COMPLEMENTO AL APORTE DEL GOBIERNO DE CHILE AL CUESTIONARIO RELATIVO A LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES Y DE LAS NIÑAS EN SITUACIONES DE CRISIS DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

Por el presente documento, el Gobierno de Chile busca complementar la respuesta entregada al Grupo de Trabajo el pasado 14 de septiembre de 2020. La información presentada a continuación, constituye el aporte del Ministerio de Salud de Chile. Esperamos que su contenido sea de utilidad y complemente la información remitida anteriormente. Aprovechamos esta oportunidad para expresar las seguridades de nuestra más alta y distinguida consideración.

**Desafíos y buenas prácticas**

1. **Sírvase destacar cualquier desafío enfrentado en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y las buenas prácticas aplicadas para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas en situaciones de crisis, incluidas, por ejemplo, las medidas relativas al acceso en tiempo oportuno a los siguientes tipos de servicios y de atención:**

Para el Ministerio de Salud de Chile es un compromiso primordial el cautelar la continuidad de prestaciones de salud de forma permanente en el tiempo, lo que resulta un desafío en contextos de emergencia, como lo es el actual escenario epidemiológico de pandemia por SARS-CoV-2 y la enfermedad causada por coronavirus.

La situación ha exacerbado las configuraciones estructurales de nuestra sociedad, complejizando además acciones de la vida cotidiana ante la necesidad de mantener estrategias de distanciamiento físico. Asimismo, se tienden a profundizar las inequidades, brechas y barreras de Género, especialmente, si no las visibilizamos y si no existe el apoyo estatal y comunitario adecuado.

1. ***Acceso a información objetiva y científicamente precisa sobre asuntos y servicios de salud sexual y reproductiva;***

El Ministerio de Salud dispone de sistemas de información de atenciones y servicios entregados en materias de salud sexual y reproductiva con una alta confiabilidad, pero que tienen latencias asociadas a períodos de validación de datos.

Muchas de estas bases de información se encuentran en fuentes de datos abiertos, disponibles en <https://reportesrem.minsal.cl/> y <https://deis.minsal.cl/> (a esta última página, puede solicitarse un acceso a intranet, con mayores credenciales/permisos, llenando un formulario web disponible en: <http://adae.deis.cl/> ). Ambas son frecuentemente utilizadas por personal académico desde las Universidades del territorio nacional, y permiten análisis basados en evidencia, que dan cuenta del estado de salud de la población en diversas materias, entre ellas la salud sexual y reproductiva.

1. ***Acceso a profesionales médicos y proveedores de servicios de salud, incluidas las parteras tradicionales, que cuenten con provisión adecuada para su capacitación y seguridad, incluido equipos de protección personal;***

## Los Controles Ginecológicos corresponden a la atención de salud ginecológica integral proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital a partir de los 10 años, con el objeto de fomentar y proteger la salud integral de las mujeres.

El año 2019 se realizaron 835.374 controles ginecológicos entre enero y diciembre; mientras que si observamos el período enero-mayo de 2019, totalizan 367.496. Al comparar ese período, con la información preliminar del año 2020, 195.483 controles ginecológicos, se evidencia que se ha registrado un 53% del total de controles ginecológicos en relación al año de referencia.

1. ***Acceso a medicamentos esenciales según lo prescrito por la OMS, y equipos y tecnologías esenciales para la prestación de calidad de servicios de salud sexual y reproductiva***;

En el contexto de la pandemia, se ha procurado resguardar el stock de medicamentos y suplementos básicos, considerando el marco técnico referencial que sustenta el uso de medicamentos para la atención de las mujeres en todo el ciclo de la salud sexual y reproductiva.

El siguiente cuadro detalla los tipos de fármacos para cada etapa del ciclo vital de las mujeres, en respuesta a sus necesidades de salud sexual y salud reproductiva.

|  |  |
| --- | --- |
| Menstruación  | Para el manejo clínico de dismenorrea o síndrome premenstrual se utiliza los fármacos disponibles en los centros de salud o se indica su compra, según el criterio profesional.  |
| Métodos Anticonceptivos | * Anticonceptivo oral 21 grageas Etinilestradiol 0.03 mg. Levonorgestrel 0.15 mg y 7 grageas placebo.
* Noretisterona Enantato/Estradiol Valerianato 50/5 mg.
* Medroxiprogesterona Acetato/EstradiolCipionato 25/5 mg
* Anticonceptivo Progestágeno puro 35 grageas
* Etonorgestrel 68 mg. Implante subcutáneo.
* Levonorgestrel 75 mg. 2 x Implante subcutáneo.
* Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.
* Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml inyectable intramuscular.
* Medroxiprogesterona acetato 104 mg/0.65 ml inyectable subcutáneo.
* Preservativo resistente. largo diámetro 4.4-con lubricante acuoso o siliconado
* T de cobre. modelo 380 A.Levonorgestrel cm., 0.75 mg ó Levonorgestrel cm 1.5 mg (anticoncepción de emergencia).
 |
| Embarazo | Test rápido de embarazo, tipos lápiz, cassette o mid stream.Suplementos nutricionales (Fierro. Calcio)Leche Purita Fortificada: producto lácteo reforzado con minerales esenciales (hierro, zinc, vitamina C, cobre) para mujeres embarazadas. |
| Climaterio | * Lubricante gel en base acuosa.
* Estradiol micronizado 1mg comprimidos
* Estradiol gel 0.5mg. dosis
* Progesterona micronizada 100mg cápsulas
* Progesterona micronizada 200mg cápsulas
* Nomegestrol 5mg comprimido
* Tibolona 2.5mg comprimido
 |

*Fuente: elaboración Oficina de Género, con base a diapositiva e información de la División de Atención Primaria (DIVAP), realizada en el mes de Julio de 2020.*

1. ***Prevención de la transmisión del VIH, profilaxis posterior a la exposición, y tratamiento del VIH / SIDA, así como prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual;***

La atención en los Establecimientos con prestaciones relacionadas a Garantías Explicitas de Salud (GES) para VIH se ha mantenido en el nivel secundario, siendo priorizadas:

* Mujeres embarazadas, con el objetivo de prevenir la transmisión vertical.
* Atención de pacientes diagnosticados sin terapia antirretroviral, ya sea nuevos o en abandono.
* Control de personas usuarias que iniciaron recientemente su Tratamiento Antirretroviral (TAR)
* Consulta espontánea por morbilidad general y respiratoria.

Adicionalmente, en cuanto a la Terapia Antirretroviral se ha promovido lo siguiente:

* Dispensación por periodos mayores a un mes: cuando las condiciones de dispensación, conservación o suministro del medicamento lo permitan.
* Autorización de retiro de fármacos en establecimientos públicos distintos a los de origen: para personas viviendo con VIH que debido a las cuarentenas o cordones sanitarios residen transitoriamente en otra dirección.
* Retiro de medicamentos desde las farmacias por un tercero.
* Dispensación de fármacos a domicilio o a puntos de acercamiento, de acuerdo a la disponibilidad de la prestación en el Establecimiento.

Desde el Programa de VIH e ITS se trabajó en recomendaciones específicas, pero finalmente no se oficializaron. Sin embargo, se realizó transferencia técnica a la red de referentes del país a través de videoconferencias, donde se dieron las indicaciones para el funcionamiento en contexto de Alerta Sanitaria.

A través del siguiente link, se puede encontrar más información de interés: MINSAL. 2020. Información Covid-19 para personas viviendo con VIH. <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2020/04/INFORMACION-COVID-19-PARA-PERSONAS-QUE-VIVEN-CON-VIH_final.pdf>

El Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública, solicitó durante el mes enero de 2020 la información sobre la población en control con y sin tratamiento antirretroviral, desagregado por sexo y edad, además de otros datos, para elaborar el informe anual para ONUSIDA. Los datos del año 2019 son los siguientes:

**Tabla: Población VIH en control con y sin tratamiento antirretroviral. Datos a diciembre 2019.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Edad (años) | Hombre | Mujer | TOTAL |
| 0 a 4 | 20 | 17 | 37 |
| 5 a 9 | 24 | 21 | 45 |
| 10 a 14 | 30 | 31 | 61 |
| 15 a 19 | 226 | 50 | 276 |
| 20 a 24 | 2.065 | 313 | 2.378 |
| 25 a 49 | 23.314 | 4.558 | 27.872 |
| 50 y más | 7.952 | 2.043 | 9.995 |
| TOTAL | 33.631 | 7.033 | 40.664 |

*Fuente: Elaboración propia del Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. DIPRECE. Datos a diciembre de 2019.*

A contar de este año se incorporó como Compromiso de gestión (COMGES) el reporte de población en control con y sin tratamiento, como dato global, sin desagregación por sexo, género ni edad, lo que se identifica como una oportunidad de mejora para el próximo período.

Este reporte se realiza con corte al 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre. De acuerdo a la información disponible al primer corte (marzo 2020), la población en Tratamiento Antirretroviral (TAR) al 31 de marzo es de **40.683 personas.**

Cabe mencionar que todas las personas viviendo con VIH inician su tratamiento independiente de su estado inmunológico, es decir, una vez confirmado el diagnóstico y tras la evaluación médica con exámenes basales se indica el tratamiento. Una vez iniciado el tratamiento, este no debe suspenderse, ya que es de por vida.

Las personas pueden retirar su tratamiento independiente de sus controles médicos, es decir, una persona estable, en buenas condiciones clínicas, requiere control cada 6 meses o anual, por lo tanto, puede acudir al establecimiento solo a retirar su fármaco.

Antes de la pandemia por COVID-19 la entrega de los medicamentos se realizaba de manera mensual. Actualmente dada la contingencia se instruyó a la red de salud realizar la entrega para más de 1 mes (hasta 3) de acuerdo a la disponibilidad de stock, distribución y capacidad de sus bodegas a nivel local.

La programación para la compra de fármacos se realiza anualmente y es analizada por Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) y el Programa Nacional de VIH perteneciente a la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE). Mensualmente, cada establecimiento programa en una plataforma a cargo de la CENABAST las cantidades de fármaco que necesita para cubrir la demanda de las personas usuarias de su establecimiento. *Toda esta información se trabaja como dato total sin desagregación por sexo, género ni edad, a la fecha.*

1. ***Servicios de asistencia sanitaria materna, incluidas la atención pre y postnatal, la asistencia durante el parto y la atención obstétrica de emergencia;***

Con relación a la situación de mujeres embarazadas, se identificaron las prestaciones críticas de Salud Sexual y Reproductiva en Atención Primaria de Salud, a saber:

* Atención Pre y post natal: se consideran ingresos y controles Prenatales a las 20 – 25 – 30 – 34 – 37 – 40 semanas, en mujeres gestantes sin riesgo obstétrico;
* Las mujeres gestantes con riesgo obstétrico deben mantener todos los controles habituales.

**Protocolos relativos a controles de mujeres embarazadas en pre y post parto**

En el contexto de la pandemia, se trabajó y oficializó el documento***Orientaciones para el manejo de casos SARS-CoV-2(COVID) en gestantes, puérperas y díadas***, enviándose por el mensaje N°2388 del 25.06.2020 a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y los Servicios de Salud. Este trabajo se inició en el mes de marzo y fue realizado con las diferentes divisiones del Ministerio y contó con la colaboración de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) y Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE), en su fase inicial de elaboración.

En las orientaciones mencionadas, con el fin de dar énfasis a los riesgos vinculados a la infección por COVID-19 en el embarazo y parto, se detallan los criterios de priorización para la atención de gestantes con COVID-19 y se efectúan las recomendaciones del manejo clínico según criterios de gravedad.

En esta línea, desde el mes de marzo se entregaron lineamientos técnicos y recomendaciones vía videoconferencias a las y los referentes de los Servicios de Salud pertenecientes a los Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Asimismo, se han entregado recomendaciones para favorecer la relación de las mujeres gestantes y el personal sanitario para favorecer un exitoso proceso de apego y lactancia.

Las principales lecciones a considerar en la atención de mujeres gestantes son las siguientes:

* Toda mujer gestante con diagnóstico de COVID-19 positivo hospitalizada debe ser sometida a estrecha evaluación clínica, tanto del estado maternal como de la unidad feto-placentaria
* Es fundamental el registro y seguimiento clínico de las mujeres usuarias
* En mujeres gestantes con infección grave y crítica por COVID-19 existe daño vascular
* Toda mujer gestante es potencialmente portadora del SARS-CoV-2
* Se recomienda toma de examen de PCR a las gestantes priorizadas por alto riesgo de gravedad y criticidad.

### **Ingresos de mujeres Gestantes al Programa de Control prenatal**

Con respecto al ingresos de mujeres gestantes al ***Programa de Control prenatal***, el Ministerio de Salud no dispone de registros nacionales respecto al número de mujeres embarazadas, sin embargo, como mejor aproximación se cuenta con el registro de los “ingresos a controles prenatales” del sector público (mujeres inscritas en la Atención Primaria de Salud).

Al comparar los datos de ambos años, se puede observar que el año 2019, entre enero y mayo se registraron 72.156 ingresos a control prenatal; mientras que el año 2020, al mismo mes, se acumula 63.287 ingresos, 12% menor en relación al mismo período del año anterior, situación que deberá analizarse considerando las múltiples variables implicadas.

El Ministerio de Salud no tiene registro de embarazos no deseados, pero sí de embarazos no planificados. Aunque los embarazos no planificados no necesariamente equivalen a embarazos no deseados, igualmente pueden generar una amplia gama de riesgos para la diada, como malnutrición, enfermedad, maltrato, abandono, e incluso la muerte[[1]](#footnote-1). Como mejor aproximación se dispone de la condición registrada al ingreso al control prenatal, cuyo detalle se presenta a continuación.

**Tabla: Gestantes ingresadas hasta en 2020, según condiciones al ingreso a control Prenatal**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Condición de ingreso | 2019 | % | 2020 | % |
| Gestantes ingresadas (a mayo) | 162.583 | - | 63.287 | - |
| Primigestas ingresadas (a abril) | 57.774 | 36% | 17.929 | 35% |
| Gestantes ingresadas antes de las 14 semanas (a abril) | 141.754 | 87% | 43.561 | 86% |
| Gestantes con embarazo no planificado (a abril) | 83.489 | 51% | 25.567 | 50% |

*Fuente: REM-AA05 Sección A 2019-2020.*

Si bien no es posible analizar comparativamente los datos disponibles del año 2019 y 2020, en relación al total de controles de cada período, es posible observar que se mantiene estable el porcentaje de ingresos antes de las 14 semanas en un promedio del 86%.

Por su parte, los embarazos no planificados se mantienen en ambos períodos en torno al 50% del total, número elevado y que requerirá el análisis conjunto de entes técnicos y de la sociedad en su conjunto.

Los controles a mujeres gestantes corresponden a la atención periódica y preventiva, con enfoque biopsicosocial que se otorga en los centros públicos de salud. El año 2019 se registró un total de 1.023.018 controles prenatales, de los cuales 452.553 (11.046 por médico y 441.507 por matrón/a) fueron realizados entre los meses de enero y mayo de 2019. Mientras que en 2020, entre enero y mayo se han registrado 353.609 controles (6.489 por médico y 347.120 por matrón/a), lo que implica una descenso en torno al 20% de los controles. Este dato, deberá analizarse con mayor detalle, toda vez que el registro disponible sólo da cuenta de atenciones presenciales, debiendo avanzar el sistema en registrar las atenciones a distancia y/o a domicilio.

##

## Partos

La información disponible a continuación hace referencia a los partos atendidos en los establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional de los Servicios de Salud.

Para este efecto, entendemos como parto normal al proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su embarazo a término por vía vaginal. Su inicio es espontáneo, y generalmente se desarrolla y termina sin complicaciones y bajo riesgo, culminando con el nacimiento, y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

Por otra parte, el parto por Cesárea es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina, cuando el parto por vía vaginal no es posible por alguna complicación. Puede efectuarse de forma programada (electiva) o de urgencia.

En relación a los datos cuantitativos de partos, estos solo pueden ser inferidos a partir del registro de egresos hospitalarios.

Es importante señalar que los datos relativos al año 2020 son de carácter preliminar, por lo tanto, se podrían ver sujetos a modificación.[[2]](#footnote-2).

1. ***La gama completa de información y servicios anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia, así como información y servicios de planificación familiar relacionados con la cantidad, el momento y el espaciamiento de los embarazos y los tratamientos de infertilidad;***

Con respecto al acceso a métodos anticonceptivos en el contexto de pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), la red asistencial mantiene acciones de ingreso y control priorizado, según método, basadas en recomendaciones entregadas por la Atención Primaria de Salud para la atención segura y oportuna en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

El 19.03.2020 se difunde a los Servicios de Salud dos documentos que contienen recomendaciones para la reorganización de la oferta de servicios en el contexto de Pandemia por el virus SARS-CoV-2. Los documentos son los siguientes:

* + “Recomendaciones generales para los equipos de APS en el contexto de la Pandemia”
	+ “Plan de acción en Atención Primaria Fase 4 de pandemia COVID-19 (transformación estratégica)”

Asimismo, se realizan gestiones específicas para asegurar el abastecimiento de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres. Entre estas gestiones es posible mencionar la coordinación con la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) para el adelanto de tres meses de programación de Métodos Anticonceptivos e insumos del programa, según la disponibilidad de los proveedores. Por su parte, los Servicios de Salud gestionan la compra directa de productos con stock críticos no confirmados por CENABAST y, de esta manera, se asegura la disponibilidad de todos los anticonceptivos y condones masculinos necesarios para su población. Con ello, también se ha coordinado la distribución de los métodos anticonceptivos en los consultorios y en los domicilios.

## Consulta de Anticoncepción de Emergencia

Es la atención que las mujeres pueden recibir entre los tres a cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva. Incluye prescripción y acceso oportuno a la Anticoncepción de Emergencia (AE), con el objetivo de disminuir la ocurrencia de embarazos no planeados y sus consecuencias, incluido el aborto, especialmente entre aquellas mujeres con demanda no satisfecha de anticonceptivos. También permite a las mujeres ejercer su derecho a prevenir un embarazo producto de una violación[[3]](#footnote-3).

Por esta razón la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda garantizar el acceso oportuno y de calidad a información y servicios de regulación de la fertilidad, incluida la anticoncepción de emergencia, sobre todo en contextos de emergencias y desastres[[4]](#footnote-4).

La Ley 20.418 promulgada en enero del año 2010 *Fija Normas Sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad[[5]](#footnote-5)*. Este cuerpo legal cumple con los compromisos internacionales suscritos por el Estado que lo comprometen a entregar servicios de regulación de la ***fertilidad a toda la población***, incluida la anticoncepción de emergencia, considerando que la evidencia científica actual descarta el efecto abortivo de las píldoras. Del mismo modo, el año 2011, a través de la Ley 20.533[[6]](#footnote-6) se modifica el Código Sanitario con el fin de permitir a profesionales matrones y matronas la prescripción de píldoras anticonceptivas de emergencia. Finalmente, en enero del año 2018 se publican las *Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad*, mencionadas anteriormente, documento que viene a complementar la Ley 20.418 con el objetivo de regular el acceso y la calidad de los servicios de anticoncepción.

De momento, no es factible realizar un análisis comparativo entre 2019 y 2020, ya que no se cuenta con datos mensuales, sin embargo, es posible apreciar que la mayor parte de las consultas conlleva la entrega de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia a la persona.

1. ***Servicios de aborto seguro, incluidos los métodos quirúrgicos y no quirúrgicos de interrupción del embarazo y atención humana posterior al aborto, independientemente del estatus legal del aborto;***

En relación al cumplimiento de la Ley de Interrupción de embarazos por tres causales, la División de Gestión de Redes Asistenciales ha sostenido, desde el año 2017, un trabajo de coordinación permanente con los equipos técnicos locales, el que se ha reforzado en el contexto de pandemia actual. Las tres causales que se contemplan en la Ley 21.030 son las siguientes:

* Causal 1: La mujer se encuentra en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evita un peligro para su vida.Esta causal puede constituirse a lo largo de toda la gestación, por lo que no contempla límites de edad gestacional para la interrupción del embarazo, si la mujer así lo desea.
* Causal 2: El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal. Dado a que en esta causal la confirmación diagnóstica puede darse a lo largo de todo el embarazo, tampoco contempla límites de edad gestacional para la interrupción del embarazo, si la mujer así lo desea.
* Causal 3: El embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

🡪 Enlace de interés: [https://www.MINSAL.cl/ley-n21-030-a-2-anos-de-su-entrada-en-vigencia-ive/](https://www.minsal.cl/ley-n21-030-a-2-anos-de-su-entrada-en-vigencia-ive/)

### **Acceso a Ley 21.030 en contexto COVID-19**

En cuanto al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en contexto de la pandemia, todas las indicaciones se mantienen, toda vez que su cumplimiento se da en un marco legal. Sin embargo, a modo de reforzar las atenciones, se menciona expresamente que en caso de que la usuaria presente riesgo vital (causal 1) asociado a COVID-19 antes de las 22 semanas de gestación y este riesgo se vea beneficiado por la interrupción del embarazo, **se debe considerar la constitución de la causal 1**, siempre y cuando la interrupción disminuya los requerimientos hemodinámicos y respiratorios de la mujer gestante, traduciéndose en una mejora del pronóstico. Esta indicación se explicita en *Orientaciones Técnicas de manejo de gestantes, puérperas y diadas en contexto de COVID-19*, oficializadas durante junio 2020.

En cuanto a los datos estadísticos asociados a la aplicación de esta Ley en lo que va de enero a junio del presente año, se encuentran publicadas las cifras en el banner respectivo del Ministerio de Salud <https://www.minsal.cl/reporte-trimestral-ley-ive-actualizado-enero-a-junio-de-2020/>

En la tabla siguiente se muestra la distribución de casos por causal y en la tabla de la página siguiente, se muestra la distribución de casos por causal y decisión de las mujeres con respecto a continuar o interrumpir su embarazo y con respecto a aceptar o rechazar el acompañamiento.

**Tabla: Distribución de casos en los que se ha constituido una causal en el marco de la Ley 21.030. Información preliminar de casos reportados que concurrieron entre el 1 de enero y el 30 de junio 2020.**

|  |  |
| --- | --- |
| Causal | Total casos / enero- marzo 2020 |
| **Nº** | **Porcentaje** |
| Causal 1 | 73 | 26,45% |
| Causal 2 | 143 | 51,81% |
| Causal 3 | 60 | 21,74% |
| TOTAL | 276 | 100% |

*Fuente: Sistema de Información IVE. DEIS MINSAL. Fecha de extracción 13.07.2020.*

**Tabla: Distribución de casos en los que se ha constituido una causal, en el marco de la Ley 21.030, según la decisión respecto del embarazo, por decisión respecto del Acompañamiento Psicosocial.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Causal que concurre | Decisión sobre el embarazo | Decisión sobre el acompañamiento | Total |
| No acepta | Acepta | Sin Información |
| Causal 1 | Total | 15 | 54 | 4 | 73 |
| Continuar | 3 | 9 | 3 | 15 |
| Interrumpir | 12 | 45 | 1 | 58 |
| Causal 2 | Total | 21 | 117 | 5 | 143 |
| Continuar | 3 | 24 | 1 | 28 |
| Interrumpir | 18 | 93 | 4 | 115 |
| Causal 3 | Total | 5 | 53 | 2 | 60 |
| Continuar | 0 | 5 | 0 | 5 |
| Interrumpir | 5 | 48 | 2 | 55 |
| Todas las causales | Total | 41 | 224 | 11 | 276 |
| Continuar | 6 | 38 | 4 | 48 |
| Interrumpir | 35 | 186 | 7 | 228 |

*Fuente: Sistema de Información IVE. DEIS MINSAL. Fecha de extracción 13.07.2020. Información preliminar.*

1. ***Tratamiento de las morbilidades relacionadas con el embarazo, como fístula obstétrica y prolapso uterino, entre otros;***

Aplica comentario letra e.

1. ***Exámenes y tratamiento para cánceres relacionados con órganos reproductivos;***

Cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis (OMS, 2020)[[7]](#footnote-7) .

Muchos tipos de cánceres pueden prevenirse evitando la exposición a factores de riesgo determinados. Además, un número significativo de cánceres se pueden curar a través de la cirugía, radioterapia o quimioterapia, sobre todo si son detectados precozmente.

En relación a las “guías clínicas, protocolos o instructivos” para los cánceres de mama y de cuello uterino, el Ministerio de Salud cuenta con los siguientes documentos:

* Guías Clínicas AUGE: Cáncer de Mama. Noviembre 2015
* Guías Clínicas AUGE: Cáncer Cérvico Uterino. Noviembre 2015
* Resumen Ejecutivo. GPC Cáncer Cérvico Uterino. Agosto 2020

En tanto, en relación a “instructivos o recomendaciones” durante la emergencia sanitaria por COVID-19, se adjuntan los siguientes documentos:

* Decreto N°11 publicado el 8 de abril 2020 que suspende garantía de oportunidad de las garantías explícitas en salud en los problemas de salud que indica.
* Oficio Circular IF N° 23 de la Superintendencia de Salud del 9 de abril que informa de suspensión de garantía de oportunidad con excepciones que indica.
* Decreto 17 publicado el 2 de mayo 2020 que deroga decreto N° 11 de 2020, del Ministerio de Salud, que suspendía garantía de oportunidad de las garantías explícitas en salud en los problemas de salud que indica.
* Recomendaciones generales para la organización de establecimientos de Atención Primaria de Salud en el contexto de pandemia SARS-COV-2. Documento elaborado por la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Aborda recomendaciones generales, desde diferentes ámbitos, muchas de ellas recogidas desde la experiencia de los equipos de Atención Primaria de Salud al verse enfrentados a emergencias, por lo cual varias de ellas ya se han implementado en el contexto de la Pandemia.

En el contexto de la recuperación de prestaciones retrasadas por la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud ha elaborado un plan de otorgamiento de prestaciones de cáncer con motivo de la pandemia del COVID 19, que fue presentado en la Comisión de Salud del Senado el 30 de julio de 2020[[8]](#footnote-8).

El miércoles 26 de agosto de 2020, tras casi ocho años de tramitación, se promulga la Ley Nacional del Cáncer, que crea un Fondo Nacional del Cáncer, la Comisión Nacional del Cáncer y también, protege el trabajo de quien padezca la enfermedad del cáncer.

1. ***Productos para la higiene menstrual, el manejo del dolor menstrual y la regulación menstrual;***

Se comenta el aspecto de manejo de dismenorrea en sección c.

1. ***Cualquier información pertinente que pueda afectar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.***

## Desafíos emergentes en Salud Sexual y Reproductiva

En cuanto a los nudos críticos en Salud Sexual y Reproductiva que han emergido en la actual crisis socio-sanitaria, es posible identificar dificultades en la continuidad en la entrega de anticoncepción y en la entrega de la terapia hormonal de la menopausia. Estas dificultades se han pesquisado, principalmente, en el ámbito de la logística asociada a su entrega.

En el caso de la terapia hormonal de la menopausia, la evidencia científica reciente, muestra que existirían interacciones entre esos medicamentos y la enfermedad COVID-19, por lo cual próximamente se entregarán lineamientos al respecto.

El Ministerio de Salud elaboró un documento orientador; que establece lineamientos para la continuidad de atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la Red de Salud, considerando el restablecimiento gradual de prestaciones presenciales en el contexto de las etapas de evolución de la pandemia por COVID-19 en el país, con el fin de resguardar la provisión de servicios y prevenir el aumento de contagios por SARS-CoV-2. Este documento, oficializado mediante mensaje N° 4425, del 15.10.2020 refuerza la indicación ministerial que todas las prestaciones vinculadas a la Ley 21.030 son prioritarias independiente la etapa de confinamiento/ desconfinamiento de la comuna en cuestión.

1. OMS, 2019. Artículo: OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar en línea, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study#:~:text=El%209%2C9%25%20de%20las,reversibles%20de%20larga%20duraci%C3%B3n%2C%20como> [↑](#footnote-ref-1)
2. En la Norma técnica 201 Decreto Exento 81 del 14 de junio del 2018, se establece que los egresos hospitalarios se deben informar dentro de los primeros 10 días hábiles del mes subsiguiente de ocurrido el egreso. [↑](#footnote-ref-2)
3. OMS, 2014. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. [↑](#footnote-ref-3)
4. OMS, 2015. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Primera Edición. Disponible en:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\_planning/MEC-5/en/ [↑](#footnote-ref-4)
5. Ley 20.418, de 2010 Fija Normas Sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad, disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482> [↑](#footnote-ref-5)
6. Ley 20.533, de 2011, modifica el Código Sanitario con el objeto de facultar a las Matronas para recetar anticonceptivos, disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1029547> [↑](#footnote-ref-6)
7. OMS, 2020. Temas de Salud: Cáncer. Disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/es/> [↑](#footnote-ref-7)
8. Comisión de Salud del Senado del 30 de julio de 2020. Se puede acceder en el siguiente enlace:

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2020-07-29/234024.html> [↑](#footnote-ref-8)