



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva

**PERCEPCIÓN DEL ABORDAJE DE LA PESQUISA DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO Y DE MAMA EN LA RED DE ATENCIÓN
PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN DURANTE
EL COVID-19.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

NATALIA ESPERANZA CONTRERAS OBRIST

CONCEPCIÓN – CHILE

2025

Docente guía: Mercedes Carrasco Portiño.

Docente co-guía: Alejandra Ceballos Morales.

Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina Universidad de
Concepción.

Dedicado a Julieta y Diego, quienes son mucho más que el motor que impulsa mi vida. Su amor, su presencia y su entrega incondicional han sido la fuerza que me ha sostenido y empujado a seguir, incluso en los momentos más difíciles. Este logro también es profundamente suyo.

A mis padres, familiares, amistades y equipos de trabajo, como reflejo del cariño y el apoyo que me brindaron a lo largo de este proceso. Por estar presentes con palabras, gestos o silencios que acompañaron más de lo que imaginaron.

Y, finalmente, a mi querida abuelita Haydee, cuyo amor y enseñanzas continúan guiando mi vida, aun cuando ya no estás presente. Fuiste tú quien me impulsó a cultivar la curiosidad y el deseo constante de aprender. Este logro también honra tu memoria y tu ejemplo, que viven en cada paso que doy.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, quien en los momentos más difíciles me sostuvo cuando quise rendirme y me otorgó la fortaleza para continuar, a pesar de las adversidades.

Al personal de matronería que participó en esta investigación, y a quienes continuaron ejerciendo su labor durante la pandemia por COVID-19 con compromiso y dedicación de brindar una atención integral en salud sexual y reproductiva a las personas que lo requirieron en un contexto especialmente desafiante.

A las usuarias que compartieron generosamente sus experiencias vividas durante esta crisis sanitaria, aportando una dimensión humana indispensable para el desarrollo de este estudio.

A la Dra. Mercedes Carrasco Portiño, por su sabiduría, paciencia y compromiso, por su acompañamiento constante a lo largo de todo este proceso formativo.

A la profesora Alejandra Ceballos Morales, por abrirme un espacio en su equipo, confiar en mí y velar por mi aprendizaje y desarrollo profesional.

A Ingrid González y María Belén, cuyo apoyo y compañía fueron un sostén fundamental durante este recorrido académico y personal.

Finalmente, a mí misma, por seguir adelante y lograr culminar este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
MARCO TEÓRICO	5
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y MÉTODO	19
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES	61
PROYECCIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	79

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Experiencia del personal de matronería de los centros de salud asociada a la toma de PAP y mamografía durante la pandemia COVID-19.	39
Tabla 2. Estrategias de rescate realizadas durante la pandemia Covid-19 por los centros de salud para el tamizaje de Cacú y de Ca de Mama.	45
Tabla 3. Proceso de atención para tamizaje de CaCu y Ca de Mama en los centros de atención primaria durante la pandemia COVID-19.	53
Tabla 4. Vivencias en cuanto a las barreras de acceso a los centros de atención primaria durante la pandemia por COVID-19 percibidas por las usuarias de los programas de CaCu y Ca de Mama.	62

RESUMEN

Introducción: La pandemia por COVID-19 alteró los sistemas de salud a nivel global, aplicando una rápida implementación en medidas de contingencia sanitaria, priorizando la emergencia, reorientando recursos y desplazando atenciones de salud no esenciales. Las atenciones de salud sexual y reproductiva se vieron afectadas al no ser una prioridad, incluyendo las de tamizaje de cáncer ginecológico.

Objetivo: Explorar la percepción del abordaje de la pesquisa del cáncer cervicouterino y de mamas de las usuarias y personal de matronería en la red atención primaria del Servicio de Salud Concepción durante el año 2021.

Material y Método: Estudio cualitativo, exploratorio de perspectiva fenomenológica. Se realizó un muestreo en bola de nieve que incluyó a profesionales de matronería de APS (n=8) y usuarias de atención primaria (n=7). Se realizaron entrevistas en profundidad, grabadas y transcritas, se empleó análisis de contenido y software de análisis cualitativo ATLAS Ti. v9.

Resultados: El personal de matronería enfrentó desafíos en la continuidad del tamizaje debido a reasignación de funciones, limitaciones en infraestructura y el acceso restringido a centros de salud. Se implementaron estrategias como atenciones telemáticas, campañas de rescate y uso de redes sociales. Las usuarias percibieron barreras como el miedo al contagio y desinformación sobre las prestaciones disponibles, afectando la pesquisa.

Conclusiones: La pandemia impactó en el acceso al tamizaje evidenciando barreras tanto estructurales como emocionales. El miedo al contagio y limitaciones del sistema influyeron en la disminución de la asistencia y la cobertura.

Palabras claves: COVID-19, cáncer cervicouterino, cáncer de mamas, salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic disrupted healthcare systems worldwide, prompting the rapid implementation of health contingency measures, prioritizing emergencies, reallocating resources, and postponing non-essential healthcare services. Sexual and reproductive healthcare services were affected as they were not considered a priority, including gynecological cancer screening.

Objective: To explore the perception of the approach to cervical and breast cancer screening among users and midwifery staff in the primary care network of the Concepción Health Service during 2021.

Materials and methods: Qualitative, exploratory study from a phenomenological perspective. A snowball sampling was conducted that included primary care midwives (n=8) and primary care users (n=7). In-depth interviews were conducted, recorded, and transcribed, and content analysis and ATLAS Ti v9. qualitative analysis software were used.

Results: Midwifery staff faced challenges in continuing screening due to reassignment of duties, infrastructure limitations, and restricted access to health centers. Strategies such as telemedicine, outreach campaigns, and the use of social media were implemented. Users perceived barriers such as fear of contagion and misinformation about available services, which affected screening.

Conclusions: The pandemic impacted access to screening, highlighting both structural and emotional barriers. Fear of contagion and system limitations influenced the decline in attendance and coverage.

Keywords: COVID-19, uterine cervical neoplasms, breast cancer, sexual and reproductive health.

INTRODUCCIÓN

El cáncer ha sido una de las principales preocupaciones de la medicina moderna debido a las altas tasas de mortalidad y siendo la segunda causa de muerte a nivel global después de las enfermedades cardiovasculares¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima 1 de cada 5 personas desarrollará cáncer a lo largo de su vida y que, aproximadamente, 1 de cada 12 mujeres fallecerá por esta enfermedad². A nivel mundial en la mujer el Cáncer Cervicouterino (CaCu) y Cáncer de Mamas (Ca de Mama) representan un 6.9% y 23.8% respectivamente del total de casos nuevos³⁻⁴.

El cáncer se hace presente como un problema de salud pública en la población chilena desde 1986, año en que el Ministerio de Salud (MINSAL) constituye la Comisión Nacional de Cáncer y Programa Nacional de Cáncer de Chile por medio del decreto exento N°4, modificado mediante el Decreto Exento N°1084, el 4 de octubre de 1998⁵. Dentro de los objetivos sanitarios estratégicos 2011-2020 para Chile, una de las metas fue reducir en un 5% la tasa ajustada de mortalidad por cáncer al 2020⁶.

La misión del MINSAL es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud⁷, sin embargo, no es hasta el 2020 que esta entidad se vería enfrentada a una de las situaciones sanitarias más críticas e importantes de su historia⁸.

A finales del 2019 originario desde China, un nuevo coronavirus se propaga rápidamente generando alarma en sus autoridades sanitarias, notificando a la OMS de la inminente crisis. En enero de 2020 la OMS apoyada por el Comité Asesor en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), declaró el brote de COVID-19 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)⁹, posteriormente en marzo es declarada a nivel mundial la pandemia por el Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus-2 (SARS-CoV-2)¹⁰.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer ha experimentado un importante crecimiento en los últimos años, posicionándose como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, reportando millones de casos nuevos y defunciones anualmente². En el ámbito de la salud sexual y reproductiva los cánceres ginecológicos ocupan un lugar relevante, siendo el Ca de Mama el más frecuente seguido por el CaCu. Si bien en este último se ha logrado disminuir sus tasas, ambos aún mantienen altos índices de morbimortalidad tanto en el mundo como en Chile³⁻⁴.

En nuestro país, el tamizaje de estas patologías es abordado principalmente por la Atención Primaria en Salud (APS) que tiene por pilares fundamentales la prevención y la promoción de la salud, enfatizando en la educación de la población en cuanto a la importancia de la detección temprana de enfermedades. A través de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros de Salud Comunitaria (CECOSF), la APS ejecuta los programas de pesquisa mediante el examen de Papanicolau (PAP)¹¹ para el CaCu y mamografías¹² para el Ca de Mama. Estas actividades forman parte del quehacer cotidiano del personal de matronería¹³, quienes desempeñan un rol clave en la pesquisa que, en conjunto a la innovación terapéutica y el acceso de manera oportuna a los tratamientos, contribuyen de forma significativa en la disminución de la mortalidad¹⁴.

Sin embargo, el acceso a la atención sanitaria continúa siendo un obstáculo en el sistema de salud en Chile, junto con esto se le añade, la constante carencia de infraestructura, escasez y sobrecarga del personal sanitario, los tiempos de espera de los usuarios, entre otros factores, dejan en evidencia las limitaciones persistentes que afectan la calidad y la continuidad de la atención¹⁵.

La crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 sacudió al mundo entero, provocando una alarma mundial obligando a los sistemas de salud a adaptarse a las nuevas demandas de atención de los contagiados de COVID-19, a la creación de protocolos de atención de pacientes contagiados y protocolos de prevención de contagio de la población y de los equipos de atención sanitaria⁹. Se

implementaron medidas restrictivas, como el confinamiento, limitaciones en la movilidad y protocolos de distanciamiento. Además, se desarrollaron a nivel ministerial orientaciones técnicas para la priorización de atenciones de salud, en las cuales no fueron consideradas las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, como son los programas de tamizaje de cáncer ginecológico¹⁶.

En este sentido, la interrupción de la pesquisa trae consigo consecuencias clínicas relevantes, entre las cuales destacan diagnósticos en etapas más avanzadas del cáncer, disminuyendo las posibilidades de obtener un tratamiento exitoso y dando como resultado un posible aumento también en la mortalidad¹¹⁻¹².

Por otro lado, las restricciones como la cuarentena, cordones sanitarios, el aislamiento social y la limitación en el transporte público pudieron dificultar el desplazamiento hacia los establecimientos de salud. El desconocimiento de este nuevo coronavirus, el temor al contagio, la incertidumbre en las consecuencias de contraer la enfermedad provocó también la inasistencia a los centros de salud, disminuyendo las posibilidades de realizar el respectivo tamizaje cuando se requería¹⁷.

Ante esta situación, una de las estrategias para mitigar el impacto que estaba teniendo la crisis sanitaria en el acceso a la atención de salud, fue la implementación de la telemedicina y las consultas remotas¹⁸. Es por ello, que el personal de salud debió adaptarse a esta nueva forma de trabajo, en algunos casos limitada debido a la falta de tecnologías disponibles, tanto en los centros de salud como en los hogares de las usuarias, incrementándose aún más en sectores rurales de nuestro país¹⁹.

En base a lo expuesto anteriormente, se reconoce que la pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto en la detección oportuna del CaCu y Ca de Mama en las redes de APS. Es fundamental comprender como esta crisis sanitaria ha afectado las diferentes aristas de la atención sanitaria, no sólo desde la vereda del personal de matronería, sino que también desde las experiencias de las usuarias del mismo sistema. Este estudio tiene por finalidad centrarse en las vivencias de quienes otorgaron y recibieron atención durante este periodo, de esta manera obtener una

comprensión más profunda sobre como los contextos emocionales, sociales y organizacionales influyeron en la interrupción y en la participación de los programas de tamizaje. Para ello la siguiente investigación tiene como propósito responder a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción del personal sanitario de matronería y las usuarias sobre el abordaje de la pesquisa del Cáncer Cervicouterino y de Mama en la Red Atención Primaria del Servicio de Salud Concepción durante la pandemia de COVID-19?

MARCO TEÓRICO

El cáncer en Chile y el mundo

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, según el reporte del Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN) el año 2022 se reportaron 19,9 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo y 9,7 millones de defunciones atribuibles a esta enfermedad²⁰. Considerando estas elevadas cifras, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la OMS en sus últimas estimaciones, prevé que en el año 2050 habrá 35 millones de nuevos casos de cáncer, un aumento del 77% con relación a los 20 millones de casos estimados para el 2022 si la incidencia se mantiene estable, el crecimiento y el envejecimiento de la población se mantienen en línea con las tendencias de los últimos años².

El impacto de los efectos del cáncer es significativo desde, lo personal, lo social, lo económico²¹ y desde el punto de vista sanitario, generando una gran demanda y estrés en los servicios de salud²². En una estimación y proyección con datos del 2022 de 29 tipos de cáncer en 204 países y territorios se reportó que el costo macroeconómico mundial de los cánceres de 2020 a 2050 será de 25,2 billones de dólares internacionales, siendo el Ca de Mama con un 7,7% uno de los cinco cánceres más costosos en el mundo²¹.

Según estimaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un tercio de todos los casos de cáncer podrían evitarse eliminando factores de riesgo transversales que son gatillantes para el desarrollo de esta enfermedad, como lo son el hábito tabáquico, el consumo de alcohol, el sedentarismo y la falta de actividad física²³. Asimismo, la mortalidad por cáncer se puede ver reducida si es pesquisado oportunamente a través del cribado y la detección precoz, situación que se presenta en el CaCu y el Ca de Mama, ya que ambos cuentan con programas de tamizaje establecidos. Lo anterior, sumado a un adecuado tratamiento podría lograr altas tasas de curación²⁴.

En Chile el año 1986 se constituye la Comisión Nacional de Cáncer y posteriormente se desarrolló el Programa Nacional de Cáncer. A partir de éste último, se forjaron los primeros lineamientos para el levantamiento de programas de gran relevancia sanitaria en el país, como lo son el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino (1987) y el Programa Nacional de Cáncer de Mama (1995), los cuales se sustentan en las bases otorgadas por las recomendaciones de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la lucha contra el Cáncer²⁵.

La implementación de los programas de tamizaje para el CaCu y Ca de Mama se realiza principalmente en los CESFAM de las diferentes comunas a lo largo y ancho del territorio chileno. Esta responsabilidad está enmarcada en los lineamientos de nuestro sistema de salud, que reconoce a la atención primaria como el principal eje para la prevención y detección precoz de las enfermedades¹⁴. Dado que la mayoría de los CESFAM están administrados por los municipios, se genera un potencial riesgo de fragmentación en la gestión y aplicación de las políticas públicas de salud, lo cual representa un desafío significativo para los gestores de red en cada territorio, por lo que en gran medida la obtención de resultados sanitarios efectivos depende del fortalecimiento y coordinación de la atención primaria. Es por esta razón, que es necesario realizar esfuerzos sistemáticos para asegurar que las directrices definidas por el MINSAL sean implementadas de manera homogénea en todos los establecimientos, independiente de su administración local. A pesar de la diversidad de los entes gestores, todos los CESFAM comparten la responsabilidad de la ejecución de programas nacionales bajo criterios estandarizados, con el objetivo de garantizar el acceso equitativo a la prevención, independiente de la ubicación geográfica de la población beneficiaria²⁶.

Con el propósito de mejorar la calidad y cobertura de los servicios de atención primaria, las entidades administradoras de salud municipal recibieron mediante resolución publicada en el Diario Oficial el 30 de octubre de 2019 las Metas Sanitarias, consideradas herramientas fundamentales para orientar y fortalecer la gestión en salud pública. En este contexto, se estableció como “Objetivo de Impacto” para el año 2020 la meta de prevención del CaCu, con el fin de reducir la

tasa de mortalidad asociada a esta enfermedad. El resultado esperado del objetivo de impacto relacionado con esta meta: Mejorar la detección precoz del cáncer de cuello uterino en grupos de riesgo. La fijación de la meta se debe expresar en N.º y debe corresponder como mínimo al 25% de la brecha a partir de la cobertura alcanzada a junio de 2019²⁷.

El año 2022, se reportaron en Chile aproximadamente 60 mil casos nuevos de cáncer y alrededor de 31 mil muertes asociadas, siendo los tipos más prevalentes en mujeres el Ca de Mama, colorrectal, pulmón, estómago y CaCu²⁸.

Cáncer cervicouterino

El CaCu ocupa el octavo lugar a nivel mundial de incidencia y noveno en mortalidad con 662 mil casos nuevos y 348 mil defunciones respectivamente, representando el 6.4% de los diagnósticos oncológicos en mujeres. Las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad fueron de 14.1 y 7.1 respectivamente³. Es una patología con alta relevancia en Chile en términos de morbimortalidad, aun cuando ha disminuido en su mortalidad, continúa siendo la quinta causa de muerte en las mujeres, y manteniendo una gran relevancia en la cuantificación de años de vida potencialmente perdidos de 127,8 por 100.000 mujeres, siendo uno de los cinco cánceres que generaron mayores tasas de AVPP en el país, para la década 2009-2018²⁹.

Para el mismo período, las Regiones de Aysén y Atacama obtuvieron las tasas de mortalidad más altas del país para CaCu con 8,3 y 6,7 muertes por 100.000 mujeres respectivamente, seguido de Coquimbo y Biobío con 6,6 y 6,3 muertes por 100.000 mujeres respectivamente. Concentrándose entre los 45 a 79 años, con más prevalencia entre los 50 a 54 años²⁹.

El PAP se ha establecido a nivel internacional como un método de screening con alta efectividad para esta patología y vigente bajo la normativa ministerial, con su respectiva toma realizada en los centros de salud. Se inició la pesquisa desde el

año 1965 y desde el año 1987 se estableció formalmente como un programa sanitario ministerial, logrando coberturas a nivel nacional de alrededor de un 55% de la población objetivo, y desde entonces se convirtió el tamizaje en una oportunidad de un programa sistemático focalizado a mujeres de alto riesgo para desarrollar CaCu entre los 25 y 64 años³⁰. El programa actualmente considera la realización de un PAP cada tres años en el grupo etario antes mencionado, y continúa siendo la medida más eficaz y rápida disponible en Chile en el sistema público de salud para la detección de esta enfermedad³¹.

En el año 2004 se promulga la ley 19.966, que establece el régimen de las garantías explícitas en salud (GES), donde se otorga un conjunto de beneficios garantizados para enfermedades específicas, tanto para los usuarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) como de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Dentro de las patologías beneficiadas por el GES se encuentra el CaCu y el Ca de Mama, y las prestaciones aseguradas abarcan el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Para ambos cánceres está dentro de la cobertura diagnóstico después de la sospecha, tratamiento y seguimiento de la enfermedad³², además que en CaCu se incluyó también el tamizaje³¹.

En el año 2013 se suma la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) de forma gratuita en el Programa Nacional de Inmunizaciones para las niñas chilenas entre 9 y 10 años, ampliándose en el año 2015 hasta los 13 años. Sin embargo, niñas y mujeres mayores de 13 años beneficiarias del sector público de salud no pudieron optar a esta prestación³⁰ y el riesgo de padecer CaCu dependerá en gran parte de lo efectiva que sea la pesquisa y prevención³³. La vacunación se incorpora como una segunda estrategia para la prevención, y ambas medidas, tanto la vacunación como el tamizaje son relevantes, ya que la vacuna no previene las lesiones pre-invasoras ni el cáncer en mujeres ya infectadas con el virus³⁴.

Según el reporte de la Encuesta CASEN 2017 el porcentaje de mujeres de 15 años o más que se habían realizado un examen de PAP en los últimos tres años previos a cada medición se ha mantenido relativamente estable entre los años 2011 a 2017

con leves variaciones entre un 55,5% a un 58,3%. Mientras que en la Región del Biobío se observa una tendencia similar con una ligera alza en relación con el nivel país entre un 54,5% y un 58,9%. En tanto, el porcentaje reportado para el año 2017 según sistema previsional de salud hay una mayor adherencia a realizarse el examen por parte de afiliadas a ISAPRE con un 45,5%, seguido de FF.AA. y del Orden con un 35,1% y FONASA con un 32,9%, mientras que quienes no están afiliadas a ningún sistema presentan las cifras más bajas con un 29,6%. Por otro lado, respecto a las razones para no realizarse el examen predominan factores asociados a percepciones personales destacando la creencia que “no le corresponde” con un 29,1% y “No cree que lo necesite” con un 22,7%, seguido de motivos como olvido, falta de tiempo u otras razones no especificadas ³⁵.

Cáncer de mama

En el mundo el Ca de Mama representa el segundo tipo de cáncer más frecuente, con 2,2 millones de casos nuevos, y ocupando el cuarto lugar en mortalidad con aproximadamente 666 mil muertes anuales, con una estimación de tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad de 46,8 y 12,7 respectivamente, y en la mujer representa el 30,7% del total de casos nuevos y un 17,5% en las defunciones por causa oncológica, según reportes de GLOBOCAN del 2022⁴.

En Chile, el número de mujeres fallecidas durante la década 2009-2018 por Ca de Mama fue de 14.215, con una tasa ajustada de mortalidad correspondiente a 11,8 defunciones por cada 100.000 mujeres²⁹.

Las regiones con mayores tasas de mortalidad ajustada para el mismo periodo fueron Magallanes y Valparaíso siendo 14,5 y 13 por 100.000 mujeres, seguida por la Región Metropolitana y del Biobío con 12,4 y 11,8 por 100.000 mujeres respectivamente. La mortalidad se concentró en los grupos etarios de 50 a 69 años con mayor prevalencia entre los 55 a 59 años, además de ser este grupo quien presentó mayor carga de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) de 363,7 por 100.000 habitantes²⁹.

El Ca de Mama a través del programa ministerial es abordado en la primera guía de manejo clínico el 2005 con el nombre de “Guía Clínica Cáncer de Mama en personas de 15 años y más”. En la cual se define que la detección temprana, un acceso a tratamiento adecuado y oportuno son los ejes fundamentales para lograr impacto en la población en riesgo. En su segunda edición “Guía Clínica de Cáncer de Mama 2011”, mantuvo los lineamientos de acción de su primera versión e incorporó como mejora, la calidad de la gestión clínica en la red asistencial y actualización de conocimientos basados en evidencia a los equipos de salud. En su tercera edición “Guías Clínicas AUGE: Cáncer de Mama 2015”¹² expone directamente en su flujograma al sector privado de salud, desde la pesquisa, tratamiento y derivación conforme resultados de mamografía³⁶.

El único examen avalado por la evidencia para disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Mama es la mamografía, por medio de la detección temprana de la enfermedad, lo cual mejora el pronóstico y la calidad de vida de la persona. Un tamizaje mamario realizado bajo estándares de calidad reduce la mortalidad del Ca de Mama a partir de los seis años de seguimiento, y su impacto se incrementa con el paso del tiempo³⁷.

En el sistema público, por medio del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), se incorporó la detección precoz del Ca de Mama, el cual posee una larga data en el fortalecimiento de la mamografía, cuyo financiamiento se realiza mediante un programa de refuerzo de la APS, “Programa de Imágenes Diagnósticas en APS”. Las beneficiarias de este programa pueden acceder a la realización cada dos años de una mamografía entre los 50 y los 69 años³⁸, en concordancia con las recomendaciones emanadas de la OMS y la OPS para el tamizaje del Ca de Mama dirigido a países de medianos y altos ingresos³⁹, desarrolladas mediante las guías de prácticas clínicas ministeriales⁴⁰.

Según datos reportados por la Encuesta Casen del 2017, el porcentaje de mujeres de 35 años o más que se realizaron un examen mamografía a nivel nacional en los últimos tres años, mostró una tendencia al alza entre 2011 y 2017, pasando de un

49,6% a un 56,8% el 2015 y manteniendo la cifra para el año 2017²⁷. En la Región del Biobío, la evolución fue similar, aunque con mayores fluctuaciones desde un 50,8% el año 2011 disminuyendo a un 49,1% el 2013 y aumentando progresivamente hasta el año 2017 alcanzando un 57,2%. Al segmentar los datos por previsión de salud, se observa una mayor tasa de realización de mamografías por parte de usuarias afiliadas a ISAPRES con un 50%, seguida por FF. AA y del Orden con un 38,7% y al sistema FONASA pertenecen un 31,9%, en último lugar quienes no estaban bajo ninguna afiliación con un 26,7%. Respecto a las razones por las cuales las mujeres no se realizaban el examen de mamografía, tanto en 2015 como en 2017 predominan los motivos relacionados con la percepción de necesidad o pertinencia del examen, “No le corresponde” y “No cree que lo necesite” son las razones más mencionadas por parte de las usuarias, seguida de “Se le olvida hacerlo” y “No tiene tiempo”³⁵.

Emergencia sanitaria por COVID-19

El surgimiento del brote de COVID-19 y posteriormente establecido como una pandemia por Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus-2 (SARS-CoV-2) llevó a las autoridades de salud de todo el mundo a la rápida implementación de diversas disposiciones para controlar la propagación de la enfermedad, las cuales estuvieron principalmente orientadas a la restricción de desplazamiento y distanciamiento social, repercutiendo en actividades de convivencia, sociales y económicas⁹. La OMS concentra sus esfuerzos en mantener información constante y actualizada dentro del marco de la compleja situación sanitaria, promoviendo avances en cuanto lo que se esperaba del control de la pandemia y orientando a través de protocolos para la vida cotidiana, lineamientos para las atenciones en salud, y lo imperativo que es el desarrollo de una vacuna para mitigar la propagación¹⁰.

A raíz de la pandemia, numerosos proveedores de atención médica en todo el mundo implementaron ajustes temporales en la prestación de atención oncológica⁴¹, entre estas medidas se incluyó la suspensión de pruebas de detección

de cáncer no urgentes⁴², la transición hacia modalidades de teleconsulta⁴³ y el aplazamiento de cirugías y otros procedimientos ambulatorios⁴⁴. Estas acciones tenían como objetivo principal reducir el riesgo de transmisión de COVID-19, aumentar la capacidad hospitalaria ante el esperado incremento de nuevos casos⁴⁵. Cualquier interrupción de los programas de prevención secundaria retrasa el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, además de facilitar la enfermedad avanzada, aumentando las tasas de mortalidad y los años totales de vida perdidos⁴⁶.

Una revisión realizada por Allahgoli y colaboradores, que incluyó un total de 33 publicaciones reportó que durante la pandemia de COVID-19 las tasas de detección del cáncer experimentaron una disminución significativa a nivel mundial, afectando a todos los tipos de cáncer, así como a personas de distintas edades y grupos raciales o étnicos. Destaca en esta revisión que la reducción fue especialmente pronunciada en poblaciones raciales desfavorecidas. Además, en al menos 13 países, los programas de detección de cáncer fueron suspendidos por un periodo mínimo de 30 días⁴⁷. En Canadá en la provincia de Ontario, la pandemia ha impactado profundamente los programas de detección de cáncer, generando una reducción en un 40% general los volúmenes de pruebas de detección del cáncer⁴⁸. Similares resultados se presentan en Estados Unidos, donde se realizó un estudio utilizando la codificación Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10) para analizar los casos nuevos de seis tipos de cáncer entre enero 2018 y abril de 2020 con una muestra total de 298.958 pacientes, se observó una disminución del 46,4% en el número semanal de diagnósticos de estos cánceres durante la pandemia, destacando la reducción de hasta un 51,8% en el Ca de Mama⁴⁹.

La gestión de la emergencia sanitaria deja en evidencia, la falta de planificación y respuesta ante emergencias y catástrofes, revelando falencias y debilidades estructurales en los sistemas de salud, educación y protección social. Informes de la OMS reportan la interrupción de servicios esenciales y el impacto en poblaciones vulnerables, lo que refleja una coordinación intersectorial deficiente⁵⁰⁻⁵¹.

Desarrollo de la pandemia en Chile

A comienzos de marzo de 2020, en Chile se registraron los primeros casos y rápidamente se propagaron a lo largo del país. El sistema de salud se reorganizó para afrontar esta amenaza global, en primera medida para disminuir los contagios, hacer frente al aumento de demanda que significaron los casos, lidiar con la rápida propagación y cubrir la atención de prestaciones en personas con COVID-19⁵².

Se entregaron directrices para la definición de atenciones y controles críticos, por ejemplo, control de embarazo, curaciones de pie diabético, procedimiento a pacientes dependientes severos y cuidadores, atención GES de urgencia odontológicas ambulatoria, atención de depresión grave, etc. Además de espaciar los controles de pacientes crónicos, controles sanos y priorizar la atención de salud infantil en controles, entre otros. De igual forma, muchas otras atenciones en salud fueron desplazadas, al no ser consideradas como prioritarias, y reorientando los recursos hacia la atención del COVID-19 y por consiguiente fueron suspendidas muchas atenciones no priorizadas, entre ellas las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, particularmente aquellas que requerían acudir a los centros de salud de manera presencial⁵³.

En octubre emanaron desde MINSAL las Orientaciones Técnicas de continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia COVID-19, documento que actualizó y reorientó la atención en salud, pero sin considerar estrategias nuevas para el manejo de los tamizajes para CaCu y Ca de Mama bajo este nuevo escenario⁵⁴.

Un reporte orientado realizado en un hospital en la ciudad de Santiago de Chile, reveló las adaptaciones realizadas al programa de Ca de Mama. Inicialmente, se suspendieron las consultas presenciales a usuarios mayores de 70 años, estableciéndose de manera progresiva y gradual un modelo de atención telemática como principal estrategia. Con el propósito de disminuir el riesgo de contagios intrahospitalarios, los equipos clínicos fueron reorganizados y divididos y se priorizó

la actividad quirúrgica esencial, la cual fue posteriormente suspendida por un periodo de tres meses, generando un incremento significativo en la lista de espera quirúrgica, afectando tiempos de espera para tratamientos y seguimientos⁵⁵.

En el marco del “Proyecto CoV-IMPACT-C”, la Universidad de Chile en colaboración con IMED analizaron el impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención oncológica ambulatoria entre marzo y agosto del año 2020. Sus resultados evidencian una disminución en un 60,5% en la realización de mamografías, lo que se traduce en 127.800 exámenes menos que el mismo periodo durante el año anterior. De manera similar, las ecotomografías mamarias sufrieron una disminución en promedio semanal del 54,6%, mientras que la realización del examen de PAP sufrió un descenso en un 51,1%, ambos en relación con los registros correspondientes a los años 2018 y 2019 durante el mismo periodo⁵⁶.

Durante la pandemia de COVID-19 la telemedicina emergió como una estrategia clave para sostener la continuidad de la atención de todos los servicios de salud alrededor del mundo, por lo que fue necesario innovar en la implementación de sistemas de atención virtuales, de información remota y planes de contingencia⁵⁷. La OMS, define la telemedicina como “la prestación de servicios de atención médica por todos los profesionales de la salud, mediante el uso de tecnologías de comunicación e intercambio de información válidas, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento o la prevención de enfermedades y lesiones”⁵⁸. La atención por tele-consulta (también llamada remota o virtual) intentó asimilar los controles presenciales, con las limitaciones que esta misma supone, sin la posibilidad del examen físico o la toma de muestras⁵⁹.

En agosto 2020, MINSAL establece a través del ordinario N°2448 que, en el contexto de la emergencia sanitaria por la declaración de la pandemia, se hace necesario avanzar en estrategias que contribuyan a la eficiencia en los procesos de atención en salud, particularmente para las consultas médicas o de profesionales de forma remota, otorgando lineamientos para masificarlo, a través de mecanismos de tecnología de la información y comunicación aplicada a la atención sanitaria⁶⁰.

Los brotes de enfermedades infecciosas representan uno de los desafíos más complejos desde la perspectiva psicosocial, debido a su impacto significativo en la salud mental de las personas. La OMS ha señalado que estas situaciones pueden provocar manifestaciones como ansiedad, angustia, miedo e inseguridad, incluso en individuos sin antecedentes de trastornos psicológicos previos⁶¹. En esta línea, un estudio realizado en Europa del Este para validar la Escala del miedo al COVID-19 (FVC-19S) destacó que el miedo al COVID-19 varía significativamente según factores sociodemográficos, dentro de ellos el género observando que las mujeres reportaron niveles más altos de temor en comparación a los hombres⁶².

Este escenario de crisis tuvo repercusiones directas en los servicios sanitarios e intensificó la presión sobre ellos, que de por sí ya eran altamente demandados desde antes de la pandemia. Durante la emergencia, se produjo un incremento en la carga de trabajo y fue enfrentada con recursos humanos, insumos e infraestructura insuficientes para un abordaje eficaz⁶³. Esta sobrecarga junto con el estrés prolongado provocó un agotamiento significativo por parte del personal sanitario, seguido de alteraciones en la salud mental como depresión, ansiedad, trastorno del sueño y disminución de la empatía producto de la fatiga. Estas consecuencias no solo afectan la salud de los equipos, sino que también comprometen la seguridad y la calidad de la atención que brindan⁶⁴.

Particularmente, la respuesta psicológica del personal sanitario ante un evento de esta magnitud, como los originados por enfermedades infecciosas, resulta especialmente compleja. Las principales fuentes de angustia incluyen sentimientos de vulnerabilidad, pérdida de control, preocupaciones por la salud tanto propia como de familiares y personas cercanas, la propagación del virus, los cambios en el entorno laboral y el aislamiento social. En este contexto, se ha documentado el aumento del síndrome burnout en el personal sanitario manifestándose como agotamiento, distanciamiento mental, sentimientos negativos o cínicos respecto al trabajo y una disminución en la auto-eficiencia profesional⁶⁵.

Diversas investigaciones han abordado tanto los elementos facilitadores al acceso al sistema como los obstáculos presentados, destacando barreras personales, geográficas, económicas y del mismo sistema como los principales impedimentos para una cobertura adecuada. En este contexto, el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi constituye una herramienta para analizar la equidad del acceso a la salud, permitiendo identificar brechas en la oferta de los servicios y su uso real por parte de la población. Este modelo descompone el acceso en cuatro etapas: disponibilidad, que se refiere a la proporción de la población para los cuales el servicio está físicamente disponible; accesibilidad, que incorpora las barreras económicas, sociales y culturales que pueden limitar el acceso efectivo; aceptabilidad que tiene directa relación con la percepción y valoración del servicio; y contacto con el servicio, considera la proporción de la población que efectivamente establece una interacción o utiliza el servicio de salud. Se destaca además en este modelo que la disponibilidad de datos locales confiables y de alta calidad es crucial para la planificación y la priorización de los servicios, lo que puede contribuir a una mejorar tanto la calidad como la cobertura de la atención sanitaria⁶⁶.

En Chile, han resaltado la relevancia de proteger las atenciones de salud relacionadas al cáncer, particularmente al CaCu y Ca de Mama. De esta forma, expresaron su inquietud ante las autoridades, evidenciando la relevancia de la pesquisa y prevención del cáncer, aún en pandemia. De lo contrario, muchas mujeres son las que se verían afectadas, detectando su enfermedad en etapas más avanzadas, consultado con cuadros más complicados y graves aumentando la mortalidad⁵⁶.

Si bien existen múltiples reportes sobre el impacto general de la pandemia en los servicios de salud, no hay evidencia en relación con la percepción del abordaje de los programas de pesquisa de CaCu y Ca de Mama a nivel de atención primaria ni por parte del personal de matronería como de las usuarias del servicio. A pesar del reconocimiento de la importancia de la detección precoz para mejorar las expectativas en relación con el diagnóstico de cáncer, falta evidencia de las adaptaciones y estrategias preventivas a nivel local durante la pandemia, radica en

ello la importancia de dilucidar como fue el abordaje de la pesquisa del CaCu y Ca de Mama durante la pandemia por COVID-19.

OBJETIVOS

Objetivo general

Explorar la percepción del personal de matronería y las usuarias sobre el abordaje de la pesquisa del cáncer cervicouterino y de mama en la red atención primaria del Servicio de Salud Concepción durante la pandemia de COVID-19.

Objetivos específicos

- 1.- Conocer las experiencias del personal de matronería de los centros de salud asociada a la toma de PAP y mamografía durante la pandemia COVID-19.
- 2.- Describir estrategias de rescate realizadas durante la pandemia Covid-19 por los centros de salud para el tamizaje del cáncer cervicouterino y de mama.
- 3.- Describir el proceso de atención para tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama en los centros de atención primaria durante la pandemia COVID-19.
- 4.- Identificar las vivencias en cuanto a las barreras de acceso a los centros de atención primaria durante la pandemia por COVID-19 percibidas por las usuarias de los programas de cáncer cervicouterino y de mama.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Estudio cualitativo.

Diseño del estudio: Exploratorio con perspectiva fenomenológica. Se realizó un estudio cualitativo. Este tipo de estudios busca entender y describir desde “el interior”, analizando o interpretando las experiencias de los individuos relacionadas con su historia de vida desde el significado que les dan las personas⁶⁷. El diseño de estudio es de tipo exploratorio, ya que la evidencia es escasa en relación con la perspectiva de esta vivencia y busca una comprensión profunda desde la perspectiva del individuo.

El tema de estudio se abordó desde la perspectiva fenomenológica ya que se busca explorar las experiencias proporcionadas por las mujeres desde su percepción en base a su vivencia, profundizando en su punto de vista, interpretación y significados que le otorguen al hecho, lo primordial es comprender que el fenómeno es parte de un todo significativo y no hay posibilidad de analizarlo sino con la comprensión holística en relación con la experiencia de la que forma parte⁶⁸.

Participantes del estudio:

La población de estudio estuvo conformada por profesionales de matronería de APS encargada/o del Programa de cáncer cervicouterino y de mama y usuarias de los mismos programas, de los Centros de Salud de Atención Primaria pertenecientes al Servicio de Salud Concepción.

El número de participantes no fue determinado a priori, si no que fue condicionado por el criterio de saturación de la información dado el tipo de estudio. Finalmente, la participación fue de 8 profesionales de matronería y 7 usuarias.

Criterios de inclusión:

- Matrona o matrócn encargado/a del Programa de cáncer cervicouterino y de mama por comuna perteneciente al Servicio de Salud Concepción.
- Mujeres entre 25 y 64 años que son usuarias del programa de cáncer cervicouterino y de mama del Servicio de Salud Concepción.
- Mujeres con estado cognitivo y sensorial normal con capacidad para participar de una entrevista.
- Mujeres que ni acudieron o no se hicieron su examen de PAP y/o mamografía en fecha de control correspondiente.
- Firma consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres menores a 25 años y mayores de 64 años para programa de cáncer cervicouterino.
- Mujeres menores a 50 años para programa de cáncer de mama.
- Mujeres con alguna discapacidad intelectual o sensorial que le impida entregar respuestas.
- Matrona o matrócn que no haya sido encargado/a de programas de cáncer cervicouterino y de mama en el año 2020.

Tipo de muestreo: Se realizó un muestreo en bola de nieve.

Reclutamiento de las personas participantes en el estudio: Matronas y matrones referentes de los programas de cáncer cervicouterino y de mama en atención primaria de las respectivas comunas de la red de atención del Servicio de Salud Concepción, convocadas a participar voluntariamente y extender el respectivo consentimiento en formato papel. Fueron invitadas formalmente a través de carta en formato digital, se les adjuntó ficha informativa, se les hizo llegar a sus respectivos e-mails, solicitando su aceptación o rechazo de participar en el estudio.

Si su opción voluntaria fue participar, entonces se les solicitó firmar el consentimiento informado en formato papel.

La convocatoria a la participación para usuarias fue realizada en búsqueda activa con llamado de invitación a través de infografía disponible para tales efectos en redes sociales, y así asegurar la voluntariedad a participar, se les entregó ficha informativa y si aceptaban participar se les solicitó firmar un consentimiento informado, disponible en formato papel.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis de este estudio se establecieron inicialmente a priori, y se organizaron en dos cuadros lógicos que orientaron la construcción de los guiones de entrevistas y posterior codificación de la información.

El cuadro lógico A (Anexo 1) se basa en el modelo de Tanahashi (Hirmas, 2013)⁶⁶, que considera las cuatro etapas clave en el proceso de acceso a la atención en salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio. Estas etapas se vinculan con la percepción de las matronas o los matrones en el proceso de atención en pandemia y que corresponden a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio. De estas cuatro categorías emergen doce subcategorías, generando un total de diecinueve temas o tópicos utilizados para comprender la percepción del personal de matronería respecto de la atención en pandemia.

El cuadro lógico B (Anexo 2) estructura las experiencias de las usuarias de los Programas de Cáncer Cervicouterino y de Mamas, con base en cinco categorías relacionadas con barreras de acceso en el contexto de pandemia: condiciones personales/familiares, infraestructura del centro de salud, personal que atiende, conectividad y conocimiento de la enfermedad a pesquisar. De estas categorías emergen once subcategorías, que dan lugar a diecisiete temas o tópicos para el análisis.

Si bien el análisis se realizó con la apertura metodológica a la posible ocurrencia de nuevas categorías en coherencia con la perspectiva fenomenológica del estudio, los matices, experiencias y conceptos identificados durante la codificación pudieron ser integrados adecuadamente en las categorías y subcategorías previamente definidas. Por lo tanto, no fue necesario modificar ni ampliar las categorías iniciales, ya que los hallazgos se alinearon de forma coherente a las dimensiones previamente definidas.

Instrumento de recojida de la información

Se utilizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas, que fueron realizadas según guiones de preguntas diseñados a partir de los cuadros lógicos elaborados para este estudio.

El guion 1 (Anexo 3), dirigido a personal de matronería, se construyó a partir de las categorías y subcategorías emergentes del cuadro lógico A (Anexo 1).

El guion 2 (Anexo 4), dirigido a usuarias de los Programas de Cáncer Cervicouterino y de Mamas, se diseñó en función de las categorías y subcategorías emergentes del cuadro lógico B (Anexo 2),

Ambos guiones se organizan de manera secuencial, siendo las preguntas una pauta para orientar el abordaje durante la realización de la entrevista, con el objetivo de facilitar una exploración profunda y ordenada de las experiencias y percepciones de quienes participaron del estudio.

Trabajo de campo

El proceso de trabajo de campo se llevó a cabo desde abril del año 2022 a diciembre 2023 a personal de salud de matronería en APS de los Centros de Salud Familiar pertenecientes al Servicio de Salud Concepción.

Entre los meses de octubre y diciembre del año 2023, se coordinaron entrevistas según disponibilidad de las usuarias vía remota o de forma presencial.

Análisis de la información.

Cada entrevista fue grabada y transcrita para su posterior análisis. Se procuró el anonimato de quienes participaron en el estudio, la investigadora responsable fue señalada como "IR", todas las entrevistas se codificaron con la letra E y un número correlativo, profesionales de matronería con la inicial de su primer nombre y las usuarias con la inicial de su nombre.

En cuanto al análisis de la información, se utilizó análisis de contenido, que permitió examinar y organizar la información obtenida a través del mensaje transmitido por las personas participantes, el cual estuvo influido por los significados, valores y percepciones que otorgaron al fenómeno descrito. Esta metodología posibilitó segmentar la información en unidades de análisis, codificar los fragmentos y organizarlos en categorías y subcategorías, favoreciendo una interpretación rigurosa y una comprensión profunda de las experiencias vividas.

Una vez transcritas las entrevistas se realizó una lectura detallada, se organizó y clasificó su contenido, etiquetando fragmentos según categorías y subcategorías ya establecidas, las cuales fueron descritas e interpretadas posteriormente, lo que permitió un análisis sistemático, tal como es expuesto por Flick en "Introducción a la investigación cualitativa"⁶⁷ en concordancia con los objetivos de la investigación. Para la codificación de la información se utilizó software de análisis cualitativo ATLAS.ti v9.

Consideraciones Éticas

Este proyecto para ser llevado a cabo se solicitó la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, Comité de Ética, Bioética y

Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la misma institución.

Se solicitó autorización a cada participante del estudio a través de dos documentos de consentimiento informado en formato papel. El primero de ellos fue aplicado a las matronas y matrones encargados de los programas en cada comuna (anexo 5). El segundo consentimiento informado será aplicado a las usuarias de los programas en cada comuna (anexo 6).

En cada uno de esos casos se entregó la ficha informativa (anexo 7 y 8) donde se describe el título del estudio, su objetivo, las características de participación voluntaria, el anonimato y el derecho a abandonar el estudio cuando lo estime conveniente el participante. Tras su lectura la población objetivo de forma voluntaria accedió a participar en el estudio.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados organizados según la población objetivo del estudio, iniciando con el personal de matronería y se presentarán a través del análisis de tres áreas temáticas. En primer lugar, se abordará la experiencia del personal de matronería en los centros de salud primaria, en segundo lugar, se describen las estrategias adoptadas por el personal de matronería y en tercer lugar, se describe el proceso de atención para el tamizaje de cáncer cervicouterino y de mamas durante el COVID-19. Posteriormente, se expondrán las vivencias de las usuarias del sistema de salud en relación con las atenciones de salud sexual y reproductiva, específicamente en los programas de detección de cáncer cervicouterino y de mama.

Experiencias del personal de matronería en los centros de salud primaria asociada a la toma de PAP y mamografía durante la pandemia COVID-19.

Las matronas y matrones de la atención primaria en su quehacer diario se enfrentan tanto a desafíos como a satisfacciones, desempeñando un papel fundamental en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población. Es a través de sus experiencias que podemos percibir la atención clínica desde su mirada, identificando en sus relatos distintas aristas en torno a los centros de salud las cuales serán presentadas a continuación.

Del recurso humano

Se identifican elementos asociados a la reestructuración del personal de matronería para cubrir las necesidades derivadas del COVID-19 como lo fue la vacunación, lo que no fue tan bien recibido por el personal involucrado por la escasez de profesionales de la matronería para cubrir los programas a cargo de pesquisa de CaCu y Ca de Mama entre otros durante jornadas parcializadas, tanto en la gestión administrativa y principalmente en la atención clínica de usuarias de dichos

programas, por lo que reorientar el personal a otras actividades es considerado insensato. Por otro lado, se reporta que se gestionaron recursos matroniles extra para apoyar la labor asistencial, los cuales llegaron oportunamente a los centros de salud. (Ver Tabla N°1).

“actualmente estoy trabajando media jornada como matrona, media jornada como encargada del servicio de atención abierta, que es la parte ambulatoria. Entonces, tengo muy pocas horas como destinada a lo que es la matronería propiamente tal, eh... y me he hecho cargo de todo lo que es el programa de la mujer y cáncer cérvico uterino y cáncer a las mamas desde el año 2020, que cuando comenzó pandemia ... debido a mi reestructuración de funciones que tengo actualmente. Hay matrona a media, una con 44 horas y yo actualmente con 22 horas para lo que es atenciones de la matronería”. (E1. C. Matrona).

“todo se enfocó mucho el tema vacuna y el personal se dirigió para allá, y costó mucho salir de ese lugar. Mucho, en general recursos, para volver, por ejemplo, a profesional, nosotros somos 5 en el CESFAM, sacar una matrona a vacunar es descabellado”. (E2. N. Matrona).

“dentro de lo que pudo la pandemia, porque, si bien la pandemia empezó en marzo y nosotras ya en junio ya estábamos, contaba, contaban con los recursos extra de matrona, yo considero que fue inmediato, la verdad”. (E3. F. Matrona).

Las profesionales de matronería revelan la importancia de contar con más horas de especialista radiólogo para informar resultados de mamografía y ecografía con la finalidad de disminuir la lista de espera preexistente que se vio incrementada en pandemia, limitando el acceso a la realización del tamizaje por la acumulación de la misma. (Ver Tabla N°1).

Por otro lado, se aprecia un visión crítica de la contratación de recursos humanos no prioritarios, avocados a otras áreas de la salud pero que pueden vincularse a decisiones políticas más que abordar las necesidades de salud que emergieron durante de la pandemia. (Ver Tabla N°1).

“por ejemplo, se, se acumuló la lista de espera de más de 200 pacientes y en promedio se manejaban pre-pandemia unas 80 pacientes en lista de espera de ecografía. Y en pandemia, y hasta ahora, no podemos sacar las 200 porque eh... tenemos pocas horas de radiólogo”. (E2. N. Matrona).

“Y en, en esa dirección muchos recursos, que podrían generarse y orientarse a prestaciones de salud, son orientados a contrataciones, y direcciones a trabajo comunitario, que tiene que ver con un tema político. Por ejemplo, fueron contratados mucho asistente social o psicólogo, en vez de contratar más enfermero o más matronas”. (E2. N. Matrona).

Del equipamiento

Pese a la percepción de escasez al inicio la pandemia, dada la implementación del uso frecuente de insumos de elementos de protección personal derivados de los requerimientos de la emergencia sanitaria, las profesionales de matronería destacan que no tuvieron problemas de abastecimiento del equipamiento necesario para realizar las prestaciones requeridas. Al comienzo pudo ser más restringido, pero posteriormente se regularizó con aumento en la disponibilidad. (Ver Tabla N°1).

“Al inicio fue de más complejo porque no teníamos una mascarilla diaria, por ejemplo, o sea, o sea, era así, súper contado. Ya después hubo más disponibilidad la pechera, por

ejemplo, era semanal, y ahora ya no po, ahora o sea ahora todavía nosotros todavía nos quedan, por ejemplo, que podemos usar una cada, si tú te la quieres cambiar entre medio de la jornada”. (E4. A. Matrona).

El relato señala que la disponibilidad de las mamografías en APS se pudo ver afectada por la falta de equipos, así como también aventajada por la disponibilidad de éstos.

“quizás con las mamografías nos atrasamos un poco, pero eso ya es más que nada por el tema del centro de referencia que hubo algún problema con el mamógrafo, pero allá, aquí como centro no”. (E3. F. Matrona).

“nuestra ventaja que nosotros el 2020, como en febrero se inauguró el mamógrafo, entre enero y febrero. Entonces esa era nuestra ventaja, también puede ser, en comparación con los otros CESFAM, que nosotros ya lo teníamos aquí disponible”. (E4. A. Matrona).

De la infraestructura

Se considera por parte del personal de matronería como una problemática la falta de espacio físico (boxes clínicos). Se alude que las coberturas podrían aumentar si se tuviera más disponibilidad de espacios de atención. Además, se implementan medidas de optimización del recurso físico organizando horarios para ser utilizado por más de una profesional, lo que pudiera generar un conflicto al retrasar atenciones entre las ajustadas agendas, generando un desgaste emocional sobreagregado a la preocupación por las infecciones asociadas a la atención en salud. (Ver Tabla N°1).

“espacio físico yo creo que eso todas abogamos en eso que necesitamos más Box mayor cantidad de Box de camilla ginecológica podríamos tener una mayor cobertura de la población porque obviamente distribuimos nuestras atenciones administrativas para que otra colega pueda... ocupe el Box”. (E7. D. Matrona).

“sí, hay problema de estrechez, que a qué hora está esperando que salga la colega para entrar uno, y tiene que salir para que otra colega entre, es una cosa de locura desde el punto de vista emocional, al que lo sufre y también desde el punto de vista de las infecciones asociadas atención en salud de todo lo que tenga que ver con salubridad no es sano hacer una cosa así sin embargo en los lo hacemos porque trabajamos desde la base con la falta de espacio”. (E8. X. Matrona).

Del acceso físico

Se menciona la disposición de los centros de atención en mantener el acceso físico limitado al CESFAM y se controlaba dejando entrar sólo a las usuarias que estuvieran citadas y registradas en un libro de atenciones. Refieren aumento en la flexibilidad de la atención en el caso de consulta espontánea favoreciendo la atención por sobre el agendamiento para dar resolución expedita y facilitar el acceso. (Ver Tabla N°1).

“no se aceptaba que el consultorio se llenará, la sala de espera, no se aceptaba la circulación de paciente libremente, sino que se veía la necesidad: paro respiratorio, no COVID, COVID, que se yo... Y, ¿a qué viene? a control de embarazo, por ejemplo. Que era también nuestras actividades que jamás parábamos ni detuvimos, y controles de recién nacidos a domicilio...manejamos un librito, listado de mujeres y por lo tanto le permitíamos abajo en el acceso, porque era bastante restringido, que quedaban citadas”. (E5. Y. Matrona).

“ser más flexible también nosotras respecto a, a esa inquietudes por sobre eh... lo que hay en la agenda, tratamos igual de, de atenderlas en el, en el mismo momento si nos consultan”. (E1. C. Matrona).

Percepción de las prestaciones asociado al COVID-19

Profesionales refieren que el miedo al contagio, la incertidumbre frente a lo desconocido de la propagación y efectos del virus hizo que los centros de salud fueran vistos por la población como focos de infección y evitaran asistir a menos que fuera realmente necesario. Además, se suma que la atención de las personas con COVID-19 era una prioridad en todos los establecimientos, mencionan que muchos usuarios se quedaron con la idea colectiva que no se estaba atendiendo si el motivo de consulta no era por sintomatología respiratoria, o que los centros no estaban atendiendo. (Ver Tabla N°1).

“más que nada por el miedo y también por quizás las, los, las pacientes con la información que ellos manejaban, cierto, intentaban no acercarse acá al CESFAM, cierto. De hecho, ha pasado mucho tiempo ya desde que... hemos vuelto a la normalidad y recién ahora están volviendo, como que le han perdido un poquito el miedo”. (E3. F. Matrona).

“las personas, bueno, de hecho, todavía recién están volviendo por el temor, obviamente al COVID, porque sienten como, centro de salud era un foco de COVID, o sea...esa era la impresión obviamente que tienen las pacientes, y todavía, porque todavía están llegando con eso de que recién se atreven a venir, entonces sí”. (E4. A. Matrona).

“Es que la, la gente dejó de venir porque estaban en su periodo de aislamiento de cuarentena porque, por ejemplo, para las mamografías sí se destinaron recursos y se, para eso se llamaban a las pacientes y no querían porque aquí las tomamos en el centro

clínico militar...Y las pacientes le rechazaban las horas porque les daba miedo". (E6. MJ. Matrona).

"yo creo que el final se fue corriendo a la voz de la gente, que no se están tomando pap y la gente no venia a consultar para la toma de pap, la gente ya no quería salir de su casa entonces, pero el examen que entonces podría esperar para ellas prefieron esperar". (E7. D. Matrona).

Tabla 1.- Experiencia del personal de matronería de los centros de salud asociada a la toma de PAP y mamografía durante la pandemia COVID-19.

Del recurso humano	<p>Aumento de recurso profesional de matronería debido a la pandemia.</p> <p>Apoyo de profesional de matronería en otras áreas de contingencia COVID-19.</p> <p>Necesidad de aumentar las horas de profesional radiólogo.</p> <p>Aumento de recurso humano no prioritario (profesionales no clínicos).</p>
Del equipamiento	<p>Adecuado abastecimiento de elementos de protección personal.</p> <p>Disminución de cobertura de mamografía debido a la falta de mamógrafos.</p>
De la infraestructura	<p>Falta de espacio físico para atención clínica.</p> <p>Problemas de hacinamiento del personal de matronería por redistribución y priorización de atención COVID-19.</p> <p>Retraso de atenciones asociada a la disminución a jornadas parciales de atención (mañana o tarde)</p>
Del acceso físico	<p>Acceso restringido a los centros de salud sin tener cita previa.</p> <p>Favorecer la resolución por consulta espontánea cuando la usuaria asistía al centro de salud por otros motivos.</p>
Percepción de las prestaciones asociado al COVID-19	<p>Miedo al contagio de COVID-19 al asistir a los centros de salud.</p> <p>Idea colectiva de que no se estaba realizando la pesquisa a través del PAP.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de 8 entrevistas realizadas a matronas de APS.

Estrategias adoptadas por el personal de matronería durante la pandemia COVID-19 para el tamizaje de CaCu y de Ca de Mama.

La capacidad de los equipos de matronería para adaptarse ante eventos adversos y generar estrategias, a pesar de la crisis sanitaria, permite seguir brindando acceso a la atención, optimizar recursos, posibilidad de hacer seguimiento y priorizar los casos que se requieran. Para ello se establecieron diferentes tácticas para mantener sus actividades, las cuales se detallan a continuación.

Actividades telemáticas en pandemia

El personal sanitario de matronería menciona que se reestructuró la atención de los centros asistenciales implementando el teletrabajo por turnos semanales o quincenales. Reportan que esta la modalidad les permitió organizar actividades que no requerían de la presencialidad con las usuarias, como la revisión de exámenes, la renovación de recetas y la contactabilidad para el seguimiento de casos de PAP y mamografías atrasadas. Durante los llamados telefónicos, los profesionales podían evaluar la necesidad de priorizar la consulta y ciertos exámenes según los síntomas presentados o verificar si ya habían sido realizados en el extrasistema. Esta reorganización no solo garantizó la continuidad de la atención, sino que también optimizó el uso de recursos y tiempo en un contexto de crisis sanitaria, favoreciendo las atenciones presenciales de gestantes, diadas y urgencias gineco-obstétricas. (Ver Tabla N°2).

“Partimos por 14 días, después llegábamos a tener un receso por el tema de la cuarentena, y luego venían otros 14 días, donde seguía y continuaban todas las colegas en el mismo sistema, sin parar”. (E5. Y. Matrona).

“hacíamos turno así que finalmente te tocaba semana por medio hacer turno con dos o tres más y ahí nos dedicábamos exclusivamente a ver a las embarazadas y a dar anticonceptivos y lo demás de lo que yo me acuerdo, poco lo solicitaba la gente todo lo

demás PAP y mamografía y eso era lo que estábamos haciendo en ese minuto todas las actividades se vieron disminuidas o si no disminuidas, suspendidas algunas”. (E8. X. Matrona).

“lográbamos contactarnos con la paciente y ver que efectivamente no haya ido, y si tenía alguna molestia. Por ejemplo, en eso del teletrabajo fue fundamental, porque consultábamos con los pacientes si tenían molestias desde la solicitud del examen pendiente hasta la fecha, si se había modificado algo en eso y de alguna forma ahí apurábamos el examen”. (E2. N. Matrona).

“En un principio no se hizo así ... nos íbamos turnando semana a semana las matronas ... atendíamos solamente a las mujeres gestantes, a las diadas también, a los binomios, y alguna cosa urgente... por ejemplo algún examen alterado o alguna examen físico que esté alterado y que nosotros lo pudiéramos gestionar. Así fue en un comienzo, y después eh... llegamos nosotras como apoyo Covid en donde nosotras empezamos a abrir un poquito más el tema de... toma de PAP y mamografía y controles ginecológicos más que nada, pero al un principio de la pandemia, los controles ginecológicos quedaron de lado”. (E3. F. Matrona).

“todo estaba organizado, en nuestras medida posible, y de esa manera hace, optimizamos nuestros recursos de cada uno de nuestras colegas, nuestros turnos. Para poder ser capaces de em... trabajar con todos los casos que nosotros mismas podíamos ir rescatando”. (E5. Y. Matrona).

Sin embargo, profesionales mencionan el uso de recursos tecnológicos personales por falta de tecnologías por parte de los establecimientos para las actividades telemáticas en la modalidad de teletrabajo y poder dar continuidad a la atención. (Ver Tabla N°2).

“yo ahora claro, tengo computador aquí, pero en ese momento estuve en mí eh...en los que tuvimos domicilio, usábamos los nuestros nomas, o sea no había disponible en el CESFAM para que tú te llevaras, no había”. (E4. A. Matrona).

Compararon la atención presencial con la atención remota a través de llamadas telefónicas o videollamadas, pese a que consideraron que era una atención de calidad, no se equipara a una atención presencial. (Ver Tabla N°2).

“La calidad ha sido buena, cuando hicimos eh... llamadas telefónicas por supuesto que era una atención remota, a distancia incomparable tener una paciente presencial, obviamente”. (E2. N. Matrona).

“Sí en el teléfono era, era factible. No todas las usuarias están eh... llanas a recibir videollamadas, pero sí, fíjate funcionó en tanto en gestante, como también en esta paciente ginecológica”. (E5. Y. Matrona).

Estrategias de rescate a través de campañas

Refieren que como equipos crearon una serie de estrategias específicas para incrementar la detección de Cacú y de Ca mama. Se enfocaron en recuperar las coberturas perdidas y en normalizar las atenciones habituales de matronería. Para lograrlo, llevaron a cabo diversas campañas y realizaron un seguimiento telefónico activo. Como táctica, se asignaba una matrona para toma exclusiva de PAP durante toda la jornada, mientras otra matrona realizaba rescate telefónico. Otro tipo de operativo fue la realización de ambas pesquisas, PAP y mamografía, en el mismo día. Estas medidas no solo buscaban mejorar la pesquisa y el diagnóstico temprano de estos tipos de cánceres, sino también asegurar que las prestaciones de

matronería volvieran a su funcionamiento normal, garantizando una atención integral y continua para todas las usuarias. (Ver Tabla N°2).

“contratar a dos colegas más, ¿cierto?, como apoyo COVID, para poder abarcar ah... ahí, a la población que estaba... quedando de lado, que eran las mujeres, todos los exámenes ginecológicos. Entonces, esa fue la estrategia, contratar a Recursos Humanos y abrirles agenda y hacer rescate vía telefónica”. (E3. F. Matrona).

“sacamos a relucir todo lo que teníamos y empezamos con campañas, con campaña significaba que una de nosotras dedicaba todo el día a hacer PAP, PAP, PAP, y otra a revisar los registros de mamografía y eco mamaria y empezar a llamar. Había una colega que estaba casi exclusivamente para la pesquisa telefónica y el resto tratando de normalizar las otras actividades”. (E8. X. Matrona).

“se crearon estrategias en realidad, porque igual se hicieron, por ejemplo, sábados femeninos que se llamaron, por ejemplo, durante todo septiembre en que se tomaba el PAP y la mamografía el mismo día también, para aumentar la cobertura”. (E4. A. Matrona).

“a través de rescate telefónico con los PAP que estaban vencidos y los que no se lograron tomar durante en pandemia... pusimos afiches de “si ya está atrasado tu PAP acudir a solicitar hora de matrona”, tarjetero, porque en un momento nosotras no teníamos tarjetero tampoco”. (E7. D. Matrona).

“en la llamada por nosotras o por Tens, para decirle señora fulanita pasó esto que soy yo usted según los registros nuestros tiene un examen atrasado dos o tres años”. (E8. X. Matrona).

En el ámbito de la atención sanitaria reporta el personal que las redes sociales fueron un aliado en la entrega de información a la comunidad, utilizando WhatsApp tanto para comunicación escrita como videollamadas, mientras que Instagram y Facebook se utilizaron para entrega de comunicados. (Ver tabla N°2).

“El establecimiento cuenta con Instagram y Facebook, entonces a través de esas redes sociales, nosotros las matronas, hacíamos un comunicado y ese se entregaba a quién maneja la red social acá en el establecimiento y subía la información”. (E1. C. Matrona).

“nos comunicamos tanto por Whatsapp, videollamada, llamadas telefónicas, o sea usamos todos los recursos que hubieron y las pacientes súper bien”. (E4. A. Matrona).

Tabla 2.- Estrategias de rescate realizadas durante la pandemia Covid-19 por los centros de salud para el tamizaje de Cacú y de Ca de Mama.

<p>Actividades telemáticas en pandemia</p>	<p>Redistribución por turnos de trabajo telemático y presencial para optimizar los recursos.</p> <p>Se distribuyeron prestaciones específicas por profesionales para mejorar la eficiencia (por ejemplo: entrega de resultados de exámenes, emisión de recetas o contactar a usuarias con PAP atrasado)</p> <p>Evaluar a través de actividades telemáticas la necesidad de atención presencial.</p> <p>Uso de recursos tecnológicos personales para la continuidad de la atención por falta de equipos por parte del centro.</p> <p>Atención telemática de calidad, aunque no reemplaza a la presencial.</p>
<p>Estrategias de rescate a través de campañas</p>	<p>Campañas telefónicas para seguimiento de casos específicos.</p> <p>Asegurar retorno a la normalidad de las atenciones prepandemia.</p> <p>Las redes sociales fueron utilizadas como campaña de rescate, principalmente WhatsApp.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de 8 entrevistas realizadas a matronas de APS.

Proceso de atención para el tamizaje de CaCu y Ca de Mama durante el COVID-19.

Atención clínica en pandemia

Consideran que es destacable en cuanto a la calidad de la atención el control integral gineco-obstétrico, independiente de la prestación a la cual las usuarias habían agendado atención, se le consideraba revisión de exámenes y derivación si correspondía para optimizar el tiempo de usuaria y profesional, agilizar los tiempos de consulta de especialidad si fuera necesario y evitar que la usuaria quedara sin atención posterior. (Ver tabla N°3).

“cuando una paciente viene a pedir receta, le revisamos su PAP, o sea, tiene que tener su PAP vigente, si está en el momento en condiciones, se lo tomamos inmediatamente, la idea es no perder esa usuaria, porque de repente va a pasar renovando receta y no va a pedir controles por el mismo tema de que ahora con la pandemia las horas igual han sido un poquito más escasas. Nos damos el trabajo de por cada paciente que nosotros recibimos, por cualquier cosa, de estar atenta a revisarle que esté vigente con sus exámenes..”. (E4. A. Matrona).

Además, valoraron de forma positiva la modificación de los rendimientos durante la pandemia. Al otorgar más tiempo de atención por usuaria y disminuir los cupos diarios, se pudo dar a las profesionales mayor libertad para realizar más prestaciones en una atención. (Ver tabla N°3).

“yo creo que fue mejor porque teníamos más tiempo para atender a nuestras pacientes. No fue tan monótono de tomar el PAP solamente a la paciente”. (E7. D. Matrona).

Los profesionales de matronería reportaron que dentro de las atenciones clínicas el uso de elementos de protección personal e insumos jamás se vio como una limitante para continuar las atenciones ya que siempre se contó con lo necesario para realizar las prestaciones de matronería. (Ver tabla N°3).

“siempre hubo suficiente cantidad de guantes, de mascarillas, de pecheras plásticas, de cubre calzado, nadie podría decir que alguna vez le faltó eso, para trabajar había de todo”. (E8. X. Matrona).

Se considera por parte del equipo que forma un papel importante en rol de la matronería la educación comunitaria de la importancia de la pesquisa del CaCu y Ca de Mama a través de la entrega de información, por lo que no sólo se consideró informar del atraso del examen, si no realizar educación al respecto y de la asistencia. (Ver tabla N°3).

“Y en ese sentido, yo creo que nuestras labores educativas fue muy importante, porque no descansamos nunca, ni, ni, ni tiramos la esponja, por así decirlo, eh, es como una, con nuestro sentido de, de salvar vidas, porque nos imaginamos que al término de la pandemia, cuántos cánceres hubiesen estado ahí...”. (E5. Y. Matrona).

De la continuidad en la atención

Se consideró alteración en la continuidad, debido a la falta de información por parte de las usuarias quienes no tenían claridad de que prestaciones se estaban realizando y si había horas disponibles en el centro de salud. Además a largo plazo se cree que tendrá un impacto en la pesquisa de enfermedades, en el caso de los programas en particular de este estudio de CaCu y de Ca de Mama. (Ver tabla N°3).

“hubo alteración de continuidad y también un desbalance de la información. Hay mujeres que recién después de la pandemia están volviendo a consultar, porque piensan que no se retomaban las, las exámenes, que no había hora”. (E2. N. Matrona).

“probablemente tengamos a lo mejor un aumento incluso de estas patologías, pero si no hay una pesquisa, si no hay una cantidad de patol, de, de pesquisa adecuada, sabemos lo que implica en la, la salud de las mujeres, considerando que ya la mujer es reacia a la toma de estos exámenes preventivos, sobre todo el PAP. La mamografía es un examen que ella habitualmente lo quieren y lo piden, pero el PAP no es un examen que ella lo quieran y lo pidan”. (E1. C. Matrona).

“sí, los primeros 3 meses aproximadamente desde que se entregó como una orden a nivel ministerial de las actividades que había que priorizar en pandemia, se dejaron efectivamente de tomar el PAP, realizar examen físico y también uno que otro control”. (E1. C. Matrona).

“todo lo que es la pesquisa oportuna de las enfermedades, como sea el cáncer cérvico uterino y el cáncer de mamá, eso se va a ver afectado... totalmente”. (E3. F. Matrona).

La demanda de mamografías se pudo resolver en parte, por la implementación de convenios vigentes a través de las administraciones de salud municipal (DAS), generando retrasos en otros casos en los cuales disminuyó la oferta de la prestación. (Ver Tabla N°3).

“Para mamografía, como tenemos convenio de imágenes diagnósticas, no tenemos inconveniente”. (E1. C. Matrona).

“la oferta de mamografía, desde la municipalidad en el fondo. La DAS disminuyó su cartera por la implementación de los protocolos, etcétera, etcétera. Solamente veía la urgencia, la morbilidad y la meta quedo estancada”. (E2. N. Matrona).

De la modalidad de asignación de atenciones

Según lo mencionado la modalidad de asignación de horas de atención por profesional sufrió también modificaciones debido a la emergencia sanitaria. A causa de las restricciones de aforo, se optó por utilizar vías telefónicas y redes sociales para agendar citas. Estos cambios fueron necesarios para adaptarse a la nueva realidad impuesta por la pandemia, permitiendo una gestión más eficiente y segura de las consultas y garantizando que las pacientes recibieran la atención pertinente sin exponerse a riesgos innecesarios. (Ver tabla N°3).

“Aparte del llamado telefónico, eh, le mandábamos la citación por Whatsapp también para que le quedara ahí el respaldo en el fondo de la citación para que ella tuviera... ahí como la físicamente digamos, de alguna forma la, la citación y le recordábamos también”. (E4. A. Matrona).

“la citación fue por teléfono, ahí le hacíamos una sensibilización, una sensibilización a las pacientes para contarles esto que estaba pasando, para que ellas supieran, entonces ahí ellas se interesaban y decían ya deme una hora para tal día”. (E8. X. Matrona).

Sin embargo, comentan que en otros establecimientos el acercamiento presencial a los centros de salud continuó siendo la vía elegida para agendar atenciones con profesionales. (Ver tabla N°3).

“Para los controles fue todo espontáneo, no era nada con hora”. (E4. A. Matrona).

“la paciente asiste de manera espontánea al tarjetero a solicitar hora de PAP, ahí las chicas igual lo bueno es que realizan como una revisión de que si su PAP está realmente al día, si está vigente si, está pasivo, ahí registran su resultado y la dejan citada”. (E7. D. Matrona).

Del espacio físico en el proceso de atención

Se considera una debilidad el déficit de espacios físicos de atención y fue durante la pandemia su punto más álgido, en el cual el distanciamiento social, las medidas preventivas de desinfección y ventilación de espacios hicieron más evidente esta necesidad. (Ver tabla N°3).

“debilidad es bueno que te explico de la falta espacio, hubiéramos tenido unos Box amplios, espaciosos, ventilados, bien asoleados, habríamos vivido otra forma de la pandemia. Pero eso no se da ni se da hasta el día de hoy”. (E8. X. Matrona).

“quedamos, nosotros como estamos todos, las matronas acá estamos todas juntas, entonces no, no hubo ninguna división...”. (E4. A. Matrona).

Expresan que en los espacios de atención se delimitaron áreas a través de separadores y uso de micas transparentes. Se realizaba aseo y ventilación por un tiempo determinado entre cada usuaria. (Ver tabla N°3).

“los mismos, pero con modificaciones, pusieron... em... en el escritorio, separadores... No, los mismos, nos quedamos con lo mismo”. (E2. N. Matrona).

“Nosotros tuvimos, bueno siempre las micas, las micas transparentes...Que llegaron en un momento y eso no, nosotros de primer momento todos sabían...”. (E5. Y. Matrona).

“el aseo... dejamos a que se ventile el box, cierto, diez minutos y diez minutos entre cada paciente para hacer el aseo del box”. (E3. F. Matrona).

La distancia como una barrera de acceso

Profesionales de matronería refieren una diferencia del acceso por parte de las usuarias con relación a la distancia desde el establecimiento a los domicilios. El sector urbano mantiene adherencia asistiendo a controles, situación que se contrapone en los casos de ruralidad o quienes se inscriben en el CESFAM en la categoría de fuera de sector y no pertenecen a ese centro por geolocalización. (Ver tabla N°3).

“del sector urbano, que es la que puede acceder también de manera más fácil, pero la del sector rural no, solamente consultaban sector de urgencia, nomás lo, lo, lo urgente nomas, nada más”. (E1. C. Matrona).

“para los que son del CESFAM, que pertenecen a él y viven en los alrededores no hay problema, el problema que antes, que mucha gente que es fuera de sector y debe tomar micro para llegar por la distancia, son 10 km”. (E8. X. Matrona).

“la gente que todavía corresponde acá que viene rural camino a Cabrero, que, aunque ya no les corresponde, digamos por sector, se siguen controlando acá, entonces por la pandemia igual se le complicó a la gente”. (E4. A. Matrona).

Tabla 3.- Proceso de atención para tamizaje de CaCu y Ca de Mama en los centros de atención primaria durante la pandemia COVID-19.

Atención clínica en pandemia	<p>Se priorizó atención clínica en gineco-obstetricia según valoración de las necesidades.</p> <p>Optimización de tiempo de atención al integrar más de una prestación a la vez.</p> <p>Disminución de los rendimientos debido a la sanitización de los espacios permitió brindar una atención más personalizada.</p> <p>Disponibilidad adecuada de elementos de protección personal.</p>
De la continuidad en la atención	<p>Falta de información por parte de usuarias respecto a las atenciones.</p> <p>Resolución de casos a través de convenios con centros privados o equipos disponibles.</p> <p>Disminución de la oferta de mamografías</p> <p>Percepción de aumento de CaCu.</p>
De la modalidad de asignación de atenciones	<p>Se realizó agendamiento de atenciones vía telefónica, vía WhatsApp.</p> <p>Se realizó agendamiento de manera presencial.</p>
Del espacio físico en el proceso de atención	<p>Delimitación con elementos de barrera en las áreas de atención.</p> <p>Fue necesario el aseo y ventilación entre cada atención.</p>
La distancia como una barrera de acceso	<p>Mayor adherencia a las atenciones por parte de usuarias del sector urbano y que</p>

	pertenecen a los sectores aledaños al centro de salud.
--	--

Fuente: elaboración propia a partir de 8 entrevistas realizadas a matronas de APS.

Vivencias en cuanto a las barreras de acceso a los centros de atención primaria durante la pandemia por COVID-19 percibidas por las usuarias de los programas de CaCu y Ca de Mama.

Percepción de las usuarias de los centros de salud

Usuarias reportan que durante la emergencia sanitaria se vieron forzadas a adoptar de forma colectiva una nueva noción del autocuidado, en el cual la cuarentena, el aislamiento preventivo, el uso de mascarilla, lavado de mano entre otros fue primordial para evitar la propagación del virus en una primera instancia. La responsabilidad social de mantener la cuarentena preventiva, no generar ni asistir a eventos sociales, así como también no asistir a centros de salud bajo condiciones de sintomatología respiratoria es mencionado como parte del autocuidado y un mejor uso de los centros asistenciales. (Ver tabla N°4).

“si no nos cuidamos nosotras. Porque la gente salía, nosotros no sé con el pasaje que carreteaban, yo los veía que están todos, ellos no se cuidaban 100%. Y claro, aquí el CESFAM estaba colapsado”. (E1. MF. Usuaría).

“asistir con mascarilla a la hora solicitada tratar de no llegar ni antes ni después, respetar la norma sanitaria lavado de manos alcohol gel el no presentarme con síntomas al momento del examen síntomas como fiebre dolor de cuerpo de cabeza etc.”. (E3. F. Usuaría).

“sin embargo, aunque había menos, menos personas en el centro de salud igual se sabía que era principalmente estaban atendiendo con personas con COVID y eso genera una barrera”. (E5. D. Usuaría).

Además del autocuidado para mantener su salud en general, controles sanos, ginecológicos, de morbilidad, etc. la motivación por el autocuidado mencionan que es la responsabilidad por otros en el rol de cuidadoras, el conocimiento de los factores de riesgo o antecedentes familiares de cáncer. (Ver tabla N°4).

“yo hablo desde que soy mamá. Porque de repente uno como mujer sin hijos sin nada, como que se deja estar, ya filo, si estoy resfriada, si estoy enferma da lo mismo porque está sola, pero desde que eres mamá, yo al menos desde que soy mamá, trato de hacerme chequeo, trato de ir al doctor, si em dicen que tengo algo alterado, ya me hago chequeo entero, porque digo, pienso al tiro en mi hija”. (E1. MF. Usuaría).

“es importante, eh sí. Si consideramos los niveles de cáncer intrauterino, en los factores también que eh... pudieran afectar a eso como eeehh... tabaquismo, eeeh, obesidad, diabetes, etc.”. (E2. C. Usuaría).

“en mi familia hubo cáncer de mamas y eso me llama la atención y necesito como para estar más segura pido siempre, yo soy la que pide, la mamografía”. (E7. AM. Usuaría).

Mencionan que optaron por el aislamiento y el autocuidado más que por ellas mismas fue por sus familias, por cuidarlas o por tener familiares de alto riesgo en caso de adquirir la infección por COVID-19. Varias familias tomaron decisiones en conjunto de mantenerse en cuarentena preventiva, se organizaron para que sólo una persona saliera a realizar compras de alimentos y medicamentos. (Ver tabla N°4).

“somos las tres en la casa y nosotros nos encerramos, entonces yo era la encargada de las compras, entonces yo era la que estaba autorizada a salir porque mi mamá tiene varias enfermedades de base”. (E1. MF. Usuaría).

“mi mamá es crónica entonces era, fumo por muchos años entonces era una persona de riesgo en este momento con el COVID y como no se tenía mucha información bueno después de las vacunas igual había cierto temor a salir sobre todo a centros de salud”. (E3. F. Usuaría).

“principalmente el contagio de COVID y no se contagiarse y contagiar a otra persona que fuera de más riesgo como por ejemplo mi abuela”. (E5. D. Usuaría).

Distancia y disponibilidad de transporte con centro de salud como barrera de acceso

Usuarías consideraban que acudir a los centros asistenciales en el caso que fuera necesario, era preferentemente caminando, por sus propios medios o a través de terceras personas. El transporte, según reportan, durante la emergencia sanitaria presentó una disminución en su disponibilidad y circulación. Sin embargo, no fue considerada como un impedimento ni la distancia hacia el centro de salud ni la oferta de medios de movilización. (Ver tabla N°4).

“yo me dirijo caminando hacia el consultorio, entonces y voy y vengo, no estoy dependiendo de ningún tipo de locomoción para asistir”. (E6. V. Usuaría).

“no fue un impedimento, porque a pesar de que las micros iban llenas, igual quedaba relativamente cerca”. (E5. D. Usuaría).

“prácticamente no había, no había colectivos, micros había muy pocas si es que había, entonces no, si tenías que trasladarte tenías que hacerlo de forma particular no más”. (E4. C. Usuaría).

“yo creo que los transportes no influyen porque si uno requiere el examen uno se las va a ingeniar como para llegar igual, ya sea en auto, en bus, en Uber, etc.”. (E2. C. Usuaría).

“había locomoción, pero muy poca, no era la misma cantidad y yo creo que las personas que a los alrededores que estaban como que más accesibles, podían y se iban caminando”. (E7. AM. Usuaría).

Espacio o salas de espera en el centro de salud

Los espacios comunes en los centros asistenciales o salas de espera son mencionados por las usuarias como el principal temor de las personas al ser estos lugares los más concurridos y donde los usuarios tanto sanos como enfermos pasaban más tiempo antes de su atención. (Ver tabla N°4).

“yo sentía que entraban al CESFAM y estaba como los bichos, así como en el aire, entonces yo iba con el pelo bien amarrado con guantes con mascarilla, yo no tocaba nada”. (E1. MF. Usuaría).

“de por sí ir a un centro de salud ya se considera como riesgoso entonces si uno iba a hacerse un examen de rutina que si bien era importante igual te exponías como a contagiarte de enfermedades respiratorias que estaban como muy como el COVID que estaba como muy en el aire”. (E5. D. Usuaría).

“los consultorios siempre están llenos, están con mucha gente y eso también uno le da un poco de temor asistir a este lugar para no contagiarse”. (E6 V. Usuaría).

Medidas de protección y personal sanitario como barrera de acceso

Las usuarias refieren que el uso de elementos de protección personal por parte de ellas y del personal de matronería son factores importantes de la percepción en la atención sanitaria como algo seguro, además del correcto lavado de manos y presentación personal. (Ver tabla N°4).

“Yo antes de sentarme, no sé la camilla o algo que ver, que todo por la vista, ver que los desinfectan con alcohol, poner un papel limpio nuevo y luego cuando yo me pare, lo mismo que saber que en ese papel y vuelvan a estar alcohol”. (E1. MF. Usuaría).

“el uso de barreras, el tema de del lavado de manos principalmente ver que quien esté tomando el examen este con el pelo tomado y las uñas pintadas todas esas cosas yo me fijo”. (E3. F. Usuaría).

“estar a cierta distancia, con mascarilla, con guantes, mantener alcohol gel, mantener sanitizado cada ciertos minutos, eso era como lo que podía haber ayudado a andar más tranquila”. (E4. C. Usuaría).

“con mascarilla, aseo de las camillas, guantes, y todo, lavado de manos, en fin, todas esas cosas que siempre uno ve cuando la van a atender para hacerse una mamografía o un examen de, del examen del PAP, que uno ve la buena higiene de las manos y que todo esté en las óptimas condiciones”. (E6. V. Usuaría).

Conocimiento en relación con la enfermedad a pesquisar

Las usuarias refieren al cáncer directamente como la enfermedad a pesquisar, considerándola una patología altamente compleja, otorgándole la connotación de ser una sentencia automáticamente de muerte. (Ver tabla N°4).

“yo leía a grandes rasgos, era, era un cáncer. Era un cáncer y de ese cáncer, si no te lo trataba. Morías”. (E1. MF. Usuaria).

“la enfermedad, que es altamente compleja, que si se detecta mientras más tarde se detecta es más complejo atacar la enfermedad, y que es por no controlarse la verdad, si tú no te vas controlando eso puede aparecer en cualquier minuto”. (E2. C. Usuaria).

“tumores, tumores en los senos, porotitos que se empiezan a crecer y desarrollar como tumores, y también, uy! Cáncer en el interior, en el útero”. (E6. V. Usuaria).

Reconocen la falta de control y de periodicidad en la realización de la pesquisa como consecuencia un diagnóstico tardío, con menores oportunidad de acceder a un tratamiento eficaz y aumenta las probabilidades de muerte por cáncer. (Ver tabla N°4).

“Era no poder tener más hijos. Si tienes un tardío informe, estás mal informada, entonces puedes estar enferma y no lo sabes”. (E1. MF. Usuaria).

“yo creo que se podría detectar, ósea en el peor de los casos, se podría detectar un cáncer avanzado o un contagio del cual no me haya percatado”. (E5. D. Usuaria).

“puede que sea maligno y chuta que después me tuvieran que cortar algún seno o definitivamente como ha pasado en algunos casos qué hay gente que fallece de eso mismo”. (E6. V. Usuaría).

Mencionan a los tratamientos tanto para CaCu como Ca de Mama, una intervención quirúrgica en conjunto con la quimioterapia es uno de los tratamientos asociados al cáncer más nombrado por las usuarias. (Ver tabla N°4).

“lo tradicional que es quimioterapia, extracción de eso...histerectomía quimioterapias y radioterapias”. (E2. C. Usuaría).

“el cáncer de mama sé que en caso dé, primero se comienza dependiendo del grado se comienza con una quimio con una radio, cáncer de útero también, sé que te pueden sacar todo, hacer una histerectomía primero, eso es lo que tengo como macro”. (E4. C. Usuaría).

“hacerse una biopsia, eeh tratamientos después, operar, sacar y ver si después sigue o no sigue esto o no y si es cancerígeno o no”. (E6. V. Usuaría).

“a proceder a una quimio, van a unas quimios primero, luego a una operación y después otra vez a quimio, eso es todo lo que conozco de lo que se pudiera hacer en ese tratamiento”. (E7. AM. Usuaría).

Tabla 4.- Vivencias en cuanto a las barreras de acceso a los centros de atención primaria durante la pandemia por COVID-19 percibidas por las usuarias de los programas de CaCu y Ca de Mama.

Percepción de las usuarias en las barreras de acceso	Reducción de la asistencia a centros de salud como medida de autocuidado para prevenir el contagio de COVID-19. Evitar concurrir a centros de salud y evitar el contagio debido a su rol de cuidadora.
Distancia y disponibilidad de transporte con centro de salud como barrera de acceso	Asistencia por medios propios o caminando al centro de salud en caso de necesitar atención médica y vivir cerca del centro. Disminución de la locomoción y aglomeraciones en transporte público. Disponer de terceras personas para facilitar el traslado al centro de salud según necesidad de atención médica.
Espacio o salas de espera en el centro de salud	Centros de salud son percibidos como un riesgo de exposición al contagio de COVID-19.
Del espacio físico en el proceso de atención	Verificación por parte de usuarias del correcto uso de elementos de protección personal del personal sanitario. Uso de elementos de protección para asistir a controles. Sensación de seguridad con la utilización correcta del distanciamiento social y barreras de protección.
Medidas de protección y personal sanitario como barrera de acceso	Verificación por parte de usuarias del correcto uso de elementos de protección personal del personal sanitario.

	<p>Uso de elementos de protección para asistir a controles.</p> <p>Sensación de seguridad con la utilización correcta del distanciamiento social y barreras de protección.</p>
<p>Conocimiento en relación con la enfermedad a pesquisar</p>	<p>Cáncer percibido como un diagnóstico complejo y sinónimo de muerte.</p> <p>Reconocen el diagnóstico tardío como una menor posibilidad de un buen pronóstico de la enfermedad y opciones terapéuticas</p> <p>La cirugía, quimioterapia y radioterapia como alternativas conocidas de tratamiento.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de 7 entrevistas realizadas a usuarias.

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en esta investigación evidencian cómo la pandemia por COVID-19 impactó de manera significativa en la continuidad de la pesquisa del CaCu y Ca de Mama, afectando tanto la oferta de servicios por parte de los servicios de salud cómo la demanda y disposición por parte de las usuarias de asistir a los centros de salud. Las experiencias recogidas nos presentan un conjunto de barreras estructurales, organizacionales, emocionales y sociales que obstaculizaron el acceso oportuno al tamizaje respectivo para cada cáncer. Ante esta situación, cobra especial relevancia la importancia de la reestructuración de los servicios de salud como respuesta para poder enfrentar las consecuencias inmediatas de la crisis sanitaria, enfocándose en recuperar las coberturas perdidas y en normalizar las atenciones habituales, garantizando atención integral, continua y de calidad. Esta necesidad se respalda en estudios que evidencian cómo la crisis sanitaria reveló tanto fortalezas como debilidades del sistema de salud, destacando la urgencia de fortalecer la APS desde un enfoque territorial, inclusivo y participativo, capaz de enfrentar desigualdades estructurales y responder con equidad ante futuras crisis⁶⁹⁻⁷⁰.

En lo que respecta a la atención clínica brindada por el personal de matronería, se observó un aumento en la tensión provocada por las exigencias propias del contexto pandémico, sin embargo, también se identificó un aspecto facilitador cómo el aumento del recurso humano durante la emergencia sanitaria. El personal de matronería debió adaptar su quehacer diario en diversas áreas de gestión y atención, lo que implicó reorganizar los procesos clínicos y administrativos, valorar necesidades de las usuarias, priorizar casos que requerían evaluación presencial, modificar sus horarios laborales, el uso de elementos de protección personal de manera estricta, reorganizar espacios de trabajo, entre otras, con la finalidad de favorecer la continuidad de la atención. Estos hallazgos se encuentran en coherencia con los resultados obtenidos en un meta-síntesis realizado por Knutsen et al. que analizó 47 artículos publicados entre 2019 y 2021, en el cual investigan las adaptaciones de los profesionales de la salud a los cambios y desafíos

resultantes de la pandemia de COVID-19. Se concluyó que, ante la adversidad del escenario crítico, los equipos de salud desplegaron una serie de adaptaciones organizacionales, entre las que destacaron una intensificación de la colaboración entre profesionales, flexibilización de estructuras jerárquicas y una mayor coordinación entre los distintos niveles de atención, demostrando una notable capacidad de resiliencia y adaptación ajustándose a esta nueva realidad⁷¹.

La telemedicina jugó un rol importante dentro de las atenciones de matronería, ya que permitió mantener el contacto, seguimiento y poder entregar información a las usuarias, siendo percibido por las profesionales como una herramienta útil en la continuidad de la atención, detectando aspectos positivos como negativos de esta modalidad. Un estudio realizado de similares características metodológicas aplicado a matronas de la atención primaria en España durante la pandemia por COVID-19 reporta la apreciación por parte de las profesionales en cuanto a las ventajas de las atenciones telemáticas, destacando que posibilitó mantener las atenciones a las mujeres, que, de otro modo, se hubieran cancelado por las medidas restrictivas de la pandemia. Las principales ventajas reportadas fueron: ahorro de tiempo por consultas telefónicas, lo que permitió dedicarlo a visitas que lo requerían y una mayor accesibilidad a población migrante, rural y para quienes la presencialidad es un impedimento para acudir al centro de salud. El uso de las nuevas tecnologías permitió mayor accesibilidad, difusión y alcance de la información, favoreciendo la vinculación de otros integrantes de la familia. Por otro lado, reportan que el acceso a aparatos tecnológicos o conexión a internet estable fue identificado como una limitación para las mujeres. Esta brecha digital también se extendió a las matronas, por la falta de recursos tecnológicos en los centros de salud que retrasó la implementación de visitas virtuales de formación a las matronas para el uso de estas nuevas herramientas tecnológicas⁷².

El miedo al contagio de COVID-19 y la falta de información en relación con las prestaciones disponibles continuaron siendo uno de los motivos relevantes por los cuales las personas evitaron acudir a los centros de salud. Este temor no solo se relacionaba con el virus en sí, sino con la percepción de los recintos asistenciales

como espacios inseguros, especialmente las salas de espera que eran vistas como focos de contagio. En los relatos de las usuarias se evidenció que esta sensación de inseguridad persistió, incluso después de que las restricciones comenzaran a flexibilizarse y disminuir. Lo anterior concuerda con los hallazgos planteados en un estudio realizado en Perú, en el cual sus autores señalan que el miedo al COVID-19 no sólo afectó la salud mental de las personas, sino que también influyó directamente en sus decisiones de evitar concurrir a centros de salud. En esta investigación, ese miedo se entrelaza con la falta de información clara sobre la disponibilidad de prestaciones, generando una barrera emocional que, aunque con el tiempo ha disminuido, dejó huellas profundas en la conducta colectiva de nuestras usuarias⁷³.

En este estudio se destaca que el autocuidado por parte de las usuarias está motivado principalmente por la responsabilidad de estar bien para cumplir su rol de cuidadoras hacia otras personas, como familiares, especialmente sus hijos/as. Esta motivación resulta coherente con una mirada más amplia del impacto del cáncer, que no debería centrarse únicamente en la prevención de muertes, sino también procurar prevenir los daños colaterales que esta enfermedad puede generar, como la orfandad materna. Un estudio realizado en 2020 estimó que millones de niños quedaron huérfanos debido al fallecimiento de sus madres por cáncer, siendo el cáncer de mama y el cervicouterino los más prevalentes. Las consecuencias de esta pérdida trascienden el duelo, extendiéndose hacia una serie de implicancias sociales y sanitarias que afectan la salud mental, el desarrollo emocional y social, y aumentan el riesgo de situaciones adversas como trastornos psicológicos y suicidio, exposición a violencia sexual, embarazo adolescente, enfermedades infecciosas y deserción escolar. Todo lo anterior refuerza la idea que el cáncer no solo es un problema de salud pública sino también de carácter social⁷⁴.

La principal limitación de este estudio es la posible presencia del sesgo de deseabilidad social en los relatos de las participantes, ya que sus respuestas pueden haber estado condicionadas por factores sociales o profesionales que

afecten la percepción del equipo de investigación respecto a su comportamiento como usuaria así como su desempeño profesional como matrona.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se identificaron las diversas percepciones y experiencias en torno al abordaje de la pesquisa del Cacu y Ca de Mamas durante la pandemia COVID-19 por parte del personal de matronería y de las usuarias, evidenciándose una serie de barreras y desafíos significativos que repercutieron en el acceso oportuno tanto al PAP como a la mamografía.

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 se generó un escenario adverso que afectó la continuidad de las prestaciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva como lo son la pesquisa de los cánceres ginecológicos abordados en esta investigación. Este contexto tuvo un impacto tanto en la oferta de los servicios por parte del personal de matronería como a la demanda de atención por parte de las usuarias. Esta situación dejó en evidencia barreras sistémicas y contextuales que obstaculizaron el acceso al tamizaje.

El personal de matronería experimentó una fuerte tensión entre el cumplimiento de su labor asistencial y las exigencias propias del contexto sanitario, revelando su percepción crítica respecto a las decisiones administrativas en relación con la realidad clínica en los tiempos de crisis. Esta experiencia resulta coherente con lo evidenciado a nivel sectorial durante la pandemia, según lo documentado en diversos análisis realizados en el ámbito sanitario. A pesar de las dificultades presentadas, se realizaron ajustes para optimizar las prestaciones otorgadas y priorizar la seguridad tanto de las usuarias como del personal, sin embargo, estas adaptaciones reflejaron la carencia de la infraestructura preexistente en los centros de salud.

Desde la perspectiva de las usuarias las barreras más relevantes fueron el temor al contagio en espacios comunes y la decisión consciente de evitar asistir a de los centros de salud como una medida de proteger a sus familiar y entorno cercano, sugiriendo que tanto el componente emocional como social influyeron de manera

considerable en la disminución de la asistencia por parte de las usuarias a realizar sus exámenes de pesquisa o a controles preventivos.

Sin lugar a dudas es fundamental considerar que la pandemia por COVID-19 no sólo afectó la capacidad operativa de los distintos servicios de salud y centros asistenciales, sino también la confianza y la disposición de las usuarias a acceder a las prestaciones de salud. Las experiencias plasmadas en este estudio destacan la fragilidad del sistema sanitario ante emergencias sanitarias y deja en evidencia que además de los aspectos técnicos y estructurales, la salud emocional y social de las personas debe ser un componente clave al momento de diseñar políticas públicas de salud. Es por ello que se debe preparar a los servicios de salud no sólo para responder ante emergencias y crisis, sino para garantizar que las personas puedan acceder a los centros de salud sin poner en riesgo su bienestar físico, psicológico o social.

PROYECCIONES

A raíz de los hallazgos obtenidos en el presente estudio y considerando el escenario actual posterior a la pandemia por COVID-19, se presentan una oportunidad clave para dar continuidad con el proceso investigativo en torno a la salud sexual y reproductiva, particularmente en el abordaje de los cánceres ginecológicos como el Cacú y Ca de Mama. En este marco, se proponen diversas líneas de investigación que permitirían profundizar en temáticas emergentes y proyectivas derivadas de este trabajo investigativo.

En primer lugar, resulta necesario explorar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la incidencia del Cacú y Ca de mamas, considerando especialmente los efectos del retraso en la pesquisa con la finalidad de proyectar el aumento de casos en los próximos años. Al mismo tiempo, se considera pertinente evaluar la cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) durante la crisis sanitaria, dada su relevancia al ser este esquema otra medida preventiva del Cacú en población joven complementaria al tamizaje por medio del PAP.

En segunda instancia, se propone indagar desde la perspectiva de las usuarias el nivel de compromiso por parte de ellas en el autocuidado vinculado a ambos tipos de cáncer como un factor protector de salud. Además, se sugiere identificar y promover otros elementos protectores con la finalidad de promoverlos e impulsarlos para contribuir a la prevención desde el enfoque de un fortalecimiento del rol activo de las personas en el cuidado de su salud, superando lógicas paternalistas en la atención sanitaria. En esta línea, también resulta el estudio de barreras de tipo emocional o psicológicas que influyen en la baja adherencia a los exámenes de pesquisa de Cacú y Ca de Mamas por parte de las usuarias en un contexto post-pandémico, con el fin de correlacionar esos factores con los hallazgos de este estudio.

En tercer lugar, y considerando el creciente uso de las redes sociales durante y después de la pandemia, se plantea evaluar su potencialidad como herramienta de

sensibilización y educación en torno al Cáncer y Cáncer de Mamas. Esta línea permitiría determinar si estas plataformas constituyen un medio efectivo en la cual las usuarias acceden, difunden y validan información referente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de estos cánceres.

Finalmente, desde la perspectiva de los equipos de salud, una cuarta línea de investigación podría centrarse en la evaluación de la preparación y capacidad de respuesta del personal de maternidad en el contexto de futuras emergencias, no sólo ante crisis biológicas, sino también frente a emergencias geológicas, hidrometeorológicas y antrópicas. Esto permitiría generar propuestas de fortalecimiento institucional y capacitación estratégica para contextos críticos.

Las proyecciones planteadas emergen como lineamientos investigativos para comprender y responder a los desafíos que la pandemia por COVID-19 ha dejado en relación al abordaje de la salud sexual y reproductiva, y la prevención de los dos tipos de cánceres ginecológicos más importantes. Estas propuestas permiten explorar no sólo los efectos posteriores a la crisis, sino también dar soluciones sostenibles que fortalezcan los sistemas de salud, promoviendo la equidad en su acceso y reconozcan tanto un rol activo por parte de las usuarias como la necesidad de equipos sanitarios preparados. Avanzar en estas temáticas contribuirá a generar evidencia pertinente que oriente políticas públicas más integrales, atingentes al contexto social y capaces de anticiparse a posibles crisis en el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Pan American Health Organization. Leading causes of death and disease burden in the Americas: Noncommunicable diseases and external causes. Washington, D.C.: PAHO; [Internet] 2024. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59568>

2.- World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. [Internet] febrero 2024. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

3.- Data Source GLOBOCAN 2022. Graph production: Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer 2022. [Internet] [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>

4.- Data Source GLOBOCAN 2022. Graph production: Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer 2022. [Internet] [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/20-breast-fact-sheet.pdf>

5.- Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional del Cáncer. Santiago, Chile: MINSAL. [Internet] [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.minsal.cl/programa-nacional-del-cancer/>

6.- Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago, Chile: MINSAL [Internet]; 2011. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>

7.- Ministerio de Salud de Chile. Misión y Visión Institucional. Santiago, Chile: MINSAL. [Internet] [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/>

8.- COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. OPS. [Internet] 17 de junio de 2020. [citado el 12 de septiembre de 2025] <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>

9.- World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report 51. [Internet] [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10.- World Health Organization. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. World Health Organization. [Internet] [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11.- Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE Cáncer Cérvico Uterino. [Internet] 2015. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GPC-CaCU-Final.PLdocx.pdf

12.- Ministerio de Salud de Chile. Guías Clínicas AUGE. Cáncer de Mama. [Internet] 2015. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf>

13.- Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. [Internet] 2013. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en:

<https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2023/10/Orientaciones-Para-la-Implementacion-del-Modelo-de-Atencion-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria.pdf>

14.- Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Cáncer 2018 - 2028. [Internet] 2018. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

15.- Núñez A, Manzano CA. Identifying local barriers to access to healthcare services in Chile using a communitarian approach. Health Expect. [Internet] 2022 Feb [citado el 12 de septiembre de 2025];25(1):254-263. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8849372/>

16.- Ministerio de Salud de Chile. Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria de salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. [Internet] 2020. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf>

17.- World Health Organization. Advice for the public: Coronavirus disease (COVID-19). [Internet] [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

18.- Monraz-Pérez S., Pacheco-López A., Castorena-Maldonado A., Benítez-Pérez Rosaura E., Thiri6n-Romero I., et al. Telemedicina durante la pandemia por COVID-19. Neumol. cir. torax. [Internet] 2021. [citado el 12 de septiembre de 2025] 80(2):132-140. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2021/nt212j.pdf>

19.- Mendoza-Alonzo P., Mendoza-Alonzo J. Telemedicina: desafíos para Chile a la luz de la experiencia de Estados Unidos durante la pandemia. Rev. méd. Chile. [Internet] 2021 [citado el 12 de septiembre de 2025];149(8):1198-1204. Disponible en: <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/9621/7190>

20.- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. 2025. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [Internet] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en : <https://gco.iarc.who.int/today>

21.- Chen S, Cao Z, Prettner K, et al. Estimates and Projections of the Global Economic Cost of 29 Cancers in 204 Countries and Territories From 2020 to 2050. JAMA Oncol. [Internet] 2023. [citado el 12 de septiembre de 2025] 9(4):465–472. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2801798>

22.- Wang Y, Feng W. Cancer-related psychosocial challenges. General Psychiatry [Internet] 2022 [citado el 12 de septiembre de 2025];35:e100871. Disponible en: <https://gpsych.bmj.com/content/gpsych/35/5/e100871.full.pdf>

23.- Organización Panamericana de la Salud. Cáncer. [Internet] [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>

24.- World Health Organization. Cancer. [Internet] 3 de febrero 2022. [citado el 12 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

25.- Parra-Giordano D, Saldías Fernández M. Gestión en Salud del Programa de Cáncer de Mama en Chile. Enfermería Actual de Costa Rica. [Internet] 2020. [citado el 12 de septiembre de 2025] (39):220-235. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n39/1409-4568-enfermeria-39-220.pdf>

26.- Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales. [Internet] 2019. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: https://www.sscoguimbo.cl/gob-cl/documentos/files/aps/11-09-2019/2019.09.09_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2020_v3.pdf

27.- Ministerio de Salud de Chile. Fija metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para las entidades administradoras de salud municipal, para el año 2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Diario Oficial de la República de Chile. Ministerio del Interior y de Seguridad Pública. Núm. 42.491. [Internet] 30 de octubre de 2019. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2019/10/30/42491/01/1675339.pdf>

28.- Data Source GLOBOCAN 2022. Graph production: Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer 2022. [Internet] [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/152-chile-fact-sheet.pdf>

29.- Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Epidemiología. Informe de Vigilancia de Cáncer. Análisis de Mortalidad Prematura y AVPP por Cáncer. Década 2009-2018. Chile [Internet] 2021. [citado el 14 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Informe-Mortalidad-Prematura-y-AVPP-por-Cáncer-2009-2018.pdf>

30.- Ferreccio C. Nuevas estrategias de prevención y control de cáncer de cuello uterino en Chile. Salud Publica Mex. [Internet] 2018. [citado el 14 de septiembre 2025] (60) : 713-721. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8577/11649>

31.- Ministerio de Salud de Chile. Superintendencia de Salud. Garantías Explícitas en Salud. Cáncer Cervicouterino. [Internet] [citado el 14 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18739.html>

32.- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Servicios de Salud, Plan AUGE, Régimen de Garantías en Salud, Ley no. 19.966. [Internet] [citado el 14 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=229834&f=2004-09-03>

33.- Marañón T, Mastrapa K, Flores Y, Vaillant L, Landazuri S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. CCM. [Internet] 2017. [citado el 14 de septiembre de 2025] 21(1): 187-203. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n1/ccm15117.pdf>

34.- Fica Alberto. Prevención del cáncer cervicouterino en Chile: Mucha vacuna y poco Papanicolau. Rev. chil. infectol. [Internet] 2014. [citado el 15 de septiembre de 2025] 31(2): 196-203. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n2/art10.pdf>

35.- Encuesta Casen 2017. [Internet] [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Salud_casen_2017.pdf

36.- Ministerio de Salud de Chile. Superintendencia de Salud. Garantías Explícitas en Salud. Cáncer de Mamas. [Internet] [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18790.html>

37.- Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica de Calidad de Mamografía. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. [Internet] 2021. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/2021.08.24_NORMA-TECNICA-MAMOGRAFIA.pdf

38.- Merino-Pereira Gina. Puesta al día en cáncer de mama en Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet] 2023. [citado el 15 de septiembre de 2025] 88(5): 261-262. Disponible en: https://www.rechog.com/files/rechog_23_88_5_261-262.pdf

39.- World Health Organization. WHO Position Paper on Mammography Screening. [Internet] 2014. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/137339/9789241507936_eng.pdf?sequence=1

40.- Ministerio de Salud de Chile. Resumen ejecutivo Guía de práctica clínica cáncer de mama. [Internet] 2021. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/cancer-de-mama/resumen-ejecutivo/>

41.- Alkatout I, Biebl M, Momenimovahed Z, Giovannucci E, Hadavandsiri F, Salehiniya H, et al. Has COVID-19 Affected Cancer Screening Programs? A Systematic Review. Front Oncol. [Internet] 2021. [citado el 15 de septiembre de 2025] 11:675038. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/oncology/articles/10.3389/fonc.2021.675038/full>

42.- Waterhouse D, Harvey D, Hurley P, Levit L, Kim E, Klepin H, et al. Early Impact of COVID-19 on the Conduct of Oncology Clinical Trials and Long-Term Opportunities for Transformation: Findings From an American Society of Clinical Oncology Survey. JCO Oncol Pract. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 16(7), 417-421. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/OP.20.00275>

43.- Wijesooriya NR, Mishra V, Brand PLP, Rubin BK. COVID-19 and telehealth, education, and research adaptations. Paediatr Respir Rev. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 35:38-42. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7301824/>

44.- Alkatout I, Karimi-Zarchi M, Allahqoli L. Gynecological cancers and the global COVID-19 pandemic. J Turk Ger Gynecol Assoc. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 21(4):272-278. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7726457/pdf/JTGGA-21-272.pdf>

45.- Tan A, Ashley D, Khasraw M; Adapting to a Pandemic — Conducting Oncology Trials during the SARS-CoV-2 Pandemic. Clin Cancer Res. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 26 (13): 3100–3103. Disponible en: <https://aacrjournals.org/clincancerres/article/26/13/3100/82611/Adapting-to-a-Pandemic-Conducting-Oncology-Trials>

46.- Lai AG, Pasea L, Banerjee A, et al. Estimated impact of the COVID-19 pandemic on cancer services and excess 1-year mortality in people with cancer and multimorbidity: near real-time data on cancer care, cancer deaths and a population-based cohort study. BMJ Open [Internet] 2020 [citado el 15 de septiembre de 2025]; 10: e043828. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/11/e043828.full.pdf>

47.- Allahqoli L, Mazidimoradi A, Salehiniya H, Alkatout I. Impact of COVID-19 on cancer screening: a global perspective. Curr Opin Support Palliat Care. [Internet] 2022. [citado el 15 de septiembre de 2025] 16(3):102-109. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9451605/>

48.- Walker MJ, Meggetto O, Gao J, Espino-Hernández G, Jembere N, Bravo CA, et al. Measuring the impact of the COVID-19 pandemic on organized cancer screening and diagnostic follow-up care in Ontario, Canada: A provincial, population-based study. Prev Med. [Internet] 2021. [citado el 15 de septiembre de 2025] 151:106586. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743521001705?via%3Dihub>

49.- Kaufman HW, Chen Z, Niles J, Fesko Y. Changes in the Number of US Patients With Newly Identified Cancer Before and During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. JAMA Netw Open. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 3(8):e2017267. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7403918/>

50.- World Health Organization. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/335838/9789240012455-eng.pdf?sequence=1>

51.- Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta: Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles – una revisión rápida. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf

52.- Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico COVID-19 30.03.2020. Departamento de Epidemiología. MINSAL. Santiago, Chile. [Internet] [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/Reportes/INFORME_EPI_COVID19_20200330.pdf

53.- Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria de salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp->

[content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf](#)

54.- Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaria de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Ciclo Vital. Programa Nacional de Salud de la Mujer. Orientaciones técnicas continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia COVID-19. [Internet] Octubre 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.endogin.org/Ord4425-OTContinuidadSaludreproductivaenpandemia-MINSAL2020.pdf>

55.- Mosella V. Felipe, Sepúlveda H. Andrea, Saffie V. et al. Manejo del cáncer de mama en tiempos de pandemia COVID-19: experiencia local. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 85(1): 16-22. Disponible en: <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0717-75262020000700004&lng=en&nrm=iso&tlng=en>

56.- Cuadrado C, Vidal F, Pacheco J, Flores-Alvarado S. Acceso a la atención del cáncer en los grupos vulnerables de la población de Chile durante la pandemia de COVID-19. Rev Panam Salud Publica. [Internet] 2022. [citado el 15 de septiembre de 2025] 46:e77. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56243/v46e772022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

57.- Ena J. Telemedicine for COVID-19. Rev. Clin. Esp [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 220(8):501-502. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520301570?via%3Dihub>

58.- World Health Organization. Telemedicine: Opportunities and developments in member states: report on the second global survey on eHealth. [Internet] 2010. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44497/9789241564144_eng.pdf?sequence=1

59.- Shigekawa E, Fix M, Corbett G et al. The Current State of Telehealth Evidence: A Rapid Review. Health Aff (Millwood) [Internet] 2018. [citado el 15 de septiembre de 2025] 37:1975-1982. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30633674/>

60.- Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ordinario N° 2448. 4 de agosto 2020: Sobre el uso de tecnologías de información y comunicación en el ámbito de la salud. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1uLHsXmTNAFiNpXdz2vvWy5aH68g0LA8f/view>

61.- World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. [Internet] [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

62.- Reznik A, Gritsenko V, Konstantinov V, Khamenka N, Isralowitz R. COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. Int J Ment Health Addict. [Internet] 2021. [citado el 15 de septiembre de 2025] 19(5):1903-1908. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7217343/>

63.- Dubey S., Biswas P., Ghosh R., Chatterjee S., Dubey MJ, Chatterjee S., et al, Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 14(5) 779-788. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402120301545?via%3Dihub>

64.- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 3(3):e203976. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>

65.- Johnson M., Saletti-Cuesta L., Tumas N., Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2020. [citado el 15 de septiembre de 2025] 25(1) 2447-2456. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>

66.- Hirmas Aduay M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev. Panam. Salud Publica. [Internet] 2013. [citado el 15 de septiembre de 2025] 33(3):223–229. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273667847_Barreras_y_facilitadores_de_acceso_a_la_atencion_de_salud_una_revison_sistemica_cualitativa

67.- Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Segunda edición. Madrid: Ediciones Morata. [Internet] 2007. [citado el 15 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/introduccion-a-la-investigacion-cualitativa-251133744/251133744>

68.- Fuster D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propós. represent. [Internet] 2019 [citado el 15 de septiembre de 2025]; 7(1):201-229. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010

69.- Rojas M, Peñaloza B, Soto M, Téllez A, Fábrega R. Atención primaria en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades. Temas de la Agenda Pública, Centro de Políticas Públicas UC. [Internet] 2022. [citado el 20 de septiembre de

2025] 17(154) 1-19. Disponible en:
https://politicaspUBLICAS.uc.cl/web/content/uploads/2022/05/Arti%CC%81culo-154_Atencio%CC%81n-Primaria-Salud.pdf

70.- González L, Araujo A, Ruiz G, Rosales R. Atención Primaria de Salud durante la pandemia de COVID-19: análisis cualitativo de textos. Salud Problema. [Internet] 2025. [citado el 20 de septiembre de 2025] 19(37):47-69. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/780/771>

71.- Knutsen GM, Ludlow K, Wiig S, Bates DW, Austin EE. Resilience perspective on healthcare professionals' adaptations to changes and challenges resulting from the COVID-19 pandemic: a meta-synthesis. BMJ Open. [Internet] 2023. [citado el 15 de septiembre de 2025] 13(9) . Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/9/e071828>

72.- Loezar-Hernández M., Briones-Vozmediano E., Gea-Sánchez M. Robledo-Martine J, Otero-García L. Primary health care midwives' perceptions on the use of telemedicine during the COVID-19 pandemic in Spain. Enfermería Clínica. [Internet] 2023. [citado el 15 de septiembre de 2025] 33; 380 – 390. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-english-edition--435-pdf-S2445147923000632>

73.- Santa-Cruz-Espinoza H, Chávez-Ventura G, Domínguez-Vergara J, Araujo-Robles E, Aguilar-Armas H, et al. El miedo al contagio de covid-19, como mediador entre la exposición a las noticias y la salud mental, en población peruana. Enferm. glob. [Internet]. 2022 [citado el 15 de septiembre de 2025] ; 21(65): 271-294. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n65/1695-6141-eg-21-65-271.pdf>

74.- Guida, F., Kidman, R., Ferlay, J. *et al.* Global and regional estimates of orphans attributed to maternal cancer mortality in 2020. Nat Med. [Internet] 2022. [citado el

15 de septiembre de 2025] 28; 2563–2572. Disponible en:
<https://www.nature.com/articles/s41591-022-02109-2>

ANEXOS

Anexo 1. Cuadro lógico A. Categorías y subcategorías de análisis para entrevistas a personal de matronería.

Objetivo general del estudio		
Explorar la percepción de usuarias y personal de matronería sobre el abordaje de la pesquisa del Cáncer Cervicouterino y de Mama en la Red atención primaria del Servicio de Salud Concepción durante la pandemia de Covid-19.		
Objetivos específicos		
N°1: Conocer las experiencias del personal de matronería de los centros de salud asociada a la toma de PAP y mamografía durante la pandemia Covid-19.		
N°2: Describir estrategias de rescate realizadas durante la pandemia Covid-19 por los centros de salud para el tamizaje del cáncer cervicouterino y de mamas.		
N°3: Describir el proceso de atención para tamizaje de cáncer cervicouterino y de mamas en los centros de atención primaria durante la pandemia Covid-19.		
Categorías	Subcategorías	Temas o Tópicos
Disponibilidad	Recursos humanos	1. ¿Qué adaptaciones tuvo la toma de exámenes de PAP y mamografía en cuanto a recurso humano disponible?
	Equipamiento	2. ¿Cuáles fueron las adaptaciones de equipamiento del personal EPP para la toma de exámenes?
	Infraestructura	3. ¿De qué forma se adaptó la infraestructura para atender la toma de exámenes, tanto en el centro como dentro del box?

	Información	4. ¿Cómo se entregó la información a usuarias que debía asistir a realizarse los exámenes de PAP o mamografía? 5. ¿Cómo valora su bienestar social?
Accesibilidad	Acceso Físico	6. ¿Cómo diferenciaron los espacios físicos para atender a mujeres que acudían a realizarse el PAP?
	Distancia	7. ¿La distancia o ubicación del centro de salud pudiera retrasar la toma de los exámenes?
	Conectividad	8. ¿Cómo la conectividad (trasladarse) en pandemia pudo afectar la toma de estos exámenes?
	Organización Administrativa	9. ¿De qué manera se organizó la continuidad de toma de los exámenes en pandemia? 10. ¿Los recursos fueron suficientes para la implementación? 11. ¿Cómo afecto la adaptación en la continuidad de la atención de toma de los exámenes?
	Modalidad para obtener horas de atención	12. ¿Cuáles fueron los cambios para entregar horas o calendarizar las atenciones?
Aceptabilidad	Percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad	13. ¿Cree que la toma de los exámenes se vio afectada por factores sociales y culturales? 14. ¿Cuáles serían esos factores?

Contacto con el servicio	Continuidad	<p>15. ¿Cómo cree que la alteración de la continuidad de los exámenes afectara la salud de las personas?</p> <p>16. ¿De qué manera se instalaron medidas para no afectar continuidad en la toma de exámenes?</p> <p>17. ¿Cuáles fueron las medidas implementadas para no afectar la atención?</p>
	Calidad	<p>18. ¿De qué manera se podría afectar la calidad de la atención en cuanto a exámenes de PAP y mamografía en pandemia?</p> <p>19. ¿Qué fortalezas tienen para no afectar la calidad de atención?</p> <p>20. ¿Qué debilidades tienen que podrían afectar la calidad de la atención?</p>

Anexo 2: Cuadro lógico B. Categorías y subcategorías de análisis para entrevistas a usuarias.

Objetivo general del estudio		
Explorar la percepción de usuarias y personal de matronería sobre el abordaje de la pesquisa del cáncer cervicouterino y de mamas en la red atención primaria del Servicio de Salud Concepción durante la pandemia de Covid-19.		
Objetivos específicos		
N°4: Identificar las vivencias en cuanto a las barreras de acceso a los centros de atención primaria durante la pandemia por Covid-19 percibidas por las usuarias de los programas de cáncer cervicouterino y de mamas.		
Categorías	Subcategorías	Temas o Tópicos
Personales/familiares	Decisión de autocuidado	1. ¿Pensó que era importante tomarse el examen en pandemia? 2. ¿El retrasar la toma del examen fue preocupante? 3. ¿Cómo asocia la toma del examen con su salud? 4. ¿Qué medidas tomaría para realizarse el examen de PAP o mamografía para evitar el contagio?
	Posición de la familia frente a COVID	5. ¿Como grupo familiar tomaron decisiones para no asistir a centros de salud? 6. ¿Cuáles eran las razones para no salir de casa y asistir a controles?

Infraestructura física del centro de salud	Distancia con centro de salud	7. ¿La distancia entre su hogar y el centro de salud fue un impedimento para asistir al control?
	Espacios o salas de espera en el centro de salud	8. ¿La posibilidad de compartir las salas de espera fue importante para decidir ir al centro de salud?
	Confianza en las medidas de precaución (Aforo)	9. ¿Las restricciones de número de personas en los centros de salud le permitió asistir a tomarse sus exámenes? 10. ¿Cuáles eran sus preocupaciones para no asistir, aun cuando había menos personas citadas?
Personal que atiende	Personal atendiendo en pandemia	11. ¿Cree que el personal tomó todas las precauciones para atenderla y tomarle el examen?
	Medidas de protección	12. ¿Qué medidas de protección deben tomar quienes la atienden para que usted asista al centro de salud a tomarse su examen?
Conectividad	Disposición de transporte	13. ¿Cómo eran los medios de traslado para asistir a tomarse el examen? 14. ¿Cómo cree que afectan los transportes para no asistir a tomarse el examen?
	Historia natural de la enfermedad	15. ¿Qué conoce de la enfermedad que se relaciona con el examen que ha dejado de tomarse?

Conocimiento de la enfermedad a pesquisar	Consecuencias de falta de control	16. ¿Puede mencionar lo que pasaría si no se hace el examen oportunamente?
	Tratamientos	17. ¿Qué conoce de los tratamientos que tiene el cáncer cervicouterino y de mamas?

Anexo 3: Guion 1. Entrevistas a personal de matronería.

GUIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DE PERSONAL DE MATRONERÍA.

Preámbulo

Estimado/a colega, muchas gracias por participar. Esta entrevista tiene como objetivo obtener la descripción de la experiencia en el proceso de atención en programas de cáncer cervicouterino y de mamas adaptado en pandemia por COVID 19 en su Centro de Salud. Esta entrevista forma parte de la investigación titulada “Percepción del abordaje de la pesquisa del Cáncer cervicouterino y de mamas en la red de Atención Primaria del Servicio de Salud Concepción”

Solicito su permiso para poder grabar el audio del dialogo, para luego poder transcribir la información y conversar con mayor facilidad. En este proceso se omitirán los datos personales que puedan surgir durante la entrevista, todos los datos y nombres serán tratados con la absoluta confidencialidad. Si usted tiene alguna duda en relación con la investigación puede consultarme. La duración de la entrevista será de alrededor de 45 minutos.

Para el desarrollo de este estudio es de mucha importancia conocer sus apreciaciones en relación al tema, ya que estas constituirán una parte importante de la investigación.

Indicaciones a los/as entrevistadores/as: Salude cordialmente y mantenga escucha activa durante toda la entrevista, dirija sus preguntas evitando compartir o incitar a realizar juicios acerca de la gestión directiva sanitaria en cuanto a lo realizado en pandemia. Se deben realizar las preguntas estipuladas en este guion.

Preguntas inductoras

¿Cuántos años de profesión tiene?

¿Hace cuánto tiempo se desempeña en el cargo?

¿Está en un centro de salud donde bajó la cobertura de PAP y de mamografía?

Preguntas dirigidas

- 1.- ¿Qué adaptaciones tuvo la toma de exámenes de PAP y mamografías en cuanto a recurso humano disponible?
- 2.- ¿Cuáles fueron las adaptaciones de equipamiento del personal EPP para la toma de los exámenes?
- 3.- ¿De qué forma se adaptó la infraestructura para atender la toma de exámenes, tanto en el centro de salud, como dentro del box?
- 4.- ¿Cómo se entregó la información a usuarias que debían asistir a realizarse los exámenes de PAP o mamografía?
- 5.- ¿Existió una información dirigida estratégicamente a estas usuarias?
- 6.- ¿Cómo se diferenciaron los espacios físicos para atender a mujeres que acudían a realizarse el PAP?
- 7.- ¿La distancia o ubicación del centro de salud pudiera retrasar la toma de exámenes?
- 8.- ¿Cómo la conectividad (trasladarse) en pandemia pudo afectar la toma de estos exámenes?
- 9.- ¿De qué manera se organizó la continuidad de toma de los exámenes en pandemia?
- 10.- ¿Los recursos fueron suficientes para la implementación?
- 11.- ¿Cómo afectó la adaptación en la continuidad de la atención de toma de los exámenes?
- 12.- ¿cuáles fueron los cambios para entregar horas o calendarizar las atenciones?
- 13.- ¿Cree que la toma de los exámenes se vio afectada por factores sociales y culturales?
- 14.- ¿Cuáles serían esos factores?

15.- ¿Cómo cree que la alteración de la continuidad de los exámenes afectará la salud de las personas?

16.- ¿De qué manera se instalaron medidas para no afectar la continuidad en la toma de exámenes? Inmediata, regular o tardíamente.

17.- ¿Cuáles fueron las medidas implementadas para no afectar la atención?

18.- ¿De qué manera se podría afectar la calidad de la atención en cuanto a exámenes de PAP y mamografía en la pandemia?

19.- ¿Qué fortalezas tienen para no afectar la calidad de atención?

20.- ¿Qué debilidades podrían afectar la calidad de la atención?

Cierre de la entrevista:

Muchas gracias por su colaboración con este estudio, le agradeceremos su tiempo y sin duda la información que usted nos dio será de gran importancia para esta investigación. Si tiene alguna pregunta por favor escríbame proyectopapymamografia@gmail.com

Anexo 4: Guion 2. Entrevistas a usuarias.

GUIÓN PARA USUARIAS

OBSERVACIÓN PARA EL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO: Este guion será utilizado para las entrevistas con las usuarias, tanto del Programa de Cáncer Cervicouterino como del Programa de Cáncer de Mama, pero se utilizarán las 2 preguntas correspondientes a cada programa que se señalan en cursiva para destacar su presencia.

Preámbulo

Estimada Sra.... *(se personalizará con el nombre y apellido de la usuaria)* Muchas gracias por participar. Esta entrevista tiene como objetivo obtener su experiencia en cuanto a las barreras de acceso que pudo haber presentado para realizarse oportunamente el PAP/mamografía. Esta entrevista forma parte de la investigación “Percepción del abordaje de la pesquisa del Cáncer cervicouterino y de mamas en la red de Atención Primaria del Servicio de Salud Concepción”

Solicito su permiso para poder grabar el audio del diálogo, para luego poder transcribir la información y así conversar con mayor facilidad, en este proceso se omitirán los datos personales que puedan surgir durante la entrevista. Todos los datos y nombres serán tratados con la absoluta confidencialidad. Si usted tiene alguna duda en relación con la investigación puede consultarme. La duración de la entrevista será de alrededor de 45 minutos.

Para el desarrollo de este estudio es de gran importancia conocer sus apreciaciones en relación al tema, ya que éstas constituirán una parte central de la investigación.

Indicaciones a los/as entrevistadores/as: Salude cordialmente y mantenga escucha activa durante toda la entrevista, dirija sus preguntas evitando compartir o incitar a realizar juicios acerca de las atenciones recibidas, evitando abordar temas que la usuaria considere de su privacidad, como aquellos de la sexualidad u otros que considere privados y no pertenecientes a este estudio.

Preguntas inductoras

¿Hace cuantos años que asiste a realizarse el PAP en su centro de salud? *(Para usuarias del Programa de Cáncer Cervicouterino)*

¿Hace cuantos años que asiste a realizarse la mamografía? *(Para usuarias del Programa de Cáncer de Mama)*

Preguntas dirigidas

1. ¿Pensó que era importante tomarse el examen en la pandemia? ¿Por qué?
2. ¿El retrasar la toma del examen fue preocupante?
3. ¿Cómo asocia la toma del examen con su salud? ¿Le parece importante? ¿Por qué?
4. ¿Qué medidas tomaría para realizarse el examen de PAP/Mamografía y evitar el contagio?
5. ¿Cómo grupo familiar tomaron decisiones para no asistir a centros de salud?
6. Si corresponde ¿Cuáles eran las razones para no salir de la casa y asistir a controles?
7. ¿La distancia entre su hogar y el centro de salud fue un impedimento para asistir al control?
8. ¿La posibilidad de compartir las salas de espera fue importante para decidir ir al centro de salud?
9. ¿Las restricciones de número de personas en los centros de salud le permitió asistir a tomarse sus exámenes?
10. ¿Cuáles eran sus preocupaciones para no asistir, aun cuando había menos personas citadas?
11. ¿Cree que el personal tomó todas las precauciones para atenderla y tomarle el examen?
12. ¿Qué medidas de protección deben tomar quienes la atienden para que usted asista al centro de salud a tomarse su examen?
13. ¿Cómo estaban los medios de traslado para asistir a tomarse el examen?
14. ¿Cómo cree que afectan los transportes para no asistir a tomarse el examen?

15. ¿Qué conoce de la enfermedad que se relaciona con el examen que ha dejado de tomarse?
16. ¿Puede mencionar lo que pasaría si no se hace el examen oportunamente?
17. ¿Qué conoce de los tratamientos que tiene el cáncer (Ca de Mama o CaCu)?

Cierre de la Entrevista:

Muchas gracias por su colaboración con este estudio, le agradecemos su tiempo y sin duda la información que usted nos dio será de gran importancia para esta investigación. Si tiene alguna pregunta por favor escríbame a proyectopapymamografia@gmail.com

Anexo 5. Consentimiento para personal de matronería.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



Presidente del Comité Ético Científico del Servicio Concepción, Dr. Nelson Pérez T. al correo electrónico cec@ssconcepcion.cl

PARTE II:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitada/o a participar en la investigación **“IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA PESQUISA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMAS EN LA RED DE ATENCION PRIMARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CONCEPCION Y ARAUCO”**

Entiendo que la investigadora me realizará una entrevista que podrá desarrollarse en más de un día. He sido informada/s de los riesgos involucrados en mi participación. Sé que no tendré alguna recompensa por mi participación. Se me han proporcionado los datos de la investigadora para contactarla en caso que lo requiera.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que ello afecte de alguna forma la atención que recibo en este establecimiento.

	Sí acepto participar voluntariamente en esta investigación.
	No acepto participar en esta investigación. Si ésta es su opción no continúe respondiendo el cuestionario. Muchas gracias.

Anexo 6. Formulario de consentimiento informado para usuarias.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



PARTE II:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitada/o a participar en la investigación "IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA PESQUISA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMAS EN LA RED DE ATENCION PRIMARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CONCEPCION Y ARAUCO"

Entiendo que la investigadora me realizará una entrevista que podrá desarrollarse en más de un día. He sido informada/s de los riesgos involucrados en mi participación. Sé que no tendré alguna recompensa por mi participación. Se me han proporcionado los datos de la investigadora para contactarla en caso que lo requiera.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que ello afecte de alguna forma la atención que recibo en este establecimiento.

Nombre:

Firma	Sí acepto participar voluntariamente en esta investigación.
-------	---



Anexo 7. Ficha informativa para personal de matronería.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTE (PROFESIONAL) Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Formulario de Consentimiento Informado está dirigido a matronas y matrones encargados del Programa de cáncer cérvico uterino y de mamas en cada centro de salud de Atención Primaria de las comunas de los Servicios de Salud Concepción y Arauco. Donde se les invita a participar en la investigación titulada **“IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA PESQUISA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMAS EN LA RED DE ATENCION PRIMARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CONCEPCION Y ARAUCO”**.

Investigadora Principal: Alejandra Ceballos Morales. Matrona, Profesora Asociada. Dpto. de Obstetricia y Puericultura.

Patrocinador: Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Este Documento de Consentimiento Informado consta de dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio).
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).

PARTE I: Información

Introducción

Mi nombre es Alejandra Ceballos Morales, soy matrona y académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, y junto a un equipo de investigación lidero el estudio al cual le invitamos a participar. No tiene que decidir hoy si va a participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede consultar cualquier duda que tengo sobre ésta conmigo al correo electrónico proyectopapmamografia@gmail.com al número de teléfono del proyecto +56942264088

Propósito

El propósito de esta investigación es evaluar el impacto de la pandemia COVID 19 en las coberturas de examen de Papanicolaou (PAP) y de mamografías en las redes de Atención Primaria de los Servicios de Salud de Concepción y Arauco para el año 2020. La información que se obtendrá será muy valiosa para poder conocer las situaciones locales.

Tipo de estudio

Este estudio se realizará analizando información de la cobertura de PAP y mamografía de ambos Servicios y además a través de entrevistas con profesionales que estén vinculadas/os a los Programas cérvico uterino y de Mamas, así como a usuarias de ambos programas. Dicha entrevista se realizará a través de una plataforma virtual o video llamada, cuestión que usted decidirá.

Selección de participantes

Se invita a participar a profesionales de la Matronería vinculadas/os a los Programas Cáncer Cérvico uterino y de Mamas de los Centros de Salud de Atención Primaria de la Red de los Servicios de Salud Concepción y Arauco.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir libremente participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, las atenciones que reciba en su Centro de Salud no se verán afectadas. Usted



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



puede cambiar de idea una vez ya participando de la investigación y decidir dejar de participar en ella aun cuando haya aceptado antes.

Duración

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos. No obstante, y dada la disponibilidad de tiempo que posea cada participante, la entrevista podrá llevarse a cabo en más de una sesión en días diferentes, lo cual será previamente acordado con usted.

Riesgos

Al participar en esta investigación usted solo debe relatar o responder de acuerdo a su experiencia (no de otras personas). Dado que el estudio aborda aspectos asociados a la pandemia por COVID 19 durante el año 2020, existe el riesgo potencial de recordar situaciones personales que pueden ser eventualmente traumáticas y requerir derivación profesional. Si usted siente algún malestar al participar, por favor, comuníquelo a la Investigadora Responsable, que podrá guiarle para recibir ayuda oportuna.

Beneficios

No hay beneficio o incentivo económico para usted, pero su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación, recolectando información valiosa para identificar las estrategias que se llevaron a cabo durante la pandemia por COVID 19 desde su centro de salud, lo cual puede ser muy útil para futuras intervenciones en escenarios complejos como el actual de emergencia sanitaria o catástrofes naturales. Con esta información se podrán abordar los obstáculos que tuvieron las mujeres para participar de los Programas Cáncer cérvico uterino y de Mamas en la Atención Primaria de Salud.

Confidencialidad

La información obtenida será CONFIDENCIAL y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto, se usará un código que identifique la información proporcionada por las personas que participan de la investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, así como el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción. La investigadora responsable, Alejandra Ceballos Morales, estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio.

Publicación de resultados

Al finalizar esta investigación, el conocimiento que obtengamos se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. La base de datos generada por este proyecto no será transferida ni cedida para ningún otro fin que el estipulado en este consentimiento. Usted podrá acceder a los resultados si así lo desea comunicándose con la investigadora responsable.

CONTACTO

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a Alejandra Ceballos Morales, e-mail: proyectopapymamografia@gmail.com, teléfono +56942264088, con la Presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Dra. Isabel Cottin Carrazana, al correo electrónico cecmecicina@udec.cl. También podrá comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, Dra. Andrea Rodríguez Tastets, al correo electrónico secrevid@udec.cl y con el

Anexo 8. Ficha informativa para usuarias.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTE (USUARIA) Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Formulario de Consentimiento Informado está dirigido a matronas y matrones encargados del Programa de cáncer cérvico uterino y de mamas en cada centro de salud de Atención Primaria de las comunas de los Servicios de Salud Concepción y Arauco. Donde se les invita a participar en la investigación titulada "IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA PESQUISA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMAS EN LA RED DE ATENCION PRIMARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CONCEPCION Y ARAUCO".

Investigadora Principal: Alejandra Ceballos Morales. Matrona, Profesora Asociada. Dpto. de Obstetricia y Puericultura.

Patrocinador: Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Este Documento de Consentimiento Informado consta de dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio).
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).

PARTE I: Información

Introducción

Mi nombre es Alejandra Ceballos Morales, soy matrona y académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, y junto a un equipo de investigación lidero el estudio al cual le invitamos a participar. No tiene que decidir hoy si va a participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede consultar cualquier duda que tengo sobre ésta conmigo al correo electrónico proyectopapymamografia@gmail.com al número de teléfono del proyecto +56942264088

Propósito

El propósito de esta investigación es evaluar el impacto de la pandemia COVID 19 en las coberturas de examen de Papanicolaou (PAP) y de mamografías en las redes de Atención Primaria de los Servicios de Salud de Concepción y Arauco para el año 2020. La información que se obtendrá será muy valiosa para poder conocer las situaciones locales.

Tipo de estudio

Este estudio se realizará analizando información de la cobertura de PAP y mamografía de ambos Servicios y además a través de entrevistas con profesionales que estén vinculadas/os a los Programas cérvico uterino y de Mamas, así como a usuarias de ambos programas. Dicha entrevista se realizará a través de una plataforma virtual o video llamada, cuestión que usted decidirá.

Selección de participantes

Se invita a participar a profesionales de la Matronería vinculadas/os a los Programas Cáncer Cérvico uterino y de Mamas de los Centros de Salud de Atención Primaria de la Red de los Servicios de Salud Concepción y Arauco.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir libremente participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, las atenciones que reciba en su Centro de Salud no se verán afectadas. Usted



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



puede cambiar de idea una vez ya participando de la investigación y decidir dejar de participar en ella, aun cuando haya aceptado antes.

Duración

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos. No obstante, y dada la disponibilidad de tiempo que posea cada participante, la entrevista podrá llevarse a cabo en más de una sesión en días diferentes, lo cual será previamente acordado con usted.

Riesgos

Al participar en esta investigación usted sólo debe relatar o responder de acuerdo a su experiencia (no de otras personas). Dado que el estudio aborda aspectos asociados a la pandemia por COVID 19 durante el año 2020, existe el riesgo potencial de recordar situaciones personales que pueden ser eventualmente traumáticas y requerir derivación profesional. Si usted siente algún malestar al participar, por favor, comuníquelo a la Investigadora Responsable, que podrá guiarle para recibir ayuda oportuna.

Beneficios

No hay beneficio o incentivo económico para usted, pero su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación, recolectando información valiosa para identificar las estrategias que se llevaron a cabo durante la pandemia por COVID 19 desde su centro de salud, lo cual puede ser muy útil para futuras intervenciones en escenarios complejos como el actual de emergencia sanitaria o catástrofes naturales. Con esta información se podrán abordar los obstáculos que tuvieron las mujeres para participar de los Programas Cáncer cérvico uterino y de Mamas en la Atención Primaria de Salud.

Confidencialidad

La información obtenida será CONFIDENCIAL y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto, se usará un código que identifique la información proporcionada por las personas que participan de la investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, así como el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción. La investigadora responsable, Alejandra Ceballos Morales, estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio.

Publicación de resultados

Al finalizar esta investigación, el conocimiento que obtengamos se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. La base de datos generada por este proyecto no será transferida ni cedida para ningún otro fin que el estipulado en este consentimiento. Usted podrá acceder a los resultados si así lo desea comunicándose con la investigadora responsable.

CONTACTO

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a Alejandra Ceballos Morales, investigadora responsable, e-mail: proyectopapymamografia@gmail.com, teléfono +56942264088, y con el Presidente del Comité Ético Científico del Servicio Concepción, Dr. Nelson Pérez T. al correo electrónico cec@ssconcepcion.cl

Anexo 9. Documento de aprobación Comité Ético Científico Servicio de Salud de Concepción.



ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963/ 06.10.20

Concepción, 24 de agosto 2021

Sra. Alejandra Ceballos
Investigadora Principal
Presente.

Ref: Impacto de la pandemia en la pesquisa del cáncer cérvico uterino y de mamas en la red de atención primaria de los Servicios de Salud de Concepción y Arauco

Código CEC-SSC: 21-06-37

Estimada investigadora

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión mediante videollamada de fecha 24 de agosto 2021, tomó conocimiento y aprobó respuesta a observaciones efectuadas por el comité en reunión de fecha 13 de julio 2021, relativas al estudio de la referencia, presentado por usted.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión videollamada del 24 de agosto de 2021:

Q: 07 / 09

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Sylvia Asenjo M.	Médico Pediatra Endocrinóloga/UdeC	Integrante permanente / externa
María A. Bidegain S.	Médico Pediatra Nefrólogo	Integrante permanente / externa
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / externo
María Cristina Fellay	Bióloga	Integrante permanente / Representante comunidad
Mónica Zúñiga	Matrona	Integrante permanente / externo
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Presidente
Ricardo Saldías	Ingeniero comercial /HGG	Integrante permanente / Secretario

Excusas: Salvador Cabrera

Nota: Sr. Felipe León, declara conflicto de interés en este estudio, dado que es Director de uno de los Centros donde se realizará, por lo que no participa en la evaluación de este estudio.

El comité tomó conocimiento de los siguientes documentos:

- Carta con respuesta a observaciones
- Protocolo de estudio: Impacto de la pandemia en la pesquisa del cáncer cérvico uterino y de mamas en la red de atención primaria de los Servicios de Salud de Concepción y Arauco. V2, 12.08.21
 - Anexo 1 Cuestionario
 - Anexo 2 Guión para la participación de matrón/matrona
 - Anexo 3 Guión para usuarias
 - Anexo 4 Plan de trabajo
- Documento de información para participante (Profesional) y Formulario de Consentimiento informado. V2, 12.08.21
- Documento de información para participante (usuaria) y Formulario de Consentimiento informado. V2, 12.08.21
- Solicitud para dispensa de Documento Consentimiento informado



ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 2963/ 06.10.20

CONCLUSION: Por lo tanto, con fecha 24 de agosto 2021, el Comité **aprueba la realización de este proyecto** bajo su conducción como investigadora responsable y procede a aprobar y timbrar con esta fecha los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio: Impacto de la pandemia en la pesquisa del cáncer cérvico uterino y de mamas en la red de atención primaria de los Servicios de Salud de Concepción y Arauco. V2, 12.08.21
 - Anexo1 Cuestionario
 - Anexo 2 Guión para la participación de matrn/matrona
 - Anexo 3 Guión para usuarias
 - Anexo 4 Plan de trabajo
- Documento de información para participante (Profesional) y Formulario de Consentimiento informado. V2, 12.08.21
- Documento de información para participante (usuaria) y Formulario de Consentimiento informado. V2, 12.08.21
- Solicitud para dispensa de Documento Consentimiento informado

Además, este Comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. El Investigador responsable debe cumplir con el adecuado manejo de la información, asegurando la no utilización de datos que pueda identificar a los participantes.
3. Las enmiendas, reportes de eventos adversos y desvíos de protocolo se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto.
4. Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
5. La validez de esta aprobación es por un año.
6. Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
7. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
8. En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado
9. Cumplir con la normativa y protocolos de seguridad del establecimiento y/o centro de investigación.

Atentamente,


Ing. Ricardo Saldías Cerda
Secretario CEC-SSC

CC: CEC-SSC




Dr. Nelson Perez Terán
Presidente CEC-SSC