necesario contar con lineamientos y criterios claros para determinar los procedimientos y/o atenciones prioritarias, **que consideren en su planteamiento** representantes locales y del personal sanitario de todos los sectores. Esta lección va unida a la necesidad de contar también con personal capacitado en creación y supervisión de protocolos.

- La aplicación **de medidas generales de contención de la pandemia**, asociadas a confinamiento, restricción de circulación de la población, así como la necesidad de controlar los entornos sanitarios, **produjeron vulneración a los derechos reproductivos de las mujeres**, como suspensión de acompañamiento, separación de recién nacidos y sobre- medicalización del proceso reproductivo (aumento de cesáreas). Los aprendizajes al respecto dan cuenta de la necesidad de prever cómo las políticas/medidas confluyen con el fenómeno y evitar a priori estrategias que impacten en dichos derechos.



- La falta de **flexibilidad de los aspectos administrativos (burocracia)**, contribuyeron en dificultar la implementación de las políticas, lo cual se debería considerar en el planteamiento de éstas ante futuras crisis.
- Considerando la incertidumbre que se expresó, principalmente al principio de la pandemia en relación con la disposición y al conocimiento de la evidencia científica respecto a COVID19, hace necesario **relevar la necesidad de fortalecer y compartir los aprendizajes obtenidos de esta pandemia** para futuros abordajes de crisis sanitarias en salud reproductiva y evitar las respuestas tardías y protocolos ambiguos.
- La **falta de disponibilidad de registro y de datos oportunos** para profundizar en las causas y en la situación de mortalidad materna, hace necesario destacar la importancia de disponer de dicha información para readaptar las estrategias en forma rápida y oportuna por parte de las entidades pertinentes. Esto, en conjunto con la necesidad de evaluación constante de las políticas que fueron implementadas.
- De las múltiples estrategias propuestas en las políticas, **las tecnologías de comunicación** fueron una de las más planteadas, sin embargo, **la falta de aseguramiento de recursos tecnológicos**, de recursos humanos y de competencias digitales para su implementación efectiva, mermó el potencial aporte de estas en facilitar la difusión y en evitar la discontinuidad de atención. Así mismo, es necesario avanzar en **dar respuesta a los desafíos que aún presentan dichas tecnologías para su uso rutinario en la atención**, y que tienen que ver con aspectos que va desde reconocer la brecha digital que permita incluirla de manera uniforme para todas las poblaciones (democratización de las tecnologías), determinar cuánto pueden reemplazar la atención presencial en cuanto a identificación de signos y síntomas, consideración de aspectos éticos y de confidencialidad en su uso, entre otros.
- La **afección y desgaste de los equipos de salud sexual y reproductiva en pandemia**, con alto componente femenino, y sus necesidades de salud física y mental, deben ser considerados en las políticas sanitarias, desde la perspectiva de derechos humanos y como entes claves en la atención de calidad.
- El contar con profesionales **capacitados en gestión y con experiencia en el ejercicio profesional en salud sexual y reproductiva, como matronas/es**, y su participación en las instancias de toma de decisiones, fortalecería la generación e implementación de políticas acordes a necesidades en salud sexual y reproductiva y favorecería una atención de calidad en el área.

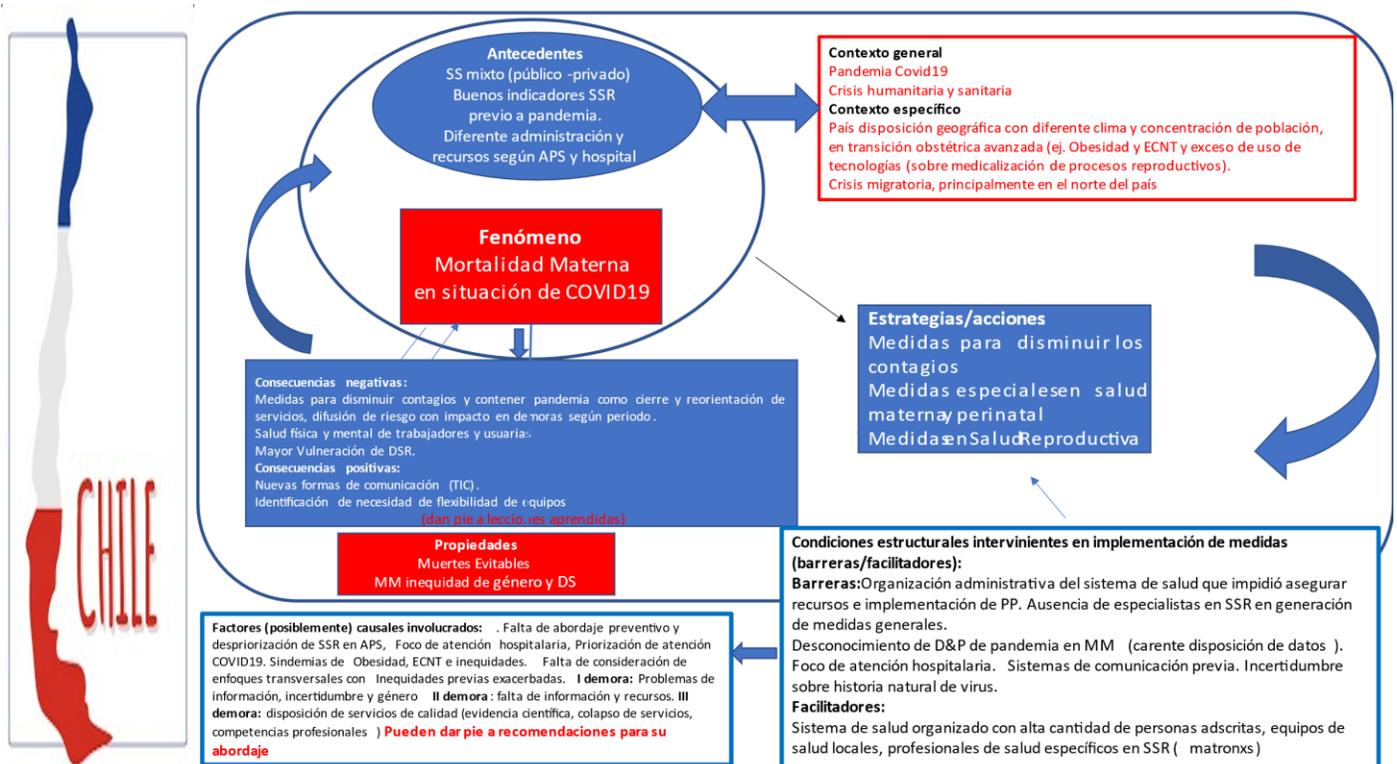


En resumen, para dar respuesta a la pregunta de investigación de ***¿Cómo las políticas/estrategias sanitarias impulsadas para dar respuesta a la pandemia por COVID-19 han afectado la disponibilidad, el acceso, utilización y la calidad de los servicios de salud materna, perinatal y de salud reproductiva?*** se puede plantear que las políticas sanitarias en Chile estuvieron orientadas en un principio, principalmente a evitar contagios y a contener la propagación del virus, así como a tratar los casos de contagios desde un nivel principalmente hospitalario, lo cual se condijo con la comunicación de riesgo a nivel país. Por su parte, los relatos emanados desde decisores y proveedores dieron cuenta que además de tardías, las recomendaciones orientadas a salud materna y perinatal, así como de salud reproductiva carecieron de recursos que garantizaran su adecuada implementación, posicionando la responsabilidad de ésta en la capacidad de gestión de los gobiernos y equipos locales, lo cual influyó en todos los aspectos del modelo SURE, toda vez que con ello se afectó la diseminación, difusión, recursos materiales y tecnológicos, recursos humanos, así como a todas las medidas de acceso y disponibilidad de servicios que requirieron de ellos para su implementación. Por otra parte, la conjunción de las medidas aplicadas en un contexto de crisis humanitaria y sanitaria, con restricciones asociadas a la presencialidad, pudo exacerbar problemáticas previas de salud e inequidades sociales, que afectan históricamente a grupos más vulnerables, en este caso a mujeres, migrantes, en situación de consumo de drogas, con patologías de base, con escaso apoyo familiar, residentes de zonas rurales entre otras, en quienes se tensan otras vulneraciones a los derechos reproductivos, como el acceso a anticoncepción, atención preconcepcional y abordaje de aspectos psicosociales de las mismas. Lo anterior, unido al estrés y desgaste de la salud de los equipos, a la falta de disposición de datos oportunos que permitieran profundizar en el impacto en la salud reproductiva y en las causas de mortalidad materna y a la ausencia de mecanismos de evaluación de las políticas que permitieran generar ajustes adecuados que facilitaran la disponibilidad, el acceso, utilización y la calidad de los servicios de salud materna, perinatal y de salud reproductiva, pudo influir en alguna medida en el impacto de las mismas en la salud materna y perinatal en el periodo.

A la luz de los resultados, se torna necesario reposicionar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el centro de las prioridades de las políticas sanitarias, considerando que la mortalidad materna es uno de los principales indicadores que inequidades de género, de inequidades sociales y por tanto, un indicador sustancial de desarrollo de las sociedades. Es así, que se constituye como gran desafío, visibilizar la problemática de MM, considerando las lecciones aprendidas para que los

sistemas orienten sus esfuerzos no sólo a reducirla hasta niveles previos a la pandemia, si no enfrentarla como un verdadero problema de salud pública, social y de género.

**Figura 2. Fenómeno de Mortalidad Materna en pandemia COVID19, sus interacciones con el contexto, medidas, condiciones intervinientes, consecuencias y factores asociados, según análisis integrado.**





## Anexos

### ANEXO 1:

#### a. Tabla 1

Síntesis de obstáculos y facilitadores de la disponibilidad, acceso, utilización y calidad de los servicios de salud materna, perinatal y de salud reproductiva.

		Documental obstáculos y Facilitadores	Decisores	Proveedores	Familias*
O B S T A C U L O S	Acceso	Reconversión de atención sujeta discreción de servicio	xxxx	xxxx	
		Ausencia de disposición universal de acceso a anticoncepción de emergencia (mujeres de salud privada deben pagar).	Xxxx	xxxx	
		Ausencia de medidas de la salud mental en gestantes como grupo de riesgo.	Xxxx	xxxx	xxxx
		Medidas Generales y Específicas para salud materna perinatal no presentaron mecanismos de difusión concretos. (limitaciones de acceso y uso de tecnologías de la comunicación de las personas (urbana rural, acceso a internet, señal, dispositivos tecnológicos entre otros)	xxxx	xxxx	
	Disponibilidad de los servicios	Ausencia de una asignación, ampliación o disponibilidad de recursos para implementar los lineamientos y/o recomendaciones establecidas.	Xxxx	xxxx	
		Ausencia de declaración de mecanismos para facilitar la reconversión administrativa del servicio siendo una barrera para la disponibilidad de servicio de calidad en SSR.	Xxxx	xxxx	
	Utilización de los servicios salud materna	No se explicitan mecanismos facilitadores para enfrentar barreras de acceso a población migrante, situación de calle, discapacidad y consumo problemático de alcohol y drogas.	Xxxx	xxxx	xxxx
		Ausencia de medidas que consideren el perfil epidemiológico de las mujeres.		Xxxx	



		Ausencia de consideraciones para la capacitación en el manejo o protocolo de mujeres gestantes en situación crítica dirigida a proveedores.		Xxxx	
	Calidad de los servicios	Calidad de servicio en SSR dada la contratación de estudiantes y profesionales sin experiencia como refuerzo de recursos humanos.	Xxxx		
		No explicitan si las medidas requieren la existencia de gestores/directores/encargados capacitados, solo mencionan a quién va dirigido, no declarando medidas, estrategias o mecanismos concretos.	Xxxx	xxxx	
		Falta de actualización de documentos con orientaciones de atención, generados en su mayoría el año 2020-	xxxx		
		Ausencia de estrategias con enfoque de género.			Xxxx
F A C I L I T A D O R	Acceso	Acondicionar, readecuar y diferenciar espacios de atención y uso de insumos que eviten la propagación del virus y el contagio de los/as usuarios/as (flujo de pacientes, uso de EPP entre otra, separación espacios atención general/respiratoria).	Xxxx	xxxx	xxxx
		Utilización de recursos y plataformas comunicacionales que posee cada servicio como herramienta de difusión y respuesta de dudas: páginas web, redes sociales, telefónicos, televisivas, radiales entre otros.	Xxxx	xxxx	
		Disponición de vacunas en gestantes y periodo de lactancia las cuales se encuentra en el marco del programa nacional de vacunación, de manera gratuita. (facilitador de acceso económico).	Xxxx	xxxx	xxxx
		Acceso universal anticoncepción de emergencia para mujeres que se atienden en atención pública de salud.	Xxxx	xxxx	
		Recomendaciones y orientaciones técnicas para la implementación de estrategias de atención presenciales y remotas que permitan dar continuidad y acceso oportuno a los servicios de salud (Entre ellas destacan la reducción máxima de atención presencial no pertinente).	Xxxx	xxxx	
		Implementación de sistema de triage remoto e implementación de policlínicos comunitarios.	Xxxx	xxxx	



		Disposiciones legales que amparan el desarrollo de teletrabajo, en particular para las funcionarias gestantes.			
Utilización de los servicios salud materna		Orientación en cuidados maternos, neonatales, lactancia y orientación salud sexual mediante tele-atención; visitas domiciliarias para gestantes y díadas; disponibilidad de anticoncepción a través de extensión de recetas; consejería remota, entre otras.	Xxxx	xxxx	
		Orientaciones remotas con pertinencia cultural, perspectiva de género y el respeto por los derechos humanos.			
Calidad de los servicios		Instauración de mecanismo de supervisión de cumplimiento de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud y Derivación a la unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Atención Ambulatoria para Doppler de control en casos COVID-19.	Xxxx	xxxx	
		Refuerzo de recursos humanos ante la posibilidad de ausentismo por contagio; reconversión de las funciones.	Xxxx	xxxx	
		Creación de un comité de gestión local se encargará de monitorear y reportar el desarrollo y cumplimientos de las medidas adoptadas por parte de los servicios locales (ausencia matrona).	Xxxx	xxxx	
		Utilización de registros según indicaciones Ministerio de Salud, como el registro de la actividad en ficha clínica, el Registro Estadístico Mensual (REM), el uso de la Plataforma de cupos y EPIVIGILA para residencias sanitarias, Vigilancia ESAVI, para monitoreo de grupos mediante plataforma digital), entre otras.	Xxxx	xxxx	
		Desarrollo de capacitaciones por parte del personal de salud que se encuentra al interior de los servicios.	Xxxx	xxxx	

● 4 entrevistas



## ANEXO 2:

**Tabla 2**

En esta tabla también se interpretan los hallazgos. Se analizan los obstáculos y facilitadores identificados en tabla 1, cuáles fuentes coincidieron, cuáles no coincidieron y qué nuevos elementos (en calidad de obstáculos y facilitadores) emergieron teniendo en cuenta los actores versus el análisis documental. Cabe mencionar que para el caso de Familia se incorpora la categoría ausencia de información en todos aquellos elementos que no refieren ni coincidencia ni diferencia.

	Documental Obstáculos y Facilitadores	Decisores	Proveedores	Familias
Acceso	Reconversión de atención sujeta a discreción y/o capacidad de cada servicio.	Coincidencias generaron brechas de atención y colapso de los diferentes servicios de atención hospitalaria, siendo relegadas las atenciones de salud reproductiva, impactando en los logros (indicadores) obtenidos en la materia como también con el manejo de VIH y de ITS	coincidencias	Coincidencias
	Ausencia de disposición universal de acceso a anticoncepción de emergencia (mujeres de salud privada deben pagar).	Coincidencias	Coincidencias	Coincidencias
	Ausencia de medidas de la salud mental en gestantes como grupo de riesgo.	dejando en evidencia la falta de planes comunales para acercar la salud mental a la	se enfrentaron a un gran impacto psicoemocional atribuida a la restricción de compañía por persona significativa en la etapa de gestación	coincidencias



		población y de recursos para subsanarla	y parto; limitación de atenciones prenatales y de talleres y limitación para elegir tipo de parto.	
	Medidas Generales y Específicas para salud materna perinatal no presentaron mecanismos de difusión concretos. (limitaciones de acceso y uso de tecnologías de la comunicación de las personas (urbana rural, acceso a internet, señal, dispositivos tecnológicos entre otros)	Coincidencias	Se considera que los medios de comunicación aportaron en desinformar al reproducir la idea de no recurrir a servicios de atención a menos que fuese algo grave, desincentivando la consulta temprana o preventiva.	Ausencia de información
Disponibilidad de los servicios	Ausencia de una asignación, ampliación o disponibilidad de recursos para implementar los lineamientos y/o recomendaciones establecidas	Coincidencias	Coincidencias	Ausencia de información
	Ausencia de declaración de mecanismos para facilitar la reconversión administrativa del servicio siendo una barrera para la disponibilidad de servicio de calidad en SSR	Coincidencias	Coincidencias	Ausencia de información
utilización de los servicios salud materna	No se explicitan mecanismos facilitadores para enfrentar barreras identificadas en población migrante, situación de calle, discapacidad y consumo problemático de alcohol y drogas y privadas de libertad.	Coincidencias: se dispuso de equipos en zonas de ingreso de personas migrantes, no representa la realidad a nivel país	Coincidencias: no se consideró variables socioeconómicas y demográficas (determinantes sociales), en la que destacan la condición de migración,	Ausencia de información
	Ausencia de medidas que consideren el perfil epidemiológico de las mujeres.	coinciden	Coincidencias  No se consideran las comorbilidades de las gestantes, en las que se destaca la alta tasa de obesidad en Chile.	Ausencia de información



	Ausencia de consideraciones para la capacitación en el manejo o protocolo de mujeres gestantes en situación crítica dirigidas a proveedores.	Coincidencias	Coincidencias	Ausencia de información
Calidad de los servicios	Falta de actualización de documentos con orientaciones de atención, generados en su mayoría el año 2020	Coincidencias: los protocolos de atención en obstetricia a pacientes en tiempos de COVID19, responden a la necesidad local del servicio de maternidad y no es tomado como una medida transversal	Coincidencias: los protocolos de atención en obstetricia a pacientes en tiempos de COVID19, responden a la necesidad local del servicio de maternidad y no es tomado como una medida transversal	Ausencia de información
	Calidad de servicio en SSR dada la contratación de estudiantes y profesionales sin experiencia como refuerzo de recurso humano.	diferencia: no hace referencia	Coincidencias	Ausencia de información
	No explicitan si las medidas requieren la existencia de gestores/directores/ encargados capacitados, solo mencionan a quién va dirigido, no declarando medidas, estrategias o mecanismos concretos.	Coincidencias	Coincidencias	Ausencia de información
	Ausencia estrategias con enfoque de género	Coincidencias	Las altas precoces y las atenciones de cuidado del recién nacido, también se puede considerar como elementos que influyen en esta demora, dada las condicionantes de género asociadas a ellas.	Ausencia de información
Acceso	Acondicionar, readecuar y diferenciar espacios de atención y uso de insumos que eviten la propagación del virus y el contagio de los/as usuarios/as (flujo de pacientes, uso de EPP entre otra, separación espacios atención general/ respiratoria).	Coincidencias	Coincidencias	Ausencia de información



	Utilización de recursos y plataformas comunicacionales que posee cada servicio como herramienta de difusión y respuesta de dudas: páginas web, redes sociales, telefónicos, televisivas, radiales entre otros.	Coincidencias	impacto de la comunicación de riesgo general transmitida por los medios de comunicación, la cual se relacionó causa de desincentivo mujeres para asistir a atención prenatal priorizada o en su defecto para consultar a tiempo respecto a potenciales complicaciones de salud.	Ausencia de información
	Disposición de vacunas en gestantes y periodo de lactancia las cuales se encuentra en el marco del programa nacional de vacunación, de manera gratuita.	Coincidencias	las gestantes debían contar con orden médica, para lo cual no hubo financiamiento adicional, ni tampoco RRHH adicionales, lo cual limitaba o retardaba el acceso de las gestantes a éstas.	Ausencia de información
	Continuidad entrega de métodos anticonceptivos.	Coincidencias	Quiebres de stock de métodos anticonceptivos. O. Sin embargo, hubo postergación de atenciones, específicamente en la inserción de implantes y esterilizaciones quirúrgicas. La mayor consecuencia hace referencia a la no reposición de este producto (generando una falta de stock) y a la ausencia de estrategias de seguimiento de las mujeres que las usaban.	Ausencia de información
Disponibilidad de los servicios	Recomendaciones y orientaciones técnicas para la implementación de estrategias de atención presenciales y remotas que permitan dar continuidad y acceso oportuno a los servicios de salud (Entre ellas destacan la reducción máxima de atención presencial no pertinente)	Coincidencias  Sin embargo la utilización tendió a disminuir, sobre todo en la participación de actividades de planificación familiar y talleres de educación sexual de salud	Coincidencias instrucciones que debían rectificarse varias veces en función de la evidencia científica emergente y los resultados en salud	Ausencia de información



	Implementación de sistema de triage remoto e implementación de policlínicos comunitarios	Coincidencias	Coincidencias	Coincidencias
	Disposiciones legales que amparan el desarrollo de teletrabajo, en particular para las funcionarias gestantes	Coincidencias	El personal sanitario además se encontraba mermado por diferentes motivos: ser población de riesgo, licencias por contagio, por estrés, etc.; lo que determinó la priorización, suspensión y retraso de prestaciones y atenciones, que influyó en resultados negativos para la salud de los y las usuarias	Ausencia de información
utilización de los servicios salud materna	Orientación en cuidados maternos, neonatales, lactancia y orientación salud sexual mediante tele-atención; visitas domiciliarias para gestantes y dadas; disponibilidad de anticoncepción a través de extensión de recetas; consejería remota, entre otras.	Coincidencias	Coincidencias	Ausencia de información
	Orientaciones remotas con pertinencia cultural, perspectiva de género y el respeto por los derechos humanos.	Diferencia : desafío la actualización del programa de SSR para grupos de población que no son considerados, por ejemplo con patologías crónicas de base y población migrante, a lo que se suma la necesidad de fortalecimiento del equipo de atención prenatal a gestantes migrantes con patología de alto riesgo	diferencia : desafío la actualización del programa de SSR para grupos de población que no son considerados, por ejemplo con patologías crónicas de base y población migrante, a lo que se suma la necesidad de fortalecimiento del equipo de atención prenatal a gestantes migrantes con patología de alto riesgo	Ausencia de información
Calidad de los servicios	Instauración de mecanismo de supervisión de cumplimiento de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud Derivación a la	Coincidencias	Coincidencias	Ausencia de información



	<p>unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Atención Ambulatoria para Doppler de control en casos COVID-19.</p>			
	<p>Refuerzo de recursos humanos ante la posibilidad de ausentismo por contagio; reconversión de las funciones.</p>	<p>Coincidencias</p>	<p>Coincidencias</p>	<p>Ausencia de información</p>
	<p>Creación de un comité de gestión local se encargará de monitorear y reportar el desarrollo y cumplimientos de las medidas adoptadas por parte de los servicios locales.</p>	<p>Comisión multidisciplinaria para la toma de decisiones en contexto pandemia (con incorporación tardía de profesional de la salud sexual y reproductiva)</p>	<p>ausencia de participación de matronas/es en el diseño de estas, lo que se vio reflejado en la ausencia de orientaciones destinadas a la salud materna, perinatal y reproductiva durante los primeros meses de la pandemia.</p>	<p>Ausencia de información</p>
	<p>Utilización de registros según indicaciones Ministerio de Salud, como el registro de la actividad en ficha clínica, el Registro Estadístico Mensual (REM) (G4), el uso de la Plataforma de cupos y EPIVIGILA para residencias sanitarias, Vigilancia ESAVI, para monitoreo de grupos mediante plataforma digital8, entre otras.</p>	<p>se plantea que inicialmente faltó consignar si la persona era gestante o no y la edad gestacional. Lo que se desarrollaría posteriormente contando con registro de las gestantes COVID-19 positivas</p>	<p>Coincidencias</p>	<p>Ausencia de información</p>
	<p>Desarrollo de capacitaciones por parte del personal de salud que se encuentra al interior de los servicios.</p>	<p>Coincidencias</p>	<p>Coincidencias</p>	<p>Ausencia de información</p>

