

Sistematización de iniciativas en salud sexual y reproductiva según criterios de buenas prácticas en repuesta a la pandemia COVID-19 en la atención primaria en Chile

Jovita Ortiz Contreras^{a*}, Jael María Quiroz Carreño^a, Rodrigo Neira Contreras^{a,b},
Marcela Díaz Navarrete^a, Patricia Elgueta^a, Janira Lucero^c, Pamela López^c, Juan Herrera Burott^b

^a Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Ministerio de Salud, Santiago, Chile

^c Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

*** Autor de correspondencia**
jortizc@uchile.cl

Citación

Ortiz Contreras J, Quiroz Carreño JM, Neira Contreras R, Díaz Navarrete M, Elgueta P, Lucero J, et al. Sistematización de iniciativas en salud sexual y reproductiva según criterios de buenas prácticas en repuesta a la pandemia COVID-19 en la atención primaria en Chile. *Medwave* 2022;22(06):002555

DOI

10.5867/
medwave.2022.06.002555

Fecha de envío

Dec 31, 2021

Fecha de aceptación

Jun 6, 2022

Fecha de publicación

Jul 15, 2022

Palabras clave

Sexual health, Reproductive Health, COVID-19, Primary Health Care, Good Practice

Correspondencia a

Av. Independencia #1027,
Santiago, Chile

Abstract

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha implicado la discontinuidad de atención en salud sexual y reproductiva en Chile y el mundo. El foco en la contención hospitalaria de la pandemia llevó a los equipos de atención primaria a responder de manera innata y diversa. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue identificar y sistematizar iniciativas de salud sexual y reproductiva planteadas por equipos de atención primaria en respuesta a la pandemia COVID-19 en Chile, con el fin de comprender y aprender de los factores involucrados en esta, para mejorar futuras respuestas desde la lógica de buenas prácticas.

Metodología

Estudio de sistematización de iniciativas y prácticas en salud sexual y reproductiva en atención primaria, entre junio de 2020 y noviembre de 2021. Fue desarrollado en tres fases metodológicas: revisión de documentos, recolección de experiencias a través de instrumento electrónico enviado a los 29 servicios de salud de Chile y entrevistas de profundización. Se realizó un mapeo y caracterización de las iniciativas y análisis crítico de discurso de narrativas y entrevistas, según criterios de buenas prácticas.

Resultados

Se identificaron 41 iniciativas de 19 servicios de salud, principalmente de la Macro Zona Centro-sur, urbanas y de reorganización de atención. Fueron prácticas pertinentes, alineadas a sus objetivos, con procesos rápidos de implementación, estrategias innovadoras, alto uso de tecnologías con escasa pertinencia intercultural ni evaluación. El éxito percibido se relacionó con motivación, liderazgo, y resiliencia institucional y comunitaria. La adaptabilidad de las iniciativas emergió como una nueva necesidad y criterio.

Conclusión

Son importantes los aprendizajes emanados de las iniciativas que invitan a considerar la salud mental de los equipos, su relación con la comunidad, el uso de tecnologías, la evaluación de las prácticas considerando satisfacción, enfoques transversales y la adaptabilidad de estas, para mejorar la respuesta de atención primaria en salud sexual y reproductiva ante nuevas crisis.

IDEAS CLAVE

- ◆ La pandemia por COVID-19 ha implicado un desafío importante a los sistemas de salud, mas también una oportunidad para la innovación y adaptación de nuevas estrategias de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva.
- ◆ En Chile, dentro de los servicios más afectados en la atención primaria, estuvieron los de salud sexual y reproductiva en ámbitos como disponibilidad, utilización y cobertura, impactando en la cantidad y calidad del cuidado en salud sexual y reproductiva.
- ◆ La evidencia señala que en todos los aspectos que afectan la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva se conjugan necesidades de agencia y demanda con importantes problemáticas de género, equidad y derechos, las que afectan de forma exacerbada a mujeres, niñas y adolescentes, impactando directamente su salud y bienestar.
- ◆ Este trabajo permite identificar dificultades, fortalezas, brechas, desafíos y aprendizajes que contribuyan a evitar nuevas interrupciones de los servicios y vulneraciones de derechos sexuales y reproductivos.
- ◆ Una limitante de este estudio se vincula con la posibilidad de que algunas experiencias relevantes no hayan sido identificadas, analizadas o totalmente sistematizadas, al ser la participación voluntaria.

INTRODUCCIÓN

Al comienzo de la pandemia de COVID-19 se previó que producto de esta, la salud de la población se vería fuertemente afectada, en especial la de grupos con mayores vulnerabilidades biológicas y sociales [1].

En Chile, estudios epidemiológicos dieron cuenta de las medidas de salud pública que fueron adoptadas para la contención inicial de la pandemia, así como de los desafíos a los cuales se enfrentó el sistema, advirtiendo la necesidad de evaluación constante y participación integrada e intersectorial en la respuesta a la crisis [2–4].

La alta demanda de atención por COVID-19 llevó al sistema de salud en Chile a focalizarse principalmente en el nivel hospitalario, dependiente administrativa y económicamente del nivel central, priorizando dar abasto a la creciente necesidad de camas críticas. Fue así como la sobreutilización de recursos físicos, humanos y económicos en este nivel generó inevitablemente una disminución en la disposición de prestaciones hospitalarias y ambulatorias habituales [5].

La atención primaria por su parte, cuya administración depende de los municipios, si bien contó con recomendaciones generales del nivel central desde marzo de 2020 [6], tuvo que reorganizar y priorizar sus funciones en forma auto gestionada, enfrentando desafíos organizacionales que posicionaron a los equipos locales como garantes de la continuidad de la atención.

Dentro de los servicios más afectados estuvieron los de salud sexual y reproductiva, quienes contaron con lineamientos específicos de acción después de cuatro meses de iniciada la pandemia. Estos servicios se afectaron en disponibilidad, utilización y cobertura, impactando en la cantidad y calidad del cuidado en salud sexual y reproductiva [7,8].

En Chile, según una encuesta realizada a la sociedad civil respecto a la atención en salud sexual y reproductiva en 2020, un

44% de las personas declaró dificultades de acceso, principalmente mujeres [9]. Asimismo, según datos del Ministerio de Salud, ese año las prestaciones en salud sexual y reproductiva en atención primaria disminuyeron 47%. Se priorizaron atenciones prenatales, de diadas y de regulación de la fecundidad y disminuyeron las atenciones preconcepcionales, tamizajes ginecológicos y atenciones climatéricas. Aun así, entre 2019 y 2020 las actividades de ingreso a atención prenatal disminuyeron 13%, con un aumento concomitante de 2% del ingreso prenatal tardío [10].

Por su parte, la evidencia señala que en todos los aspectos que afectan la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva se conjugan necesidades de agencia y demanda con importantes problemáticas de género, equidad y derechos, los cuales se permean afectando de forma exacerbada a mujeres, niñas y adolescentes [11–13], impactando directa e indirectamente su salud y bienestar [14].

En línea con lo anterior, se ha demostrado que la recuperación del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, es uno de los principales objetivos al que deben apuntar las sociedades para reparar y revertir el desmesurado retroceso de salud de la población durante la pandemia [15].

Para lograr dichos objetivos es importante aprender de lo realizado por los propios equipos de salud sexual y reproductiva en atención primaria, nivel donde se sientan las bases de la promoción y prevención en salud, la cual se vio fuertemente amenazada por la priorización de la oferta de atención asociada a COVID-19 [16].

El saber qué hicieron los equipos en la respuesta inicial y cómo lo hicieron, comprendiendo los procesos que desarrollaron y sistematizándolos fundados en criterios de buenas prácticas [17], responde al propósito de identificar dificultades, fortalezas, brechas, desafíos y aprendizajes que contribuyan a evitar nuevas interrupciones de los servicios y vulneraciones de derechos sexuales y reproductivos [18,19]. Por lo tanto, el objetivo

de este estudio fue identificar y sistematizar sobre la base de criterios de buenas prácticas, iniciativas planteadas por equipos de atención primaria de salud sexual y reproductiva en respuesta a la pandemia COVID-19, entre junio de 2020 y noviembre de 2021 en Chile.

METODOLOGÍA

Estudio de sistematización de iniciativas desarrolladas por equipos de salud sexual y reproductiva en atención primaria en respuesta a la pandemia de COVID-19, realizado entre junio de 2020 y noviembre de 2021 en el marco del proyecto “Identificación y sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas en salud sexual y reproductiva en respuesta a la pandemia COVID-19 en Chile y América Latina” del Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y Recién Nacido de la Universidad de Chile.

El estudio se ejecutó en tres fases temporales y metodológicas [20]. Primero se realizó una revisión de documentos de buenas prácticas en salud [17,18,21,22], con el fin de seleccionar los ejes de análisis y sistematización. Estos ejes fueron pertinencia y

relevancia, proceso y resultados, innovación y capacidad transformadora, enfoques transversales [23], así como replicabilidad y sustentabilidad de buenas prácticas, descritos en la Tabla 1 [17].

En una segunda fase se elaboró un instrumento de recolección de iniciativas que contempló variables de mapeo, como distribución según zonas rurales y urbanas y macro zonas geográficas de Chile con diferencias climáticas y de densidad poblacional. Estas macro zonas, aparte de la Región Metropolitana, dividen al país en Macro Zona Norte, desértica y de baja densidad poblacional; Centro y Centro Sur de clima templado y alta densidad; Sur, lluviosa y de mediana densidad y Austral, con clima frío y baja densidad poblacional [24]. También se contemplaron variables como tipo de establecimiento desde donde emanaron las iniciativas y tiempo de implementación, considerando en este el mes de inicio y la rapidez de implementación según las semanas necesarias para poner en marcha la iniciativa (menos de 4, entre 4 y 8, más de 8 semanas). Adicionalmente se identificaron los lineamientos estratégicos, tipos de estrategias utilizadas, ámbitos de la salud sexual y reproductiva considerados y preguntas abiertas orientadas a compartir la experiencia.

Tabla 1. Criterios de buenas prácticas, consideraciones conceptuales y características de comparabilidad para la sistematización de iniciativas en salud sexual y reproductiva en atención primaria en respuesta a la pandemia por COVID-19, 2020-2021.

Criterio de análisis	Consideraciones conceptuales	Características de comparabilidad
Pertinencia-Relevancia	<i>La experiencia que se implementa responde a los objetivos y resultados propuestos (en este caso, la respuesta rápida a la pandemia, para mantención de cobertura y atención en salud sexual y reproductiva), si los enfoques y abordajes son adecuados al contexto sociocultural en que se realiza la experiencia (problemas y necesidades de la población), si responde al marco normativo de las políticas públicas. Cómo se estableció el diseño, quiénes participaron en el mismo, cuáles son los enfoques y abordajes priorizados.</i>	Identificación de necesidades de la población (problema identificado) Objetivo de la iniciativa y su relación con el problema y las estrategias Tiempo de implementación Lineamientos estratégicos
Proceso-Resultados	<i>La experiencia puede demostrar resultados positivos y/o impacto a partir de la comparación entre las condiciones esperadas a raíz de la pandemia o existentes antes del inicio de la intervención y la situación después de su implementación. Refiere también a nuevos hallazgos o resultados emergentes o no esperados y nuevos desafíos detectados en el proceso. Este criterio supone la definición e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación de la provisión de atención y la satisfacción de las personas.</i>	Tiempo de implementación Dificultades y facilitadores en la implementación y desarrollo Mecanismos de seguimiento y evaluación Resultados esperados
Innovación-Capacidad transformadora	<i>Alude a si la iniciativa y los equipos de trabajo expresan la capacidad de crear y/o adecuar formas, estilos de trabajo, estrategias, enfoques, etc. que son novedosos para uso en contextos específicos, en este caso a las particularidades, por ejemplo, de presencialidad de la pandemia.</i>	Tipo de estrategias Propuestas innovadoras de respuesta rápida Lineamientos estratégicos Relaciones Inter programáticas
Enfoques transversales	<i>Las iniciativas responden a principios de la igualdad de género, equidad, el empoderamiento de las mujeres, derechos humanos y el uso de enfoques sensibles a las diferencias culturales, la diversidad, las cuestiones de población y comunidad y el curso de vida (transversalización de la diversidad, edad)</i>	Consideración explícita de grupos de alta vulnerabilidad Consideración explícita de determinantes sociales de salud Tipo de estrategias
Sostenibilidad-replicabilidad	<i>La práctica considera la importancia de la sostenibilidad en el tiempo y por lo tanto desarrolla mecanismos para lograrla. Puede definirse como el grado en que los efectos positivos derivados del proyecto continúan una vez se ha finalizado el proyecto</i>	Tipo de estrategia Nivel de implementación Recursos utilizados

Fuente: adaptado de criterios *Family Care* sobre la base de las consideraciones de análisis para la sistematización de buenas prácticas en salud sexual y reproductiva en atención primaria.

AUTHOR PROOF

La encuesta fue validada en pertinencia y comprensión por diez profesionales expertos de distintos servicios y niveles de atención [25]. Fue compartida desde el Ministerio de Salud a través de un formulario electrónico a los 29 Servicios del Sistema Nacional de Salud de Chile entre junio y diciembre de 2020, obteniéndose 41 respuestas. Pudo informar cualquier profesional de salud como persona natural, equipo o institución que considerara que implementó una iniciativa o nueva práctica en respuesta a la pandemia.

Para profundizar en el desarrollo de las iniciativas tras un año de implementadas, en una tercera fase entre octubre y noviembre de 2021, se invitó a ser entrevistados a todos quienes informaron iniciativas en la encuesta en la fase anterior. Finalmente, se entrevistó a 15 de ellos, correspondientes a todos quienes respondieron voluntariamente a dicha invitación.

Cada entrevista fue grabada, transcrita y organizada junto a las narrativas del instrumento en una matriz de sistematización elaborada para dicho fin. La sistematización se entendió como “el análisis crítico de experiencias que, a partir de su ordenamiento, reconstrucción y expresión de sus actores, descubre o explica la lógica del proceso, los factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” basándose en criterios previamente definidos [26], en este caso según criterios de buenas prácticas.

El análisis crítico se realizó desde la teoría del estructuralismo interpretativo focalizado en el discurso y contexto social, considerando cada experiencia como caso [27]. Así, desde un enfoque reflexivo y constructivo [28] de los contextos y factores que configuran las iniciativas, se identificaron unidades y categorías planteadas en dominios que tuvieron su racionalidad en los criterios de análisis de buenas prácticas cuyas consideraciones y características de comparabilidad se plantean en la Tabla 1.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile N°085-2020. Contó con un consentimiento informado aplicado en la segunda fase del estudio y ratificado en la tercera fase por los informantes.

RESULTADOS

Se identificaron 41 iniciativas emanadas desde 34 centros de salud familiar, 5 corporaciones municipales y 3 hospitales relacionados con la atención primaria (Tabla 2). Estas provinieron de 19 de los 29 servicios de salud de Chile.

Del total de iniciativas, 30 (73%) se realizaron en zonas urbanas y 11 en rurales (27%). De ellas, 46,3% provenían de la Macro Zona Centro Sur (19), 24,4% de la zona Metropolitana (10), 2,4% de la Macro Zona Sur (1) y 12,2% de la Macro Zona Norte y Austral de Chile (5 respectivamente).

En lo referente al tiempo de implementación, el 73% (30) de las iniciativas comenzaron su aplicación entre marzo y junio de 2020 e igual proporción se implementó en menos de cuatro semanas. En relación con las líneas estratégicas utilizadas, 70% (29) realizó cambios en las actividades de atención, 90% (37) consideró la reorganización de servicios y 39% (16) realizó cambios programáticos. Por su parte, los principales tipos de estrategias consideradas se presentan en la Figura 1, en donde se observa que la mayoría de las iniciativas utilizó tecnologías de comunicación e información en su desarrollo.

En relación con los principales ámbitos de la salud sexual y reproductiva abordados, la salud materna representó el 39%, seguido de un 29,3% de planificación familiar. El ámbito de ginecología sólo se registró en dos iniciativas.

En la Tabla 3 se plasman citas de relatos extraídos del análisis de las iniciativas según criterios de buenas prácticas.

A continuación, se plantean los resultados de la sistematización y análisis de las iniciativas según dimensiones o criterios de buenas prácticas.

PERTINENCIA Y RELEVANCIA

Ante la ausencia de recomendaciones centrales al inicio de la pandemia, las iniciativas emanaron desde la necesidad y motivación de los equipos por dar respuesta a una situación sanitaria emergente que generó problemáticas de promoción, prevención y continuidad de atención en salud sexual y reproductiva (Tabla 4). De este proceso se destacan las categorías que siguen.

RELEVANCIA SOCIAL Y TERRITORIALIDAD

Se observó una alta relevancia social en las iniciativas, reflejada en la capacidad innata de los equipos de atención primaria para detectar y responder a las necesidades de mujeres, gestantes y adolescentes. Dichos equipos generaron estrategias acotadas y priorizadas en función de las necesidades y contexto.

Destacó así, el enfoque de territorialidad, toda vez que ante similares problemáticas las estrategias se relacionaron con la zona geográfica o situación de urbanidad o ruralidad. Por ejemplo, para evitar la discontinuidad en zonas australes y rurales se optó principalmente por visitas domiciliarias y en zonas urbanas por telecomunicación. Esto refleja aspectos culturales relacionados posiblemente con el territorio.

IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN EQUIPO-COMUNIDAD

Un buen sistema de registro institucional, así como el conocimiento y comunicación con la población fueron considerados como facilitadores para la identificación de necesidades y planeamiento de estrategias.

En esa misma línea, la magnitud y alcance de la iniciativa dependió no sólo de la necesidad, sino del nivel de acción y gerencia por el que fue detectada. Fue así como, las que surgieron desde líderes identificados tanto por la comunidad como por el

AUTHOR PROOF

Tabla 2. Caracterización de las iniciativas en salud sexual y reproductiva en atención primaria en respuesta a la pandemia por COVID-19, Chile, 2020-2021.

Código	Nombre de la iniciativa	Macro zona	Zona	Institución gestora
I-BP01	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Metropolitana	Urbana	CESFAM
I-BP02	Reorientación telemática de educación prenatal	Sur	Urbana	CESFAM
I-BP03	Estrategias tecnológicas de acompañamiento prenatal	Centro Sur	Urbana	CESFAM - Hospital
I-BP04	Acompañamiento virtual en atención ecográfica	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP05	Atención domiciliaria en salud sexual y reproductiva	Metropolitana	Urbana	CESFAM
I-BP06	Tamizaje de cáncer cervicouterino y mama	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP07	Talleres online a gestantes	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP08	Estrategias virtuales de atención adolescente	Centro Sur	Urbana	Dirección de Salud
I-BP09	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP10	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Centro Sur	Rural	CESFAM (postas de salud rural)
I-BP11	Estrategias tecnológicas de acompañamiento prenatal	Metropolitana	Urbana	CESFAM
I-BP12	Estrategias virtuales de atención planificación familiar	Centro Sur	Rural	Departamento de Salud
I-BP13	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP14	Estrategias virtuales de atención planificación familiar	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP15	Estrategias virtuales de atención adolescente	Metropolitana	Urbana	CESFAM
I-BP16	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Austral	Urbana	CESFAM - Hospital
I-BP17	Estrategias virtuales de atención matrona	Austral	Rural	CESFAM (postas de salud rural)
I-BP18	Reorganización y priorización atención prenatal	Metropolitana	Rural	CESFAM
I-BP19	Reorganización y priorización atención prenatal	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP20	Atención domiciliaria púérperas y recién nacidos	Norte	Urbana	CESFAM
I-BP21	Reorganización y educación en salud	Norte	Rural	CESFAM (postas de salud rural)
I-BP22	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Centro Sur	Rural	CESFAM
I-BP23	Reorganización atención gestantes y recién nacidos	Centro Sur	Rural	CESFAM
I-BP24	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Metropolitana	Urbana	CESFAM
I-BP25	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP26	Estrategias tecnológicas atención prenatal	Metropolitana	Rural	CESFAM
I-BP27	Estrategias tecnológicas atención planificación familiar	Centro Sur	Urbana	CESFAM - Hospital
I-BP28	Estrategias tecnológicas atención planificación familiar	Norte	Urbana	Dirección de Salud
I-BP29	Estrategias tecnológicas atención adolescente	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP30	Estrategias de atención y gestión en salud sexual y reproductiva	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP31	Estrategias de atención de PAP y adolescente	Norte	Urbana	CESFAM
I-BP32	Estrategias atención telefónica a adolescentes	Norte	Urbana	CESFAM
I-BP33	Priorización y reorganización de las atenciones en salud sexual y reproductiva	Centro Sur	Rural	Departamento de Salud
I-BP34	atención domiciliaria gestante	Centro Sur	Rural	CESFAM
I-BP35	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Metropolitana	Urbana	CESFAM
I-BP36	Estrategias de comunicación con matrona	Metropolitana	Urbana	Corporación municipal de salud
I-BP37	Estrategias acompañamiento ecográfico	Austral	Urbana	CESFAM

(Cont.)

AUTHOR PROOF

Tabla 2. Cont.

Código	Nombre de la iniciativa	Macro zona	Zona	Institución gestora
I-BP38	Estrategias tecnológicas de atención en salud sexual y reproductiva	Austral	Rural	CESFAM (postas de salud rural)
I-BP39	Técnicas educación prenatal	Austral	Urbana	Corporación Municipal de Salud
I-BP40	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Centro Sur	Urbana	CESFAM
I-BP41	Reorganización y priorización de servicios de salud sexual y reproductiva	Metropolitana	Urbana	CESFAM

CESFAM: centro de salud familiar; PAP: papanicolau.

Fuente: elaborado por autoras/es del estudio sobre la base de la caracterización de buenas prácticas en salud sexual y reproductiva en atención primaria.

equipo, abarcaron mayores ámbitos de acción que inclusive involucraron a más de un programa de atención. Por el contrario, cuando fueron planteadas desde necesidades percibidas por un sólo profesional tuvieron menor desarrollo y alcance.

PROCESO Y RESULTADOS

Si bien el proceso de implementación fue rápido en la mayoría de los casos (menos de cuatro semanas), la evolución fue compleja, extrayéndose las siguientes dificultades y facilitadores.

DIFICULTADES

Cambios en las condiciones y formas de prestar atención

Las principales dificultades surgieron debido a la necesidad de reorganización del recurso humano a nuevas actividades para las cuales los equipos y/o la infraestructura no estaban preparados. Estas involucraron el cambio de lugares físicos de trabajo, teletrabajo y realización de nuevas funciones diferentes a las tradicionales. En algunas experiencias se relató, por ejemplo, el cierre de las unidades de orientación médico-estadística, lo cual

implicó reorganizar las estrategias de información a la comunidad, asignación de horas y manejo de agendas. Estas dificultades se profundizaron debido a la burocracia de los sistemas administrativos e imposibilidad de adaptación al nuevo contexto, principalmente cuando los mecanismos de gestión eran previamente complejos.

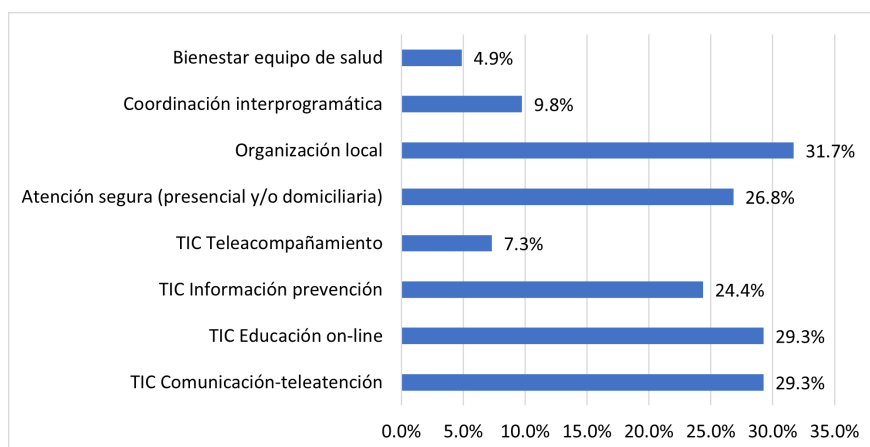
Exigencia de nuevas competencias

Destacan los discursos de temores iniciales del personal asociados al uso de nuevas tecnologías. Sin embargo, en las entrevistas en profundidad se dio cuenta de que la adquisición de “nuevas competencias digitales”inalmente, fue visualizada como una oportunidad de aprendizaje.

La necesidad de capacitaciones y de recursos tecnológicos, así como profundización de aspectos éticos de confidencialidad en contextos de tele atención, emergieron como nuevos desafíos para los equipos y el sistema.

Carga y valoración laboral

Figura 1. Tipos de estrategias consideradas en las iniciativas en salud sexual y reproductiva en atención primaria de salud en respuesta a la pandemia COVID-19, 2020-2021.



SSR: salud sexual y reproductiva.

TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

Fuente: elaborado por autoras/es del estudio sobre la base de los resultados de la sistematización de iniciativas en salud sexual y reproductiva en atención primaria.

Tabla 3. Criterios y relatos de iniciativas en salud sexual y reproductiva en atención primaria en respuesta a la pandemia por COVID-19, 2020-2021.

Criterio de análisis	Relatos
Pertinencia y relevancia	<p>“Hubo suspensión de controles, exámenes para evitar aglomeraciones, por lo cual en un momento se dejó de controlar a las embarazadas y exámenes” I-BP18</p> <p>“Las restricciones sanitarias limitaron la presencia de acompañantes en los boxes de atención impactando en el acompañamiento de padres y familiares en el control ecográfico, esto motivó a la instalación de video llamada como medio para la participación de la familia” I-BP04</p>
Proceso y resultados	<p>“existe temor de los usuarios y dificultad en acceso a atención y falta de recurso humano, lo que además llevó a una sobrecarga laboral” I-BP22</p> <p>“El valor principal de esta iniciativa es el trabajo colaborativo con el intersector, incluyendo las organizaciones comunitarias, que venía de un trabajo previo” I-BP18</p> <p>“No se ha realizado evaluación tangible y medible, pero si he recibido muchos agradecimientos en forma presencial y no presencial por parte de la población beneficiada” I-BP38</p>
Innovación y capacidad transformadora	<p>“Durante los tiempos de teletrabajo, se organizaron talleres demostrativos, usando apoyo de rotafolios, y fantomas improvisadas y los dábamos por redes sociales o Zoom” I-BP07</p> <p>“Se gestionó con encargada de vida sana de la corporación municipal, la realización de videos de: alimentación saludable, yoga para embarazada, piso pélvico para embarazada, y actividades extra programáticas para los funcionarios de salud. Estos videos fueron difundidos en los distintos grupos de WhatsApp” I-BP11</p>
Enfoques transversales	<p>“Esta es la respuesta a una pandemia, se hace lo que se puede” I-BP1</p> <p>“Los talleres fueron abiertos a la comunidad, pueden llamar todas y todos. Si bien está enfocado en adolescentes, considera a otras personas independiente si estaban inscritas o no en un programa” I-BP18</p> <p>“Las mujeres haitianas no contestaban llamadas, pero preferían mensajes de texto, pues les costaba comunicarse. Tampoco saben si la comunicación virtual es confidencial” I-BP27</p> <p>“A los adolescentes les cuesta menos las tecnologías que a los mayores, pero no quieren mostrar su cara... prefieren teléfono, es raro pero interesante” I-BP18</p>
Sostenibilidad y replicabilidad	<p>“El gran facilitador para mantenerse es la confianza de la población respecto de las y los profesionales matronas y matrones, se han ganado la confianza de la población. Además, son de costo bajo económicamente, la implementación es fácil, pero se requiere flexibilidad y apoyo institucional, que esta se adapte a las necesidades que van apareciendo” I-BP7</p> <p>“Se podría replicar en otros contextos, pero siempre que se tenga conectividad, electricidad y los recursos tecnológicos para los profesionales” I-BP8</p>

Fuente: elaborado por autoras/es del estudio sobre la base de los resultados de la sistematización de iniciativas en salud sexual y reproductiva en atención primaria.

El agotamiento físico y mental de los equipos, al igual que la percepción de sobrecarga laboral ante la dificultad de reemplazo del recurso humano por enfermedad o teletrabajo, resultó limitante en el proceso. Lo propio sucedió con la ausencia de “límites” iniciales en la comunicación entre profesionales y usuarias cuando se utilizó telefonía personal para dar información. Cuando estos factores fueron abordados en el proceso, las

iniciativas tuvieron más posibilidades de continuar su desarrollo.

La comunicación con las jefaturas y la consideración y valoración por parte de estas, influyeron en la percepción de éxito o fracaso de lo realizado.

Tabla 4. Necesidades detectadas en salud sexual y reproductiva para el desarrollo de iniciativas y prácticas en atención primaria en respuesta a la pandemia por COVID-19, 2020-2021.

Promoción	Prevención	Atención
Suspensión de talleres presenciales para comunidad	Suspensión de consejerías y seguimientos de planificación familiar	Priorización de atención a gestantes y dadas
Suspensión de talleres presenciales para adolescentes	Suspensión de tamizajes de patologías ginecológicas	Reasignación de atención a pesquisa y atención COVID-19
Suspensión de actividades pre gestacionales de promoción	<p>Quiebres iniciales de existencias de medicamentos y de insumos tanto para planificación familiar como para usuarias ginecológicas</p> <p>Complejidades de derivación y seguimiento de actividades no relacionadas directamente con salud sexual y reproductiva, como atención neonatal, por ejemplo radiografías de cadera.</p>	<p>Disminución de adherencia a atención multidisciplinaria (nutricional, psicológica, dental, asistencia social, etc.)</p> <p>Suspensión de acompañamiento durante la atención</p>

Fuente: elaborado por autoras/es del estudio sobre la base de los resultados de la sistematización de iniciativas en salud sexual y reproductiva en atención primaria.

AUTHOR PROOF

Desconocimiento e incertidumbre ante el contexto sanitario

El desconocimiento de las nuevas estrategias y formas de atención por parte de las usuarias, asociado a problemáticas de difusión de estas, complejizó la implementación de las iniciativas. En las actividades presenciales, la incertidumbre del contexto sanitario y la disposición no garantizada de elementos de protección personal tanto para trabajadores como para usuarias, generó un gran estrés y responsabilidad adicional al equipo de salud.

FACILITADORES

Liderazgo, trabajo en equipo e idiosincrasia organizacional

El trabajo en equipo fue la unidad de significado más relevada. Asimismo, el liderazgo positivo y motivante surgió como un aliciente para la mantención de iniciativas, contrario a lo que ocurrió en prácticas unipersonales que sólo se mantuvieron en los primeros meses de pandemia.

En las iniciativas en que se reveló un grato ambiente laboral previo, con roles definidos y funcionamiento organizado, las iniciativas fueron mejor desarrolladas por los equipos. En estos casos el discurso plasmó una capacidad anticipatoria y empática que se tradujo en una percepción de confianza de que la provisión estaba garantizada por las capacidades y resiliencias de las personas, contenidas por equipos resilientes y comprometidos con todos los ámbitos de salud, más allá del resultado específico esperado. Esto dio cuenta de una idiosincrasia organizacional positiva, entendida como la forma innata, cultural y propia de actuar de una organización como un todo y de avanzar hacia un logro en común.

Relación intersectorial y valorización de autoridades municipales

El trabajo en conjunto con otros sectores como educación y gestión municipal fue revelado en el discurso de prácticas que se auto declararon exitosas, en las cuales se señaló que dicho trabajo debe propenderse en contextos con y sin crisis. Asimismo, la difusión de información fomentada por las autoridades municipales y la asignación de recursos locales a la gestión de atención primaria, en particular en salud sexual y reproductiva, fueron factores cruciales en el logro de resultados esperados en el corto y mediano plazo.

Empoderamiento de las mujeres y comunidad

Las comunidades percibidas como organizadas y empoderadas, en las cuales la educación en salud estaba previamente instalada, reaccionaron y adhirieron positivamente a las medidas adoptadas. Ello refleja la importancia de una conexión previa de los equipos de atención primaria para generar autonomía en salud y obtener una adecuada adherencia a las estrategias en crisis. Estas comunidades supieron qué hacer y cómo reaccionar mientras se readecuaba la atención.

Por otra parte, respecto a resultados e impacto de las iniciativas, en general estas no contemplaron a priori mecanismos de seguimiento ni evaluación, menos cualitativos o de satisfacción. A pesar de ello, en iniciativas de acompañamiento de mujeres y visitas domiciliarias, existió por parte de las personas informantes la percepción de satisfacción ante la expresión directa de agradecimiento de las usuarias.

INNOVACIÓN Y CAPACIDAD TRANSFORMADORA

Este criterio adquirió gran relevancia en la respuesta rápida, toda vez que se puso a prueba la capacidad de adaptación al cambio de los equipos y de nuevas formas de mantener la cobertura y la continuidad de atención.

Si bien existieron iniciativas que respondieron solo a la necesidad de priorizar las atenciones en salud reproductiva, otras demostraron una gran capacidad de innovar a través de estrategias de gestión y uso de tecnologías utilizadas para organizar, programar y ejecutar la atención en forma integrada e integral. De este proceso, se levantaron las siguientes categorías.

Innovar para una experiencia positiva en contextos de crisis

Del análisis del discurso emergió la capacidad de algunos equipos de considerar la integralidad y calidad de la salud desde la provisión de atención y la experiencia de las personas. Destacan las estrategias orientadas a mantener una experiencia positiva de las mujeres a pesar de las restricciones de asistencia presencial a los servicios. Con ello se fomentó el acompañamiento durante su atención ya sea en forma presencial o remota, utilizando incluso sus propios dispositivos tecnológicos. Por su parte, técnicas para relajación y disminución del estrés para usuarias y trabajadores, reflejaron empatía e innovación y fueron percibidas como “muy reconfortantes” por las y los informantes.

La pandemia como oportunidad para innovar en educación y atención integrada

El uso de tecnologías permitió democratizar el acceso al conocimiento, por ejemplo a través de la realización de talleres en línea en diversas temáticas de salud sexual y reproductiva, transmitidos a través de redes sociales y abiertos a la comunidad. Así, se favoreció el diálogo de saberes. Adicionalmente, se utilizaron para gestionar y proveer una atención más organizada y coordinada entre los programas, lo cual reveló la posibilidad de realizar múltiples intervenciones. Ejemplo de ello fueron las iniciativas que convocaron a diferentes disciplinas para abordar no sólo temas de sexualidad y reproducción, sino también de estilos de vida y salud mental, independiente del programa de salud en que fue ideada.

ENFOQUES TRANSVERSALES

La necesidad de priorización de las prestaciones y la emergencia de su implementación subyugó la incorporación de enfoques a las realidades de cada servicio en que fueron implementadas las

AUTHOR PROOF

iniciativas. En este ámbito destacaron las intervenciones que configuraron las siguientes categorías.

El principio de no dejar a nadie atrás y desafíos de género, diversidad, inclusión y curso de vida

El enfoque de derecho destacó en las iniciativas que se abrieron a toda la comunidad y las que revelaron nuevas necesidades y consideraciones éticas en la comunicación y entrega de información a través de estrategias tecnológicas.

Por su parte, si bien los datos cuantitativos reflejaron una priorización de iniciativas en salud reproductiva, destacaron experiencias que consideraron a grupos específicos (como por ejemplo las personas contagiadas con COVID-19) evitándoles la discontinuidad de acceso a planificación familiar a través de programación especial de atención y visitas domiciliarias.

Sin embargo, la mayor cantidad de iniciativas en salud reproductiva igualmente invita a la reflexión respecto a estereotipos de género y reproducción. Esta reflexión se extiende a la posible ampliación de brechas en salud sexual y reproductiva entre hombres, mujeres y población integrada por lesbianas, gays, trans, bi e intersexual y *queer* junto a otras disidencias (LGTBIQ+), esta última escasamente considerada en las iniciativas.

Destacó también la falta de abordajes de violencia de género, infecciones de transmisión sexual y VIH, las cuales fueron consideradas sólo como problemáticas emergentes.

Respecto al curso de vida, existió una menor consideración de estrategias orientadas a personas en contexto no reproductivo, como tamizajes de cáncer mamario y cervicouterino. Estas fueron aumentando nuevamente a medida que se regresó a la presencialidad. No obstante, dicho aumento se fue realizando sin recurso humano adicional, en desmedro de iniciativas de promoción instauradas en pandemia.

Tecnologías de información y comunicación y acceso democrático a la salud

El amplio uso de las tecnologías se concibió desde una visión paradójica ya que, si bien permitió mantener la cobertura de ciertas prestaciones y estrategias de promoción y prevención, evidenció nuevas brechas asociadas al acceso equitativo a recursos y competencias digitales. Las brechas se asociaron a aspectos sociodemográficos como edad, territorio y recursos económicos, en donde el acceso a tecnologías trasciende a las competencias digitales, y tensa nuevos desafíos que van más allá del sector salud.

La deuda de interculturalidad y la suma de las crisis

Si bien la pandemia se ha desarrollado en Chile en forma paralela a una crisis migratoria, principalmente en la Zona Norte, la interculturalidad fue escasamente considerada en las estrategias. Por el contrario, se revelaron problemáticas como el cese de funcionamiento de programas de mediadores interculturales y con ello la agudización de barreras de lenguaje, principalmente

en mujeres haitianas que no hablaban español. Ello pudo agravar el acceso a población con problemáticas previas de esta índole.

SOSTENIBILIDAD Y REPLICABILIDAD

Según el discurso la sostenibilidad de las iniciativas dependió de aspectos como la necesidad que la generó, los recursos asignados y la visión gerencial para mantenerlas. De ello surgieron las siguientes categorías.

Respuestas a emergencia sanitaria, no al sistema

El análisis de las iniciativas da cuenta que fueron planteadas como respuesta rápida a una emergencia sanitaria y no necesariamente para mejorar la calidad de atención. Esto tensa la reflexión respecto a cuáles iniciativas son necesariamente sostenibles en el tiempo. Es así que hubo prácticas de reorganización de atención que fueron consideradas para regresar a la normalidad, mientras que las iniciativas orientadas a “acompañamiento profesional continuo” a través de tecnologías, prácticas de gestión y organización de la información, así como estrategias de coordinación interprogramáticas, fueron consideradas como potencialmente sostenibles por ser económicas y facilitadoras en cualquier contexto. Sin embargo, el retorno a la “normalidad de atención” fue paralelo a la recuperación de actividades postergadas durante el primer año de pandemia. Ello, unido a la carencia y desvinculación de recurso humano, se percibió en desmedro de la continuidad de iniciativas innovadoras y potencialmente sustentables.

Adaptabilidad como potencial criterio de análisis de iniciativas en crisis

Emergió en el discurso el concepto de necesidad de “adaptabilidad” de las prácticas de respuesta a emergencias sanitarias, toda vez que la evolución de la crisis exigió el replanteamiento constante de las estrategias y con ello tensó los procesos burocráticos que comprometieron su gestión. Esto implicaría cuestionar una flexibilidad administrativa que trasciende a la organización del sistema de salud.

Replicabilidad dependiendo del contexto

Respecto a la replicabilidad, la mayoría de las iniciativas fueron consideradas replicables en crisis sanitarias similares y ante nuevos brotes, principalmente aquellas en que se pueda utilizar recursos tecnológicos. No obstante, en emergencias sanitarias originadas, por ejemplo por desastres naturales, las iniciativas requerirían adaptación al contexto y a los aspectos que comprometan la atención en salud sexual y reproductiva.

DISCUSIÓN

A través de la sistematización se indagó en las iniciativas de respuesta de los equipos de salud sexual y salud reproductiva en la atención primaria y se extrajo aprendizajes con el fin de

avanzar en la implementación de buenas prácticas de atención primaria ante nuevas crisis.

El análisis crítico de la pertinencia y relevancia de las iniciativas, así como de los procesos y resultados, confluyen en la importancia de conocer a la comunidad y sus necesidades sobre la base de diálogos constantes y sistema de registro adecuados, tanto para identificar necesidades como para evaluar los procesos. Lo anterior concuerda con recomendaciones internacionales que evidencian la necesidad de invertir en sistemas de monitoreo para priorizar y mejorar la salud de mujeres y niñas [29,30].

Sin embargo, en la atención primaria en Chile, si bien existen sistemas de registro cuantitativo utilizables para evaluación, la ausencia de esta en las iniciativas sistematizadas invita a posicionar la evaluación en los planes de mejora. De igual forma, desafío a incorporar la satisfacción en dicho proceso para mejorar las prácticas sustentadas en una atención de calidad que considere no solo datos de provisión de atención, sino también la experiencia de las personas [31,32].

Desde los procesos, innovación y capacidad transformadora, emergieron en forma constante las competencias de los equipos, en quienes los liderazgos positivos y la motivación tuvieron gran relevancia en la magnitud de las iniciativas. Esto se ha relacionado también con competencias organizacionales de adaptación al cambio, resiliencia cultural y organizacional necesarias para afrontar los contextos de crisis [33–35]. Dicha resiliencia, posiblemente gatilló la capacidad gestionada a nivel local de innovar y transformar sus prácticas ante las emergentes necesidades de la población. Sin embargo, como revela el discurso y la evidencia, surge como desafío y aprendizaje la necesidad de considerar la salud y las condiciones laborales de los profesionales, toda vez que la alta carga laboral y el agotamiento en escenarios complejos de ejercicio profesional pueden poner en riesgo la capacidad de respuesta humana y la calidad de atención [36].

Por su parte, el amplio uso de tecnologías como estrategias en las iniciativas generó importantes desafíos en relación con la democratización del acceso universal a la atención en emergencias y buenas prácticas en su uso [37,38], así como de alfabetización digital en equipos y usuarias [39]. Así mismo, es interesante instalar futuras reflexiones respecto a la pertinencia de la telemedicina versus la atención presencial y su impacto en la salud de las mujeres, con la finalidad de determinar si es sustentable para dicho fin en diversos escenarios [37].

Los resultados de este estudio reflejan también la necesidad de incorporar sistemáticamente los enfoques transversales de género, inclusión, interculturalidad y curso de vida en respuesta a crisis sanitarias. Ello, debido a que su ausencia exacerba los efectos de estas, principalmente en mujeres y poblaciones con mayor vulneración de derechos sexuales y reproductivos como la comunidad LGTBIQ+, personas viviendo con VIH y mujeres y niñas migrantes, entre otras [11,40].

Por otra parte, ante la necesidad de recuperar la cobertura de atenciones des priorizadas durante la pandemia, urge la mantención de prácticas de promoción y prevención en forma paralela a dicha recuperación. Es así que los aprendizajes de las iniciativas invitan a discutir los desafíos que implica para el sistema y los equipos el continuar la atención tradicional en forma simultánea a la recuperación de atenciones sin considerar el recurso humano como base. Este aspecto es fundamental, toda vez que se ha demostrado un alto impacto de la pandemia en la salud física y mental de las y los trabajadores de salud [40], la cual según la literatura, afectaría con especial impacto a las trabajadoras, exacerbando las inequidades de género producto de esta [41].

Adicional a los múltiples desafíos que enfrentaron los equipos en el ejercicio de sus prácticas, surgieron nuevos retos y criterios, principalmente para las iniciativas de organización ante las crisis, como la necesidad de “adaptabilidad” administrativa [42]. Este criterio daría cuenta de la flexibilidad de los sistemas de gestión ante la dinámica de las crisis para facilitar respuestas rápidas a necesidades emergentes en salud sexual y reproductiva en contextos complejos. Esto facilita el logro de los objetivos de las prácticas, sus resultados esperados y su transformación en buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIÓN

Las iniciativas y prácticas presentadas por equipos de salud sexual y reproductiva en atención primaria, dieron cuenta de equipos con liderazgos positivos y que en su mayoría fueron anticipatorios a las recomendaciones emanadas desde el nivel central.

La sistematización permitió identificar aprendizajes que revelaron la importancia de la relación de los equipos con la comunidad, del registro y conocimiento de sus necesidades, así como la importancia que les asignen los tomadores de decisiones y la idiosincrasia organizacional.

Asimismo, se identificó la necesidad de considerar la salud física y mental de las y los trabajadores, y de mantener sistemas de seguimiento y monitoreo de las iniciativas planteadas, considerando enfoques transversales que mejoren la satisfacción y el impacto positivo en salud en futuras crisis.

Emergió también la oportunidad de la pandemia en el uso de tecnologías para fomentar el trabajo inter programático e intersectorial, y los nuevos desafíos en la democratización del acceso a estas.

Por último, se considera que más que sostenibles y replicables, las iniciativas de respuesta a crisis deben ser adaptables para facilitar su gestión ante crisis que se tornan crónicas y dinámicas como las pandemias.

Notas

Autoría

JOC, JQC: recolección de datos, sistematización, conceptualización, diseño, escritura, edición y visualización del artículo. RNC, MDN, PEV: recolección de datos, sistematización, conceptualización, y visualización del artículo. JL, PL, JHB recolección de datos y sistematización.

Agradecimientos

Los autores expresan sus agradecimientos a todas y todos los profesionales de salud que participaron en cada una de las iniciativas y prácticas registradas, y compartieron sus experiencias para comunicarlas a otros equipos.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no recibieron fondos por la realización de este artículo, no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado.

Financiamiento

Los autores declaran que no existieron fuentes externas de financiamiento para este artículo.

Aspectos éticos

El estudio se realizó conforme a las pautas éticas internacionales. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El protocolo contempló como unidad de análisis las prácticas, no las personas. De igual manera, la confiabilidad de los datos, tanto de quienes las reportaron, así como de las prácticas fue resguardada a través de un proceso de anonimización de la base de datos mediante codificación de cada una de ellas.

Declaración de acceso a datos

Los datos utilizados para el presente estudio se encuentran disponibles previa solicitud.

Origen y arbitraje

No solicitado. Con revisión externa por cinco pares revisores a doble ciego.

Idioma del envío

Español.

Referencias

1. Andrasfay T, Goldman N. Reductions in 2020 US life expectancy due to COVID-19 and the disproportionate impact on the Black and Latino populations. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2021;118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2014746118>
2. Canals M, Cuadrado C, Canals A, Yohannessen K, Lefio LA, Bertoglia MP, et al. Epidemic trends, public health response and health system capacity: the Chilean experience in four months of the COVID-19 pandemic. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.99>
3. Tariq A, Undurraga EA, Laborde CC, Vogt-Geisse K, Luo R, Rothenberg R, et al. Transmission dynamics and control of COVID-19 in Chile, March-October, 2020. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15: 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009070>
4. Bilal U, Alfaro T, Vives A. COVID-19 and the worsening of health inequities in Santiago, Chile. *Int J Epidemiol*. 2021;50: 1038–1040. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab007>
5. Baral P. Health Systems and Services During COVID-19: Lessons and Evidence From Previous Crises: A Rapid Scoping Review to Inform the United Nations Research Roadmap for the COVID-19 Recovery. *Int J Health Serv*. 2021;51: 474–493. <https://doi.org/10.1177/0020731421997088>
6. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de Atención Primaria de Salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2. 2020. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140277/subsec-redes-2020-recomendaciones-organizacion-atencion-aps-covid.pdf>
7. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2020;5: 2967. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002967>
8. Phelan N, Behan LA, Owens L. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Women's Reproductive Health. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.642755>
9. Corporación Miles. Acceso a la salud sexual y reproductiva durante la pandemia. Santiago de Chile; 2020 pp. 1–14. <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2020/12/ Acceso-a-salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-1.pdf>
10. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Reportaría Programa de la Mujer, sector público. 2020. https://deis.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Reportaría_Programa_Mujer.html
11. Wenham C, Smith J, Morgan R, Gender and COVID-19 Working Group. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet*. 2020;395: 846–848. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
12. Gausman J, Langer A. Sex and Gender Disparities in the COVID-19 Pandemic. *J Womens Health (Larchmt)*. 2020;29: 465–466. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8472>
13. Jolivet RR, Warren CE, Sripad P, Ateva E, Gausman J, Mitchell K, et al. Upholding Rights Under COVID-19: The Respectful Maternity Care Charter. *Health Hum Rights*. 2020;22: 391–394. <https://www.hhrjournal.org/2020/05/upholding-rights-under-covid-19-the-respectful-maternity-care-charter>
14. Ortiz Contreras J, Quiroz J, Neira R, Díaz M. Salud reproductiva: Derechos y salud global como marco de análisis de impacto de la pandemia COVID-19. *Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad*. 2020;6: 13–21. <https://cgscholar.com/bookstore/works/revista-internacional-de-salud-bienestar-y-sociedad-volumen-6-numero-2> <https://doi.org/10.18848/2474-5219/CGP/v06i02/13-21>
15. World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank. Tracking universal health coverage 2021 Global Monitoring Report. Conference Edition; 2021. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf?sfvrsn=fd5c65c6_5&download=true

16. Baral P. Health Systems and Services During COVID-19: Lessons and Evidence From Previous Crises: A Rapid Scoping Review to Inform the United Nations Research Roadmap for the COVID-19 Recovery. *Int J Health Serv.* 2021;51: 474–493. <https://doi.org/10.1177/0020731421997088>
17. Montero M, editor. Family Care International. Buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescentes. Herramienta para la sistematización de experiencias desde una perspectiva de buenas prácticas. Jan 2011. [http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/HERRAMIENTA_BUENAS_PRACTICAS_PEA_IFC - 4 MAYO 2011_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/HERRAMIENTA_BUENAS_PRACTICAS_PEA_IFC_-_4_MAYO_2011_0.pdf)
18. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Aprendiendo a responder: Buenas prácticas y lecciones aprendidas en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones de emergencia en América Latina y el Caribe. 2013. <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/buenas-practicas-y-lecciones-aprendidas-en-materia-de-salud-sexual-y-reproductiva-y>
19. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe Técnico COVID-19: Un Enfoque de Género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de Género. 2020. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/1COVID-19_Guidance_Note-final_layout.pdf
20. Tobin GA, Begley CM. Methodological rigour within a qualitative framework. *J Adv Nurs.* 2004;48: 388–96. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x>
21. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para África. Guía para identificar y documentar mejores prácticas en los programas de planificación familiar. Ginebra; 2017. <http://apps.who.int/>
22. Welsh A. Best practice in comprehensive abortion care. 2015. www.rcog.org.uk
23. Ministerio de Salud de Chile Subsecretaría de Redes Asistenciales. Anexo 1. Enfoques de la planificación en la red de atención de salud pública. Orientaciones para la Planificación en red 2022. Santiago de Chile; 2021. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-01-2022.pdf>
24. Ministerio de Ciencia, Tecnología. Desarrollo e Innovación. MinCiencia en el territorio; <https://www.minciencia.gob.cl/macrozonas/que-son-las-macrozonas/>
25. Galicia Alarcón L, Balderrama Trapaga J, Edel Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura: Revista de Innovación Educativa.* 2017;9: 42–53. <https://doi.org/10.18381/ap.v9n2.993>
26. Proyecto Formación Técnica Profesional de la Cooperación para el Desarrollo de la Embajada de Suiza en Bolivia. Guía de Sistematización para la recuperación de Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas. La Paz: Consorcio Swisscontact - FAUTAPO. 2020 pp. 1–53. https://formaciontecnicabolivia.org/sites/default/files/publicaciones/guia_de_sistematizacion_12.12.pdf
27. Urra E, Muñoz A, Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria.* 2013;10: 50–57. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(13\)72629-0](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(13)72629-0)
28. Barbosa-Chacón JW, Barbosa Herrera JC, Rodríguez Villabona M. Concepto, enfoque y justificación de la sistematización de experiencias educativas. Una mirada “desde” y “para” el contexto de la formación universitaria. *PE.* 2015;37. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982015000300008 <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2015.149.53128>
29. Unidas N. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). *Sobrevivir, transformar, prosperar.* 2016. www.everywomaneverychild.org
30. Villalobos Dintrans P, Maddaleno M, Granizo Román Y, Valenzuela Delpiano P, Castro A, Vance C, et al. Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2021;45: 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.140>
31. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra; 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=10AB27E87D82B175E5D74F1C3F1FE09C?sequence=1>
32. Tunçalp Ö., Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG.* 2015;122: 1045–9. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
33. Kemp J, Maclean GD, Moyo N. Innovations for Strengthening Global Midwifery. *Global Midwifery: Principles, Policy and Practice.* 2021; 127–145. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46765-4_9
34. Salanova M. How to survive COVID-19? Notes from organizational resilience. *International Journal of Social Psychology.* 2020;35: 670–676. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1795397>
35. Flessa S, Huebner C. Innovations in Health Care-A Conceptual Framework. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910026>
36. Ye Y, Liu Y, Zhang X. The Public Servants’ Response When Facing Pandemic: The Role of Public Service Motivation, Accountability Pressure, and Emergency Response Capacity. *Healthcare (Basel).* 2021;9. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050529>
37. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health.* 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>
38. Conard S. Best practices in digital health literacy. *Int J Cardiol.* 2019;292: 277–279. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.05.070>
39. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet.* 2020;395. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)
40. Saladino V, Auriemma V, Campinoti V. Healthcare Professionals, Post-traumatic Stress Disorder, and COVID-19: A Review of the Literature. *Front Psychiatry.* 2021;12: 795221. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.795221>
41. Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, Zeinali K, Fotouhi A. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2021;94: 1345–1352. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>
42. Salvador-Carulla L, Rosenberg S, Mendoza J, Tabatabaei-Jafari H, Pandemic-Mental Health International Network. Rapid response to crisis: Health system lessons from the active period of COVID-19. *Health Policy Technol.* 2020;9: 578–586. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.011>

Systematization of initiatives in Sexual and Reproductive Health about good practices criteria in response to the COVID-19 pandemic in Primary Health Care in Chile

Abstract

Introduction

The COVID-19 pandemic discontinued sexual and reproductive health care in Chile and the world. The national focus on hospital care led primary care teams to respond in natural and diverse ways. Understanding the factors involved in this process may improve future responses from the judgment of good practices. Therefore, this study aimed to identify and systematize sexual and reproductive health initiatives raised by primary care teams in response to the COVID-19 pandemic in Chile.

Methods

We systematically evaluated initiatives and practices in sexual and reproductive health in primary care between June 2020 and November 2021. This study was developed in three methodological phases: a review of documents, a collection of experiences through an electronic instrument sent to the 29 health services in Chile, and in-depth interviews. According to best practice criteria, mapping and characterizing the initiatives and critical discourse analysis of narratives and interviews were carried out.

Results

Forty-one initiatives from 19 health services were identified, mainly from the South Central macro zone and urban areas. In these areas, care was recognized. These practices were relevant, aligned with their objectives, rapidly implemented, and used novel strategies through new technologies. However, these initiatives had little intercultural relevance or evaluation. Perceived success was related to motivation, leadership, and institutional and community resilience. The adaptability of initiatives emerged as a new need and criterion of analysis.

Conclusion

The lessons learned from these initiatives invite us to consider health care teams' mental health, their relationship with the community, the use of new technologies, the evaluation of practices considering satisfaction, cross-cutting approaches, and their adaptability. In all, these aspects may improve primary care response in sexual and reproductive health to new crises.

AUTHOR PROOF



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.