

**Cobertura de controles de matronería en Atención Primaria en Salud, en tiempos de
pandemia. Valle de Aconcagua 2020-2021.**

Tesis para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura.

Profesor Guía:

Ana María Silva Dreyer.

Estudiantes:

Vanya Liberón Berríos.

Paloma Ramos Quiroz.

Victoria Saavedra Olivares.

Catalina Sáez Zúñiga.

Yarela Vega Osorio.

María Vergara Fernández.

San Felipe, Diciembre 2021.

Agradecimientos.

Nos gustaría agradecer a nuestras familias por ser un apoyo incondicional a lo largo de este camino. Sin su amor y comprensión habría sido muy difícil seguir y cumplir con este nuevo desafío que hemos emprendido.

De igual forma agradecer a los entrevistados por su tiempo, disposición y voluntad a ser parte de este proyecto y tener la confianza de contar su experiencia laboral y personal vivida durante el periodo 2020-2021, entregándonos valiosa información para el desarrollo de esta tesis.

ÍNDICE.

RESUMEN PROYECTO	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	8
2.1 Pregunta	8
2.2 Objetivo general	8
2.3 Objetivos específicos	8
3. MATERIAL Y MÉTODO	9
3.1 Enfoque y alcance.	9
3.2 Población y muestra	9
3.3 Instrumento de recolección de datos	10
3.4 Análisis de datos	11
3.5 Consideraciones éticas.	12
4. RESULTADOS	15
4.1 Priorización nacional	15
4.2 Priorización local	23
4.3 Modalidad de atención	34
4.4 Vivencias personales	61
5. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	89
5.1 Discusión	89
5.2 Conclusiones	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	105
Anexo N.º 1 Matriz de operacionalización de objetivos.	106
Anexo N.º 2 Pauta de entrevista semiestructurada.	113
Anexo N.º 3 Ficha de apoyo tema 1 entrevista.	117
Anexo N.º 4 Carta de aprobación o dispensa comité de ética.	119
Anexo N.º 5 Consentimiento informado.	120

RESUMEN PROYECTO.

Introducción. Actualmente, el mundo se encuentra atravesando una pandemia, provocada por el virus COVID-19. Producto de ella las autoridades de los servicios sanitarios han promovido diversas medidas entre la población y los servicios de atención primaria han debido modificar la forma de ofrecer su servicio. Como lo es el caso del Programa de Salud de la Mujer, dada que la pandemia es una situación sin precedente, surgió la interrogante acerca de la implementación de las medidas, su cobertura, obstáculos y facilitadores de la atención en matronería. **Objetivo.** Describir la experiencia profesional y personal de matronas y matrones en materia de cobertura priorizada de atención de matronería en época de pandemia, en centros de salud familiar de comunas del Valle de Aconcagua. **Método.** Dado el alcance exploratorio del estudio, que busca conocer la atención desde la experiencia vivida por los profesionales, se optó por un diseño cualitativo. Los participantes fueron nueve matronas y matrones que se desempeñaban en servicios de atención primaria del Valle de Aconcagua, durante la pandemia durante el año 2020 y 2021. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. El procesamiento y análisis se realizó mediante la técnica de análisis de contenido cualitativo, inductivo. **Resultados.** Los resultados obtenidos reflejan que, con respecto a la priorización, la nacional se siguió, aunque ésta se fue adecuando a la realidad local. Pero a pesar de que se cubrieron las principales necesidades, también hubo ciertas falencias en dicha priorización, como por ejemplo la falta de toma de PAP. En cuanto a los protocolos implementados fueron acordes al contexto vivido y el adecuarse a esta nueva forma de atender fue el verdadero desafío, ya sea por los cambios relacionados al cuidado personal, como a la estructuración de las áreas. En cuanto a las vivencias personales, predominaron los sentimientos negativos, principalmente el temor a contagiarse y la preocupación de no poder relacionarse físicamente como antes. Pero el trabajo en equipo, el sentido de misión sanitaria, junto con el apoyo familiar fue un factor positivo para poder sobrellevar la situación. **Conclusiones.** Se puede evidenciar que, en un principio no había claridad sobre qué hacer, y el estrés era agudo. Pero con el pasar del tiempo la situación se fue adaptando y se fueron encontrando soluciones locales de gestión. Si bien, no todos los servicios actuaban de la misma manera, todos coinciden en qué atenciones debían ser sí o sí priorizadas: aquellas relacionadas con la gestación y métodos anticonceptivos. Si bien la mayoría de estas necesidades fueron cubiertas, otras como la toma de PAP o la pesquisa de cáncer de mama, no fueron priorizadas. Esto ha significado, el atraso de estos exámenes preventivos, lo que a futuro podría verse reflejado en la detección tardía de estas patologías. Pese a que la adaptación a este nuevo tipo de atención significó un cambio importante para la forma de atender y relacionarse, sobre todo por la utilización de EPP para el cuidado y la prevención de COVID-19, los matrones y matronas coinciden en que la priorización fue eficaz, y que, a pesar del desgaste emocional, trabajar en conjunto tras el objetivo de entregar atención sanitaria en medio de la crisis, y tener un soporte familiar, apaciguó estos sentimientos negativos y el temor frente a esta pandemia se fue venciendo. El estilo de manejo de crisis de la jefatura influyó en el clima organizacional y la capacidad del equipo de superar la crisis.

1. INTRODUCCIÓN.

Desde el año 2020, el mundo se encuentra enfrentando una gran pandemia, declarada como tal el 11 de marzo del mismo año por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde que se dio a conocer el primer caso, el 31 diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China), se expandió rápidamente por el mundo, llegando a ser 213 los países que han notificado contagio por COVID-19, con un total de 2.078.605 casos confirmados y 139.515 fallecidos con fecha 19.04.2020, entre los países más afectados se encuentran, Italia, España y Estados Unidos. Mientras que, en Chile, al 18 de abril, ya se presentaban un total de 10.088 casos confirmados y 133 muertes (1, 2, 3).

El 2019-nCoV, más conocido como COVID-19 (COVID-19: por la familia perteneciente al virus y 19: por el año en el que se encuentra el nuevo brote), es un virus que puede causar diferentes afecciones respiratorias. El virus, por sí mismo, es de fácil transmisión ya que tiene una sobrevivencia fuera del organismo mayor a dos horas, dependiendo de la superficie en la que se aloja. Además, al ser transmitidos por gotitas puede pasar fácilmente de un hospedador a otro. Se ha demostrado también que el virus ataca de forma más severa a las personas de mayor edad, personas con patologías de base como hipertensión arterial (HTA) o diabetes y personas que sufren de alguna enfermedad o algún tratamiento que suprima su sistema inmunológico como pacientes con cáncer o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (4, 5). En el ámbito de la salud sexual, aún no hay estudios que comprueben que el virus se transmita a través del semen o fluidos vaginales. Pero, aun así, el virus puede transmitirse si se está a menos de 1 metro de distancia con una persona contagiada, ya que, cuando alguien que tiene el virus tose, estornuda o exhala, lo propaga. De la misma forma, el COVID-19 se transmite por contacto directo con la saliva o el moco. Por lo mismo, las actividades íntimas que incluyen contacto físico o contacto con la saliva, como por ejemplo el besar, pueden propagar fácilmente el COVID-

19. Este, también puede ser transmitido a través de las heces, por lo tanto, existe riesgo de contagio al tener actividad sexual anal sin protección, en donde el pene o juguete sexual, luego del coito, es llevado a la boca (6). Por otro lado, la salud reproductiva considera dentro de la población de riesgo a gestantes, usuarias que hayan dado a luz recientemente o bien madres positivas para COVID-19, para las cuales se busca especial énfasis por el riesgo de transmisión a sus hijos.

Se sabe que el virus puede llegar a ser mortal, pero el mayor enemigo que se presenta es la poca capacidad intrahospitalaria para los casos más graves. En diversos países la saturación de los Servicios de Salud por la gran cantidad de infectados ha provocado una mayor cantidad de fallecidos que el mismo virus en sí. En muchos países se ha visto que los servicios de salud, además de no dar abasto con la cantidad de pacientes, tienen pocos recursos y los insumos médicos poco a poco se han ido agotando, llegando al punto en que los trabajadores de los servicios tienen que fabricar sus propias mascarillas y utilizar bolsas plásticas de basura para protegerse (4).

Debido a la fácil transmisión del virus, a nivel internacional se han tomado medidas tanto sanitarias como sociales, para evitar el contagio. A nivel sanitario, las autoridades han tomado planes de acción, tales como, la educación sobre el virus, el uso necesario de mascarilla, el frecuente lavado de manos, el no tocar rostro, ojos, boca o nariz (1, 2). Además, medidas sociales como el distanciamiento social de al menos 1 metro entre una persona y otra, aislamiento y cuarentena.

Así como se han implementado medidas para la población en general, también se han implementado en los Servicios de Salud. Como en el caso de los servicios de Atención Primaria en Salud que han debido modificar la forma de ofrecer su servicio a la población, viéndose afectadas las citas, la toma y chequeo de exámenes y programas desarrollados en Centros de Salud Familiar (CESFAM) (9).

Tal es el caso del “Programa de Salud de la Mujer”, el cual tiene como propósito contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de ésta, en todas las etapas de su ciclo vital. Este programa es realizado principalmente por matronas en Atención Primaria en Salud (APS), las cuales desempeñan diversas actividades e intervenciones según los requerimientos de las usuarias y sus parejas. Algunas de las actividades realizadas son las siguientes: control preconcepcional; control prenatal; control de puerperio; consejería en salud sexual y reproductiva; control de regulación de fecundidad; control ginecológico preventivo; control de climaterio; consultas y tratamientos por infecciones de transmisión sexual (ITS); educación y promoción de la salud; visita domiciliaria; derivación a salud mental, dental o nutricional según corresponda; entre otras.

El programa mencionado en el párrafo anterior y, todos los controles que se realizan dentro de este son fundamentales para la promoción de salud, la prevención y pesquisa de patologías, lo que constituye el pilar de la atención primaria de salud. Es por esto, que si no son realizados, la comunidad se verá afectada en diversas situaciones, ya que, puede aumentar el riesgo de embarazo adolescente, existirá una disminución de la pesquisa de cáncer cervicouterino mediante el examen PAP, también la detección de cáncer de mama, lo cual se realiza a través del examen físico realizado en cada control, sumado a esto, la pesquisa de otras alteraciones que, además de poder detectarse en el examen físico, se podían detectar en los exámenes de sangres rutinarios según fuera necesario. Algo no menos importante, es que se verá perjudicada la educación que era realizada cada control (Anexo N.º 3).

Estas atenciones, por el riesgo de contagio por COVID-19, se han postergado o realizado modificaciones en la entrega de estos servicios, siguiendo las recomendaciones realizadas por el Ministerio de salud (MINSAL), las cuales mencionan que se deben mantener ciertas prestaciones de salud sexual y reproductiva priorizadas, las cuales se muestran a continuación (10, 11):

- Ingreso a control prenatal, estableciendo como prioridad la atención a aquellas gestantes sin riesgo obstétrico (20-25-30-34-37-40 semanas) y aquellas que presenten alguno, con la correspondiente toma de exámenes rutinarios.
- Control de la diada, puérpera o RN post alta, a excepción de que la diada sea caso confirmado de COVID-19, estos casos requieren de un control domiciliario.
- Solo se deben realizar controles de regulación de fertilidad priorizados, por ejemplo: recambios de implantes anticonceptivos a usuarias con plazo vencido y control del primer mes post inserción de dispositivo intrauterino (DIU Cu) y levonorgestrel (LNG).
- Entrega de métodos anticonceptivos, insumos de salud sexual y terapia hormonal de la menopausia.
- Consulta por requerimiento de anticoncepción de emergencia, morbilidad obstétrica o infección de transmisión sexual (ITS) como gonorrea, sífilis y herpes.
- Atender a adolescentes que llegan sin hora previa.
- Entregar atención a adolescentes que consultan por atraso menstrual.

La entrega de estas prestaciones de salud específicas, busca ser una solución momentánea frente a la contingencia que se está viviendo. Si bien se ha hecho un esfuerzo constante para cubrir con las necesidades en salud de las personas, esta pandemia no había sido prevista, por lo tanto, los protocolos nunca se habían aplicado o se había lidiado con situaciones de tal magnitud. Es por ello por lo que a pesar de los esfuerzos de las autoridades y de los equipos de salud por mantener a salvo a los habitantes de nuestro país y por mantener la atención de salud óptima, el cambio ha sido abrupto en general. Es así como la matronería también se ha visto afectada, y reflejada en noticias, tal como fue la de 7 matronas contagiadas en el Hospital Sótero del Río. En ocasiones se deja de lado aquellas profesiones que no están en la primera línea de atención, pero que de igual forma están expuestas al contagio de este virus, como se deja en evidencia por las palabras de una colega de las contagiadas: “se están entregando dos mascarillas para

desempeñarse en turnos de 24 horas, es decir, las matronas deben usar cada una por doce horas, y las mascarillas quirúrgicas por protocolo duran máximo tres a cuatro horas” (12), o bien las dichas por la Presidenta del Colegio de matronas y matrones: “este caso demuestra claramente la urgente necesidad que las y los profesionales de matronería cuenten con los equipos de protección personal, tal como el resto de los otros equipos sanitarios, y no ser invisibilizados y segregados, como ha sido la tónica desde que se inició esta emergencia sanitaria hace seis semanas” (13).

En este contexto, cada CESFAM ha tomado sus propias medidas preventivas, buscando compatibilizar la entrega de atención para asegurar la cobertura priorizada y el cuidado de su personal sanitario. Acorde a fuentes informales de matronas del Valle del Aconcagua (comunicación personal), localmente al principio de la pandemia, a nivel local se optó por realizar atenciones por medio de videollamadas, llamadas telefónicas y comunicación por redes sociales. Actualmente se están brindando atenciones presenciales, con protocolos locales de los respectivos CESFAM. No se ha contado con un protocolo establecido por una entidad gubernamental central.

Frente a lo anterior, surge la duda acerca de la pertinencia de las nuevas definiciones de prioridad, decisiones y del accionar de matronería de APS en tiempos de pandemia y también surge la pregunta acerca de la pertinencia de la cobertura priorizada, la efectividad y seguridad en el desempeño de la matronería en la atención primaria, así como de los aspectos obstaculizadores y facilitadores del proceso. Ha pasado ya un tiempo que podría permitir los primeros balances de la praxis.

El levantamiento de información de quienes están desarrollando la acción, aportará evidencia valiosa para el intercambio de experiencia, la identificación de las dimensiones relevantes del problema, para la discusión de propuestas de ajuste y diseño de estudios evaluativos más amplios. Ello por cuanto la matronería en APS, cumple un rol sumamente

importante para el desarrollo integral y funcional de la salud de la mujer, a la vez que un rol de apoyo relevante en la prevención de la pandemia a nivel comunitario. Los registros de los CESFAM y del Servicio de Salud darán cuenta del aspecto cuantitativo de la cobertura lograda. No obstante, para el análisis de la gestión de ésta, sus aciertos y limitaciones, se considera de mayor pertinencia conocer la experiencia, de primera mano, de los profesionales que han vivenciado el proceso en tiempos de pandemia.

La importancia o el porqué de la investigación realizada radica en la relevancia sanitaria de la pandemia, el ser imprevista y de efecto masivo, obligó a tomar medidas rápidas, entre ellas, la modificación y priorización de controles, incluyendo los del programa de salud de la mujer. El fin de esta investigación, definido de una forma sencilla es “aprender de las buenas prácticas, así como de los errores”, y de sus efectos sobre la salud de la mujer y los profesionales que las atienden, a partir del relato de estos últimos. Lo anterior aportará a la vez como marco de referencia e identificación de dimensiones a ser abordadas en el diseño de futuros estudios más extensos.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.

2.1. Pregunta.

Dada que la pandemia es una situación sin precedente, surgió la interrogante acerca de la implementación de las medidas, y cómo fue vivenciado por actores centrales, matronas y matrones. De acá surgen preguntas más específicas, entre ellas la cobertura definida y abordada, los obstáculos enfrentados y los facilitadores del proceso. Lo anterior desde la experiencia y opinión de matronas y matrones de CESFAM del Valle de Aconcagua.

2.2. Objetivo General

Describir la experiencia profesional y personal de matronas y matrones en materia de cobertura priorizada de atención de matronería en época de pandemia, en Centros de Salud Familiar de comunas del Valle de Aconcagua.

2.3. Objetivos Específicos (Operacionalización de objetivos, ver en Anexo N° 1).

- Describir la percepción acerca de la priorización de cobertura establecida.
- Describir la opinión acerca de los protocolos de atención de matronería en coyuntura de COVID-19, destinados a mantener la seguridad y prevención de contagio de pacientes y personal.
- Identificar la vivencia subjetiva del proceso.

3. MATERIAL Y MÉTODO.

3.1. Enfoque y alcance.

El estudio fue de enfoque cualitativo y su alcance exploratorio dado lo emergente de la pandemia y consiguiente falta de estudios previos. Este enfoque permitió conocer los hechos y sucesos desde la apreciación y vivencia de los propios participantes, de quienes ejecutan las acciones ministeriales priorizadas del Programa de la Mujer en tiempo de pandemia. Esta vivencia está influenciada por sus motivaciones y creencias, y también por su experiencia práctica, la cual es relevante considerar cuando se realiza un balance de nuevas decisiones de gestión en salud.

Dada que esta realidad es mejor conocida por los actores involucrados que por el investigador, sobre todo en esta coyuntura de COVID-19 emergente, se ha considerado adecuado el enfoque cualitativo, y no uno preestablecido que restrinja las posibilidades del participante de explayarse, como sería el caso de una encuesta en un diseño cuantitativo. Se suma el interés de conocer cómo se desenvuelve el profesional de matronería, su vivencia subjetiva, que influye en la respuesta del profesional y su atención sanitaria, y para cuya indagación también se presta mejor el enfoque cualitativo.

3.2. Población y muestra.

La **población** de referencia del presente estudio fueron matronas y matrones de CESFAM de comunas urbanas y rurales del Valle de Aconcagua, que se desempeñan en el Programa de Mujer de dichos establecimientos.

La **muestra** consistió en nueve matronas y matrones provenientes de Centros de Atención de Salud Familiar del Valle del Aconcagua, de comunas urbanas y rurales, que entregaron su testimonio y reflexión a título personal, no como representantes institucionales del CESFAM en el cual se desempeñaron. En tanto estudio exploratorio, se esperaba con este número limitado de entrevistas levantar las diversas dimensiones relevantes del problema, información que pudiera ser de utilidad para diseñar estudios futuros más amplios.

Los **criterios de selección** para los participantes de la investigación cualitativa fueron:

- Matrones y matronas que hayan ejercido actividades de atención directa con usuarias del Programa de Salud de la mujer en tiempos de pandemia.
- Matrones y matronas que lleven al menos un año ejerciendo actividades en el CESFAM seleccionado, periodo 2020 y 2021.
- Se incluyeron tanto hombres como mujeres.

Los **criterios de exclusión** fueron los siguientes:

- Estar ejerciendo como reemplazo, o tener menos de 1 año de ejercicio de la profesión a nivel de APS.

3.3. Instrumentos de recolección de datos (ver Anexo N.º 2 y Anexo N.º 3).

Las **fuentes de información** fueron las personas entrevistadas. Para la **recolección de los datos** de investigación, la técnica utilizada fue una entrevista semi-estructurada con una cantidad de preguntas establecidas previamente, de las cuales ocho fueron realizadas de manera virtual y una por llamada telefónica, producto de la situación sanitaria a nivel país para el momento de aplicación de las entrevistas. Se coordinó con las matronas y

matrones a entrevistar, en un horario pertinente para ellos, con un ambiente tranquilo y que estuviesen en completa libertad de contestar las preguntas de los investigadores. Sus respuestas fueron grabadas, para conservar fielmente lo que los entrevistados dijeron y para no dejar espacio a la interpretación por parte de los investigadores, posteriormente fueron transcritas, respetando en todo momento su privacidad y velando por su seguridad. Cabe señalar que dichas grabaciones no fueron distribuidas ni utilizadas con un fin distinto a la investigación. La entrevista fue piloteada con dos matronas que no participarán del estudio, y fue validada técnicamente por el investigador principal (matrón) y de apoyo metodológico (socióloga).

3.4. Análisis de datos.

Se realizó un análisis de contenido, que es una técnica tradicional utilizada en el proceso de procesamiento y análisis de datos en investigaciones cualitativas. Esta técnica tiene como propósito encontrar y sintetizar los resultados del estudio de modo sistemático, codificando y agrupando los contenidos que emergen de los relatos de los participantes. La entrevista grabada fue transcrita literalmente, en todo su texto, para obtener la información tal como fue expresada por los participantes, y así desarrollar un análisis completo y detallado de cada respuesta, evitando omitir información valiosa. Luego se vació la información de cada una de las entrevistas en una matriz de análisis (codificación abierta, de primer nivel), donde se procesó en dos pasos: análisis de cada párrafo, el cual fue codificado de modo abierto, es decir, se rotuló con conceptos de síntesis el contenido del texto. Luego se realizó una codificación integrada de cada una de las entrevistas, donde se agruparon los contenidos similares y los temas que tuviesen relación entre sí. A continuación, se procedió a la codificación integrada del conjunto de entrevistas (codificación de segundo nivel), en función de las categorías que hayan emergido del análisis anterior. Finalmente, la información ya categorizada y agrupada, fue interpretada

en la Discusión, considerando tanto el marco teórico inicial del estudio, como los resultados encontrados y relaciones entre ellos (15).

3.5. Consideraciones éticas.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua (Anexo N° 4).

Método de invitación de sujetos de investigación (Anexo N.º 5). Los sujetos de investigación fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios: comuna urbana o rural donde ejerce, años de experiencia que tiene en el campo de la matronería y especialmente, si ha estado ejerciendo durante el año 2020 en CESFAM. Respecto a los criterios de exclusión, se considerarán como estos el hecho de estar ejerciendo como reemplazo, o tener menos de 1 año de ejercicio de la profesión a nivel de APS.

Junto al equipo docente, el grupo de estudio confeccionó una lista inicial de potenciales participantes, la cual se creó a partir de contactos entregados por profesores y estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura con posibles matronas/es candidatos a ser entrevistados, considerando los criterios de selección y las facilidades (contacto previo profesional, personal o académico) para acceder a las personas. Se les hizo entrega de una solicitud formal mediante un correo electrónico, invitándolos a ser parte de la investigación a título personal y de forma voluntaria. En dicho correo se adjuntó también el formulario de consentimiento informado timbrado por el CEC SSA, y un resumen del estudio. De acuerdo con esto, se agendó una reunión adecuándose a su horario personal y profesional para realizar la entrevista. El método de realización de la entrevista se llevó a cabo de manera telemática, debido a las condiciones sanitarias en las que se encuentra el país en el año 2021 y también dependiendo de lo solicitado por el entrevistado. Una vez realizada la entrevista, se les consultó si conocían a otros

profesionales matronas/es a quienes podría realizarse la entrevista. Para los que señalaron que sí, se les solicitó que consultaran a estas personas si deseaban participar y, en los casos de respuesta positiva, si autorizan que el equipo de investigación las contacte (técnica de “bola de nieve”).

Autonomía. Los participantes decidieron libremente si querían o no ser partícipes del estudio. Además, fueron informados de que podían dejar de responder alguna pregunta, y que podían retirarse del estudio cuando ellos lo desearan y en cualquier etapa de este. En el estudio no participaron personas dependientes o vulnerables, cuya autonomía podría estar vulnerada, sino profesionales en ejercicio, sin relaciones de dependencia con el equipo de investigación. Se contó con un consentimiento informado para respaldar la libertad de decisión de participar en el estudio.

Análisis de riesgo. Los posibles riesgos para considerar fueron los siguientes:

- Se pudo reconocer como riesgo previsto, que los participantes piensen que su opinión pueda afectar negativamente su ambiente laboral por la posibilidad que se pueda divulgar su entrevista u opinión sobre los controles priorizados en su CESFAM. Para evitar lo anterior, tanto la identidad de los participantes, como las entrevistas no se divulgaron, ni se hizo referencia a las respectivas comunas o CESFAM en el cual los participantes se desempeñan.
- Para evitar los riesgos de que las entrevistas puedan interferir con los horarios de trabajo de los participantes, las estudiantes se comprometieron a establecer un horario determinado y adecuado a las necesidades de los individuos (ya sean las entrevistas presenciales o vía web).
- Para asegurar los datos de los individuos y las entrevistas, una vez terminada la investigación, las entrevistas y consentimientos informados fueron guardados bajo custodia del investigador principal. Es decir, las grabaciones y transcripciones de las

entrevistas posteriormente a ser analizados por las estudiantes y docente a cargo de la investigación, serán resguardados por el investigador principal por un periodo de tres años en un mueble de archivo con llave, destinado al resguardo de los datos de investigación y tesis de la Carrera en el Campus San Felipe, y posteriormente se eliminarán.

Beneficios. Dentro de los beneficios se pudieron analizar los siguientes:

- No existieron beneficios directos materiales para los sujetos partícipes de la investigación.
- Los investigadores se comprometen a enviar los resultados finales de la investigación realizada a los participantes que señalaron su interés en obtenerlos.
- Los investigadores se comprometieron a presentar los resultados finales en alguna instancia de interés del participante (CESFAM, instancia comunitaria).

Justicia. Tal y como la justicia se define para las investigaciones, los participantes del estudio fueron entrevistados a partir de una misma pauta de entrevista, y con el mismo nivel de respeto independiente del cargo o función que realicen en el servicio asistencial de salud. Se buscó equilibrar la muestra en los siguientes puntos:

- Participación de matronas y matrones, resguardando la equidad de género.
- En el presente estudio observacional, no se asocian consecuencias negativas para la salud, ni tampoco beneficios, por lo que no se afectará el principio de la justicia distributiva.
- Se estima que no se cuenta con participantes considerados vulnerables o dependientes, por lo tanto, no se necesitan resguardos adicionales.

4. RESULTADOS.

Dentro de los resultados que se evidenciaron, estos se encuentran agrupados en tres grandes temas, los cuales son: priorización tanto nacional como local, modalidad de atención que incluye medidas de protección y vivencias personales.

4.1. Priorización nacional.

4.1.1. Conocimiento de las orientaciones provenientes del MINSAL.

Todas las personas entrevistadas demostraron tener conocimiento, o refirieron poseer información sobre la normativa nacional relacionada con la priorización de las atenciones de matronería [E1P1] [E2P5] [E3P1-P7] [E4P2] [E5P1] [E6P1-P19] [E7P1] [E8P1-P3] [E9P2-P23]. También se hizo referencia a que la normativa nacional se canalizó a través del Servicio de Salud Aconcagua [E6P1] [E9P23].

“Mira, en general la verdad es que, si me preguntas a nivel nacional propiamente tal, lo desconozco un poco. Porque de repente la administración igual es del Servicio de Salud. Llegan lineamientos generales, pero las indicaciones o algunas de las recomendaciones vienen dadas de los propios servicios” [E6P1].

4.1.2. Entrega de las indicaciones nacionales.

No se precisa la fecha en la cual llegaron las primeras indicaciones nacionales, los entrevistados se refieren “al inicio” [E3P7], pero se puede inferir que fue en el primer semestre, dado que el comienzo de la pandemia fue a partir de febrero-marzo del 2020.

Igualmente hay entrevistados que señalaron haber recibido orientaciones técnicas después, por ejemplo, en octubre [E7P1].

"A nivel nacional, nosotras recibimos las orientaciones técnicas recién en octubre ... porque a nivel nacional siempre nos llegan todas las orientaciones técnicas. [E7P1]"

Para guiarse respecto a qué priorizar, los entrevistados fueron recibiendo diversas directrices, que correspondieron a: priorización y lineamientos generales [E1P1-P12] [E3P7] [E6P1] [E8P1], un ordinario con sugerencias sobre las atenciones que debían ser suspendidas, remotas o presenciales [E1P1-P12], orientaciones técnicas indicando los controles que se deberían realizar [E2P1] [E5P1] [E7P1] [E8P3], un formato con sugerencias sobre si los controles se debían realizar de manera presencial, o a través de tele-consultas y/o tele-trabajo [E2P1], normativas y pautas especificando cuáles controles priorizar [E5P1], e incluso un plan ministerial que contenía información sobre qué priorizar dependiendo del plan paso a paso [E8P3].

"Sí, tanto el año pasado como este año, lo primero que llegan son las orientaciones técnicas en cuanto a qué controles deberíamos realizar y en qué formato, ya sea presencial o a través de tele-consultas, tele-trabajo" [E2P1].

En primera instancia se menciona que hubo un cambio de perfil en cuanto a la dinámica para realizar controles, y la modalidad de atención entre el año pasado y el actual [E8P3] [E9P1]. Además, se produjeron constantes cambios en la priorización entregada por parte del MINSAL [E1P1-P15]. Existió una actualización constante de los documentos con la lista de los controles que debían ser presenciales [E8P3], incluso se cambiaban definiciones, como por ejemplo el término de "paciente con contacto estrecho" [E7P2]. A su vez, se destaca el desconocimiento acerca de cómo se estaba realizando la priorización a nivel nacional, y si todos estaban siguiendo las mismas indicaciones [E6P1-P20]. Además,

refieren que existieron cambios y actualizaciones con respecto a la información entregada [E1P1-P15] [E7P2] [E8P3], por ejemplo, en 2020 se utilizaba más el concepto de teleconsultas, por medio de llamadas telefónicas (incluyendo el control prenatal) [E2P3] y lo que principalmente se priorizaba eran la atención de gestantes, diada en domicilio y cualquier urgencia justificada [E9P2].

"Entonces, primero dieron lineamientos, luego se cambiaron, luego otras sugerencias. Como que fuimos sobre la marcha también viendo qué es lo que era atingente y qué era pertinente a favorecer las atenciones" [E1P1-P15].

4.1.3. Controles priorizados a nivel nacional.

El control prenatal fue la principal priorización establecida en las indicaciones nacionales, para ser realizado ya sea de manera presencial [E1P2] [E3P3] [E5P31] o mediante visita domiciliaria [E3P3]. Ya que la indicación del Servicio de Salud Aconcagua fue que, a nivel nacional, el control a gestantes debía ser presencial, aquellas embarazadas confirmadas o sospechosas de COVID-19 positivo también debían tener esta prioridad [E7P2]. De la misma forma se refiere que los controles adolescentes debían seguir la modalidad presencial [E5P3]. En los CESFAM que priorizaron control de diada [E1P2] [E3P3] [E5P5] [E8P2-P3-P5], éste se llevó a cabo a través de visitas domiciliarias [E3P3] [E8P2]. Así mismo, las atenciones relacionadas con la entrega de tratamiento para cáncer y/o infecciones de transmisión sexual (ITS) también debían realizarse [E5P7]. Igualmente, fue priorizada la dispensación de recetas de métodos anticonceptivos al momento de entregar otras prestaciones [E8P3], como por ejemplo dentro de los ingresos de fecundidad y controles de regulación de fecundidad, aunque ésta redujo su cobertura en un 50% [E8P3]. Los ingresos a control prenatal, control de puérpera y recién nacido, test rápido de VIH en demanda espontánea y, a su vez, la toma de PAP y mamografía, también se priorizaron [E8P5].

“Pero a nivel nacional se nos indicaba claramente que la atención de embarazadas tenía que ser presencial. La atención de los puerperios, atención presencial por los riesgos que puede conllevar...” [E5P5].

Otras áreas de atención también fueron mencionadas como priorizadas a nivel nacional, aunque en menor medida. Una de ellas es el de regulación de la fertilidad [E3P3] [E5P33] [E8P3], que fue realizada de manera presencial [E5P33]. En algunos centros de salud, los métodos anticonceptivos, declarados prioridad nacional, solo fueron entregados en farmacia, sin necesidad de involucrar al profesional matrócn [E3P3] [E8P3]. En cuanto al control de climaterio, solo un entrevistado refirió que éste era realizado a través de llamadas telefónicas [E5P33].

“Todo lo que es método anticonceptivo, no se hacían los controles, si no que se despacha directamente desde la farmacia. A no ser que las recetas, por ejemplo, de los métodos anticonceptivos no estuvieran vigentes” [E3P3].

En la siguiente tabla se sintetiza la mención de priorización nacional.

Controles regulares de matronería en APS priorizados a nivel nacional en contexto de pandemia.	Mencionado por entrevistada
Control prenatal	[E1P2] [E3P3] [E5P4-P43] [E8P2-P3-P5]
Control del puerperio (Control de la diada)	[E1P2] [E3P3]

	[E5P5] [E8P2-P3-P5]
Control de la regulación de la fertilidad <ul style="list-style-type: none"> ● Entrega de anticonceptivos ● Recambio de anticonceptivos ● Controles del primer mes post inserción DIU Cu ● Controles del primer mes post inserción implante subdérmico. ● Consulta de anticoncepción de emergencia. 	[E8P3-P5] Sin menciones. Sin menciones. Sin menciones.
Consejería en salud sexual y reproductiva	Sin menciones.
Control del climaterio en mujeres de 45 a 64 años <ul style="list-style-type: none"> ● Control de ingreso al programa de climaterio ● Terapia hormonal de la menopausia por 3 meses de acuerdo con el tipo de fármaco 	[E5P33] Sin menciones.
Clínica de Lactancia materna	Sin menciones.
Control del programa del adolescente	[E5P3-P35]
Consulta espontánea del adolescente	[E5P35]
Clínica de ITS (consulta por infección de transmisión sexual)	[E5P7] [E8P5]

Talleres “Chile crece contigo”, Preparación para el parto y post parto. (Educación grupal a gestantes)	Sin menciones.
Visita domiciliaria integral.	[E8P2]
Controles morbilidad ginecológica <ul style="list-style-type: none"> ● Toma de Muestra de PAP 	[E5P6-P7-P17] [E6 P13] [E8P3]
Atención de urgencia.	Sin menciones.

Los entrevistados refieren que los controles ginecológicos podían ser postergados, e incluso dejar de realizarse acorde a las indicaciones nacionales [E5P6-P17] [E6P13], de la misma forma que se suspendió la toma de PAP [E8P3].

"Entonces, podíamos dejar ese tipo de atenciones, pero había atenciones que simplemente no se hacían, como los controles ginecológicos, los PAP. Ahí si la indicación fue dejar de hacer controles ginecológicos, lo que al final, un poco de lo que les decía al principio, fue un problema, porque en algún momento dijeron que las metas sanitarias, el PAP es una meta sanitaria" [E5P17].

De las diversas atenciones que se realizan en matronería, muchas de ellas no fueron mencionadas por los entrevistados, en términos de si se les daba o no priorización nacional. Entre ellos se encuentran los controles del primer mes post inserción DIU Cu, controles del primer mes post inserción implante subdérmico, consulta de anticoncepción de emergencia, terapia hormonal de la menopausia por 3 meses de acuerdo con el tipo de fármaco, clínica de lactancia materna, talleres “Chile Crece Contigo”, preparación para el parto y post parto y por último, atención de urgencias.

4.1.4. Opinión acerca de la priorización nacional.

Varios entrevistados señalaron que la priorización fue adecuada. Lo anterior, por varias razones: era posible aplicarla a nivel local [E5P1-P37], fue adecuada dada la situación de pandemia [E8P6], les permitió orientarse y tener un respaldo para saber a quién atender [E3P3] [E5P37-P38] [E5P40], además de permitirles tener un orden, estructura y organización [E5P40]. También posibilitó actuar oportunamente [E7P3], y resguardar la seguridad tanto de usuarios como funcionarios [E7P3-P7].

"Sí, igual ayudan. Ayudan harto a poder orientarse y a poder tener un respaldo de a quién atender y a quién no. Nosotros en base a eso podemos organizarnos también. Yo creo que siempre una base es buena para la organización en grupos, que no estábamos acostumbrados" [E5P37-38].

4.1.5. Crítica.

Falencias en las indicaciones: uno de los entrevistados mencionó que las indicaciones que debían seguir no se ajustaban a la realidad local [E5P13], además de que estas indicaciones solían ser contradictorias [E6P8] y no se aclaraban al momento de establecer qué se debía llevar a cabo [E6P8]. Ello por cuanto no existía una coordinación adecuada entre el Servicio de Salud Aconcagua y CESFAM [E5P41-P43]. Incluso se mencionó que actualmente no hay claridad acerca de lo que se debe priorizar [E9P5].

"Al principio debemos reconocer que lo hicimos un poco desordenado. Yo creo que debe ser también porque no teníamos claridad de lo que se decía. Aparte nos pasaba que, por ejemplo, nos llegaba correo de qué teníamos que hacer, después íbamos a la reunión del servicio de salud y había otra cosa, después acá en el

CESFAM se entregaban otros protocolos. Entonces al final teníamos un enredo y hacíamos cosas como autónomas" [E5P41].

Otra crítica se relacionó con las consecuencias negativas a futuro de la priorización. En el área de matronería todos los usuarios son de riesgo, por lo tanto, todos requieren atención [E5P10]. Es por ello que los entrevistados manifiestan la preocupación de que producto de los controles no priorizados (como la toma de PAP), a futuro podría existir un aumento de la incidencia de cáncer cervicouterino [E7P8] [E8P3-P6] o bien de otras patologías (cáncer de mama, insuficiencia renal, infartos) por la despreocupación que existe en las distintas áreas de la salud, ya que estos se encuentran enfocados en la prevención de COVID-19 [E5P12] [E8P3].

"El problema de un punto de vista de salud pública es que vamos a llegar quizás tarde, quizás, no puedo asegurarlo. El año pasado tomamos poco PAP, y eso nos va a pasar, siento yo, cuestión mía, con los hipertensos, diabéticos, con los controles de niño sano, la sala de estimulación temprana que es donde tú ves los retrasos...la suspensión de las cirugías electivas, entonces estamos previniendo el COVID-19, pero después ¿cuántos infartos voy a tener, cuantas insuficiencias renales, ¿cuántos cánceres cervicouterinos?" [E8P3].

Otro problema reseñado fue el de dificultades en materia de gestión. Al inicio de la pandemia el MINSAL indicó no considerar metas y GES [E1P1-P15], restableciéndose a la mitad de la pandemia el cumplimiento de estas [E1P1-15]. Este cambio generó un conflicto, por ejemplo, con metas sanitarias relacionadas con la toma de PAP y bonos que recibe el personal de salud [E6P13]. Uno de los entrevistados refiere que no se puede cubrir la pandemia y paralelamente dar cobertura a la toma de PAP [E8P6].

"Hubo un acuerdo de palabra de que a fin de año no se iban a tomar en cuenta el

no cumplimiento de metas, y se iban a dar por cumplido todo. Pero resulta que llegó fin de año cuando son la negociación de los presupuestos y eso sí influyó, y de repente dicen que, si se iban a tomar en cuenta las metas sanitarias, nosotros habíamos dejado de hacer" [E6P14].

4.2. Priorización local.

4.2.1. Aspectos generales de la priorización.

En marzo de 2020 se suspendieron todos los controles [E6P14]. Pese a esto la Red de Salud Aconcagua siguió funcionando bajo la orientación ministerial que se entregó a todos los CESFAM del Valle de Aconcagua [E2P15] [E6P18] [E8P4]. Se entregaron protocolos en base a la propuesta del MINSAL y se rigieron por lo declarado por el Servicio de Salud Aconcagua [E3P1-P4]. Por lo tanto, las orientaciones técnicas, indicaciones y recomendaciones provenientes de Servicio de Salud Aconcagua, dieron base a las atenciones y controles que se podían realizar en fase 1, 2, 3 y 4 del plan paso a paso [E2P5] [E5P21] [E6P1].

"A nivel nacional, todos se basaron en la propuesta que hizo MINSAL a los centros de salud, y en base a esa propuesta se realizan los protocolos locales a nivel de CESFAM" [E3P1].

En el camino, las orientaciones nacionales se fueron adaptando y flexibilizando acorde a la realidad local y a las necesidades de cada territorio [E8P4-P6]. Por lo que, en ocasiones el CESFAM se basaba en guías locales [E4P4] [E5P4], y tomaba decisiones para mantener la salud y bienestar de la mujer [E9P24]. Durante el último tiempo se fueron apegando a las sugerencias de la referente técnico del Servicio [E5P44] [E9P23] y con el paso de los meses, cada CESFAM fue adaptando la norma a su realidad [E5P8].

“En primera instancia, siempre las indicaciones son las que da el ministerio, y en este caso a través del Servicio de Salud Aconcagua. Pero en el andar también uno fue flexibilizando y viendo la realidad local” [E923].

Según la organización y acuerdos entre CESFAM, se priorizaron a las gestantes y se dejaron de realizar otros controles, debido a que no se conocía el alcance del virus [E4P2]. Por ejemplo, en lugares como el Hospital San Juan de Dios de Los Andes, a inicios de la pandemia se seguían realizando las ecografías del primer trimestre [E8P2].

“Obviamente, en un principio no conocíamos el alcance del virus, entonces suspender el resto de las atenciones y priorizar las embarazadas” [E4P2].

Al disminuir los contagios y previo a la “segunda ola” se retomaron todos los controles [E6P17]. Algunos CESFAM iniciaron ciertas atenciones antes de la indicación formal, esto a pesar de la comunicación entre los asesores encargados de cada programa [E6P1]. Aquello favoreció, por ejemplo, una mayor cobertura en la toma de PAP en algunos CESFAM [E6P1-P18]. En general, primero se terminaron de atender las citas agendadas, y hoy en día sólo se atiende a la gente que está citada [E2P27] [E7P2].

“Por lo tanto, uno se entiende más con la asesora de cada programa digamos, entonces, nosotros llegamos a acuerdos, los CESFAM llegan a acuerdos a nivel de dirección con otros CESFAM, en el fondo” [E6P1].

A partir de noviembre de 2020, se realizan todo tipo de controles, bajo diferentes modalidades de atención. Es decir, lo que se prioriza es lo que realmente los usuarios requieren, según su necesidad [E2P7-P8-P36-P44].

“La que dieron en primera instancia el año pasado, comparada a la de este año, son súper distintas. Porque el año pasado se hablaba mucho de hacer teleconsultas a través de llamadas telefónicas en controles prenatales, en controles de paternidad. En cambio, este año lo que se prioriza es casi todo presencial” [E2P3].

En ningún momento se dejó de atender. Sin embargo, se definieron muy bien las atenciones clínicas, y se priorizó de acuerdo con las necesidades de los usuarios. Todo lo que era necesario que asistiera al CESFAM, se priorizó [E1P13]. Tal como urgencias ginecológicas, obstétricas, embarazos, nacimientos, puerperios y entrega de recetas [E5P12-P58].

“En ningún momento fue como, ya, dejamos de atender” [E1P13].

Para todo lo que no se lograba atender, se aplicaban diversas herramientas para entregarles información a las usuarias, como, por ejemplo: redes sociales o llamadas [E1P4-P13] [E4P3] [E5P12-P23-P58-P69].

“Lo que no se atendía lo llamábamos, si estábamos horas casi call center llamando por teléfono. Lo que era necesario que viniera lo priorizamos” [E1P13].

Actualmente ya no se priorizan controles, sino que prácticamente se realizan todos con normalidad [E4P8], mediante la agenda, lo que permite más organización de las atenciones. Pero que han aumentado los procedimientos dentro del box, tales como la sanitización. [E4P3][E5P61-P63]. Todo el CESFAM prioriza las atenciones, y las matronas no son la excepción, ya que poseen autonomía dentro del Centro de Salud y atienden según su criterio e implementación, como, por ejemplo, la pesquisa de Chagas en zonas endémicas [E5P28-P41] [E6P20-P40] [E9P25].

“Por ejemplo, en los controles llegó una normativa local del Servicio de Salud, que estaba basado aparentemente por normativas del MINSAL, donde indicaba qué controles teníamos que realizar en fase 1,2,3 y 4”[E5P21].

A continuación, se describen las apreciaciones de las personas entrevistadas acorde a prestaciones específicas de matronería.

4.2.2. Control de gestantes.

Los controles a las gestantes son mensuales según norma. Pero producto de la pandemia, se indicó que se debían realizar al menos cuatro controles prenatales en fase de cuarentena. Sin embargo, se determinó que era peligroso e insuficiente, por lo cual se amplió a seis controles, adaptándose el número de controles a la realidad de cada usuaria. Por otro lado, los talleres prenatales se debían realizar solo en fase 4, pero los profesionales utilizaron la flexibilidad que la norma les permite para realizarlos antes [E5P22-P24-P25-P30] [E7P4].

“Como te mencionaba recién, siempre fueron las embarazadas y sus controles. Se había dicho que tenían que ser mensuales, pero debido a cada caso, uno sabe que esto igual en la realidad es diferente. Los controles al comienzo son cada un mes, pero después se van acortando. Sin embargo, cuando tú tienes embarazadas que tienen alguna patología, igual no puedes ir a atenderlas muy a lo lejos. Así que ellas siempre tuvieron sus controles al día o priorizaciones de sus ecografías de la I y la II, esas estaban aseguradas, la III no se podía asegurar”[E7P4].

A la vez, al comienzo se atendía a las gestantes sólo desde cierta edad gestacional debido a la alta cobertura del CESFAM. Pero siempre fueron priorizadas, ya que no se podían dejar de atender por el riesgo asociado [E2P6] [E4P1-P4] [E6P32] [E9P7]. En 2020 se priorizó en primera instancia: las consultas de ingreso y control prenatales, control puerpera y recién

nacido, ingresos y controles de fecundidad, test rápido de VIH en demanda espontánea, consultas obstétricas, toma de exámenes y derivaciones a otros profesionales. Gestantes con patologías debían tener controles al día y ECO (Ecografía) I y II. Entre cada control, se llamaba a la usuaria para entrevistarla, saber cómo estaban, entregarles resultados y coordinar hora médica. Sin embargo, este sistema de llamada termina siendo tedioso, por esto uno de los grandes cambios fue cuando el control prenatal comenzó a ser totalmente presencial [E1P10-P33] [E2P5-P6-P15-P33] [E3P13] [E5P65] [E7P4] [E8P2-P5].

“Bueno, nos basamos en la orientación técnica. Lo primero que pensamos sí o sí fueron todo lo que se relacionara con embarazo y gestante: ingreso a control prenatal, ecografías control prenatal y todo lo que fuera exámenes a gestantes” [E1P13].

4.2.3. Diada y lactancia.

Se prioriza el control de diada, es decir, control de puérpera y recién nacido, y se mantuvieron consultas de lactancia espontáneas. La clínica de lactancia siempre fue presencial [E1P3- P33-P34] [E3P1-P13] [E4P2] [E8P5].

“...y aparte, también lo otro que no se dejó de ver fue la atención de la diada, de la puérpera y el recién nacido” [E4P2].

4.2.4. Controles planificación familiar.

Respecto a los controles de planificación familiar, se realizaron ingresos y controles de fecundidad de manera habitual. Entre las actividades llevadas a cabo mencionadas por los entrevistados, se encuentra la entrega de anticoncepción de emergencia, inserciones y extracciones de anticonceptivos y entrega y recambio de dichos métodos [E1P33] [E8P5].

En cuanto a los controles que requieren monitoreo periódico de presión arterial, peso, entre otros, estos parámetros fueron tomados en administración [E5P69-P70]. Una de las medidas que se implementó fue extender el control de planificación familiar cada un año, para reducir la movilidad de las usuarias al CESFAM [E1P8-P33] [E6P15] [E7P4] [E8P3].

“Considerando que hemos extendido incluso a 1 año el control de planificación familiar, pensando en reducir la movilidad, obviamente, y nos ha dado resultado hasta ahora” [E1P8].

4.2.5. Controles ginecológicos.

Con respecto a los controles ginecológicos, en algunos CESFAM se le dio prioridad al screening de casos cervicouterinos y al rescate de usuarias para la toma de este. Mientras que en otros CESFAM se inició la toma de PAP en octubre [E6P14] [E9P77]. Según el centro, las horas desocupadas como la de las gestantes, se utilizaron para la cobertura de la toma de PAP [E6P14].

“De hecho, ha sido impresionante la cantidad de exámenes alterados que nos han salido. He dado prioridad al rescate de pacientes para toma de PAP, para poder tener la población bajo control y, si hay algo alterado poder derivar a tiempo” [E9P77].

4.2.6. Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Se priorizó test rápido de VIH en demanda espontánea y prestaciones asociadas a VIH e ITS. En cuanto al tratamiento de los condilomas, este quedaba a criterio de cada matrón en qué momento tratarlo [E1P8] [E5P19] [E8P5].

“Mantuvimos también los test rápidos de VIH, las consultas espontáneas por ITS, los ingresos a ITS” [E1P8].

4.2.7. Prestaciones no priorizadas.

Durante la pandemia, los controles ginecológicos fueron suspendidos por tres meses, para luego ser retomados [E1P8]. Así fue, como al comienzo de la pandemia no se priorizó la toma de PAP, ya que no era necesario en ese momento. Además, producto de la falta de horas, la toma de mamografía también se suspendió, en conjunto con todo lo relacionado con ginecología y consejería en salud sexual y reproductiva. También se suspendieron otras prestaciones, como el programa del adolescente, las consultas espontáneas del adolescente, las visitas domiciliarias integrales, la entrega de anticonceptivos, la atención de urgencias y el programa de climaterio. Este último se coordinó con otros establecimientos, con la idea de realizarlos en modalidad remota. Así fue, como el control de TRH (terapia de reemplazo hormonal) fue realizado por médico en modalidad de atención remota [E1P34]. Los controles de climaterio fueron retomados en noviembre del 2020 [E1P34-P38-P39] [E2P13] [E3P5] [E4P1] [E6P7-P13-P31-P35] [E7P4-P5] [E9P78].

“De todas formas, todo lo que era PAP, mamas, no se hizo durante la pandemia. Recién cuando cambiamos de fase, a lo que fue la etapa de transición, fase 2, recién ahí se empezaron a volver lo que era la toma de PAP, la toma de mamografía, porque todo eso estuvo congelado en el tiempo de pandemia...En lo que es controles de adolescente, recién de agosto del 2020 empiezan a hacer los controles de adolescente, pero vía remota, esa fue la orientación que nos entregó el servicio de salud. Y ya hasta llegar a un punto donde vimos que realmente tenía que volver todo a lo que es el box” [E3P5].

Por otro lado, los talleres de Chile Crece Contigo, se realizaban a través de cápsulas educativas que se compartían en redes sociales [E1P37]. Sin embargo, en comunas que se encontraban en fase 4, se tenía permitido la realización de estos en los centros de salud [E1P37] [E5P22]. Para evitar la aglomeración de gente y respetar el aforo permitido dentro del recinto, no se realizaron campañas de PAP, lo provocó una reducción de la cobertura en alrededor de un tercio (1 vs 3 usuarias por hora) [E1P9] [E8P4].

“Los talleres de Chile Crece Contigo, siempre fueron suspendidos, pero siempre tuvimos la opción, que el año pasado tuvimos un tiempo internas, un poquito, fueron 2 internas que pasaron el año pasado. Y ellas hicieron cápsulas educativas, que fueron compartidas, como en la web, en la página y en las redes de nuestro CESFAM, pero en contacto directo, que no fuera algo a través de redes sociales, se suspendió total” [E1P37].

4.2.8. Opinión positiva.

La opinión de los profesionales de salud, en general, es positiva, ya que consideran que la priorización local inicial de controles y consultas específicas, fue necesaria y atingente. Se logró, de este modo, que no existiesen mayores inconvenientes en las atenciones, cómo por ejemplo, el horario de atención y el seguimiento de los controles telefónicos [E2P11-P14] [E3P7] [E6P9-P15-P32-P37] [E8P8] [E9P38-P45]. Esta priorización favorece la atención expedita, producto de la disminución de la movilidad de la gente y facilita, a su vez, que ningún usuario se deje de lado. Además, las atenciones pueden flexibilizarse acorde al criterio profesional [E1P3-P17-P31] [E2P8] [E5P68-75] [E9P46-P47]

“...Entonces, ahí es donde uno tiene el fuero como profesional, para poder flexibilizar esa atención” [E9P46].

Esta organización de la matronería, considerada positiva, se logró gracias a la capacidad de respuesta, cambio y resiliencia del equipo frente a las necesidades de la población, además de la adaptación a la realidad local y a los cambios de lineamientos. A esto se sumó, también, la disposición de llevar a cabo las atenciones, porque nunca se dejaron de realizar [E1P17] [E5P57] [E6P17] [E9P34-P38-P39].

“Netamente la resiliencia del equipo era de cómo podemos adaptarnos por un bien común, ¿cierto?, por una situación especial que está viviendo todo el país” [E1P17].

4.2.9 Opinión crítica.

Si bien, los controles priorizados fueron considerados adecuados, como se señaló en un punto anterior, hay opiniones críticas frente al qué hacer. Los aspectos negativos asociados a la priorización se relacionan con la incertidumbre, los problemas de salud no cubiertos y sus efectos, el malestar de los usuarios, y el estrés que los temas anteriores generó en los profesionales. Los entrevistados refieren que, debido a la incertidumbre, dejaron de hacer ciertas actividades, porque no existía claridad de lo que debían realizar o no, además de que no daban abasto [E6P25] [E8P6-P7] [E9P34]. Incluso, en un momento, SOME fue parte de las atenciones, porque ellos se preocupaban de preguntar el motivo por el cual los usuarios acudían al CESFAM, por ejemplo, si es primera vez que asistían, o si era para extensión de receta de métodos anticonceptivos, entre otros motivos. Esto significaba que SOME debía contar con el conocimiento de por qué es necesario citar presencialmente a estos pacientes, pero esto no era posible [E1P16-P31] [E5P39-P67-P69-P73]. Otra dificultad que se presentó fue que no se disponía de insumos para atender de manera apropiada [E9P28]. Por último, otro motivo de inseguridad fue el desorden que se produjo con una visita de la secretaría provincial ministerial (SEREMI), debido a que desconocían qué solicitarían [E6P25] [E8P6-P7] [E9P34].

“Finalmente, la sensación de incertidumbre, la sensación de no saber qué indicaciones iban a llegar, si lo que estábamos haciendo estaba mal o estaba bien, de repente nos visitaba la SEREMI, y todos corrían, porque no sabíamos muy bien qué era lo que la SEREMI iba a pedir” [E6P25].

La priorización de las atenciones presenciales, y por ende, el incremento de las atenciones en modalidad remota, aumentaban el riesgo de pasar desapercibidos aspectos importantes de la anamnesis y el examen clínico. Como, por ejemplo, la omisión de la toma de presión arterial en usuarias que consumían anticonceptivos orales combinados (ACOs), o inyectables mensuales [E1P16-P31] [E5P39-P67-P69-P73].

“Entonces, siento que claro, al tener una atención remota, hay que ser aún más cuidadosa con una buena anamnesis, enfocarse muy bien en lo que vas a preguntarle a la paciente. Es totalmente distinto a no tenerla presencial. Al no tenerla frente tuyo, se te pueden pasar varias cosas, así que eso yo creo que es como lo negativo, el no tener el contacto directo” [E1P16].

Otro efecto de la priorización, fue el disgusto que se generó en algunas usuarias. Por ejemplo, las embarazadas no tuvieron sus atenciones de manera continua, y la mayoría de ellas eran vía telefónica. Por lo que las gestantes se sentían abandonadas y sin apoyo en los controles prenatales [E1P16]. Este malestar de los usuarios, produjo estrés en los entrevistados, porque referían que la gente no notaba cuánto exponían su salud para entregarles la atención. Algunos entrevistados narran haber experimentado esta sensación, hasta alrededor de mayo de 2021 [E6P25] [E8P6-P7] [E9P34].

“Y además, esta sensación de claro, a lo mejor una llamada telefónica no era tan atingente como un control presencial. Entonces, también teníamos embarazadas

un poquito sensibles, que incluso nos ponían reclamos, y nos decían que “pucha nos sentimos casi abandonadas por el sistema” [E1P16].

A partir de lo anterior, surge la reflexión de que siempre las atenciones y los usuarios son importantes, y no se puede juzgar si los usuarios son prioridad o no, ya que, para esta persona, su atención siempre será importante. Además, destacar que en el área de matronería se apela al criterio profesional, no así en otras áreas del CESFAM, donde se dejó de atender usuarios [E2P8] [E5P11] [E9P47].

“Nosotros no somos quienes para juzgar si la señora lo que me está diciendo es prioridad o no, porque para esa persona es prioridad” [E5P11].

A la vez, los errores ayudan a organizarse. Es por ello, que el equipo está de acuerdo en que todos los controles priorizados siempre debieron ser presenciales. También consideran que, en la actualidad, la priorización de las gestantes en función a su modalidad, ya no es útil. Y que, además, se deben limitar los controles telefónicos y solo atender por este medio los métodos anticonceptivos de progestágeno solo e implante. En ciertas ocasiones sucedió que las usuarias se confundían y asistían al CESFAM, por lo que se terminaba realizando la atención de manera presencial. Y era importante darles prioridad a estas atenciones, ya que, para muchas personas, el CESFAM es la fuente primaria de atención en salud, en un momento donde muchas familias tuvieron que priorizar la alimentación, antes que la salud. Además, el CESFAM es una fuente de información para muchos extranjeros en el país. [E5-P9-P15-P36-P45-P51-P64-P74-P79].

“Pero también tenemos otro grupo donde la mayoría son extranjeros, donde la única fuente de información somos nosotros. Donde no tienen la opción de tener algo online y si lo tienen, tienen que priorizar la comida versus atenciones” [E5P15].

4.3. Modalidad de atención.

4.3.1. Atención basada en el plan gubernamental “Paso a paso”.

En un principio, la modalidad de atención (atención presencial u otra), se regían por el plan paso a paso establecido por las autoridades sanitarias y el gobierno. Dependiendo del avance de la comuna en este plan, se podían retomar presencialmente las atenciones no priorizadas [E3P3] [E8P6].

"Posterior a eso, la mirada cambia de acuerdo al plan paso a paso. Donde se empieza a ordenar todo lo que son, por ejemplo, respecto a las fases, qué era lo que se iba a hacer presencial y lo que se iba a hacer remoto...Cambia la mirada de acuerdo a cómo vamos conociendo también, lo que es la pandemia del COVID-19"
[E3P3].

Es por ello, que los controles prenatales se mantuvieron presenciales aún en cuarentena [E5P31]. En uno de los CESFAM, los controles prenatales se efectuaron de manera “intercalada”, esto quiere decir que 1 mes el control era vía telefónica y al siguiente mes, presencial [E1P10]. En cuanto a los controles y/o consultas ginecológicas, estas igualmente se realizaban de manera presencial [E5P35]. La misma modalidad de atención se ejecutaba en los controles de planificación familiar, en los que se debían realizar procedimientos, cambio o entrega de un nuevo método anticonceptivo [E1P3-P33] [E5P33]. En algún momento de la pandemia, sólo se atendía lo urgente, evitando el contacto directo con los usuarios [E3P3].

"Eso para nosotros fue muy difícil o imposible, porque tenemos muy pocos choferes. Los choferes estaban completamente dedicados al tema del COVID-19. Así que, no tenían mucha disponibilidad para ir a las casas, o hacer la atención de

las diadas. Así que la atención de diada siempre fue en el CESFAM, siempre fue presencial, y algunas, por ejemplo; teníamos algunas puérperas COVID-19 positivo. Ese si se hacía en las casas, esas atenciones” [E4P6].

4.3.2. Opciones de atención.

Al inicio de la pandemia, existieron opciones al momento de realizar las diversas atenciones de matronería, ya que estas podían ser presenciales, telefónicas o mixtas (presenciales y telefónicas) [E1P2-P11], según la justificación de cada caso. En los distintos CESFAM, surgieron modalidades de atención dependiendo del control a realizar. Por ejemplo, en varios centros de salud el control de diada, e ingreso y control prenatal debían ser realizados de manera presencial [E4P6-P8] [E6P4-P6-P21] ya que se debía priorizar a las gestantes [E7P2]. Es decir, según el criterio del profesional, las citaciones eran para atención presencial, o atención vía llamada telefónica, y nadie podía contradecir la decisión del matrón en cuanto a la modalidad decidida [E5P29-P43] [E9P4]. En algunas oportunidades, los matrones decidían realizar sus atenciones de manera presencial, la que en general se prefería. En este caso, debían utilizar siempre EPP y las medidas de prevención necesarias [E4P7] [E6P40].

“Entonces, también tuvimos que empezar a dar opción de atención. Como, por ejemplo: ¿usted prefiere una atención telefónica? Porque preferible hacerle una atención telefónica, antes de nada, ¿cierto?. ¿Usted prefiere una atención presencial?, o definitivamente usted está viviendo una situación como, por ejemplo, una cuarentena preventiva y lo podemos ir a ver a la casa, hacer una atención de diada en domicilio” [E1P2].

4.3.3. Evolución del tipo de atención.

Hoy en día todos los controles deben ser presenciales, independiente de la fase del plan paso a paso en que se encuentre la comuna [E1P12] [E4P1]. Esto, por la última indicación que recibieron en el CESFAM, por parte de su referente técnico [E3P3] [E5P44]. Actualmente, la atención se está realizando casi como se hacía antes del inicio de la pandemia. De este modo, los matrones aprovechan la ocasión con las usuarias que acuden a los controles, para abordar distintas aristas en la atención [E1P7-P11] [E5P63].

"Después nos fuimos apegando de a poquito a la norma...pero nosotros nuestra realidad local, lo que se indicó por el servicio, es que idealmente fueran presenciales. Y la última también, ya nos apegamos a lo que nos dijo nuestra referente técnico: que todos los controles eran presenciales" [E5P43-P44].

La atención en domicilio se realizaba en los casos de control de diada, es decir, atención de la puérpera y su recién nacido [E2P68] [E6P5-P6] [E8P2], con el fin de realizar un seguimiento del peso y de la lactancia hasta las 40 + 1 semanas [E9P19]. Era decisión de cada CESFAM decidir si este control fuera realizado en domicilio o en el box de atención [E6P2]. Pero en caso de que los usuarios se encontraran en cuarentena preventiva, se ofrecía la atención en domicilio, como también a aquellas que eran confirmadas como COVID positivo [E1P2] [E4P6]. Además, los equipos van a domicilio en caso de urgencias o descompensación [E8P13]. Un entrevistado refiere que su servicio incluso debió realizar visitas a una residencia sanitaria, lo cual no está permitido, pero por contingencia se tuvo que realizar de igual forma [E3P20].

"Entonces, las atenciones que nunca dejaron de hacerse presenciales fueron los controles de embarazo, los ingresos de embarazo, y los controles de puérpera ... Ahora, nosotros igual cambiamos el control de puérpera a un control en domicilio,

porque era un poco para bajar la afluencia de público al CESFAM...Entonces, eso llevó a que tuviésemos que hacer estas atenciones que eran priorizadas...Así que hacíamos los controles de puerperio en la casa, y los controles prenatales y los ingresos se hacían en el CESFAM “[E6P4-P5-P6].

4.3.4. Atención remota (tele consulta, llamadas telefónicas, WhatsApp).

Con el fin de mantener el contacto con los usuarios, se mantuvieron atenciones con distintas modalidades, como por ejemplo, controles telefónicos, redes sociales y WhatsApp [E1P5] [E5P14] [E7P6]. Se empleó la modalidad de atención remota, con la finalidad de disminuir la movilidad de los usuarios al CESFAM, pero estos igualmente debían acudir en busca de su método anticonceptivo [E6P39]. Los casos que permitían realizar atenciones remotas, eran llevados a cabo por matrón/as desde la casa. Entre ellos se encontraban los controles de planificación familiar, sobre todo en el caso de controles de anticonceptivo de progestágeno solo y gestantes a partir del tercer control prenatal [E4P1] [E6P7-P16-P37]. Existían casos que no podían ser atendidos mediante esta modalidad, porque causaban complicaciones y tenían poca eficacia, como por ejemplo, los controles de métodos anticonceptivos [E1P4-P6] [E6P3-P38].

"Los controles de planificación se hicieron en un principio remotos. Lo que más se podía hacer remoto...la indicación que sí llegó, fue que podía seguir por teléfono las actividades que eran progesterona, de anticonceptivos que eran de progestágeno. Entonces, por ejemplo, como la sayana o la trimestral o el implante, esas cosas, bueno el implante no, porque no se puede hacer un control de implante, pero si, por ejemplo, la sayana y la anulit, si se siguió" [E6P7-P16].

4.3.5. WhatsApp.

Esta aplicación resultó beneficiosa, ya que es una buena herramienta no incluida en la guía, útil para resolver dudas sin la necesidad de tener una hora agendada, evitando la presencialidad [E2P10] [E4P5], ya que incluso, se podía hacer entrega de recetas de métodos anticonceptivos [E2P10]. En algunos CESFAM este WhatsApp era manejado por un matrn/a que realizaba tele-trabajo [E2P10]. Aun así, está modalidad de atención presentaba desventajas, ya que de igual manera se producía atochamiento de gente que buscaba atención tanto presencial, como telefónica [E7P6]. Además, había exceso de mensajes [E1P6] y existía una gran diferencia a lo que es una atención presencial [E4P7].

"Como somos un centro grande, la atención por anticonceptivos, es demasiado grande, demasiado. Entonces se habilitó un número de teléfono, donde las usuarias solicitaban la extensión de su receta de anticonceptivo y otras consultas. Así que fue bueno ahí, con el teléfono...con el WhatsApp, se solucionaban hartas cosas. Y eso no venía en la guía, entonces son herramientas que nosotros podemos utilizar [E4P5]".

4.3.6. Llamadas telefónicas.

Entre colegas decidieron cuáles controles serían telefónicos y cuáles no, llegando a un consenso de que los controles de seguimiento podían realizarse telefónicamente. Pero los ingresos en general no [E5P32-P45], por lo que existe un matrn que desempeña desde el CESFAM dichos controles telefónicos [E5P66]. Por ejemplo, respecto al programa adolescente, el ingreso se realizaba de manera presencial y el seguimiento fue llevado a cabo vía telefónica, de esta manera los controles adolescentes fueron priorizados localmente [E5P2-P35]. En cuanto a los controles gestacionales, desde mayo de 2021 no se ejecutan de esta manera, ya que se generaron situaciones bizarras [E1P5] [E5P67]. Por

otro lado, el ingreso a climaterio sí podía efectuarse telefónicamente, ya que a los controles siguientes el médico evalúa a la usuaria y no necesita intervención de matronería, excepto si requiere toma de PAP [E5P34]. En lo referente a los controles de planificación familiar, existió una alta demanda para solicitar métodos anticonceptivos, por lo que se habilitó un número telefónico, produciendo así una menor movilidad de los usuarios que requerían extensión de receta [E4P5-P8] [E6P10-P11].

"Los únicos que pueden ser telefónicos son los de seguimiento de métodos anticonceptivos, no el ingreso, sólo los seguimientos... Todo lo que es cambio de método anticonceptivo tiene que ser presencial ... Entonces ahí nos fuimos organizando. Muchas veces también hemos ido hablando entre nosotros y hemos decidido decir: esto amerita control telefónico, esto no. Pero estamos todos de acuerdo que mientras menos telefónico, para nosotros mucho mejor" [E5P32-P33-P45].

4.3.7. Organización del trabajo.

En el año 2020 se trabajaba con modalidad de turnos [E2P6], lo cual implicaba que las matronas debían atender una semana de manera presencial y otra semana desde el hogar, con el fin de evitar los contagios entre profesionales [E4P7] [E7P17]. Este sistema era complejo [E2P37] [E4P7], pues en algunos centros al haber solo dos matronas por turno los controles no podían realizarse en su totalidad, además, esto generaba mucha carga laboral [E2P6-P37]. Hubo falta de personal y, a su vez cambio de roles [E5P56] [E7P18], lo cual sumado a la mala organización de los turnos y con el personal administrativo (falta de personal en SOME), provocaba que horarios y días quedarán vacíos [E7P18-P19], lo cual conllevaba a que se realizara una reestructuración, ya que las horas no podían suspenderse [E5P56]. También se generó un conflicto por cuarentena por ingreso probable o contacto estrecho [E1P21]. Aunque en la actualidad se piensa que

todos los controles de matronería son importantes, la poca capacidad de infraestructura y los aforos máximos permitidos limitan citar la cantidad de usuarios que se pretende atender [E2P43] [E5P27] [E8P5]. A pesar de que ciertos profesionales se vieron beneficiados con el sistema de turnos [E4P7], esta modalidad se eliminó [E2P9]. En el año 2021 ya no se trabaja con modalidad de turnos. Todas las matronas ya se encuentran trabajando de manera presencial [E2P7].

"Aparte de la priorización, nosotros nos encontramos en un sistema de turnos. Entonces, nosotros íbamos una semana a trabajar al CESFAM, la otra semana iba otro turno, y el resto hacía trabajo en la casa...Entonces, se hizo súper complicado para mí ese sistema. Yo prefiero cumplir, ¿no cierto? con ir al CESFAM a atender, no quedarme en la casa" [E4P7].

Para llevar un orden de las citas a controles y de las horas programadas, los matrones/as poseen agendas mensuales, las cuales pueden ver diariamente para organizar sus atenciones ya que éstas contienen información de sus usuarios, sus controles y resolución de dudas [E2P9]. Estas agendas son planificadas para 2-3 meses posteriores, encontrándose de esta manera llenas antes de la pandemia [E6P10]. La organización de las agendas fue más sencilla cuando SOME adquirió nuevas funciones, como la de ayudar a determinar qué usuarios requerían atención presencial o telefónica para seguimiento de métodos anticonceptivos. Además, en uno de los CESFAM había una persona encargada de guiar a los usuarios respecto a su consulta, en el caso de una urgencia [E5P50] [E8P13]. Otra nueva forma de organización que surgió, fue la comunicación que realizaron los profesionales con colegas de distintos CESFAM, para compartir mediante correos electrónicos flujogramas de atención [E5P50].

"Bueno, en este momento como dije, a partir de noviembre ya estamos haciendo la mayoría o casi el 100% de los controles. Ha sido súper bueno, porque así no

dejamos de lado al paciente... Y como ahora no estamos por turno, nos ayuda, porque cada matrona tiene una agenda diaria, en donde cada una tiene sus pacientes, hacemos todos los controles, resolvemos dudas" [E2P8-P9].

4.3.8. Dificultades.

A pesar de que las guías nacionales recomendaban ejecutar la atención de diada en modalidad domiciliaria, no era completamente factible. Ya que no había personal, ni recursos disponibles para el traslado, es decir, ni choferes, ni vehículos suficientes. Además, las condiciones para llevar a cabo una atención domiciliaria no eran las óptimas [E3P20] [E4P6] [E8P4]. Sucedió lo mismo cuando se sugirió entregar medicamentos a domicilio, ya que esto implicaba un alto costo y mayor personal del que no disponían, por falta de recursos [E6P40]. A pesar de estas dificultades, pocas atenciones se realizaban de forma presencial en el CESFAM, la mayoría se llevaba a cabo en domicilio.

"Lo que sí pedían las guías y que nosotros no lo hicimos, lo hicimos a media fue, por ejemplo, que la atención de diada se debía hacer en las casas, ¿ya? Y hacer una visita domiciliaria y hacer la atención en las casas. Eso para nosotros fue muy difícil o imposible, porque tenemos muy pocos choferes. Los choferes estaban completamente dedicados al tema del COVID-19, así que, no tenían mucha disponibilidad para ir a las casas, o hacer la atención de las diadas" [E4P6].

4.3.9. División de áreas.

Se refiere que los centros se dividieron en atenciones respiratorias y no respiratorias, con el fin de prevenir la propagación del COVID-19 [E1P1-P12]. Para evitar el contacto entre usuarios respiratorios y no respiratorios, se separaron los espacios de ingreso al CESFAM en aquellos que presentaban o no síntomas [E1P2] [E4P11]. Mientras que, en otros

centros, se dividieron en respiratorio, urgencias respiratorias y morbilidad, reacondicionando el lugar para usuarios como sospechosos o con síntomas [E6P46] [E7P9-P11].

"SOME, se trasladó a la puerta del establecimiento, entonces, en la puerta del establecimiento, se preguntaba la razón por la cual iba. Si tenía un control citado, se dejaba pasar a la sala de espera. Pero si venía con síntomas, tenía que pasar por otro lado, irse a la urgencia del Sur, algo que se había destinado específicamente para atenciones respiratorias... Entonces, hubo modificaciones hasta estructurales. O sea, en la parte que estaba destinada para lo respiratorio, el pasillo se cortó simplemente con una muralla. Entonces, la gente que necesitaba ir a una urgencia tenía que darse la vuelta completa, para ir a la urgencia respiratoria" [E6P45-P6].

4.3.10. Cambios en la estructura física.

Hubo cambios en el ordenamiento estructural de los CESFAM, modificando las unidades de la mejor manera posible [E1P15] [E4P24]. Los cambios consistían en adaptar los territorios de acuerdo con las necesidades locales [E8P4], para así evitar que los usuarios se mezclaran entre sí [E4P24]. Ejemplo de estas medidas son: mantener distancia en la sala administrativa [E5P80], trasladar el SOME a la entrada del establecimiento [E6P45], limitar la cantidad de personas que podían estar en el comedor y crear un sector específico para recibir comida [E5P82]. En otros CESFAM el sector comedor se divide por micas de vidrio [E6P79] y también se creó un espacio para fumadores en un lugar alejado del CESFAM [E5P81]. En el caso de las atenciones obstétricas se acondicionó el lugar de las atenciones como toma de muestra PCR, para ello se debía utilizar todo tipo de EPP [E1P19].

"Y lo otro también que difundieron y yo creo que eso es nuevo, es, por ejemplo, a cuánta distancia tenemos que estar frente a la sala administrativa...También cuántas personas tienen que estar en el comedor...Un área de fumadores porque antes fumaban en cualquier lado. Ahora se especializó un área de fumadores casi como al final del CESFAM para que nadie vaya...Se indicó también que no podíamos recibir la comida afuera, que hay un sector de delivery cerca del CESFAM. Cosas puntuales que se han realizado" [E5P80-P81-P82].

4.3.11. Dificultades en infraestructura.

Las dificultades mencionadas con respecto a la infraestructura son que no se podía citar a una gran cantidad de usuarios, ya que no había capacidad. También se refiere que hubo pérdidas de box específicos para atención ginecológica, porque se cambiaron a box respiratorios [E8P5].

"Si viene una usuaria a un control gine y le tocaba el PAP se lo vamos a hacer, dentro de la consulta espontánea. Porque tampoco tengo capacidad de infraestructura, de llamar mucha gente a control, porque perdimos un box ginecológico que está perteneciente hoy día a toda el área respiratoria. Entonces hoy día un ala del CESFAM que solo se ha ocupado en eso" [E8P5].

4.3.12. Indicaciones provenientes de entidades ministeriales.

Para la implementación de protocolos locales, se recibieron propuestas enviadas desde el MINSAL a los Servicios de Salud, siendo la principal base para la creación de estos, las orientaciones técnicas [E2P18] [E3P1-P2]. En uno de los centros de salud familiar, existe un comité paritario que se encarga de difundir los protocolos y realizar evaluaciones en busca de errores. Durante estas evaluaciones se han encontrado muchas deficiencias

[E5P77-P78]. Por otro lado, también se han hallado ciertos beneficios, porque con los protocolos implementados han logrado tasas bajas de contagios en los funcionarios de salud [E3P10].

"A nivel nacional, todos se basaron en la propuesta que hizo MINSAL a los centros de salud, y en base a esa propuesta se realizan los protocolos locales a nivel de CESFAM" [E3P1-P2].

4.3.13. Cambios iniciales.

Antes de la pandemia, los protocolos existentes estaban relacionados al uso de zapatos clínicos y uso de estacionamiento vehicular indicado para cada profesional [E5P77]. Posteriormente, con el inicio de la pandemia se establecieron protocolos para el autocuidado y cuidado de la población [E6P47], tales como la implementación de medidas de prevención, de acuerdo con el tipo de atención que se realizaría con cada usuario. Debido al contacto que se tendría, la supervisión de estas medidas fue más estricta y con mayor rigor [E6P44] [E9P37]. Hubo aumento de visitas domiciliarias, para que las usuarias no tuviesen que asistir al centro de salud [E7P9]. Así de igual forma, no se podían realizar campañas, porque se debía evitar la aglomeración de gente y respetar el aforo permitido dentro del recinto, manteniendo el distanciamiento físico [E8P4]. Con el paso del tiempo, estas medidas evolucionaron desde más seguras a menos seguras: se realiza menos aseo, existe menor espacio de tiempo para realizar ventilación inter-pacientes, lográndose sin embargo, mayor rendimiento [E7P11].

"Los protocolos en un principio tuvieron que ver básicamente con las formas de autocuidado y también como cuidabas a la población, cómo hacías entender a la población que no tenía que ir si no fuera por una causa totalmente específica...Los protocolos tuvieron que ver con eso, con evitar básicamente los contagios" [E6P47].

4.3.14. Primeros protocolos instaurados.

Uno de los primeros protocolos implementados, fue suspender algunos controles y priorizar otros, acorde a la prestación de cada profesional en el CESFAM y al plan paso a paso de cada comuna [E3P8] [E7P9]. Para realizar las atenciones, destacan los protocolos de qué hacer y a quién avisar en caso de presentar síntomas de COVID-19 [E5P90]. También protocolos para el lavado y desinfección de box e implementos [E8P10] y, la realización de visitas domiciliarias con el fin de evitar la asistencia de usuarias al centro [E3P8]. Para esto, había vehículos disponibles para que el personal pudiese asistir a las ya mencionadas visitas [E8P4]. También se menciona la creación de un protocolo sobre qué hacer en caso de maltrato por parte de los usuarios [E5P88]. Otro protocolo implementado fue el llamado “back”: búsqueda de casos activos, que precisó de un esfuerzo monetario del CESFAM para su implementación, en cuanto a equipo de profesionales que no estaban considerados: un kinesiólogo, un médico tomando PCR, 3 técnicos paramédicos y toma de muestras [E1P20].

"Los protocolos que se implementaron, fue uno el tema del paso a paso. Ya que fue la priorización de los controles, que al momento de llegar al CESFAM ya estaba establecido. Nos acotamos netamente a seguir el protocolo de la priorización de los controles, en la primera etapa de la pandemia. Y después, posteriormente, según el paso a paso. También se establecieron protocolos con respecto a lo que es la visita domiciliaria...Funcionamos en base a eso, los protocolos más que cualquier cosa" [E3P8].

4.3.15. Protocolos a la entrada de CESFAM.

Se estableció un protocolo de entrada al servicio, tanto para usuarios, como para funcionarios. El protocolo consistía en realizar un “triage” al ingreso del CESFAM, junto a

una breve anamnesis con preguntas dirigidas para así lograr categorizar según síntomas respiratorios. Esto se acompañaba, además, de una toma de temperatura, aplicación de alcohol gel y registro del usuario que entraba al lugar [E1P8] [E2P21] [E6P40-P41] [E9P60]. En cuanto a los protocolos instaurados para los funcionarios, estos debían obligadamente llegar al CESFAM y realizar un lavado de manos, eliminar la mascarilla y cambiarla por una nueva, tomarse y registrar su temperatura, además de utilizar de manera permanente el escudo facial [E5P91-P93].

"Y obviamente, también el protocolo de cuando llega un paciente al CESFAM. Antes, se llegaba y entraba. Ahora no, debe haber una toma de temperatura, una anamnesis a la entrada, donde consulte si tiene algún síntoma o no. Y después en el box, tenemos que volver a hacer lo mismo" [E2P21].

4.3.16. Protocolos de vestimenta.

En cuanto a la vestimenta, también los CESFAM implementaron y/o actualizaron los protocolos relacionados a esta índole [E6P44]. Los profesionales no pueden usar su ropa clínica fuera de la institución, por lo tanto, deben llegar e irse con ropa de civil. [E1P22] [E5P76-P77].

"Los protocolos técnicos no cambiaron, las orientaciones técnicas de cada cosa no cambiaron, siguieron siendo las mismas. Pero, la forma de atender tuvo que protocolizarse: "usted tiene que llegar al CESFAM, tiene que sacarse la ropa". Porque hasta antes de la pandemia, nadie se cambiaba ropa, con suerte usabas un delantal...Pero al momento de que llegaron las primeras indicaciones, ese protocolo cambió. Entonces, la gente tenía que obligatoriamente cambiarse de ropa, al llegar y al irse, tenían que usar la mascarilla y el visor, y eso se supervisa" [E6P44].

4.3.17. Protocolo de distanciamiento.

Se indican como medidas de distanciamiento: mantener un metro de distancia entre profesionales [E9P59], aplicación de horarios o turnos en el casino para almorzar [E1P22] [E9P59]. Todo esto con el fin de evitar los contagios entre compañeros [E4P19].

"Bueno, de partida el uso de mascarilla y escudo facial constante. En el área común que ocupamos que es el comedor, tuvimos que hacer horarios para poder almorzar, para que no tuviésemos una cantidad mayor de personas, y que nosotros también pudiésemos tener un leve distanciamiento para respetar el metro de distancia" [E9P59].

4.3.18. Cambio de roles.

Los profesionales al comienzo de la pandemia debieron adoptar distintos roles [E1P28] [E7P20]. En primera instancia los funcionarios administrativos fueron enviados a sus hogares [E1P29]. Mientras que los clínicos fueron los últimos en los que se implementó esta medida [E1P29]. Se menciona a su vez, que tuvieron que redireccionar pacientes, tomar temperatura fuera del recinto, estar en el lugar del triage respiratorio, estar presentes donde se hacía la toma de PCR, o realizar turno en donde se atendían casos sospechosos y, además, realizar tareas administrativas, asumiendo rol de matrona, técnico en enfermería, (fundamentales dentro del servicio), administrativo y personal de aseo [E1P28] [E6P70] [E7P18]. En algunos CESFAM, las matrones desempeñaron un rol clínico y solo en excepciones, cuando se necesitó de su experiencia, se le solicitó ayuda [E6P83]. Al mismo tiempo aquellos funcionarios con enfermedades de riesgo (autoinmunes, crónicas) y embarazadas fueron enviados a realizar trabajo desde casa. Posterior a la vacunación pudieron retomar sus actividades en el CESFAM [E4P25].

"Si, la verdad es que al principio sí, cuando recién pasó esto, tipo marzo 2020, todos tuvimos que salir afuera del CESFAM, hacer como barrera de contención un poquito e ir como redireccionando donde iban los pacientes. Estuve mucho tiempo afuera tomando temperatura. Estuve mucho tiempo también en el triage de respiratorio... Como les contaba era la unidad donde se toman PCR, porque las embarazadas que ameritan tomar PCR hay que hacerles un control obstétrico en la toma del PCR. Entonces, también estuve como pseudo turno en donde estaban todos los sospechosos. Así que, en ese tipo de cosas como clínicas. Pero sí más cosas administrativas, como, por ejemplo, comités consultivos, donde estábamos todos los coordinadores de proceso de todas las unidades, unificando criterios, viendo lineamientos de fases, y todo ese tipo de cosas como más administrativas"
[E1P28].

4.3.19. Sanitización del box de atención.

En el box de atención se realiza el mismo procedimiento que al momento en que el usuario ingresa al servicio [E2P21]. Además, se debe efectuar una desinfección y ventilación del box de atención de aproximadamente 20 minutos entre paciente y paciente, con el apoyo del personal de aseo, para disminuir riesgo de contagio de los profesionales de salud. Pero en ocasiones, el retraso de los usuarios, o en la atención de estos, reduce el tiempo de desinfección del box [E1P2] [E2P26] [E5P3] [E8P6]. Se tienen que sanitizar todos los elementos utilizados durante la atención (utensilios, auscultadores de latidos cardio fetales, sillas, lápiz, entre otros), con rociador de amonio cuaternario cuando hay tiempo, o alcohol al 70% cuando no hay tiempo [E1P19] [E2P20-23] [E4P9]. Además, se diferenciaron y mantuvieron las áreas limpias y sucias, y como se señala en un punto anterior, se utiliza siempre mascarilla, se hace constante lavado de manos, todo el tiempo se utilizan los EPP, se mantiene el distanciamiento social y por consulta solo entra al box una persona [E6P50-51] [E9P21-P37]. Actualmente en uno de los CESFAM, no se

realiza sanitización de box entre pacientes [E7P10].

"Yo creo que tal vez necesitaríamos un poco más de tiempo. Porque como te decía, las atenciones fueron aumentadas, pero solo 10 a 15 minutos... Pensar que uno cuando atiende, la gente llega tarde, a veces uno empieza el control mucho tiempo más tarde, porque el paciente llega tarde, o porque te atrasaste con el paciente anterior. Entonces cuando uno desinfecta, por ejemplo, no siempre es un 100% de desinfección, como debería ser o dedicarle el tiempo que realmente es necesario, ya que, el tiempo de atención es muy corto" [E2P25-P26].

4.3.20. Aumento del tiempo de atención.

Se tuvo que aumentar el tiempo para realizar las atenciones [E2P25], esto producto de que en cada atención debía realizarse la desinfección y ventilación del box durante 10-15 min [E2P23] [E3P11] [E9P50]. Este protocolo provocó que se tuviera que aumentar el tiempo de las atenciones y, por consiguiente, disminuyó el rendimiento por el menor número de horas disponibles [E2P44] [E3P11] [E2P25], lo cual se vio reflejado en las agendas de cada matrona, que incluían este aumento de tiempo, ya que se intenta respetar las medidas sanitarias [E2P44] [E4P9]. Esto a su vez causó dificultades, ya que el tiempo en la atención del usuario es mayor y el tiempo de espera también [E1P2] [E9P50] [E7P9], provocando disminución en la cantidad de pacientes y en las funciones y prestaciones [E9P43]. Como medida para poder realizar la atención incluyendo la desinfección del box de atención, los usuarios deben tener una hora agendada [E9P60] y deben asistir a la consulta con una razón específica, ya sea retiro de medicamentos, atención o cualquier hora que le corresponda [E9P62]. Los usuarios tienen que esperar afuera su atención y para evitar quejas por parte de estos, las matronas se encargaron de explicarles esta situación para que SOME no se llevara el disgusto [E2P32] [E9P60]. Para

que esta medida sea efectiva, un entrevistado refiere que la distribución del tiempo debería ser mejor [E2P26].

"De partida, el distanciamiento en la atención de pacientes. La cantidad de cupos que se asignan por hora obviamente es mucho menor. El rendimiento es mucho menor. El tiempo por ende que se tiene para cada paciente aumentó. Y también se exige que exista un tiempo en que esté desocupado el box entre paciente y paciente. La verdad es que eso es un protocolo que debiera aplicarse, pero en mi área la verdad es que me cuesta mucho aplicarlo. Porque la demanda este año ha sido bastante...Entonces, claramente ahí es donde uno empieza a decir "bueno, si tengo sobrecupo acá y acá." Y a veces no te da tiempo para dejar el box 15 minutos desocupado, ventilarlo, limpiarlo con cloro por todos lados y seguir atendiendo; uno lo limpia con cloro y tiene que seguir llamando no más. Ese es uno de los protocolos" [E9P50-P52].

4.3.21. Definición de protocolos.

Se menciona que los protocolos fueron definidos por la atención y el contacto que se tendría con cada usuario [E1P19] [E6P44]. Y también por las actividades que realiza cada miembro del personal, por ello la supervisión fue más estricta [E6P44].

"Se supone que uno antes debía lavarse las manos entre paciente. Pero también decía que, por ejemplo, si no es una atención en donde directamente vas a tener una interacción física con la persona, podrías usar el alcohol gel en las dos siguientes atenciones. Por ejemplo, eso se eliminó y quedó que siempre tienen que lavarse las manos y se supervisó más que el lavado de manos fuera correcto. Y como les decía, el uso de mascarillas, el distanciamiento, las sillas tuvieron que ponerse por medio" [E6P44].

4.3.22. Atención con acompañante.

En un inicio las gestantes debían ir sin acompañante a los controles, ya que esto no estaba permitido [E4P10] [E6P49]. Posteriormente se fue flexibilizando, debido a que en controles de gestantes se entiende la situación de asistir con acompañante [E6P50], pero para ello se debió recalcar al usuario que debe de utilizar su mascarilla y que esto es su responsabilidad [E2P24].

"Se supone también que por una cosa de aforo deberían ir solas al control, lo que se hace tremendamente difícil cuando se hace el control de ingreso de embarazo o qué sé yo. Un control donde la pareja quiera ir, ahí se hace mucho más complejo porque por un lado el ministerio pide dentro de los formularios que hay que llenar del Chile Crece Contigo y el Rayen, si esa persona fue acompañada o no. Entonces, era difícil porque eso también se mide. Entonces ¿Qué le ponemos nosotros? Si la persona iba y tenía que esperar afuera, ¿Es una paciente que iba acompañada o no iba acompañada?, entonces ¿Qué ponemos?" [E6P49].

4.3.23. Protocolo de uso de EPP.

Los primeros protocolos que se establecieron se orientaron al uso de EPP en cada atención, como mascarilla, delantal y escudo facial, produciendo un aumento del uso de estos [E4P9] [E6P41-P50] [E7P9] [E9P59]. Con el tiempo hubo una evolución en su uso, respecto al año 2020 [E7P10]. Por ejemplo, actualmente se implementó la forma correcta de saludar, cómo botar la mascarilla, cuándo cambiarla, cómo sanitizar el box, e incluso se ha reforzado el lavado de manos [E5P78]. Todos los funcionarios debían usar EPP [E1P18]. El personal administrativo de triage debía utilizar mascarilla, escudo facial y guantes [E7P9]. En cuanto al personal clínico, éste decidió utilizar siempre mascarilla, escudo facial y pechera [E1P19] [E2P52]. Por lo tanto, durante las atenciones en box se estableció

también qué EPP utilizar, sobre todo si las atenciones eran a un usuario COVID-19 positivo [E9P110]. En cada atención se usaba mascarilla, alcohol gel, lavado de manos entre usuarios, escudo facial, antiparras y guantes de acuerdo con el tipo de atención. Además, mantenían distanciamiento social, esto le proporcionaba seguridad al usuario, sin generar una barrera con ellos [E2P19-P22-P24-P50] [E3P9] [E4P10] [E5P95] [E6P48] [E8P10] [E9P113].

"O sea, a ver, lo principal de los primeros protocolos que surgieron, tenían que ver con el cuidado personal. Con los elementos de cuidado personal, que como se decía en un principio, incluía la mascarilla... Cuando íbamos a las casas teníamos que usar un delantal plástico, que tú comprenderás que en verano no es muy cómodo andar con ese delantal plástico, porque uno transpira un montón... Se implementaron las tomas de temperatura y el alcohol gel, nunca se había gastado tanto alcohol gel... Entonces, los protocolos iban en primera instancia a eso y también a mantener la distancia social" [E6P41-P43].

4.3.24. Tipos de atención y EPP.

La utilización de EPP en varias ocasiones dependía del tipo de atención que se desempeñara. Se debía usar pechera en los casos que se requiriera. Tal fue el caso de las atenciones en donde existía contacto con fluido o se realizaban procedimientos, o en las atenciones de recién nacido [E2P22-P53] [E5P95], además, el examen obstétrico tenía que efectuarse con guantes [E9P55]. En cuanto a las visitas y atenciones domiciliarias, éstas debían llevarse a cabo utilizando muchos EPP, como pechera, mascarilla y escudo facial [E1P27] [E3P6] [E9P20]. En general, la atención en box garantiza más protección personal, en comparación a las atenciones en domicilio, por la falta de recursos básicos en los hogares, como por ejemplo la luz [E3P5].

"Ya, al principio, se hacía bastante pesado el tema de las consultas en domicilio, más que nada porque, obviamente teníamos que ver el chofer, en eso tuvimos varios problemas en nuestro CESFAM...Trabajamos harta población vulnerable, entonces los domicilios tampoco eran las mejores condiciones. Como, por ejemplo, hacer un control de la diada o para hacer un control prenatal, entonces la luz, por ejemplo, no contábamos con luz. Entonces era variable al domicilio donde íbamos a hacer la visita. Entonces más que nada, la primera instancia de la pandemia se vio complicado más que nada por eso... Incluso hubo un tiempo en que tratamos de, aunque las orientaciones nos dijeren una cosa, traer los controles de forma más temprana a lo que es el box. En este caso volver al box, porque estábamos viendo finalmente que los pacientes salían a todos lados, pero al CESFAM no podían ir, entonces más que nada se trató de traer de vuelta" [E3P5].

4.3.25. Dificultades con el uso de EPP.

Una de las principales dificultades que se refiere es con respecto al uso de mascarilla y cómo ésta dificulta la comunicación con los usuarios [E2P49] [E5P130] [E6P81]. La gente tiende a no escuchar lo que se dice, lo cual complica el entendimiento de las indicaciones e instrucciones entregadas [E2P49] [E6P81]. De igual forma se menciona que el uso de esta producía que la garganta y boca se secaran, por lo cual el profesional debía acercarse más al usuario para que se lograra entender lo que se quería decir [E5P130] [E6P78]. El uso de EPP en el área de la matronería es difícil [E2P49], por ejemplo, el uso de escudo facial dificultaba la visión al momento de hacer examen ginecológico y toma de PAP [E5P104] [E6P82]. Entrevistados que utilizan lentes refieren que el uso de estos más el escudo facial y mascarilla dificultaba aún más la atención [E5P130], sumado también a que, en el caso de las usuarias sordas, ellas leen los labios y al utilizar mascarilla esto se ve imposibilitado y quitársela representa un riesgo extra [E5P106]. Se refiere también que la utilización de todos los EPP juntos (mascarilla, escudo, pechera y guantes), costaba mucho

[E2P50]. En el verano especialmente y durante toda la jornada, ya que el sudor que generaba era molesto y también era un factor para enfermarse [E1P27] [E2P53]. El uso pechera y guantes en días de calor era insoportable [E2P50], el uso de delantal era incómodo [E6P41], además de que los EPP provocaban incomodidades corporales como granos, dolor de orejas, sensación de ahogo, cambio de mucosas, taquicardias y dificultad respiratoria, por ello, para lograr la adaptación se debía transar algunas situaciones como lo es la durabilidad de la mascarilla [E4P20] [E5P107] [E6P81-P77] [E9P111].

"La mayoría de nuestros procedimientos son muy cercanos. La matrona es cercana al usuario, entonces tener que priorizar cuándo usar o no, al final uno dice pucha a veces se me olvida...Y el escudo facial también es complejo, por ejemplo, para tomar el PAP, claro tú tomas el PAP, pero la visualización con escudo no es HD, porque si el escudo está quebrado, está manchado, yo no veo nada. Y me tengo que sacar el escudo para poder ver el cuello uterino, porque si pongo la luz, la luz me refleja en el escudo y no veo nada... Las que usamos lentes, por ejemplo, nos ponemos los lentes más el escudo, no veo nada, entonces muchas personas no entienden eso...Y además, transpiras, te llenas de granos, te duele la cabeza con el elástico del escudo, con la mascarilla te duele la oreja, son más que nada como incomodidades corporales, pero el resto sí, es lo que yo te mencioné" [E5P101-P104-P107].

4.3.26. Escasez de EPP.

Desde el comienzo de la pandemia todos los EPP e insumos fueron otorgados por parte de la dirección del CESFAM, procurando la disponibilidad de estos, aunque al principio existió una escasez, sobre todo de mascarillas [E4P9-P23-P24] [E6P42-P88] [E8P10] [E9P33]. Inicialmente las mascarillas se encontraban disponibles en los boxes, pero luego debieron ser retiradas de allí para ser repartidas al personal, entregando sólo 1 o 2 mascarillas por

profesional [E4P9-P23] [E6P43]. La entrega de pocas mascarillas se debía a que éstas se acababan, tenían un alto costo y existía poca flexibilidad por parte de las enfermeras para entregarlas. Por consecuencia de lo ya dicho, se recurrió a la fabricación de mascarillas dentro del CESFAM [E4P23]. En contraste, la unidad de la salud de la mujer siempre contó con los EPP necesarios [E1P30]. Otra inconveniente respecto de la disponibilidad de EPP, fue que no llegaban, por ejemplo, había que gestionar de nuevo la entrega de pecheras [E1P30]. En la actualidad no existen problemas para adquirir los EPP por parte del profesional, aunque algunos (mascarillas) aún hay que pedirlos en dirección [E4P24] [E7P10].

"Mira, al principio los EPP eran escasos, las mascarillas se fabricaban ahí mismo en el CESFAM. Se tuvo que fabricar. Había técnicos que se tenían que poner a coser mascarillas. Fue complicado al principio y te pasaban una o dos, y no tenías, olvídate que te pasaran más. No te pasaban más. Era eso. Conseguir EPP, era complicado. La caja de mascarilla estaba muy cara. Ahora no, ahora a dos lucas te compras una caja de mascarilla y ningún problema. Entonces eso fue complicado al principio, tener los EPP. Las enfermeras súper pesadas, te pasaban dos mascarillas, y chao era. Y tenías que arreglárselas con eso y nada más [E4P23]".

4.3.27. Carencias en indicaciones en el uso de EPP.

Los entrevistados mencionan que, pese a las indicaciones entregadas, hubo ocasiones en que existieron deficiencias en éstas. Por ejemplo, en ocasiones se olvidaba el uso de EPP por la poca claridad que había para la priorización de su utilización [E5P101]. Se refiere que no sabían cuándo ponerse o no pechera [E5P103], no existía un manejo correcto de desecho de mascarillas [E6P82], se priorizaba el lavado de manos por sobre el cubrezapatos [E1P19], hubo faltas al protocolo de vestimenta dentro y fuera del servicio

[E6P82]. Como consecuencia con el paso del tiempo el uso de las medidas se fue debilitando [E3P9] y esto se vio reflejado en que a pesar de utilizar todos los EPP sí existieron contagios dentro del equipo de salud [E7P11]. Incluso un entrevistado refiere que en el CESFAM donde desempeña sus labores, el uso de medidas de protección personal era menor que en otros CESFAM [E3P9], lo que conllevó a tomar medidas por su propia cuenta, como bañarse todos los días al llegar a casa e incluso pensar que todos los usuarios atendidos eran COVID-19 positivo [E1P22] [E7P16].

"El uso de guantes obviamente siempre, el uso de pechera en casos de procedimientos. Yo creo que ahí no está tan descrito y creo que ese es un déficit también. Porque el uso de pechera en nosotros está establecido que lo tenemos que usar en procedimientos. Sin embargo, cuando llegó un instructivo del Servicio de Salud, mencionaba que se amerita, por ejemplo, para los procedimientos del recién nacido que tú te la pegas al cuerpo. Pero no estaba indicado en la toma el PAP con una pechera, cuando uno sabe que en el PAP te puede hacer pipí la señora, sale flujo, hay contacto de flujo directo. Tampoco está establecido que tengamos que escuchar los latidos con pechera, cuando tú en realidad estás a menos de un metro de la señora, y a veces estás encima de las señoras para buscarlos... Cuando uno hace por ejemplo ecografías, también tengo que ponerme la pechera, pero es la misma distancia que hacer un PAP y en el PAP no me pongo pechera, entonces ¿cuándo sí y cuándo no?" [E5P95-P96-P102].

4.3.28. Opinión positiva.

Existió un buen funcionamiento por parte del CESFAM en lo que respecta al manejo de los contagiados y seguimiento de protocolo. Estos eran realizados de manera correcta, lo que los hacía eficaces y eficientes, a pesar del miedo colectivo presente en la población [E1P20] [E4P9-P11] [E6P58]. Un año de pandemia permitió a los profesionales adquirir

experiencia en los protocolos de seguridad, esto gracias al seguimiento del cumplimiento adecuado de estas medidas por parte del equipo de trabajo [E4P12] [E9P109].

“Así que el CESFAM funcionó súper bien. O sea, durante toda la pandemia hemos tenido muy pocos contagios de funcionarios y se han manejado bien en ese sentido el tema en por lo menos donde trabajo yo. Así que se hicieron todos los protocolos correctamente” [E4P09].

El equipo profesional tuvo que adaptarse al cambio para poder atender, adaptarse al territorio y a estas nuevas necesidades, teniendo buena disponibilidad para trabajar en funciones que no correspondían, como por ejemplo todos ayudaban y aportaban en realizar llamados telefónicos en los seguimientos COVID-19 [E2P70] [E8P4] [E9P110]. Básicamente existió un trabajo en equipo y apoyo por parte de los miembros de éste, ya que siempre estaban al pendiente y con el mismo pensamiento, convirtiendo esta reorganización en un aspecto facilitador [E2P69-P70] [E9P134].

“Todos trabajaron en equipo, todos se apoyaron, si había que hacer llamados telefónicos, todos llamaban, lo que ocurre hasta el día de hoy, por ejemplo, con los seguimientos COVID-19, entonces yo creo que como equipo la disponibilidad para trabajar incluso en funciones que no les corresponden” [E2P70].

Otro aspecto facilitador importante dentro del CESFAM fue la preocupación de la administración con respecto a los insumos y EPP, considerando que el uso de estos elementos de protección es fundamental para el cuidado tanto del profesional como de los usuarios [E6P89-P81]. Estos no provocaron una barrera con los usuarios, ni dificultad para la atención [E9P113] [E1P31].

“Yo creo que la preocupación de la dirección de que no faltaran insumos, dentro del enredo de que había en un primer momento, la dirección siempre se preocupó de que no faltaran los EPP. Siempre trato de que las áreas estuvieran bien delimitadas dentro de lo que se puede” [E6P89].

Y por parte de los profesionales nunca se sintió tanto miedo, porque se tenía bastante confianza en el uso de las EPP y procedimientos preventivos, además de referir una buena formación clínica respecto al uso de estos [E1P26-P27]. Además, otras matronas que trabajaron en clínicas ya tenían adaptación a este nuevo material quirúrgico [E1P27].

“Nunca sentí tanto miedo porque tenía bastante confianza en el uso de EPP ¿ya?, yo estoy constantemente, ahora estoy mucho mejor. Pero en un momento tenía una dermatitis en las manos de tanto lavarme las manos estando siempre, por ejemplo, poco salí, como que estoy generalmente de 8 a 5 en mi box, no me paseo mucho por el CESFAM y estoy siempre sanitizando, mucho lavado de manos, entonces, la verdad es que nunca tuve como miedo a enfermar” [E1P26].

Respecto a los espacios disponibles en el CESFAM, también eran adecuados [E8P2]. Sin embargo, hay que tomarle importancia a los riesgos que siempre estuvieron, manteniendo siempre el autocuidado, el que ya se volvió parte de una costumbre [E9P105-P106].

En conclusión, no se cree que exista algo que se deba mejorar actualmente, ya que las medidas implementadas fueron bastante eficaces, considerándose que a nivel local se ha mantenido el funcionamiento con el mismo nivel de siempre [E1P20] [E2P24] [E3P11].

“La verdad es que tú después te acostumbras y el manejo, el tema del autocuidado, la salud responsable ha sido buenísimo, no tengo nada que decir. Hablo por supuesto desde mi institución, no tengo nada que decir, súper” [E9P105].

4.3.29. Opinión negativa.

Los entrevistados tuvieron la oportunidad de dar sus opiniones críticas con respecto al manejo de la pandemia y a los protocolos de seguridad en los Centros de Salud. Señalaron que las indicaciones nacionales no siempre se adaptaban a las posibilidades de la realidad local y que había una diferencia entre lo que se pedía a nivel ministerial como protocolo de atención y programa de salud, con lo que realmente se podía realizar en las atenciones a los usuarios. Refieren que, si bien los protocolos de seguridad fueron eficaces, no fueron eficientes: producto de la poca claridad que se tenía con los protocolos de atención y la incomprensión del personal con respecto a estos, se generó un desorden, cómo por ejemplo el hecho de que los usuarios no sabían dónde realizarse una prueba de VIH y qué hacer en caso de que fuese positivo. Por lo tanto, los profesionales necesitaban dejar escrito que hacer con un paciente VIH fuese positivo o negativo [E1P20] [E5P84] [E6P49-P54].

“En una primera instancia fueron eficaces, pero no tan eficientes porque había un desorden porque no se entendía muy bien, porque las señales del mejor ministerio de salud del universo galáctico tampoco lo tenían tan claro, entonces, la información que llegaba era más bien difusa. (...) Entonces no fueron eficientes por lo mismo, porque al principio no se sabía quiénes tenían que atender, quienes no” [E6P54].

Analizan que los Servicios de Salud no estaban preparados para enfrentar una pandemia, tanto porque los recursos son limitados, como por la infraestructura y el personal

limitados. Los profesionales refieren que el distanciamiento a veces es difícil, como por ejemplo a la hora de almorzar, donde el espacio es insuficiente y esto genera un riesgo de contagio. O al momento de medir el peso corporal de los usuarios, donde no se respeta el metro de distancia [E4P12] [E5P100] [E6P41] [E6P42].

“No estábamos preparados como Servicio de Salud, aunque se dijera que éramos el mejor servicio de salud del universo galáctico completo, los servicios de salud no estaban preparados, o sea, en las primeras etapas las mascarillas se acababan y se acababan nomás” [E6P42].

Producto de la poca capacidad de la infraestructura, ya señalada, para la citación de una gran cantidad de usuarios, hubo un aumento de las atenciones domiciliarias, donde, a pesar del aumento del uso de EPP, había una dificultad para prevenir la contaminación en las visitas domiciliarias. Además, estas atenciones se dificultaron mucho por el mismo uso de las EPP. Sin embargo, el personal se resigna al uso, por ejemplo, de la mascarilla, ya que con o sin dificultad, es mejor su utilización que contagiarse [E4P20] [E7P9] [E8P5] [E9P113]. Tampoco hay una difusión con respecto a la utilización de los casilleros y las duchas del lugar para el personal [E4P12] [E5P100- P112] [E6P41].

“Ahora no hay difusión, por ejemplo, de que te tienes que sacar la ropa, que tienes que traer una bolsa, echar la ropa en la bolsa, no hay nada de eso. Tampoco están implementadas las duchas acá en el CESFAM, tampoco está tan difundido por ejemplo el tema de los lockers, hay muchos lockers, pero no hay una difusión de darle utilidad a eso” [E5P112].

Con respecto al rendimiento de los profesionales, mencionan que es más bajo, más demoroso, y que el tiempo entre pacientes aumentó el tiempo de espera. Sin embargo,

destacan que las funciones del profesional disminuyeron, ya que en las atenciones se establecieron ciertos protocolos de distanciamiento con el usuario [E1P2] [E7P9] [E9P43].

“Las atenciones igual disminuyeron en rendimientos, antes las matronas veían mucha gente, pero ahora por ejemplo era cada media hora, cada una hora, no menos que eso, aumentó el tiempo entre cada paciente porque además se hacía una limpieza, el personal de aseo la hacía. Y también se reacondicionó el espacio, para recibir aparte a la gente que iba con sospecha y síntoma” [E7P9].

El desgaste emocional de los profesionales es un punto importante que se destaca. Por ejemplo, que dos personales administrativos estén atendiendo el triage, es muy poco y muy agotador frente a la demanda. Además, existía una incertidumbre dentro del personal con respecto a las mascarillas y su uso en un futuro. Este costo humano, implicó que los protocolos, a pesar de su eficacia, no previnieron al 100% el contagio entre los colegas [E1P2] [E4P20] [E6P60-P61] [E7P11].

Las matronas igual trabajamos mucho, somos muy hormiguitas, siempre nuestro rol, siempre atendiendo más de lo debido, por ende, el flujo de pacientes para nosotros siempre es alto, aunque tú tengas pocos controles siempre hay gente que quiere ver a una matrona” [E7P11].

4.4. Vivencias personales.

4.4.1. Dificultades como efecto directo de la pandemia.

El temor. Se menciona que existía inseguridad, angustia, pánico, caos y miedo dentro del equipo hasta aproximadamente mayo de 2020 [E4P25] [E9P31], a raíz del desconocimiento del virus, del ver a pacientes enfermos, de la falta de EPP y temor al

contagio en sí [E1P18] [E4P24], generando consecuencia como reclamos hacia la coordinadora [E1P19] [E4P24].

Se debe sumar a este miedo, la no existencia de protocolos, lo que generó incertidumbre frente al qué hacer [E6P25]. Además, varios profesionales vivieron defunciones de familiares por COVID-19, lo cual repercute en la unidad [E1P25] [E1P29]. Se fueron evaluando los resultados en contexto de desconocimiento de la pandemia [E1P15]. Al comienzo, se prestaba mayor atención a los síntomas presentados por usuarios y profesionales, por temor al contagio [E4P18]. Pero a pesar de lo anterior, se rescata que como equipo decidieron no tener miedo frente al COVID-19, ya que tomaban todas las precauciones para evitar los contagios [E2P46].

"Eso era una dificultad y lo otro que había era miedo, miedo por el desconocimiento del virus. Entonces todo eso mezclado, genera como un poco de caos al principio...pero al principio fue el tema de las mascarillas, sobre todo, que estaba complicado, y el tema de cómo hacer el tema de la distribución en el CESFAM...y el miedo que había dentro del personal, entre los funcionarios, había harto miedo" [E4P24-P25].

4.4.2. Dificultades en la atención.

Existió preocupación por brindar una atención de calidad, sumado a la angustia por falta de toma de PAP y de mamografías. Fue también difícil la adaptación al cambio del lugar de atención [E7P6], ya que en ocasiones no podían atender en Box ginecológico, o existía poca privacidad de los box dispuestos, o bien aglomeración de personas [E7P20].

"Para mí fue difícil y sigue siendo difícil, el año pasado, sobre todo. Porque fue más caótico porque hubo falta de voz en el CESFAM. Se instauró la toma de PCR, y había

que recibir a los usuarios con sospechas. Por lo tanto, había que hacer una subdivisión entre los pacientes que venían a ver a matrócn/matrona u otros profesionales, y pacientes que venían con síntomas o a tomarse el examen...Otra dificultad fue no atender en tu BOX, no atender en tu BOX ginecológico. Como mencione en un momento, a nosotras nos trasladaron a otro lado, del mismo CESFAM, y ahí eran, específicamente fue el CCR, que es la sede donde trabajan los kine. Esa salita se convirtió como en nuestro BOX, donde podía atender una matrona. Y somos varias, entonces ahí nos teníamos que turnar, y era incómodo porque ese lugar está desconectado del CESFAM" [E7P6-P20].

4.4.3. Consecuencias en las relaciones entre equipo.

Producto de la pandemia tuvo que crearse una nueva forma de atención, y los equipos de profesionales tuvieron que separarse debido al trabajo bajo la modalidad de turnos, lo que conllevó a una competencia entre los turnos [E6P88]. Se produjo un distanciamiento entre profesionales lo cual fue duro [E6P79]. Los lazos y amistades entre profesionales cambiaron, ya que no podían juntarse, ni saludarse como antes [E1P25]. A su vez en un Centro de Salud hubo profesionales que no se adaptaron o que bien no pudieron adaptar sus atenciones a esta nueva realidad [E6P77].

"Lo relacional, también cambió. O sea, también ahora no puedes juntarte con tu compañero. Eso ya no lo puede hacer. Simplemente ya no puedes...Las cocinas, los comedores, los puestos está con una mica, entonces tampoco se puede conversar con el que está al frente, con el que está al lado. Yo creo que tiene que ver con la adaptación. Y siento que me adapté rápido. Y hacía lo que me pedían, en el fondo. Aquí más allá de los egos personales, ahora es cuando se debe trabajar en equipo. O sea, no tiene que ser amigo, pero si compañero, compañero de pega [E6P78-P79]"

4.4.4. Manejo de la crisis.

En el manejo de la crisis se encuentran aspectos que bien dificultaron o facilitaron, la vivencia del proceso. A continuación, se presentan los aspectos que fueron criticados por los participantes, para terminar con aquellos aspectos que hicieron más llevadera la experiencia.

4.4.5. Crítica hacia la jefatura y licencias médicas.

El estrés propio de la pandemia se acentúa cuando se percibe un abandono por parte de la jefatura hacia los profesionales [E9P101]. Como consecuencia de este abandono, en los inicios de la pandemia hubo mayor estrés entre colegas, debido a que no sabían qué protocolo seguir frente a usuarios sospechosos [E1P25] [E4P18], o frente a la posible exposición a un paciente contagiado [E3P14]. Esto provocó problemas de relación entre el equipo [E5P57] y manifestaciones tales como llanto, falta de sueño y mal humor [E9P101]. Hubo momentos en que la jefatura de uno de los entrevistados sólo exigía y esto provocaba frustración [E5P184]. En ocasiones no se consideraron necesidades básicas [E9P102]. Hubo poca contención y protección por el bienestar del equipo [E9P97]. En un Centro de Salud, lo anterior provocó el colapso del equipo [E5P160].

Debido a las situaciones anteriores, comenzaron a aumentar las licencias médicas para los profesionales [E9P104]. Esto por un desgaste emocional, que llevó a varios de ellos a optar por cuidar la salud mental [E6P60]. Como consecuencia de este aumento de licencias, creció el estrés y el caos en el servicio [E5P56]. Ya que alguien debía reemplazar al profesional que tenía licencia, lo cual es un proceso lento [E6P70] y además, requería que otro profesional cubriera la demanda, porque no se puede abandonar a los pacientes [E1P15]. Por ello, un participante se encargó de reagendar personalmente sus citas y no dejar al usuario sin hora [E5P159-P161-P163].

Un entrevistado menciona que, si la jefatura se ocupa del equipo éste responderá de manera eficaz. No deben olvidar que los profesionales son personas, seres humanos. Y que si se ofrece la contención adecuada el equipo se sentirá protegido [E9P99-P100-P103].

"Y eso también es súper valorable recordarlo constantemente porque estamos en el área de la salud, la salud no para, las necesidades humanas tampoco y eso es importante recordarlo. ¿Qué cosas malas? Yo considero que los equipos humanos tienen que cuidar su capital humano, que somos nosotros. Y muchas veces las personas que dirigen o las jefaturas o quienes dan las indicaciones, se olvidan de que este camino tan humano también necesita ser cobijado, lo mismo que en un bebé. Esta contención, esta protección, este apego, se olvidó bastante. Cuando yo me olvido de un equipo, el equipo se resiente, y cuando el equipo se resiente, atiende mal" [E9P96-P97-P98].

4.4.6. Medidas para mejorar la salud mental del equipo.

Para disminuir el nivel de estrés en el personal, se mencionó la aplicación de medidas que tomaban en cuenta el aspecto emocional del equipo. Ejemplos son la realización de reuniones telemáticas, tomar pausas de cinco minutos para ocio, e incluso se hicieron conversatorios en busca de deficiencias de gestión y manejo de la situación [E1P32] [E5P160], por lo que acudir al CESFAM a trabajar, incluso podía mejorar la salud mental [E8P15].

"Entonces, traté por ejemplo de hacer reuniones que teníamos una vez a la semana con el equipo de la mujer. Dejar por ejemplo no sé, cinco minutos antes de terminar la reunión jugar bachillerato del CESFAM, ponte tú. O hacer como un proceso estilo

relajación vía zoom. Que son cosas que a lo mejor son muy pequeñas y que te sacan un poquito del contexto tanto COVID-19..." [E1P32].

4.4.7. Relación positiva entre los miembros del equipo.

Como compañeros y unidad de matronería, acorde a varios relatos, fortalecieron el trabajo en equipo, conservaron la cercanía, reforzaron relaciones de amistad y proximidad etaria, mantuvieron una buena relación, generaron alivio, empatía y una buena comunicación [E1P25-P29] [E4P16] [E6P79-P89] [E7P21]. La prioridad era dar seguridad entre compañeros [E1P19]. Entre colegas, se delegaba tareas pendientes, se cubrían turnos, existía disposición para realizar turnos extras, e incluso se apoyaban personalmente para realizar las compras del hogar [E4P26] [E6P89] [E8P15].

"Yo creo que también hay que mantener la cordialidad en el trabajo, porque es tan estresante, que el mantener una buena relación con tus compañeros es algo que te alivia un poco. Hace que el trabajo sea menos duro...eso dentro del desorden, no porque éramos desordenados, sino de que como empezó a llegar la información goteo. La dirección siempre estuvo preocupada de eso, y el equipo que se preocupó de hacer los protocolos con rapidez, de difundirlos rápidamente. Los jefes de programa no siempre manejan toda la información. Entonces a veces, ellos dicen cosas que se acordaron hace meses, y nosotros no sabíamos. Pero en el fondo la dirección fue importante, el equipo, el tener buena comunicación entre nosotros" [E6P79-P89].

4.4.8. Adaptación del equipo frente a la pandemia.

Trabajar en atención primaria es una experiencia enriquecedora, ya que todos trabajan para un bien común: poder ofrecer a los usuarios una buena atención evitando que la

atención pública se categorice como mala [E1P17] [E2P43] [E5P162] [E6P76]. Es por esto por lo que los profesionales de la salud no pueden flaquear. Y, por lo tanto, sienten que no tienen más opción que adaptarse a la pandemia [E1P15] [E6P77] [E9P92], aunque esta adaptación conlleve un costo familiar y personal [E6P78]. A veces, para lograr esto, se deben transar algunas situaciones, produciendo así una reacción positiva y buena adaptación de los profesionales frente a la situación de pandemia [E4P16]. Un ejemplo es un equipo que se preocupó de realizar protocolos y difundirlos con rapidez [E6P89].

"Netamente la resiliencia del equipo era de cómo podemos adaptarnos por un bien común, ¿cierto?, por una situación especial que está viviendo todo el país, no solamente nosotros y nosotros dentro de todo siendo como el primer punto de entrada a la salud. Claramente el nivel de asistencia al CESFAM se elevó. Venían, no sé, el año pasado me acuerdo de que, cuando empezó la campaña de influenza, habían 300 personas afuera esperando que obviamente no llegarán a los hospitales. Y que claramente nosotros ahí a esa adaptación a los cambios como equipo me parece, pero, notable, notable. Una atención totalmente distinta y decir, ya, tenemos 3 días para ver que vamos a hacer. En 3 días tenemos estos lineamientos, estos lineamientos hay que ajustarlos a nuestra situación local, y así lo hicimos, y así hasta ahora hemos mantenido algunas cosas y otras han cambiado" [E1P17].

4.4.9. La transición: comparación 2020-2021.

Se menciona que el año 2020 se vivió como desorganizado a nivel de CESFAM, fue caótico, en comparación al 2021 [E7P20] [E2P37]. La adaptación fue de mal a mejor [E2P42], ya que se tomó una dirección adecuada al contexto de emergencia sanitaria [E6P37]. En términos de seguridad, durante el transcurso de la pandemia, se atendía a todos los usuarios pensando que podían ser COVID -19 positivo, ya que existía gente asintomática y

sintomática, e incluso podría ser el mismo personal de salud COVID-19 positivo [E2P45-P47].

En 2021 sobre todo ha sido distinto ya que se refiere que algunos centros se encuentran funcionando con todas sus matronas de forma presencial [E2P38]. También existe mayor cantidad de horas disponibles actualmente, por lo que se atienden los usuarios que están citados [E2P38-P39].

"Bueno, si comparo el año pasado a este año, el año pasado fue bastante caótico, porque la modalidad de trabajar en turno igual complica... Si pienso, este año todo ha sido distinto, donde estamos todas las matronas de forma presencial, ¿ya? Porque somos seis matronas en este momento, entonces son hartas las horas disponibles, por ende, la sobrecarga casi no existe. Comparado al año pasado, en general estamos funcionando con los pacientes citados, porque hay hartas horas disponibles. [E2P37-P38-P39]."

4.4.10. Vivencia laboral personal.

La experiencia del trabajo en contexto de pandemia afloró emociones tanto negativas como positivas entre los participantes [E816].

"Ambos, cuando predomina lo negativo, hay que ocupar creo yo, la reflexión. Ahora esto es desde mi punto de vista claro, mi experiencia, mi desarrollo. Claro también hay que sentarse a mirar lo negativo y ponerse a reflexionar, pensar e irse a lo positivo" [E8P16]."

A continuación, se presentarán las emociones negativas, para posteriormente exponer las emociones positivas y reacciones resilientes frente al problema.

4.4.11. Soledad y tristeza.

Durante la pandemia, los entrevistados enfrentaron una gran carga emocional [E1P15]. La salud mental se vio fuertemente afectada [E1P25]. Había una constante soledad y necesidad de socializar [E5P108]. La soledad y la pena predominaron en un entrevistado, por no poder compartir con sus padres o bien no poder compartir con alguien, lo que le molestaba esto sumado a la tristeza de no poder salir a andar en bicicleta, ya que el horario para el deporte era muy temprano [E5P164-P166-P185]. Algunos entrevistados se cuestionaban en qué momento se acabaría la pandemia, ya que al llegar a su hogar en la televisión solo se hablaba de COVID-19 [E5P164].

"Frustración un poco, y pena, yo creo que esos fueron dos sentimientos que más priorizaron. Porque llegabas a tu casa y era como prender la tele y COVID-19. Esperanzado de que vamos a ser fase 2, seguimos en cuarentena, entonces cómo en qué momento se acaba...Pero también me frustra y me da lata no tener estos fin de semanas, cuando en la pega lo doy todo y el fin de semana es como para uno y ni siquiera puedes salir a andar en bicicleta en la tarde, porque más encima tienes que levantarte temprano para poder salir a hacer deporte...entonces la frustración, la pena obviamente por no contar tus situaciones, a veces quieres tomar once y no puedes, porque no están tus papás por ejemplo, o abrazar a tus papás o cuando vienen fechas importantes estar con tus papás, tampoco se puede" [E5P164-P166-P167].

4.4.12. Temor.

Algunos entrevistados refieren incertidumbre y miedo frente a pacientes con síntomas respiratorios dentro del box [E1P18], o bien frente a los que eran asintomáticos y posteriormente daban positivo a COVID-19 [E4P18]. También por aquellos que asisten a

controles en hospital y están más expuestos [E3P16]. Y también el miedo de morir a causa de COVID-19 [E6P80]. Refieren que esta experiencia fue difícil, ya que vivían con un miedo constante [E7P16] y también se evidencia la vergüenza de estar contagiado, ya que el CESFAM hace una investigación y empieza a cuestionar el uso de los elementos de protección personal [E5P158].

"Porque claramente al principio también había como una sensación de temor de los funcionarios de ver pacientes, y de ver pacientes enfermos, porque claramente, si no hay una buena categorización, por ejemplo, en el punto de entrada... Si a una persona abajo en el triage se le pasó que la persona viene con síntomas respiratorios, y yo lo tengo aquí en el box, y lo cacho que está con moco, que está con dolor de garganta, ya está acá y obviamente al estar acá, tengo que activar todo un protocolo de derivación a respiratorio" [E1P18].

4.4.13. Frustración, inseguridad y angustia.

La frustración también se hace notar por peleas entre el personal, angustia por fiscalizaciones e inseguridades para realizar la atención, provocando desahogo mediante el llanto [E5P59-P60-P150-P151].

"No te miento que estábamos estresadísimas, llegó un momento en que casi no nos mirábamos, si no peleábamos. Entonces evitábamos discutir o tratar de decir "oye, por qué no la viste si yo no la tenía", etc. Fue complejo, nos peleamos muchas veces. Yo iba a la casa a veces casi que a llorar, era frustrante. Además, que estaba la angustia de que te fiscalizaban si es que llegabas con ropa, te ibas con ropa, te lavabas las manos. De repente llegaban "vamos a fiscalizar" y tú tenías que enfrentarte a este estrés de cómo lavarte las manos, casi como estar dudando de

cómo haces tus procedimientos. Entonces eso igual era un estrés extra. Y además de cumplir con todas las cosas que teníamos que hacer [E5P56-P58-P60]”.

4.4.14 Experiencia de profesional contagiado de COVID-19.

Uno de los profesionales entrevistados refiere que la experiencia personal durante la pandemia es un tema delicado, ya que se contagió de COVID-19, trayendo consigo algunas consecuencias [E5P142]. El entrevistado pensó que cuando se contagiara por el virus, como debía presentar licencia, iba a tener tranquilidad y tiempo para organizarse [E5P172]. Pero al contagiarse, fue caótico, en primer lugar, porque no quería contagiar a su mejor amigo médico, con quien vivía [E5P142]. Por lo que tuvo que irse a una residencia sanitaria donde estuvo sola. En la residencia se dio cuenta que le es muy difícil estar encerrada. Allí se frustró, estaba triste, no comía, mentalmente no estaba bien, así que pidió el alta médica [E5P173-P174]. Durante su contagio, culpabilizaba a los demás por su estado, pero se dio cuenta de que es algo que no se puede controlar. Recibió atención psicológica y entendió que es una situación que se escapa de las manos [E5P175P176]. Por otro lado, se sentía estresada porque era la única que conocía el manejo del programa de ITS [E5P144].

“Pero si, cuando tuve COVID-19, en algún momento dije “ya, si tengo COVID no importa, total ahí me puedo tirar licencia sin problemas, porque, aunque yo quisiera ir no me van a dejar, voy a tener un momento como estar tranquila, de poder hacer mis cosas, de organizar mi calendario, o hacer cualquier cosa” ...pero cuando fue, fue terrible. Porque más encima mi amigo es médico, entonces él era contacto estrecho mío y yo no quería que se contagiara y me tuve que ir a una residencia. Y estuve sola por una semana y media en la residencia, donde no te podías mover...ahí sentí de verdad chicas que realmente yo no sirvo para estar encerrada. Yo tuve que pedir el alta, porque mentalmente no estaba bien. Me

frustraba, estaba triste, tenía rabia, no estaba comiendo" [E5P172-P173-P174].

4.4.15. Cansancio.

Acostumbrarse al cambio de rutina, a la implementación de la atención por WhatsApp, las horas que conlleva el realizar tareas administrativas (realizar las atenciones telefónicas, correos sobre COVID-19, lineamientos y atenciones clínicas). El manejo espontáneo de gestantes COVID-19 positivo, que implicó cansancio y desgaste [E1P6-P13-P15] [E8P21]. El bombardeo diario de cursos o información sobre COVID-19 [E1P25], inclusive el no tener vacaciones por trámites pendientes que se debían realizar [E5P154], produce un gran cansancio a los profesionales.

"Pero, eso también, llevó a que nosotras como matronas tuviéramos un desgaste muy grande, porque teníamos 200 mensajes al día, y la gente se fue como acostumbrando un poquito, a tener como una atención inmediata. Así como, ya mandé un WhatsApp me tienen que atender como en el minuto, y casi nunca más venir a controles. Así que eso nos jugó un poquito en contra, como por el recurso humano, muy desgastante y que claramente salían situaciones que no podíamos manejar desde la casa...entonces en ese sentido me lo tomé bastante bien, estuve con harta carga emocional, nunca tuve licencia. Porque miraba mi correo y eran 50 correos diarios COVID-19, 10 correos diarios de cambios de lineamientos, y que obviamente eso es la atención clínica. Pero cuando ustedes también estén trabajando, nosotros hacemos una labor administrativa que también es gigante, me refiero a censos, metas y a metas locales...como te decía teníamos bombardeos todos los días de full cursos COVID-19, full información COVID-19, no sé, aquí por ejemplo, tu trabajas y tienes lazos, amistades con otros profesionales también [E1P6-P15-P25]"

A ello se sumaba que en los controles constantemente se está hablando, preguntando y educando, lo que también generaba gran cansancio [E2P51]. En algunas situaciones se debió dejar el teletrabajo para dar solución a casos que ameritan ser resueltas de manera presencial lo cual consistió en un estrés extra, ya que presencialmente se debía hacer cargo de 3 programas [E5P145].

La carga laboral y el no poder descansar en casa provocó agotamiento [E9P118]. Uno de los entrevistados menciona que el estar a cargo de 3 programas representó sensación de frustración y estrés extra [E5P145], ya que, entre colegas había diferencia de responsabilidades. El cansancio llevó a informar sobre esta situación, y se hizo una distribución de tareas con compañeros [E5P146]. También uno de los entrevistados sufrió una fractura, pero aun así asistió a trabajar, ya que, era la única profesional y, el área de la salud y las necesidades humanas no se detiene [E9P93-P96]. A pesar de los esfuerzos para quitar el estrés del trabajo, de igual forma se ve superada la paciencia [E6P86], además, no se puede recuperar el tiempo y la calidad perdida a nivel personal [E9P119].

"Entonces yo muchas veces me tuve que venir desde mi teletrabajo para poder dar solución a algo que requería presencial. Eso fue como al principio, eso me mantuvo muy estresada, o a veces cuando yo tenía que estar presencial yo tenía que hacer mis tres programas, estaba encargada también, todavía participo en el comité de Chile Crece de los casos vulnerables, también participaba en ese entonces de ITS y además de VIH, entonces yo estaba vuelta loca. Y sentía que las colegas venían a atender y listo, se iban para su casa felizmente, y en cambio yo tenía que dar respuesta a mucho. Entonces eso me cansó, informé por supuesto y se distribuyeron las tareas" [E5P145-P146].

4.4.16. Emociones/sentimientos positivos.

Entre las reacciones positivas para enfrentar la situación, se relata la importancia de ocupar la reflexión y proactividad como medida frente a la predominancia de lo negativo, y pensar e inclinarse hacia lo positivo [E8P16]. Desde una mirada positiva, la pandemia sirvió para conocerse mejor como persona y para recuperar la capacidad de tolerancia. Había días anímicamente mejores que otros, pero en general, se disfrutaba trabajar y había una sensación de bienestar [E5P165-P168]. Por otro lado, el volver a realizar las atenciones permitió una reorganización [E5P87], además, la experiencia dio más confianza frente a la atención de usuarios que pueden ser portadores de COVID-19 [E4P19]. Existía menor ansiedad y mayor tranquilidad, ya que, había certeza de que no sería COVID-19 positivo [E1P29]. Actualmente todo es mucho más tranquilo [E5P160].

"Ahora en lo personal, me encanta venir a trabajar, yo lo que más agradezco es que todo haya sido casi presencial, me encanta venir a trabajar, no tengo problema en eso. Claro, una vez está más pesada que otras veces y no quiere venir, pero me gusta..." [E5P165-P168].

4.4.17. Valoración de la autorregulación.

Un entrevistado refiere que es importante el autorregularse, esto con el fin de realizar una buena atención. La búsqueda de mecanismos para regularse [E9P89]. Permite a los profesionales estar en las mejores condiciones para atender, porque de lo contrario la atención que se dará no será buena [E9P91]. Estar mal hace que una persona pierda el sentido y como consecuencia se entrega una mala atención [E9P88].

"Cuando a mí como clínico se me olvida por qué existo, por qué funcionó, por qué trabajo en el área de labor, olvido el norte. Entonces cuando yo me pierdo, empiezo

a darme cabezazos y empiezo a entregar una mala calidad en la atención. Acá nosotros por lo mismo, por el tipo de atenciones que otorgamos, tenemos que ser personas que nos autorregulemos y busquemos los mecanismos para poder estar compensada. Porque somos seres humanos, las cosas nos afectan igual. En el caso de nosotras, somos mujeres, somos súper cíclicas, nos afectan igual las cosas, pero tengo que buscar el mecanismo para regular, porque ese es mi fin, por eso existo. Y si no estoy en las mejores condiciones para atender, también mi atención va a ser pésima, y eso no se nos puede olvidar nunca, y en pandemia se demostró aún más"
[E9P88-P89-P90].

4.4.18 Empatía con usuarias.

Los entrevistados señalan, de muchas maneras y como respuesta a diversas preguntas, es importante recordar que los profesionales trabajan por y los usuarios y que gracias a ellos existe la matronería [E5P189]. Es por esta razón que algunos entrevistados refieren que sentían aflicción por ellos [E5P169]. Buscaban aportar a la calidad de vida de estos y lo utilizaban como motivación personal [E9P87]. Hubo veces en que se producía un tipo de contradicción, ya que, buscaban acoger a la usuaria y acompañarla, pero por la pandemia no se podía hacer de la forma habitual [E7P16]. Se evitaba hostigar a los usuarios, no utilizaban mucho alcohol para desinfectarlos trataban de calmar la paranoia frente a ellos y no parecer maniáticos, pero aun así se preocupaban de cuidarse, lavarse las manos y utilizar los elementos de protección personal [E5P169-P170-P171].

"Que mis usuarios lo fueran en realidad me daba lata por ellos no más. Pero no me sentía como que los miraba extraño o que la señora salía y yo casi la embetunaba en alcohol, no, como que traté de evitar esa situación. O sea, si la señora tocaba algo yo le echaba alcohol gel, no, o si la señora me pedía un lápiz "no, no ocupe ese

lápiz”, no. Traté de calmar un poco esa paranoia que hay frente a esto” [E5P169-P170].

4.4.19. Familiares.

La mayoría de las matronas que trabajan en el CESFAM son madres, debido a esto se produjo la superposición de los roles laborales y de maternidad, lo que a su vez conllevó a un descuido en la atención adecuada de los hijos e hijas [E1P14]. Esto generaba preocupación en diversos ámbitos, tales como la educación, la inteligencia social y emocional que desarrollaban sus hijos e hijas [E6P84].

“Lo que sí nos preocupa mucho, es el atraso que puede haber en la educación de las niñas y en la parte social de las niñas. Entre las dos juegan harto, pero ¿qué va a pasar cuando tengan que retomar, ¿qué va a pasar con su carácter, con su forma?” [E6P84].

A nivel educacional, las clases en modalidad online implicaron un cambio para toda la familia, sumado a una constante supervisión por parte los padres, ya que, los niños no podían estar solos [E2P58] [E9P116]. A pesar de que hubo un período de adaptación, los profesionales se vieron en la necesidad de apoyarse en gente que no siempre podía resolver las dudas de los hijos o que se les dificulta el uso de la tecnología, como lo es el caso de una de las entrevistadas que debió enviar a su hija al hogar de su padre para que le ayudara en las clases, esto acompañada de una educación sobre el distanciamiento social a las menores [E2P5-P60-P65] [E6P85] [E6P86]. Así mismo también algunos recurrieron a empleadas domésticas para apoyar el trabajo en la casa [E9P129].

“Por ejemplo, la más pequeña está con mi mamá y eso implicó que mi mamá aprendiera a usar plataformas como el zoom, siendo que ella con suerte sabe ocupar su celular” [E2P65].

Otra preocupación bastante importante para el profesional era llevar el virus al hogar, o ser un caso probable. La posibilidad de contagiar a la familia, y a los hijos una vez detectada la posibilidad de contraer, fue algo que angustiaba a los profesionales, aún más con la aparición permanente de nuevas enfermedades asociadas al COVID-19. Esto alentaba al autocuidado en sus hijos y llevó a las madres a tomar acciones frente a este problema. En primera instancia debían informar al colegio acerca de la situación particular de los hijos, y a la vez, esforzarse en que ellos no notaran un cambio producto de la pandemia [E6P86] [E9P64-P106-P130].

“Pero principalmente porque todos tenemos hijos pequeños. Entonces todos sabemos que si nos llega a pasar algo, hay un riesgo mayor en nuestro hogar de que alguien se pueda contagiar y no sabemos cómo va a reaccionar, más con todos los nuevos síndromes, el PIMS principalmente que ha aparecido en los menores” [E9P64].

La realidad para las matronas era variable: para algunos existía la opción del trabajo a distancia, gracias a la creación del artículo 72. El cual se creó como ayuda por parte del CESFAM, que incluía tanto el tema del trabajo como el de la familia. Gracias a esto, los colegas pudieron estar con sus hijos, aunque si bien esto era una ventaja, también generaba un desgaste mental para el profesional o bien para su pareja. Lo anterior sumado al trabajo en casa, con las labores del hogar y la crianza de los hijos, el lugar de descanso se convirtió en el lugar de trabajo [E2P62-P63] [E5P143] [E6P60] [E8P15]. Por otra parte, aquellos que se mantenían en la modalidad presencial debían enfrentarse a otro tipo de problemas como, por ejemplo, con quién dejar a sus hijos de edad preescolar

debido a que la atención en jardines se vio suspendida [E1P4]. O buscar métodos para estar más presentes en el hogar y en la vida de los hijos y facilitar la comunicación con ellos, tales como las llamadas telefónicas o por vía WhatsApp [E9P120-P128]. Esta ausencia hacía sentir a los profesionales culpa por no poder acompañar a su familia o verlos por muy poco tiempo, angustia por la falta de la figura materna dentro del hogar, y dificultad de explicar esta ausencia a los hijos e hijas, los cuales necesitan el apoyo de sus progenitores en todas las etapas de su vida [E2P57-P64] [E9P116-P121-P25].

“Estar en la casa fue un poco complicado, porque además soy profe. Entonces hacer las clases, ver a los más chicos, a mis padres, es un sin número de sentimientos y complicaciones. Hablo no solo por mí, sino por todos, porque yo trabajaba todos los días al igual que mi esposa. Teníamos una persona que nos ayudaba con las cosas y se tuvo que ir, así que nosotros teníamos que hacer todo” [E8P15].

Las redes de apoyo y aceptación, que estuvieron presentes en la familia que incluía a padres y suegros, jugaron un rol fundamental como pilar en todo lo que respecta al trabajar, ya que existe esta especie de ayuda por parte de los miembros de la familia [E2P57-P61] [E3P19-P23] [E6P89] [E823]. Sin embargo, hablando emocionalmente, era una carga, ya que era considerada el factor de riesgo en la casa, además de cumplir un rol de “súper profesional de salud” [E1P26] [E1P29]. Esto provocaba miedo, a contagiar a la familia, especialmente a papás con alguna patología crónica. Así mismo se producía un sentimiento de tristeza, por anteponer su trabajo y sacrificar a su familia [E3P19] [E6P80] [E8P17] [E9P119].

“(…) mi mamá es adulto mayor, tiene comorbilidad. Entonces, más que yo contagiarme, ser como un vector desde el trabajo a la casa. Y de hecho me pasaba, algunos familiares... era como: “pucha, tú eres el factor de riesgo en la casa”

porque estaba trabajando acá. Más que todo, como que en eso podría resumir lo que sentía y las cosas que pasaban más emocionales, porque lo tenía que hacer igual" [E1P26].

En el caso de una entrevistada que no tenía redes familiares en la zona, la familia de la profesional no quería que fuera a trabajar presencialmente y pedía que trabajara de manera remota por temor al COVID-19. Esto básicamente porque los suegros eran muy ancianos y además eran reacios a vacunarse [E1P29-32]. También le pedían quedarse para cuidar de la salud de su hijo, que es su marido, y prevenir el contagio. Finalmente, en caso de esta participante, ningún familiar se contagió, porque ella se ha cuidó bien. Por ende, dentro de su contexto familiar, la situación fue vivida como encierro e imposibilidad de asistir a reuniones sociales, generando tedio a nivel familiar por el encierro y la falta de socialización [E1P29].

"(..) Yo era como la cuática de las reuniones pseudo familiares que se podían hacer. O de repente era como: vamos a dejarle algunas cosas a los tatas. Y yo siempre mascarilla y los tatas súper reacios y yo: tata vaya a vacunarse. Nunca me he vacunado; ese tipo de cosas con la familia que generalmente tú haces un estímulo también, como para que ellos tengan la conciencia de que esto no es un juego y que hay que tener medidas, y que ya no estamos en un proceso normal" [E1P29].

En el caso de otras matronas y matrones entrevistados, se produjo una dificultad para visitar a su familia, ya que la exposición durante la atención domiciliar ponía en riesgo tanto a la familia como al profesional. Esto llevaba a pensar en instalarse en una residencia sanitaria en caso de contagio. Esta ausencia afectaba a la casa y a la familia en particular [E4P22] [E8P17] [E9P30-P36]. Y particularmente en el caso de una matrona, que fue un tiempo a casa a vivir junto a sus padres, y en ocasiones tenía que mentir para poder ir a ver a su familia o a veces utilizaba el permiso sanitario. Pero cuando sus padres

se contagiaron de COVID-19, no pudo ir a verlos durante dos meses [E5P149-P155]. Después de eso viajó al sur a ver a sus abuelos, pero tuvo que volver debido a que salió un concurso para quedarse como matrona de planta y tenía que entregar papeles y hacer trámites [E5P153]. Posteriormente, no pudo coincidir con el plan paso a paso para viajar a ver a sus padres [E5P155-P156]. Lo más complejo de todo esto fue querer estar con sus seres queridos y no poder [E5P157].

“Después ya se empezó a normalizar, yo viajaba cada tres semanas y además cuando viajaba tenía que mentir, porque tenía que decir que vivía allá, cuando en realidad vivía acá, pero era para ver a mis papás, pasaba a veces con el permiso sanitario” [E5P149].

Para uno de los entrevistados la red de apoyo más importante fue su mejor amigo médico, el cual fue un apoyo fundamental psicológicamente durante la pandemia [E5P200]. Mientras que, para otros sus parejas fueron el apoyo significativo, a pesar de que no entendían del todo su trabajo y las situaciones a las que se enfrentaban, puesto que no eran trabajadores del área de salud. Si bien la situación fue complicada, el distanciamiento y las cuarentenas no afectaron la relación de pareja ya que tenían un estilo de vida similar antes de la pandemia [E5P201-P202] [E6P84-P85-P87].

“Yo creo que, para mí, una red de apoyo súper importante, es mi amigo que vive conmigo y que es médico. Por lo tanto, me puede apoyar psicológicamente y no me siento tan extraña” [E5P200].

4.4.20. Usuarios.

Cuando comenzó la pandemia y aparecieron los primeros casos, hubo una disminución en la cantidad de usuarias en los controles ya que muchas de ellas no querían asistir a

CESFAM por miedo al contagio tanto de ellas como de sus hijos [E1P2] [E4P24]. Sin embargo, se entiende que las embarazadas son un grupo con mucha sensibilidad y que a pesar de que se comenzó a notar el pánico en ellas, producto de una situación particular donde se vio el contagio de un bebé en un hospital público del país. Tanto embarazadas como aquellas que eran madres comprendieron que debían darle una atención a su embarazo y también a sus hijos [E1P14- P16-P23].

“Yo no sé si ustedes supieron o se enteraron de que una colega en una comuna cercana, contagió a un bebé chiquitito, la colega estuvo hospitalizada mucho tiempo porque ella era adulta y se contagió un bebé por una atención diada, y eso, bueno salió en las noticias, entonces, claramente de ahí, nosotros comenzamos a notar este pánico de las mamás de decir “chuta, es un foco de contagio, no vamos a ir” [E1P23].

Cuando se comenzó con el sistema de atención remota, uno de los profesionales entrevistados realizó un análisis donde notó que las primigestas, se tomaban mucho mejor el sistema remoto, ya que era la primera vez que vivían la situación, en contraste con las múltiparas que exigían un constante control por parte del profesional [E1P23]. Los profesionales refieren que la unidad de maternidad tiene la costumbre de atender mediante sobrecupos y responder a la llegada espontánea de usuarias al box de atención, por lo que atenderse solo con las horas disponibles fue difícil. Sin embargo, sienten que las gestantes están agradecidas por la atención, porque para ellas, en contexto de pandemia, era difícil encontrar horas incluso en el sistema privado, por lo que admiraban el hecho de que se les atendiera y también el obtener, por ejemplo, ecografías en el hospital. De igual forma notaron que las gestantes se sentían importantes y tomadas en cuenta por el sistema, ya que la atención se seguía haciendo e incluso el cambio de presencial a remoto fue favorecedor, porque no tenían que hacer filas. Igualmente,

comprendían la importancia de que los controles de los recién nacidos se realizaran presencialmente [E2P29-P33] [E5P125-P126-P127].

“En realidad se sentían importantes, se sentían tomadas en cuenta, porque nosotros seguíamos haciendo de todo. De hecho, ellos admiraban igual porque “¿igual me van a atender?”, sí, igual lo vamos a atender porque tiene ingreso de embarazo, “ah ya”. El hecho de que consiguiéramos ecografías en el hospital” [E5P125].

4.4.21. Usuarios y EPP.

Con respecto al uso de los EPP y las medidas de seguridad dentro del box los profesionales notaron que muchos usuarios no se adaptaron a la nueva modalidad, ya que necesitaban el contacto directo con los matrones y no respetaban los aforos, ni los protocolos [E1P23] [E5P89] [E6P56-P89]. Los profesionales sintieron que, al principio de la pandemia, todo fue caótico, ya que, por ejemplo, los usuarios solo se tomaban a veces la temperatura, o durante la atención no lograba reconocer al personal de salud producto de los EPP y debían descubrirse un poco el rostro para poder ser reconocidos. Incluso, producto del miedo, los usuarios se llevaban mascarillas desde el mismo CESFAM [E5P91-P118-P128] [E6P77]. Además de esto, tuvieron dificultad para entender que luego de cada atención debía realizarse una desinfección y que por eso el tiempo de espera era más largo. También el cambio constante de box, debido a que producto de la pandemia se encontraban ocupados era difícil de aceptar por parte de los usuarios [E2P30] [E5P129]. Finalmente, los profesionales mencionan que, a pesar de todo, poco a poco se acostumbraron a utilizar los EPP y a respetar los protocolos [E2P52].

“Les pasaba muchas veces que me preguntaban: “¿usted es la matrona?”, como no me reconocían, porque estábamos constantemente expuestas a que nos vieran. En

cambio, ahora era con mascarilla, con uso de EPP, entonces “usted no era mi matrona” y yo “sí, yo soy”, como que tenía que sacarme un poco el escudo o el gorro, que estábamos con gorro también y no me reconocía” [E5P128].

4.4.22. Usuarios y modalidad de atención.

La reacción de los usuarios frente a la modalidad de atención se dividió entre aquellos que se adaptaron bien a este cambio y los que preferían la atención remota, ya que sentían que ir al CESFAM era un foco de infección y es por ello que la atención remota era la mejor opción para aquellos que no se adaptaron bien a este cambio de modalidad [E1P23].

“Yo creo que lo podría dividir en la gente que se adaptó bien, que típico que tenían como, incluso ellos mismos pedían, decían “chuta, para mí un centro de salud es un foco de contagio, por lo tanto, yo prefiero un control remoto, porque no voy a ir a exponerme al CESFAM” [E1P23].

En primera instancia los profesionales experimentaron un desorden por la poca claridad que se tenía con respecto a la organización. También la entrega de información confusa a los usuarios, produjo que todos manejaran información distinta, como lo es el caso de la solicitud de horas. Esto se hizo notar, por lo que se generó una dificultad en la atención y además hubo reclamos por parte de los usuarios en SOME [E1P24] [E5P41-P42-P118] [E7P20] [E9P40].

“Al principio debemos reconocer que lo hicimos un poco desordenado. Yo creo que debe ser también porque no teníamos claridad de lo que se decía. Aparte nos pasaba que, por ejemplo, nos llegaba correo de qué teníamos que hacer, después íbamos a la reunión del servicio de salud había otra cosa, después acá en el

CESFAM se entregaban otros protocolos. Entonces al final teníamos un enredo y hacíamos cosas como autónomas [E5P41]”.

Con respecto al cambio, los usuarios en un principio se resintieron al no tener consultas, ya que, estaban acostumbrados a la rutina de los controles y las consultas espontáneas y se mostraron poco comprensivos con los profesionales de salud en cuanto a la modalidad y los tiempos de atención. [E3P12] [E6P76] [E9P10]. Los usuarios esperaban que todo siguiera funcionando con normalidad y exigían ser atendidos. Al no ser así los profesionales tenían que tolerar improperios o llamados telefónicos de mal carácter. Es por esto que, según la perspectiva de los profesionales, el usuario se ha demostrado impaciente y poco tolerante con los nuevos protocolos instaurados en las instituciones. [E1P23] [E6P76] [E7P6] [E8P22] [E9P71].

“Pero la gente se siente molesta con eso. La gente llega a la puerta y se quiere ir al tiro, y tener hora pa’ médico al tiro, y si no. No los matrones en general, pero la gente en la puerta, infinidad de insultos. O sea, la gente no entiende el sacrificio que está haciendo el equipo de salud y lo cansado que estamos. [E6P76].

A su vez los usuarios sintieron un abandono por parte del sistema, ya que, con la nueva modalidad, sentían que a veces no se resolvían todas las necesidades en una sola atención. Si no había un contacto más allá de la llamada, se molestaban. Pero profesionales comprendieron esta situación, ya que, con los continuos cambios tanto en la modalidad de atención sumada a la postergación de horas clínicas, era esperable que los usuarios reaccionaran de esta manera [E1P16-P23-P31] [E6P70].

“Pero hubo otra gran cantidad de gente, que como les decía, sentían que, al tener este contacto directo con una matrona a través de por ejemplo de un WhatsApp, si tu no le contestabas al minuto, ya se molestaban, improperios, audios con pucha,

lo menos que te decían es que eras bonita, porque te trataban pésimo y claramente eso también es un desgaste emocional para nosotras como recurso humano" [E1P23].

En cuanto a las atenciones, los profesionales vieron a los usuarios confundidos con respecto a la modalidad, lo que a su vez generó una variabilidad entre la reacción de aceptación o no aceptación de los cambios debidos a la pandemia [E7P6-P13]. Para los profesionales, era difícil hacer entender a los usuarios la priorización de las atenciones, o cuando una consulta es realmente necesaria, ya que los pacientes exigen constantemente la atención en los servicios públicos como lo es el CESFAM [E6P47-P55-P56] [E9P131].

"Cómo hacías entender a la población que no tenía que ir si no fuera por una causa totalmente específica, algo que ha costado un montón, hasta en periodo de cuarentena. Mi comuna estaba en cuarentena y la gente va al CESFAM porque la gente necesita sacar 1 hora, y hora por ejemplo de un control de crónico que la señora estaba inasistente 3 años, que se ha intentado rescatar en todas las formas posibles, no, ahora tienen que ir a buscar su hora" [E6P47].

Un gran problema que evaluaron los profesionales es que no se puede lograr un buen manejo de la pandemia si la población no entiende y respeta las restricciones de movilización. Es necesario que los usuarios sepan y cambien su cultura de autocuidado, pensando que su salud siempre va primero [E6P64-P62-P65]. Un entrevistado, sin embargo, justifica esta movilización, puesto que siente que la población no puede dejar de moverse, tienen que salir a trabajar, tienen que salir a buscar insumos y sobre todo, la población tiende a buscar ayuda social en los CESFAM. Especialmente aquellas personas extranjeras, quienes incluso antes de la pandemia, se podían ver en la sala de espera del CESFAM sin motivo alguno para consultar [E6P64-P67] [E9P61].

“Es total y absolutamente entendible que la gente tenga que trabajar porque no tiene lucas. O sea, la gente no anda moviéndose, salvo los que hacen fiesta y cuestiones. Pero, la gente en general no anda moviéndose, sobre todo en zonas rurales como donde yo trabajo. No se mueven para ir a comprar la carne para hacer un asado para la noche. Probablemente esa gente no ve la carne hace meses. Entonces la gente necesita comer, necesita servicios básicos. Entonces, tiene que moverse” [E6P64].

Los profesionales evalúan que, si bien la atención misma no tuvo dificultades. Hubo inconvenientes relacionados a la conectividad de las llamadas y la actualización de los números telefónicos, ya que, si no se tenían los números actualizados, no había forma de comunicarse con los usuarios. Y por consiguiente no había claridad de cómo hacer la atención, realizar el seguimiento, o cambiar las horas de atención [E5P197-198] [E6P82]. Cuando los usuarios fueron entendiendo y aceptando la nueva modalidad de atención, de a poco fueron actualizando sus números telefónicos y los problemas como la suspensión de horas producto de la falta de comunicación o falta de respuesta, fueron solucionados [E5P118-P123-P199].

“Porque no tenían número actualizados, entonces no teníamos forma de comunicarnos, no sabíamos cómo hacer la atención, no teníamos cómo hacerle el seguimiento y cambiarle la hora, nada, quedaba la patá con eso. Entonces eso la gente lo fue entendiendo y ahora actualiza su teléfono. Entonces uno marca e inmediatamente, son muy poquitos con los que no nos logramos comunicar” [E5P198-P199].

Una vez que se instauró el servicio de atenciones y consultas por WhatsApp, los usuarios fueron más flexibles, se adaptaron a la nueva forma de atender y existió una buena respuesta frente al cambio. Agradecieron el hecho de que existieran tanto las atenciones

telefónicas como las consultas por chat y no tuvieron que acudir al CESFAM para sus controles [E5P118-P122-P131] [E9P66-73]. Por ejemplo, un entrevistado menciona que tiene tan buena relación con las usuarias del CESFAM, que el cambio en algunas atenciones no fue tan difícil, especialmente cuando se realizaron las primeras atenciones de planificación familiar vía telefónica [E6P57].

“Los controles climatéricos se hacen telefónicos, la gente ahora está agradeciendo un poco el hecho de que los llamemos y no tengan que venir. Y el tema de los exámenes, les dejamos todas las indicaciones claras y ellas lo están entendiendo y nos hemos organizado un poco” [E5P122].

Los profesionales resuelven que, en comparación al principio de la pandemia, donde se sentía un pánico por parte de los usuarios y la asistencia a controles frente al mínimo síntoma, notan ahora la disminución de las consultas espontáneas, producto del miedo a contagiarse de COVID-19 [E1P2] [E9P8-P9].

“Lo que sí, los mismos usuarios disminuyeron su cantidad de consultas espontáneas por el riesgo que implicaba venir a un lugar de atención de salud” [E9P8].

A pesar de que en la actualidad solo debería llegar la gente que está citada a los controles, aún se ve a usuarios que llegan sin hora o atrasados, exigiendo su atención. La población se acostumbró a vivir con el estrés y con el miedo. Según uno de los entrevistados, con la falsa sensación de seguridad por la aparición de la vacuna y la poca información sobre esta, comenzaron a exigir las atenciones y sus prestaciones [E5P53-P119] [E6P59] [E9P83].

“Ahora que fue el segundo peak, fue peor que el que tuvimos al principio, pero ya la gente se había relajado, porque había una falsa sensación de que esto ya estaba pasando y de que hubo un mal manejo comunicacional todo el rato. Un deficiente

manejo comunicacional de riesgo muy deficiente llega la vacuna y estamos todos salvados" [E6P59].

Los profesionales vieron que algunas usuarias se sintieron más cómodas con la atención a distancia y se acostumbraron a tener un control más rápido e inmediato. Sin embargo, recalcan que otros usuarios se quedaron con esa modalidad y ahora que se están retomando los controles presenciales, estos no asisten [E1P24-P6] [E6P75]. Al contrario, otros usuarios se cansaron de la modalidad remota y exigen los controles presenciales. Sin embargo, existe un problema mayor: que, a pesar de la buena asistencia, en algunos casos, a los controles en CESFAM, existe una escasez de horas para los usuarios [E5P124-140] [E5P140]. Aun así, los profesionales comprenden que cada usuario es diferente y que, si uno de ellos no tiene una hora registrada, si es algo urgente, se realiza la atención. Y en el proceso, se entrega contención, orientación y educación, de tal forma que las consultas espontáneas o no urgentes disminuyan y se crea un vínculo con las usuarias, independientemente de la forma de atención [E2P32] [E6P76] [E9P27-P15].

"Entonces muchas veces la usuaria puede no tener nada terrible, pero el que tú las escuches, las orientes y les expliques que lo que le está ocurriendo no les ocurrió sólo a ellos, sino que a varias personas también la calma. Y eso también va a hacer que consulte menos" [E9P27].

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

5.1. Discusión.

En la presente tesis se investigó la experiencia profesional y personal de matronas y matrones de la Atención Primaria de Salud, con respecto a las atenciones priorizadas frente a la pandemia, dentro del Valle del Aconcagua. Se entrevistó a profesionales de distintos CESFAM, obteniendo así diferentes respuestas que nos llevaron a conocer la realidad que se estaba viviendo.

El nivel Primario de Salud, cumple un rol fundamental en el ámbito de la prevención, promoción, derivación a niveles superiores en caso de ser necesario y en la actual pandemia, pesquisa oportuna de contagios por COVID-19, tamizaje de la población a través de la toma de PCR y la eventual acogida de enfermos COVID-19 y no COVID-19. Esto además sumado a que dentro de los Centros de Atención Primaria encontramos diferentes programas de salud.

El “Programa de la Mujer” el cual tiene gran relevancia dentro de las labores de matronería, al comienzo de la pandemia, se vio limitado a ciertos controles que se consideraban relevantes para actuar de forma oportuna, tal como se menciona en los antecedentes (9). Dentro de estos el ingreso a control prenatal, control de la diada, puérpera o RN post alta, controles de regulación de fertilidad priorizados, entrega de métodos anticonceptivos, insumos de salud sexual y terapia hormonal de la menopausia, consulta por requerimiento de anticoncepción de emergencia, morbilidad obstétrica o infección de transmisión sexual (ITS), atender a adolescentes que llegan sin hora previa (10, 11).

Tal como se menciona en los antecedentes de esta investigación, los matrones entrevistados comentaron que al comienzo de la pandemia existió un déficit en la entrega de elementos de protección personal y un “descuido” de ciertas profesiones que no se consideraban de “primera línea”. Esto con el tiempo se fue modificando, y se aumentaron las medidas de seguridad, tanto en la entrega de suficientes mascarillas, como en la ventilación y sanitización de los Box.

La priorización con el paso del tiempo se fue haciendo más amplia y diversa, debido a que para que los controles fueran realmente efectivos, se necesitaba una mayor flexibilidad para reorientar las atenciones de forma permanente, además, no era suficiente para cumplir con la labor educativa y preventiva en cuanto a la salud sexual y reproductiva del programa en sí.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, se puede decir que los trabajadores de salud primaria han enfrentado un desafío importante y constante a lo largo de los últimos dos años (2020-2021). Se constata con ello una realidad presente en otros lugares de Chile y otros países, reseñada en los antecedentes presentados en la introducción de este estudio, y que reportaban las dificultades generalizadas y colapso del sistema sanitario a raíz de la pandemia (12, 13). Y específicamente, en el caso de la matronería, los obstáculos y problemas de seguridad para la atención sanitaria en el programa de salud de la mujer, declaradas ya el primer año de la pandemia a la prensa por parte del Colegio de Matronas de Chile (13).

Las priorizaciones de ambos niveles de atención de salud (nacional, local) en general fueron coincidentes, en donde se encuentra el control prenatal, atención de la diada, la entrega de anticonceptivos, entre otros (10). La percepción general acerca de la priorización de cobertura establecida fue adecuada dada la situación de la pandemia,

permitió una orientación y un respaldo para saber a quién atender, junto con el orden, estructura y organización que facilitó.

En cuanto a los controles priorizados, tanto a nivel nacional como local, estos con el pasar de los meses se fueron adaptando, modificando tanto la modalidad de atención como los controles que se realizan, según las necesidades de salud sexual y reproductiva de las usuarias, y según el avance de la pandemia y las diversas modificaciones al plan sanitario “paso a paso”, a sus etapas y niveles de restricción.

La priorización de los controles también evolucionó, ya que se fue tomando conciencia de la importancia para la salud de las usuarias de controles que no se estaban realizando, tal como la toma PAP. El no realizar este examen trae consigo consecuencias en la detección precoz del cáncer cervicouterino. También el solo extender la receta de anticonceptivos y no realizar el control como tal, deja dudas en las usuarias que pueden provocar un mal uso del método y por consiguiente un embarazo no deseado. Otra consecuencia que trae consigo el no realizar este control es que no se tiene la posibilidad de tomar la presión arterial, por ende, no se sabe si el uso del método puede ser riesgoso para la usuaria. Para estos casos, se trató de realizarlos de alguna manera y darles seguimiento a las usuarias, ya sea presencialmente o mediante alguna otra modalidad de atención.

En una reflexión crítica y con perspectiva de futuro, los participantes señalan que, en situaciones críticas como esta u otra pandemia, la priorización no debiese dejar de incluir este tipo de prestaciones. Para poderlo cumplir, se podrá recurrir a los aprendizajes en términos de diversificación de las modalidades de atención. Esta podría ser presencial o remota, basándose en la necesidad de cada usuario/a. El hacer uso de elementos de apoyo como las redes sociales o las llamadas telefónicas, el mensaje vía WhatsApp, facilitaron el seguimiento de los usuarios. Sin embargo, los participantes coinciden en que

dejaba vacíos en la atención, por lo que no es igual de eficaz y eficiente que el realizarla de forma presencial.

En cuanto al manejo de la crisis, derivada de la magnitud y novedad de la pandemia, la gestión de los recursos sanitarios para entregar la atención priorizada del programa de la mujer, se dio en un contexto de prioridad sanitaria nacional de atender los requerimientos derivados de la pandemia (atención de enfermos, trazabilidad, seguridad/triage, prevención, educación, vacunación) (10).

Las deficiencias señaladas por los participantes se dieron en diferentes aspectos. Se observaron dificultades en la adaptación de la infraestructura, que debía cumplir con exigencias de seguridad (distanciamiento, separación de espacios COVID-19 - no COVID-19, ventilación), por lo cual se podían perder box de atención ginecológica. También la gestión fue compleja en materia de organización del recurso humano, que se enfrentó a la necesidad de diversificar los roles del personal, disponer de menos personas para el trabajo por licencias, teletrabajo y necesidad de instalar turnos de trabajo presencial. Este personal limitado, además debía cumplir con los requerimientos de seguridad, tal como ventilación y sanitización entre control y control, disminuyendo la cobertura de atención. Otro problema fue el no poco frecuente cambio de las orientaciones técnicas ministeriales, en términos de metas, modalidad de atención y evolución acorde al plan “paso a paso” gubernamental, que establece las cuarentenas y otras restricciones a la población en general y también a los diferentes servicios públicos, incluyendo el de salud. Lo anterior, que respondía a la evolución y conocimiento creciente de la pandemia, sin embargo, generaba estrés en el personal, sujeto a permanentes requerimientos de adaptación y cambio, y a capacitaciones y fiscalizaciones.

Sin embargo, con el paso del tiempo y la constante evolución de la pandemia, el manejo se fue mejorando con la implementación de nuevas estrategias y normativas que

permitían mayor adaptación a la realidad local de cada Centro de Salud. Lo anterior les entregó una base para la toma de decisiones con respecto a los controles a realizar.

En cuanto a los elementos de protección personal (EPP), existe una opinión positiva acerca de los protocolos destinados a mantener la seguridad y prevención del contagio, tanto para los profesionales como para los usuarios, a pesar de las molestias que generaban para el trabajo clínico y la comunicación con las usuarias. Se implementaron diversas medidas de seguridad, dentro de las cuales existieron modificaciones estructurales en cada CESFAM, señalados en un punto anterior. Además, se aplicaron diversos protocolos de seguridad, que comenzaban desde el ingreso al Centro de Salud, hasta que los profesionales se enfrentaban a la atención de los usuarios, dando énfasis al uso de EPP y la sanitización del box. En el caso de la visita domiciliaria, fue complicado por diversas razones, ya que, se debían llevar a cabo utilizando muchos EPP, lo cual generaba incomodidades corporales, dolor de orejas, dificultades respiratorias, entre otras. A pesar del uso de los EPP en domicilio, el box garantiza más protección, ya que, en la atención domiciliaria, se presentaban falta de recursos básicos como, por ejemplo, la luz.

Un punto destacado por los entrevistados fue la reacción de los usuarios frente a las nuevas modificaciones que traía consigo la pandemia. Muchos se encontraban en desconocimiento de éstas, por lo que surgían muchas dudas, e incluso un sentimiento de abandono por parte del sistema. Muchas usuarias, sobre todo gestantes, se sintieron atemorizadas de asistir a sus controles, por miedo a exponerse, generando un riesgo tanto para ellas como para el buen desarrollo del embarazo. Existieron también complicaciones dentro de la población con respecto a las medidas de autocuidado, respeto de las restricciones (aforo, distanciamiento), entre otros, muchos no las respetaban, ni entendían, por lo que se generaban conflictos.

La actitud de compromiso con los usuarios, el desempeño laboral, la flexibilidad y adaptación al cambio, y la resiliencia del equipo de salud, permitió enfrentar esta situación de la manera más adecuada. Sobre todo, cuando la jefatura brindó espacios de conversación, empatía y fomentaba la participación del personal para encontrar soluciones a los problemas. En cambio, en el caso de una jefatura excesivamente normativa, sancionadora, poco acogedora con las situaciones personales y conflictos del equipo, el estrés se vio potenciado. Pero en general, destaca la alta motivación de cumplimiento de la tarea, de misión, de servicio público observado en las matronas y matrones entrevistados. La vocación y deseo de entregar una atención de calidad a las usuarias, observada en los y las matronas. Este podría ser un factor que explica la resiliencia y alta capacidad de entrega de los profesionales en un contexto altamente adverso y prolongado. Lo anterior junto con una gradual pérdida del temor y el deseo de hacer frente a la situación.

Sin embargo, cada profesional, como cualquier persona, estuvo expuesto a emociones. Cada uno de ellos entregó su vivencia personal, donde refirieron el temor, la inseguridad y la incertidumbre que sintieron frente a lo que podía suceder, no sólo con los usuarios, sino también con ellos mismos. La vivencia personal en el ámbito laboral fue una de temor, estrés, incertidumbre, inestabilidad, ansiedad y sensación de caos inicial, lo cual, según estudios realizados, son reacciones posibles frente a situaciones de estrés intenso, tal como lo fue la pandemia (16, 17, 18). En el plano personal, además de las emociones anteriores, estaba presente, en mayor o menor medida según cada persona, la tristeza, la soledad, la sobrecarga de trabajo por superposición de espacios y roles laborales, domésticos y maternos o cuidado de terceros, sobre todo en la mujer. En este escenario, para la mayoría de los participantes, la familia constituyó un apoyo importante. Pero al mismo tiempo, generaba preocupación y ansiedad, por el riesgo potencial de poder contagiar a sus seres queridos, e incluso el no poder compartir con ellos como lo hacían habitualmente.

Las limitaciones que tuvo esta investigación fueron el poco tiempo que se disponía como estudiantes para llevarla a cabo en un contexto académico virtual y personal de pandemia, sumando, además, que por la pandemia se debían realizar las reuniones por vía telemática, lo cual, en ocasiones entorpecía el avance de la investigación por los problemas de conexión que se presentaban. Otra limitante para considerar es el no haber podido realizar más entrevistas, para así haber conocido la situación y obtener información de la realidad de otras comunas, ya que, se logró realizar nueve entrevistas, cubriendo con ellas 7 de las 10 comunas del Valle del Aconcagua, por lo que hubo tres comunas con las cuales no se logró coordinar, no obteniéndose ninguna información. Y en varios de los CESFAM, se entrevistó a una sola persona. No se logró una real triangulación y saturación de la información, por tanto, tampoco se pudo analizar si hay contraste o no entre los Centros de Salud del entorno urbano y rural.

El aporte central de este estudio de tipo exploratorio es el de dar a conocer la experiencia empírica, información de campo y perspectivas de cómo se vive una emergencia sanitaria dentro de un Centro de Atención Primaria en Salud en una provincia del interior de una región de Chile, de cuáles han sido las estrategias de manejo, sus aciertos y aspectos menos exitosos. Da cuenta también de los obstáculos enfrentados, las vivencias y fortalezas de las personas y de los equipos de salud, en este caso profesionales de matronería. Entrega información local, cuya revisión y discusión puede aportar nuevas ideas para seguir enfrentando la crisis actual, o bien para enfrentar nuevos contextos de crisis sanitarias futuras. Finalmente, el levantamiento de las dimensiones emergentes de los relatos sienta una base y es un aporte, para el diseño de futuras investigaciones más amplias.

5.2. Conclusiones.

La pandemia por COVID-19, declarada el 11 de marzo de 2020, dada su magnitud y efectos sanitarios, económicos y sociales, afectó profundamente el estilo de vida de las personas alrededor del mundo, y de manera directa, a los profesionales que conforman el área de la salud, entre ellos, matrones y matronas.

La implementación de las medidas sanitarias y sociales por el gobierno chileno, fueron evolucionando según la situación específica en la que se encontraba cada región del País, lo cual, fue fundamental para adaptar la atención en salud. Junto con esto, existió un cambio permanente de las medidas sanitarias, protocolos, necesidades de adaptación de infraestructura y organización de los recursos humanos en los centros de Atención Primaria en Salud, quienes, además, debieron vivir y enfrentar los temores, efectos y costos personales de la pandemia.

Las conclusiones que se pueden extraer, al analizar los resultados presentados, son múltiples. En primer término, se puede concluir en cuanto a la priorización, objeto de análisis central del presente estudio, que, fue la adecuada, ya que, se priorizó a quienes requerían de atención impostergable, un claro ejemplo fueron las gestantes. Además, se consideró el ir evaluando la modalidad de atención, pudiendo ser de manera presencial o de manera remota, según el riesgo que presentaban las usuarias. También, es importante destacar, que fue positiva la implementación de atenciones de manera virtual, utilizando herramientas tecnológicas como WhatsApp. Con respecto a lo anterior mencionado, hubo complicaciones, pero, en general una buena aceptación por parte de la población, por lo que fue una medida certera frente a la pandemia.

Frente a la nueva modalidad de atención, se logra deducir, que las primigestas tuvieron una mejor adaptación a esta. Sin embargo, las multíparas presentaron una mayor

dificultad para adaptarse, ya que, según la misma reflexión de los profesionales, esto se debía a que ellas sólo conocían las atenciones presenciales, por lo tanto, sentían la necesidad de mantener esta misma modalidad.

Como investigación, se abarcó no solo el tema de la priorización, sino que también se abordó un gran tema de importancia como lo son las vivencias personales, familiares y laborales que experimentaron los profesionales de la salud durante todo este período.

La visita domiciliaria, en definitiva, incrementaba la inseguridad en los profesionales, ya que no tenían las mismas medidas de seguridad que había en el box de atención. Y actualmente, se mantienen las atenciones domiciliarias a los grupos de riesgo y controles de diadas.

Gracias al esfuerzo de los profesionales de la salud, al transcurrir los meses, se logró volver a la presencialidad para la mayoría de las atenciones. Aun así, la baja cobertura de atención presencial y los diversos controles que no se realizaron debido a la priorización, generó consecuencias sanitarias negativas. Una de ellas, fue la disminución de la cobertura de exámenes preventivos, como la toma de PAP y mamografías. Esto se ha visualizado en la escasa cantidad de usuarias que han retomado sus controles y realizado los exámenes pertinentes de screening, lo que lleva a pensar, que tendrá consecuencias en un futuro, tal como el diagnóstico tardío de patologías. Esto, se debe tener en cuenta para enfrentar una próxima pandemia, para que así, no existan repercusiones en la trazabilidad, ni se dificulte el resultado de las estadísticas respecto a incidencia de comorbilidad a largo plazo.

En cuanto a los elementos de protección personal, a pesar de las molestias y en un momento, su poca disponibilidad, en definitiva, estos cumplieron su función, ya que

existió una baja tasa de contagios en los funcionarios, y generó confianza a los profesionales para enfrentarse a posibles casos positivos.

Se puede concluir que la situación vivida por los matrones permitió una innovación disciplinar, estando ahora capacitados en el manejo de crisis y pandemias, como así también en la colocación de elementos de protección personal. Por ende, la disciplina de las matronas se ha visto modificada por este suceso vivido, provocando que la rigurosidad con la que se realizaba la atención antes, ahora se vea aumentada.

En la investigación, se abarcó no solo el tema de la priorización, sino que también se abordó un gran tema de importancia como lo son las vivencias personales, familiares y laborales que experimentaron los profesionales de la salud durante todo este período.

En síntesis, el común denominador de todas las entrevistas realizadas es el gran apoyo que la familia brindó a los profesionales durante la pandemia. Para muchos, estos jugaron un rol importante durante el proceso, ya que actuaron como pilar fundamental para poder compatibilizar la vida profesional con la vida familiar, llegando así a un punto de equilibrio entre toda la incertidumbre vivida en ese momento. Un factor que influyó directamente en la experiencia familiar es lo lejos o cerca que se tenía a la familia. En donde se deduce que para aquellos matrones que conviven con esta dentro del mismo hogar, tenían miedo de contagiarse y exponerlos a contraer el virus. Mientras que para los que vivían lejos de sus familiares, se hacía muy difícil no poder verlos con la misma periodicidad de antes.

La colaboración y apoyo, el trabajo en equipo, la capacidad de contención por parte de las jefaturas, la buena disposición de los profesionales, y su adaptabilidad a los acontecimientos que se vivieron durante la transición de un ambiente laboral normal, a un

ambiente cargado de protocolos y, por sobre todo de distanciamiento social, fue fundamental para proteger la salud mental del equipo y enfrentar así la pandemia.

Para nosotras como estudiantes y tesisistas, fue importante escuchar las opiniones y experiencias de los profesionales de la salud de atención primaria, puesto que fueron quienes llevaron a cabo las atenciones, tanto para los grupos de riesgo, como para la población en general.

Escuchar y conocer las dificultades e inquietudes que vivieron a modo personal y laboral, nos ayudó a entender a profundidad la gran labor que enfrentaron durante esta crisis y, las modificaciones que debieron realizar no solo en el ámbito laboral, sino que también en el ámbito familiar y personal. Por lo que, se destaca la responsabilidad y vocación hacia su profesión y hacia los usuarios.

Finalmente, la gran interrogante que como estudiantes nos planteamos al inicio de la investigación sobre la cobertura de los controles en atención primaria de salud, ha sido resuelta. Incluso, se ha obtenido más información de la esperada, que ha resultado muy beneficiosa para entender el manejo de la pandemia por los centros de atención primaria, la respuesta de estos para asegurar cobertura del programa de la mujer, y cómo lograron priorizar las atenciones según criterios otorgados por MINSAL y, a la vez adaptados a la realidad local. En síntesis, tras realizar las entrevistas a los profesionales y, posteriormente analizarlas, se puede concluir que la priorización para enfrentar la pandemia, así como la innovación, la adaptabilidad, el trabajo en equipo, junto con el apoyo familiar y, la gran resiliencia por parte de los profesionales matrones y matronas, permitieron enfrentar los temores frente al desconocido virus. Por otro lado, las licencias, problemas organizacionales, los turnos extenuantes, y el estrés presente en los centros de atención primaria fueron el lado negativo de la experiencia de los profesionales frente a la pandemia.

Se espera que los resultados de la investigación realizada por este grupo de tesistas sean de utilidad para futuros estudios sobre esta crisis sanitaria que cambió la vida de muchas personas y, nos hizo entender la gran importancia que tienen los profesionales de salud en el nivel de atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

(1) OMS; Preparación y respuesta ante emergencias [internet]. Ginebra, Suiza: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en:

<https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/es/>

(2) MINSAL; Plan de acción coronavirus [internet]. Santiago, Chile: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/material-de-descarga/>

(3) RTVE; El mapa mundial del coronavirus [internet]. Madrid, España: 2020; [citado 2020.04.19] Disponible en:

<https://www.rtve.es/noticias/20200425/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>

(4) OMS; Preguntas y respuestas sobre coronavirus (COVID-19) [internet]. Ginebra, Suiza: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en:

<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>

(4) MINSAL; Plan de acción Coronavirus [internet]. Chile: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en:

<https://www.gob.cl/coronavirus/>

(6) Planned Parenthood; COVID-19 y tu salud sexual [internet]. Estado Unidos: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en:

<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/salud-y-bienestar/covid-19-nuevo-coronavirus/covid-19-y-tu-salud-sexual>

(7) BBC; Coronavirus: 8 gráficos que muestran cómo cambió el mundo con la cuarentena por el covid-19 [internet]. Reino Unido: 2020; [citado 2020.04.19].

Disponible en:

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-52194942>

(8) SINC; La medicina no basta: por qué necesitamos ciencias sociales para frenar esta pandemia. [internet]. Madrid: 2020; [citado 2020.04.19] Disponible en:

<https://www.agenciasinc.es/Reportajes/La-medicina-no-basta-por-que-necesitamos-ciencias-sociales-para-frenar-esta-pandemia>

(9) MINSAL; Protocolo de manejo de contactos de caso Covid-19 [internet]. Santiago, Chile: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en:

https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/e5/d2/e5d2f726-600f-44b4-b995-1801ba6d9f1e/protocolo_de_manejo_de_contactos_de_casos_covid-19_fase_4.pdf

(10) MINSAL; Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria en salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2 [internet]. Chile: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en:

<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf>

(11) MINSAL; Programa salud de la mujer 1997 [internet]. Chile: 2015; [citado 2020.04.19]. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>

(12) El Desconcierto; Presidenta del Colegio de Matronas y el contagio de siete colegas en H. Sótero del Río: Es un tremendo foco de riesgo que el mismo establecimiento propague el virus [Diario electrónico]. Chile: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/04/16/presidenta-del-colegio-de-matronas-y-el-contagio-de-siete-colegas-en-h-sotero-del-rio-es-un-tremendo-foco-de-riesgo-que-el-mismo-establecimiento-propague-el-virus/>.

(13) La Nación; Colegio de matronas y matrones asegura que el contagio en el Sótero del Río no lo causó una de las suyas [Diario electrónico]. Chile: 2020; [citado 2020.04.19]. Disponible en: <http://lanacion.cl/2020/04/14/colegio-de-matronas-y-matrones-asegura-que-contagio-en-el-sotero-del-rio-no-lo-causo-una-de-las-suyas/>.

(14) El Desconcierto. Municipalidad de Zapallar entregará mediante dron medicamentos a personas de la tercera edad [Diario electrónico]. Chile: 2020; [citado 2020.19.04]. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/04/19/municipalidad-de-zapallar-entregara-mediante-dron-medicamentos-a-personas-de-la-tercera-edad/>

(15) Díaz Herrera, C. (2018) Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum, en Revista General de Información y Documentación 28 (1), 119-142 [citado 2020.14.12]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/60813>

(16) Sociedad Española de psiquiatría; Cuidando la salud mental del personal sanitario [internet]. España: 2020; [citado 2021.12.04]. Disponible en: [SEP COVID19-Salud Mental personal sanitario.pdf \(sepsiq.org\)](#)

(17) Cantor Cruz, F. McDouall-Lombana, J. Aldemar Parra, L. Cuidando de la salud mental del personal de salud durante COVID -19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. [internet]. Colombia: 2021; [citado 2021.12.04]. Disponible en:

[Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos \(nih.gov\)](#)

(18) Lozano Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. [revista electrónica]. Lima: 2020; [citado 2021.12.04]. Disponible en:

[Impacto de la epidemia del Coronavirus \(COVID-19\) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China \(scielo.org.pe\)](#)

ANEXOS.

ANEXO N°1.

Matriz inicial de operacionalización de objetivos (para diseño pauta de entrevista).

Matriz operacionalización de objetivos				
Objetivo específico	Definición	Tema	Subtemas	Preguntas
Describir la percepción de la cobertura establecida.	Percepción: Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n Cobertura: Cantidad o porcentaje abarcado por una cosa o una actividad https://dle.rae.es/cobertura?m=form	Controles priorizados.	Prioridad Nacional.	Conocimiento; fuente de información ; opinión.
			Contraste priorizados y ejecutados.	Correspondencia entre la prioridad y lo que se hizo (se respetó?). Sí sí, opinión, razones. Si no, por qué.
			Prioridad local.	Correspondencia entre prioridad nacional y local. Si no:

				cuáles son las locales, y contexto.
			Aspectos positivos y negativos: eficacia, eficiencia.	Logro de objetivo y meta en diferentes tipos de atención. Logro de impacto.
			Obstaculizadores.	Relación costo/beneficio (recurso humano, material, psicológico personal de salud; usuarias).
			Facilitadores.	Salud: institucionales (administrativas, recurso

				humano, recurso material, seguridad); personal de salud y matronas (actitudes, psicológicos pandemia, otros).
			Propuestas.	Cobertura, seguridad, formas de actuar, otras.
Opinión acerca de los protocolos de atención en situación de COVID 19.	Protocolos de atención: Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica. https://www.rae.es/deseñ/protocolo	Protocolos específicos en situación de pandemia, tanto a la atención	Existencia Fuente (nacional, SSA, local, otro).	Protocolos de seguridad para la protección del personal, otorgadas por autoridades.

		a entregar como en la segurida d del personal y usuaria.		
			Descripción.	Modalidad de atención implementa da en usuarios /usuarias en APS.
			Opinión (eficiencia, eficacia, seguridad: para la usuaria y para el personal).	Como los usuarios/us uarias se han adaptado a la priorización de atención y cómo la han utilizado.
			Rol matronería.	Medidas de protección personal dentro de cada box de

				atención.
Describir la vivencia subjetiva del proceso para las matronas y matrones.	Vivencia: Experiencia que se tiene de algo. Hecho de vivir o experimentar algo. https://dle.rae.es/vivencia <u>a</u> Subjetiva: Pertenciente o relativo al modo de pensar o de sentir del sujeto, y no al objeto en sí mismo. https://dle.rae.es/subjetivo	Vivencia personal.	Tipo de experiencia.	Experiencia negativa, Experiencia positiva.
			Que significó.	Enfrentarse a usuarios/as con posible COVID 19. El uso de nuevas medidas de seguridad y protección. La nueva forma de atención, a la que tienen que enfrentarse los funcionarios

				de salud.
			Emociones (negativas, positivas).	Qué emociones le produjeron ciertas situaciones vividas en pandemia.
			Conciliación de roles.	Dentro del CESFAM. Dentro de su familia.
			Dificultades.	Falta de coordinación. Falta de insumos. Falta de EPP. Falta de norma para atención de los usuarios.

			Aspectos facilitadores, apoyos, otros).	Equipo de trabajo (compañeros, colegas). Familia.
--	--	--	---	---

ANEXO N.º 2.

PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

**“Cobertura de controles de matronería en Atención Primaria de Salud,
en tiempos de pandemia”.**

ENTREVISTA N°

Antecedentes entrevista:

Fecha:

Tipo: presencial _____ virtual: _____

Lugar (si presencial):

Hora inicio:

Hora término:

Investigadora:

Introducción.

Buenos días/tardes. Como ya conversamos antes, soy estudiante de 4º año de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, y quisiera saber sobre su percepción acerca de la priorización de la atención de matronería a nivel de APS en tiempos de pandemia. Le recuerdo también que la información que nos proporcione será totalmente anónima y será sólo utilizada para fines académicos e investigativos.

Antecedentes del entrevistado/a.

Sexo:

Edad:

Tipo de establecimiento:

Tipo de comuna: capital de provincia _____ otras comunas _____

Función:

Tiempo que lleva en el trabajo: y en este CESFAM:

TEMAS Y PREGUNTAS

Tema 1: Controles priorizados.

- 1.1. ¿Tiene conocimiento acerca de los controles priorizados a nivel nacional?, ¿ha existido alguna recomendación escrita o verbal desde el nivel nacional con respecto a la priorización de controles en las provincias? ¿Qué opina de esta priorización nacional? (eficacia, viabilidad, otros)
- 1.2. ¿Qué priorizaron ustedes? (¿se siguió la orientación nacional, o han tomado acorde a la realidad local, o ambas, o ninguna?)
- 1.3. Acerca de la priorización de controles realizadas en el CESFAM donde se desempeña, ¿cómo ha sido la experiencia para usted?, ¿a qué atención les dan prioridad?, y ¿cómo se siente con ello? ¿Cómo lo hicieron?
- 1.4. ¿Cree usted que los controles priorizados en su CESFAM han sido adecuados?
Aspectos positivos, negativos, sugerencias

Tema 2: Protocolos específicos en situación de pandemia, tanto a la atención a entregar como en la seguridad del personal y usuaria.

- 2.1. ¿Qué protocolos fueron implementados frente a la pandemia?
- 2.2. ¿Cómo son las medidas de protección personal dentro del box de atención?

2.3. ¿Considera eficaces (resultados) y eficientes (funcionamiento) los protocolos de seguridad implementados tanto para usted como profesional de la salud como para los/las usuarias?

2.4. ¿Qué aspectos mejoraría?

2.5. ¿Cómo los usuarios/as se han adaptado a la nueva forma de atención? ¿Y a los controles a los que les dan prioridad? ¿Cómo han reaccionado las usuarias? ¿La priorización coincide con la demanda?

Tema 3: Vivencia personal

3.1. ¿Cómo fue su experiencia durante la pandemia? Aspectos positivos, aspectos negativos. ¿Qué predominó? considera que fue más positiva o negativa, y evolución.

3.2. ¿Qué significó para usted enfrentarse a la posibilidad de que en alguna situación un usuario resultara ser COVID positivo?

3.3. ¿Qué significó para Ud. tener que utilizar todos los elementos de protección personal (mascarilla, antiparras, escudo facial, pechera y guantes) durante todas las atenciones?, ¿afectó de alguna forma la atención con la/el usuario?

3.4. ¿Tuvo que tomar un rol distinto dentro de su CESFAM?

3.5. En cuanto a la conciliación de los roles profesionales y familiares, ¿cómo lo vivió?, ¿cómo lo hizo? dificultades, aspectos facilitadores. Consecuencias positivas y negativas.

3.6. ¿Cuáles cree usted que fueron las mayores dificultades que se presentaron a lo largo de las atenciones a los usuarios? (falta de insumos, EPP, falta de una norma para la atención en pandemia, otros)

3.7. ¿Cree usted que hubo aspectos facilitadores? (¿apoyo de la familia, o equipo de trabajo, otros?)

*¡¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU
COLABORACIÓN!!!*

ANEXO N.º 3.

Ficha de apoyo tema 1 entrevista.

Lista de controles de matronería de prioridad nacional y aplicación CESFAM.

	Controles regulares de matronería en APS.	Priorizado CESFAM	No priorizado, pero se realiza	No se realizó.
	Control prenatal.			
	Control del puerperio (Control de la diada).			
	Control de la regulación de la fertilidad. <ul style="list-style-type: none"> ● Entrega de anticonceptivos. ● Recambio de anticonceptivos. ● Controles del primer mes post inserción DIU Cu. ● Controles del primer mes post inserción implante subdérmico. ● Consulta de anticoncepción de emergencia. 			
	Consejería en salud sexual y reproductiva.			
	Control del climaterio en mujeres de 45 a 64 años. <ul style="list-style-type: none"> ● Control de ingreso al programa de climaterio. ● Terapia hormonal de la menopausia por 3 meses de acuerdo con el tipo de fármaco. 			
	Clínica de Lactancia materna.			
	Control del programa del adolescente.			
	Consulta espontánea del adolescente.			

	clínica de ITS (consulta por infección de transmisión sexual).			
	Talleres “Chile crece contigo”, Preparación para el parto y post parto. (Educación grupal a gestantes).			
	Visita domiciliaria integral.			
	Controles morbilidad ginecológica. <ul style="list-style-type: none"> ● Toma de Muestra de PAP. 			
	Atención de urgencia.			

Observaciones:

ANEXO N.º 4.

Carta de aprobación del comité de ética.



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
EU. CCS/ cebv

San Felipe, 22 de Enero de 2021.

Carta-C.E.C 03/2021

**ESTIMADA:
ANA MARÍA SILVA DREYER
INVESTIGADOR PRINCIPAL
PRESENTE**

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua, analizó el Estudio: "**Cobertura de controles de matronería en Atención Primaria en Salud, en tiempos de pandemia. Valle de Aconcagua 2020-2021**".

En este contexto, se informa que se definió **Aprobado**, debido al cumplimiento de los aspectos científicos metodológicos y éticos, revisados por este comité.

Sin otro particular, saluda Atentamente a Ud.

**DR. JOSE LUIS BUCAREY TAPIA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

Distribución:

✓ Oficina de Partes CEC-SSA

ANEXO N.º 5.

Consentimiento Informado.

entrevista, no se divulgarán, ni harán referencia a la respectiva comuna o CESFAM en la cual usted se desempeña. Para evitar los riesgos de que las entrevistas puedan intervenir con los horarios de su trabajo, los estudiantes se comprometen a establecer un horario determinado y adecuado a sus necesidades. Sean las entrevistas presenciales o vía web.

- **BENEFICIOS ESPERADOS PARA EL SUJETO Y PARA LA SOCIEDAD**

No existirán beneficios directos materiales para usted al participar de la investigación. Los investigadores se comprometen a enviar los resultados finales de la investigación realizada si señala su interés en obtenerlos. Los investigadores se comprometen a presentar los resultados finales en alguna instancia de interés para usted (CESFAM, instancia comunitaria).

- **USOS POTENCIALES DE LOS RESULTADOS**

El fin de esta investigación, definido de una forma sencilla es “aprender de las buenas prácticas, así como de los errores”, y de sus efectos sobre la salud de la mujer y los profesionales que las atienden, a partir del relato de estos últimos. Lo anterior aportará a la vez como marco de referencia e identificación de dimensiones a ser abordadas en el diseño de futuros estudios más extensos.

- **GARANTÍA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN NUEVA RELEVANTE.** Usted tendrá acceso a conocer los resultados de la investigación.
- **GARANTÍA DE PROTECCIÓN A LA PRIVACIDAD Y RESPETO DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES CON MENCIÓN DE LA METODOLOGÍA A USAR PARA ELLO.** Para asegurar sus datos y la entrevista, se guardará una custodia de los datos consistentes, es decir, la grabación y transcripción de la entrevista será analizada por los estudiantes a cargo de la investigación y luego quedará resguardado por el investigador principal por un periodo de tres meses en el archivo con llave, destinado al resguardo de los datos de investigación y tesis de la Carrera en el Campus San Felipe, que posteriormente se eliminarán.
- **DESCRIBA LA GARANTÍA DE COBERTURA DE LOS GASTOS GENERALES POR LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN Y LAS COMPENSACIONES QUE RECIBIRÁ EL SUJETO DE ESTUDIO. ESTO ES OBLIGATORIO EN CASO DE ENSAYOS CLÍNICOS FARMACOLÓGICOS Y/O DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.** Usted no tendrá gastos y tampoco recibirá compensaciones en esta investigación.

CONSIGNE QUE LA PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIEDAD

Usted podrá decidir libremente si quiere o no ser participe del estudio. Además, se le informará de que puede dejar de responder alguna pregunta o retirarse del estudio en el momento que usted desee.

PREGUNTAS.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación Científica puede contactar o llamar a Ana María Silva Dreyer, Investigadora Responsable del estudio, al teléfono 996796907.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación Científica, usted puede llamar a Adriana Rojas, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Aconcagua, al teléfono 34-2493499 (anexo Minsal 343499) o al mail: adriana.rojas@redsalud.gov.cl.





DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar (o a mi hijo/hija, familiar o representado) de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicación por ello.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMAS

Investigador:
Firma:
Fecha:

Participante:
Firma:
Fecha: