

Derechos sexuales y reproductivos en tiempo de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña



Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la
atención sanitaria durante el embarazo
Informe n.º 4, febrero 2023

Sandra Ezquerra, Montse Fernández, Sara Costa,
Christel Keller, Michelle Borges, Marta Benet

Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas
Grupo de investigación Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas – SoPCI
Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya



Proyecto de investigación **Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña**

Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la atención sanitaria durante el embarazo (Informe n.º 4 de la serie)

2023

ISBN 978-84-126438-6-2

Vic (Barcelona)

Sandra Ezquerra, Montse Fernández, Andrea Sánchez, Christel Keller, Michelle Borges, Marta Benet,
© Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya, 2023

Obra sujeta a licencia de reconocimiento Creative Commons 4.0

CC BY 4.0, Autoras, 2023

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas (<https://mon.uvic.cat/catedra-unesco/>)

Grupo de investigación Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas – SoPCI

(<https://mon.uvic.cat/sopci/>)

Universidad de Vic – Universidad Central de Cataluña

Equipo de investigación: Sandra Ezquerra (IP), Marta Benet, Montse Fernández, Christel Keller, Michelle Borges, Sara Costa



SoPCI
Societats, Polítiques
i Comunitats Inclusives



Càtedra **UNESCO**
**Dones, Desenvolupament
i Cultures**
UVIC-UCC

Proyecto financiado con créditos recibidos del Ministerio de Igualdad (Secretaría de Estado para la Igualdad y contra la Violencia de Género)





Índice

1. Introducción	4
2. Metodología.....	7
2.1. Elaboración de la investigación.....	7
2.2. Características de las madres en el momento del embarazo	9
3. Principales resultados.....	11
3.1. Alteración de pruebas, visitas y cursos o grupos durante el embarazo	11
3.1.1 Cancelación de pruebas durante el embarazo	11
3.1.2 Cancelación de visitas presenciales de seguimiento del embarazo	14
3.1.3 Sustitución de visitas presenciales por visitas telemáticas durante el embarazo	18
3.1.4 Asistencia al curso o grupo de preparación para el parto	21
3.1.5 Alternativas ante las cancelaciones de pruebas cursos o grupos.....	24
4. En síntesis.....	27
5. Referencias.....	29



1. Introducción

El mes de marzo del año 2020 la pandemia global provocada por la COVID-19 generó una crisis sanitaria y de cuidados a nivel internacional. En Cataluña, como en otros muchos lugares del Estado español, de Europa y del mundo, los servicios sanitarios se vieron desbordados y entraron en riesgo de colapso, no solo para dar respuesta a los estragos causados por la nueva enfermedad sino para atender otras situaciones, como por ejemplo la atención a las mujeres embarazadas antes, durante y después del parto.

En este contexto, las medidas adoptadas en los servicios de salud para hacer frente al escenario de emergencia resultaron en alteraciones importantes de los procesos de atención a la maternidad tal como se venían realizando hasta el momento e, incluso, algunas voces denunciaron que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en situación de embarazo, parto o posparto se estaban viendo subordinados a las exigencias de la gestión de la pandemia y, en algunas ocasiones, vulnerados.

Partiendo del interés por entender la magnitud en que se vio afectada la atención sanitaria a las mujeres en un momento tan fundamental de sus vidas, desde el [Grupo de Investigación Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas](#) (SopCI) y la [Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas](#) de la Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña impulsamos el proyecto de investigación [Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña](#). El proyecto recibió inicialmente la financiación del Ministerio de Igualdad (Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género/Pacto de Estado contra la Violencia de Género). Posteriormente también contó con financiación de la Secretaría de Universidades e Investigación del Departamento de Empresa y Conocimiento de la Generalitat de Cataluña (2017SGR0657). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación de la Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña.

Más allá de las publicaciones y otros resultados científicos que se derivan del proyecto, desde el equipo de investigación consideramos que los datos que se han generado son de gran relevancia para, en primer lugar, visibilizar situaciones, no siempre positivas, que miles de mujeres en Cataluña tuvieron que vivir en un momento de sus vidas con una enorme necesidad de cuidado y acompañamiento. Por otro lado, también nos parece importante publicar los principales resultados de la investigación en este formato divulgativo de informe breve para hacerlos accesibles a diferentes públicos:

- a las mujeres que han estado embarazadas o se convirtieron en madres en tiempos de pandemia;
- a los grupos, entidades, asociaciones y otros espacios feministas que se dedican a impulsar los derechos de las mujeres a convertirse en madres en condiciones de cuidado, respeto, libre elección en las diferentes fases de los procesos y con una atención centrada en sus necesidades y deseos;
- a las personas responsables de gestionar servicios e impulsar políticas de atención al embarazo, el parto y el posparto;
- a los medios de comunicación;
- al conjunto de la ciudadanía.

Como decíamos, la pandemia de la COVID-19 tuvo un impacto devastador en el sistema sanitario catalán. Este impacto se tradujo no solo en unas dificultades enormes para dar respuesta a los estragos



causados por la enfermedad, sino también para mantener la atención a otras situaciones y necesidades de atención sanitaria. En un contexto marcado por la tragedia, donde miles de personas perdían sus vidas o se encontraban gravemente enfermas, los “efectos colaterales” de la pandemia y los impactos indirectos de la situación en otros colectivos con necesidad de atención por los sistemas de salud se vieron silenciados y relegados a los márgenes de la agenda mediática, política y social. Las mujeres embarazadas o que lo habían estado recientemente son un ejemplo de ello: se cancelaron visitas, pruebas y grupos de apoyo y acompañamiento al embarazo, el parto y el posparto; se prohibió a menudo la entrada de acompañantes a las pruebas y al mismo parto; se prohibieron visitas de familiares a los hospitales; se obligó a las mujeres a parir con mascarilla; se las cambió de hospital en el último momento y, en general, no se las informó ni de los cambios ni de los impactos de estos. Profundizar en estas situaciones a partir de los relatos de las propias mujeres es fundamental no solo para visibilizarlas sino también para entender los impactos que han tenido en las mujeres, sus criaturas y su entorno inmediato. Y, sobre todo, esperamos que una radiografía como la que nos proponemos ofrecer aquí contribuya a generar aprendizajes que ayuden a hacer las cosas un poco (¡o bastante!) mejor, particularmente en relación con ubicar el respeto y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el centro de las políticas públicas y los servicios sanitarios.

Este es **el cuarto de una [serie de informes resultantes del proyecto de investigación Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña](#)**. [El primero se centró en la atención recibida durante el parto por parte de las mujeres positivas de la COVID-19](#). [El segundo abordó los impactos de la pandemia en la posibilidad de las mujeres de contar con la presencia de una persona acompañante de su elección durante el parto durante la pandemia](#). [El tercer informe analizó la posibilidad de las mujeres de contar con la presencia de un o una acompañante escogida por ellas durante el seguimiento del embarazo también en contexto de pandemia](#). En este cuarto informe se estudia el impacto la pandemia de la COVID-19 en la atención sanitaria recibida durante el seguimiento del embarazo, así como la cancelación de pruebas, visitas y cursos o grupos de apoyo y la conversión del sistema de atención a formato telemático.

Los cambios realizados en pruebas y visitas presenciales de seguimiento al embarazo que, o bien fueron convertidas a formato telemático o bien fueron directamente canceladas, fueron explicados como una forma de prevenir la propagación de la COVID-19. Sin embargo, dichos cambios pueden haber comprometido el acceso universal a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres embarazadas (World Health Organization, 2016, 2022).

Hemos elegido esta temática para continuar esta colección de informes sobre los impactos de la pandemia en la atención sanitaria a la maternidad con la voluntad de contribuir a la reflexión sobre las tensiones que durante los peores momentos de la crisis se generaron entre una atención humanizada y centrada en la persona en el seguimiento y la atención sanitaria del embarazo y las medidas de seguridad que se decidieron adoptar en un contexto de riesgo de contagio. Nuestro interés en esta temática parte de la premisa de que las decisiones tomadas bajo el pretexto de preservar la salud de la población pueden haber tenido efectos negativos en las vidas de las mujeres y, particularmente, en la intensidad y la calidad de la atención recibida. Cabe preguntarse, en este sentido, si los beneficios de dichas decisiones compensan por el precio que las mujeres se vieron obligadas a pagar. Los resultados de nuestra investigación presentados en este informe apuntan a que la respuesta es que no.



Si deseáis estar al corriente de la publicación de datos y resultados del proyecto de investigación y recibir futuros informes podéis llenar el formulario que encontraréis en el siguiente enlace y os los haremos llegar:

<https://mon.uvic.cat/catedra-unesco/activitats-2/maternitat-i-pandemia-covid19-a-catalunya/>



2. Metodología

2.1. Elaboración de la investigación

Esta investigación tiene un carácter eminentemente exploratorio y una aproximación cuantitativa, basada en la recogida de datos a partir de una encuesta realizada a mujeres que estuvieron embarazadas del 1 de enero del 2018 hasta el final de septiembre del 2021, contando de este modo con un grupo diana (mujeres con una experiencia posterior al 13 de marzo del 2020) y un grupo control (mujeres con una experiencia anterior a esta fecha).

Las dimensiones y las líneas de análisis trabajados a fin de medir el impacto de la gestión de la pandemia de la COVID-19 en los servicios sanitarios de atención y acompañamiento a la maternidad se han estructurado considerando tres ejes: 1) el impacto en los servicios, 2) el impacto en las experiencias de las mujeres, 3) las estrategias y la agencia de las mujeres ante los cambios. Además, las especificidades de cada etapa y la magnitud de elementos trabajados han hecho necesario segmentar los ejes según las fases de embarazo, parto y posparto. De manera esquemática (y sin considerar los indicadores de forma detallada) la operacionalización ha considerado:

Embarazo:

Impactos en los servicios

- Proximidad y continuidad asistencial
- Servicios de acompañamiento e información que permiten el empoderamiento de las mujeres y su participación activa en el proceso embarazo-parto-posparto
- Atención humanizada y centrada en la persona
- Medidas de seguridad en los servicios ante el riesgo de contagio de la COVID-19

Impactos en las experiencias de las mujeres

- Bienestar general
- Salud mental y emocional

Estrategias y agencia de las mujeres ante los cambios de funcionamiento de los servicios y el riesgo de contagio de la COVID-19

- Búsqueda de alternativas
- Búsqueda de seguridad ante el riesgo de contagio de la COVID-19
- No uso de servicios por otros motivos

Temas transversales

Parto:

Impactos en los servicios

- Proximidad y continuidad asistencial



- Servicios de acompañamiento e información que permiten el empoderamiento de las mujeres y su participación activa en el proceso embarazo-parto-posparto
- Atención humanizada y centrada en la persona
- Nivel de desmedicalización
- Medidas de seguridad en los servicios ante el riesgo de contagio de la COVID-19

Impactos en las experiencias de las mujeres

- Bienestar general
- Salud mental y emocional

Estrategias y agencia de las mujeres ante los cambios de funcionamiento de los servicios

- Búsqueda de alternativas
- Búsqueda de seguridad ante el riesgo de contagio de la COVID-19
- Búsqueda de seguridad respecto a otros riesgos
- No uso de servicios por otros motivos

Temas transversales

Posparto:

Impactos en los servicios

- Proximidad y continuidad asistencial
- Servicios de acompañamiento e información que permiten el empoderamiento de las mujeres y su participación activa en el proceso embarazo-parto-posparto
- Atención humanizada y centrada en la persona
- Nivel de desmedicalización
- Medidas de seguridad en los servicios ante el riesgo de contagio de la COVID-19

Impactos en las experiencias de las mujeres

- Bienestar general
- Salud mental y emocional
- Lactancia

Estrategias y agencia de las mujeres ante los cambios de funcionamiento de los servicios

- Búsqueda de alternativas
- Búsqueda de seguridad ante el riesgo de contagio de la COVID-19
- No uso de servicios por otros motivos

Temas transversales

La fase de diseño de la encuesta tuvo lugar entre los meses de abril y julio del 2021, contando con una fase previa de revisión de artículos científicos y de prensa sobre la temática, así como con la realización de tres entrevistas exploratorias a mujeres con experiencia propia de embarazo y/o parto durante la pandemia. La encuesta, además, fue revisada por una matrona en activo previamente a su difusión. La encuesta consta de 156 preguntas divididas en las siguientes 10 secciones:



O: Preguntas filtro, para determinar la elegibilidad para participar en el estudio, así como el itinerario a seguir una vez se ha iniciado la encuesta.

A: Datos generales sociodemográficos y sobre el parto, embarazo y posparto.

B: Datos sobre el seguimiento del embarazo.

C: Datos sobre posibles malas noticias y/o complicaciones durante el seguimiento del embarazo.

D: Datos sobre el curso de preparación para el parto y otros recursos de preparación para el seguimiento del embarazo.

E: Datos sobre la valoración global del seguimiento del embarazo.

F: Datos sobre el parto.

G: Datos del parto de mujeres positivas de la COVID-19 o consideradas falsos negativos.

H: Datos sobre el posparto hospitalario.

I: Datos sobre el posparto a casa.

En función del momento en que la mujer había estado embarazada existían diferentes itinerarios: mujeres que habían vivido todo el proceso de embarazo, parto y posparto en contexto de pandemia de la COVID-19; mujeres que habían vivido el parto y el posparto en contexto de pandemia de la COVID-19; mujeres que habían vivido el posparto en contexto de pandemia de la COVID-19; mujeres que todavía estaban embarazadas en el momento de realizar la encuesta o que habían tenido una interrupción del embarazo o un aborto en el contexto de pandemia de la COVID-19; y mujeres que vivieron todo el proceso de embarazo, parto y posparto previamente a la pandemia de la COVID-19.

La fase de recogida de datos se realizó durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2021. El cuestionario se difundió en línea en catalán, castellano e inglés. Fue distribuido por redes sociales, llevando a cabo acciones específicas de difusión en medios de comunicación locales y/o vinculados con la temática. En total se obtuvieron 2.600 respuestas, de las cuales 2.070 se consideraron válidas (1.862 grupo diana y 208 grupo control). El tamaño de la muestra ofrece un margen de error del $\pm 2,3\%$ para un 95,5% de confianza y escenario de máxima indeterminación.

El análisis comparado de las características sociodemográficas de la muestra con la Estadística de Nacimientos publicada por el Instituto Catalán de Estadística (según variable, datos 2017 o 2020) apunta a un sesgo en el nivel de estudios de las participantes en la encuesta, puesto que presentan un nivel de instrucción más elevado que el conjunto de mujeres embarazadas en Cataluña en los últimos años. Por ello, se ha procedido a la ponderación de los datos con el fin de reajustar los resultados a una muestra representativa.

2.2. Características de las madres en el momento del embarazo

El perfil más habitual de las mujeres que han participado en el estudio y que han contestado las preguntas sobre el acompañamiento al embarazo durante la pandemia es el de una mujer de entre 30 y 37 años que es madre por segunda vez, considerada con un nivel bajo de riesgo durante el embarazo y con un parto a término (no prematuro).

- **Edad.** El 56,6% de las madres se sitúa entre los 30 y 37 años, y en conjunto cerca del 68,0% de los casos se concentran entre los 30 y 40 años.



- **Paridad.** El 40,1% de la muestra responde a madres primíparas mientras que el 59,9% ya tenían una hija/hijo. No se ha obtenido ningún resultado de madres con más de una hija/hijo previo.
- **Riesgo en el embarazo.** El 62,9% de los embarazos fueron considerados de riesgo bajo, el 21,7% de riesgo medio y el 15,4% de riesgo alto.
- **Prematuridad.** El 15,5% de los partos fueron prematuros, salvo un caso todos ellos moderados o tardíos, y el 84,5% restantes fueron partos a término.
- **Olas de pandemia.** De los embarazos analizados, el 93,7% de los nacimientos se produjeron después del primer estado de alarma y cerca del 6,3% se produjo durante este primer periodo de la pandemia.



3. Principales resultados

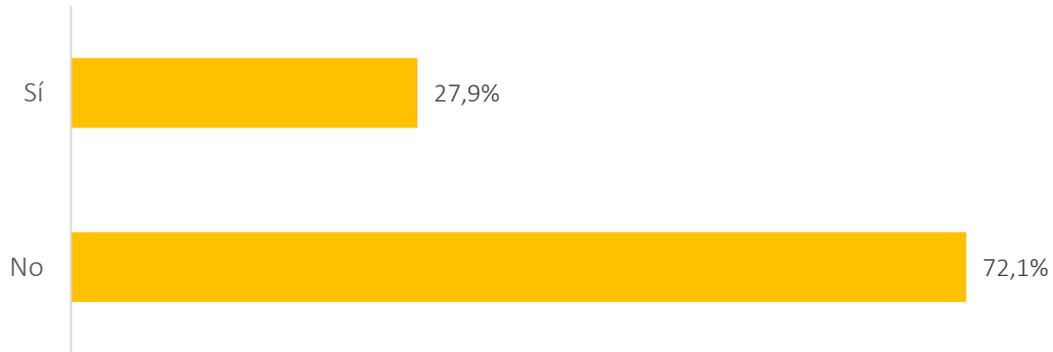
3.1. Alteración de pruebas, visitas y cursos o grupos durante el embarazo

3.1.1 Cancelación de pruebas durante el embarazo

- Dentro de los procedimientos de atención prenatal o seguimiento del embarazo se han considerado las pruebas clínicas, las visitas de seguimiento y los cursos o grupos de preparación para el parto. Cada uno de estos servicios se ha visto afectado con diferentes grados de intensidad durante la pandemia.
- En relación con las pruebas clínicas, alrededor de 3 de cada 10 mujeres vio cancelada al menos una de ellas. Por otro lado, el 72,1% de las mujeres pudieron realizar sus pruebas a pesar de la pandemia (Ver Gráfico 1).
- En contraste, solo una minoría de las mujeres, un 6,3%, decidió no asistir a alguna visita o prueba clínica durante el embarazo por temor al contagio de COVID-19. Por el contrario, en torno a 9 de cada 10 mujeres optaron por asistir a sus citas durante la pandemia (Ver Gráfico 2), hecho que apunta a la importancia que las mujeres depositan en dichas pruebas y visitas y al hecho que el temor a las consecuencias de no realizar las pruebas era superior al temor al contagio.
- Las pruebas con mayor incidencia de cancelación registrada fueron, en este orden, el test O'sullivan (10,5%), la curva de la glucosa (4,8%), las ecografías de seguimiento distintas a la estándar de los tres trimestres del embarazo (2,9%), los cultivos de orina (2,8%), la biopsia de Corion, la amniocentesis (2,5%) y analítica del primer trimestre (1,7%) (Ver Gráfico 3).
- Los resultados apuntan a que la experiencia de cancelación de pruebas no fue positiva para la mayoría de las mujeres. Sentimientos de inseguridad (32,7%), indignación (31,7%), frustración (29,6%), resignación (26,6%), impotencia (24,8%) y desamparo (23,8%) definen la experiencia de las mujeres. Por otra parte, adjetivos neutros y/o positivos como aceptación (21,0%), tranquilidad (8,0%) y seguridad frente al contagio del COVID-19 (8,0%) también aparecen como parte de las experiencias, si bien de manera menos frecuente (Ver Gráfico 4).
- La mayoría de las mujeres (58,1%) no buscó alternativas a la cancelación de las pruebas de seguimiento de su embarazo. Entre las que sí lo hicieron, el 29,2% buscó atención en un centro de salud privado, mientras que el 6,8% acudió a las urgencias públicas para acceder a los servicios. En resumen, la experiencia media de las mujeres demuestra ausencia de alternativas tomadas frente a las cancelaciones, al mismo tiempo que el sistema privado de salud fue el principal escogido ante las mismas.



Gráfico 1. Cancelación de pruebas de seguimiento del embarazo a causa de la pandemia de la COVID-19. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

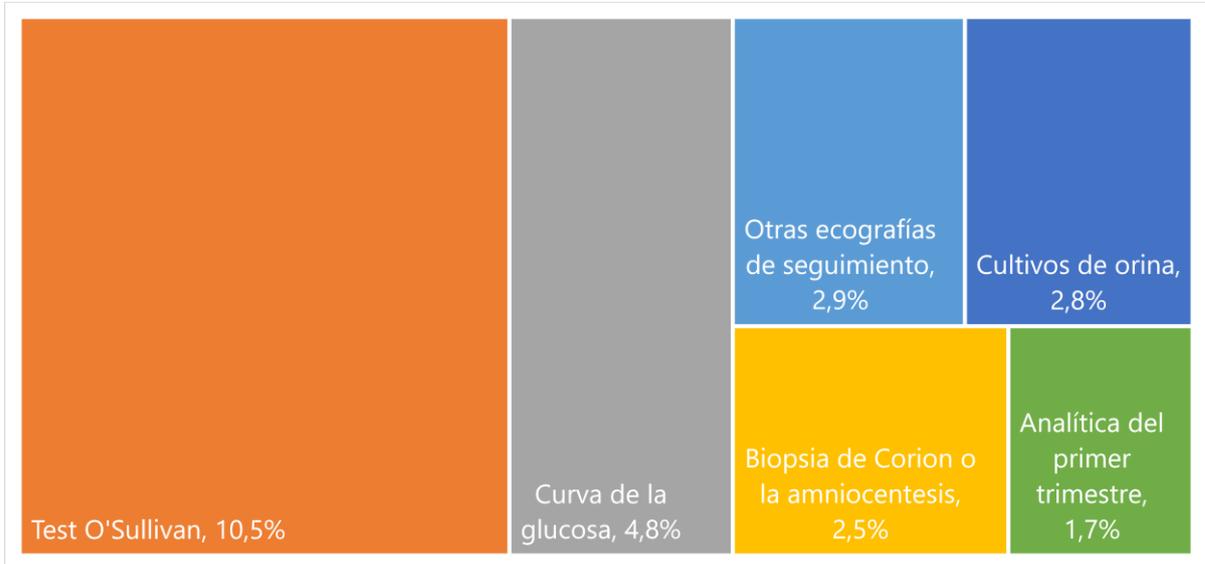
Gráfico 2. ¿Decidiste no asistir a alguna visita o alguna prueba de seguimiento del embarazo por miedo al contagio de la COVID19? En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

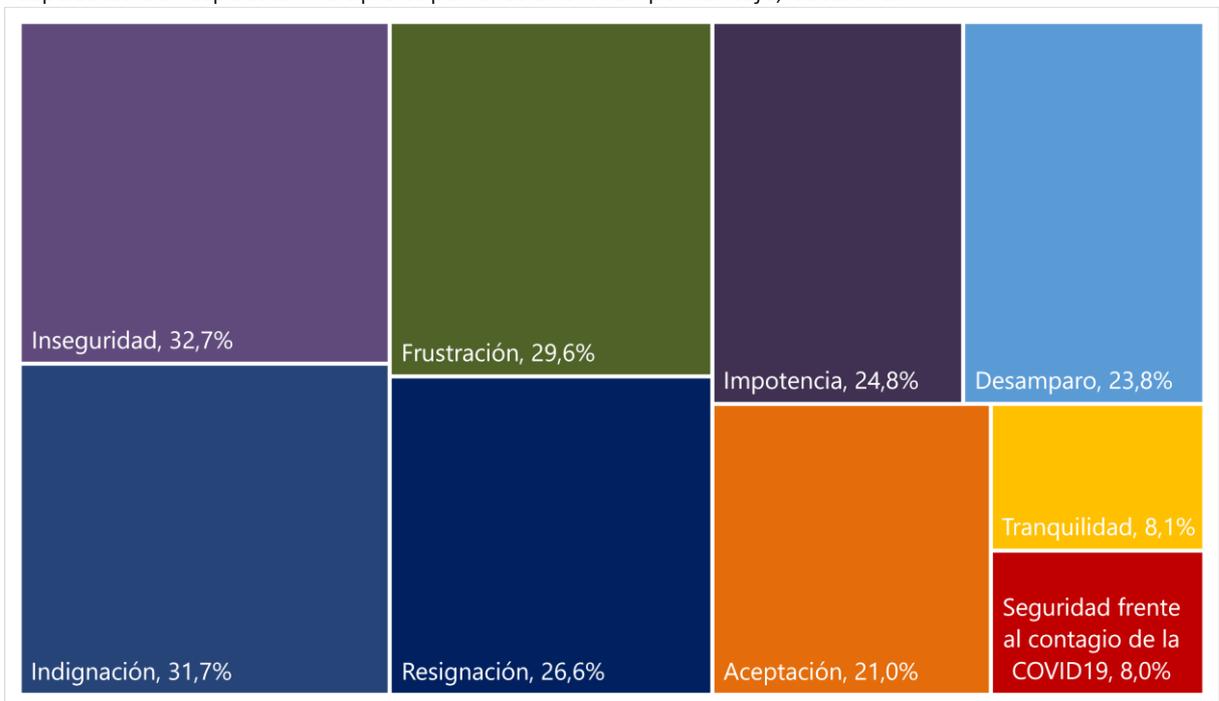


Gráfico 3. Pruebas canceladas a causa de la pandemia de la COVID19. Se incluyen respuestas de respuesta múltiple superiores al 1%. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

Gráfico 4. ¿Cómo viviste que te cancelaran pruebas de seguimiento del embarazo? Se incluyen respuestas de respuesta múltiple superiores al 8%. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.



3.1.2 Cancelación de visitas presenciales de seguimiento del embarazo

- A casi la mitad de las mujeres (46,7%) se les canceló al menos una visita presencial de seguimiento del embarazo a causa de la pandemia (Ver Gráfico 5). Algunas características demográficas y de contexto arrojan luz al escenario vivido. Por ejemplo, entre mujeres no primíparas, la cancelación de visitas presenciales fue mayor (58,3%) que entre aquellas cuyo embarazo era el primero (38,4%) (Ver Gráfico 6). Probablemente se aplicaron criterios de prioridad de acuerdo con la experiencia y conocimientos previos sobre el embarazo, así como de continuidad de la historia clínica. Así, a 6 de cada 10 mujeres embarazadas por primera vez no se les cancelaron las visitas presenciales, frente a unas 4 de cada 10 mujeres que había dado a luz anteriormente.
- El nivel de riesgo durante el embarazo parece comportar también diferencias en la oportunidad de asistir a las visitas de seguimiento. Así, las mujeres clasificadas con un nivel de riesgo alto y, por tanto, más propensas a complicaciones durante el embarazo, tuvieron menos visitas canceladas (44,8% del total) que aquellas embarazadas con un riesgo medio (60,8% de cancelaciones). Por otra parte, las cancelaciones entre aquellas mujeres con riesgo bajo y alto no difieren de manera tan significativa (Ver Gráfico 7). Este hecho se puede relacionar con la primiparidad. Es decir, según la muestra, la mayoría de las mujeres que dieron a luz por primera vez fueron ubicadas en el riesgo bajo durante el embarazo. Dicho esto, precisamente el hecho de que fueran primíparas provocó que el nivel de cancelaciones se situara cerca del nivel de cancelaciones de las mujeres con un embarazo de riesgo alto.
- En relación con otros factores como es el sistema de salud, público o privado, la cancelación de visitas presenciales en el sistema público superó al privado. Así, mientras que el 60,1% de las mujeres atendidas en hospitales y centros de salud públicos vieron cancelada al menos una visita presencial durante el embarazo, este porcentaje fue significativamente menor en los centros privados, donde la cancelación fue del 21,9% (Ver Gráfico 8). Estos resultados probablemente son reflejo del liderazgo del sistema público de salud en la atención a las personas enfermas por la COVID-19 y de cómo ello fue en detrimento de algunos colectivos con necesidad de atención y cuidados (Legido-Quigley et al., 2020; Peña-Ramos et al., 2021; Spain, 2021).
- Asimismo, las experiencias de cancelación de visitas presenciales de seguimiento del embarazo muestran disparidades entre las regiones sanitarias de Cataluña, situadas en una amplísima horquilla que oscila entre el 32,3% y el 91,2% de cancelaciones. La región con mayor porcentaje de cancelaciones fue el Alt Pirineu i Aran (91,2%), mientras que Catalunya Central tiene el más bajo (32,3%). Lleida se situó en el 68,4% de cancelaciones, Camp de Tarragona 62,9%, Terres de l'Ebre se sitúa en un escenario intermedio con un 55,6%. Por debajo de este punto medio se sitúan Girona (46,1%) y Barcelona (39,4%) (Ver Gráfico 9).

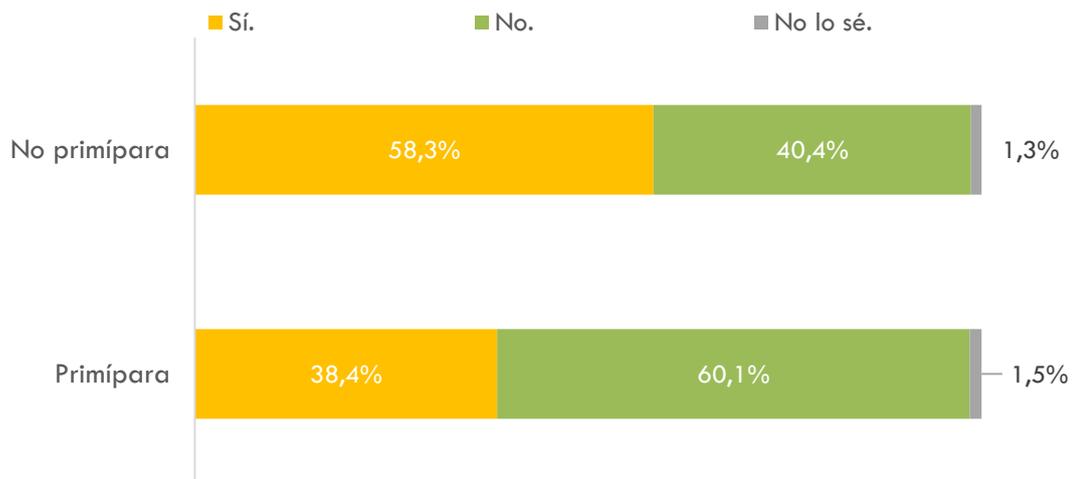


Gráfico 5. Cancelación de visitas presenciales de seguimiento del embarazo a causa de la pandemia de la COVID-19. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

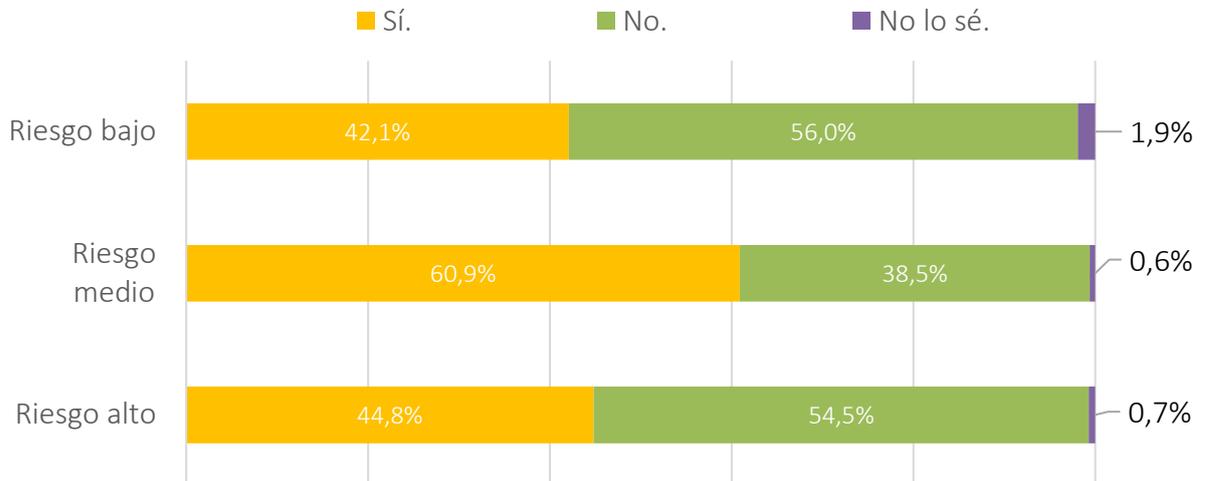
Gráfico 6. Cancelación de visitas presenciales de seguimiento del embarazo a causa de la pandemia de la COVID-19 según paridad. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

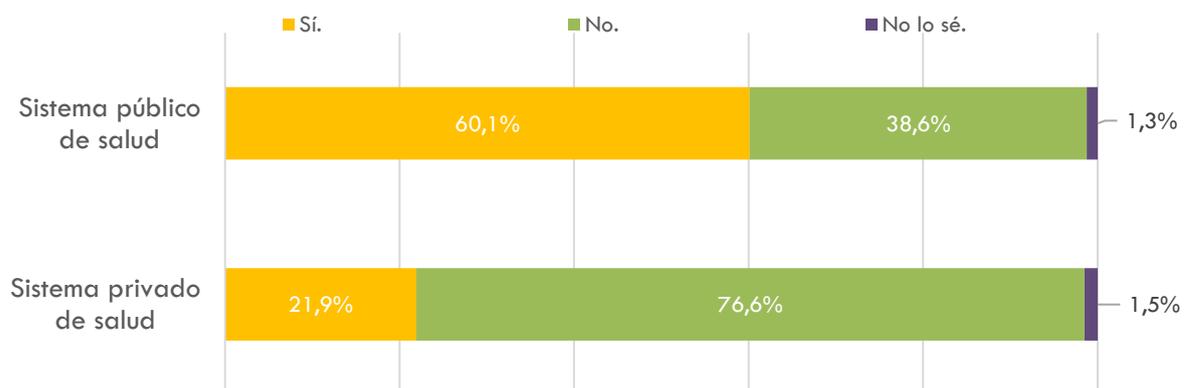


Gráfico 7. Cancelación de visitas presenciales de seguimiento del embarazo a causa de la pandemia de la COVID-19 según riesgo del embarazo. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

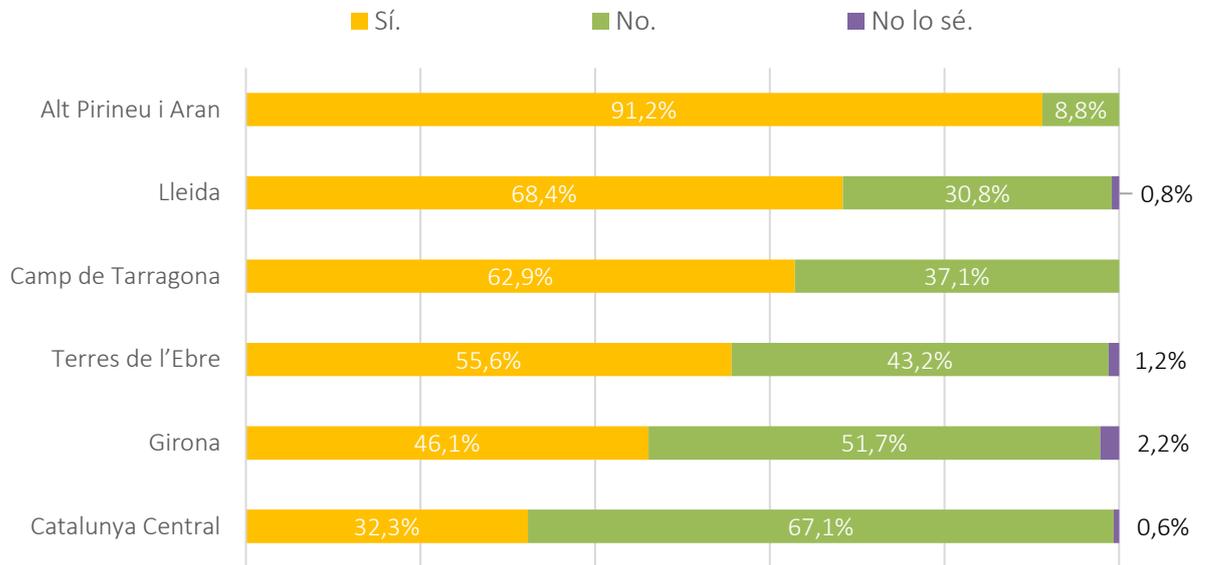
Gráfico 8. Cancelación de visitas presenciales de seguimiento del embarazo a causa de la pandemia de la COVID-19 según el sistema de salud (público o privado). En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.



Gráfico 9. Cancelación de visitas presenciales a causa de la pandemia de la COVID-19 según la Región Sanitaria. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

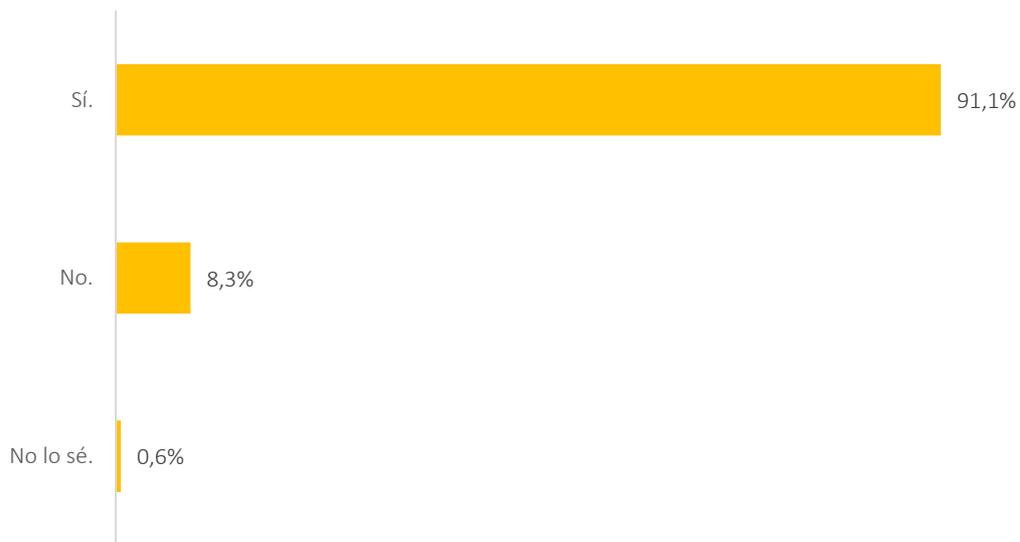


3.1.3 Sustitución de visitas presenciales por visitas telemáticas durante el embarazo

- Una de las medidas adoptadas para aliviar la presión sobre los sistemas de salud y reducir el riesgo de contagio fue trasladar las visitas presenciales a visitas telemáticas. Este cambio se adoptó como precaución ante el riesgo de contagio de la COVID-19. A pesar de mantener el contacto con las mujeres embarazadas, la protección de sus derechos reproductivos pudo quedar comprometida con este tipo de visitas, cuyas dinámicas difieren de la presencialidad e imposibilitan la realización de ciertos procedimientos (en especial los relativos a la exploración física).
- La gran mayoría de mujeres (91,2%) vivieron durante su embarazo la sustitución de las visitas presenciales por telemáticas (Ver Gráfico 10). En general, reportaron sentir inseguridad (44,9%), resignación (31,6%), impotencia (28,9%) y confusión (17,8%) ante este cambio. Solo el 30,1% de las mujeres reportaron sentir aceptación por el cambio de modalidad de visita. Y los porcentajes de otras emociones no negativas como alivio (0,6%) o indiferencia (1,3%) fueron minoritarios (inferiores al 2%) (Ver Gráfico 11).
- Por otro lado, la valoración de las visitas telefónicas y/o telemáticas muestra niveles de satisfacción inferiores a las visitas presenciales. En conjunto, el 40,0% de las mujeres que realizaron visitas telefónicas y/o telemáticas están muy o bastante satisfechas con el servicio recibido. En el caso de las visitas presenciales esta cifra se sitúa en el 68,5% y, por tanto, casi 30 puntos por encima. Esta diferencia también se da al otro extremo del nivel de satisfacción, ya que el porcentaje de mujeres que se declaran nada satisfechas con las visitas telefónicas y/o telemáticas (22,1%) es más del doble de las que responden lo mismo en el caso de las visitas presenciales (Ver Gráfico 12).



Gráfico 10. Substitución de visitas presenciales de seguimiento del embarazo por visitas telemáticas durante el embarazo a causa de la pandemia de la COVID-19. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

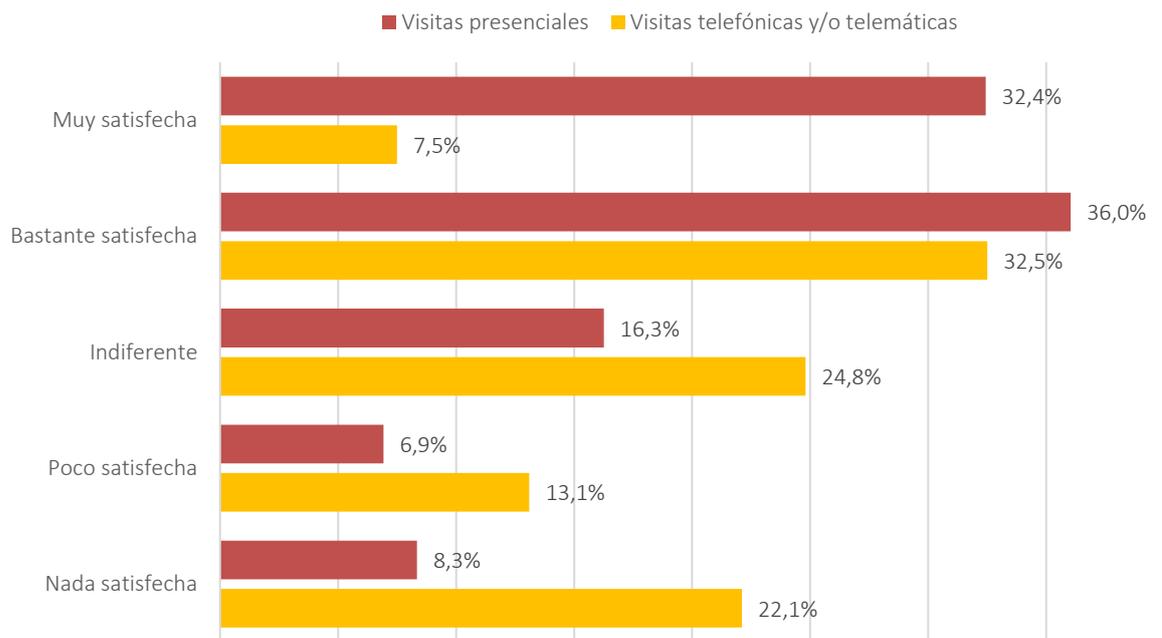
Gráfico 11. ¿Cómo viviste que te cancelaran visitas presenciales de seguimiento del embarazo? Se incluyen respuestas de respuesta múltiple superiores al 17%. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.



Gráfico 12. ¿Cómo valoras las visitas presenciales de seguimiento del embarazo? ¿Cómo valoras las visitas telefónicas y/o telemáticas de seguimiento del embarazo? En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña

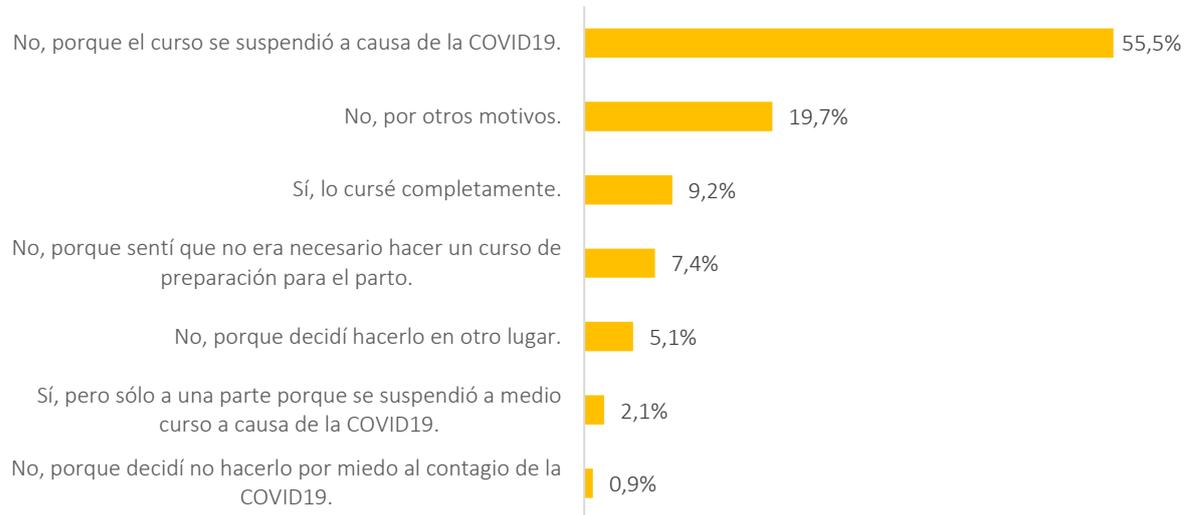


3.1.4 Asistencia al curso o grupo de preparación para el parto

- Además de la cancelación de pruebas clínicas y visitas presenciales, y la sustitución de visitas presenciales por telemáticas a causa de la pandemia, las mujeres embarazadas también vivieron la suspensión de los cursos o grupos de preparación al parto. Sólo el 9,2% de las mujeres completó el curso presencial de principio a fin, mientras que el 2,1% lo inició, pero no lo terminó porque había sido suspendido como resultado de la pandemia. La mayoría de las mujeres (55,5%) afirmaron no haber participado de un curso o grupo presencial en su centro de salud debido a que fue suspendido por la pandemia de la COVID-19. También hubo quienes no participaron del curso por otras razones (19,7%), porque no lo sintieron necesario (7,4%) o porque decidieron realizarlo en otro lugar (5,1%). Las mujeres que optaron por no realizar el curso de forma presencial por temor al contagio con el COVID-19 fue minoritario, no sumando ni el 1% del total. (Ver Gráfico 13).
- Los sentimientos generados por el hecho de no poder participar en un curso o grupo de preparación para el parto presencial dividen a las mujeres. Aun así, los sentimientos más señalados son resignación (28%) y frustración (26,2%). Otros sentimientos negativos destacados son inseguridad (22,5%), impotencia (21,7%), desamparo (20,6%) e indignación (18,4%). También se reportan sentimientos como seguridad frente al contagio de COVID-19 (21,9%) y aceptación (18,7%), si bien de manera menos frecuente (Ver Gráfico 14).
- Si se compara el nivel de satisfacción de las mujeres embarazadas participantes en el curso o grupo presencial, antes y durante la pandemia, se observa que antes de ésta las valoraciones eran, en general, más positivas. Recordemos que el estudio cuenta con un grupo diana (mujeres con una experiencia posterior al 13 de marzo del 2020) y un grupo control (mujeres con una experiencia anterior a esta fecha). La mayor discrepancia observada se da en los casos de insatisfacción, donde la mayoría de las mujeres durante la pandemia se identificaron (54,4% para la categoría 'nada satisfecha'), mientras que solo el 15,6% de las mujeres antes de la pandemia reportaron sentirse así. Más de 3 de cada 10 mujeres que pasaron por un embarazo antes de la COVID-19 quedaron bastante satisfechas con el curso presencial (33,3%). Sin embargo, solo el 17,2% de las mujeres durante la pandemia valoró estar bastante satisfecha con este servicio (Ver Gráfico 15a).
- En paralelo, el nivel de satisfacción con los cursos o grupos presenciales de preparación para el parto que tuvieron lugar antes de la pandemia respecto en comparación con los cursos o grupos telemáticos que se realizaron durante la misma apunta a diferencias en las valoraciones. En el grupo control, 1 de cada 3 mujeres estaba bastante satisfecha (33,3%) mientras que el grupo diana la cifra para este grado de satisfacción baja hasta el 25,4%, y siendo la indiferencia ante el curso o grupo telemático el elemento más puntuado por las mujeres durante la pandemia (30,9%). En cambio, el peso de las mujeres que quedaron muy satisfechas en uno y otro tipo de curso es muy similar (23,6%. Y 23,1%) (Ver Gráfico 15b).



Gráfico 13. ¿Asististe al curso presencial de preparación para el parto en tu centro de salud? En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

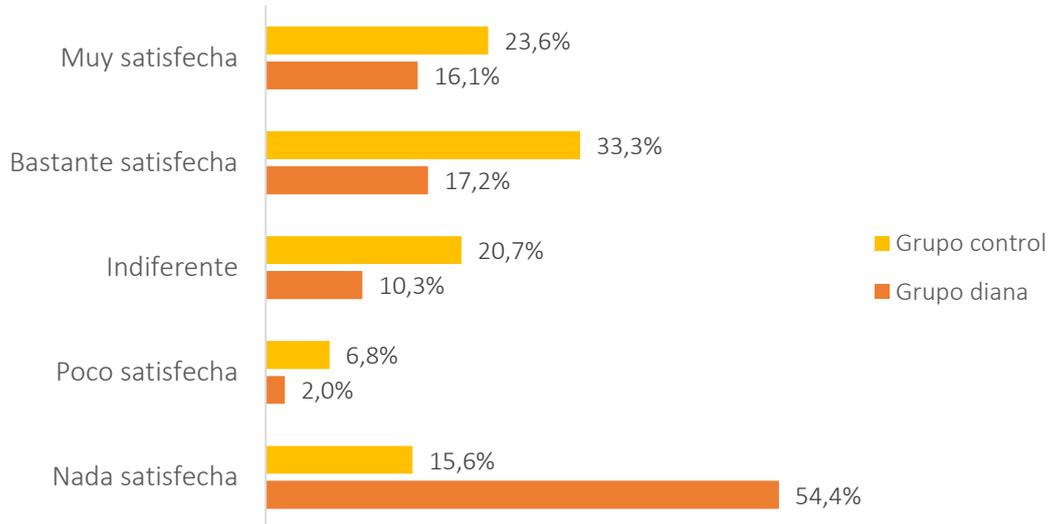
Gráfico 14. ¿Cómo viviste no hacer un curso presencial de preparación para el parto? Se incluyen respuestas de respuesta múltiple superiores al 18%. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña

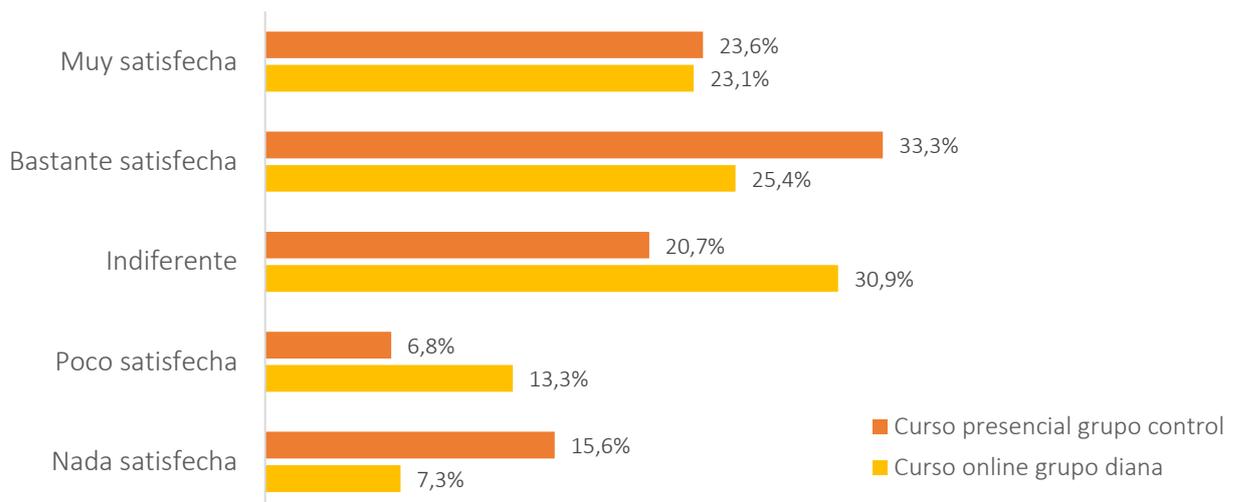


Gráfico 15a. Valoración del nivel de satisfacción con el curso o grupo presencial de preparación para el parto en función de grupo control (embarazo antes de la pandemia) y grupo diana (embarazo durante la pandemia). En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

Gráfico 15b. Valoración del nivel de satisfacción con el curso o grupo presencial de preparación para el parto de grupo control (embarazo antes de la pandemia) y con el curso o grupo telemático del grupo diana (embarazo durante la pandemia). En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.



3.1.5 Alternativas ante las cancelaciones de pruebas cursos o grupos

- En medio de la situación de pandemia de cancelación de cursos o grupos de preparación para el parto, las mujeres se posicionaron buscando otras posibilidades de apoyo y fuentes de información. Cerca de 6 de cada 10 mujeres optaron por otro tipo de apoyo en la preparación para el parto (Ver Gráfico 16). La mayoría de las mujeres reportaron buscar información en las redes sociales (54,8%) y optaron por leer literatura especializada (34,6%) o informarse a través de amigos, conocidos y familiares (22,4%). A su vez, un 28,8% de las mujeres contrataron un curso privado (on-line) y el 17,7% contrataron un acompañamiento personalizado (Ver Gráfico 17).
- Al mismo tiempo, también hubo mujeres que no buscaron apoyo alternativo ante las cancelaciones, y los motivos expresados incluyen: considerar que no los necesitaban (43,8%), no saber que existían (23,6%), no poder pagarlos (22,6%) o no tener tiempo para ello (13,9%) (Ver Gráfico 18). Por ejemplo, las mujeres en situación de desempleo, con mucha diferencia, no buscaron alternativas a las cancelaciones de cursos o grupos de preparación para el parto (21,7%) frente al 4,6% de las mujeres asalariadas y el 0,8% de las mujeres autónomas. Probablemente existe una relación con la búsqueda de alternativas al sistema público y la capacidad económica de las mujeres para hacer frente a los costes de los servicios ofertados fuera del sistema de cobertura pública.
- La mayor cancelación de visitas en los centros públicos condujo a un mayor porcentaje (10,9%) de las mujeres atendidas en este sistema a buscar alternativas. Un nivel inferior de cancelaciones en el sistema privado se tradujo en un menor porcentaje de mujeres que buscaron alternativas. De esta manera, entre las mujeres atendidas en el sistema privado, sólo el 3,1% buscó alternativas (casi tres veces menor que en el sistema público). . Asimismo, las mujeres primíparas fueron más propensas a no buscar alternativas (9,2%) que aquellas que ya tenían hijos (7,9%) y, a su vez, recurrieron más a los centros privados como alternativa (6,2%) que las no primíparas (3,0%).

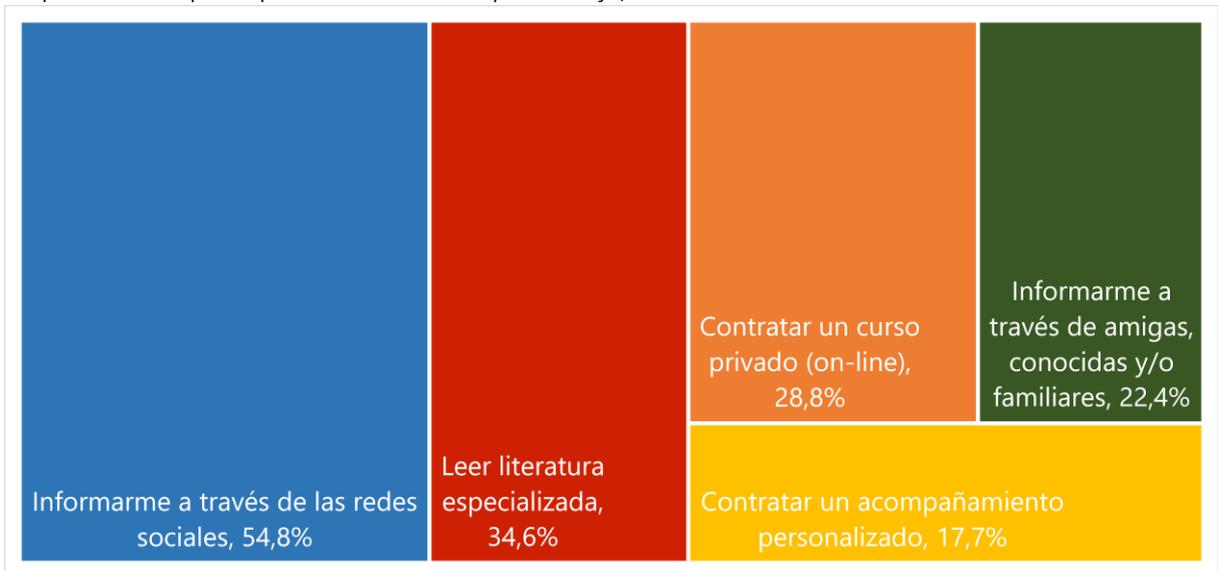


Gráfico 16. ¿Optaste por algún otro tipo de apoyo en la preparación para el parto?



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.

Gráfico 17. ¿Por qué otro apoyo en la preparación para el parto optaste? Se incluyen respuestas de respuesta múltiple superiores al 17%. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.



Gráfico 18. En caso de que no optaras por ningún apoyo alternativo, ¿por qué motivo no lo hiciste? Se incluyen respuestas de respuesta múltiple superiores al 13%. En porcentaje, Cataluña.



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña.



4. En síntesis

- La alternativa telemática ha sido utilizada como un recurso de gran centralidad durante la pandemia de la COVID-19. Sin embargo, cabe no olvidar que diversos estudios (Baena-Antequera et al., 2020; Currell et al., 2000; Leon-Sicairos et al., 2022; Pérez-Ferre et al., 2010) indican que, aunque el servicio telemático puede ser un buen complemento para el seguimiento del embarazo y particularmente beneficioso para las mujeres con un embarazo de riesgo elevado, esto no significa que las modalidades presencial y telemáticas sean intercambiables, o que brinden la misma calidad de atención. La generalización de las visitas telemáticas como un complemento a las presenciales debe considerarse en el marco de las políticas públicas, para universalizar los derechos sexuales y reproductivos. En particular, en regiones de difícil accesibilidad o infraestructuras limitadas, siempre y cuando las visitas telemáticas sean de alta calidad, pueden socorrer en ausencia de puestos médicos o disponibilidad de profesionales (Brown & DeNicola, 2020); o incluso en el caso de mujeres contagiadas de Covid-19 (Gutiérrez et al., 2021).
- Si bien el escenario de crisis sanitaria limitó en general la exposición potencial a la COVID-19 a través de restricciones en el contacto social, esto tuvo un impacto negativo en el funcionamiento habitual de los servicios de salud reproductiva. La literatura científica y el posicionamiento de diferentes organizaciones nacionales e internacionales otorgan una especial importancia a las visitas clínicas presenciales en el seguimiento del embarazo y la tranquilidad de las mujeres embarazadas. Además de ser parte del protocolo estándar de atención del embarazo, su cancelación puede influir directamente en la percepción de las mujeres sobre el embarazo, el parto y la maternidad. Asimismo, el acceso universal a los procedimientos de seguimiento médico constituye un derecho sexual y reproductivo (Lalor et al., 2022; Montagnoli et al., 2021; World Health Organization, 2016, 2022).
- Si bien la atención sanitaria por vía telemática puede resultar importante en regiones con difícil accesibilidad, donde hay escasez de profesionales de salud y de centros de salud (Brown & DeNicola, 2020), así como en situaciones con pacientes con embarazos de alto riesgo, no debería en ningún caso reemplazar a la atención presencial. Las visitas y pruebas telemáticas deben ser entendidas como complementarias a los contactos presenciales y no como sustitutas de los mismos (Lalor et al., 2022). Pueden, además, contribuir al aislamiento social de las mujeres embarazadas, el cual, a su vez, puede tener un impacto negativo en la salud mental y emocional de las mismas (Montagnoli et al., 2021). Así, según la OMS, cada embarazo debe tener al menos ocho contactos con un o una profesional de la salud en su seguimiento (Baena-Antequera et al., 2020).
- Los resultados de nuestro estudio muestran que, cuando tuvieron la opción, en general, las mujeres optaron por no faltar a sus pruebas y visitas durante la pandemia, mostrando la importancia de estas en el proceso de embarazo a pesar de la preocupación ante el riesgo de contagio de la COVID-19.



- En las pruebas clínicas, la incidencia de cancelaciones se sitúa en 3 de cada 10 pruebas canceladas a causa de la pandemia. En este sentido, el test O'sullivan fue el procedimiento con mayores cancelaciones registradas. La experiencia de cancelación de pruebas no fue positiva para la mayoría de las mujeres. La mayoría de ellas no buscó alternativas a la cancelación de las pruebas de seguimiento de su embarazo. Dicho esto, cuando lo hicieron, el sistema de salud privado fue la principal alternativa escogida. Esto provocó inequidades de acceso en función de si las mujeres se podían permitir económicamente esta alternativa o no.
- Prácticamente 5 de cada 10 mujeres vio cómo se cancelaba al menos una visita presencial de seguimiento del embarazo a causa de la pandemia. Esta cifra fue más alta entre las mujeres multíparas, aquellas con riesgo medio del embarazo, las mujeres atendidas en hospitales y centros de salud públicos y aquellas cuya región sanitaria es el Alt Pirineu i Aran.
- La gran mayoría de mujeres (91,2%) vivieron durante su embarazo la sustitución de las visitas presenciales por telemáticas y/o telefónicas. La valoración de este cambio fue diversa, pero generalmente negativa con sentimientos de inseguridad, resignación, impotencia y confusión, aunque, en mucha menor medida, también se dan sentimientos más neutros como la aceptación. La satisfacción general con las visitas telefónicas y/o telemáticas muestra un nivel de valoración muy inferior al de las visitas presenciales, con una distancia de casi 30 puntos.
- Por último, en relación con los grupos y/o cursos de preparación al parto cabe señalar que más de la mitad de las mujeres (55,5%) afirmaron no haber participado de un curso o grupo presencial en su centro de salud debido a que fue suspendido por la pandemia de la COVID-19. Pero nuevamente, esto no fue una decisión de las embarazadas. Las mujeres que optaron por no realizar el curso de forma presencial por temor al contagio con el COVID-19 fueron excepciones, no sumando el 1% del total.
- Comparando el nivel de satisfacción de las mujeres embarazadas participantes en el curso o grupo presencial, antes y durante la pandemia, se observa que antes de ésta las valoraciones eran, en general, más positivas. Esto apunta a un declive en la calidad del servicio ofrecido a las mujeres embarazadas durante la pandemia o, en una disminución de su capacidad de satisfacer las necesidades y expectativas de las mujeres.



5. Referencias

- Baena-Antequera, F., Jurado-García, E., Fernández-Carrasco, F. J., RodríguezDíaz, L., Gómez-Salgado, J., & Vázquez-Lara, J. M. (2020). *ATENCIÓN DEL EMBARAZO DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19, ¿UN IMPULSO PARA EL CAMBIO? 94*. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/64526>
- Brown, H. L., & DeNicola, N. (2020). Telehealth in Maternity Care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 497-502. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.003>
- Currell, R., Urquhart, C., Wainwright, P., & Lewis, R. (2000). Telemedicine versus face to face patient care: Effects on professional practice and health care outcomes. En The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD002098). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098>
- Gutiérrez, M. M.-C., Durán-Vila, A., Ruiz-Labarta, J., Payá-Martínez, P., Pintado Recarte, P., Bujan, J., Ortega, M. A., & De León-Luis, J. (2021). A New Multiplatform Model for Outpatient Prenatal and Postpartum Care in a Cohort of COVID-19-Affected Obstetric Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5144. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105144>
- Lalor, J. G., Sheaf, G., Mulligan, A., Ohaja, M., Clive, A., Murphy-Tighe, S., Ng, E. D., & Shorey, S. (2022). Parental experiences with changes in maternity care during the Covid-19 pandemic: A mixed-studies systematic review. *Women and Birth*, S1871519222003079. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.08.004>
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5), e251-e252. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8)
- Leon-Sicairos, N., Angulo-Zamudio, U. A., Pacheco-Avila, M., Medina-Ramirez, I., Velazquez-Roman, J., Angulo-Rocha, J., Martínez-Villa, F. A., Flores-Villaseñor, H., Martínez-García, J. J., Sanchez-Cuen, J., Garzon-Lopez, O., Guel-Gomez, M., Cuen-Diaz, H. M., Barajas-Olivas, M. F., Campos-Romero, A., Alcántar-Fernández, J., Esparza, M. A. L., & Canizalez-Roman, A. (2022). Epidemiological and clinical characteristics of pregnant women and neonates with COVID-19 in Northwest Mexico. *American Journal of Reproductive Immunology*, 88(3). <https://doi.org/10.1111/aji.13583>
- Montagnoli, C., Zanconato, G., Ruggeri, S., Cinelli, G., & Tozzi, A. E. (2021). Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery*, 94, 102916. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102916>
- Peña-Ramos, J. A., Recuero-López, F., Sánchez-Bayón, A., & Sastre, F. J. (2021). Evaluation of Spanish Health System during the COVID-19 Pandemic: Accountability and Wellbeing Results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12907. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412907>
- Pérez-Ferre, N., Galindo, M., Fernández, M. D., Velasco, V., Runkle, I., de la Cruz, M. J., Martín Rojas-Marcos, P., del Valle, L., & Calle-Pascual, A. L. (2010). The Outcomes of Gestational Diabetes Mellitus after a Telecare Approach Are Not Inferior to Traditional Outpatient Clinic Visits. *International Journal of Endocrinology*, 2010, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2010/386941>



Spain: Country Health Profile 2021. (2021). OECD Publishing.

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>

World Health Organization. (2022, julio). *Universal access to sexual and reproductive health: New tools offer strategies on integrating sexual and reproductive health into primary health care, as a fundamental component of universal health coverage.* <https://www.who.int/news/item/19-07-2022-universal-access-to-sexual-and-reproductive-health>