salud perinatal pandemia calidad muerte materna parto pandemia
puerperio COVID-19 mujeres proveedores financiamiento salud materna
políticas sanitarias barreras acceso
decisiones acompañamiento

MM LAC COVID

Diagnóstico rápido de los determinantes y factores contribuyentes al aumento de la mortalidad materna y perinatal durante la pandemia de COVID-19 en la región de América Latina y el Caribe

Resumen Ejecutivo

SEPTIEMBRE 2022

UNFPA CEDES USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE MOMENTUM A Global Partnership for Health and Resilience

EQUIPO DE COORDINACIÓN Y AUTOR DEL REPORTE

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina

Evelina Chapman
Silvina Ramos
Mariana Romero
Guido Sciurano

INVESTIGADORES RESPONSABLES DE ESTUDIOS NACIONALES

Jovita Ortiz (Chile)
Joaquín Gómez Dávila (Colombia)
Jorge Hermida (Ecuador)

EQUIPO DE CONDUCCIÓN DEL PROYECTO

Virginia Camacho (Fondo de Población de las Naciones Unidas —UNFPA—)
Jim Ricca y Gloria Metcalfe (MOMENTUM Country and Global Leadership)

SEPTIEMBRE 2022

Reconocimientos

Este reporte se basa en los informes elaborados por los equipos de los tres países participantes en el proyecto de investigación, bajo la coordinación del CEDES.

Equipos técnicos

Chile (Universidad de Chile)
Coordinación local: Jovita Ortiz, Marcela Díaz
Elaboración de reporte local: Jovita Ortiz, Nicolás Arancibia, Carolina Carstens
Trabajo en terreno: Jael Quiroz, Claudia Cornejo, Maribel Mella, Marisa Villagrán (apoyo psicológico) y Nicolás Arancibia

Colombia (Grupo Nacer-Universidad de Antioquia)
Coordinación local: Joaquín Gómez Dávila
Elaboración de reporte local: Joaquín Gómez Dávila, Ana Carolina Amaya Arias
Trabajo en terreno: Joaquín Gómez Dávila, Ana Carolina Amaya Arias, Liana Sirley Gil Castaño, Mery Barrera Mazo, María Isabel Lalinde Ángel

Ecuador (FIGESS)
Coordinación local: Jorge Hermida
Elaboración de reporte local y trabajo en terreno: Jorge Hermida, Paula Hermida, Diana Barragán

Contrapartes Ministerio de Salud

Chile: Rodrigo Neira, Cristian Figueroa y Jorge Neira
Colombia: Ana María Peñuelas
Ecuador: Katerine Simbaña, Marivel Illapa, Norma Oña, Gabriela Saldaña

Puntos focales UNFPA

Chile: Mariela Cortes
Colombia: José Luis Wilches
Ecuador: Marcia Elena Álvarez

ÍNDICE

1. Presentación del estudio

2. Presentación del problema

3. Metodología

4. Resultados

5. Lecciones aprendidas

1. Presentación del estudio

América Latina y el Caribe (ALC) ha sido una de las regiones más afectadas por la pandemia de COVID-19. Como consecuencia de las medidas de contención, las respuestas insuficientes del sistema de salud y los temores de la población a la infección, la disponibilidad, el acceso y el uso de los servicios de salud reproductiva, materna e infantil disminuyeron en la mayoría de los países de la región. Estos factores han resultado en un exceso de muertes maternas en ALC durante 2020-2021. Con el objetivo de conocer los factores determinantes y contribuyentes de este exceso de muertes maternas, UNFPA LACRO y MOMENTUM en consorcio prepararon una nota conceptual para llevar adelante una investigación multi país. En acuerdo con los Ministerios de Salud de la región seleccionados, se convocaron a los grupos de investigación nacionales. A nivel regional el consorcio UNFPA y MOMENTUM seleccionó a CEDES de Argentina para la asistencia técnica del componente cualitativo. Se presentan aquí los resultados de dicho componente.

El estudio propone un diagnóstico rápido para determinar los modos en que las políticas sanitarias impulsadas para dar respuesta a la pandemia por COVID-19 afectaron la accesibilidad, utilización y calidad de los servicios de salud materna, sexual y reproductiva en 3 países de la región. Para ello se utilizaron métodos cualitativos y el análisis de cuatro fuentes: los documentos de política sanitaria emitidos por la máxima autoridad sanitaria de cada país, entrevistas a decisores y proveedores del sistema de salud, y entrevistas a familiares de mujeres fallecidas por causa materna durante el periodo analizado.

El propósito es informar el desarrollo de políticas/estrategias y/o lineamientos nacionales para mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud a las barreras de acceso y calidad de la atención de los eventos obstétricos que afectan a las gestantes, los fetos y/o los recién nacidos y de la salud reproductiva en el contexto de la pandemia por COVID-19, a través de la acción de incidencia y asistencia técnica a las instituciones correspondientes.

Con tal fin, el estudio describe:

- Los lineamientos de política sanitaria emitidos con relación al manejo de la pandemia (marzo 2020-julio de 2021) que pudieran haber afectado la salud materna, perinatal y reproductiva.
- Aquellos factores que contribuyeron a obstaculizar la disponibilidad, el acceso oportuno y la utilización de los servicios de salud materna, perinatal y de salud reproductiva, y que afectaron su calidad, desde la perspectiva de informantes clave.

2. Presentación del problema

Efectos de la pandemia por la COVID-19 en la morbimortalidad materna y perinatal, y en la salud sexual y reproductiva

- La pandemia por COVID-19 ha tenido efectos negativos sobre la salud de las gestantes y numerosas investigaciones coinciden en señalar el aumento de la mortalidad materna.
- Se ha identificado una variabilidad considerable de morbimortalidad materna entre los entornos de altos y bajos ingresos, fenómeno a considerar a la hora de reflexionar sobre los efectos de la pandemia en una región con las desigualdades de ALC.
- En 2020, la infección por COVID-19 en gestantes estuvo asociada a tasas más altas de cesáreas y mortalidad, incrementándose esta última con la presencia de comorbilidades como, por ejemplo, la obesidad.
- El exceso de muertes maternas anuales en ALC, según estimaciones en las variaciones de cobertura de atención por la pandemia, serían de 1.210 muertes más con un 5% de reducción de la cobertura, y de alrededor de 8.000 más, con un 25% de dicha reducción.
- Las muertes maternas no sólo aumentaron por la adquisición de la COVID-19, sino también como consecuencia de la disrupción en la oferta y la subutilización de los servicios de salud.
- La evidencia señala que los agentes clave de los sistemas de salud de la región percibieron una reducción en la cobertura y calidad de los servicios de SSR para adolescentes y mujeres durante la pandemia.
- Se vio afectada, además, la provisión de servicios de aborto, provisión de anticonceptivos y los testeos para enfermedades de transmisión sexual.

Efectos de algunos mediadores de contexto

- Los gobiernos se vieron frente al desafío de producir mecanismos de transferencia de ingresos a sectores muy heterogéneos, para lo cual se apoyaron en programas de política ya existentes, pero que fueron insuficientes para llegar a poblaciones vulnerables y sin lazos comunitarios fuertes, como las migrantes recientes.
- En ALC, en el 2019, casi un tercio de la población no tenía acceso adecuado a internet. Durante la pandemia la falta de conectividad constituyó un factor que afectó el acceso a servicios de salud y puso a las gestantes en situación especialmente vulnerable.
- Las desigualdades de género se incrementaron durante la pandemia. En el nivel doméstico se acentuó el ya alto grado de feminización de las tareas de reproducción cotidiana y de cuidado; mientras que, paralelamente, se registraron aumentos en los indicadores de violencia doméstica.

3. Metodología

Diseño del estudio

- Se trata de un diagnóstico rápido (*rapid assessment*) basado en técnicas cualitativas de relevamiento y análisis de información, realizado en tres países de ALC (Chile, Colombia y Ecuador).
- El estudio tuvo un desarrollo participativo y de co-producción de conocimiento que no solo involucró a investigadores, sino también a representantes institucionales de cada país (Ministerios de salud, Naciones Unidas, academia y ONGs).

Objetos y población de estudio

- Documentos de políticas, estrategias y/o lineamientos sanitarios emitidos con relación al manejo de la pandemia y de la atención de la salud materna, perinatal y reproductiva.
- Mujeres fallecidas entre marzo de 2020 y julio de 2021 por causas relacionadas al embarazo, el parto o el puerperio, vinculadas o no a COVID-19.
- Decisores de distintos niveles administrativos y proveedores de servicios que actuaron durante el período.

Técnicas de relevamiento de información

- Se utilizó una combinación de técnicas cualitativas.
- Para la revisión y el análisis documental, se empleó metodología de revisión documental. Esta incluyó búsquedas estructuradas y adaptadas para cada país, selección y análisis de contenido con foco en elementos de implementación de los lineamientos incluidos en las políticas y/o estrategias sanitarias.
- Para relevar las perspectivas y opiniones de decisores y proveedores de servicios, así como de los familiares y allegados de mujeres fallecidas por causas maternas con sus resultados perinatales asociados, se aplicaron entrevistas semiestructuradas. Todos estos procesos fueron realizados por los equipos locales de los tres países bajo la supervisión del equipo coordinador, quien, además, diseñó y validó, los instrumentos para las cuatro fuentes de información. Las entrevistas a decisores y proveedores fueron realizadas en línea, y las entrevistas a las familias y allegados de las mujeres fallecidas, se realizaron fundamentalmente, cara a cara.

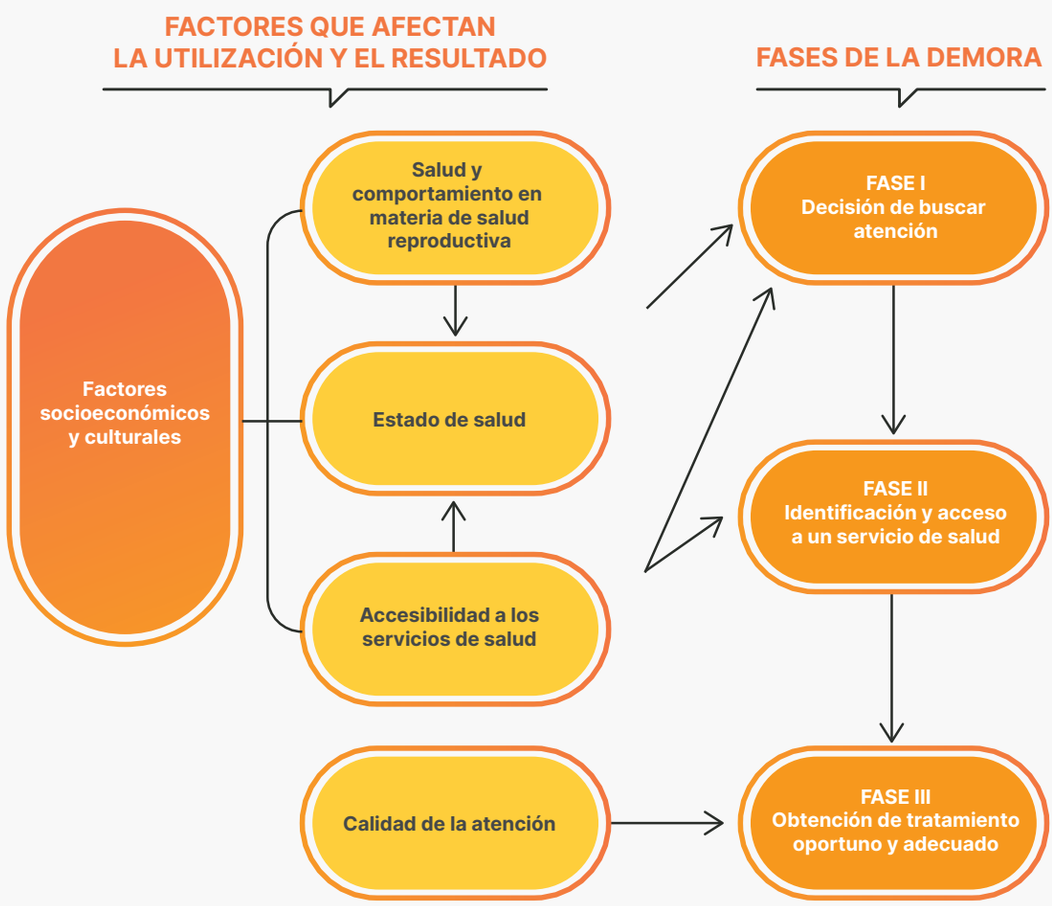
Técnica de muestreo y características de la muestra

- El muestreo fue por conveniencia. Para la revisión documental, se incluyó todo el universo. Para las más de 70 entrevistas semi-estructuradas administradas se empleó muestreo por "cuotas" que incluyó decisores, proveedores y familiares de mujeres fallecidas por causa materna durante la pandemia.

Marcos referenciales

Para analizar las experiencias de las mujeres, se utilizó el modelo de las tres demoras.[1]

GRÁFICO 1: **Modelo de determinantes y de las tres demoras de las muertes maternas**



1. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Social Science & Medicine. 1994;38(8):1091-110.

Con el fin de enriquecer las dimensiones contempladas en el modelo de las tres demoras, específicamente en lo que refiere a obstaculizadores/facilitadores del sistema de salud y del contexto (sociales y políticos), se utilizó y adaptó el componente de implementación para políticas propuesto por la Colaboración SURE (*Supporting the Use of Research Evidence Collaboration*). Entre los obstaculizadores/facilitadores del sistema de salud, el modelo de la Colaboración SURE identifica:

- Recursos financieros
- Recursos humanos
- Supervisión clínica/educación
- Comunicación interna
- Comunicación externa
- Sistemas de información
- Instalaciones sanitarias-servicios de salud
- Sistemas de adquisición y distribución de insumos

Entre los obstaculizadores/facilitadores sociales y políticos el modelo de la Colaboración SURE menciona:

- Legislación o regulaciones

4. Resultados

Las trayectorias de las mujeres fallecidas: las tres demoras

1 Primera demora: el reconocimiento del problema

La primera demora es aquella que afecta el reconocimiento del problema y la toma de decisión para buscar atención.

- Las entrevistas mostraron que se tomó la decisión de buscar atención una vez que las mujeres tuvieron síntomas graves por la COVID-19.
- En los casos de muerte materna no relacionados a COVID-19, las mujeres y sus familias reconocieron las hemorragias o los episodios de presión arterial elevada recurrentes como razones para acudir oportunamente a establecimientos de salud.
- Decisores y proveedores identificaron que el temor de las mujeres y sus familias a acudir a los establecimientos de salud por considerarlos focos de contagio del COVID-19 puede haber afectado la búsqueda de atención, particularmente aquella no considerada como una urgencia, como la atención prenatal, posnatal y planificación familiar. También identificaron que las visitas domiciliarias diseñadas en las políticas no dieron su fruto, ya fuera por falta de recursos o por rechazo de las familias a ser visitadas por miedo al contagio.
- El trabajo doméstico tradicionalmente asignado a las mujeres, aun si estaban embarazadas, se incrementó durante la pandemia debido a la presencia de los niños y del compañero de forma permanente en el hogar. Esta situación puede haber afectado la decisión de acudir a un establecimiento de salud y la posibilidad de dedicar tiempo y atención a los cuidados en el puerperio.
- En los casos donde existía una red extendida y articulada, el cierre absoluto temporal y posterior apertura parcial con priorización de los centros de mayor complejidad hicieron que los espacios donde se provee atención prenatal, posnatal, controles del recién nacido y servicios de salud reproductiva (por ejemplo, anticoncepción) estuvieran ausentes.
- Las restricciones en los servicios de atención primaria afectaron la calidad de la atención prenatal —con sus beneficios biológicos y psicosociales— y la provisión de información que permite detectar tempranamente la necesidad de una consulta.

2 Segunda demora: la búsqueda de atención

La segunda demora refiere a las posibilidades de traslado hasta el servicio de salud para obtener atención.

- Las dificultades acarreadas por las políticas generales de confinamiento de la población, como el toque de queda, las restricciones a la circulación y la paralización del transporte público constituyeron obstáculos importantes, sobre todo si no se disponía de movilidad propia.
- Los entrevistados reconocieron que las familias pobres se vieron en una situación económica tan precaria que no hubieran podido costear los gastos de transporte o de estadía en el sitio donde hubieran encontrado atención médica.
- Los decisores y proveedores de los tres países coinciden en que no se brindó información clara y oportuna a las personas ante el cierre de servicios ambulatorios y/o reorganización de la ruta a seguir dentro de la red de salud. Las familias reportaron la necesidad de realizar desplazamientos imprevistos, múltiples contactos con servicios y aumento de los gastos de bolsillo. La implementación de la telemedicina como primera estrategia de tamizaje no generó, en opinión de los entrevistados, los resultados esperados, dadas las restricciones de conectividad, la escasa experiencia y capacitación y la falta de disponibilidad de datos o de equipos móviles para acceder a una teleconsulta.

3 Tercera demora: la respuesta del servicio de salud

La tercera demora se refiere a la obtención de atención oportuna y de calidad.

- Familiares, decisores y proveedores coinciden en que se trató de la demora más significativa para las muertes maternas y otros desenlaces negativos, como el aumento de gestaciones no deseadas y el aumento de muertes fetales, entre otros.
- Los entrevistados mencionan una mayor presencia de fragmentación de la atención en detrimento de los cuidados integrales y en una sola visita (“empaquetamiento”), y la concentración de casi todas las atenciones en el servicio de urgencias, sin discriminar positivamente a las mujeres embarazadas. Algunas familias manifestaron que la mujer fallecida había consultado varias veces y que no había sido atendida,

a pesar de que ellas consideraban que lo requerían, porque los servicios estaban saturados.

- Muchas de las prácticas recomendadas para una atención materna de calidad, como el acompañamiento en el parto, el apego precoz y la lactancia inmediata en la primera hora, el alojamiento conjunto, las visitas de horario abierto y otras, fueron suprimidas o reducidas de manera importante, limitando así la calidad de la atención.
- La orientación general de las autoridades sanitarias de priorizar la atención al COVID-19 tuvo como resultado que muchas unidades en los diferentes niveles de atención decidieran cerrar los servicios de consulta externa, afectando la disponibilidad de controles prenatales, posnatales, consultas de planificación familiar y consultas obstétricas especializadas.

La falta de información sobre el impacto que la COVID-19 tenía en las mujeres gestantes pudo haber sido significativa para no adoptar un enfoque preventivo e integral. Los entrevistados la mencionan transversalmente en todas las demoras como un obstaculizador para la implementación de medidas focalizadas en las necesidades de las mujeres embarazadas y en las que requerían atención en salud sexual y reproductiva.

5. Lecciones aprendidas

Lecciones generales

- Los países analizados padecen fuertes **desigualdades** en las condiciones de vida de la población, así como en las respuestas estatales a esas condiciones.
- La **descentralización** administrativa de los servicios de salud y de la gestión de los recursos (principalmente cuando la prestación de servicios se regula por el mercado), sumada a la desconcentración de las decisiones a nivel local, afectó la adopción y el sostenimiento de las medidas de implementación de las políticas surgidas en la pandemia.
- La **dispersión o la atomización de la conducción sanitaria** en situaciones de emergencia se ve facilitada por débiles mecanismos de articulación de la gobernanza o mando unificado.
- El **foco de la política sanitaria** en evitar contagios y contener la propagación del virus, así como la concentración de la atención de los casos por COVID-19 en el nivel hospitalario, sumados a la dificultad de generar recomendaciones para sostener los circuitos de atención de forma rápida y de comunicarlas expedita y apropiadamente, se coadyuvaron para generar un entorno poco propicio para que el sistema de salud respondiera adecuadamente a las necesidades de atención de la salud materna y salud sexual y reproductiva de las adolescentes y mujeres.
- La débil **articulación de las políticas sectoriales** (salud, transporte, economía, comunicaciones, educación y cuidados) dificultó el abordaje integral de la situación de salud y de la demanda de atención de las mujeres.
- Si bien en muchos casos la salud materna, la salud sexual y reproductiva fueron tenidas en cuenta en los lineamientos nacionales de política sanitaria, la **falta de elementos de implementación** —humanos, financieros, tecnológicos, de comunicación interna, de gestión—comprometió el cumplimiento efectivo de tales lineamientos.

Lecciones específicas

El rol de la atención primaria de la salud

- La pandemia desarticuló la función de la asistencia primaria de la salud por decisiones de cierre de esos servicios y/o de su reconfiguración para la atención exclusiva de las urgencias, debilitando la

capacidad de respuesta del sistema. **La necesidad de prever planes para mantener los servicios básicos preventivos operativos durante emergencias sanitarias —especialmente aquellos esenciales, como la atención de la salud materna, sexual y reproductiva— es una lección aprendida.**

Cuidar a los que cuidan

- La pandemia impuso una inédita sobrecarga de trabajo a los equipos de salud, preponderantemente feminizados. El costo en salud y en vidas que la pandemia cobró en el personal de salud también tuvieron un impacto negativo. **Disponer de una política específica hacia este personal, que incluya contención emocional, capacitación en tareas compartidas y que superara la exclusiva provisión de equipos de protección personal es una lección aprendida.**

La salud mental

- Las condiciones de confinamiento, los temores al contagio, la hospitalización y la muerte en "solitario", sumados al clima general de incertidumbre generado por la sorpresa y la gravedad de la pandemia, fueron factores que afectaron la estabilidad emocional de la comunidad. Esto incidió negativamente en la agencia de las personas para cuidar su salud y afectó la disposición de los equipos de salud para dar una respuesta efectiva. **La necesidad de incorporar plenamente la dimensión de la salud mental en contextos de emergencia sanitaria es una lección aprendida.**

La comunicación como eje central

- La comunicación es central en situaciones de crisis. Las políticas sanitarias frente a la pandemia no lograron sostener una respuesta sistemática y estandarizada en esta materia. Eso atentó contra las posibilidades de que la población desarrollara la agencia necesaria para hacer frente a las restricciones del sistema de salud. **Asegurar mecanismos de comunicación permanentes, tanto con la población usuaria de los servicios como con el personal de salud, también es una lección aprendida.**

La virtualidad generadora de nuevas formas de atención

- La telemedicina resultó una estrategia clave para dar respuesta a la atención médica, pero fue incorporada sin atender suficientemente a las limitaciones del analfabetismo digital y de las condiciones estructurales de la conectividad que la comunidad y los servicios de salud tienen. **La necesidad de mejorar la conectividad, entrenar al personal, disponer de listas de chequeo para *triaje* de emergencia, disponer de pruebas diagnósticas en domicilio y otras herramientas de apoyo que faciliten la realización del examen físico, envío de transporte para tomar signos vitales y facilitar el acceso a los centros de atención de las mujeres gestantes es una lección aprendida.**

Los condicionantes de género y la humanización de la atención

- La aplicación de medidas generales de contención de la pandemia, asociadas al confinamiento, la restricción de la circulación y la necesidad de controlar los entornos sanitarios produjo una vulneración de los derechos reproductivos de las mujeres: suspensión del acompañamiento para el trabajo de parto y el parto; separación de los recién nacidos de su madre; altas precoces; sobremedicalización del proceso reproductivo (aumento de las cesáreas). **La necesidad de prever cómo las políticas o lineamientos afectan los condicionantes de género para evitar o mitigar el impacto negativo sobre los derechos reproductivos de las mujeres es una lección aprendida.**

Uso de la evidencia para la toma de decisiones

- Considerando la incertidumbre en relación con la disponibilidad y apropiación del conocimiento informado por la evidencia científica respecto al COVID-19, se ejerció una débil rectoría de los ministerios de Salud en este campo y en el cuidado de la desinformación por parte de los medios de comunicación. **La necesidad de fortalecer y compartir los aprendizajes obtenidos de esta pandemia para futuros abordajes de crisis sanitarias en salud reproductiva y evitar las respuestas tardías y protocolos ambiguos, así como mejorar el sistema de diseminación de las evidencias científicas para una “lectura apropiada” es una lección aprendida.**

UNFPA

CEDES

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

MOMENTUM
A Global Partnership for Health and Resilience