INFORME DE MONITOREO SOCIAL

ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS 2020

Mesa Acción por el Aborto en Chile

FONDO ALQUIMIA

INFORME DE MONITOREO SOCIAL

ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS 2020

Mesa Acción por el Aborto en Chile

FONDO ALQUIMIA

Acción Feminista Ovalle

Las Fieras

Madre nativa ONG-ARICA

Marcha Mundial de las Mujeres Fío-Fío

Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche Región de la Araucanía

CRÉDITOS

MESA ACCIÓN POR EL ABORTO EN CHILE Y FONDO ALQUIMIA

EQUIPO DE TRABAJO:

MAACH:
Gloria Maira Vargas y Natalia Jofré Poblete

Fondo Alquimia:
Isabel Castillo y Sara Mandujano

ONG Madre Nativa:
Karina Sepúlveda Acevedo y Francisca Espinoza Duarte

Acción Feminista Ovalle:
Tatiana Cortés Segovia, Luz Jofré Díaz y Carol Aránguiz Gómez

Marcha Mundial de las Mujeres Región Metropolitana:
Jimena Gallardo Góngora y Angie Mendoza Araneda

Marcha Mundial de las Mujeres Fio Fio:
Karin Velásquez Luna y Marjorie Apablaza Saravia

Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche:
Ximena Mercado Catriñir, Carolina Alveal Álamos y Ana Tragolaf Ancalaf

Colectiva Las Fieras de Ancud:
María Ignacia Del Valle Campos y Camila Benavides Martínez

Diseño e ilustraciones:
Jorge Galleguillos

Santiago, mayo 2021

ÍNDICE

6 **PRESENTACIÓN**

8 **CAPÍTULO 1:**
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL MONITOREO

12 **CAPÍTULO 2:**
ENTRANDO EN LA PANDEMIA: RED ASISTENCIAL, NORMATIVA
2.1 Al inicio, la precariedad del sistema público de salud
2.2 La reorganización de la atención, y las luces y sombras de lo telemático
Miedo y desinformación en la población

25 **CAPÍTULO 3**
LA ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LA PANDEMIA
3.1 SSR, avances y déficits iniciales
3.2 Priorizaciones en la atención
3.3 Mujeres gestantes durante la pandemia
- Durante la gestación
- Durante el parto
- Durante el puerperio

3.4 Interculturalidad, territorios y grupos específicos
- Interculturalidad, pueblos originarios y población migrante
- Territorios, desigualdades de acceso
- Población adolescente, sin contacto ni atención
- Personas viviendo con alguna discapacidad y personas trans, sin atención real de SSR

3.5 Violencia gineco-obstétrica, presente en los distintos niveles de atención

61 **CAPÍTULO 4**
EL ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN 3 CAUSALES
4.1 Ruta de atención, menos APS y más ARO
4.2 Las duplas psicosociales, garantes de información y facilitadoras del acceso a la atención
4.3 La información y la capacitación de los equipos de salud al debe
4.4 Información y difusión, deudas que se mantienen con las mujeres y la población en general
4.5 Frente a la objeción de conciencia, estrategias para garantizar el acceso a la IVE
4.6 Violencia, denuncia y causal tres
4.7 Casos IVE constituidos en 2019 y 2020

92 **CAPÍTULO 5**
HALLAZGOS Y CONCLUSIONES
Requerimientos para una apropiada implementación de la ley IVE

GLOSARIO

APS:

Atención Primaria de Salud

ARO:

Alto Riesgo Obstétrico

CESFAM:

Centro de Salud Familiar

ISP:

Instituto de Salud Pública

ITS:

Infecciones de Transmisión Sexual

IVE:

Interrupción Voluntaria del Embarazo

LEY GES:

Ley de Garantías Explicitas En Salud

MINSAL:

Ministerio de Salud

OPD:

Oficina de Protección de Derechos de la niñez y la adolescencia

PESPI:

Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas

SNSS:

Sistema Nacional de Servicios de Salud

SSR:

Salud Sexual y Reproductiva

TENS:

Técnico Nivel Superior en Enfermería

VIH:

Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

El **Monitoreo Social** es una forma de participación ciudadana cuyo objeto es evaluar la ejecución de una política pública. En nuestro caso, hacemos monitoreo del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo cuando la mujer o persona gestante está en riesgo vital, existe inviabilidad fetal incompatible con la vida, o el embarazo es resultado de violación. En corto, monitoreamos la implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo o IVE en 3 causales.

Esta es la segunda vez que hacemos este monitoreo. En 2019, a poco más de un año de aprobada la ley, realizamos el primero y advertimos los obstáculos que enfrentaban las mujeres para hacer ejercicio de este derecho. Este nuevo monitoreo se realiza en momentos muy particulares del país. De un lado, el estallido social de octubre de 2019, que abrió un proceso constituyente encaminado a la elaboración de una nueva Constitución. Por primera vez existe la posibilidad de incorporar al catálogo de derechos fundamentales la salud, la salud sexual y reproductiva, y los derechos sexuales y reproductivos. De otro lado, la llegada del coronavirus y la consecuente crisis sanitaria, que ha modificado sustancialmente la vida cotidiana y comunitaria, el mundo laboral y de la subsistencia, con impactos en lo social, político y económico.

La evidencia nacional e internacional muestra que en momentos de catástrofes -y la pandemia del coronavirus lo es- la salud sexual y reproductiva y el acceso al aborto legal quedan relegados frente a la atención de la emergencia, lo cual impacta profundamente incluso de manera permanente en la vida de las mujeres -en su gran diversidad- y de las identidades sexuales y de género. En atención a estas constataciones, en esta nueva oportunidad nos propusimos monitorear lo que sucedió con la atención de salud sexual y reproductiva y el acceso al aborto legal durante el pandémico año 2020. Con este propósito nos aliamos con diversas organizaciones territoriales, éstas son: Madre Nativa de Arica y Parinacota, Acción Feminista Ovalle de la región de Coquimbo, la Marcha Mundial de Mujeres de la región Metropolitana y de la región del Biobío, el Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche de la Araucanía, y Las Fieras de Ancud de la región de los Lagos.

Este informe da cuenta de la información y los hallazgos generales del monitoreo social, destaca los puntos comunes y releva algunas de las particularidades encontradas en los territorios en que se realizó el monitoreo. Su complemento son los informes que cada organización realizó donde se profundiza sobre las especificidades que tiene la atención de la SSR y el acceso a la IVE en las comunidades donde se realizaron las entrevistas y se recabó la información. Los hallazgos del monitoreo social muestran lo que sucede con la interrupción voluntaria del embarazo en los territorios y establecimientos de salud que formaron parte de la observación. No pretenden ser representativos de la realidad nacional.

Sin perjuicio de lo anterior, los resultados muestran dificultades y omisiones en la implementación que bien pudieran producirse en otros lugares en la red de atención. De hecho, los hallazgos del monitoreo corroboran una preocupación general expresada por distintos gremios y organizaciones especializadas en el sentido que la salud sexual y reproductiva y el acceso al aborto legal no han sido consideradas atenciones esenciales durante la pandemia, y que la postergación de prestaciones tendrá impactos en los índices de morbilidad y muerte materna, en embarazos no deseados, y en general en las condiciones de salud de las niñas, mujeres y personas con capacidad de gestar. La pandemia ha profundizado los déficits previos y las exclusiones o ausencias de respuestas de atención a grupos y comunidades específicas.

Agradecemos a todas las personas que aceptaron ser entrevistadas -usuarias, profesionales y personal técnico de la atención primaria y de las unidades de alto riesgo obstétrico-, y a las organizaciones y colectivos que brindaron información sobre las realidades territoriales del aborto y la salud sexual y reproductiva. También reconocer el aporte de las organizaciones que participaron en los grupos focales: CIMUNIDIS (Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad de Chile), FEMACU (Movimiento Feminista por la Accesibilidad Universal) y Fundación Nellie Zabel, OTD (Organizando Trans Diversidades), Pies Disidentes, OTR (Organización Trans Rancagua), TransÑuble y Paul Nail, a Fabiola Berríos que apoyó la estructuración y primera versión de este informe, y a Geraldine Arriagada por su colaboración en el análisis.

Como está expresado más arriba en esta presentación, el monitoreo social es una forma de participación ciudadana y su desarrollo y conclusiones son resultado de un trabajo colectivo que fortalece la acción social y la transformación en función de mayor justicia social, libertades y derechos. Esperamos que este informe aporte a los debates y argumentaciones dirigidos a la elaboración de una nueva Constitución que reconozca y garantice los derechos sexuales y reproductivos de las personas y la autonomía reproductiva como condición esencial de la ciudadanía de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

La Mesa por el Aborto y Fondo Alquimia agradecen a International Planned Parenthood Federation Región del hemisferio occidental (IPPFRHO) y a Global Fund for Women (GFW) el apoyo para el desarrollo de este monitoreo social en Chile.

MESA ACCIÓN POR EL ABORTO Y FONDO ALQUIMIA

CAPÍTULO

1

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL MONITOREO

La evidencia nacional e internacional muestra que, en momentos de catástrofes, la salud sexual y reproductiva y el acceso al aborto legal quedan relegados frente a la atención de la emergencia, lo cual impacta profundamente en la vida de las mujeres -en su gran diversidad- y de las identidades sexuales y de género.[1] Bajo esta premisa nos propusimos indagar en lo que sucedió durante el año 2020 con la SSR y la IVE, tanto en términos de acceso como de calidad de la atención, en algunos territorios específicos. Apuntando a estos objetivos, las preguntas que guiaron el monitoreo este año fueron: **¿Qué sucede con la atención en salud sexual y reproductiva, y el acceso al aborto legal en tiempos de coronavirus? ¿Cómo ha impactado la pandemia en las atenciones de salud sexual y reproductiva? ¿Se ha garantizado el acceso a la ley IVE?**

[1] Así lo reconocen distintas instancias internacionales, como por ejemplo CEPAL, que en octubre de 2020 en el contexto de la pandemia indicaba que "Transcurridos siete meses desde el inicio de la pandemia en la región, existe conciencia en que está afectando de manera desproporcionada los cuatro pilares de la cobertura universal en salud sexual y reproductiva: i) la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva; ii) los recursos y equipamiento; iii) la demanda y iv) el acceso a los servicios de salud. El debilitamiento de estos cuatro componentes impacta en la provisión y utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que conlleva a una reducción de la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva con un incremento en las muertes maternas y embarazos no intencionales". https://www.cepal.org/es/eventos/dialogo-virtual-efectos-la-pandemia-covid-19-desafios-la-salud-sexual-reproductiva-contexto

Tomando como base las dificultades y obstáculos que se advirtieron en el primer monitoreo, la observación durante el 2020 buscó profundizar en las realidades territoriales que condicionan el acceso al aborto legal, así como incluir una perspectiva interseccional particular de acuerdo con la pertenencia a pueblo originario o afro, habitar el mundo rural, tener la condición de migrante, ser lesbiana, persona trans, o vivir con alguna discapacidad.

Los instrumentos utilizados para la recolección de información fueron:

- Entrevistas semiestructuradas en Atención Primaria de Salud (APS) y en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) de los hospitales: tanto al equipo médico como a la dupla psicosocial encargada de acompañar los casos.
- Entrevistas semiestructuradas a usuarias de APS.
- Pauta a informantes claves: redes feministas y organizaciones de mujeres en los territorios, dirigentes de salud, informantes anónimos de establecimientos de salud, y otros representantes de organizaciones comunitarias.
- Solicitudes de información pública utilizando la ley de transparencia al Ministerio de Salud, municipios y servicios de salud regionales y SEREMI.
- Contexto de salud sexual y reproductiva (SSR) de cada región: datos estadísticos y descripción cualitativa que da cuenta del estado regional de la SSR sobre la base de indicadores específicos.

Además, se realizaron dos grupos focales: uno con organizaciones de la diversidad o disidencia sexual y de género, y otros con organizaciones de personas viviendo con alguna discapacidad.

Las organizaciones territoriales hicieron el levantamiento de la información entre los meses de julio y octubre de 2020, ajustando las entrevistas y recopilación de información a las posibilidades que brindó lo telemático y lo virtual. Este proceso estuvo marcado por un contexto muy complicado para las personas y comunidades, con gran parte del país aún en cuarentena y con los esfuerzos del sistema de salud público concentrados en responder a la pandemia. El uso de las plataformas de videollamadas o llamadas telefónicas permitieron que el trabajo pudiera seguir desarrollándose, lo cual en algunos territorios fue un facilitador para acceder a entrevistar a personal de salud. Contrariamente, los medios telemáticos fueron obstaculizadores en las entrevistas con las usuarias. Por un lado, no generan intimidad y confianza para la entrevista, producen un espacio impersonal, sobre todo cuando se trata de mujeres rurales o de pueblos indígenas, a quienes les acomodan otras formas de interacción. Por otro, las dificultades de conectividad y la brecha digital que emergen en territorios específicos y/o afectan a las mujeres más pobres, o las que viven en zonas aisladas, o las que no tienen conocimientos y medios para mantenerse conectadas, entre otras. Esta realidad es expresión de la profunda desigualdad que cruza el país.

En las entrevistas se indagó sobre la salud sexual y reproductiva, la Ley IVE, la violencia y el acceso a la tercera causal, la violencia gineco-obstétrica, trato y calidad de atención. En total, se realizaron 130 entrevistas semiestructuradas a personal de salud y usuarias, se aplicaron 33 guías de preguntas a informantes claves y se cursaron 56 requerimientos de información a establecimientos y autoridades de salud regionales.

A continuación, un cuadro resumen que desagrega por organización e instrumento aplicado:

	Madre nativa	Acción feminista Ovalle	Marcha Mundial de las Mujeres RM	Marcha Mundial de las Mujeres Fío Fío	Observa-torio de salud y género	Las Fieras de Ancud	TOTAL
Entrevista APS	5	4	5	8	10	7	39
Entrevista ARO-equipo médico	1	2	3	5	2	3	16
Entrevista ARO-Equipo Biopsicosocial		2	4	3		4	13
Entrevista usuarias	10	14	8	13	9	5	59
Pauta informante clave	5	3	8	8	2	7	33
Transparencias recepcionadas	7	17	6	12	7	7	56

Con relación al personal de salud, en la APS se entrevistaron a 39 personas, dentro de las cuales hay 28 matronas y un matrón, cuatro trabajadoras sociales, una psicóloga y un psicólogo, dos facilitadoras interculturales, un médico y una TENS. Por lugar geográfico, hay 21 profesionales de zonas urbanas y 18 de zonas rurales. En los ARO, se entrevistaron en total a 29 personas, de las cuales hay nueve matronas y dos matrones, siete trabajadoras sociales, cinco psicólogas y un psicólogo, y cinco médicos gineco-obstetras (tres mujeres y dos hombres). Por lugar geográfico, hay 25 profesionales de zonas urbanas y 4 de zonas rurales.

Respecto de las usuarias, de las 59 personas entrevistadas, 3 de ellas se autoidentificaron como usuaries[2]. Por rango etario, 25 tienen entre 18 y 30 años; 29 entre 31 y 44 años; y 5 entre 45 y 63 años. Por lugar geográfico, 40 usuarias habitan zonas urbanas y 19 zonas rurales. En cuanto a la orientación sexual, 39 se identifican como heterosexuales, 5 como bisexuales y 1 como lesbiana; y 14 no saben o no responden. Dentro del total entrevistado, 15 pertenecen a algún pueblo indígena (12 mapuche, 2 aymara y 1 chono), 3 se identifican como afrodescendientes y 2 son migrantes de otros países.

Llegar a las usuarias en tiempos de pandemia, sin poder desplazarse en el territorio fue uno de los grandes desafíos que debió enfrentar el monitoreo. Las organizaciones desplegaron distintas estrategias para lograrlo, entre estas, llamados por redes sociales. En algunos lugares -principalmente urbanos y digitalizados- esto permitió contactar usuarias de los establecimientos monitoreados. En otros lugares, principalmente rurales o de población indígena o migrante, fue necesario implementar otras rutas para llegar a las mujeres. El arraigo territorial de las organizaciones y sus redes locales fueron claves para acceder a las usuarias y también al personal de salud.

Toda entrevista y encuesta fue acompañada de un consentimiento informado y se aseguró confidencialidad de la identidad a las personas que accedieron a participar. Debido a este compromiso, en el informe las voces de las personas entrevistadas se clasifican de manera muy amplia: usuaria, profesional de salud de APS o de ARO, y zona geográfica (sur, centro o norte).

[2] Es decir, que no se identificaban como “mujeres”, o que habían hecho un proceso de transición de género. Para facilitar la lectura, de aquí en adelante hablaremos de “usuarias” para referirnos a la totalidad de estas 59 entrevistas.

CAPÍTULO

2

ENTRANDO EN LA PANDEMIA: RED ASISTENCIAL, NORMATIVA Y AJUSTES EN LA ATENCIÓN

Para comprender el impacto que tuvo la crisis sanitaria en el acceso a la SSR y a la IVE en tres causales, lo primero es saber que el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del SNSS todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados. La red asistencial se organiza de acuerdo con los niveles de complejidad y amplitud de la cobertura a través de los 29 Servicios de Salud en todo el país. La puerta de entrada a la atención en salud es la *Atención Primaria* (APS) que entrega una amplia cobertura en cuanto a la población que atiende: niñas, niños y adolescentes, mujeres, personas adultas y adultas mayores. La red de atención primaria en cada comuna depende de los municipios -salvo algunas contadas excepciones- y realiza atenciones de baja complejidad y acciones de carácter preventivo y promocional como controles, consultas, vacunación, educación, entre otras. En lo que interesa a este monitoreo, en la APS se hacen los controles prenatales, del puerperio y el niño/a sano, las consejerías en salud sexual y reproductiva, el control de regulación de la fertilidad, anticoncepción de emergencia, exámenes de PAP, consulta por VIH/Sida y climaterio, entre otras prestaciones.

La *Atención Secundaria*, entrega una cobertura media y atención de complejidad intermedia. Actúa en coordinación con el nivel primario, y cuenta con prestaciones ambulatorias y hospitalización de especialidad, apoyo de diagnóstico a través de imágenes y exámenes complementarios. En este nivel se atiende infertilidad y ginecología en general y embarazo de alto riesgo, entre otras atenciones. Finalmente, *la Atención Terciaria* tiene una cobertura reducida, pero de alta complejidad y especialidad.

El Ministerio de Salud ejerce la rectoría en salud sobre toda la red asistencial a través de dos subsecretarías, (salud pública y redes asistenciales) y la ley establece que "todos los establecimientos deben colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva la necesidad de salud de la población"[3].

De acuerdo con los resultados de este monitoreo, en cada nivel de complejidad, los establecimientos adecuaron su funcionamiento y modelo de atención a las condicionantes que supuso hacer frente a la pandemia, y priorizaron su cartera de prestaciones. En varias entrevistas se refieren situaciones como la siguiente:

> ***cuando comenzó la pandemia, el Servicio de Salud Occidente nos envió las recomendaciones para el Programa de la mujer, las atenciones que podíamos realizar de forma presencial o de forma remota. Entonces cada CESFAM, según la realidad local que tenía, adaptaba estas recomendaciones, por ejemplo, indicaba que el ingreso del embarazo había que realizarlo de forma presencial, después controlar a las 11, 14 semanas, después a las 20…" (Matrona APS, zona centro).***

Sin embargo, la experiencia no es igual en todos los territorios:

> ***…todo se ha tenido que restructurar dependiendo de la necesidad y generalmente dependiendo de la semana, porque todo ha sido tan ambiguo y que desde el ministerio pedían una cosa y la realidad es otra. Por ejemplo, hace dos semanas antes de que empezara la cuarentena nos estaban pidiendo que empezáramos a activar unos programas, me refiero a empezar a hacer más prestaciones presenciales, pero empezó justo la cuarentena, entonces todo se fue para atrás, entonces cada semana se va reevaluando qué, cómo organizar nuevamente, especialmente el establecimiento"***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

[3] Ministerio de Salud, Decreto 140 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, 24 de septiembre de 2004.

El monitoreo identificó al menos seis documentos con directrices que entregaron el marco para la continuidad de la atención general en salud, y la relacionada con la SSR. Entre estos protocolos se encuentran:

Recomendaciones generales para la organización de la atención en Establecimientos de Atención Primaria de Salud en contexto de pandemia SARS - CoV-2, marzo 2020

- Continuidad de atención a niños y niñas en Atención Primaria de Salud, en el contexto de alerta sanitaria COVID-19, abril 2020
- Atención a adolescentes en Centros de Atención Primaria, en el contexto de alerta sanitaria covid-19, abril 2020
- Orientaciones para el manejo de casos SARS-COV-2 (Covid) en gestantes, puérperas y díadas (ordinario 2388, junio 2020) y Protocolo de manejo de casos SARS-CoV-2 (Covid-19) en gestantes, puérperas y/o díadas 2020
- Protocolo de Manejo de Contactos de Casos Covid-19, fase 4, marzo 2020.

Hacia el cierre del monitoreo, en octubre de 2020, se conoció de la publicación de las orientaciones técnicas de continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia COVID - 19[4]. Se indica allí que, *"En los períodos de emergencias, desastres, alertas sanitarias y estados de catástrofe, es de suma importancia abordar todas las necesidades urgentes de salud sexual y reproductiva, considerando disponibilidad de información y acceso a controles prenatales y de la díada, métodos de regulación de fertilidad y anticoncepción de emergencia, protección contra la violencia sexual (además de la profilaxis, prevención y tratamiento de ITS y VIH), y acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las tres causales previstas por la Ley 21.030".* Sin embargo, la adopción de orientaciones técnicas y protocolos en ámbitos de la salud sexual y reproductiva pareciera producirse desde mediados de año en adelante, cuando muchas comunas del país estaban en cuarentena y se discutía la posibilidad de una "hibernación" para reducir los grados de propagación del virus.

[4] Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Ord.-4425-OT-Continuidad-SSR-en-contexto-de-pandemia-FINAL.pdf

En un primer momento, las distintas autoridades de salud hicieron el llamado a no asistir a los centros de salud si no era estrictamente necesario, aludiendo a exponerse innecesariamente al riesgo de contagio. Como recoge el Colegio Médico, *"probablemente el miedo a contraer la enfermedad y la adherencia a las instrucciones de la autoridad sanitaria, considerando que un control de salud puede diferirse, puede llevar a que las personas eviten acudir a establecimientos de salud para recibir atenciones relacionadas a otras patologías, como consultas en servicios de urgencia y controles crónicos"*[5]. Esto generó que la población resistiera la intención de ir a controles agendados o bien a atenciones de rutina que no fueran consideradas como urgencias.

A continuación, se presenta la información respecto de la red asistencial y la re-organización de la atención en los territorios incluidos en el monitoreo, y el miedo y desinformación de la población que ha implicado la postergación de su propia salud.

[5] Colegio Médico de Chile (2020), El impacto de Covid19 en el Sistema de Salud y propuestas para la reactivación, p. 5.

2.1 Al inicio, la precariedad del sistema público de salud

Las precariedades del sistema público de salud son una de las tantas muestras de la profunda desigualdad que existe en Chile. La pandemia evidenció las debilidades propias de la insuficiencia de recursos en ámbitos como personal técnico y profesional, así como de infraestructura y de equipamiento frente a las necesidades de atención del 80% de la población del país, que es la que utiliza la red asistencial pública. A pesar de que el entonces ministro Jaime Mañalich declarara que contábamos con *"uno de los mejores sistemas de salud del planeta"*[6], lo cierto es que mucho de lo que se logró hacer durante los peores meses de la crisis sanitaria tuvo directa relación con el compromiso de los equipos de salud, tanto en la atención primaria como en establecimientos de mayor complejidad.

A modo de ejemplo, en la atención primaria:

> ***… somos solo 4 matronas para 6 mil y tantas mujeres que tenemos en la comuna"***
> ***(Matrona APS, zona sur)***

> ***hay un déficit, si aumentáramos el recurso humano, o el tiempo en las prestaciones habría una atención mucho más integral y completa a mi punto de vista."***
> ***(Matrona APS, zona centro)***

Una matrona que atiende en el altiplano dice que:

> ***… yo soy la única matrona, o sea, la única que atiende todo: las embarazadas, los métodos. Y también está el temor de que, si yo no estoy, y si me contagio, o si llego a estar contagiada, puedo contagiar a las demás (…) Y si no estoy, como que queda todo ahí standby lo que es el programa…"***
> ***(Matrona APS, zona norte)***

A la falta de recurso humano se agregan las carencias en las instalaciones:

> ***… lamentablemente todo lo que es infraestructura es muy antigua…***
> ***las condiciones no son las mejores, no hay un baño para la paciente (…)***
> ***no hay un ecógrafo como para que ella realice las ecografías…"***
> ***(Matrona APS, zona sur)***

[6] El Mostrador, Jaime Mañalich: "Nuestro sistema de salud es uno de los mejores y más eficientes del planeta"
https://www.elmostrador.cl/dia/2019/11/21/jaime-manalich-nuestro-sistema-de-salud-es-uno-de-los-mejores-y-mas-eficientes-del-planeta/

En los hospitales, la situación que se reporta en las entrevistas no es distinta:

> ***… lamentablemente tenemos una sala para seis pacientes donde el personal tiene a cargo dos pacientes por una matrona y ahí se pierde un poco este trabajo más personalizado. Yo creo que en esa línea es donde más duele que estamos atendiendo con un modelo muy antiguo, pero nos juega en contra la infraestructura antigua de nuestro hospital".***
> ***(Matrona ARO, zona sur)***

> ***…yo creo que faltan muchas cosas, recurso humano, recurso monetario, instrumental, salas, equipamiento, espacio (…) Siempre un solo hospital en una región es una barrera … tenemos una clínica que es súper restrictiva con un montón de cuestiones, un pensionado que se cerró hace más de un año …" (Gineco-obstetra, zona norte)***

> ***…yo creo que estamos bastante al debe con ese tema [con la SSR], se ha avanzado, pero creo que no lo suficiente …faltan especialistas, faltan horas de profesionales, faltan recursos, quizás hasta voluntad de poder hacerlo, porque se está trabajando todavía como un poco a la antigua, de resolver lo más urgente y no se están tocando temas que quizás sería importante abordar". (Matrona ARO, zona centro)***

En los establecimientos de salud se cuenta hoy con los elementos para la protección personal (EPP) de quienes atienden. Al inicio de la pandemia estas condiciones no estaban, y tanto en ARO como en Atención Primaria se reporta que hubo casos en que el gasto fue por cuenta del personal de salud (y no de la institución)[7]. En APS hubo decisión de suspender ciertos exámenes,

> ***porque estos pueden ser también vías de contagios, no había los métodos necesarios para todos(...) no habían mascarillas suficientes, aun creo yo que no trabajamos con las que son las mejores que debiésemos estar utilizando, pero ya de a poco, ya contamos con los delantales, las antiparras, para poder hacer los procedimientos invasivos porque nosotras colocamos implantes, dispositivos, tomamos exámenes…"***
> ***(Matrona APS, zona norte)***

[7] Estas situaciones han sido detectadas también en otros informes. De manera particular, Amnistía Internacional presentó su reporte "Ya no podemos ser pacientes", en que hablaron con personal de la salud en un periodo similar al del monitoreo, y detectaron lo mismo. Ver: https://amnistia.cl/wp-content/uploads/2020/08/YANOPODEMOSSERPACIENTES-1.pdf

En el centro del país,

> ***… respecto de los insumos en un comienzo estábamos pésimos, no estaban garantizados, de hecho yo personalmente me tuve que comprar mis mascarillas, ya no teníamos insumos, no sé qué pasó, claramente no depende del centro, hay toda una red, no había alcohol, no había alcohol gel (…) entonces yo recuerdo que para conseguir alcohol tuve que anotarme en una lista del supermercado, me llamó la reponedora y compré alcohol (…) en ese momento viene la frustración porque uno dice estoy arriesgando mi vida y no tengo los insumos necesarios, era terrible. No teníamos mascarillas, después una mascarilla por día, que no era suficiente porque la mascarilla se humedece, pierde su efectividad, la verdad es que como funcionarios nos sentíamos bastante inseguros, eso fue al comienzo; ahora las cosas mejoraron y sí se nos ha entregado una caja de insumos mensual que trae alcohol, alcohol gel, sabanillas, pero al principio fue bien precario el asunto"***
> ***(Matrona APS, zona centro)***

Así como se refieren las dificultades con los EPP, se menciona la utilización de celulares, computadores y conexión a internet propias cuando se encuentran en modalidad "home office".

2.2 La reorganización de la atención, y las luces y sombras de lo telemático

La normativa adoptada para manejo del SARS-Cov-2, respecto de la seguridad de las personas usuarias y el propio personal en la atención y el manejo de casos Covid así como sobre la priorización de las prestaciones en SSR, es conocida por los y las profesionales entrevistadas en APS y ARO. De hecho, las entrevistas dan cuenta de la implementación progresiva de medidas en la APS, que buscaban ir retomando algunas de las atenciones que habían sido suspendidas. Las adecuaciones se implementaron como resultado de los protocolos del MINSAL, pero principalmente por iniciativa del propio personal de salud, debido al conocimiento de las particularidades que se tiene de las usuarias y de los territorios. Entre estas medidas se mencionan la sanitización del box de atención; consultas espaciadas entre pacientes, agendando con una hora de separación entre pacientes como precaución para evitar la aglomeración; extensión de recetas, por lo general, para 3 meses, evitando así que las personas asistieran mensualmente a los centros de salud; aumento de rondas médicas, entrega de medicamentos a domicilio, incorporación de tele consultas, seguimiento telefónico de pacientes, y aumento del uso de redes sociales.

En los hospitales, se menciona la disminución de la oferta y el número de pacientes que se atiende por turno:

> ***los requerimientos de la atención de pacientes se han cambiado y esto ha hecho que hayan disminuido la oferta (…) Antes, un médico podía atender en cuatro horas de atención quince pacientes. Ahora con cuatro horas de atención, con las nuevas normativas de infecciones intrahospitalarias y todas las precauciones que hay que tener, el médico en cuatro horas está atendiendo ocho pacientes."***
> ***(Matrona ARO, zona norte)***

En caso de hospitalización, se indica la aplicación de altas tempranas y seguimiento telemático:

> ***se redujeron las horas de hospitalización y las mujeres se están yendo de alta antes de tiempo. Y hay un monitoreo igual, las matronas que están en teletrabajo llaman a las pacientes en este periodo antes de que ingresen a atención primaria, que están ingresando a la atención primaria como al octavo día… Y si también considerando que, en esa etapa post alta, hay algo psicológico social que esté influyendo nos contactan a nosotros y también hacemos monitoreos por teléfono."***
> ***(Trabajadora social ARO, zona sur)***

A medida que avanzaron los meses, los centros de salud de los territorios monitoreados fueron adaptando su funcionamiento, principalmente con las medidas que se enumeran a continuación, cada una con sus pros y contras:

Atenciones a distancia (telemáticas). A pesar de que las atenciones de urgencia siguieron siendo presenciales, la gran mayoría de las que se siguieron realizando pasaron a modalidad telemática, ya sea a través de llamadas, videollamadas o por WhatsApp, y aunque esto permitió la continuidad de algunas atenciones identificadas como prioritarias, no pudieron reemplazar totalmente todo lo que implica una atención en SSR, como la identificación de situaciones de violencia hacia las mujeres. Como reconocen en la zona sur, a nivel de la atención primaria, la mayoría de los controles se realizaron vía telefónica, esto afectó la pesquisa de situaciones violencia intrafamiliar, violencia sexual y la detección temprana de embarazos y problemas en los embarazos.

El contacto telefónico directo ha sido muy bien evaluado. En el sur, un CESFAM cuenta con una línea 800, lo que

> ***hasta ahora nos ha resultado bastante bien, teniendo la sensación de no haber abandonado a nadie"***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

En el norte, una matrona afirma que:

> ***las usuarias quedan bastante contentas cuando las llamamos". A pesar de las limitaciones que puede tener lo telemático, "…el hecho de que yo pueda llamar a la paciente y pueda conversar libremente hacer que la paciente poco a poco vaya adquiriendo un poco más de confianza y asimismo me han empezado a llamar más seguido y enviar que una paciente, la otra paciente le dijo y se empezaron a pasar de voz, que se podía hacer así, que era seguro, eso fue yo creo que la primera barrera, la inseguridad, el miedo a acudir"***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

En el caso de los hospitales se reconoce que el recurrir a la telemedicina fue en ayuda en muchos casos, pero un obstaculizador en otros: *"…la atención telefónica o atención a distancia no ha sido lo óptimo en la paciente obstétrica, ni en la paciente ginecológica por un tema de planificación familiar, o sea, por teléfono al menos aquí por video conferencia es un poco más útil, pero por llamada hacer preguntas muy específicas no es lo ideal ..." (Gineco-obstetra ARO, zona centro); "Evidentemente no es lo mismo", indica un psicóloga de un ARO en el norte, "no es un trabajo que uno pueda hacer como de manera tan sensible quizás, porque uno trabaja mucho con las emociones y evidentemente hacerlo por videollamadas, por teléfono, no es lo mismo que hacerlo de manera presencial…".*

A pesar de estas dificultades, hay una buena evaluación de este tipo de atención por parte de las usuarias, porque denota un nivel de preocupación de parte del consultorio, y además considerando que la atención ha sido, en algunos casos, más extensa que los controles en persona. También es altamente valorado el seguimiento de las atenciones y la posibilidad de contactar a un profesional de la salud entre controles. Una usuaria en el norte afirma: *"(…) igual hubo preocupación de parte del CESFAM creo yo de comunicarse ellos conmigo para ver cómo estaba la situación (…) [la atención telefónica fue] bastante buena porque la matrona se tomó todo el tiempo del mundo a responder a mis dudas, le pregunté mil cosas y ella tuvo paciencia"*.

La telemedicina en algunos casos también generó incomodidad al personal médico, porque les obliga a conectarse en sus espacios privados, tal como reconoce una profesional de la salud de la zona norte, *"Y si lo tenemos que hacer lo tengo que hacer desde el computador mío ya, en el espacio de mi casa, entonces igual como que ahí también se pierde un poco la privacidad de nosotros"* (Matrona APS, zona norte). Y, tal como sucedió con los EPP, en algunas entrevistas se reporta que el personal de salud utilizó sus propios teléfonos y planes de datos para estas atenciones.

Agendamiento de horas para controles a través de teléfono o WhatsApp a fin de evitar la aglomeración de personas en los consultorios. Para algunas usuarias, esto no fue lo más cómodo pues había que explicar claramente el motivo de la consulta debido a la priorización de las atenciones. Para consultas en SSR, no vinculadas a embarazo, algunas usuarias manifestaron incomodidad y haber entregado información parcial para explicar los síntomas que tenían, y que podían asociarse a una ITS, por ejemplo, por no saber a quién le estaban relatando situaciones ligadas a su vida sexual. En otros casos, la experiencia del uso de las redes sociales para la gestión de las horas médicas no tuvo el resultado esperado, como indicó una usuaria en el sur, *"el hecho de no poder sacarme mi implanol, porque ya está viejito, ya está pasado de fecha y yo siento que me está molestando. Entonces como que llamé al consultorio y me dijeron que me metiera a facebook para que, de ahí me iban a pasar el número de una matrona y ahí iba a poder ir, pero mandé el mensaje y nunca me contestaron…"*.

Adecuación de los espacios presenciales con filas separadas por atención requerida, como controles agendados, solicitudes de nuevas horas, entrega de anticonceptivos, entre otros. De esta forma se evitaba la congestión de los recintos, lo que también entregaba confianza a las usuarias. Una usuaria en el norte resume nítidamente las adecuaciones que se hicieron, *"Tienen a toda la gente afuera bajo un toldo, como separados por uno o dos asientos y uno entra con su hora médica, ahora tienen unos cuadernitos donde tienen a la gente que le toca ahí, entonces yo di mi nombre más que nada, o sea el de mi hija, "ella tiene control conmigo" y van haciendo pasar a la gente de a súper poquitos, era como una entrada y al otro lado, siempre se sale por el mismo lugar, como que siempre cuidando el ingreso y las vías, te toman la temperatura y también entregan alcohol gel. Adentro hay muy poca gente, de hecho, casi nadie. Tienen como la fila de los remedios, de las leches y para las horas médicas, pero muy poca gente circulando dentro del consultorio. Súper seguro igual, yo como que tenía miedo de ir con mi hija, porque me imaginaba que iba a estar lleno de gente y no, está súper ordenado el tema, como bien cuidado, tomando las precauciones y todo"*.

La disminución del personal de salud tuvo efectos importantes, tanto en ese mismo grupo, como en las usuarias de los consultorios. En los primeros, hubo una sobrecarga importante de trabajo, mientras que, entre las segundas, significó que a veces no pudieran conseguir una hora de atención con la premura que se esperaba. Una profesional de la zona norte indica que *"Nosotros somos un estamento que siempre nuestras horas están ocupadas y siempre nos faltan. Según el per cápita, población versus per cápita, la contratación de las matronas está bien, es adecuada. Pero yo creo que no es suficiente, quizá falta ahí una orientación u otro tipo de estudio referente a las necesidades de las mujeres en cuanto a orientación de hora matrona que requiere cada CESFAM, porque no damos abasto"*. Y si es así en tiempos de atención habitual (o sin pandemia), en momentos de emergencia sanitaria, ese déficit se incrementa. ***"Menos personal y más carga laboral para todos",*** en palabras de una trabajadora social de la zona sur.

Lo que es común a nivel nacional es que las y los profesionales de la salud comenzaron a trabajar en sistema de turnos (presencial y remoto), y que quienes tuvieran factores de riesgo frente al COVID-19, trabajaran siempre desde sus hogares. Por lo mismo, pasó que, en muchos casos, como por ejemplo en Arica, el personal que pudiera estar atendiendo de manera presencial disminuyera, instaurando además un sistema de turno de 14x14. A propósito de un sistema similar en el sur, una profesional explica, *"siempre pensado en la protección de ambos, ya sea del usuario como del profesional se está priorizando la atención, hemos tratado de llevar a cabo la atención y cubrir en lo más posible"*.

2.3 Miedo y desinformación en la población

Respecto de la población usuaria, el monitoreo arroja que hubo confusión en torno a asistir o no a los controles ya agendados, así como un temor a acercarse a los CESFAM o al hospital ante la posibilidad de contagio, generando una auto postergación de la propia salud.

El miedo aparece como un obstáculo importante para la atención que se suma a las dificultades históricas a las que debe enfrentarse el personal, tal como expresan matronas en el norte, sur y centro del país: *"la gente si antes no iba al CESFAM, cuando no había nada, cuando no había pandemia, ahora con mayor razón se les dificulta ir. Y no van"; "los miedos de la población, también que tampoco les es tan fácil acudir al establecimiento…", "el mensaje comunicacional del estado ha sido no, no venga, entonces se te pierde la gran masa"; "me ha pasado con algunas pacientes, que les da miedo salir por miedo a contraer el virus. Hubo una paciente que yo la cité a PAP y también estaba muy asustada, ¿podré ir? ¿Será seguro ir? ¿No hay riesgo?".*

En las unidades ARO se informa una realidad similar:

> ***… la gente no quiere operarse, son cosas que igual no son urgentes, pero hay que hacerlo pronto, y las mujeres no quieren operarse porque les da miedo ir al hospital, porque les da miedo entrar a un pabellón, donde yo creo, ellas deben sentir que es más probable que se contagien, a estar en sus casas encerradas y probablemente ese sea el miedo que se mantenga durante harto tiempo pienso yo…"***
> ***(Matrona ARO, zona centro)***

En el sur:

> ***… la variación tiene que ver con el temor que pueden tener algunas mujeres a asistir a los centros hospitalarios, como a partir del temor que les puede causar el contagio, porque asocian los centros de salud obviamente a mayor posibilidad de contagio"***
> ***(Trabajadora social ARO, zona sur).***

El miedo se combina con la desinformación, y el resultado es la postergación de la propia salud. En síntesis:

> ***la persona ni siquiera va a consultar porque da miedo, porque asumen que está todo centrado en la pandemia, en el coronavirus."***
> ***(Matrona APS, zona centro).***

Como señala una usuaria en el norte, *"yo creo que hay mucha confusión ahora durante la pandemia como de cómo están atendiendo, de cuáles son los protocolos de sanidad, no sé, además de que te tomen la temperatura y que te ponen alcohol gel en las manos. No sé, como que hay otras cosas y protocolos que quizás es bueno informar".*

Desde la perspectiva del personal de salud, también se hace referencia a deficiencias en la difusión de información:

> ***… yo hago telemedicina en el hospital, todos los días me conecto de 9 a 10 y ahí podrían conectarse un montón de pacientes y se conecta muy poca gente. Yo creo que falta difusión, que nos veamos más cercanos, que no seamos tan distantes, que el equipo de salud esté abierto a todos, y si pudimos haber ayudado más a la gente en este tiempo de incertidumbre. A lo mejor no nos difundimos más por miedo."***
> ***(Matrona ARO, zona sur).***

El personal expresa su propio miedo en las entrevistas y el cansancio que se acumula:

> ***… la verdad hasta nosotros tenemos miedo, yo tengo miedo, no puedo decir yo no tengo miedo, yo tengo hijos, tengo una familia. Mira, es estresante para nosotros, es estresante para los pacientes que siempre nos vieron tan natural … y que ahora como siempre de lejos, trate de saludarme, no tan cerca, es estresante esa situación, miedo, estrés, miedo estrés, estamos jugando con ese miedo estrés. Además, los que estamos trabajando continuo no tenemos mucho descanso porque tenemos que trabajar sí o sí, nosotros no podemos sacar vacaciones en pandemia. Generalmente uno sacaba vacaciones dos veces al año, ahora, estamos aquí en la duda, en la incertidumbre, que pasará si me infecto, que pasará si se infecta la paciente, que pasará, es como un estrés constante, estás en estrés"***
> ***(Matrona ARO, zona sur).***

CAPÍTULO

3

LA ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: LA PANDEMIA PROFUNDIZA LOS DÉFICITS PREVIOS

En 2018, el Ministerio de Salud adoptó una política nacional de salud sexual y salud reproductiva que "aspira a que todas las personas, a lo largo de su ciclo vital, vivan su sexualidad y reproducción de forma plena y que encuentren una adecuada respuesta de salud; todo ello en un marco de derechos humanos, curso de vida y equidad de género, en el ejercicio de sus identidades culturales, orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, diversidad de funcionamiento, libres de toda forma de discriminación y violencia; favoreciendo el bienestar personal, de la familia, comunidad y sociedad en general"[8]. La propia adopción de la política marca un momento de avance importante en el recorrido que el país ha hecho desde la estrecha mirada materno-infantil a visiones que incorporan no solo a las mujeres, sino a la diversidad de personas considerando sexo, orientaciones sexuales e identidades de género, entre otras dimensiones.

[8] Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Resolución Exenta N.º 285 del 2 de marzo de 2018 del Ministerio de Salud.

Diversas organizaciones de la sociedad civil -particularmente aquellas ligadas a la salud y la salud sexual y reproductiva, feministas y de la diversidad y disidencias sexuales y de género- han identificado falencias y carencias y, desde hace años, vienen entregando insumos para mejorar la atención en SSR, siendo escuchadas muy parcialmente por las autoridades. Durante la pandemia, en los territorios donde se realizó el monitoreo, los déficits previos a la crisis sanitaria parecieran haberse profundizado. El déficit programático que ya estaba presente antes de la pandemia se agudizó con su llegada. Para la continuidad de las atenciones en SSR se priorizó la atención obstétrica, tanto de alto riesgo como los controles de embarazo y puerperio. Esta continuidad en las atenciones de embarazo, aunque resulta evidente en su importancia, muestra una vez más que la díada materno infantil es la guía en las atenciones de SSR, lo primordial, y todo lo demás ligado a la sexualidad y, por lo tanto, a los derechos sexuales y reproductivos puede estar sujeto a ajustes.

El monitoreo levantó información sobre las atenciones en SSR a través de entrevistas a usuarias y también a personal de salud, por lo que cuenta con información amplia respecto de la misma, la que se organiza de la siguiente manera: en primer lugar la información respecto de la atención en SSR en general, y luego se presenta la atención durante la pandemia; a continuación se da cuenta de la experiencia de las mujeres embarazadas en la red de atención de acuerdo con lo que señalan los y las profesionales de la salud entrevistados. Por último, se presenta la información respecto de interculturalidad, territorios y grupos específicos (adolescentes, discapacidad, trans), y se cierra con la violencia gineco-obstétrica cuya existencia se constata en todos los territorios monitoreados.

3.1 SSR, avances y déficits iniciales

Sin duda, en la red asistencial se ha avanzado en mayor cobertura y en la ampliación de las prestaciones disponibles en salud sexual y reproductiva. Particularmente existe una visión optimista por parte de los equipos de salud, como reconoce esta matrona de la zona sur, *"…se ha avanzado mucho, por ejemplo, en la mejora de la calidad de las prestaciones que uno entrega a través de los controles prenatales, hay más vacunas disponibles para las embarazadas, se está considerando incorporar otras, además, hay nuevos exámenes. Hace tres años atrás no se tomaban los TCH hoy día se toman, hace tres años atrás no se tomaban los cultivos para estreptococo betahemolítico hoy día se toman (…) la vacuna coqueluche también se incorporó en los últimos años. Creo que sobre el 70% de las mujeres embarazadas puede acceder a las ecografías que se piden por norma (…) todas las mujeres tienen derecho a hacerse una mamografía y los establecimientos de APS cuentan, unos mejores administrados que otros, pero todos cuentan con acceso a mamografía … también el otro gran paso es que ya el Papanicolau dejó de ser un examen único, el Papanicolaou se toma a todas las mujeres de 30 años y más con cultivo de VPH para las cepas que producen cáncer".*

En general, el área de anticoncepción es valorada por el equipo profesional, y en varias entrevistas se afirma que ésta ha ido ampliándose de manera considerable en los últimos años, por ejemplo, *"…el área de anticoncepción también uno ve que se ha avanzado mucho como país, porque antes, cuando yo salí hace 25 años atrás de la universidad, las posibilidades que tenía era entregar un anticonceptivo oral combinado, entregar un anticonceptivo oral progestágeno para aquellas mujeres que estaban con lactancia, poner dispositivo intrauterino o dar preservativo y eso, preservativos si es que te llegaban, no siempre eran algo que fuera accesible para toda la población, hoy día esa no es la realidad (…)"* (Matrona APS, zona sur).

Un tema que se repite en algunas entrevistas es el hecho de que "las mujeres hoy deciden más empoderadas", en el sentido de que tienen mayor acceso a la información y, por tanto, pueden tomar decisiones con mayor conocimiento en lo que es su SSR. Se valora las consejerías que APS hace sobre anticoncepción, que permite *"dar la posibilidad de una elección de parte de la mujer informada, y eso es algo que por lo menos yo no veía antes"* (Psicóloga ARO, zona centro). Si comparamos la visión de los equipos profesionales y las de las usuarias, suele suceder que los primeros se centran más en los avances que en los déficits de la atención, al contrario de lo que ocurre con las segundas, quienes mencionan para cada uno de los temas, aquellas áreas en las que hay falencias.

El monitoreo devela también que existe una visión restringida de la atención en SSR, entendida como una respuesta puntual a, por ejemplo, la entrega de anticonceptivos, la medicación para alguna ITS, el examen de embarazo, etc., lo que muestra el déficit programático que ya estaba presente antes de la pandemia y que se agudiza con su llegada. Este enfoque acotado influye al menos en dos sentidos en la SSR de las mujeres de acuerdo con el monitoreo realizado. En primer lugar, las mujeres deben buscar información por sus propios medios, ya sea a través de internet o de organizaciones feministas lo que, a pesar de ser positivo, no es viable para todas las mujeres y muestra nuevamente un déficit del Estado en materia de salud. En segundo lugar, impide una decisión informada de las mujeres, afectando su autonomía y ejercicio de sus derechos de manera cabal.

Lo antes planteado se manifiesta de forma evidente en la elección de los métodos de regulación de la fertilidad. El monitoreo arroja varios puntos relevantes al respecto:

- **La decisión final respecto del tipo de anticonceptivo sigue recayendo principalmente en quien lo receta y no en la mujer**, debido a que se impone la noción de autoridad de los y las profesionales de la salud, por sobre la autonomía de la mujer para decidir. Esto ocurre sin considerar la disponibilidad de distintos anticonceptivos; no es un problema de stock. En varias entrevistas, las usuarias señalan que no sienten que exista una diferenciación entre pacientes y métodos a recetar, sino más bien una respuesta estándar. Esto cobra especial relevancia en la población adolescente que concurre por primera vez a solicitar anticonceptivos, y que no cuenta, necesariamente, con información amplia sobre las alternativas, y que entonces puede suceder que asuma sin cuestionamientos la oferta que tiene el CESFAM. Varias entrevistadas recuerdan que cuando eran menores de edad recibieron malos tratos o discriminación por solicitar anticonceptivos en los centros de salud, lo que queda bien reflejado en el testimonio de esta usuaria:

> *(…) se sientan frente a ti como en un punto de poder, es como que yo sí he llegado a sentir que tratan de repente de tomar decisiones por ti. Como que, porque tú eres más chica, "esto y esto es lo mejor para ti, y yo sé que con esto no vai a quedar embarazada y es lo que a todas les resulta" y la chica me acuerdo que me dijo, "yo tengo como 50 niñas que se están atendiendo con el Implanol puesto y ninguna me ha puesto ninguna queja"*
> *(Usuaria 19 años, zona sur)*

- **En varias entrevistas las usuarias indican que los métodos hormonales son recetados sin un examen previo que pueda entregar antecedentes sobre la mejor opción a utilizar**, y con ello una toma de decisión informada de su parte. Esto puede tener efectos importantes en la salud de las mujeres debido a los efectos secundarios que pueden ir desde malestares leves hasta problemas más importantes como coágulos, por ejemplo. Hay entrevistadas que reconocen que han pasado por distintos anticonceptivos porque con todos ellos presentaron malestares, y la respuesta permanente fue el reemplazo y no un estudio a la usuaria para conocer las razones de la situación.

- **Entre las mujeres jóvenes la esterilización quirúrgica es dificultada por el personal de salud, tratando de disuadir a las mujeres de esta opción** por diversos motivos, desde la edad a la cantidad de hijos que tiene, lo que claramente es un impedimento para el ejercicio autónomo de los derechos de las solicitantes. Además, las usuarias también relevan el componente sexista en el cuestionamiento frente a una solicitud de este tipo, como lo relata una usuaria de la zona centro "(…) y ahora te preguntan si estás casada o si estás soltera porque creo que si estás casada tampoco te dejan operarte por voluntad tuya, yo soy soltera, no me he casado nunca, ¿y si después te casas y tu marido quiere tener hijos?" Estas opiniones son transversales a nivel territorial, y es identificado por algunas entrevistadas como violencia, tanto por el cuestionamiento a la decisión de no ser madres, como al juicio que en ocasiones ejerce el personal de salud frente a una solicitud como ésta.

- **Un punto para observar fue la situación de los anticonceptivos que venían con fallas desde el laboratorio** y que eran de las que se reparten en los CESFAM, lo que ha tenido más de una centena de casos de embarazos no deseados relacionados a esta distribución de píldoras defectuosas. Como reconoce una matrona de la zona centro, "Con las pastillas, eso ha sido lo más terrible que nos ha tocado enfrentar (…) estamos trabajando para contactar a las usuarias que les corresponde el despacho de Anulette, para cambiar el anticonceptivo, a inyectable mensual y tenemos que contactar a las que ya retiraron los anticonceptivos; entonces se nota que es un trabajo que nos va a demandar bastante tiempo para contactar a las usuarias y hacer el cambio respectivo, pero estamos recién comenzando". Claramente, esto se vuelve aún más grave cuando en Chile no existe una ley de aborto que pueda cubrir este tipo de situaciones, por lo que hay mujeres que hoy están llevando adelante una maternidad forzada, por la falla del laboratorio, de la supervisión del Instituto de Salud Pública (ISP) y del Estado en responder adecuada y oportunamente a estas mujeres.

Por otra parte, existe un predominante enfoque farmacológico en la información sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva que no incorpora conocimientos y saberes de los pueblos originarios ni de medicinas alternativas. En diversos territorios se identifica un interés por los métodos naturales, aunque esto resulta más evidente en aquellas zonas donde coexiste con más fuerza la medicina alópata con la de los pueblos originarios. En el Wallmapu, el uso del lawen (plantas medicinales) es algo que está muy presente, aunque pareciera que la incorporación de estos saberes en la atención está aún muy determinada por la iniciativa individual: *"yo toda la vida he indicado algunas hierbas para pacientes cuando tienen heridas en los pezones, que se realicen un lavado con matico que es cicatrizante, la manzanilla que es desinfectante…"* (Matrona APS, zona sur).

El monitoreo devela la importancia de contar con otras redes de apoyo que vienen a subsanar en alguna medida las deficiencias de información del sistema de salud, a generar espacios de acompañamiento y educación sexual, y de apoyo. Destacan las redes de organizaciones feministas de los territorios, y organizaciones comunitarias, entre quienes se comparte información no sólo de los programas y prestaciones del sistema de salud, como sobre la ley IVE por ejemplo, sino también otros saberes ligados a los conocimientos ancestrales. Varias entrevistadas señalan que parte de la información en torno al aborto legal, la atención de SSR y los DSDR que han recibido les llega a través de las redes feministas/de mujeres. Tal como lo menciona una usuaria de la zona sur, *"(…) nos vamos pasando nuestros saberes y compartiendo nuestras experiencias o sea (…) gracias a quien hemos podido como ir sobreviviendo estas temáticas, ha sido gracias a las compañeras feministas, o sea la institución no ha dado respuesta antes de la crisis ni durante la crisis a las necesidades que por lo menos yo considero, que he tenido yo misma como mujer y que he visto otras compañeras"* (Usuaria 31 años, zona sur).

El monitoreo arroja una sentida necesidad de las usuarias por conocer y conversar sobre SSR en una perspectiva amplia, y no solamente en el contexto del embarazo, que es el enfoque permanente. La posibilidad de reunirse con otras mujeres, acompañadas de profesionales de la salud que puedan informar y resolver dudas sería altamente valorada, como indica esta usuaria en el sur, *"Igual siento que falta un poco más de educación sexual. Como que en general todo se enfoca mucho hacia cómo cubrir patologías más que a una salud más integral. Como que a integrar el bienestar dentro de la salud. Por ejemplo, me quisieron dar como pastillas en vez de quizás explicarme qué es lo que me podría estar pasando en el cuerpo, o por qué … siento que falta en la atención más tiempo, porque no pueden hacer mucho en tan poco tiempo."*

El monitoreo arroja una sentida necesidad de las usuarias por conocer y conversar sobre SSR en una perspectiva amplia, y no solamente en el contexto del embarazo, que es el enfoque permanente.

Por otra parte, en aquellos lugares donde se estaban realizando iniciativas de este tipo, la suspensión de charlas y talleres en razón de la pandemia impacta negativamente en la confianza que se genera entre las usuarias y las profesionales de la salud, y que resulta relevante para una atención en SSR que cubra efectivamente las necesidades de las usuarias y vaya más allá de los requerimientos relacionados a la maternidad.

3.2 Priorizaciones en la atención

El personal de salud entrevistado tanto en APS como en las unidades ARO señala que en el inicio de la pandemia la suspensión de las prestaciones de SSR fue extendida, en todos los territorios, conservándose sólo las urgencias obstétricas y la atención de las mujeres gestantes -control prenatal y parto- de modo presencial y telemático.

> *Las matronas están ocupadas principalmente a proteger el binomio en esta pandemia, el binomio significa la mamá y el bebé, la embarazada, todo lo que concierne alrededor del parto y el recién nacido hasta los 28 días de vida. Esa es la meta, y el objetivo principal es proteger el binomio dentro de la pandemia…"*
> *(Matrona APS, zona sur)*

> *Cuando empezó este protocolo de coronavirus quedó establecido que el control prenatal era una prestación que no se podía suspender bajo ninguna circunstancia y que lo demás sí se podía hacer por teletrabajo, una consejería en métodos anticonceptivos, incluso hacer la receta por teletrabajo, mi teletrabajo principalmente es eso, es como citar a las gestantes que les corresponde el control, revisión de exámenes, revisión de ecografías y vamos organizando la semana presencial en el fondo, vamos viendo a quién le corresponde control, a quién le corresponde la ecografía, resolviendo dudas y citándolas para el siguiente control también…"*
> *(Matrona APS, zona centro)*

Luego de algunas semanas se retomó la entrega de anticonceptivos, si bien en algunos de los territorios monitoreados fue sólo para usuarias ya registradas, y no se abrió la posibilidad de nuevos ingresos. Todas las otras prestaciones como papanicolaous, mamografías, test de VIH y manejo de infecciones de transmisión sexual, entre otras, se suspendieron y sólo se han ido retomando recientemente. Aparte de la atención de la gestante y el recién nacido:

todo lo demás quedó en suspenso, no te puedo decir que lo están haciendo en menor cantidad, porque la verdad es que la cantidad es tan ínfima versus lo que se hacía antes, que no se puede decir que se esté haciendo algo. De un 100%, solo un 10% funciona, por ejemplo, ¿qué quedó fuera?, todo lo que es detección del cáncer de mama y el cáncer cervicouterino, donde uno toma un Papanicolau (…) Hay toda una implementación de mamografía, de ecografía y todo eso también quedó detenido, el tema que los controles anticonceptivos igual, los exámenes a pacientes VIH. El seguimiento a las pacientes cuando se prescriben anticonceptivos, ver si le está haciendo bien o mal, si tal vez tienen que cambiar de método, etc. Todo eso quedó suspendido y hay muchas mujeres que se perdieron con ese tema, porque creyeron que no le íbamos a dar su receta, por ejemplo. Yo estoy en teletrabajo y no he parado de hacer recetas, que consiste en duplicar la receta que ellas tenían antes, y en algunos casos especiales se han cambiado los métodos cuando refieren que se han sentido muy mal (…) Pero, por ejemplo, se detuvo algo que estábamos haciendo súper bien, que era iniciar toda la pesquisa de VIH, con el test rápido y eso quedó en suspenso."

(Matrona APS, zona sur)

Por su parte, en los ARO se advierten modificaciones en el funcionamiento habitual. Algunas entrevistas refieren la suspensión de muchas atenciones los dos primeros meses, *"en que todos estábamos asustados, …pero de a poco fuimos retomando", indica una matrona en el sur. En otros, "al principio lo redujimos un poco y después nos dimos cuenta de que no, que era un riesgo demasiado alto, así que nada, todas las atenciones obstétricas se hacen igual, se hacen todas las ecografías, que igual como tenemos la mitad del personal, porque la mitad está afuera, tenemos una lista de espera enorme para ecografía …"* (Gineco-obstetra ARO, zona norte).

En las entrevistas se reporta el cierre de policlínicos de atención de enfermedades de transmisión sexual y ginecología, y en consecuencia *"... todas las patologías ginecológicas no graves están paradas, por ejemplo, síndrome de ovario poliquístico, o no sé, endometriosis, quistes anéxales, un montón de cuestiones…"* (Ginecóloga, zona norte), y la suspensión de las esterilizaciones quirúrgicas. En general, en todos los territorios, se da cuenta de la priorización de casos más críticos: *"los casos que requieran ser atendidos con algunos plazos o bien dependiendo obviamente de los diagnósticos de las pacientes. Por eso, las prestaciones se han mantenido, pero ha disminuido…"* (Matrona ARO, zona norte).

Claramente, el monitoreo evidencia que la SSR no fue considerada de forma integral como una prioridad.

Hay medidas, como la suspensión de mamografías y papanicolaous, que ciertamente representan un peligro para la salud de las mujeres y cuyos efectos se conocerán en el mediano plazo, cuando se retomen con normalidad algunas prestaciones. De hecho, el personal de salud expresa temor respecto del impacto de estas postergaciones sobre la mortalidad y morbilidad de las mujeres, por ejemplo, cánceres no detectados a tiempo. En las entrevistas se mencionan, además de estos, los embarazos no deseados, el embarazo adolescente, las mayores tasas de contagio de ITS, la aparición de enfermedades ginecológicas no pesquisadas, los problemas durante el climaterio, el aumento de casos de violencia sexual, y las complicaciones post parto.

Hay unas dificultades graves, gravísimas. Uno es que cuando fue el primer estado de excepción, surgió una normativa donde los GES se posponían por el tema de los plazos. En la ley GES, dentro de la salud sexual y reproductiva nosotras tenemos dos cánceres, que es cáncer del cuello del útero y cáncer de mama. El cáncer del cuello del útero se previene con la toma de muestra de PAP, y el cáncer de mama se previene con una mamografía, y los dos primeros meses de pandemia se suspendieron totalmente esas prestaciones, de hecho, la toma de mamografías no se ha retomado, porque esas se hacían en Concepción, se hacían en compras de servicio, y al no tener una estrategia aparte o contar con otros elementos para garantizar eso, estamos negando el diagnóstico oportuno. Otra cosa que yo veo como nudo critico importante, es el control manejo de las ITS, que se cancelaron las atenciones en los centros porque la nueva normativa, salieron las últimas normas de la ITS y se estableció que todas las ITS, se verían de forma centralizada, en un centro de atención que se llama UNACESS, que es la unidad de atención a personas que tienen enfermedad de transmisión sexual, entonces al atenderse centralizado todo se deriva, no se atiende en postas y consultorios, debe ser con matrones o matronas que trabajan en esos centros, y esos centros cerraron las derivaciones, por lo tanto, si bien la toma de VIH no ha parado, tampoco se le ha hecho difusión que sea una toma masiva."

(Matrona APS, zona sur)

El impacto de la suspensión y/o aplazamiento en el otorgamiento de prestaciones en SSR es conocido: de acuerdo con evidencia citada por el propio Ministerio de Salud, a nivel general se estima que la reducción promedio mensual de un 10% provocaría un aumento del 14,7% de la mortalidad materna; la reducción de un 25% conllevaría un incremento de 38,6% de la mortalidad materna[9]. Según el informe preparado por el departamento de derechos humanos y de género del Ministerio de Salud, el ingreso a controles prenatales y el número de controles realizado entre enero y mayo de 2020 decrecieron en 12% y 20% respectivamente. En el mismo periodo, se contabilizaron solo 53% de controles ginecológicos que se realizan en tiempos habituales de atención: 367.496 frente a 195.433[10].

La salud mental es un ítem que, si bien no es directamente considerado dentro de la SSR, está en estrecha relación con ésta, nombrándose en diversos territorios como algo a tener presente, particularmente porque el rol asignado a las mujeres en la crianza y en el cuidado doméstico y de cuidado no remunerado no solo ha puesto sobre ellas una responsabilidad material, sino también en la contención y el cuidado de la salud mental de quienes ellas cuidan. Esta situación por cierto que se ve estresada aún más cuando las condiciones de habitabilidad no son las adecuadas, con altos niveles de hacinamiento, que generan dinámicas negativas de convivencia. Como reconocen algunas entrevistadas, ellas experimentan cuadros de angustia que muchas veces no cuentan con herramientas para manejar.

Si esta situación era así ya antes de la pandemia, con ésta se han agudizado los efectos de estas responsabilidades y condiciones, generando un agotamiento en las mujeres, debido a que dentro de sus hogares no sólo han tenido que mantener las responsabilidades previas de cuidado, sino que además en algunos casos, siguen desarrollando sus actividades remuneradas, acompañando a sus hijos o hijas en las clases a distancia, manteniendo el cuidado de adultos mayores y/o en situación de discapacidad, todo esto mientras se enfrenta un escenario de desempleo, disminución de ingresos, insuficientes o nulas condiciones materiales de conectividad digital (acceso a internet o computadores), entre otros. Las mujeres entrevistadas evidencian el deterioro en su salud mental y la necesidad de contar con acompañamiento para sobrellevar la pandemia. Tal como lo menciona una matrona entrevistada:

[9] Ministerio de Salud, Continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia COVID - 19, Orientaciones Técnicas, octubre 2020, pág. 7.
[10] Ministerio de Salud, Departamento de Derechos Humanos y Género y Gabinete del Ministro de Salud, "Antecedentes y acciones preliminares del sector público de salud, desde la perspectiva de género y derechos humanos, en el contexto de la pandemia por SARS-CoV- 2, 2020. El documento forma parte del Ordinario 757 del 28 octubre de 2020, de la ministra de la Mujer y Equidad de Género dirigido al secretario de la Comisión de la Mujer y la Equidad de Género de la Cámara de Diputados.

Yo creo que la mujer ha sufrido mucho en torno a salud mental, tanto los niños y las mujeres hay que reforzar el tema de acompañamiento en salud mental porque las mujeres nos hemos visto con una situación de doble presencia, entonces hay que responder en la vida laboral, familiar; el cuidado de los hijos y la sobrecarga de todas esas responsabilidades ha generado mujeres muy agotadas donde las exigencias son muy altas, quieren que una cumpla bien en la pega en la casa, con los hijos, con el marido, veo mujeres muy agotadas, casi el 80% de las funcionarias mujeres y están muy cansadas"
(Matrona ARO, zona sur).

También se da el caso de mujeres que, estando bajo un tratamiento de salud mental, han debido suspender o interrumpirlos, profundizando los cuadros, o generando abuso de sustancias, como lo evidencia una entrevistada:

…es impresionante como ha aumentado a pesar de que estamos en pandemia, a pesar de que está todo cerrado, acá nos han llegado al menos seis, siete mujeres con intoxicación por consumir sustancias durante el embarazo, y que se profundizan por trastornos depresivos, por tratamientos suspendidos, por no acceso a tratamiento, pero que también, todas estas heridas se han visto profundizadas justamente porque como sistema están un poco a la deriva, las personas en general estaban un poco a la deriva …".
(Trabajadora social ARO, zona centro)

3.3 Mujeres gestantes durante la pandemia

Según las orientaciones para el manejo de casos Sars-cov2 (covid-19) en gestantes, puérperas y/o díadas, publicadas por el Ministerio de Salud en junio de 2020, la escasa evidencia disponible muestra que "las mujeres embarazadas podrían tener un mayor riesgo de enfermedad, morbilidad o mortalidad severas en comparación con la población general, debido a los cambios fisiológicos propios de la gestación"[11]. Previo a este instructivo, hubo mucha confusión y dudas en los equipos de salud sobre cómo actuar. En algunas entrevistas se percibe que la desinformación, el miedo y el estigma del contagio del virus hicieron que en muchos casos los manejos de su situación no fueran los más adecuados. Como dice una matrona, *"muchas dudas que salen, respecto al mismo COVID, al principio las mujeres no sabían si podían seguir dando lactancia o no, si esto qué riesgos tenía para el embrazo, ni nosotros lo sabíamos, porque no había evidencia científica ni siquiera internacional en un comienzo, entonces surgen muchas dudas…"* (Matrona APS, zona centro).

El impacto concreto de la pandemia en las mujeres gestantes se ha derivado tanto de las protecciones sanitarias frente al virus - *"el uso de la mascarilla que limita la respiración (…) entonces hemos tenido desmayos, que se descompensan, sólo por el uso de la mascarilla"* (Matrona ARO, zona sur)-, como por la pesquisa tardía de sus controles y enfermedades. Una ginecóloga lo dice así: *"como ya llevamos 4, 5 meses de pandemia, muchos de esos embarazos que son iniciales, también han perdido la oportunidad de pesquisa temprana de ecografía precoz, para malformaciones, datación de edad gestacional, algunas pacientes hemos perdido la oportunidad de tratar con aspirina las pacientes con preclamsia, etc., y puede aumentar probablemente la morbimortalidad materna en unos meses plazo, debido a la escasez de consulta y controles…"* (Ginecóloga ARO, zona sur). También, el uso de los elementos de protección personal EPP en algunos casos ha entorpecido la pesquisa de alguna patología, porque quienes atienden a las mujeres *"…nos regimos un montón por los colores, por los olores, a veces con las gafas dificulta mirar, entonces es súper complicado"* (Matrona ARO, zona sur).

[11] Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/GESTANTES-PUE%CC%81RPERAS-Y-0-DiADAS.pdf

Se advierte en las entrevistas el tránsito de respuestas urgentes en los meses iniciales que se fueron ajustando de acuerdo con la experiencia y la disponibilidad de recursos adicionales. Una matrona comenta esta situación así:

> ***… en el inicio de la pandemia empezamos a definir en edades estrategias, por ejemplo, hacíamos el ingreso de embarazo, luego hacíamos control a las 20 semanas, luego a la 24, así en edades estratégicas. Al principio, no veíamos recién nacidos, hacíamos el control vía telefónica, pero ya después del mes más menos, nos pusimos de acuerdo y empezamos a ver recién nacidos"***
> ***(Matrona APS, zona centro).***

Sin lugar a dudas, ha sido un tema complejo el brindar una atención de calidad a las mujeres gestantes COVID positivas, pues el contagio a un personal de salud conlleva la cuarentena de todo el equipo:

> ***… hemos tenido embarazadas contagiadas con COVID, y también hemos tenido al momento del parto, que ha existido el contagio de la parte institucional, y han tenido que retornar a sus casas, y manejar todo lo complejo que esto es, con las condicionantes de sus casas, de otros hijos, de los espacios físicos, de qué hacer con la lactancia materna. Todas esas interrogantes, o todos esos desafíos, han surgido de manera nueva hoy día..."***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

Una matrona en un ARO relata:

> ***Lo que más nos ayudó es que yo pude contratar dos equipos completos de matronas y TENS, es decir 16 funcionarios extras, entonces focalicé un equipo que le llamó el equipo COVID que acompañó a mujeres que resultaban con el PCR positivo, este equipo se hacía cargo de todo su proceso durante la atención, tanto en el ARO, después del puerperio y acompañar a las mujeres en esta lactancia, que tenía que ser un poco más acompañada porque como ella estaba contagiada, tratando de que manipulara lo menos posible a este recién nacido que estaba sano, y la apoyaron mucho en la lactancia materna... tuvimos lactancias maternas exitosas en mujeres con COVID, no suspendimos ninguna lactancia por ese motivo, que para nosotros eso era igual un desafío..."***
> ***(Matrona ARO, zona sur).***

A continuación, se presenta lo que salió a la luz a partir de las entrevistas, en tres momentos claves de un embarazo: la gestación, el parto y el posparto.

Durante la gestación

Como se ha mencionado previamente en este informe, los controles prenatales fueron prestaciones que no se postergaron. Lo que sí ocurrió es que se modificó la periodicidad con la que se efectuaban, tal como relata una matrona:

> ***En Chile tenemos un sistema de control de embarazo que es súper paternalista: estamos todos los meses controlando a las pacientes, cuando en otros países te controlan dos veces en el embarazo, tres veces en el embarazo, más que eso, no. Pero nosotros todavía no podemos hacer eso, por lo tanto, las pacientes están acostumbradas a tener sus controles todos los meses, presenciales. Y como eso no se está haciendo… (…) la gente quedó con mucha incertidumbre, sobre todo las embarazadas. Y en APS se siguieron dando ciertas prestaciones, para algunas pacientes anduvo súper bien, pero para otras no tanto. Hay pacientes que hemos recibido con controles de embarazo bien desfasados."***
> ***(Matrona ARO, zona sur).***

De acuerdo con las recomendaciones del MINSAL, durante la pandemia el control prenatal presencial se debe realizar a la semana 11 a 14, 22 a 24, 28 a 32 y 37, en cambio los chequeos de la semana 20 – 25 – 30 – 34 – 40 semanas se pueden sustituir por seguimientos telefónicos. Respecto de los presenciales, la regla del aforo en los espacios cerrados hizo que se optara por anular la presencia de un/a acompañante, así como reducir al mínimo el tiempo de cercanía a menos de un metro de la usuaria. Otra de las recomendaciones del MINSAL fue la reorganización de las citaciones de las gestantes y puérperas en horarios de menor aglomeración. En los territorios monitoreados también se reportan controles de embarazo a domicilio, sobre todo a aquellas mujeres que enfrentaban mayor riesgo.

Durante los meses más duros de la pandemia en el 2020, las dificultades de conectividad en ciertos territorios se incrementaron, lo que, sumado a las restricciones de movilidad por decreto gubernamental, hicieron que algunas mujeres gestantes tuvieran problemas para sus traslados, especialmente las de zonas rurales o más aisladas. Por ejemplo, en el Alto Bío Bío o en Chiloé, muchas gestantes no pudieron realizarse su control prenatal en las semanas indicadas, por la dificultad de acceso a la atención: *"Desde abril que no estamos haciendo rondas (…) el buque es un espacio igual reducido, es imposible mantener el distanciamiento social (…) más peligroso llegar a las islas que no llegar"* (Matrona APS, zona sur). En Ralco solía ir un médico a realizar un examen a las mujeres que están con algún riesgo obstétrico, cuestión que con la pandemia se suspendió. Por lo mismo es que la tele atención se reforzó:

> ***El teletrabajo está principalmente orientado a las gestantes, que son población de riesgo, por tanto, son ellas quienes hay que garantizarles sí o sí la atención, esto si viene por orden del servicio de salud"***
> ***(Matrona APS, zona centro)***

Además, el tema del temor al contagio ha causado que las gestantes se alejen de los centros de salud. En las entrevistas se hace referencia a mujeres de zonas rurales que han optado por quedarse en sus hogares en el campo, prefiriendo en el fondo no atender su embarazo a contagiarse, lo cual ha derivado en gestaciones sin controles prenatales, o incluso de término o prematuro, sin exámenes previos. Una matrona dice que *"se sienten súper culpables de ir a exponerse, aun cuando es para un control médico o para una ecografía, se sienten súper mal"* (Matrona ARO, zona sur). Otra profesional comenta que:

> ***… ha habido muchas infecciones urinarias por el hecho que no han podido acceder, (…) antes una infección urinaria era simple, pero ahora llegar al servicio de salud se configura como una preocupación de alta prioridad. Una sabe que una infección urinaria tiene un tratamiento, pero como avanza a un nivel donde las mujeres saben que les puede afectar incluso a su embarazo las descompensa emocionalmente. Es una preocupación que ellas hubiesen querido evitar, pero que tampoco pudieron acceder a ninguna parte, porque no se está atendiendo ese tipo de situaciones, a menos que compren un bono, a menos que accedan al servicio privado…"***
> ***(Trabajadora social ARO, zona centro)***

Durante el parto

Los resguardos tomados en la atención durante el parto han tenido que ver principalmente con un mayor uso de los elementos de protección personal EPP. Sin embargo, el uso de éstos ha interferido negativamente en algunas ocasiones, porque:

> ***… somos como muy personas de piel en general las matronas, se nos dificulta con el uso de los EPP, con las distancias, las mujeres no te pueden mirar a los ojos (…) estar en un hospital donde es un lugar que es enorme, por lo general helado, blanco, desconocido, con gente que uno no conoce, por lo menos cuando yo identifico a quien me atiende le observo el rostro, los ojos, entonces eso me genera un tipo de atención un poquito más cercana, ¿Qué pasa ahora con los EPP? Yo veo una persona disfrazada de azul con un montón de capas, que ni siquiera le puedo tomar las manos, entonces (…) es súper difícil dar como una atención que sea acogida"***
> ***(Matrona ARO, zona sur).***

Una trabajadora social añade que *"el tema de estar con una mascarilla en una sala donde está con más personas, el temor de contagiarse, yo creo que el día de mañana les va a repercutir en su vida diaria…"* (Trabajadora social ARO, zona sur).

A lo anterior se le sumó también la restricción en el acompañamiento durante el parto. La normativa del MINSAL emitida en junio establece que el acompañamiento significativo debe mantenerse con las precauciones estándar más los resguardos sanitarios actuales. Sin embargo, en la mayoría de los centros de salud del monitoreo, en los primeros meses de la pandemia, no se permitió el ingreso de un/a acompañante significativo. Como señala una matrona:

> ***(…) entraban solas y si estaban hospitalizadas por un parto normal, tampoco recibían visitas. Esto no fue nunca un tema oficial, se decidió creo yo, más que nada por seguridad del personal o quizás de la misma paciente (…) creo que igual era un tema grave, quizás donde más se pasó a llevar en los derechos reproductivos fue en ese momento, donde las mujeres venían a parir y entraban solas y si estaban todo el día en trabajo de parto, estaban solas (…) [hasta] mitad de mayo quizás, y ya de ahí empezaron a entrar de nuevo las parejas a los partos o la persona que la mujer decidiera y con todas las medidas necesarias. Quizás también puede que haya sido por un tema de insumos, porque, por ejemplo, ahora los papás que entran o el familiar que entre, se viste completamente, se le pone mascarilla, se le pone gorro, pechera, todo…"***
> ***(Matrona ARO, zona centro)***

En el sur, *"se ha dificultado el acceso, que el proceso sea como acompañado, y eso también ha significado hartas crisis, para las mujeres, están mucho más lábiles emocionalmente."* (Trabajadora social ARO, zona sur).

Según lo señalado en las entrevistas del monitoreo, al menos en dos hospitales de la zona sur este acompañamiento no se suspendió: *"nosotros nos jugamos por tenerle todos los elementos de protección al papá, pero nunca suspendimos la atención (…) no nos asustamos tanto trabajamos más en base a la evidencia científica, que en la evidencia del miedo."* (Matrona ARO, zona sur); *"… si nace algún bebé acá en el hospital por alguna razón, igual va a tener derecho a acompañamiento, igual hay un horario de visitas… eso no se ha perdido… se cuenta con acompañamiento durante el preparto y parto, y la recuperación postparto (…) uno siempre tiene que adecuarse a la realidad local…"* (Matrona APS, zona sur).

En la atención intercultural las experiencias han sido disímiles. En un territorio en el sur, a las mujeres mapuche se las ha dejado entrar con pareja al parto previa coordinación. En un hospital del norte del país, en cambio, la posibilidad del parto aymara "se perdió", por distintas razones. Una es que la partera del programa está dentro del grupo de riesgo por su edad, pero tampoco se le buscó una reemplazante; otra es que los talleres que se realizaban como parte del Chile Crece Contigo se frenaron (que servían para explicitar esta opción de parto); y finalmente la sala especial en el hospital dejó de funcionar.

Para las mujeres embarazadas con sospecha o confirmadas COVID las medidas han sido muy estrictas respecto del acompañamiento externo y por parte del propio personal de salud: *"… antes podíamos estar con ellas, no sé, si estaba muy desbordada hacerle un cariño, pescarle la mano, ahora no, esas cosas no se pueden hacer …"* (Trabajadora social, zona norte). Se han implementado salas especiales para pacientes obstétricas con COVID positivo, para así asegurar que no se produzca contagio hacia el personal de salud ni hacia otras usuarias. También ha habido una preocupación por el contagio del bebé, y por ello, se recomienda evitar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido o nacida, en el caso de las gestantes sospechosas o confirmadas COVID positivas.

En algunas partes se ha tratado de mitigar la falta de acompañamiento con una presencia mayor por parte del mismo personal de salud, específicamente *"técnicos que prestan un rol más de acompañamiento que de técnico, y también hemos ideado una ventana para que el papá también venga a conocer a su bebé (…) va dentro de una incubadora, pero todo esto con resguardo evitando que si el papá viene contagiando con COVID o la mamá tiene COVID o alguna persona tiene COVID, sea lo mínimo posible y también pensando en el resguardo uno como jefatura, de los funcionarios porque si hay un funcionario que sale COVID positivo, es todo el turno el que tiene que salir"* (Matrón ARO, zona sur). También ha aparecido el esfuerzo del personal de salud para que quienes están hospitalizadas puedan sentirse acompañadas. Por ejemplo, las ayudan y les facilitan las videollamadas con sus familiares, o les toman fotos después del parto para luego compartirlas con quienes la mujer señale.

Estos esfuerzos por parte del personal de salud son de impacto limitado frente a la crudeza de las situaciones que se viven, tal como indica una matrona en el sur:

> ***Yo creo que lo terrible es el tipo de atención en realidad, que tiene que ser muchísimo más acotado para evitar el tiempo de sobre exposición, sobre todo a la gente que es COVID positiva (…) estamos entre puras mujeres que están solas, no tienen visitas, nosotras mismas no podemos estar expuestas tanto tiempo, entonces al final es como disminuir el tiempo que uno ofrecía para una atención…"***
> ***(Matrona ARO, zona sur).***

Durante el puerperio

La normativa del MINSAL señala que el control de díada, puérpera o recién nacido post alta se debe realizar a los 7 días post nacimiento. En algunos lugares esto no pasó al inicio de la pandemia, sino aproximadamente un mes después. Cuestiones positivas que se han derivado del contexto actual son que a algunas mujeres se les ha ofrecido un método de anticoncepción inmediatamente luego de su parto, para compensar la falta de atención que se ha dado en la atención primaria. A su vez, las altas se están entregando anticipadamente, reduciendo el tiempo de hospitalización.

En algunos lugares el control del recién nacido o nacida se ha realizado a domicilio *"… cuando se tiene la guagüita, el alta de bebé que se llama, eso también se hace en domicilio, y eso es súper importante porque ese momento del vínculo entre la mamá y el bebé es fundamental y ver en qué condiciones vino el tema del apego, de la lactancia materna"* (Matrona APS, zona sur). En el caso de quienes se han contagiado del coronavirus, la instrucción es hacer visita domiciliaria para que no quebranten la cuarentena.

3.4 Interculturalidad, territorios y grupos específicos

Como se ha mencionado anteriormente, el monitoreo buscó profundizar en la salud intercultural, las particularidades de los territorios y el acceso a SSR de ciertos grupos de personas, como los y las adolescentes, personas en situación de discapacidad y diversidad sexual. Aunque estos puntos no pueden ser tratados como compartimentos estancos debido a que se cruzan -e incluso ya se ha mencionado algunos de ellos en las páginas anteriores-, es interesante al menos intentar identificar ciertas particularidades.

Interculturalidad, pueblos originarios y población migrante

En 1992, el país adoptó el Programa de Salud para Población Mapuche (PROMAP), creando la figura del facilitador intercultural. Casi una década después (2000) se creó Programa Especial de Salud para pueblos Indígenas (PESPI), vigente hasta hoy, con el propósito de "consolidar un sistema de salud intercultural que reconociera que los sistemas médicos son limitados para resolver los problemas actuales de salud, admitiendo la existencia y validez de otros sistemas de curación, como los indígenas. El programa, aplicado hasta la actualidad (en 24 de los 26 Servicios de Salud del país), cuenta con tres ejes: (a) equidad (disminuir las brechas de acceso), (b) enfoque intercultural de salud (en las acciones de profesionales y técnicos) y; (c) participación social indígena (en la formulación, ejecución, evaluación y monitoreo de los planes locales)".[12]

Aunque el presente monitoreo no buscó hacer un diagnóstico de la implementación de este programa, resulta prudente tener a la vista este encuadre para analizar las respuestas a las preguntas sobre interculturalidad que fueron incluidas en las entrevistas al personal de salud. En todos los territorios monitoreados hay presencia de pueblos originarios; y, en algunos lugares son la población mayoritaria.

[12] Manríquez-Hizaut, Mónica; Lagos-Fernánd, Cristian (2018): Salud intercultural en Chile: Desarrollo, Revista Salud Pública, pág. 760.

La información recabada arroja que hay diversidad en lo que se entiende por interculturalidad y en las formas en que se implementa el programa de salud intercultural. Respecto del concepto, en general se asume relacionado con los pueblos originarios, como orienta el PESPI, aunque con dilemas que no tienen espacio de resolución:

> ***… siento que el concepto de interculturalidad es complejo porque tú no sabes si quieres preservar la cultura o mezclar lo mejor de las dos culturas. … nosotros tenemos un módulo de medicina mapuche en que la machi atiende en un box de partida. Para mí, si me preguntas a mí de los años que llevo trabajando acá eso no debería ser porque la machi debería atender cerca de su rewe en un lugar que le da la fuerza para realizar su quehacer. Ahí está todo su poder su poder espiritual y todo lo demás. Entonces, si tú trasladas a eso a un establecimiento que está en otro lugar es como que estás desvirtuando lo original de eso."***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

En otras entrevistas, lo intercultural incorpora a las poblaciones migrantes, como señala un profesional en el sur del país: *"a veces es curioso, porque se le ha dado más realce al creole muchas veces que al, que al chesungun en este caso. Al menos en algunos, algunas localidades"* (Psicólogo APS, zona sur). Y hay entrevistas que indican un desconocimiento abismante, como la de una profesional en un ARO en el sur que indica que no considera la cosmovisión mapuche en su atención, pero sí *"me fijo bien, es por si es testigo de Jehová, que no aceptan transfusiones, pero sería como el único elemento de interculturalidad que yo incorporo en mi atención habitual"* (Ginecóloga ARO, zona sur).

Con relación a la implementación de la salud intercultural, en algunos territorios existen centros de salud construidos y gestionados por las comunidades indígenas, pero no necesariamente incorporan la medicina tradicional en las atenciones de salud de la red asistencial. Sin embargo, para tener acceso a ella en otros centros de salud, dependerá de, en primer lugar, el requerimiento de la o el paciente y, en segundo, de la disposición y conocimiento del personal de salud de turno. Es decir, si se enmarca esta situación en el marco de los objetivos del PESPI, entonces no se estaría cumpliendo con el segundo eje. Las entrevistas dan cuenta de que existe más bien una separación entre ambas medicinas, con distintos grados de tensión pues la relación no se hace en abstracto de las realidades territoriales. Por tanto, aun cuando existan problemas comunes en la salud intercultural entre Arica y la Araucanía, el conflicto del Estado de Chile con el pueblo Mapuche en el Wallmapu tiene también consecuencias en la integración de saberes y en la forma en que se maneja la cobertura, que no fueron objeto de este monitoreo, pero que quedan como preguntas abiertas pues afectan de forma directa el acceso y tipo de salud y SSR de las mujeres.

En APS, en las entrevistas se da cuenta de diálogos entre lo occidental y lo tradicional en la atención que son importantes a destacar. En Chiloé, la matrona trabaja a la par de la facilitadora intercultural, *"yo, dentro de la atención, hablo harto de lo que son las culturas williche mapuche, como soy también perteneciente, vengo de una familia donde se usaba mucha hierba, mucha medicina mapuche, entonces (…) la introduzco harto en la conversación con la paciente…"* (Matrona APS, zona sur). En el norte, en algunos CESFAM atienden quilliris (médico aymara), como es el caso de Putre:

> ***Nuestro CESFAM es chiquitito, pero hay box donde están los quilliri especial donde tienen armado, donde está su hierba, donde están sus lugares para hacer las frotaciones." (Matrona APS, zona norte).***

En la ciudad de Arica existe también "Casa Utama/Tu casa", que es principalmente para mujeres gestantes a las cuales se les ofrece acompañamiento y hospedaje en espera de su parto. Experiencias concretas de atención intercultural encontramos en Nueva Imperial y Boyeco, como es el caso del Centro de Salud Intercultural y Comunitaria (CSI) Boroa Filolawen. Este centro, ubicado en un sector rural de Nueva Imperial, tiene más de 10 años de existencia, siendo un referente en interculturalidad. Una matrona que trabaja allí cuenta un poco como se da la atención:

> ***Como centro intercultural hemos derivado atenciones en dos módulos. Tenemos un módulo de medicina occidental, y un módulo de medicina mapuche. Entonces, la idea del centro es que los pacientes accedan libremente al modelo de salud que ellos prefieran, pero a la vez que quieran mantener un control de atención a ambos módulos también lo pueden hacer. Y además tenemos derivaciones también cuando lo amerita …"***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

Estas realidades de positivo reconocimiento se dan principalmente en las zonas rurales. En Arica y Parinacota destaca por ser la única en ofrecer un parto aymara, del programa "Utasanjam usuña/ Parir como en casa", donde atiende una usuyiri/partera, y se aboga por el respeta la cosmovisión de este pueblo y sus prácticas de cuidado en torno a la gestación, parto y postparto (como son el uso de manta, el "dar vuelta" a la guagua, entre otras).

Un elemento central en una implementación apropiada de una atención intercultural es la capacitación y formación de los equipos de salud, sin embargo, estos reconocen que es deficiente o inexistente. En más de una ciudad, pero especialmente en Santiago, se señala que no existe capacitación en salud intercultural *"como matrona no, nunca me han invitado a una ni he participado …"* (Matrona APS, zona centro). Algo parecido se repite en Punitaqui, donde no hay capacitación, y en Ancud, donde se señala que:

> ***todos esos documentos que te conversaba que hablan acerca de la interculturalidad no se bajan, en un primer lugar a los directivos, yo creo que los directivos no lo conocen bien, por lo tanto, menos se baja a los funcionarios; y, por lo tanto, si los funcionarios no lo manejan, no lo pueden bajar a la población."***
> ***(Psicólogo APS, zona sur).***

La capacitación en estas temáticas suele correr por cuenta personal, *"ahora yo en particular me inscribí a un curso de temas de interculturalidad con género y salud sexual y reproductiva, que son los cursos que nos mandan acá para capacitación desde el CESFAM y justo a mí me interesó y yo me inscribí."* (Matrona APS, zona centro). En un CESFAM en el sur, *"Hay dos matronas que están en formación de diplomado de formación intercultural, el que da la UFRO. Hay tres personas que lo están tomando porque es una brecha que tenemos, nosotros eso lo identificamos como un problema porque solamente estaba formada la matrona que te contaba, rural, y la gente de urbano no, así que están en proceso de formación ahora"* (Matrona APS, zona sur).

Respecto de la atención en SSR, en la entrevista se hace énfasis en que la práctica que los pueblos originarios tienen un abordaje distinto al occidental en su relacionamiento con la sexualidad y reproducción. El cruce entre "interculturalidad" y "salud sexual reproductiva" está abarcado sólo en algunos lugares. En algunas entrevistas aparece el tema de la dificultad de hablar sobre SSR porque se considera un tema tabú. Esto está muy relacionado a los pueblos indígenas, que son muy reservados con temas en torno a la sexualidad, tanto en el norte de Chile (pueblo aymara y quechua) como el sur (pueblo mapuche, huilliche, pehuenche).

En el Wallmapu, no está tan bien abordada, porque aún queda mucho trabajo por hacer en educación sexual con pertinencia cultural. La autoridad médica mapuche que se destaca acá es la puñeñelchefe, que es quien se vincula con los temas de gestación, está presente en los territorios, pero no de la mano del sistema público de salud. *"Ahí lo que habría que hacer tal vez es potenciar, recuperar como el conocimiento porque saben mucho (…) para trabajar con las mujeres debería ser que también se incorpore a este territorio el conocimiento mapuche. Que se tiene acá que también aborda la planificación familiar o las dificultades de concepción. O los problemas de salud, no sé por ejemplo el koñiwe [útero] qué sé yo. La idea es cómo trabajar ambas cosas, los dos conocimientos y potenciarlos porque yo veo que en general es el conocimiento que más se está perdiendo..."* (Trabajadora social APS, zona sur).

En las unidades ARO, la situación es distinta a la de APS. En la Región Metropolitana son casos muy aislados. En Chiloé tampoco existe una atención específica para pueblos originarios, más allá de anotar la pertenencia y que eso sirva a nivel estadístico. En Angol, en medio de la Región de la Araucanía, no existe una atención en salud intercultural y, en Temuco, la mayoría de las pacientes que llegan no son mapuche. En el hospital regional, de hecho, no existen facilitadores interculturales. Una región de las entrevistas donde se menciona un esfuerzo por incorporar un enfoque intercultural en sus atenciones es la del Biobío. En Los Ángeles, donde se concentra población indígena pehuenche, llevan 3 años trabajando la temática a partir del PESPI, sensibilizando a los equipos – *"hicimos tres conversatorios con mujeres de Alto BioBío, con lonko y con lawentuchefe que son las yerbateras para poder sensibilizar primero el equipo de salud …"*- aunque aún no cuentan con una sala de partos intercultural. Sí cuentan con facilitadores interculturales, al igual que los hospitales en Talcahuano y en Cañete, comunas que fueron incluidas en el monitoreo. En el Hospital Kallvu Llanka de Cañete, donde se atiende alrededor de un 20% de población mapuche, una matrona ve un avance sustancial en la atención del parto, *"por cuanto hemos logrado incorporar la pertinencia, que en el fondo es respeto, no es otra cosa que respeto por las costumbres de las mujeres mapuches del sector y del territorio."* (Matrona ARO, zona sur).

En la Región de Arica y Parinacota se atienden a algunas usuarias aymara:

> ***hay muy buena iniciativa en la sala de parto aymara, me parece una iniciativa preciosa, pero también creo que falta un poco ahí como, por ejemplo, creo que las pacientes de algunas etnias quizás tienen algunas necesidades que quizás nosotros no estamos viendo, … por ejemplo, a mí nunca me hicieron una inducción de las etnias que había acá y yo vengo de Santiago. Como que igual hubiera sido bueno que me dijeran, "bueno usted llegó a una región que tiene tal porcentaje de población aymara, tal porcentaje de población afrodescendiente, entonces le vamos a hacer una inducción sobre algunas características" (…) sería bueno que a todos los funcionarios nos instruyeran un poco en las etnias que hay aquí en la región, en las necesidades de las mujeres de las etnias."***
> ***(Gineco-obstetra ARO, zona norte).***

Para la gestión de la pandemia tampoco fueron incluidos estos saberes ancestrales, lo que muestra que hay una tensión en el reconocimiento de los saberes como relata el informe del **Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche de la Araucanía**, *"El área de salud mapuche y/o facilitadores interculturales son relegadas al área biomédica, si bien la pandemia lo amerita considerando que se trata de un virus, y afección a la salud de raíz no mapuche y por tanto que requiere medicina de esta área. Para la prevención desde la mirada de la salud tradicional mapuche sí pudo ser significativa, lo cual sin embargo no se consideró en el proceso. Siendo más bien un proceso desarrollado desde las organizaciones y personas quienes relevaron las prácticas de autocuidado propias mediante el uso de hierbas y especies medicinales, considerado también parte de la alimentación"*.

Cuando se observa el impacto que tuvo la pandemia, el monitoreo arroja, que en la zona norte para la población aymara, a diferencia de los pueblos indígenas de la zona sur, los programas de atención intercultural son significativos, los cuales sufrieron ajustes principalmente en relación con la atención de la qulliri y usuyiri, quienes son mujeres de la tercera edad y, por lo tanto, población de riesgo en contextos del covid-19. Las autoridades médicas aymaras de toda la región, han debido permanecer en sus casas y atender por teléfono, lo que ha sido complejo considerando que es importante para la medicina aymara el "tocar" a la usuaria, práctica que es parte del diagnóstico y el tratamiento, en el caso de gestantes, por ejemplo.

Es interesante que el personal de salud entrevistado da cuenta de que, a pesar de que administrativamente se lleva un registro de si la persona pertenece a algún pueblo indígena o si proviene de otro país, *"la idea es que no haya una identificación en forma personal, "ah, usted es aymara y yo la voy a atender así", no, la idea de identificarla es garantizar que todas las personas reciban las mismas atenciones, que todas reciban las atenciones oportunas, la atención sin discriminación."* (Matrona APS, zona norte). Esto resulta en cierta forma un contrasentido pues, finalmente la pregunta que busca darle significado a la pertenencia se usa para homogeneizar la atención.

Así también, es importante mencionar que se ha considerado la interculturalidad en este informe no sólo desde el punto de vista indígena sino también desde la población migrante. Al 31 de diciembre de 2019, el INE informaba que las personas migrantes alcanzaban casi 1.500.000, y aunque la mayoría responde a migración de la región latinoamericana y caribeña, las diferencias culturales por su tradiciones y estilo de vida se convierten en desafíos para el sistema de salud. Sumado a esto, un 12,5% corresponde a población haitiana que, al no hablar español, enfrenta una barrera adicional. Estas dificultades no sólo son para los y las usuarias del sistema, sino también para el personal de salud. Además, ahí donde existe traductor resulta ser que es un hombre, lo que ciertamente genera una barrera de incomodidad para las mujeres al momento de hablar de su SSR, y de éste para interpretar adecuadamente el sentir de las pacientes. Al mismo tiempo, la figura del o la *facilitadora intercultural*, que tendría que venir a intermediar, no se encuentra en todos los establecimientos, y ahí donde existe, no siempre tiene preparación/capacitación en SSR, en otros no maneja el idioma Creole, por ejemplo.

El monitoreo muestra que no se producen acciones sostenidas para incorporar aspectos culturales en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva hacia las y los usuarios de pueblos originarios y/o migrantes, y que tampoco hay una reflexión en torno al tema. Nuevamente, mucho de lo que se produce o motiva proviene de la iniciativa de los equipos de salud, y no de orientaciones institucionales.

Por su parte, las mujeres migrantes suelen ser vistas como las que tienen muchos hijos, no usan anticonceptivos, y no tienen desarrollado el apego, evidenciando una mirada prejuiciada en lugar de entenderlo como parte de su cultura. Como relata una entrevistada, *"yo tenía al lado mío a una mujer boliviana de cuarenta años que tenía su cuarto hijo y al otro lado una chiquilla peruana que tenía como veintitantos y tenía su primer hijo, y las dos tenían su identidad cultural súper arraigada, o sea, ellas hablaban quechua y hablaban sobre sus costumbres, sobre lo que pensaban del post parto y ninguna de las dos se bañó, por ejemplo. Llegó la enfermera y les dice "ya, vayan a bañarse", a la señora de cuarenta años (…) y la señora como que se hacía la loca, iba al baño, como que se mojaba un poco y volvía con la misma ropa"* (Usuaria 26 años, zona norte). La situación descrita deja al descubierto el hecho de que existiría más bien una imposición de la mirada más tradicional de los tratamientos, y no un diálogo entre las culturas, que sería justamente el objetivo de tener un enfoque de interculturalidad.

Territorios, desigualdades de acceso

Las particularidades y riqueza geográfica de los territorios observados en este monitoreo han significado un desafío para el acceso a SSR que no siempre ha sido bien resuelto, tampoco en periodo de pandemia a pesar de los esfuerzos. La diferenciación más fácil y pertinente que se puede realizar al abordar este punto es la de zonas urbanas y rurales, agregando otras consideraciones como la cultura, el lenguaje, o el peso de la religión. En las zonas urbanas la población ha superado de alguna forma el tabú que para algunas personas representa la sexualidad en general y, por lo tanto, concurren y solicitan atención e información de manera más abierta que en zonas rurales. En algunas zonas rurales media la cultura de pueblos indígenas que tienen otra visión respecto de la SSR, que influye en la forma en que se habla de estos temas. En otros casos, considerando las diferencias generacionales y de acceso a la educación, se constata que muchas veces el tecnicismo en el lenguaje del personal de salud aleja a las usuarias por la falta de entendimiento. En algunas entrevistas también se hace referencia a territorios y áreas rurales donde el tema religioso se cruza y afecta la SSR: *"sobre el hecho de cuidarse piensan que es ir en contra de la voluntad de Dios"* (Matrona APS, zona norte).

Por otra parte, en algunas localidades ocurre que las usuarias viajan desde los sectores rurales a los urbanos para atenderse en algún consultorio, y para solucionar estos problemas, algunas profesionales se coordinan con las usuarias para facilitarles el acercamiento *"… esperarla o darle los horarios que tienen su locomoción"*, como reconoce una profesional de la salud en el norte del país.

Con la pandemia, las dificultades para la continuidad de las atenciones en salud y SSR de las zonas rurales y aisladas se acrecentaron, pues el reemplazo de lo presencial por lo telemático –que funcionó bastante bien en los centros urbanos-, dejó sin muchas opciones a quienes habitan zonas donde no existe una conexión telefónica o señal de internet, adecuada y de calidad, o los y las usuarias no cuentan con computadores o celulares que soporten los requerimientos para una consulta médica por videoconferencia, o bien no existe una alfabetización digital apropiada.

Por otro lado, la continuidad de atenciones presenciales también se vio afectada debido a una conjunción de factores en zonas rurales, y rurales aisladas, entre ellos, la disminución de la frecuencia del transporte público, la restricción en la duración de los permisos temporales de desplazamiento para comunas en cuarentena se suma y, por cierto, el temor al contagio en el traslado y en la visita al centro de salud. Todo esto influyó para que la población rural no tuviera las mismas posibilidades de acceso a la salud durante la pandemia que la población urbana.

Otro punto que surgió en el monitoreo tiene que ver con la situación en la Araucanía. En esa región el acceso a la atención de salud y de SSR se vio también afectado. Además de los factores ya mencionados, el paro de camioneros realizado en el mes de agosto en pleno invierno y la pandemia impidieron el acceso a combustible para el desplazamiento hacia los centros de salud. También el factor ambiental, con las fuertes nevadas que generan cortes de caminos, dificultó el desplazamiento lo que significa la interrupción de tratamientos anticonceptivos. Finalmente, el conflicto en ese territorio ha generado también una desconfianza hacia las instituciones del Estado de Chile, incluyendo los servicios de salud, por lo que habría una priorización de las atenciones en los límites de su propia cultura.

Así también, el acceso a la atención de salud en las zonas alejadas de los centros de atención secundaria y terciaria se vio dificultado durante la pandemia debido que en algunos casos el desplazamiento hacia esos lugares, sumado al tiempo de atención, toma mucho más de la duración de los permisos que era posible solicitar. No obstante que algunas de estas dificultades se vieran subsanadas con el tiempo, el impacto en la SSR de las mujeres puede ser altísimo en el mediano y largo plazo.

Finalmente, en algunos de los territorios rurales, se evidencia una falta de información desde el nivel central para responder a las particularidades de esas zonas, en especial en SSR, y que va más allá de contexto de pandemia. **La Colectiva Las Furias de Ancud** de la región de los Lagos afirma que: *"según profesionales de la salud, el déficit en la salud pública se refleja en la ausencia de prestaciones que aborden la sexualidad y reproducción de manera integral y participativa con las comunidades"*.

Población adolescente, sin contacto ni atención

Si el acceso a atención en SSR ha presentados dificultades propias para ciertos grupos de la población, la pandemia agudizó ciertas problemáticas, particularmente entre la población adolescente de acuerdo con lo evidenciado en este monitoreo. En términos generales, su atención en salud se enmarca en el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, que tiene como "propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad".[13]

La población adolescente accede a la atención en salud sexual y reproductiva a través de la atención primaria en salud y del sistema educativo, con iniciativas específicas en cada sector y también algunas interconectadas. Durante la pandemia estos accesos se suspendieron, eliminando un importante espacio. Esto tuvo repercusiones en varios sentidos en lo que a SSR se refiere. En primer lugar, en los meses iniciales de la pandemia en algunos territorios el acceso a anticonceptivos se restringió a las usuarias ya inscritas y no se dio opción a nuevos ingresos; tampoco se implementaron programas de educación sexual; y en tercer lugar, se les cerró la posibilidad de contar con un espacio seguro para evidenciar situaciones de violencia.

El monitoreo evidencia que existe un diagnóstico generalizado de que una de las poblaciones más afectadas por los cambios en el acceso a la SSR durante la pandemia serán los y las adolescentes, incluso se prevé un aumento de los embarazos. Al respecto, en algunas entrevistas se considera que deberían hacerse ciertas adecuaciones al programa de manera que las adolescentes pudieran acercarse al centro de salud, y que las atenciones sean en un lugar diferenciado especialmente para ellas, siguiendo la línea que se promueve a través de los Espacios Amigables.[14]

[13] Ministerio de Salud, Programa de Salud Integral para Adolescentes y Jóvenes, s/fecha. Disponible en: https://www.minsal.cl/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes/

[14] Los Espacios Amigables están pensados para atender a la población entre 10 y 19 años. Surgieron en el país en el año 2009 en el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA), creado en 2007. Desde un enfoque preventivo y de promoción, colocan especial énfasis en la atención de SSR, atendiendo a adolescentes con personal capacitado, en un horario diferenciado, con respeto a la privacidad y una atención empática.

Otro elemento develado en este monitoreo es que ha habido un adelantamiento en la edad de consulta por SSR, como reconoce una entrevistada, *"Han llamado bastante las mamás de las adolescentes de 10, 11 años para estas temáticas, 12 años, sí, me ha llamado la atención eso"* (Matrona APS, zona norte). Esto llama la atención pues en general las consultas por SSR, en especial las referidas a métodos anticonceptivos, se inician alrededor de los 14 o 15 años.

Las atenciones con las matronas de los centros de salud de APS permiten a las adolescentes tener un espacio para expresar no sólo sus dudas respecto a la SSR, y acceder a métodos anticonceptivos, sino también generar un lazo de confianza y cercanía con las y los profesionales de salud, que con la pandemia se vio interrumpido. Como reconoce una matrona, *"Como que ahora se perdió el vínculo, vínculo que el año pasado estábamos súper bien… Ahora con pandemia como que se fue. Se cortó todo tipo de vínculo con todos"* (Matrona APS, zona norte). Esto se vio agudizado porque, en algunos territorios, los problemas de conectividad tanto territorial como digital impidieron cualquier vinculación con las y los adolescentes, ya que muchos de ellos al no estar en los internados regresaron a sus casas en lugares alejados de cualquier opción de continuar con su vínculo con el CESFAM. Con todo, la atención en SSR de las adolescentes en particular es un punto para relevar a la luz de los datos del monitoreo y considerando que aún no se supera la pandemia.

Personas viviendo con alguna discapacidad y personas trans, sin atención real de SSR

El monitoreo dio una mirada absolutamente preliminar a la realidad de atención de SSR y acceso al aborto legal de las personas viviendo con alguna discapacidad y de las personas trans. Sin perjuicio de ello, valga evidenciar que sus realidades y necesidades están muy ausentes de la atención que habitualmente se entrega a la población. El monitoreo identifica algunos elementos que explicarían esto, sin embargo, dejan más interrogantes para futuros estudios, que respuestas.

PERSONAS VIVIENDO CON ALGUNA DISCAPACIDAD

En la APS no existe un diseño de política pública en salud y en SSR que efectivamente responda a las necesidades de las personas viviendo con alguna discapacidad. Así lo indican las entrevistas sostenidas en el monitoreo. Existe la percepción de que el acceso a la atención de salud para este grupo de personas se ve restringido al tema de la infraestructura, pero en ocasiones queda en segundo plano el hecho de que "constituye un derecho a exigir por las personas y la comunidad, el visibilizar las necesidades de atención en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, teniendo como responsables al equipo de salud en su totalidad"[15]. Esto genera una presión en el personal de salud que no ha sido resuelta, ni antes ni durante la pandemia.

Las mujeres con discapacidad señalan la insuficiente educación sexual que se recibe debido a las barreras con las que deben lidiar, como es el caso de la ausencia de intérpretes en lengua de señas o información en sistema de braille. En el caso de las personas sordas:

> ***hay mujeres que no saben cómo cuidarse, con tratamientos anticonceptivos o también pololean o más bien tienen un encuentro sexual de una noche con un hombre que les gusta, quedan embarazadas, pero no saben, por ejemplo, de la existencia de la píldora del día después, entonces cómo se hace"***
> ***(Usuaria, grupo focal)***

En el caso de personas con discapacidad, a partir del grupo focal específico, que arroja resultados muy exploratorios, se señala que para esta población no existen los derechos sexuales y derechos reproductivos. A las mujeres en situación de discapacidad continuamente se les infantiliza en su sexualidad, no son sujetas deseantes ni deseadas, y se les excluye de una adecuada educación sexual.

[15] SENADIS, Sexualidad e inclusión de personas con discapacidad, 2019.

Uno de los ejemplos que tal vez evidencia de mejor forma la restricción a la SSR de este grupo es que en el país existe un medicamento farmacéutico anticonceptivo que usa sistema de braille en su título, pero no así en las instrucciones del interior. Frente a esta situación, una usuaria cuenta que:

> ***A mí me pasaba siempre que no sabía si tenía que partir por aquí o por el lado izquierdo, entonces me equivocaba y nunca lo supe y tomo pastillas desde los 14 y a muchas personas ciegas también les ha pasado eso, y nunca supimos por dónde se tomaba y eso altera tu ciclo hormonal, el tomarte las pastillas de una u otra manera. Pasó que cuando yo empecé a ir a una matrona que empezó a formarse más como en diversidad funcional, lo que hizo fue explicarme con tacto y cortándome una puntita de las pastillas donde tenía que hacerlo y explicándome con fantomas que son como partes del cuerpo de plástico, explicar dónde va el condón por ejemplo o donde están ciertas partes del cuerpo. Y eso es algo que si lo pensamos bien es algo que nunca se les explica a las personas ciegas, porque ya, te explican anatomía y todo, pero visualmente y nunca de una forma táctil"***
> ***(Usuaria, grupo focal).***

En la actual crisis sanitaria, la situación se vuelve más difícil para las personas con discapacidad. En el caso de las mujeres ciegas, que necesitan recurrir a lo táctil, *"… en la pandemia tú ya no puedes tocar o no te puedes acercar a las personas, entonces cuando se va a un hospital tienes que estar a una distancia (…) entonces ha agudizado desigualdades como se dice (...) pero ha facilitado también el que hayan más recursos digitales en el sentido de que por ejemplo he visto diferentes redes de profesionales u organizaciones o personas individuales que ya han empezado a describir, y que si bien no reemplaza el poder tocar para poder tener una educación sexual (…) Pero son algunas redes y no todas las personas ciegas tienen acceso a esta información por redes sociales"* (Usuaria, grupo focal). Agregar a las limitaciones de acceso que pone esta usuaria que la atención telemática no sirve para las personas sordas. Por tanto, para personas con otras discapacidades, como la auditiva, es importante contar con facilitadores que puedan intermediar adecuadamente las atenciones en salud, lo que de acuerdo con el grupo focal realizado no ocurre, y sería otro elemento a observar en futuros monitoreos.

Finalmente, también de manera muy exploratoria, y para dejar abiertas interrogantes para futuras mediciones, se indagó sobre el acceso a SSR de personas LGBTIQ+. Al respecto, algunos testimonios cuentan las dificultades en la atención, la que tiene por lo general una visión heteronormativa. En el caso de las lesbianas, una entrevistada reconoce que:

> ***… no somos muy consideradas yo me he dado cuenta, por los centros de salud, me da la impresión de que es como si asumieran que por el hecho de que no vamos a tener hijos, no usamos anticonceptivos, ni dispositivos, ni cosas por el estilo, estuviéramos libres de contraer enfermedades o de sufrir de alguna patología".***
> ***(Usuaria, zona norte).***

Esto se entrecruza con la falta de educación integral en sexualidad, así lo relata una joven:

> ***por lo menos yo, acá en mi liceo he recibido educación sexual, pero como muy vaga y (…) fueron repitiendo lo mismo (…) yo participaba en un liceo de mujeres, entonces ahí no sé una compañera hacía una pregunta de cómo cuidarse las lesbianas y no sabían cómo responder porque no tenían información sobre eso".***
> ***(Usuarie, zona centro).***

Una profesional de la salud reconoce este déficit y manifiesta que:

> ***…creo que aún falta trabajar más, pero con otro grupo, la población LGTBI, entonces ese grupo sería que falta de repente la capacitación para algunos profesionales del CESFAM…"***
> ***(Matrona APS, zona norte).***

PERSONAS TRANS

El monitoreo realizó un grupo focal con personas trans, del que emanaron puntos relevantes para su acceso a SSR, y que se sugiere considerar en futuras observaciones, pero que resulta valioso dejar enunciados. Por ejemplo, que las personas trans perciben que "no existe SSR para las personas trans", y es que:

> ***…no hay ninguna política pública que asegure que los tratamientos son 100% seguros para cada persona, que se los van a entregar con la seguridad de que todos los meses como, por ejemplo, el AUGE o todos esos programas de salud que cubren enfermedades o distintos tratamientos, eso es lo que ocurre. Hace falta una ley integral para las personas trans y urgente, donde se trabajen distintas áreas, salud, educación y lo laboral…"***
> ***(Usuarie, grupo focal).***

Por otra parte, la falta de cobertura es un problema grave, ya que es muy difícil que una persona trans pueda acceder a un acompañamiento adecuado en SSR sin importar donde se resida, y tampoco muchas personas del ámbito de la salud capacitadas en la temática. Este déficit de atención previo a la pandemia se profundizó durante 2020 pues las prestaciones de tratamientos hormonales, en muchos casos, quedaron suspendidos.

3.5 Violencia gineco-obstétrica, presente en los distintos niveles de atención

Respecto de este tipo de violencia[16], el monitoreo arroja diferencias entre las percepciones de usuarias y personal de salud, pero también la ausencia o desconocimiento de un concepto claro que permita identificar y clasificar como tales situaciones de violencia obstétrica. Como reconoce una usuaria de la zona norte:

> ***… mire ahí estoy complicada porque con el tema de violencia obste... ahí estoy, como que todavía no entiendo bien el término para saber si es violencia o no".***
> ***(Usuaria 34 años, zona norte)***

El personal de salud evidencia en algunas entrevistas la percepción de que la violencia gineco-obstétrica sólo ocurre en la atención hospitalaria, cuando se atienden partos, y que en la atención primaria se reduciría a un tema de mal trato:

> ***habitualmente la violencia obstétrica o la violencia ginecológica se daba mucho más en el hospital porque los procedimientos de hospital son mucho más invasivos y complejos que los que hacemos acá en APS".***
> ***(Matrona APS, zona sur)***

Otra matrona dice que en su centro no puede haber violencia gineco-obstétrica porque como allí no se atienden partos, entonces *"nosotros consideramos como violencia no tener un Hospital. Y que las mujeres tengan que irse 2 o 3 semanas antes, separarse de sus familias, de su entorno; estar hospitalizadas…"* (Matrona APS, zona sur). En Santiago se minimiza también lo que pueda ocurrir en el box de atención:

> ***[han comentado] solamente la violencia verbal, si por lo menos a mí no me han manifestado de que haya sido otro tipo de violencia, solamente verbal, de malos tratos, de que las ignoran, cosas así principalmente-!***
> ***(Matrona APS, zona centro)***

[16] Según un informe del 2019 de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas se entiende que "El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva" (ACNUDH, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, 2019, pág. 6)

De esta forma, la violencia, tanto ginecológica como obstétrica, está presente en los distintos niveles de atención. Si contrastamos los testimonios de las usuarias y de los equipos profesionales, vemos que las primeras relatan muchas experiencias de violencia gineco-obstétrica, mientras que los segundos cuentan sólo algunas situaciones puntuales, o incluso niegan tales situaciones.

La reiteración de los malos tratos verbales queda en evidencia cuando de manera frecuente el monitoreo recoge testimonios como el siguiente:

> ***Más que algo físico, ha sido más psicológico por lo que te dicen, es el trato, no es un trato humano te empiezan a preguntar cosas, como ¿Por qué te embarazaste entonces, si no quieres tenerlo? O igual hice un acompañamiento una vez de una persona que era muy joven y tenía mucho sangrado, entonces la llevamos y claro la culparon a ella, igual es fuerte, es fuerte porque es más que algo físico, es algo psicológico que te queda ahí (…) era la primera vez que había visto un trato así, tan inhumano y poco consciente con la persona."***
> ***(Usuaria 28 años, mapuche, zona sur).***

O éste de una usuaria de la zona norte:

> ***… cuando yo hice este cambio también de método anticonceptivo el matrón me dijo que estaba súper poco informada en los métodos que había y en realidad, porque no tenía información al respecto más que las pastillas y las hormonas y los dispositivos, entonces igual fue como un reto …yo lo que siento de acuerdo a mis experiencias a nivel hospitalario, es como súper agresiva la forma de decirte cosas algunas veces, porque te retan…"***
> ***(Usuaria 37 años, zona norte).***

Especial atención en este tema debe tener el grupo de adolescentes, pues al ser las primeras experiencias de atención en SSR que se tengan pueden condicionar un condicionamiento futuro. A partir de las entrevistas del monitoreo se ve que las adolescentes y jóvenes son las que más sufren situaciones de este carácter en las atenciones. Testimonios como el siguiente son comunes particularmente entre quienes enfrentan un embarazo:

> ***(…) me derivaron al Hospital de Los Ángeles y en ese momento yo tenía 18 años, 17 años, por lo tanto, me pasó mucho que a cada consulta que iba, donde era súper niña como que las enfermeras, las matronas antes de atenderme me retaban, me trataban súper mal por... por como irresponsable "¿Cómo no te cuidaste?" "Mira como andas ahora".***
> ***(Usuaria 29 años, mapuche, zona sur).***

Así como le puede ocurrir a una adolescente, también hay mujeres adultas que por malas experiencias previas se alejan de la atención en SSR, lo que tiene impacto directo en su salud. Como reconoce una matrona:

> ***… muchas mujeres que también manifiestan que sienten miedo, hay un tema social de temor de ir a la matrona, porque muchas veces temen a ser juzgadas o porque hay un tema valórico generacional, que muchas mujeres han tenido malas experiencias o han sufrido violencia y no quieren ir más. Es un tema que he enfrentado y ha sido una sorpresa, porque yo soy más joven y llevo pocos años ejerciendo, pero sí he escuchado relatos de mujeres más adultas que tuvieron una mala experiencia y por eso no acudieron más. Entonces ahí se está perdiendo parte de la población, aparte que en eso va el boca a boca, las mujeres comparten sus experiencias, por lo tanto, genera este temor a solicitar ayuda o a lo que sea".***
> ***(Matrona APS, zona centro).***

Finalmente, el monitoreo arroja que habría una diferencia generacional en el personal de salud frente a estas situaciones de violencia. Se reconoce que las generaciones nuevas de profesionales tienen mayor conciencia y preparación respecto de lo que constituiría un hecho de violencia gineco-obstétrica, por lo que tienen más cuidado y empatía en la atención. Como reconoce esta matrona de la zona sur, quien identifica la mejora en la atención con la renovación de equipo de profesionales :

> ***No, no hemos tenido casos de esos … bueno, años atrás si, años atrás sí, pero ahora contamos con un equipo de ginecólogos que se renovó hace como 2 o 3 años y que son chiquillos jóvenes que tienen muy claras las cosas. De hecho, hay uno que es muy pro de derivar cuando las mujeres quieren esterilización que nosotros tenemos que tener claro que es un derecho y que debemos derivarla..."***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

CAPÍTULO

4

ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IVE DURANTE LA PANDEMIA

El monitoreo realizado durante el año 2020 muestra una realidad variopinta respecto de la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. Particularmente en las unidades de Alto Riego Obstétrico (ARO), se aprecia de parte del personal entrevistado un afianzamiento de los equipos de salud que atienden directamente a las mujeres que pueden acceder a alguna de las causales y, en general, mayor claridad y disposición a evitar la revictimización. La existencia de la norma técnica de atención y acompañamiento y el cierre del proceso de adopción de reglamentos ha contribuido en estos procesos. Este avance se reconoce desde hace un año y medio atrás aproximadamente, pues el tiempo anterior fue caótico ante la ausencia de directrices claras. Al menos, a nivel de algunos AROS, se siente que las cosas funcionan mejor, lo que era esperable después de casi tres años de promulgada la ley: *"yo te diría que recién al año y medio, o sea, hace poco, que ya constituimos el equipo como completo, como equipo IVE, entonces empezamos a hacer nuestras reuniones, las indicaciones y empezamos a identificarnos como a nivel hospitalario como el equipo IVE. Yo hice algunas presentaciones de la ley, el jefe también hizo sus presentaciones en otros servicios para que conocieran el contexto, porque tuvimos hartos problemas con los otros servicios…"*
(Gineco-obstetra ARO, zona norte).

Al mismo tiempo, el monitoreo arroja que en los seis territorios no hay avances sustantivos en los obstáculos de acceso que se identificaron en el año 2019, tanto por la falta de información a las usuarias y la escasa capacitación e información al personal de salud, situaciones que afectan principalmente a la atención primaria, como por los altos índices de objeción de conciencia que se registran en los hospitales, particularmente en torno a la tercera causal (embarazo debido a violación). Esas dificultades se amplifican en tiempos de pandemia.

Es interesante observar que, de acuerdo con las entrevistas, se sigue considerando que la ley es nueva, a pesar de tener ya casi tres años de implementación. Esto se puede explicar por varias razones que emanan del monitoreo. Una de ellas es una suerte de vacío sobre el tema, que es consecuencia de la desinformación que tiene el personal y los equipos de salud distintos a los directamente involucrados con la atención de la IVE. Respecto de la comunidad y la población en general, en las entrevistas se percibe una falta de voluntad política por difundir el derecho a la interrupción del embarazo en las causales legalizadas: *"el gobierno en sí mismo ha intentado ocultar o echarle tierrita a esta ley (…) no difundamos mucho, por ejemplo, a través de la TV que es un medio más masivo, como otras campañas de otros programas propios de salud…"* (Trabajadora Social ARO, zona centro). También, la cultura conservadora o la fuerte presencia religiosa en algunos territorios y comunidades que dificultan los esfuerzos de información y difusión de los equipos de salud.

En este escenario se instala la atención de la crisis sanitaria provocada por el coronavirus. Se constata que, durante la pandemia, las usuarias que llegaron a las unidades ARO pudieron acceder al aborto y que no hubo escasez de insumos y fármacos – mifepristrona y misoprostrol, y los kits de AMEU (aspiración manual endouterina), entre otros- en los establecimientos que formaron parte del monitoreo. Al mismo tiempo, se advierten ajustes en la ruta de atención que desdibujan el rol de la APS y concentran el peso de la respuesta en los hospitales y las unidades de alta especialidad gineco-obstétrica. Sin duda, el contexto de la pandemia, junto a las deficiencias que subsisten en la implementación de la ley, ha impactado en el acceso a la IVE. De hecho, el número de casos en 2020 fue 22% menor al atendido en 2019.

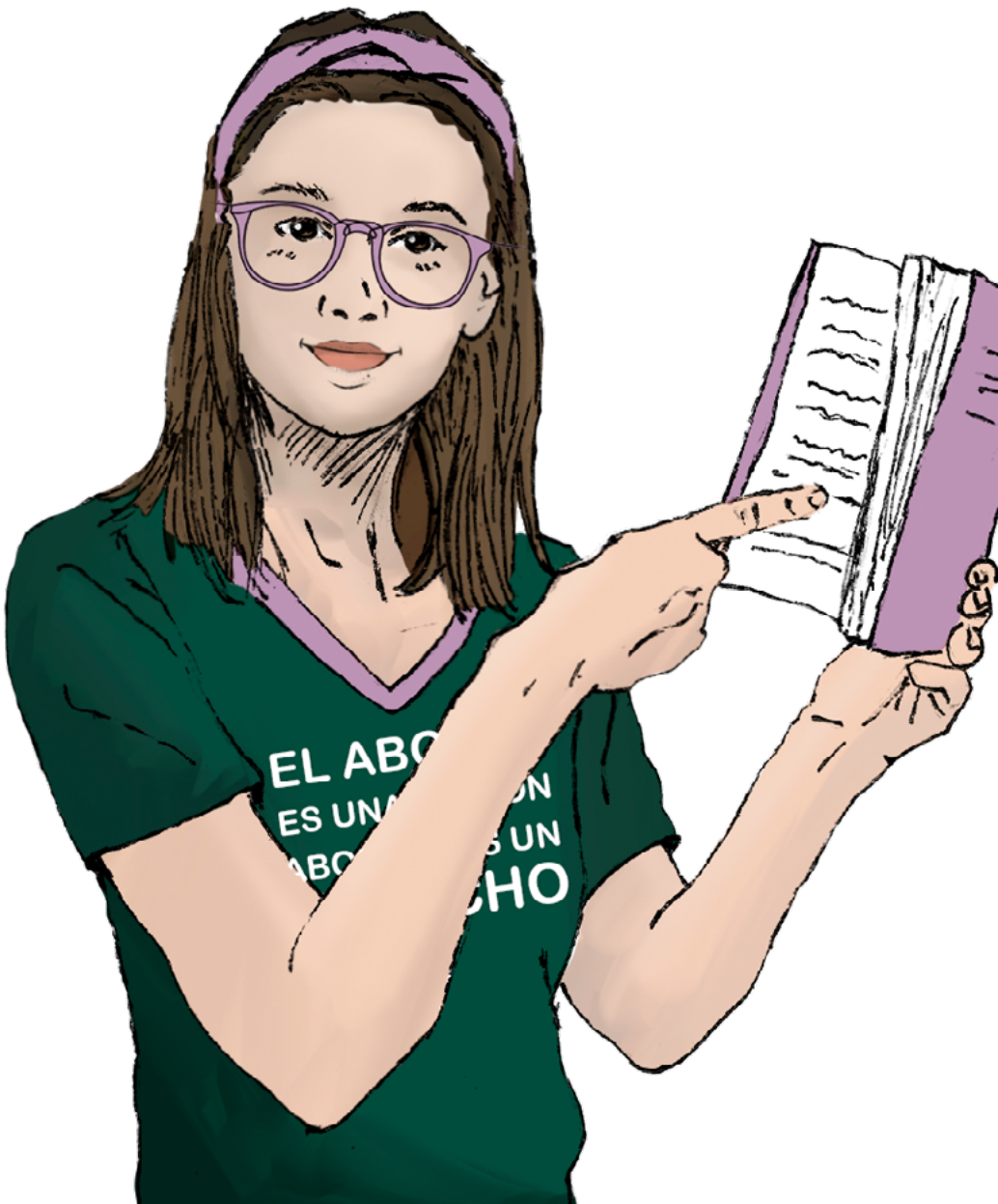
En caso de presencia de un PCR positivo con sintomatología, al comienzo de la pandemia los equipos de salud no tuvieron información sobre cómo actuar. A partir de las orientaciones de junio de 2020 del MINSAL se estableció que en situación de riesgo vital materno se puede constituir la primera causal: *"constituye causal de ley en el embarazo con mujeres con COVID positivo y con patologías respiratorias severas, y eso (…) no estaba incorporada cuando se habló como en abril. Como que no se sabía ese elemento, sino que estaba como la interrogante que se podía constituir causal por mujer con COVID positivo, pero ahora ya está súper claro"*, señala una profesional en el sur. Además, de acuerdo con instrucciones del mismo Ministerio, toda mujer gestante sospechosa o confirmada que no requiera cama crítica, debe hospitalizarse en aislamiento en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO).

En las entrevistas no son muchos los casos que refieran estas situaciones. Sin embargo, uno que relata bien esta experiencia señala que:

gracias a este equipo extra que pudo acompañar a esta mujer y en la ley IVE propusimos que, como sabemos que es un evento tan doloroso para las usuarias, al momento del ingreso definimos una sala individual para ella y se hospitalizaba con su acompañante y a ambos se tomaban la PCR... porque generalmente se hospitalizan un día antes de la interrupción, para que pudiera dormir con su marido, junto a su pareja o quien ella eligiera como su acompañante, pero les permitimos estar acompañadas durante ese momento, y eso fue gracias a que el equipo psicosocial nos alertó que para las mujeres era muy importante no vivir ese proceso sola, porque imagínate un hospital que está con COVID que no permite el ingreso de familiares ni nada, logramos que nos dieran una salita para hospitalizar a una pareja entonces, igual eso yo lo encuentro como que hay que jugársela a veces."

(Matrona ARO, zona sur)

En el capítulo anterior se revisaron los impactos sobre la atención en SSR. En este se presenta lo sucedido con el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo IVE en la red asistencial pública de los territorios incluidos en el monitoreo. En primer lugar, se revisa el proceso de atención y cómo se afectó por la pandemia, para luego presentar el rol de la dupla psicosocial que aparece como facilitadora del acceso a la información y a la atención. A continuación, se da cuenta de lo que las entrevistas muestran respecto de la información y la capacitación del personal de salud, la información a las usuarias, y la objeción de conciencia, asuntos en que subsisten las dificultades encontradas en el primer monitoreo. El capítulo cierra con los datos comparados de los años 2019 y 2020 de casos constituidos de causales de interrupción voluntaria del embarazo.



4.1 Ruta de atención, menos APS y más ARO

> ***…cuando salió la ley igual fue súper confuso, (…) al principio no nos salía muy bien la cosa, todo muy desde el desconocimiento, nadie sabía quién podía objetar, y quién no, y venía una matrona y te decía "objetora, entonces no la ayudo", y el anestesista también y tú tenías que ir a pelearla (…) tuvimos casos dramáticos que nos costó. De hecho, por ejemplo, la primera causal tres que tuvimos, la tuvimos que tener hospitalizada cinco días, fue una cuestión atroz (…) no se sabía quién podía objetar y quién no, quién podía hacer o no el procedimiento … al principio no fue fácil y yo me imagino que varias mujeres pagaron el pato por todo ese desconocimiento…"***
> ***(Gineco-obstetra ARO, zona norte).***

Las palabras de este profesional de la salud expresan lo que sucedía con el acceso a la IVE en el primer año de implementación. Hubo necesidad de realizar varias capacitaciones, señala una integrante de la dupla psicosocial en el sur, "*y hasta el día de hoy se siguen haciendo capacitaciones a los equipos de ginecobstetricia y ginecológicos. (…) Pero la verdad es que la implementación ha sido bastante progresiva y efectiva, se está educando a los distintos equipos, está bien activo eso.*" (Trabajadora social ARO, zona sur). Sin embargo, la percepción sobre este avance varía de manera importante entre APS y ARO.

En tiempos habituales, el proceso de atención descrito en las entrevistas se inicia principalmente en la APS donde se detectan casos que podrían constituirse en alguna causal, y desde allí se hace la derivación pertinente. En algunas ocasiones la derivación es de modo directo hacia el ARO del hospital, y en otros, hacia la urgencia, para que desde ahí la usuaria pase al ARO. Los y las profesionales que intervienen son principalmente las matronas, de APS y del ARO, y la dupla psicosocial. *"Una de las colegas [matrona] fue a la capacitación que se hizo en el área, y ella lo replicó para todas las colegas del consultorio, y lo coordinamos con las colegas del hospital. Hicimos un flujograma en que la persona que acude a atención primaria por ley IVE, se le debe hacer el ingreso de embarazo, que eso no lo habíamos tenido claro, entregar la documentación tal cual como si el embrazo fuera a continuar y con esos antecedentes se deriva al equipo IVE de atención secundaria del hospital donde la recibe una colega que sí está capacitada y que entiende del tema"* (Matrona APS, zona centro). En las entrevistas también se mencionan ingresos a la red de atención que pueden provenir de tribunales, de la fiscalía y de organizaciones de mujeres.

Desde la mirada del personal del ARO se indica en las entrevistas que, una vez que la mujer ingresa, la atención es expedita. En el sur del país se explica que:

> ***los mecanismos de ingreso de las distintas mujeres son bien diversos. Por lo general van a ser relativos a cada causal, cuando hablamos de una causal 3 de violación con resultado de embarazo, generalmente tiende a ser una atención de urgencia, y así se comienza a resolver (...) En el caso de la causal 2 de inviabilidad, la principal vía de ingreso es por box ARO, de alto riesgo obstétrico, porque por lo general se descubre la patología o mal formación congénita en contexto de evaluación ecográfica, entonces de inmediato se activa el protocolo IVE (...) Y en la causal 1, es bien esperable que ingresen del servicio de urgencia, como está en riesgo la vida de la madre, cuando es un riesgo inminente por lo general ingresan por el servicio de urgencia, y cuando no es un riesgo inminente, son ingresadas por APS también, y son tratadas por ARO y son derivadas a nosotras.” (Trabajadora social ARO, zona sur).***

La acreditación de las causales tiene procedimientos propios para cada caso. Una gineco-obstetra en el centro del país relata que, en el caso de las dos primeras causales, *“si hay alguna patología materna la derivamos a algún especialista del hospital (...) Si es una enfermedad incompatible con la vida se requiere confirmación ecográfica o la hacemos nosotros acá directamente o si hay alguna complejidad ecográfica, nos contactamos con [otro hospital de la región], donde también pueden hacer una ecografía y en dónde también dan hora rápidamente, en menos de una semana”* (Gineco-obstetra ARO, zona centro). En el caso de la tercera causal, en los territorios se advierte una intención de reducir esperas innecesarias:

> ***teniendo la ecografía, generalmente se hace la toma de relato el mismo día, en el mismo momento y las usuarias si no son hospitalizadas ese mismo día, lo hacen al día siguiente. (…) Hemos hecho todo el protocolo tanto médico en términos de la ecografía requerida como el relato que se le pide a la dupla lo hacemos el mismo día, justamente para cumplir con los plazos, y bueno, en atención también a que la experiencia indica que en estos casos cuando la mujer opta por interrumpir, obviamente necesita que sea lo antes posible, no necesita seguir esperando”***
> ***(Psicóloga ARO, zona centro).***

Como elemento positivo en varias entrevistas se rescata la preocupación por evitar la revictimización. En el centro del país un facultativo señala que, en todas las causales, *"nos hemos preocupado bastante de que la situación de ella no se revictimice o no se sobreexponga innecesariamente, nos interesa bastante mantener el respeto hacia ellas, la privacidad y que las chicas tengan ojalá una atención lo más fluida posible"* (Gineco-obstetra ARO, zona centro). En el sur, particularmente respecto del embarazo violación, *"… si algo ha cambiado y creo que para bien es que los equipos de salud han entendido que no se debe revictimizar a una mujer y por ende han tratado de no ejercer dos, tres o más entrevistas a la mujer que ha sufrido violencia sexual (…) se nos ha inculcado tanto que yo creo que ha sido para bien, porque se ha comprendido …"* (Trabajadora social ARO, zona sur).

El proceso descrito de identificación de casos, acogida, derivación y acceso a la IVE difícilmente sucede con igual accesibilidad y fluidez en todos los territorios monitoreados. Depende de varios factores, entre ellos, de una buena coordinación en la red asistencial entre la APS y los niveles de complejidad, de contar con prontitud con exámenes diagnósticos, además de la posibilidad de movilización de parte de las usuarias, y la conectividad con los establecimientos de salud que requieren transitar en la ruta de atención. Todos estos factores se han visto afectados con la pandemia, en el sentido de aumentar las brechas o dificultades inicialmente existentes, junto con el temor de las mujeres de acercarse a los establecimientos de salud para evitar el contagio.

Con relación a la coordinación entre la red primaria y las unidades ARO, *"la idea de la ley, indica un facultativo en el norte, "es que muchas derivaciones llegaran de la APS (…) que fuera la primera acogida e información y la derivación asistida, que no es como "te derivo con un papel" …"* (Gineco-obstetra ARO, zona norte). Sin embargo, en el monitoreo aparecen lugares donde no se visualiza este importante rol de acogida e información de la APS y se limita su acción a la derivación, tal como se aprecia en una entrevista en el sur:

"ha habido poca articulación, no hay protocolos claros de cómo nos vamos a manejar para la aplicación de esta ley, sólo sabemos que si llega una paciente que expresa su voluntad de interrumpir voluntariamente su embarazo con una de estas tres causales, nosotros derivamos a urgencias, es como nuestra única indicación." (Matrona APS, zona sur).

También se afirma que existen diferencias en la celeridad y calidad de la información de los casos entre CESFAM: *"…hay algunos consultorios que uno entiende y destaca como absolutamente movilizados en la comunicación de un caso, lo hacen, de una manera directa, expedita, lo que se agradece en función de las usuarias. Ese mismo estilo de comunicación no se ve en otros CESFAM o respecto de otros grupos chicos profesionales …"*, afirma una profesional en el centro del país.

Durante el 2020, el personal entrevistado señala que no hubo instrucciones en torno a la ley IVE, salvo la de seguir otorgando la prestación. Sin embargo, no se orientó respecto de cómo mejor gestionar la atención en la red asistencial en el contexto de la crisis sanitaria. Como era de esperar, el proceso de identificación de casos y de derivación se vio afectado, restando peso a la APS y colocando en los ARO gran parte de la atención. Con muchas matronas y personal de salud de la atención primaria en teletrabajo, frente a un problema las mujeres han sido derivadas o han optado por llegar directamente a los hospitales: *"Hoy por hoy están llegando directo, se señala en una entrevista en el norte del país, uno puede pensar que quizás hay ciertas mujeres que no han sido referidas porque los centros de referencia no están funcionando normalmente. Pero sí las urgencias, y ese es otro camino de ingreso que es muy importante, y muy usado en realidad, es a través de la urgencia del servicio donde también muchas mujeres acceden directamente a la atención hospitalaria, no pasan por CESFAM"*. Es claro que las debilidades de la APS en la atención de la IVE se han profundizado con la pandemia; se ha retrocedido a ese lugar inicial y se corre el riesgo de afianzarlo: "Cuando yo llegué a trabajar", relata una matrona en un consultorio en el centro del país, "recuerdo que planteé la pregunta, así como dije con humildad, yo no sé nada respecto a la ley, derivar me dijeron, tu rol es derivar".

Respecto de la acreditación de las causales, algunas de las dificultades que se mencionan en las entrevistas tienen relación con la realización de ecografías y exámenes en distintos establecimientos y en distintas ciudades, además de los obstáculos de profesionales que ponen trabas o no actúan de acuerdo con la norma técnica, entre otras. A continuación, algunas de las situaciones referidas:

En el centro del país una profesional en un ARO afirma:

> *… en la causal uno, que creo que es una de las más conflictivas respecto a que muchas veces, no se constituye causal uno, que sí debiese corresponder, porque desconocen los diagnósticos o porque todavía está la concepción de que el médico puede decidir cuándo hay factores que podrían determinar una causal uno, entonces a menos de que sea un cáncer no se constituye causal uno"*
> *(Trabajadora social ARO, zona centro).*

En el sur:

> *… nos pasa que con el tema de incompatibilidad con la vida hay mucha burocracia. Generalmente se pesquisan en un control ecográfico en el policlínico de ARO (…) la paciente ya tiene que esperar por lo menos unas dos, tres semanas en llegar a su policlínico de ARO, llegar con su ecografía y después tiene que ser evaluada por un ginecólogo con especialidad de medicina materno fetal. Se tiene que trasladar a Temuco, para que le hagan una ecografía que se supone que es un poco más completa, un poco más específica tomada por un especialista (…) en Temuco igual se tramita mucho a las pacientes, entre que se hace la ecografía, se hace la evaluación (…) dentro de los ginecólogos que hay allá de medicina materno fetal, había uno puntualmente que ponía muchos peros (…) que requería otra evaluación, y otra evaluación y otra evaluación, y el embarazo va a avanzado, entonces es mucha la burocracia cuando se pudiera realizar desde un principio que se sabe que constituye causal, sin tanto trámite…"*
> *(Matrona ARO, zona sur).*

En el centro:

> *… nosotras hemos visto en primera persona los comentarios, las violencias, las obstrucciones, el atraso de constituir las causales. (…) nosotras terminamos haciendo un escudo de esa violencia, entonces no quiero ni imaginarme lo que pasa cuando nosotras no estamos un poco ahí haciendo filtro de esas cosas. Si bien hay personas muy comprometidas dentro del hospital, y dan una atención como corresponde, hay muchas otras que dejan mucho que desear, que son extremadamente vulneradoras, que son enjuiciadoras, que incluso en los casos que no son IVE, si llega una mujer con un posible aborto auto inducido, al tiro tratan de hacer las denuncias, entonces es un hospital bien difícil en cuanto a la salud sexual y reproductiva"*
> *(Psicóloga ARO, zona centro).*

Una necesidad que aparece identificada por las duplas y los equipos de salud es contar con espacios apropiados para una atención adecuada de las usuarias que optan por interrupción del embarazo. Es importante destacar que se relatan experiencias que dan cuenta de la empatía y contención que son necesarias para apoyar un proceso como el de IVE que recaen, otra vez, en el interés propio de los equipos y no en directrices y recursos entregados desde la autoridad central: *"se trata de tener a la paciente ojalá en salas aisladas, (…) no hay restricción de horario, por ejemplo, digamos si es que ella quiere estar acompañada de su pareja, todo el día, toda la noche, se trata de tener una sala de aislamiento o si hay pocas pacientes en la sala, tratar de buscar el espacio para que esté lo más tranquila posible, siempre con su entorno más cercano no más"* (Matrona ARO, zona sur). En otra entrevista se indica que *"tratamos de generar adecuaciones estructurales, se le adecua una sala específica, solo para ella, para evitar que sea expuesta a esta contaminación que puede ser súper compleja para ella, en cuanto al ruido o todo lo que puede complicar eso, en términos de salud mental"* (Trabajadora social ARO, zona sur).

Durante la pandemia se han agregado dificultades que tiene que ver con la insuficiencia o disminución del personal:

> ***… el equipo de salud está mucho más estresado, hay menos médicos y médicas a cargo del servicio, por lo tanto, la dedicación es a áreas esenciales, y se han perdido los espacios de feedback y de contacto (…) estamos un poco haciendo lo justo como equipo (…) creo que desde el punto de vista estrictamente médico se ha esencializado la atención, es decir, se otorga la prestación pero sin que ello signifique un manejo adicional respecto a un médico explicando de una manera más detallada o haciendo visitas. Entró como en la misma lógica de cualquier usuaria que ingresa para una prestación determinada, entonces todo es más rápido, las altas son más rápidas para evitar el contagio, y hay menos acceso a médicos porque hay menos médicos en general que puedan hacer visitas a salas …" (Psicóloga ARO, zona centro).***

En el caso del norte, durante la pandemia las ecografías han tenido demoras, lo cual retrasa el diagnóstico y la interrupción. Se señala en las entrevistas que el envío de muestras hacia Santiago se ha enlentecido, porque en los meses más duros de la pandemia los aviones sólo llevaron muestras un día a la semana. Algo parecido ha pasado en Ovalle, donde también ciertos exámenes son enviados a Santiago. En el sur el centralismo también hace de las suyas, porque por ejemplo en Biobío en tiempos normales las pacientes desde distintos puntos de la región debían viajar a Concepción para hacer exámenes específicos. Durante la pandemia la movilidad se ha restringido con las cuarentenas, además de que las mujeres están muy reticentes a viajar por el miedo al contagio.

En medio de los problemas descritos, es importante relevar una buena práctica adoptada por un hospital en el centro del país que facilita el acceso a la tercera causal. Para evitar hospitalizaciones que no son indispensables - en momentos en que la capacidad hospitalaria es un tema central- y disminuir los riesgos de contagio, a las usuarias se les ofrece poder abortar en sus casas:

> ***lo que ha cambiado es que ahora, es la paciente la que decide si ella quiere hospitalizarse para que el tratamiento se haga en el hospital, o si quiere o para que se le den los medicamentos para que ella pueda abortar en su casa. Ese protocolo se hizo ahora en pandemia (…) se les entregan los medicamentos, la paciente firma un consentimiento de que se le dio la información, se les dieron las indicaciones. Nosotros le entregamos una especie de guía con las recomendaciones con los riesgos, con las indicaciones por las que tendría que volver a la urgencia, y se le entrega una hora para que vuelva en una semana, con el ginecólogo para ver si el procedimiento fue fructuoso o en el caso contario, también se va con la indicación de que si el procedimiento no funciona, tiene que hospitalizarse para hacerlo acá en el hospital (…) es por la tercera causal, porque de otra forma no se podría porque cualquier patología de la mamá o por malformación fetal, es peligroso hacerlo en la casa, no se podría, es riesgoso, eso tendría que hacerse sí o sí por hospitalización…"***
> ***(Matrona ARO, zona centro).***

Esta es una práctica que los organismos internacionales especializados han recomendado adoptar durante la pandemia.[17]

[17] OMS: Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-1. Orientaciones provisionales 1 de junio de 2020, pág. 29. Disponible en: WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf; IPAS: Aborto seguro. Un servicio esencial durante la pandemia por covid-19. Disponible en: https://ipasmexico.org/2020/03/30/aborto-seguro-un-servicio-esencial-durante-la-pandemia-por-covid-19/

4.2 Las duplas psicosociales, garantes de información y facilitadoras del acceso a la atención

En el monitoreo se confirma la importancia de las duplas psicosociales en el acompañamiento a las mujeres, tanto en la contención como en la generación de estrategias que facilitan el acceso a la IVE, y juegan un rol en la información que se entrega al personal de salud y a la comunidad. Indica una profesional de APS en el sur del país que:

> *los primeros casos fueron complejos y cuando incorporaron esta dupla psicosocial facilitó un poco porque hay mucha resistencia con el tema. (…) a nivel local hay harta objeción de conciencia respecto del tema, entonces cuando tú derivas al principio era como que todo el mundo tomaba un paso atrás, distancia en el tema y que fuera otro que lo aborde. Sin embargo, desde que contrataron esta dupla psicosocial, ellas mismas se encargaron de hacer la difusión en los establecimientos, en los equipos, en espacios comunitarios y siento que eso hizo que fuera un poco más amigable."*
> *(Matrona APS, zona sur).*

Las duplas aparecen en las entrevistas como las profesionales que entregan en profundidad la información a las mujeres que enfrentan un embarazo en alguna de las causales. Se explicita en las entrevistas la información que se provee y el respeto a la decisión de la usuaria:

> *… dejarle claro a la mujer que es su decisión y que va a haber un respeto por parte del equipo de salud, y el equipo biopsicosocial que va a estar en la atención con ella. En general es eso, es la ley, las alternativas, cuando hacen su proceso, la información como tal, y ya después de la atención, incluso mucho de lo que nos preguntan respecto de la interrupción, es cómo va a ser el procedimiento mismo, me van a dar una pastilla, me va a doler, voy a vomitar, síntomas que voy a tener, porque es toda la información que se requiere para tomar una decisión que realmente esté informada, o sea no es llegar porque una amiga me dijo esto, nosotras nos preocupamos de que lo entienda, para que tome una decisión libre, no como influenciada por alguna de las partes."*
> *(Trabajadora social ARO, zona centro).*

En algunos casos también se menciona la facilitación de información escrita y de contacto en caso de necesitarse:

> ***tenemos unos dípticos, uno de ellos es un tipo carnet donde dice "consultar en caso de", no sé todo lo que es psicológico, si siente demasiada pena, si...si...todo eso a qué número se puede comunicar, nosotros damos ese díptico tipo carnet donde anotamos la hora, además de eso entregamos un díptico informativo con cada una de las causales y que resalta que la mujer es la que decide".***
> ***(Trabajadora social ARO, zona sur).***

En materia de acompañamiento, en las entrevistas se explica que éste incorpora desde la contención hasta orientación sobre situaciones de violencia. Esto sucede particularmente en la atención de mujeres que enfrentan un embarazo por violación:

> ***… primero la contención, afortunadamente han sido casos de que llegan directamente con nosotras, entonces no han hablado mucho de lo que les pasó. Ha habido que explicarles porqué le pedimos el relato, ha sido contener, resolver dudas o conversar al menos del estigma que está alrededor de decidir o no entre un aborto y un embarazo, consejería de qué hacer post esto (…) En causal tres el tema de la IVE es como la superficie y terminamos viendo muchas cosas que están más abajo, ya sea de dudas respecto a la salud sexual y reproductiva o dudas respecto a violencia que existen dentro de la casa o violencias familiares un poco históricas, se aprovechan esas instancias para eso."***
> ***(Psicóloga ARO, zona centro).***

También respecto de la tercera causal, las duplas en algunos territorios contribuyen con la relación intersectorial y la justicia. En el sur una profesional de una unidad ARO señala que:

> ***es bien importante también el rol que cumple la trabajadora social, en la medida que es la profesional que es experta en términos socio jurídicos y que tienen que ver con toda la activación del aparato socio jurídico, todo lo que tiene que ver con la realización oportuna de la denuncia y fiscalía, de derivación a centro de atención a víctimas, o cuando son menores de edad a programas de reparación de maltrato y abuso sexual, informe a tribunales de familia, inicio de medidas de protección al tribunal de familia competente…"***
> ***(Trabajadora social ARO, zona sur).***

Entre las dificultades para el desempeño de sus labores, un tema que aparece de manera transversal es la necesidad de contar con mejor infraestructura para una atención más personalizada y que permita mayor confianza con las usuarias. Esta carencia también fue detectada en el primer monitoreo. Muchas veces los acompañamientos se realizan en espacios temporales ligados a la maternidad, que no permiten conversaciones en confianza con quienes se acogen a la ley IVE. En uno de los centros monitoreados en la zona sur la dupla psicosocial indica que no tiene un box de atención, y deben conseguirse con otros espacios, por ejemplo, el de Chile Crece Contigo. En el centro del país, una profesional evalúa que carecer de un espacio propio en un hospital con mucho personal objetor de conciencia constituye un obstáculo más de acceso a la atención:

> ***… antes de la pandemia no contamos con un espacio propio, entonces teníamos que estar haciendo entrevistas fuera del hospital y lo que de repente pasaba era que llegaba una mujer y no teníamos un box disponible y teníamos que conseguirnos uno y eso nos retrasaba … y eso terminaba también siendo una barrera."***
> ***(Psicóloga ARO, zona centro).***

Durante la pandemia, los acompañamientos se han mantenido, pero en formato virtual, ya que los centros de salud suspendieron las atenciones presenciales que no fueran esenciales, y esta no fue considerado en esa categoría: *"como dupla hemos seguido realizando los acompañamientos tal y como los veníamos haciendo, pero sí hay un costo, porque este tipo de modalidad de atención igual involucra una relación distinta con las mujeres en términos de adherencia"* (Psicóloga ARO, zona centro). En el sur, una trabajadora social informa que no se hacen visitas domiciliarias y que post hospitalización el monitoreo o el acompañamiento se hace por teléfono. En general se advierte que *"esta función de acompañamiento no ha podido ser tan efectiva como quisiéramos"*. También aparece la percepción de que la prioridad ha sido la atención clínica:

> ***nosotros en cuanto a la ley propiamente tal atendemos dos causales, más otras pérdidas reproductivas que quieran acompañamiento psicosocial. Desde que empezó la pandemia solamente una mujer decidió acompañamiento, pero la verdad yo dudo que se lo estén ofreciendo a todas las mujeres que tengan pérdidas (…) yo creo que están priorizando la atención clínica por sobre el apoyo como psicosocial …"***
> ***(Psicóloga ARO, zona sur).***

4.3 La información y la capacitación de los equipos de salud al debe

El monitoreo realizado en 2019 develó la escasa información y capacitación que tenía en general el personal de salud y evidenció la necesidad de que, particularmente en la APS, los equipos tuvieran la información suficiente para orientar a las mujeres en el proceso de una atención que pudiera derivar en una IVE. De acuerdo con lo que se expresa en las entrevistas, en los establecimientos de atención primaria la situación no ha variado sustancialmente. La capacitación o formación que reportan los y las profesionales se produce principalmente en la atención secundaria, donde se ubican las unidades de alto riesgo obstétrico ARO.

En la APS las entrevistas dan cuenta con mucha claridad de que la información que maneja el personal de salud sobre la ley sigue siendo insuficiente. Las capacitaciones han sido escasas y no se actualizan. En el norte se afirma que la única capacitación recibida fue en 2018; en el centro del país:

> ***yo en el tiempo que llevo, que dije que era un año nueve meses, jamás he recibido una instrucción del servicio de salud, ni de nivel municipal, en relación al tema (…) sólo hemos recibido ese material educativo que eran estos carteles y los flayers, pero no hemos recibido ni capacitaciones ni una orientación específica a nivel del servicio de salud" (Matrona APS, zona centro).***

Los equipos pueden haber variado y, por lo tanto, el personal que se haya incorporado después de la capacitación que se dio tempranamente cuando se aprobó la ley no ha recibido ninguna orientación y no cuenta, necesariamente, con la información pertinente. Se percibe que la capacitación se ha centrado en la atención secundaria y no en las y los funcionarios de APS y, por tanto, como señala una trabajadora social en el sur: "*ellos desde su conocimiento y su modalidad de trabajo están entregando orientación a la gente.*" (Trabajadora Social APS, zona sur).

Las consecuencias de esta falta de información y capacitación están claras para el personal entrevistado. *"Es una debilidad y una falencia de nosotros como profesionales o como entidad pública"*, señala una profesional de la atención primaria en el norte o, en palabras de una matrona en el centro del país, *"falta educar al personal para disminuir los prejuicios y las barreras ideológicas que de repente pudiera haber en relación al tema… tenemos el protocolo, tenemos el flujograma, pero yo creo que falta educación tanto para el personal como para el usuario (…)"* (Matrona APS, zona centro).

Esta preocupación ha llevado a que en algunos establecimientos se desarrollen procesos internos de información para evitar en lo posible obstáculos de acceso a la IVE:

En el norte:

> ***yo como profesional tengo que informarles … dar a conocer esta información que es muy importante. Acá hay muchas enfermeras, hacen controles, vamos a diferentes lugares, a diferentes comunidades chiquititas como caseríos por ejemplo (…) la enfermera tiene que estar preparada o una TENS tiene que estar preparada para decir si vemos un caso de una violación o un abuso y la niña está embarazada y detectar inmediatamente cuántas semanas tiene y dar a conocer, denunciar, pero tiene que conocer el tema." (Trabajadora social APS, zona norte).***

En el sur, una matrona cuenta que:

> ***nosotros lo que hicimos fue educar a los trabajadores sobre la ley, en qué consistía, e hicimos material educativo para la población para que supieran que es un derecho. Lo primero que hicimos fue una sensibilización con los equipos porque al ser posta rurales, los TENS tienen harta incidencia de lo que pasa en las poblaciones y muchos TENS son cristianos. Entonces nos tocó explicarles que la ley está por sobre lo que uno piensa o crea como persona. Lo primero era sensibilización del equipo, después generar material educativo a la población y ahí quedamos."***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

La falta de capacitaciones permanentes impide el fortalecimiento de capacidades en otros equipos de salud distintos a los directamente involucrados con la IVE. Esto es muy relevante, toda vez que las mujeres al buscar atención ginecológica muchas veces ingresan por la APS cuyos equipos de atención no necesariamente cuentan con la preparación para informar, guiar y derivar a una paciente, y, en particular, cuando se está frente a un posible embarazo producto de una violación. Sin una adecuada capacitación, hay mujeres que pudiendo haber constituido una causal no pudieron decidir sobre una interrupción del embarazo porque quién las atendió no les entregó la información o se las presentó como una opción. En el sur del país se relata el caso de una joven atendida en APS con un embarazo por violación y donde el equipo tardíamente se dio cuenta que podía haber accedido a la IVE. Pasa que *"los médicos, la verdad, no conocían nada de la ley, pero nada. Es como que la pega, la ley IVE es de la matrona, cuando evidentemente causal 3 es una causal que le puede llegar a un técnico paramédico un fin de semana o al psicólogo o a cualquiera"* (Psicóloga ARO, zona sur).

En el caso de las unidades ARO, se mencionan las capacitaciones que las duplas psicosociales realizan al personal de salud, y los cursos que provienen del Ministerio. En estos últimos, se alude a capacitaciones de fines de 2017 y comienzos de 2018, y a la oferta de cursos sobre la ley o de profundización en ámbitos específicos que se relacionan con la IVE en los programas anuales. *"Cuando se lanzó la ley se hacían capacitaciones al personal que iba a estar involucrado con eso, después en la medida que avanzaron los años se daban 2, 3 cupos anuales para hacer la capacitación ya más completa."* (Matrona ARO, zona centro).

Así también hay visiones diferentes respecto de las capacitaciones necesarias, pues hay quienes reconocen que se necesita no sólo manejar información técnica, sino también comprender la importancia de la empatía y la parte emocional de un proceso como éste. Esa visión proviene de las profesiones de las las duplas y responde a los aprendizajes adquiridos en la implementación de la IVE. Así lo menciona una profesional de la dupla psicosocial de la zona centro, *"entender que la decisión de la mujer es lo que fundamenta la ley, y que nosotros no podemos tomar parte, ni nos podemos enojar, absolutamente nada, que tiene que haber una parcialidad, con empatía, con comprender el dolor y la situación que está sufriendo la otra persona. Eso siento que ha sido como uno de los mayores desafíos que hemos tenido como dupla, en cuanto a implementar"* (Trabajadora Social ARO, zona centro). En palabras de una trabajadora social en el sur:

> ***… yo creo que la capacitación nos abre una mirada de todo, diferente, cuando nosotros hemos ido a dar a conocer lo que se hace como equipo IVE, las personas logran comprender cómo es. Fue muy polémica esta ley entonces todavía hay personas que tienen eso de criticar, que no se sabe bien qué es lo que se hace. Yo creo que la capacitación, concientizar, en ser empático. Nuestras capacitaciones que hacemos en conjunto con la psiquiatra van enfocadas en poder tocar ese lado sensible de las personas porque es fácil hablar de afuera, cuesta mucho ponerse en los zapatos de la otra persona".***
> ***(Trabajadora social ARO, zona sur).***

Hay territorios donde se ha notado un avance en este sentido, y se reconoce que se ha comprendido el "espíritu de la ley", que va más allá de la sola interrupción del embarazo, sino que es un proceso mucho más integral que necesita de herramientas y acompañamiento. Al mismo tiempo, se reclama la necesidad de actualización y de incorporación de los aprendizajes obtenidos desde el inicio de la implementación, y por lo tanto una mejora continua de la atención. Una profesional de la zona centro es clara en señalar que:

> ***debiese ya haber como un feedback o retroalimentación de cómo son los procesos y de cómo también apoyar a los equipos. Es una ley que requiere objetividad, requiere centrar todas las acciones en la decisión de la mujer y los requerimientos de la mujer. Siento que es fundamental preparar a los equipos para que haya esa objetividad (…) Me ha tocado escuchar en los mismos equipos: "oye, esta galla quiso abortar, pero ¿cómo si tiene más hijos cómo no le va a doler, y el instinto materno?" Entonces tener que convivir con esos comentarios diarios, que no es que sean de mi equipo o servicio de salud únicamente, es a nivel de sociedad. La gente tiende a ser muy moralizadora de qué es lo que uno debiese hacer o qué es lo correcto (…) Yo siento que la ley deja muy al debe quién implementa en cada uno de los distintos escenarios. Siempre hemos visto, y no es por ser egocéntrica ni por nada, si nosotras como dupla no tuviéramos el enfoque en las mujeres en este hospital, se vulnerarían los derechos de las mujeres".***
> ***(Trabajadora social ARO, zona centro).***

La pandemia obligó a suspender las acciones de capacitación y de fortalecimiento de la red de atención, para mejorar la acogida y la derivación. De hecho, una profesional de la dupla psicosocial indica que previo a la llegada del coronavirus existía *"una intención de salir a la red mucho mayor en términos de educar, de establecer contactos como directos con los profesionales que hacen la derivación principalmente y hoy día eso está absolutamente obstaculizado, y es un tema súper relevante puesto que en la APS es una fuente de derivación súper importante…"* (Psicóloga ARO, zona centro). En las unidades ARO, los eventos de capacitación también se han visto alterados, tal como señala una trabajadora social en el sur del país:

> ***Nosotros este año teníamos programada por calendario una segunda parte de capacitación, sin embargo, no pudimos por el tema pandemia".***
> ***(Trabajadora social ARO, zona sur).***

4.4 Información y difusión, deudas que se mantienen con las mujeres y la población en general

Al analizar las opiniones recibidas en los distintos territorios, claramente se vuelve un imperativo contar con una campaña de información masiva y coherente a las mujeres y personas gestantes, que no dependa de la voluntad y recursos de los propios centros de salud, o incluso de los propios equipos directamente relacionados con la implementación de la ley. Esta es una responsabilidad del Ministerio de Salud.

Al igual que en el primer monitoreo, hay algunos centros de salud en los que los propios equipos han generado folletos informativos. Se reporta el envío de folletería y afiches de parte del MINSAL, pero insuficiente para el desafío de informar adecuadamente a la población. En Chiloé se comenta que:

> ***…esta ley salió y no fue una ley muy comunicada por así decir, es como una ley que sale en un diario oficial y listo, en el tema de la discusión hubo mucho debate, mucha polémica, mucha discusión, mucha pantalla, pero posterior yo creo que ha sido más un compromiso de los equipos y de las mismas mujeres que estamos dentro de los equipos dentro de un poco, visibilizar esto"***
> ***(Trabajadora social ARO, zona sur).***

En esta línea, resulta relevante la iniciativa de algunas duplas psicosociales que han ido un paso más allá informando respecto de la Ley IVE fuera de los centros de salud, teniendo efectos positivos en la población. Así lo relata una profesional de dupla psicosocial de la zona centro: *"… nosotros en el hospital el año pasado pusimos afiches, en ARO también hay dípticos, trípticos y este año, nos pusimos en las ferias que se realizaban en las plazas de la comuna, siempre se realizan ferias en torno a temáticas de la salud y nosotras como dupla comenzamos a participar y eso fue súper enriquecedor. Fue como a mitad del año pasado y la gente se acercaba, con aprensiones porque es la ley de aborto, es "la ley que mata las guaguas" entonces el estar cara a cara explicándoles, y que no es un aborto para cualquier temática y contextualizándoles, la gente se iba mucho más tranquila. De hecho, a mí una mujer me dijo, "qué distinto es saber las cosas como son, porque yo quizás pensaría en la posibilidad si algo me ocurriera, pero antes no, era un no rotundo…"* (Trabajadora Social ARO, zona centro).

Todo lo anterior se ve reflejado en las entrevistas de las usuarias, particularmente de APS, quienes mencionan en su mayoría que no han recibido información acerca de la ley, y no han visto información visible en los CESFAM. En general, quienes tienen conocimiento lo han obtenido por interés personal y a través de medios propios, destacando la relevancia que las redes de organizaciones territoriales de mujeres tienen en la difusión de esta información.

Con la pandemia, en un par de CESFAM informan que por protocolo han tenido que quitar toda la papelería por el tema del COVID, y han exigido que se coloquen en su reemplazo vidrios. En Angol *"Lo tuvimos, lo tuvimos sí [un afiche sobre la ley IVE] (…) todo lo que teníamos en papelería lo subimos digital a las páginas, en este caso de espacios amigables y de Facebook, pero en CESFAM ya no tenemos nada de papeles circulando"* (Matrona APS, zona sur).

Esta información resulta interesante en cuatro sentidos:

- A pesar de que se menciona que la información fue colocada en línea, las usuarias en general no accedieron a ella, por lo que es necesario revisar y mejorar la forma en la que se están utilizando las redes sociales en el marco de la ley IVE, si es que efectivamente existe un interés genuino en poner a disposición de la población la información.

- Cierto es que lo digital ha resultado una herramienta valiosa en periodo de pandemia, pero no se debe olvidar a aquellas personas que ya sea por alfabetización digital o por conectividad, no tienen acceso a redes sociales o sitios web con facilidad, lo que hace necesario innovar para entregar la información a toda la población objetivo.

- En ninguna región la ley ha sido traducida a otras lenguas que no sean el español (mapudungun, aymara, quechua, creole).

- Hay un desafío para entregar la información de manera inclusiva considerando a personas en situación de discapacidad que tienen derecho a recibir la misma información que el resto de la población.

4.5 Frente a la objeción de conciencia, estrategias para garantizar el acceso a la IVE

En el monitoreo anterior se constató que la objeción de conciencia, declarada y no declarada, se había convertido en un obstáculo para que las mujeres accedieran a la interrupción del embarazo. Se advertía que una institución que debiese ser absolutamente excepcional en la práctica no lo es, y muchas veces que la mujer reciba oportuna atención depende de la existencia de equipos comprometidos con el cumplimiento de la ley. En números la situación no ha cambiado: del total de 1214 médicos y médicas obstetras contratadas por la red pública de salud, 223 se declara objetor/a a la primera causal, 307 a la segunda causal, y 559 a la tercera causal. Se mantiene la amplia objeción a la causal violación; en la práctica, uno de cada dos facultativos se niega a interrumpir un embarazo que la mujer ha solicitado por esta razón.

En el sur del país, un profesional en el ARO relata lo difícil que ha sido proveer el acceso a la IVE:

> ***tuvimos sumarios internos por esa primera atención (…) llegó la paciente a urgencia, y dice una colega, "yo no la voy a atender", enfrente de la señora. Después la TENS de preparto, "yo soy objetora", y [se hicieron] comentarios delante de la paciente incluso. (…) Es vergonzoso tener que ver que, a una paciente, una auxiliar de alimentación no le quiera dar comida porque dice ser objetora (…) [hubo] sumarios, porque siempre tienen que haber consecuencias para que cambien las cosas (…) ha habido una mejora considerable, colegas que estuvieron partícipes ese día, las he visto interactuar con estas pacientes, y ha habido un cambio mucho más grande, un trato mucho más humanitario hacia la paciente…"***
> ***(Matrona ARO, zona sur).***

A partir de esta realidad que se grafica en el caso descrito en la entrevista, en los territorios se da cuenta de las estrategias que los equipos han desarrollado para acomodar la IVE a los turnos donde no haya objetores. El obstáculo se mantiene en relación con el monitoreo anterior, pero los equipos desarrollan estrategias para "sortearlo". Una psicóloga en el centro del país afirma que en su servicio:

> ***hay bastantes objetores de conciencia, diferenciados por causal. A pesar de eso, no hemos tenido dificultades para que de acuerdo al turno esté siempre presente una médica que en este caso asuma el caso, eso no ha sido un obstáculo o retraso, respecto al acceso a la prestación el equipo se organiza bastante bien y tenemos médicas suficientes para acoger a las usuarias."***
> ***(Psicóloga ARO, zona centro).***

En el norte, *"acá en el hospital afortunadamente los objetores de conciencia son pocos. Por lo tanto, existe siempre la alternativa de otro profesional dentro del turno, del horario de trabajo que está disponible."* (Matrona ARO, zona norte). Un médico gineco-obstetra indica que él como jefe de servicio asume la responsabilidad del caso, *"para dar facilidad a la paciente y no se exponga (…) como yo no soy objetor en ninguna de las tres causales, yo rápidamente tomo el caso (…) de hecho soy bastante exigente con los tiempos y que se aplique como corresponde."* (Gineco-obstetra ARO, zona centro).

Sobre las primeras dos causales, aunque se registran objetores, hay una diferencia importante en la cantidad, respecto de la tercera. En las primeras dos causales el diagnóstico que valida las causales es acreditado por el propio personal médico, mientras que en la tercera "la carga de la prueba" recae en la palabra de la mujer, la que generaría profunda desconfianza. Pocos avances se reportan frente a estas situaciones que ya advirtió el primer monitoreo: la desconfianza frente al relato independientemente de la situación de pareja en la que se encuentran las mujeres. Es por ello que se ha hecho necesario generar estrategias que permitan derribar esas barreras, objetivas y simbólicas, para llevar adelante la implementación de la ley IVE. Una profesional ARO de la zona centro lo expresa claramente:

> ***la mitad de los ginecólogos objetan en la tres, y ahí va disminuyendo de dos y uno, en la causal dos y uno, y lo que hemos hecho finalmente es coordinarnos con las personas que no objetan y que no obstruyen, porque hay un número que no objetan, pero que terminan siendo igual de vulneradores con las mujeres, que las ponen en duda, que expresan comentarios religiosos como para tratar de que cambien su opinión, a pesar de que no son objetores de conciencia en papel, entonces nosotras sabemos quiénes son los ginecólogos y ginecólogas que no hacen eso, las matronas que no hacen eso y hacemos los link directamente con ellos, hablamos y decimos que nos llegó una causal tres y nos citan directo y con esa persona buscamos una hora".***
> ***(Psicóloga ARO, zona centro).***

Al igual que en el primer monitoreo, en la línea de atención no faltan quienes vulneran los derechos de las usuarias obstaculizando su acceso a la atención a través de negar la información o de afectar su decisión. En las entrevistas arrojan que las mujeres han enfrentado malos tratos, como expone la organización **Madre Nativa de Arica y Parinacota**, *"hemos conocido experiencias de mujeres que encuentran muchas dificultades para acceder; se les juzga por preguntar y no se les garantiza que van a recibir buen trato por parte del médico ecógrafo, en casos sin preguntar suben el volumen a los latidos del corazón del feto, felicitan a la mujer por su embarazo y no dan información necesaria, tampoco derivan al equipo IVE para un mayor manejo o pertinente derivación"*. También se reportan situaciones que afectan el trabajo de las duplas y la toma de decisión libre por parte de las mujeres: *"bueno claramente hay objetores y obstructores de la ley, tanto a nivel muy concreto, como a un nivel simbólico, comentarios hacia las mujeres, comentarios de nosotras también "ahí van las IVE" como dejándonos un poco de lado o poniéndonos barreras para que estuviésemos con las mujeres: "No, ustedes no pueden estar en la eco"…"*, ejemplifica una profesional de una dupla en el centro del país.

4.6 Violencia, denuncia y causal violación

Que la violencia hacia las mujeres ha aumentado durante 2020 es un hecho y así lo demuestran distintos indicadores, y en este monitoreo también se evidencia. Las condiciones generadas por la pandemia han agudizado algunos factores que explican este aumento, y lamentablemente han frenado mecanismos utilizados para su detección. La suspensión de atenciones "no urgentes", y el llamado a no concurrir a los consultorios, han alejado a las mujeres de los centros de salud donde antes se podía detectar una situación de violencia. Algo similar ocurre en el caso de la violencia hacia niñas y adolescentes, ya que al no asistir presencialmente a sus establecimientos educacionales –muchas veces en modalidad de internado- quedan fuera de la observación de quienes pudieran identificar situaciones de violencia y, a su vez pueden quedar más expuestas a abuso debido al confinamiento.

Se da cuenta entonces de cómo las atenciones en salud –particularmente las presenciales-, no directamente vinculadas a violencia, sirven como un factor de protección, lo que debe considerarse al momento de evaluar las atenciones esenciales en salud en el contexto de pandemia, ya que el contacto a distancia no estaría pudiendo cumplir con esta función. Como reconoce una matrona de un CESFAM en el sur, *"uno trata de comunicarse como con usuarios o usuaries en general y no pueden hablar porque no sabemos qué realidad están viviendo en su hogar entonces no sabemos sus necesidades reales, puede que por teléfono nos diga que esté todo bien, pero no estamos viéndola o viéndolos, entonces no sabemos si es así o solamente esté diciendo que está bien para que no le suceda otra situación por la persona que la está acompañando, igual hay que ver que hay personas que no tienen acceso a internet"*.

A nivel de la APS, a toda mujer que ingresa por controles prenatales se le aplica una pauta de riesgo psicosocial conocida como EPSA (Evaluación Psicosocial Abreviada), que es la única herramienta con la que se cuenta para pesquisar alguna situación de violencia por una atención de SSR. Los otros casos conocidos generalmente vienen derivados de otras instituciones -escuelas, tribunales, fiscalía- y principalmente se trata de niñas y jóvenes que han sido objeto de violencia sexual. En algunos lugares se realizan talleres socioeducativos sobre abordaje de violencia, pero nuevamente por interés de los equipos de salud y no como respuesta a un lineamiento institucional.

Es común que la violencia hacia las mujeres se normalice, y eso ocurre también con la violencia sexual, tal como lo muestra la información que se recoge de las entrevistas, tanto cuando se trata de niñas y adolescentes como de mujeres adultas. En la zona norte, por ejemplo, se dio cuenta del caso de una adolescente embarazada que fue detectada por la OPD (Oficina Protectora de Derechos), la cual tenía una relación consentida con un hombre mayor de edad. La familia estaba de acuerdo porque la pareja les ayudaba económicamente, y la menor no quiso interrumpir su gestación. En el sur, según señalan algunas profesionales, la violencia se omite:

> ***Hay mucho embarazo oculto (…) llegan y están con dolor abdominal, y al final termina siendo un parto (…) es muy normal que haya incesto, que haya violencia, que haya violaciones (...) De hecho, no siempre las denuncian, porque como está normalizado, no lo ven como un agravante"***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

Tanto el personal de APS como el de las unidades ARO hace referencia a la dificultad del plazo en la posibilidad de acceso a la IVE en la tercera causal. Así lo expresa una trabajadora social en el sur:

> ***los niños y niñas que son vulnerados sexualmente no son vulnerados una vez, sino que tienen un historial de vulneración, sumado también a eso, está el hecho de que la tercera causal lamentablemente tiene plazo, tiene plazos demasiado estrictos para su intervención, por lo tanto, si bien pudiesen llegar más casos, no son efectivos para el cumplimiento de la ley, quedan fuera…"***
> ***(Trabajadora social ARO, zona sur).***

En otra entrevista se afirma, en el mismo sentido, que *"… lamentablemente las menores, las niñas y las adolescentes menores de 14 años, los embarazos se descubren tardíamente, por eso te digo que no tienen acceso nunca a la ley de interrupción del embarazo que pone plazo de edad 14 semanas …"* (Matrona ARO, zona sur). En el centro del país, *"nos han llegado cinco, como de 15 años y ninguna de ellas ha podido constituir, llegan hasta de 18 semanas (…) ninguna de esas chicas había denunciado, todas fueron por violaciones familiares, entonces ahí hubo un secreto muy difícil de romper, y en gran parte porque no conocen su ciclo y no conocen muy bien cómo se podría hacer una gestación."* (Psicóloga ARO, zona centro).

Esa percepción también se expresa respecto de las mujeres adultas por la falta de información sobre la causal y sus plazos. Como señala una gineco obstetra en el norte:

> ***La causal tres es la más difícil (…) es como que se ha mantenido en secreto la causal tres, no está abierta, no la publicitan (…) Entonces las mujeres llegan muy tarde. Las que tienen la suerte de encontrarse con ustedes o con alguna amiga que le dio bien la información o por ahí se enteró o tiene un poco más acceso al internet y llega de urgencia o al consultorio. Pero son muy pocas y estoy segura de que son muy pocas, porque es una cuestión tabú esta cuestión; la tenemos metida en el cajón…" (Gineco-obstetra ARO, zona norte).***

En razón de esta naturalización de la violencia sexual y el silencio que impera frente a agresiones que vienen de miembros de la familia, pasa que, tal como relata una matrona, la obligatoriedad de denunciar por parte de los profesionales cuando se trata de niñas y adolescentes complejiza los casos, generando alejamiento de los centros de salud y molestia por parte de las familias lo que, entre otras cosas, dificulta la implementación de la ley IVE:

> ***… una niñita, que pololeaba con un tipo como de 25 años, era un pololeo consentido y con consentimiento familiar, pero cuando se embarazó tenía 13 años (...) La familia después se enojó conmigo porque hice la denuncia. (…) Uno cumple con su deber, pero ella no fue al consultorio como en seis meses, no inició método porque no quería saber nada con el consultorio y corría el riesgo incluso de embarazarse de nuevo a los 14 años. Así de complicado ese tema."***
> ***(Matrona APS, zona sur).***

La denuncia, hacerla o no, o cuando corresponde hacerla pareciera que sigue siendo una dificultad en la APS. Algunas personas contestan que es obligatorio hacerla y otras diferencian entre menores y mayores de 14 años, a pesar de que la ley es clara en establecer la obligación de hacerlo cuando la afectada es menor de 18 años. También se indica erróneamente en algunas entrevistas que las mayores de 18 años, tienen que realizar la denuncia. En las unidades ARO se afirma que el tema de las denuncias está bien protocolizado. Hay claridad de la obligatoriedad de denuncia en casos de menores de 18 años, y del rol de informar al Ministerio Público en el caso de las mayores de edad. Señala una matrona en el norte que cuando se trata de las niñas, *"si el ambiente donde la menor vive es donde se originó esta violencia, este abuso o esta situación, y no le va a entregar la seguridad, la menor va a quedar hospitalizada hasta que el tribunal resuelva si puede volver o si tiene que ser trasladada a otro lugar"* (Matrona ARO, zona norte).

En el contexto de la pandemia, se sospecha del aumento de la violencia sexual que pueden estar viviendo niñas y adolescentes, dado que muchas redes que servían de apoyo y contención en este momento no están funcionando, como el caso de los internados escolares en lugares como Chiloé, o en sectores de la Región de Arica y Parinacota. La preocupación al respecto es que es muy difícil pesquisar y hacerles seguimientos, pudiendo estar viviendo con sus agresores sin poder recurrir a una red de apoyo: *"los casos que se denunciaban no sé cuándo los niños van al colegio, ya no está pasando eso, ahora como los niños no están yendo al colegio, de repente los profesores eran los que pesquisaban esas cosas, ya no están haciendo"* (Matrona ARO, zona sur). En igual sentido, existe la percepción de un aumento de la violencia hacia las mujeres en pandemia, pero que no se puede constatar con números oficiales, ni pesquisas concretas. Como no se está pudiendo realizar una atención presencial, las usuarias no pueden explayarse con mayor facilidad, según cuenta por ejemplo una psicóloga del sur: *"esta interacción personal que genera el contacto con el otro, eso ya no ocurre, eso no está pasando y hemos, estoy segura de que hemos dejado, hemos pasado casos tal vez graves y han llegado cuando ya es muy tarde"*. En el mismo sentido, una matrona en el centro del país afirma que *"sobre todo en pandemia es muy difícil poder captar esto, la violencia se produce dentro de las casas y si te cuesta salir de las casas es difícil que acuses a tu abusador, no sé, yo creo que la pandemia ahí dificulta mucho"* (Matrona APS, zona centro). Según se relata en una entrevista en el centro del país, quienes habrían accedido a la IVE en tercera causal no han llegado derivadas de la APS sino que han ingresado directamente al hospital o, *"ha sido porque han llamado a Salud Responde, no porque la información haya sido bajada del consultorio o del CESFAM, ha sido porque en su desesperación este fono de denuncia como violencia mujer el 1455, ha sido primordial para muchas de esas mujeres y gracias a eso, han acudido directamente a la urgencia o alguna red especializada que las ha derivado"* (Trabajadora social ARO, zona centro).

Ese posible aumento de la violencia sexual no se ha reflejado en un incremento de las denuncias. Una matrona en el Biobío cuenta que:

> ***tenemos una unidad clínico forense que atiende mujeres víctimas de violencia sexual y hemos visto una reducción de la denuncia de violación importante, que también nos llamó la atención, el año pasado tuvimos 100 denuncias y 100 peritajes y este año a la fecha solo llevamos 46, es decir que es notorio la baja de mujeres que han denunciado. No creemos que hayan bajado las víctimas o los abusos, sino que las mujeres no han tenido acceso a denuncias, no se han acercado a los servicios de salud." (Matrona ARO, zona sur).***

Sin perjuicio de lo anterior, en casi todos los territorios existe la percepción de que la causal 3 ha aumentado durante la pandemia. En el centro del país una trabajadora social señala que:

> ***previo a la pandemia teníamos una o dos causales al mes, indistintamente si era uno, dos o tres en el mes y ahora últimamente hemos tenido más casos de los que tuvimos desde enero, febrero y marzo (…) junio y julio un aumento, ahí fue cuando tuvimos constitución una vez a la semana y que fueron cinco usuarias que nos llegaron. Al menos unas tres cuartas partes de las que llegaron habían sido episodios en la calle, y justamente lo atribuían a que había menos personas, toque de queda, pero a pesar del toque de queda, no había policías ni militares, eran barrios que realmente quedaron solos y que aparecían estas personas en paraderos y justamente bajo ese contexto era que ocurría la agresión sexual.”***
> ***(Trabajadora social ARO, zona centro).***

Y, como era de esperarse, están los casos que se han producido en los entornos familiares, como se señala en el sur:

> ***la causal que más se ha atendido es la 3, donde la mayoría son casos sociales, violencia intrafamiliar, disfunciones familiares, nivel socioeconómico bajo igual”.***
> ***(Matrona ARO, zona sur).***

4.7 Casos IVE constituidos en 2019 y 2020

A continuación, se presenta la información que produce el Ministerio de Salud respecto de los casos de embarazos en que se ha constituido alguna de las causales contenidas en la Ley 21.030 para los años 2019 y 2020. El número de casos constituidos durante el pandémico 2020 es sensiblemente inferior al total del año 2019. Es evidente la disminución a partir de marzo de este último año que corresponde con la entrada de la pandemia al país y la adopción progresiva de medidas de confinamiento y de limitación a la movilidad de las personas.

La Tabla 1 contiene la información de casos para ambos años, en número y porcentaje, desagregada por causal. En 2020 bajan en cerca de 22% el número de causales constituidas, y la que mayormente contribuye a esa disminución es la causal de riesgo vital, seguida de la inviabilidad fetal letal. Respecto de violación, se produce un incremento de un poco más de 3 puntos en el número de casos, que sin embargo resulta ínfimo en relación con el aumento de la violencia sexual durante la pandemia.

Tabla 1.
Distribución de casos en los que se ha constituido una causal en el marco de la Ley 21.030. Información preliminar de casos reportados que concurrieron entre el 1 enero y el 31 de diciembre de 2020 y 2019.

CAUSAL	Total casos / enero – diciembre 2020		Total casos / enero-diciembre 2019	
	n	%	n	%
CAUSAL 1	158	25%	267	33%
CAUSAL 2	340	53%	414	50%
CAUSAL 3	142	22%	137	17%
TOTAL	640	100%	818	100%

Fuente: Elaboración propia en base del Sistema de Información IVE. DEIS, MINSAL.

Desagregados por mes, la disminución de casos en 2020 en la primera y segunda causal se instala a partir de abril, y mantiene esta tendencia hasta diciembre. En la causal de violación se reporta un incremento importante de casos entre mayo y agosto, que corresponden con los meses de mayor complejidad de la pandemia, con confinamiento total en la Región Metropolitana, y frente a la cual el Ministro de Salud declaraba que todas las proyecciones se habían derrumbado *"como castillo de naipe y que la realidad, para bien en unos países, para mal en otros, ha superado cualquier modelo que uno pueda simular. Navegamos en una suerte de oscuridad en la que cada día vale…"*[18].

Tabla 2.
Distribución de casos en los que se ha constituido una causal en el marco de la Ley 21.030 por mes y por causal, años 2020 y 2019.

AÑO/CAUSAL	2020			2019		
MES	C1	C2	C3	C1	C2	C3
ENERO	17	28	13	22	49	8
FEBRERO	11	22	12	28	25	14
MARZO	22	24	9	17	36	10
ABRIL	12	31	7	21	48	11
MAYO	9	28	15	26	43	11
JUNIO	12	32	20	28	33	8
JULIO	14	29	22	18	31	9
AGOSTO	15	39	13	24	27	7
SEPTIEMBRE	15	24	5	21	20	12
OCTUBRE	6	26	7	23	37	22
NOVIEMBRE	19	31	11	22	23	9
DICIEMBRE	6	26	8	17	42	16
TOTALES	158	340	142	267	414	137

Fuente: Elaboración propia en base del Sistema de Información IVE. DEIS, MINSAL.

[18] Cooperativa.cl, Mañalich: Ejercicios epidemiológicos se han derrumbado como castillo de naipes, 26 de mayo de 2020.

Respecto de las regiones que formaron parte del monitoreo, la tabla 3 muestra los datos para el año 2020 desagregados por causal. De total de 640 casos constituidos a nivel nacional, 400 se producen en las regiones monitoreadas, siendo la región metropolitana la que más aporta pues concentra la mayor parte de la población del país.

Tabla 3.
Número de casos constituidos por causal en el marco de la Ley 21.030. Totales nacionales y por regiones del monitoreo. Años 2019 y 2020.

	TOTAL		CAUSAL1		CAUSAL2		CAUSAL3	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
NACIONAL	818	640	267	158	414	340	137	142
ARICA Y PARINACOTA	13	14	7	0	6	9	0	5
COQUIMBO	29	22	6	4	19	13	20	5
METROPOLITANA	327	267	113	65	167	127	47	75
BÍOBÍO	45	45	12	8	27	32	6	5
ARAUCANÍA	45	40	11	9	22	19	12	12
LOS LAGOS - CHILOÉ	33	27	7	4	20	19	6	4

Fuente: Elaboración propia en base del Sistema de Información IVE. DEIS, MINSAL.

La desagregación por rango etario de las causales constituidas en 2019 y 2020 muestra el peso de la violación en los casos conocidos en menores de 17 años. Según los datos del DEIS, del total de casos constituidos, en esos años, continúan el embarazo entre el 18% y 20% en las causales 1 y 2, y entre 7 y 10% en la tercera causal, respectivamente en esos años. En el caso de las niñas menores de 14 años, el porcentaje que decide seguir con el embarazo por la tercera causal es de 32% para 2019 y 30% para el 2020.

Tabla 4.
Número de casos constituidos por causal, por tramos de edad, para los años 2019 y 2020.

AÑO/CAUSAL	2020			2019		
RANGO ETARIO	C1	C2	C3	C1	C2	C3
MENOS DE 14 AÑOS			19			25
14-17 AÑOS	2	8	19	1	6	24
18-25 AÑOS	28	71	29	86	91	36
26-35 AÑOS	86	147	48	124	178	40
36-45 AÑOS	42	112	16	55	135	12
46 AÑOS Y MÁS	0	1	2	1	4	0

Fuente: Elaboración propia en base del Sistema de Información IVE. DEIS, MINSAL.

CAPÍTULO

5

HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

Nuevamente, los hallazgos del monitoreo son preocupantes y debieran llevar a acciones de parte del Ministerio de Salud, los servicios de salud y las redes asistenciales en cada localidad observada. En los seis territorios, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo se ha mantenido durante la pandemia. Sin embargo, las barreras y obstáculos identificados en el monitoreo de 2019 no se han superado y, en algunos casos, se han producido retrocesos en la atención.

La constitución de equipos IVE en las unidades de alto riesgo obstétrico ARO y la rutinización de algunos procedimientos de derivación y atención en la red asistencial están hoy instalados, y esto es un logro de los profesionales comprometidos, y no necesariamente de una política estatal. Sin perjuicio de ello, el monitoreo 2020 evidenció la falta de avances en información, en construcción de capacidades en la red asistencial y de facilitación de acceso tomando en cuenta las barreras que ponen, entre otras condiciones, la edad, habitar lo rural, la nacionalidad, la situación socioeconómica, la pertinencia cultural, o los tabús y prejuicios sociales. El hecho concreto es que las mujeres y personas con capacidad de gestar, de manera significativa, desconocen que tienen el derecho a interrumpir un embarazo en las causales legalizadas y que esa interrupción debe hacerse de manera expedita, sin afectación de su dignidad y derecho a decisión.

En las entrevistas las mujeres dicen haber conocido de las tres causales por búsqueda propia o por alguna organización feminista y de mujeres en sus territorios. Las usuarias no logran encontrar respuestas o información a todas sus necesidades, y en muchos casos no hay confianza hacia la red asistencial. En sectores rurales destaca la ausencia de información en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Previo al Coronavirus, era mínima la información disponible en los centros de salud -afiches, folletos o similares- y recibir orientación dependió de acceder a una atención con el personal directamente involucrado en un proceso de IVE. Es grave comprobar que esa ausencia de información se mantiene durante el 2020 cuando se conoce, en los peores meses de la pandemia, del aumento de la violencia y la violencia sexual al interior de las familias contra mujeres, adolescentes y niñas. Este año, la desigualdad de acceso a la información se acrecentó por las brechas de conectividad y de alfabetización digital que transparentaron las medidas de confinamiento.

Entre el 2019 y el 2020 no se advierten estrategias de información y capacitación al personal de la atención primaria. Las entrevistas dan cuenta de que éstas han sido escasas y de ninguna manera permanentes. Hay establecimientos de APS donde se realizó una capacitación al inicio de la implementación de la ley, y no se han repetido. Esto significa que, si hubo rotación, hay personal que no ha sido capacitado; y, que no se han incorporado mejoras en las capacitaciones. Como resultado, el rol de la APS en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo no está instalado en los equipos. Durante la pandemia se reforzó la visión de que “la IVE” es más un asunto de los hospitales que de los consultorios. Por su parte, en los hospitales, las capacitaciones aparecen concentradas en el personal de salud directamente involucrado en el proceso de IVE, y son parte de la oferta que pone a disposición el Ministerio de Salud que no necesariamente cumple con el abanico de necesidades expresadas en las entrevistas.

La ausencia de información a las usuarias y comunidades y las debilidades de la capacitación del personal de salud se potencian negativamente para restringir el acceso a la IVE: mujeres que pudieron haber constituido una causal no recibieron la opción, otras llegaron tarde o no supieron cómo acceder.

Se mencionan casos principalmente en la primera y tercera causal. Respecto de la segunda causal, en las entrevistas se advierte sobre el tiempo que demora llegar a una confirmación diagnóstica. Habitar una zona rural o aislada constituye una dificultad de acceso a la IVE en tiempos razonables. Muchas veces las usuarias deben desplazarse a establecimientos de mayor complejidad u hospitales regionales, las semanas pasan y con ellas la angustia de las mujeres crece. Además, a nivel país se informa de una baja dotación de personal en este ámbito de atención, particularmente en la red primaria, y aparece con gran fuerza en lugares de las regiones del norte.

Quienes emergen como facilitadores para los procesos de información y capacitación son las duplas psicosociales, asociadas a los equipos IVE en las unidades de alto riesgo obstétrico ARO. Estos equipos acompañan a las mujeres en sus procesos de atención y han jugado un rol facilitador en la implementación de la ley, sensibilizando al personal de salud e informando a la población. Además del acompañamiento que se describe en las entrevistas, una mirada abarcadora de los seis territorios muestra a las duplas presentes en ferias informativas con la comunidad, actividades formativas en la red de atención primaria y capacitaciones a los equipos de salud en los hospitales. También tienen un rol importante en la activación de mecanismos intersectoriales de protección, denuncia y justicia.

A pesar de la importancia de las duplas psicosociales en el acompañamiento a las usuarias en los procesos de atención y acceso a la interrupción del embarazo, en varios lugares se advierte la falta de condiciones para poder desarrollar su trabajo, pues no tienen un espacio para atender adecuadamente a las mujeres que requieren información para una toma de decisión informada sobre IVE. Esta carencia también fue detectada en el primer monitoreo y no ha sido superada. Muchas veces los acompañamientos se realizan en espacios temporales ligados a la maternidad o prestados por otros programas, como el de Chile Crece Contigo. Durante la pandemia, el trabajo de las duplas ha sido principalmente telemático, ya que no se ha considerado como una prestación esencial y se ha dado prioridad a la atención clínica.

La objeción de conciencia sigue constituyendo un obstáculo en la ruta de atención de las mujeres que pudieran estar en alguna de las causales. Particularmente, pero no únicamente, en los hospitales con alto número de objetores las y los profesionales IVE entrevistadas relatan situaciones donde se ha afectado el acceso y vulnerado la posibilidad de decisión de las mujeres. La diferencia respecto del monitoreo anterior es que los equipos conocen quiénes son y organizan alternativas de derivación que, en la medida de lo posible, los esquivan. Es importante hacer notar que persisten los objetores simbólicos -es decir, personas que intentan trabar directa o indirectamente la implementación de la ley aun cuando no sean formalmente objetores de conciencia- en distintos momentos en la ruta de atención con relatos que pueden ser identificados como violencia simbólica. Casos en los que se sube el volumen en una ecografía para que las mujeres escuchen el latido fetal, o se las felicita por sus embarazos aun en conocimiento de la situación que están enfrentando, son algunas de las situaciones descritas en las entrevistas, así como el uso de lenguaje religioso y de condena moral. También están quienes solicitan mayores evaluaciones de las necesarias para establecer un diagnóstico, y obstruyen con ello la posibilidad de decisión de las mujeres.

Respecto de las causales, el monitoreo muestra la dificultad con la primera causal puesto que hay médicos que hacen una interpretación restringida de las situaciones y los casos que pueden constituirla. Esto pudiera estar ligado al hecho de que fuera de las causales sigue siendo delito, lo que hace que una interpretación amplia tenga riesgos penales. En el caso de la segunda causal, se manifiesta una dificultad evidente con la confirmación diagnóstica de la inviabilidad fetal incompatible con la vida extrauterina, lo que afecta particularmente a las mujeres residentes en zonas rurales y aisladas.

Otra realidad que ha mostrado con claridad este monitoreo es la dificultad de acceso que pone el número de semanas en la tercera causal. Son reiterados los relatos en las entrevistas que dan cuenta que, en muchos casos, llegan niñas y adolescentes a los establecimientos de salud con embarazos que superan las semanas de gestación establecidas en la ley. Se conjugan como barreras la naturalización de la violencia sexual y el desconocimiento de la existencia de la ley, entre otros factores. Es importante relacionar esta información con la que arrojan las cifras de casos identificados por el Ministerio de Salud que muestran que más del 35% de las niñas menores de 14 años continúan con sus embarazos. Se configura aquí un desafío urgente para que el personal de salud en la APS y en los equipos ARO -particularmente las duplas psicosociales- contribuyan a un acompañamiento que permita la decisión de esas niñas y adolescentes sin la presión de sus familias.

Sobre estas condiciones de la implementación de la IVE se instala la pandemia, lo que viene a agudizar los déficits previos en salud sexual y reproductiva. La discontinuidad en las atenciones, la instrucción de no acercamiento a los establecimientos de salud, salvo urgencias o sospecha de COVID, así como el temor al contagio de las propias mujeres y la población en general que evitó acercarse a los consultorios, son algunos de los elementos que llevan a estos retrocesos, y configuran escenarios aún más complejos para quienes han sufrido violencia en sus hogares. Todo esto afecta la detección de embarazos que pueden configurar alguna de las causales y el acceso expedito de las usuarias y usuaries a la atención.

Es un hecho que durante el 2020 se agudizó la violencia hacia las mujeres y se redujeron los lugares dónde solicitar ayuda. Las mujeres nuevamente quedaron confinadas al espacio doméstico, en ocasiones un entorno violento y sin acceso a orientación sobre derechos sexuales y reproductivos, entre ellos la ley IVE.

Es entendible que la pandemia requiriera una serie de adecuaciones en las prestaciones del sistema de salud para responder a la emergencia y disminuir las situaciones de riesgo de contagio para pacientes y personal de salud, pero el monitoreo arroja algunos resultados relevantes sobre esta gestión. Existe una opinión bastante generalizada entre usuarias y equipos, en que el primer momento de la pandemia hubo bastante caos, sin información clara para las usuarias, pero tampoco de directrices adecuadas desde las autoridades para los propios centros de atención. Hubo atrasos en las atenciones y desinformación. De hecho, recién en junio se conocen las Orientaciones para el manejo de casos COVID en gestantes, puérperas y díadas donde se indica que en situación de riesgo vital materno se puede constituir la primera causal en el embarazo de mujeres con COVID positivo y con patologías respiratorias severas. Por su parte, las orientaciones técnicas de continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia se adoptan en octubre de 2020, nueve meses después de declarada la crisis sanitaria.

Desde los primeros meses del Coronavirus la atención se centró en las gestantes -control prenatal y parto- y el/la recién nacido/nacida. Luego de algunas semanas se retomó la entrega de métodos de anticoncepción, pero no sin dificultades, tal como ha mostrado la tardía información sobre lotes de anticonceptivos defectuosos que fueron distribuidos en la red asistencial. Todas las otras prestaciones como papanicolaous, mamografías y manejo de infecciones de transmisión sexual, se suspendieron y sólo se han ido retomando recientemente. Las entrevistas dan cuenta de que la SSR no fue considerada una prioridad siendo mantenidas sólo las prestaciones relacionadas con los embarazos. El personal de salud expresa temor respecto del impacto de estas postergaciones sobre la mortalidad y enfermedad de las mujeres, por ejemplo, cánceres no detectados a tiempo.

Todas las otras prestaciones como papanicolaous, mamografías y manejo de infecciones de transmisión sexual, se suspendieron y sólo se han ido retomando recientemente.

Lo mismo ocurre con las prestaciones de control de la fertilidad. Aunque se mantuvo la entrega de anticonceptivos, se suspendió el ingreso de nuevas pacientes, y se retrasaron el cambio de dispositivos y las esterilizaciones, entre otras prestaciones. El efecto que más temen los equipos de salud por estas situaciones es el aumento de los embarazos no deseados, principalmente entre las adolescentes que perdieron contacto con espacios seguros de información y orientación en SSR: cerradas las escuelas, los internados y los Espacios Amigables en la red de salud, faltaron estrategias para mantener el contacto y la información con esta población. Veremos consecuencias en su salud sexual y reproductiva, en violencia sexual y en embarazos no deseados.

En cada territorio, los problemas hasta aquí referidos tienen expresión particular. Al mismo tiempo, hay situaciones comunes de la atención en salud sexual y reproductiva que quedan a la vista con el monitoreo:

- **Las entrevistas dan cuenta de las dificultades de la salud intercultural en los territorios donde existen centros comunitarios de salud indígena.** Las deficiencias se presentan no sólo en las atenciones relacionadas con la maternidad, sino en la inclusión de los saberes de los pueblos originarios en las atenciones de salud. Los y las facilitadores/as interculturales no se vinculan con los programas de SSR. Desde el Wallmapu señalan que las prestaciones de SSR están sujetas al paradigma biomédico, sin reconocer a los agentes de salud tradicional ni garantizando el derecho a la autodeterminación de los pueblos a gestionar sus centros de salud. Una muestra clara de eso es que, en el manejo de la pandemia, en los territorios que formaron parte del monitoreo, no hubo diálogo con la población indígena, ni siquiera en aquellas zonas donde hay consultorios de medicina tradicional, para complementar las medidas de prevención.

- **Otro de los elementos que surgió con fuerza en este monitoreo es la poca consideración a la multiculturalidad que tiene el país.** En todos los territorios surge con fuerza el tema de las migrantes y cómo las atenciones en salud no han logrado considerar las particularidades de sus culturas, prácticas y tradiciones. La barrera idiomática con la población haitiana no ha sido subsanada sino en algunos lugares donde se cuenta con un/a traductor/a que facilita la comunicación. En las entrevistas aparecen prejuicios respecto de las mujeres migrantes y sus comunidades.

- **Durante la pandemia del 2020, en las zonas rurales y aisladas la postergación de la atención fue mayor, sobre todo allí donde la única opción es acercarse al único hospital regional.** Tanto los territorios monitoreados de la zona norte y sur presentaron dificultades de conectividad durante la pandemia, y hubo personas que quedaron sin acceso a la atención. Los traslados hacia los centros de salud se vieron afectados por las restricciones de desplazamiento, por ejemplo, la duración de los permisos no alcanzaba para cubrir el tiempo total que necesitaba una persona para asistir a un centro de salud en las zonas más aisladas. Así también, la suspensión de atenciones en algunas de las postas rurales o CESFAM obligaron a las mujeres a desplazarse más de lo normal si es que necesitaron alguna atención, generando dificultades adicionales. Por otra parte, las atenciones vía telemática, que lograron de manera relativamente satisfactoria reemplazar las atenciones presenciales en zonas urbanas, no tuvieron el mismo resultado en zonas rurales, donde la señal de internet es deficiente o inexistente, o la alfabetización digital no es suficiente.

- **El monitoreo también da ciertas señales respecto de otras deficiencias de la atención en SSR en poblaciones específicas con necesidades particulares, como las personas en situación de discapacidad y la comunidad LGBTI+**, a quienes claramente no ha incorporado el sistema de salud, lo que debe ser estudiado en profundidad en futuros monitoreos. A las mujeres con discapacidad se las infantiliza en su sexualidad, y se las excluye, pues no hay información pensada en términos de accesibilidad universal, ni personal capacitado para entregarla. Por su parte, son muy escasos los establecimientos y profesionales que dan respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las lesbianas y las personas trans.

- **En todos los territorios las usuarias declaran haber vivido y/o conocer situaciones de mal trato en la atención, particularmente durante la adolescencia y juventud, y en el parto.** Las mujeres suelen ser cuestionadas, no informadas y vulneradas, situaciones que se agravan cuando son pobres, migrantes, negras, lesbianas, trans, adolescentes, pertenecen a algún pueblo indígena, o tienen alguna discapacidad. Al parecer hay cambios que se han producido con las y los profesionales jóvenes, pero llama la atención la ausencia de una política dirigida a superar y erradicar estos problemas que han sido constantes en la atención de salud sexual y reproductiva.

- **La salud mental emerge como un campo de atención de gran requerimiento en toda la red asistencial.** Los indicadores de salud mental durante la pandemia dan cuenta de un aumento de los problemas en esta área y particularmente entre las mujeres, quienes han visto aumentada la carga de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, han sido afectadas en mayor medida por el desempleo y expuestas a mayores situaciones de violencia. En lugares como Chiloé se recomienda la incorporación de terapias alternativas, complementarias y naturales, de la mano de la sensibilización, capacitación y actualización por parte de los equipos de salud en estas temáticas. Claramente, la salud mental en general, y de las mujeres en especial, debe ser abordada con prontitud, considerando las particularidades mencionadas.

Finalmente, y haciendo eco de lo que se expresa en las entrevistas, lo que se haya podido hacer en acceso al aborto en tres causales y en atención en SSR que las usuarias valoran ha dependido en mucho del compromiso de los equipos de salud y de las mismas mujeres dentro de esos equipos. Si bien se agradecen las voluntades de profesionales que tienen un interés por resguardar el acceso a la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, esto debería ser una garantía estatal, para responder a las necesidades de todas las niñas, adolescentes, mujeres y personas trans. En efecto, el monitoreo arroja que las deficiencias en la atención de salud de las mujeres continúan. La pandemia potenció algunas de ellas y dejó al descubierto otras, de las cuales es imperativo que las autoridades en salud asignen recursos y tomen decisiones de gestión adecuadas, pertinentes y eficientes en el corto plazo. No es posible enfrentar un futuro, con o sin pandemia, en las condiciones actuales.

Requerimientos para una apropiada implementación de la ley IVE

Más allá de las dificultades propias de la emergencia sanitaria de 2020, hay elementos que continúan dificultando la implementación de la ley IVE, varios de ellos ya identificados en el monitoreo 2019. La persistencia de estas falencias hace necesaria una intervención para un correcto ejercicio del derecho de las mujeres a interrumpir el embarazo de acuerdo con esta norma. Se vuelve imperativo reiterar la urgencia de las recomendaciones hechas en 2019, particularmente respecto de la información a las mujeres y personas con capacidad de gestar: el desconocimiento de la ley es una barrera objetiva de acceso a la IVE. Esto es una realidad para todas las causales, pero especialmente cuando se trata de un embarazo producto de violación.

A tres años de la implementación de la ley se hace necesario revisar y actualizar protocolos y procedimientos para incorporar la experiencia y conocimiento acumulado por los equipos médicos y psicosociales, así como definir cursos de acción que permitan resolver las brechas de acceso existentes que la pandemia ha profundizado. La incorporación de una perspectiva interseccional en el monitoreo permitió conocer la distancia a la atención de SSR y a la IVE que marca el lugar donde se vive -zona rural o aislada-, vivir con una discapacidad, ser lesbiana, persona trans o migrante. Mientras el sistema de salud estandariza las prestaciones de SSR, las usuarias necesitan que éstas se diversifiquen y tomen en consideración las particularidades territoriales y culturales.

En igual sentido, es importante que se revise la implementación desde una perspectiva intercultural y se incorporen las necesidades de las mujeres de pueblos indígenas y los saberes de sus culturas en la atención de la SSR y las orientaciones respecto del acceso a la IVE. La ley IVE debe difundirse e implementarse con una perspectiva antirracista.

Se reitera la necesidad de información y capacitación a personal y equipos de salud distintos a los directamente involucrados con la IVE. La formación debe ir más allá de la información sobre el procedimiento o prestaciones incluidas en la ley, dando el énfasis necesario a derecho de las mujeres y personas gestantes a optar por una IVE al encontrarse en alguna de las causales, y el respeto a su decisión. Se debe abordar la objeción no formal e identificarla como una barrera y una práctica que vulnera derechos.

Unido a esto, los datos muestran una visión extendida de que las mujeres deben estar dispuestas a la maternidad siempre, uniéndola con su realización y desarrollo integral como personas, situación que no ha variado desde el monitoreo anterior. Sin perjuicio de estas medidas específicas que se adopten, la mejora en la implementación de la ley IVE no puede ser abordada sino considerando la SSR y los derechos sexuales y reproductivos de manera integral. En este contexto se debe dar especial atención a la situación de niñas y adolescentes, de manera que otorgar orientación y consejería libre de discursos que subliman la maternidad o la convierten en una obligación, y con pleno respeto a su autonomía progresiva.

La red de atención primaria ha dejado de ser una puerta de entrada para una posible IVE, especialmente en la causal tres, debido a que se restringieron durante la pandemia las atenciones consideradas no esenciales. Esta situación debe ser abordada de manera urgente por las autoridades en este segundo año de crisis sanitaria, por lo que debiera considerarse una modificación en las prioridades en salud que incorpore la atención en SSR en las nuevas planificaciones, incluido el acceso al aborto legal.

Finalmente, el monitoreo vuelve a mostrar que muchas de las situaciones y vulneraciones descritas no sucederían si el aborto, por voluntad de la mujer y dentro de un plazo determinado, además de causales graves (como las actuales tres) que no requieran plazo o plazos más extensos, fuera garantizado por ley de forma segura y gratuita. Así lo indican las restricciones a la interrupción de un embarazo cuando el médico o médica estima que la mujer gestante no está en riesgo vital, aun cuando su salud esté en peligro, o los embarazos no deseados que han producido los lotes de anticonceptivos dañados y frente a los cuales la legislación vigente no da opciones. Recomendamos la despenalización total del aborto y la ampliación de la actual ley de aborto agregando un sistema de plazos que respete la autonomía reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

INFORME DE MONITOREO SOCIAL

ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS 2020

MAYO 2021