# LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO Y EL PARTO EN EUSKADI DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

## Cambios organizativos, impactos en el modelo de atención y efectos sobre el bienestar de las mujeres

Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea
opik

***Cita sugerida:***

García Zurita I, González-Rábago Y. La atención sanitaria del embarazo y el parto en Euskadi durante la pandemia de la COVID-19. Cambios organizativos, impactos en el modelo de atención y efectos sobre el bienestar de las mujeres. Opik-Working Papers/Lan koadernoak 7; 2022.

Disponible en: **www.ehu.eus/opik/working-papers**

**Julio 2022**

**Autoras:**

Irene García Zurita [a,b,c]

Yolanda González-Rábago [a,b]

[a]Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa

[b]Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK

[c]OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Bilbao

**© Derechos de propiedad** Opik-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico es el titular de todos los derechos de propiedad intelectual de los artículos originales publicados aquí, que serán gestionados conforme a la licencia Creative Commons.

**Edita:** Opik-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio demográfico.

**ISSN:** 2445-4419

Este estudio forma parte del proyecto "Evaluación del impacto en salud de las medidas de gestión y control de la COVID-19 en Euskadi y Nueva Aquitania", proyecto financiado por la convocatoria Euskampus Resilience COVID-19 de la Fundación Euskampus en junio de 2020.

## AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado en el estudio, contribuyendo con su experiencia personal y/o profesional, especialmente a las participantes en las entrevistas o en los grupos focales por compartir con nosotras sus vivencias. Además, quisiéramos agradecer a Unai Martín y Amaia Bacigalupe por sus aportaciones y comentarios en diferentes fases del estudio, así como a las compañeras de la Universidad de Bordeaux, Ana Rivadeneyra, Viviane Ramel y Marcela Benavides, que idearon el estudio en el contexto francés y nos ayudaron a concebir el trabajo en Euskadi.

Universidad del País Vasco · Euskal Herriko Unibertsitatea · opik

# ÍNDICE


1. INTRODUCCIÓN ____ 4

2. LA ATENCIÓN PERINATAL EN EL SISTEMA SANITARIO VASCO ____ 7

3. OBJETIVOS ____ 9

4. METODOLOGÍA ____ 11

5. CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO Y EL PARTO ____ 15

5.1 Cambios en el modelo de atención durante la pandemia: no presencialidad, restricción del acompañamiento y reorganización de consultas ____ 16

5.2 Falta de liderazgo institucional, variabilidad entre OSI y pérdida de capacidad de decisión en Atención Primaria ____ 19

6. EFECTOS DE LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN PERINATAL: IMPACTOS EMOCIONALES, REDUCCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD, CALIDAD ASISTENCIAL Y EQUIDAD ____ 22

6.1 Impactos emocionales en las mujeres embarazadas: miedo, soledad y desconcierto ____ 23

6.2 Impactos en la práctica asistencial de las y los profesionales de salud ____ 27

6.3 Efectos sobre la accesibilidad al sistema sanitario ____ 29

6.4 Efectos sobre la calidad asistencial ____ 31

6.5 Efectos sobre la equidad en salud ____ 33

7. APRENDIZAJES ANTE FUTURAS SITUACIONES ____ 36

8. BIBLIOGRAFÍA ____ 38

ANEXO I. GUION DE GRUPO FOCAL MUJERES EMBARAZADAS ____ 40

ANEXO II. GUION DE ENTREVISTA A PROFESIONALES ____ 42

# 1

## INTRODUCCIÓN

La llegada de la pandemia COVID-19 ha traído consigo una reorganización del sistema sanitario en general y de la atención perinatal en particular. La reorganización de la asistencia sanitaria ha supuesto cambios en las vías de acceso a los servicios y cuidados perinatales prestados por el sistema sanitario público, así como la desaparición de una parte de la atención al embarazo considerada no esencial.

Así, tanto en la Atención Primaria (AP), como en la Atención Especializada (AE) -hospitalaria y consultas externas-, se han reorganizado las consultas de seguimiento del embarazo y la atención al parto, con una brusca implementación de la consulta no presencial, especialmente telefónica, pero también por medios virtuales, para realizar parte del seguimiento, y la limitación de algunos recursos sanitarios relacionados con la educación maternal y la preparación del parto.

Diversos estudios a nivel internacional han mostrado que la pandemia COVID-19 ha afectado negativamente en la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas (1,2). Este deterioro en salud de las mujeres embarazas se debe tanto a causas directas debido a la propia situación epidemiológica de la COVID-19, como indirectas por las medidas adoptadas para el control de la misma, en especial aquellas relativas a la reorganización del sistema sanitario (3).

Las mujeres embarazadas han sido consideradas un grupo de especial vulnerabilidad durante la pandemia de la COVID-19. Las medidas adoptadas para el control del virus, tanto en términos de aislamiento social como de reorganización de la asistencia sanitaria han incrementado el riesgo de sufrir problemas psicológicos, como depresión y ansiedad, entre mujeres embarazadas dados los sentimientos de aislamiento, privación del apoyo de la familia y amigos, así como derivado de las situaciones de incertidumbre, el miedo al contagio y la trasmisión vertical, o la pérdida de motivación (2,4-9). Algunos estudios revelan un aumento significativo de estos síntomas en comparación con cohortes similares antes de la pandemia (10). Así, el miedo a no recibir la atención necesaria en un contexto general de crisis sanitaria (2,8), así como el flujo de información constante en los medios de comunicación y en las rede sociales sobre la evolución de la pandemia se ha asociado con una intensificación de niveles de estrés y ansiedad (9,11,12). La irrupción de la pandemia ha generado también un sentimiento de frustración para mujeres que se han visto confrontadas a una experiencia de embarazo muy alejada de sus expectativas (11,13,14).

En relación a las consultas de atención perinatal, diversos estudios han evidenciado una reducción en el número de visitas a consultas de ginecología y obstetricia (15), así como recalendarizaciones de consultas de seguimiento no urgentes (2,16–18), y supresión o limitación de visitas de seguimiento que no implicaban un examen médico como la entrevista prenatal precoz, las sesiones de seguimiento psicológico y de preparación al parto (19,20).También se han señalado limitaciones para acudir a sesiones preparatorias del parto y restricciones en el acompañamiento al parto de la pareja, o en el postparto (16,21), las cuales habrían impactado en mayores síntomas de ansiedad y depresión entre mujeres embarazadas y parturientas (12,18,22).

Por tanto, los estudios a nivel internacional muestran que se ha priorizado la atención sanitaria más biomédica, el tratamiento de lo patológico y de urgencia desde el punto de vista de complicaciones obstétricas. Así, aquellas mujeres que presentaban alguna complicación durante su embarazo han mantenido un seguimiento estricto, mientras que aquellas con un embarazo normal o sin patología, han visto modificada la atención recibida, con un predominio de la consulta no presencial, dejando a estas mujeres sin una atención integral del embarazo y desplazando a un segundo plano la atención biopsicosocial.

Esta atención integral en el Estado español se provee fundamentalmente a través de la Atención Primaria. La Atención Primaria se ha caracterizado por ser la vía de entrada al sistema sanitario, y ser de fácil acceso a toda la población. Durante la pandemia, la implementación de la consulta no presencial, en términos generales y de forma específica en el seguimiento del embarazo, se ha

llevado a cabo principalmente en este nivel asistencial, pudiendo suponer una barrera de acceso, sobre todo para aquellas con mujeres más vulnerables.

Por tanto, el objetivo del presente estudio ha sido analizar el impacto de la pandemia de la COVID-19 y las medidas de reorganización del sistema sanitario sobre la atención perinatal y la salud de las mujeres embarazadas en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), con especial énfasis en la modalidad de consulta no presencial y su impacto sobre la accesibilidad al sistema sanitario, desde una perspectiva de equidad en salud.

El informe se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, se describe el contexto sanitario en el que se han analizado el impacto de la pandemia en la atención perinatal y en la salud de las mujeres embarazadas, así como la manera en la que se provee la atención al embarazo, parto y puerperio en la CAPV. En segundo lugar, se presentan los objetivos y la metodología llevada a cabo para el estudio empírico. En tercer lugar, se presentan los resultados del estudio cualitativo, describiéndose los cambios organizativos en la atención sanitaria perinatal durante la pandemia COVID-19, así como sus impactos en la salud y bienestar de las mujeres embarazadas, en la práctica profesional del personal sanitario y en términos de accesibilidad, calidad y equidad de la atención sanitaria. Finalmente, se presentan algunas ideas y recomendaciones realizadas por parte de profesionales y mujeres ante posibles nuevas situaciones similares para mejorar la atención prestada y recibida y reducir los impactos que ello ha podido tener en términos de salud y bienestar.

2

# LA ATENCIÓN PERINATAL EN EL SISTEMA SANITARIO VASCO

En el sistema sanitario español, el seguimiento del embarazo, parto y puerperio se realiza de forma conjunta y coordinada entre la Atención Primaria (AP) y la Atención Especializada (AE) en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. En primer lugar, desde AP, las matronas y los/as médicos/as se encargan, por un lado, de la captación y seguimiento del parto normal en coordinación con la AE de Ginecología y Obstetricia, y por otro, de la educación maternal y preparación al parto, y la visita puerperal en el primer mes de postparto (23). En segundo lugar, la AE del Servicio de Ginecología y Obstetricia, a través de la atención en consultas externas, realiza el control y seguimiento de la salud materno-fetal con, al menos, tres ecografías a lo largo del embarazo, pudiendo ser mayor en caso de factores de riesgo o alguna complicación. Estas consultas de Ginecología y Obstetricia se realizan tanto en Hospitales como en Centros de Especialidades.

La atención perinatal en el Estado español, se integra en un modelo de asistencia sanitaria nacido tras la reforma de la Ley General de Sanidad de 1986, que produjo un cambio de modelo de atención, creándose el modelo de Atención Primaria en Salud (24). Desde entonces, la AP es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida y también en el caso del seguimiento del embarazo y puerperio.

Bárbara Starfield definió en los años 90, los atributos que definen la AP (25) y que constituyen sus pilares: 1) Longitudinalidad, que implica el seguimiento por parte del/a mismo/a profesional a lo largo del tiempo o de la vida de los y las pacientes; 2) Accesibilidad, que supone que ante un nuevo problema de salud, el centro o el/la profesional de AP actúa de puerta de entrada al sistema sanitario, siendo accesible a toda la población, independientemente de su situación; 3) Integralidad, cubriendo todas las necesidades en salud desde un punto de vista biopsicosocial; y 4) Coordinación con distintos niveles asistenciales.

En AP trabajan profesionales de diferente tipo, entre los que destacan: médico/a especialista en Atención Primaria y Comunitaria, enfermero/a, pediatra, matrón/a y administrativo/a. Con posterioridad y de forma heterogénea entre Comunidades Autónomas, se han ido incorporando otros servicios y profesionales, como trabajadores/as sociales, o de especialidades de salud como odontología, psicología y fisioterapia.

Para comprender la organización de la atención perinatal en concreto en el sistema sanitario vasco, resulta imprescindible aludir a la descentralización de las competencias en Sanidad en el Estado español, transferidas a las Comunidades Autónomas. El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza se creó en 1983 y se configuró como organismo autónomo para gestionar la atención sanitaria integral a la población en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) (26). Con la Ley General de Sanidad de 1986, se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), del que Osakidetza pasó a formar parte (27).

Además, en la CAPV durante la década de 2010, se produjo un cambio de organización, creándose demarcaciones territoriales e iniciándose un modelo de atención basado en las denominadas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). Estas OSI son autónomas en términos de gestión y con bases de financiación e incentivos en función del cumplimiento de los objetivos de eficiencia planteados (28). El sistema está conformado por 13 OSI que en su totalidad incluyen 13 hospitales de agudos, 153 centros de salud y 160 consultorios. Además, existe una Dirección General, que ejerce las funciones de control, coordinación estratégica y apoyo de la gestión de las anteriores organizaciones de servicios (28). Con la creación de las OSI desaparece el modelo clásico de separación de la Gerencia de Atención Primaria y la Gerencia de los Hospitales, pasando la Gerencia de Atención Primaria de cada zona territorial a estar integrada en su Hospital de referencia (29).

3

# OBJETIVOS

**El objetivo general del estudio ha sido analizar el impacto de la pandemia de la COVID-19 y las medidas de reorganización del sistema sanitario sobre la atención perinatal y la salud de las mujeres embarazadas en la Comunidad Autónoma del País Vasco,** con especial énfasis en la modalidad de consulta no presencial y su impacto sobre la accesibilidad al sistema sanitario, desde una perspectiva de equidad en salud.

El estudio pretende analizar los cambios en la organización sanitaria de la atención al embarazo, parto y puerperio en distintos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Especializada, y sus efectos tanto en términos de accesibilidad, calidad y equidad en la atención, así como identificar recomendaciones y propuestas que garanticen una atención integral del embarazo en futuros contextos de crisis.

Para ello, se han definido los siguientes **objetivos específicos**:

1. Describir los cambios en el proceso asistencial perinatal de acuerdo con los protocolos sanitarios establecidos durante la pandemia.

2. Conocer las percepciones y vivencias de las mujeres embarazadas, su acceso y utilización de los servicios de atención al embarazo, y sus necesidades en materia de salud perinatal según sus diferentes contextos socioeconómicos.

3. Conocer las experiencias y percepciones de los y las profesionales de salud (matrona, ginecología y personal responsable de gestión sanitaria) sobre las medidas de reorganización de la atención perinatal y sus efectos en el acceso, calidad y equidad en la atención a las mujeres embarazadas.

4

# METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de diseño exploratorio, basado en entrevistas en profundidad y grupos focales en base a un muestreo intencional de mujeres que hayan estado embarazadas durante diferentes fases de la pandemia de la COVID-19, así como de profesionales sanitarios.

La muestra tuvo un total de 26 informantes, de los cuales 18 fueron mujeres que habían estado embarazadas entre marzo de 2020 y diciembre de 2021, y ocho fueron profesionales sanitarios tanto del área clínica como del área de gestión sanitaria.

**En primer lugar, respecto a las mujeres:**

Se realizaron dos grupos focales (12 participantes en total) y seis entrevistas en profundidad a mujeres de diverso perfil socioeconómico.

Asimismo, se utilizaron diferentes variables para seleccionar la muestra que ayudaran a conformar elementos de heterogeneidad en la experiencia del embarazo durante la pandemia.

Por un lado, se seleccionaron mujeres diversas en relación a la existencia de hijos/as anteriores, de cara a establecer la comparativa de la vivencia del embarazo y la atención sanitaria en dos escenarios distintos (prepandémico y pandémico), así como la oportunidad de contrastar la experiencia con mujeres sin hijos/as previos antes de la pandemia.

Por otro lado, se seleccionaron perfiles con diferencias en el tipo de seguimiento del embarazo y el parto (público, privado, mixto, parto en domicilio). Gran parte de las mujeres hicieron seguimiento del embarazo tanto en el sistema público, Osakidetza, como también algún tipo de seguimiento privado (fisioterapia, seguimiento ginecológico, clases de preparación al parto, parto en domicilio, etc.). Solo tres de las mujeres entrevistadas hicieron seguimiento exclusivamente en el sistema público, y una de ellas exclusivamente en el sistema privado.

**En segundo lugar, respecto a los y las profesionales:**

Se realizaron ocho entrevistas en profundidad a profesionales del área perinatal de diferentes OSI de la CAPV: tres matronas de centro de salud, una de ellas residente (en etapa de especialización), una matrona que trabaja tanto en atención primaria y como en el área hospitalaria, y una matrona exclusivamente del área hospitalaria.

En atención especializada se realizaron tres entrevistas a médicos/as especialistas en Ginecología y Obstetricia.

De las ocho entrevistas a profesionales, dos se realizaron a profesionales con responsabilidades de gestión sanitaria: un ginecólogo Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, y una Coordinadora de Matronas, ambas encargadas de la gestión de atención perinatal en su OSI.

## 1. Tabla de participantes de mujeres embarazadas

| GRUPOS FOCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha del parto** | **Tipo de seguimiento** | **Número de hijos/as** | **Lugar del parto** | **Código** |
| Noviembre 2020 | Público + privado | 2 | Hospital | GF1.1 |
| Agosto 2021 | Público + privado | 2 | Domicilio | GF1.2 |
| Noviembre 2020 | Público + privado | 1 | Hospital | GF1.3 |
| Agosto 2021 | Público + privado | 3 | Domicilio | GF1.4 |
| Enero 2021 | Público + privado | 2 | Hospital | GF1.5 |
| Octubre 2020 | Público + privado | 1 | Hospital | GF1.6 |
| Junio 2020 | Público + privado | 1 | Hospital | GF2.1 |
| Noviembre 2021 | Público + privado | 1 | Hospital | GF2.2 |
| Septiembre 2020 | Público + privado | 2 | Hospital | GF2.3 |
| Diciembre 2021 | Público + privado | 1 | Hospital | GF2.4 |
| Noviembre 2020 | Público | 1 | Hospital | GF2.5 |
| Agosto 2021 | Público + privado | 1 (aborto 2020) | Hospital | GF2.6 |
| **ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD** | | | | |
| **Fecha del parto** | **Tipo de seguimiento** | **Número de hijos/as** | **Lugar del parto** | **Código** |
| Septiembre 2020 | Público | 2 | Hospital | E1 |
| Noviembre 2021 | Privado | 2 | Hospital | E2 |
| Septiembre 2021 | Público + privado | 1 | Hospital | E3 |
| Junio 2020 | Público | 3 | Hospital | E4 |
| Agosto 2020 | Público | 3 | Hospital | E5 |
| Mayo 2020 | Público | 2 | Hospital | E6 |

## 2. Tabla de participantes de profesionales de salud

| ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD | | |
|---|---|---|
| **Profesión** | **Puesto de trabajo** | **Código** |
| Ginecología | Hospital | P1 |
| Ginecología | Hospital | P2 |
| Matrona | Atención Primaria + Hospital | P3 |
| Matrona | Hospital | P4 |
| Matrona | Atención Primara | P5 |
| Matrona residente | Atención Primaria + Hospital | P6 |
| Ginecología | Hospital. Coordinación Ginecología de su OSI | P7 |
| Matrona | Atención Primaria. Coordinación de matronas de su OSI | P8 |

Los grupos focales tuvieron una duración aproximada de hora y media, y las entrevistas en profundidad, en torno a los 40 minutos. Se partió de un guion semi-estructurado que abordaba los temas que se querían recoger para responder a los objetivos del estudio (ver guiones en anexos I y II). Las sesiones se grabaron y transcribieron previo consentimiento informado. Las personas entrevistadas fueron informadas de los objetivos generales de la investigación en la contactación y al comienzo de la sesión, y dieron su consentimiento escrito para la grabación y la utilización de los datos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) (nº M10_2020_264).

A partir de los discursos de los/as informantes, se realizó un análisis de contenido temático (30) con ayuda del programa **Atlas.ti**. Posteriormente se triangularon los resultados entre el equipo investigador y se contrastaron los resultados con los/as participantes del estudio.

# 5

# CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO Y EL PARTO

# 5.1

## Cambios en el modelo de atención durante la pandemia: no presencialidad, restricción del acompañamiento y reorganización de consultas

Hasta la llegada de la COVID-19, las consultas telefónicas o no presenciales en la atención sanitaria en la CAPV habían tenido un desarrollo muy limitado. En Atención Primaria (AP) se limitaban a actos puntuales, como resolver dudas de las y los pacientes (sobre un diagnóstico o tratamiento asociado), comunicar los resultados de alguna prueba, o realizar algún trámite administrativo, como renovación de recetas o justificantes médicos.

Sin embargo, tras la llegada de la pandemia, muchas de las consultas en AP pasaron a ser telefónicas, restringiéndose enormemente el acceso presencial. De igual manera que el resto de las consultas, el seguimiento del embarazo por parte de las matronas en los centros de salud de AP también sufrió ese cambio, siendo cada matrona la que decidía según su criterio, lo que merecía ser visto de forma presencial y, en todo caso, realizándose de forma previa un filtro telefónico. Esta restricción de las visitas fue mucho más acusada los primeros meses de la pandemia COVID19.

> **P4** *Pero en general lo que ocurrió fue que la atención primaria pasó a ser una asistencia no presencial. Y entonces empezamos a hacer el seguimiento del embarazo y el postparto por vía telefónica. Como tampoco había un protocolo establecido, únicamente veíamos presencial lo que cada matrona podía considerar más urgente.*

Más allá de la atención clínica del embarazo, la AP también gestiona y realiza actividades de educación maternal y preparación al parto. Dichas actividades, normalmente realizadas de manera grupal, como las llamadas "clases de preparación al parto" fueron eliminadas en su formato presencial, y reorganizadas de manera telemática, dependiendo su implementación del criterio de cada matrona, así como de su disponibilidad y conocimientos sobre el tipo de tecnologías necesarias para llevarlas a cabo.

A diferencia de lo que ocurrió con las consultas en AP, la mayoría de las consultas programadas, con sus controles ecográficos, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia mantuvieron de forma general su carácter presencial.  Así, los y las profesionales expresan la diferencia entre los niveles asistenciales en torno al seguimiento de un mismo proceso como es el del embarazo. Mientras que lo hospitalario permaneció casi intacto, en AP se tuvieron que asimilar los protocolos que les iban llegando "desde arriba", desarrollando estrategias para paliar la no presencialidad con los recursos materiales y personales de los que disponían.

***P3*** *Lo que yo sentí, en mi caso, es que se priorizó la atención hospitalaria y que los recursos, tanto personales como materiales que se priorizaron fueron los hospitalarios.*

Por tanto, la presencialidad en las consultas ha prevalecido en la Atención Especializada (AE) de Ginecología y Obstetricia, aunque también se produjeron algunas diferencias según la OSI y hubo ocasiones en las que algunas consultas de seguimiento se eliminaron o se reprogramaron para otro momento del embarazo. Sin embargo, en la atención ginecológica, en tanto seguimiento del buen desarrollo del feto, se entendió que su continuidad era imprescindible manteniéndose en gran medida los protocolos de atención presencial habituales previos a la pandemia. El uso de la teleconsulta quedó relegado, en aquellas OSI que así lo consideraron, a consultas en las que no fuera necesaria la ecografía para el seguimiento fetal, lo cual supone un porcentaje pequeño.

***P2*** *No hemos hecho nada telefónico, ha sido todo presencial. Porque pensamos que las ecografías no se pueden dejar de hacer y los controles del embarazo tampoco. Si habláis luego con alguna matrona ya os comentará, porque preparación al parto sí que ha cambiado. Han hecho por Zoom y esas cosas. Pero nosotras en lo que es la asistencia del embarazo ha sido igual.*

Más allá de la reducción de la presencialidad, la atención al embarazo, parto y puerperio ha experimentado otra serie de cambios con un gran impacto en la configuración de la asistencia sanitaria y en la percepción y vivencia de este proceso por parte de las mujeres y de los y las profesionales.

Uno de los cambios más importantes en la provisión de la atención fue la restricción del acompañamiento. Tanto en AP como en la AE, todas las consultas médicas, las ecografías u otras pruebas, así como las actividades grupales como las clases de preparación al parto vieron restringido el acceso a las personas acompañantes, que normalmente es la otra persona progenitora, pero que en ocasiones también pueden ser otros familiares o amistades. Esta consideración del proceso de embarazo centrado en la madre gestante y que impidió el acompañamiento, tuvo un gran impacto en términos emocionales y fue visto como una merma en la calidad asistencial, como se detallará más adelante.

El parto fue el único acto médico en el que se permitió la presencia de acompañante. Sin embargo, también en este momento de la atención sanitaria se produjeron diferencias dependiendo del hospital, permitiéndose el acompañamiento de la otra persona progenitora o de otra persona acompañante en diferentes momentos, en algunos casos desde el momento de la espera a la entrada al paritorio, mientras en otros únicamente cuando el parto estaba ya en proceso.

También existió variabilidad en relación a la exigencia de PCR negativa o de vacunación, ya pasados los primeros meses tras el inicio de la pandemia. Así, dependiendo del servicio u hospital y del momento epidemiológico, hubo acompañantes a los que se les exigió PCR negativa o bien estar vacunados/as con dosis completa.

**GF2.3** *Estoy de parto porque sé que estoy de parto, me subieron al potro y «anda se le ve la cabeza», y hasta que no me metieron en la mítica habitación pre dilatación, no en el paritario, al de un rato dejaron a [su pareja] pasar.*

Por otro lado, también se realizaron algunos cambios de reorganización de las consultas en aquella atención que precisaba acudir a un centro hospitalario o de especialidades. Así, antes de la llegada de la COVID-19, las visitas tanto en el centro de salud como en los centros de especialidades u hospitales, se realizaban en semanas específicas durante el embarazo, como, por ejemplo, la visita de la semana 12, 24 y 32, que solían coincidir con la ecografía en el hospital. Sin embargo, durante la pandemia, en algunas OSI se modificó la forma de distribuir esas visitas, cambiando la fecha de la visita durante el embarazo, con el fin de reducir al máximo la estancia hospitalaria que no se considerara esencial.

Asimismo, se priorizó el alta precoz tras el parto, si las condiciones de salud materna y del neonato lo permitían, para reducir al máximo posible el tiempo hospitalario y el potencial contacto con el virus.

Algunos de estos cambios, los que implicaron la reorganización de ciertas consultas, así como la priorización del alta precoz tras el parto, se valoraron positivamente por parte de los y las profesionales del entorno hospitalario, expresando que la llegada de la COVID-19 precipitó una revisión de la asistencia necesaria.

**P7** *Ha habido cambios, a nivel de trabajo ha habido cambios, pero no sé si hubieran sido sino llega a ser la pandemia, pero el control [consultas de control] se ha cambiado un poco.*

**P1** *A mí me parece muy positiva el alta precoz, sobre todo en las mujeres que ya tienen otro en casa. Es súper positivo.*

Por el contrario, desde la perspectiva de las mujeres embarazadas, la mayoría de las entrevistadas valoran estos cambios de forma negativa, pues sintieron que esta reducción o los cambios de visitas programadas habían generado preocupación por el estado del feto y por la posibilidad de que existiera alguna complicación no conocida, pues no se había realizado una consulta médica para descartarlo.

**E3** *Antes [de la pandemia COVID-19] eran más revisiones, por ejemplo, antes cuando estabas embarazada la ecografía te la hacían la primera vez cuando estabas embarazada, porque yo lo sé por mi madre y todo eso, pero ahora, hasta los 3 meses no lo te lo hacían. O sea que, si estabas embarazada o no, no lo sabías hasta los tres meses.*

**GF2.4** *Yo en mi caso también lo he llevado por privado porque en Osakidetza eran 3 pruebas en todo en embarazo y por privado era una prueba todos los meses. Entonces tuve la oportunidad y tuve doble control.*

## 5.2

## Falta de liderazgo institucional, variabilidad entre OSI y pérdida de capacidad de decisión en Atención Primaria

Uno de los efectos que supusieron las medidas de reorganización de la asistencia sanitaria durante la pandemia tiene que ver con capacidad de decisión de los y las profesionales de la salud sobre la atención que podían proveer a las mujeres embarazadas. Así, por un lado, se produjo una falta de liderazgo institucional que ofreciera directrices y herramientas para proveer una atención uniforme a las mujeres independientemente de dónde se produjera dicha atención, y que dejó en manos de los y las profesionales el tipo y la manera de realizar la asistencia.

En este sentido, la organización de las actividades de educación maternal y preparación al parto pasó a depender del criterio, disponibilidad y conocimientos de cada matrona. Al restringirse la presencialidad, cada profesional debía decidir sobre la implantación de una vía de atención alternativa, normalmente vinculada al uso de tecnologías de la comunicación. Así, y dado que las capacidades y medios con las que se contaba eran diversos, las matronas fueron organizándose de manera informal, muchas veces por grupos de WhatsApp. Algunas empezaron a usar un sistema de videollamadas para el desarrollo de los grupos de preparación al parto, añadiendo otros recursos telemáticos para dar información a las mujeres embarazadas, pero todo ello dependiendo de los conocimientos técnicos de cada profesional y su voluntad, no existiendo una coordinación desde la Gerencia de Osakidetza.

***P3*** *No te creas que Osakidetza ha dicho que hay que adaptar el programa a online, que tiene que cumplir estas características o que tenéis que dar un número determinado de clases. Cada matrona ha hecho lo que ha podido o lo que ha querido.*

***P5*** *Se suspendió todo [en el centro de salud], prácticamente estaba prohibido, no, no, no, no... ha sido... un show para las mujeres y para nosotras, por ejemplo todos los grupos prohibidos por supuesto, todo ha desaparecido. Se empezó a dar información... por ejemplo con el Zoom, que yo con mis años aprender nuevas tecnologías, ya sabes...*

Dado que no todas las matronas pudieron o quisieron adoptar este tipo plataformas de comunicación a distancia, hubo centros de salud e incluso zonas geográficas en las que no se realizó ningún tipo de preparación al parto, ofreciéndose, sin embargo, en algunos casos la posibilidad de hacerlo con otra matrona de otro centro.

***GF2.6*** *Yo sí que es verdad que en este caso no tenía ni por Zoom, y si me iba a un pueblo de [otra localidad] en el que había 4 embarazos, yo tenía unas clases solo compartidas con*

*3 embarazadas y tenía una matrona 2 horas para 4 embarazadas incluida yo, hasta que hacíamos como pilates para embarazadas. Es que a ver y porque que estés aquí o aquí hay una diferencia terrible*

A su vez, la vuelta a la presencialidad también se fue instaurando a lo largo de la pandemia de manera desigual, produciéndose situaciones en las que de forma simultanea existían regiones en las que las clases de preparación al parto se realizaban de forma presencial, en otras de forma online y en otras en las que no se ofrecía la posibilidad de este tipo de recursos. Ello supuso una gran desigualdad territorial en el tipo y calidad de los recursos a los que las mujeres han tenido acceso.

***GF2.2*** *Mi preparación al parto era por Zoom, y un día porque no podía conectarme porque tenía una cita médica me dijeron, ah no en [otro barrio de la misma ciudad] lo están haciendo presencial, y yo, «pero ¿cómo que lo están haciendo presencial?» Cuando yo puedo ir presencial si me lo indican, porque me interesa mucho más que por Zoom, y me dijeron «ah bueno, te acomodamos en este grupo pero que es de [otro barrio de la misma ciudad]», y bueno es que tampoco vivo tan lejos puedo ir perfectamente, fui a una presencial y la diferencia es abismal.*

De forma paralela a estas formas de organización informal que iban surgiendo a voluntad de las profesionales, la elaboración de los protocolos generales corrió a cargo de las personas coordinadoras del Servicio de Ginecología y Obstetricia y las coordinadoras de las matronas en cada una de las OSI, basándose en las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, del Departamento de Salud de la CAPV y de las Sociedades Científicas. De ahí que, en cada OSI, y dentro de cada servicio, la materialización de la asistencia se haya dado de diversas maneras, todas ellas de acuerdo con las diferentes recomendaciones o normas generales que se iban publicando, pero con diferencias en la ejecución, en la capacidad de adaptarlos y decidir sobre ello, y con diversidad en los tiempos de traslado de los cambios a la realidad de la práctica profesional.

***P7*** *Al principio hacía bastante caso a lo que decía el Ministerio de Sanidad, que al principio sí que iba haciendo algún tipo de recomendación, que luego sus directrices, con cierto retraso, caían en las Comunidades, y dentro de las comunidades, nuestra organización central que es Osakidetza, la iba trasladando a las distintas organizaciones [OSI], es decir hospitales. Y los Hospitales también con cierto retraso, lo iban informando.*

Esto supuso de nuevo, por un lado, gran variabilidad de protocolos entre OSI. En repetidas ocasiones, las personas entrevistadas expresaron la disconformidad con la variedad de criterios, tanto por parte de las usuarias como de los y las profesionales. Y de igual manera, entre aquellas personas que tenían responsabilidades en el área de la gestión y, por tanto, en la elaboración de los protocolos, también se muestra un rechazo ante la falta de liderazgo central de Osakidetza y la escasez de información unificada.

***P7*** *Entonces, por los periódicos, que muchas veces nos enteramos por los periódicos, los periódicos nos dicen, "a partir del lunes cambian las directrices, ya no se van a hacer tantas PCRs", bien. Esta información de los periódicos, luego lo publica el Ministerio, lo publica en una hoja informativa, pero informal, lo publica Osakidetza, esa hoja que tendría que haber sido el lunes, a mí me llega el miércoles, yo informo a mi gente, e informo mucho por whatsapp, que me parece que es más rápido (...). O sea la información me llega el viernes a las 3 de la tarde, es decir, una semana después... y llevamos 2 años ¿eh? Esta misma semana ha habido un retraso de 5 días desde que se ha anunciado por los periódicos la semana anterior.*

Esta toma de decisiones y la elaboración de protocolos generales, también encontró una respuesta diferente entre la AE y la AP. Si bien en la AE, especialmente en los hospitales, existía un protocolo general, según aludían las personas entrevistadas, cada servicio ha tenido cierta flexibilidad, incluso adoptándose medidas de mantenimiento de todas las consultas presenciales, como estaban antes de la pandemia.

***P1*** *El hospital aconsejaba que todo lo que se pudiese hacer telefónica, se hiciera telefónica. Pero como servicio decidimos que esas cosas no se podían hacer telefónicamente.*

Sin embargo, en AP las matronas entrevistadas expresaban una menor capacidad de decisión respecto a la aplicación de los protocolos en la asistencia perinatal. Así, normalmente los protocolos generales le llegaban por correo electrónico con las nuevas directrices, sin tener la posibilidad de opinar sobre ellos. Es decir, mientras en los servicios de AE, las ginecólogas decidieron, en parte, cómo querían que fueran sus protocolos, en AP parece que el grado de decisión fue menor.

***P5*** *De la noche a la mañana desaparecieron todas las consultas, todo era telefónico, empezaron a salir protocolos para el Covid, teníamos 5 protocolos diferentes, teníamos que aprender cada día, ahora esto sí, esto no, ese ha sido el mayor lío que hemos tenido.*

6

# EFECTOS DE LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN PERINATAL: IMPACTOS EMOCIONALES, REDUCCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD, CALIDAD ASISTENCIAL Y EQUIDAD

# 6.1

## Impactos emocionales en las mujeres embarazadas: miedo, soledad y desconcierto

En relación a la vivencia del embarazo se identificaron impactos en términos de bienestar emocional. Así, ante una nueva enfermedad, la COVID-19, potencialmente mortal, en la que, especialmente durante los primeros meses, eran desconocidas las repercusiones del contagio sobre las mujeres embarazadas y la gestación, las mujeres experimentaban gran preocupación tanto por su propia salud, como por la de su futuro hijo/a. En ocasiones ello se traducía en miedo a salir a la calle o a que salieran los propios convivientes.

***E1*** *Yo tengo una amiga que lo cogió, aunque ella no estaba embarazada. Estuvo varios días con suero. Imagínate con una persona embarazada coger esto. Por eso me daba tanto miedo. Tenía mucho miedo por el embarazo y por la niña.*

Dada esta preocupación por la salud propia y del feto, las mujeres expresaban su miedo acudir a los centros de salud y a los hospitales. De hecho, desde el inicio de la pandemia los servicios de ginecología y los centros de salud han sido considerados como espacios de potencial contagio, en lugar de espacios para el cuidado y el acompañamiento en el embarazo.

***GF1.4*** *Yo insistía en no utilizar Osakidetza que intenté evitar todo esto. Fue una de las razones para tenerla en casa, también es verdad que tenía ganas de probarlo, pero esto me animó a decir, bueno con todo lo que se oía, haré las pruebas concretas que tenga que hacer, pero lo usaré lo menos posible. Y tuve la oportunidad de tenerlo en casa.*

Toda la atención sanitaria, salvo el parto, se realizó sin acompañantes, incluidas las consultas de seguimiento de embarazo y las ecografías. Esta situación de soledad de la mujer ante la atención al embarazo es uno de los puntos que desde la perspectiva de las mujeres más repercusión ha tenido en su bienestar y en la vivencia del embarazo. La ausencia de una persona acompañante, en especial, en las consultas ginecológicas con ecografía, en las que se valora el estado del feto y la viabilidad del embarazo, ha supuesto una fuente de malestar importante para las mujeres, ya que muchas de ellas se enfrentaban a esta situación con mucho nerviosismo y ansiedad.

***GF2.3*** *Para mí la diferencia mayor fue la soledad, el tener que estar sola en las consultas y no poder estar acompañada de mi pareja.*

Asimismo, el tratamiento del embarazo como un acto médico individualizado y materializado en el cuerpo de la mujer embarazada, ha relegado e invisibilizado el papel de la otra persona progenitora, suponiendo consecuencias no solo en términos de la soledad vivida por las mujeres, sino también en la negación de la importancia de la vivencia de la maternidad/paternidad como un hecho compartido y de corresponsabilidad. Así, algunas mujeres comentaban que el papel que había podido tener sus parejas en el seguimiento del embarazo era muy marginal, ya que no habían podido acudir ni a las consultas ni a las clases de preparación al parto.

***GF2.6*** *Pero también es verdad que en este caso han dejado al padre en un segundo plano en el que, si tienes una relación y un entorno familiar estable, en el que las dos partes son activas de la crianza, está muy bien, pero es verdad que desde el embarazo no se da la misma posibilidad a que las dos personas están conectadas con el bebé.*

Por otro lado, la restricción también de otro tipo de acompañantes, familiares o amistades, que en muchas ocasiones son las que ayudan a las mujeres en este proceso, en especial, cuando la otra persona progenitora está ausente, también ha tenido un efecto negativo en el bienestar de las embarazadas.

***E6*** *Sí, y mi marido se fue y no había ayuda ni nada. Y yo estaba llorando con ese dolor y todo. Porque no dejaban entrar a nadie, yo sola aquí. Nunca se me va a olvidar el 2020, lo voy a recordar siempre.*

Finalmente, también desde la institución sanitaria y debido a la situación epidemiológica, se restringió el acompañamiento entre iguales, por ejemplo, el que se producía antes de la pandemia en las clases de preparación al parto, que las mujeres lo consideraban lugares de encuentro, de acompañamiento y de intercambio de experiencias fundamentales.

***GF2.6*** *[Es importante] retomar esos talleres, ese contacto físico, estar con otras embarazadas, sentir ese acompañamiento.*

Ante la ausencia de esos espacios proporcionados por los servicios de salud, algunas mujeres aludían a la importancia de contar en la red personal con otras mujeres también embarazadas con las que compartir el proceso y que refieren les ha ayudado a llevarlo y sentirse acompañadas.

***E2*** *Las amigas, al final es con las que he compartido, porque al final no puedes ir dando el coñazo, porque para ti es el centro de todo el universo, lo que va sucediendo en tu barriga. También con tu pareja y tu familia, pero no es lo mismo. Coincidir con otras, y claro, amigas, en el mismo momento es una maravilla.*

El impacto en términos de bienestar puede haber sido aún mayor en el caso de mujeres con experiencias previas negativas, como abortos o embarazos de riesgo, así como entre las madres sin hijos/as anteriores, dada la incertidumbre y desconocimiento que se producen en dichas situaciones.

**GF1.5** *Para mí será lo más duro, no poder acceder a las consultas con la pareja. Nosotros ya habíamos tenido un aborto tres meses antes y ese nerviosismo inicial...*

Este acompañamiento que se da, tanto por parte del entorno cercano de la mujer, como también por otras mujeres en la misma situación de embarazo, se restringió fundamentalmente en el sistema de salud público, pero no así en el sistema privado. Ello conllevó una mayor búsqueda de opciones alternativas y la contratación privada de servicios y recursos de atención al embarazo y educación maternal que con anterioridad a la pandemia se realizaban en el sistema público. Dado que esta limitación de la figura del acompañante no se produjo ni en las clínicas sanitarias privadas ni en los centros que ofrecen servicios asistenciales relacionados con el embarazo y el parto de titularidad privada, las mujeres con capacidad adquisitiva para poder afrontar dicho coste complementaron el seguimiento y la atención recibida en el sistema público, con un seguimiento en centros privados.

**GF2.6** *Yo por mi caso no tenía ninguna intención de hacer seguimiento por lo privado, yo con mis tres controles me daba por satisfecha, pero es verdad que yo tenía un miedo horrible a la primera ecografía, cuando me tenía que enfrentar a ir sola otra vez, a un nuevo embarazo.*

**GF2.2** *Yo en mi caso por lo mismo, fue simplemente por la compañía y porque él tuviera esa experiencia de verlo y entonces también acudimos a la preparación preparto por privado, porque él tampoco podía estar, porque era por Zoom.*

A este sentimiento de soledad durante la atención sanitaria, se une la soledad por la disminución de los contactos y la restricción de las relaciones sociales en términos generales, sobre todo en los primeros meses de la pandemia. Este sentimiento fue aún más acusado en el caso de las mujeres migrantes, pues ante esta emergencia sanitaria, no sabían si podrían volver a ver a su familia de origen, unido a la sensación de soledad que ya acarrea estar en otro país con menos red familiar y social en un momento de gran relevancia en la trayectoria vital de las mujeres.

**E4** *En ese tiempo sentí depresión, porque también extrañaba un poco a mi madre y a la familia de mi país. Algunos se habían enfermado de covid y otros habían muerto. Yo pensaba que podía ser el último año de mi madre y que no iba a poder abrazarla.*

El cambio constante de la situación epidemiológica y de los protocolos también supuso para las mujeres embarazadas una gran incertidumbre y desconcierto al no saber cómo iban a ser sus visitas de seguimiento, si se mantenían o se habían suspendido, o si cambiaba el formato a no presencial.

**GF1.3** *Claro, pero por teléfono me dijeron que la analítica me había dado bien, pero el azúcar alto, que tenía que ir a hacer otra prueba. Cuando fui al ambulatorio me dijeron «¿Tienes que estar aquí para hacer la prueba del azúcar, con este riesgo de salud?» no sé, como la enfermera riñéndome... Y yo diciendo «yo he venido porque me lo han dicho».*

El parto, momento que genera una gran incertidumbre, inseguridad y miedo en situaciones de normalidad, fue un elemento de gran preocupación para las mujeres embarazadas durante la pandemia. Las entrevistadas expresaron en repetidas ocasiones el desconcierto y miedo a cómo iba a desarrollarse el parto y a cómo iba a ser el protocolo durante su estancia hospitalaria con el bebé. Al tratarse de un evento a meses vista y ser la situación epidemiológica tan cambiante, los y las profesionales no podían contestar acerca de cómo sería ese proceso cuando la mujer tuviera que dar a luz.

***GF1.3*** *Le preguntabas al ginecólogo o matrona cómo era el protocolo y no lo sabían. Y también después, que dio positivo en [centro de salud] y la gente decía que se lo habían quitado [a su hijo] ... Y esto dos semanas antes de que yo diera a luz... Y luego que no, no era así. La gente también lo dice sin saber.*

Finalmente, dentro de las consecuencias que los cambios organizacionales de la atención perinatal conllevaron, las personas entrevistadas identifican también algunos aspectos que pueden considerarse positivos.

La vivencia del embarazo, parto y puerperio en tiempos de pandemia supuso una mayor introspección durante el embarazo y mayor intimidad tras el parto. Así, desde la perspectiva de la mayoría de las mujeres, las medidas de prevención que imponía la pandemia implicaron que, a lo largo del embarazo, tuvieran un menor contacto social y que algunas mujeres pudieran tener más tiempo para estar en casa, sola o en pareja, permitiéndoles tener más tiempo para la introspección, con menos estresores externos, lo que, según refieren, les ha hecho sentir más fuertes y "más en paz consigo mismas". También se menciona que las medidas supusieron una disminución de las visitas en los primeros días tras el parto, permitiendo a las mujeres y sus familias disfrutar más del tiempo con su hijo/a, encargarse de sus propias preocupaciones tras el duro proceso del parto y tener más intimidad durante su estancia hospitalaria.

***GF2.5*** *Fue una movida muy tocha, muy rara, pero fue bajar el ritmo de vida, eso me lo ha dado el covid, poder pensar tranquilamente en mí, en mi familia, en mi hijo y empoderarme para el parto.*

***GF2.2*** *Nosotros comentamos lo mismo ahí en el Hospital, buah, joe, no tenemos visitas, podemos descansar, luego ya la verán, no me puedo imaginar con visitas, encima mucha gente, pero bueno lo agradecimos, en ese sentido sí.*

# 6.2

## Impactos en la práctica asistencial de las y los profesionales de salud

El personal sanitario vio transformada su práctica asistencial de manera abrupta con la irrupción de la pandemia suponiendo en este colectivo diversos impactos tanto en términos de su relación con los y las pacientes, con otros/as profesionales y con la propia institución sanitaria, así como sentimientos de desconcierto, miedo y frustración.

Algunas de las restricciones impuestas durante las consultas médicas y también en el parto acarrearon muchas quejas e incomprensión por parte de las mujeres embarazadas y sus familias, y en algunas ocasiones, enfados y conflictos con los y las profesionales. Así, dichas quejas que se dirigían hacia los y las profesionales derivaban de la incomprensión acerca de las medidas que atañen a la esfera sanitaria en contraposición con otros entornos laborales y sociales. Así, mientras ya en el verano de 2020 comenzaron a permitirse actividades de ocio en los que se podían agrupar las personas, las restricciones de acceso de acompañantes y la preparación al parto fueron manteniéndose y solo recuperándose de forma gradual y desigual, llegando las restricciones en algunos centros hasta entrado el año 2022. Esto supuso una diferencia grande entre las restricciones dentro y fuera del sistema sanitario, que generó desacuerdo y frustración entre la población. Y ello unido a que estas restricciones se produjeron fundamentalmente en el sistema público, pero no en el privado, en el que las clases de preparación al parto y el acompañamiento de consultas se mantuvieron o se recuperaron desde pocos meses después del inicio de la pandemia. Todo ello contribuyó a generar una mala imagen por parte de las usuarias de la gestión sanitaria pública.

***GF2.1*** *Me daba la sensación de que puertas para fuera, socialmente, con el virus íbamos teniendo otras ventajas, pero que dentro había restricciones que se habían puesto igual hace un año pero que igual ahora no tenían por contexto mucho sentido pero que la seguíamos padeciendo.*

En este sentido, las quejas se han percibido por parte de los y las profesionales como falta de compresión por parte de las mujeres y de la población general, ya que aluden que las restricciones impuestas muchas veces venían de estamentos superiores y ellos y ellas se limitaban a cumplir con los protocolos establecidos, sin capacidad de decisión.

***P7*** *Yo creo que un poco injusto por parte de algunas usuarias, porque ellas exigían muchos derechos, pero ninguna obligación.*

Además, consideran que la población que expresaba su disconformidad con los protocolos establecidos para la realización de pruebas o durante las consultas no ha tenido en cuenta la alta exposición al virus que han tenido los y las profesionales. De hecho, gran parte de las quejas formales al servicio de Ginecología se han producido en relación a la limitación del acompañamiento, lo cual interpretan como incomprensión por parte de las usuarias del riesgo al virus que los y las profesionales han sufrido en el ejercicio de su trabajo.

> ***P2*** *Es lo que decíamos, que sale todo el mundo a aplaudir, pero cuando luego no me dejan pasar a mí a la ecografía me pongo no sé cómo y acabo poniendo una queja.*

Por otro lado, el miedo al propio contagio, a la enfermedad y a contagiar a familiares y convivientes estuvo presente en mayor o menor grado entre los y las profesionales que estuvieron activos/as estos meses. Según apuntan los y las profesionales entrevistados, este miedo al contagio, acarreó conflictos laborales entre los propios equipos, a la hora de distribuir la actividad asistencial entre los compañeros/as, a la hora de valorar cómo iban a ser las consultas y también con los/as coordinadores/as de servicio.

> ***P7*** *Yo percibía en ciertas personas que el miedo lo canalizaban hacia una desconfianza hacia mí, eso lo percibí. Yo lo intenté tomar como que no era una cosa personal, sino que era una reacción psicológica, entonces pues bueno intenté decir, «no te lo tomes por lo personal».*

Asimismo, tanto los y las profesionales clínicos, como los/as profesionales relacionadas con el área de gestión, coinciden en que la incertidumbre y falta de criterios unificados supuso un estrés y sensación de descontrol a la hora de ejercer su práctica profesional.

Además, a nivel de gestión, las personas entrevistadas coinciden en que, a pesar de que disponían de mucha información tanto de organismos institucionales como el Ministerio o las Comunidades Autónomas, o de Colegios de Médicos y Sociedades Científicas, esta información muchas veces era inabarcable, por lo que tenían que elegir sus fuentes de información y posteriormente elaborar protocolos y recomendaciones para su OSI.  Así, explican que, dada la ausencia de conocimiento sobre esta nueva enfermedad, las Sociedades Científicas se dispusieron a investigar generándose una producción científica casi diaria que se traducía en una gran cantidad de recomendaciones publicadas desde distintas fuentes. En este sentido, este "exceso de información", supuso una gran carga de trabajo de revisión echándose en falta desde el ámbito de la gestión la existencia de una única fuente de información oficial, para reducir el desconcierto y la incertidumbre a la hora de tomar decisiones y elaborar protocolos.

> ***P7*** *Hubo un aluvión de información, al principio, a los pocos meses dijeron que había más de 100.000 artículos médicos hablando del covid, más de 100.000 y la Sociedad Española de Ginecología nos manda una selección de artículos, que pueden ser 10 artículos o así. Al principio mandaban cada 2 días o así. Yo intentaba mirarlo, al muy*

*poquito tiempo pase a borrarlos todos porque era un girigai de.... artículos que muchos no tenían demasiado interés. Entonces ha habido demasiada información, pero demasiada información muy dispersa y poco estructurada.*

Los y las profesionales con actividad asistencial, fuera del área de gestión, también comentan esa sensación de desconocimiento a la hora de transmitir la información a las pacientes o no saber cómo proceder en las distintas situaciones, pues la situación cambiaba constantemente, sobre todo en los primeros meses, y en consecuencia también cambiaban los protocolos.

***P5*** *Los cambios de protocolo, te aprendías otro, y ya tenías otro... Te iban cambiando. Los protocolos cambiando constantemente...*

Finalmente, desde la perspectiva de los y las profesionales, también se han destacado aspectos positivos. En general, los y las profesionales dicen sentir gran satisfacción con el trabajo realizado. Pese a las condiciones adversas, sienten que han realizado un buen trabajo, tanto personalmente como también respecto al conjunto del equipo que ha dado atención al embarazo y al parto en diferentes niveles asistenciales, y expresan que se sienten útiles para el resto de la sociedad en un momento donde eran necesarios/as.

***P1*** *Respecto a la asistencia, cada servicio y cada especialidad te dirá cosas distintas. Pero personalmente yo creo que, en nuestra especialidad, y más en lo que es el embarazo, no cambiaría nada.*

## 6.3
## Efectos sobre la accesibilidad al sistema sanitario

La accesibilidad, es decir, la facilidad de poder acceder a consulta con tu médico/a, enfermero/a o matrona del centro de salud es uno de los pilares básicos de la AP. Para tratar de garantizar la accesibilidad, con el diseño de AP, se desarrollaron estrategias para que dicho acceso fuera efectivo, como la dotación de centros de salud en zonas rurales (consultorios locales) y en los barrios, de manera cercana a la ciudadanía, así como la atención domiciliaria para pacientes que no puede acudir (inmovilizados o graves). Todo ello sirvió para que la AP pudiera ser accesible bajo principios de equidad y ser el primer contacto con el sistema sanitario. Sin embargo, este principio esencial de la manera de entender la AP se rompió de forma paradójica con la llegada de la COVID-19, ya que es precisamente este nivel asistencial en el que mayor restricción de acceso se produjo.

De esta forma, el aumento de la no presencialidad se ha identificado como una nueva barrera de acceso al sistema sanitario para, al menos, una parte de las mujeres embarazadas. Ello se ha producido tanto en términos del acceso a tener cita con un/a profesional, como también en el acceso a servicios o recursos que se trasladaron a formato virtual, dada la diferente capacitación y disponibilidad tecnológica.

> **P5** *Al final si es presencial [las clases de preparación al parto], tú decides si ir o no porque no tienes que poner ningún recurso, pero si es online... ya dependes de otras cosas que igual no están a tu alcance. Yo me acuerdo una mujer que no tenía ordenador, cómo vas a acceder a ella...*

Así, por ejemplo, se produjeron dificultades para conseguir una cita o realizar la propia consulta telefónica derivadas de problemas técnicos (problemas con el teléfono, números erróneos, etc.), pero también, debido al escaso conocimiento o experiencia en el uso de dispositivos tecnológicos, como pasaba con las clases de preparación al parto a través de alguna plataforma de videollamada.

> **GF1.3** *En las llamadas telefónicas, no en una, en dos... no sé si es mi teléfono, que no estaba bien, pero o no me llamaban o se cortaba. Entonces tuve un par de conversiones con la matrona y se lo decía «no te entiendo bien».*

Asimismo, el traslado al formato telefónico de la atención, producía en ocasiones malentendidos con la información dada por teléfono, más si cabe cuando la paciente podía tener también barreras idiomáticas.

> **GF1.3** *Igual me llamaban y me preguntaban «¿te has pesado?» y yo «¿tenía que hacerlo?», no lo sabía y no lo había hecho. Pues la próxima vez que te peses y te llame así, y todo un poco así.*

A esto se añadía que en muchas ocasiones las propias mujeres no sabían si la consulta era telefónica o presencial, perdiendo alguna cita presencial esperando la llamada o al revés, yendo al centro de salud y al llegar encontrar que tenían que volver a casa y esperar la llamada.

Por otro lado, más allá de las visitas o consultas individuales con la matrona, el acceso a las actividades grupales en los centros de salud se vio fuertemente afectado, pues se eliminaron desde el inicio de la pandemia y, durante varias fases de la misma, solo se realizaron de manera virtual. Estas actividades grupales telemáticas requieren un conocimiento, tanto por parte de las profesionales, como de las usuarias, y unos recursos materiales que no todas poseen, siendo las mujeres migrantes y las que menos recursos materiales tienen las más afectadas.

> **E5** *Cuando me lo dijeron yo intenté conectar con ellos y me ha costado como dos semanas. Porque yo no sabía conectar con ellos. Yo les llamé y ella me seguía mandando y mandando. Y la semana que yo pude conectar con ella es la semana que terminaba.*

Estas barreras para acceder y utilizar la asistencia sanitaria se produjeron únicamente, o de manera intensa, en el sistema sanitario público, mientras que, en la asistencia privada, la accesibilidad no se vio tan comprometida. Pese a que las recomendaciones generales en los hospitales y centros de salud era reducir al máximo las consultas presenciales, en las clínicas privadas, excepto los primeros meses del estado de alarma, se mantuvieron las consultas presenciales y las actividades grupales. La ausencia de clases de preparación al parto presenciales llevó a algunas mujeres a hacer esta actividad grupal en atención sanitaria privada con el fin de paliar este déficit.

***GF2.4*** *A mí me pasaba lo mismo, que por la pública no ofrecían, ella nació en enero y me dijeron que a lo mejor en diciembre en el ambulatorio de [municipio] iniciarían las clases. Yo porque me pude permitir por una asociación pagarme por empresa asociación materna, que abarca cursos y así, poderme costearlo. Porque al final yo era primeriza, estaba nerviosa, y ya no solo por mí, sino por compartir algo con mi pareja, que en sanidad publica le habían tenido totalmente ajeno a toda la consulta y al procedimiento, entonces de momento yo porque me lo pude pagar, pero no es barato.*

La presencialidad permitida en la provisión de asistencia sanitaria privada fue uno de los motivos aludidos por los que la mayoría de las mujeres entrevistadas señalan que optaron por el seguimiento doble (privada y público) o incluso solo privada. Otro de los motivos ampliamente comentados era la posibilidad de acompañamiento de sus parejas durante las visitas ecográficas.

***E2*** *No, bueno igual el hecho de que sabes que igual van a ser más flexibles en algunas cosas. Saber que iba a estar con mi pareja.*

Además, en el seguimiento por seguro privado se realizaban más controles ecográficos, lo que tranquilizaba a las mujeres gestantes, pues se aseguraban "de que todo iba bien".

***GF2.5*** *Pero bueno por lo menos te quedas tú con la tranquilidad de que todo va bien, de que todo va siguiendo su, que hay una evolución, que nada se te escapa, es que jo, en tres revisiones puede pasar ahí de todo.*

Es reseñable que la mayoría de mujeres entrevistadas, salvo las mujeres de perfil socioeconómico más vulnerable, hicieron algún tipo de seguimiento por vía privada, ya sea fisioterapia, educación maternal o los propios controles ginecológicos. También hubo mucho seguimiento mixto (público y privada), sin embargo, como comentaban las ginecólogas entrevistadas, esto era ya una tendencia en ascenso previa a la pandemia.

# 6.4
## Efectos sobre la calidad asistencial

Los cambios organizativos en la atención sanitaria que se impusieron de forma brusca con la llegada de la pandemia de la COVID-19 han podido afectar a la calidad de la atención perinatal provista durante las diferentes fases de la misma.

Si bien la calidad asistencial se favorece habitualmente gracias a protocolos, guías y procedimientos confiables y conocidos por los y las profesionales, durante la pandemia, según las personas entrevistadas, la incertidumbre era alta y muchas de estos/as profesionales entrevistados/as expresaron su malestar por no saber en muchos momentos en qué situación se encontraban respecto a las actualizaciones de procedimientos, los protocolos nuevos o aspectos relacionados con la vacunación de mujeres embarazadas, por lo que no podían responder las dudas de éstas.

> ***P3*** *Con la vacuna también, porque al principio no se sabía, primero que solo Moderna, luego que si se podía. Te llamaban las mujeres, nosotras no teníamos información hasta muy tarde.*

En términos de calidad asistencial, una de las cuestiones más destacadas ha sido la pérdida de la posibilidad de acompañamiento durante los controles ecográficos y otras consultas de seguimiento de embarazo. Este alejamiento forzado del otro/a progenitor/a del proceso de embarazo, relegándole a un segundo plano y recibiendo información únicamente a través de la mujer ha generado malestar no sólo en el caso de las mujeres que se han sentido más solas y asustadas durante el proceso, sino también en el caso de la otra persona progenitora, suponiendo una merma en la calidad de la atención recibida.

> ***GF2.6*** *Yo tuve un aborto diferido, entonces no me enteré de que mi bebé no estaba latiendo, y al final en la ecografía, yo me enteré de esa noticia sola, completamente sola, entonces para mí sí ha marcado un miedo enorme.*
>
> ***GF2.2*** *Si es lo que le decía, yo lo siento, yo lo llevo, el pobre está ahí "pintao", no, no, no me parece justo y al final decidimos acudir a la privada.*

Las mujeres entrevistadas han percibido un déficit en la atención que se les proporcionó derivado de la ausencia o el formato adaptado de la educación maternal y las clases de preparación al parto. Estas sesiones grupales suponen no solo un espacio para aprender con la matrona, sino también un lugar de intercambio de dudas y de aprendizaje entre iguales, un espacio para compartir con otras mujeres embarazadas y sentirse parte de un grupo de confianza e intercambio.

**GF1.5** *Sí que lo he echado mucho de menos, ponía mucho empeño la matrona anterior [de su anterior embarazo], en las clases de pre parto y en las de post parto. Y las clases previas no eran sólo lo que te contaba a nivel teórico, sino un intercambio de experiencias, de conocimiento, con las que están en tu situación.*

Por otro lado, la calidad asistencial se ha podido ver comprometida dado el impacto de la no presencialidad en la relación médico/a-paciente. El formato telefónico o virtual implicó la pérdida de cierta calidez en lo relacional y en el establecimiento de relaciones de confianza, que derivan en un conocimiento más profundo de la situación de la mujer y sus necesidades.

**E2** *[...] pues tacto, cuando estás con otras personas. Necesitas una atención que sea cercana, que sí que hay un riesgo de contagio, pero también igual hay que sopesarlo, el riesgo real que existe de contagio y la atención que necesita esa persona. Y yo creo que sí, que las mujeres embarazadas, sobre todo las primerizas, que necesitaban eso, sentir a la persona que les estaba acompañada.*

Finalmente, y de forma especial, los cambios en la atención han tenido un impacto importante en la calidad de la asistencia a las mujeres más vulnerables, como menores de edad o personas con bajo dominio del idioma, que han sufrido más estas restricciones, pues el/la acompañante no solo sirve de apoyo emocional, sino también como gestor de la información.

**E3** *Yo le decía, pero ¿puede entrar mi madre que soy menor? Y me decían, no, no, no se puede por protocolo, y claro me decían algo y no me enteraba mucho.*

## 6.5
## Efectos sobre la equidad en salud

En términos de equidad en salud, la atención perinatal ha sufrido un impacto en dos elementos de diferente tipo, por un lado, en términos de desigualdad territorial y, por otro lado, en relación a las desigualdades sociales en el acceso a la salud. A su vez, tanto las estrategias de adaptación a la nueva situación por parte de las propias mujeres, como la propia vivencia del embarazo, fueron también desiguales, variando según el nivel socioeconómico.

En primer lugar, dada la descentralización de la organización sanitaria en la CAPV que permite autonomía a cada una de las OSI, los protocolos de actuación y la atención sanitaria se produjo de forma distinta en cada una de ellas. Por otro lado, a nivel de los centros de salud, cada matrona decidía cuándo era necesaria una atención presencial y cuándo podía seguir haciéndose telefónicamente.

A su vez el formato de los grupos de preparación al parto en AP no estaba protocolizadas, por lo que la implementación dependía de cada matrona en los centros de salud. Esta falta de unificación de criterios ha dado lugar a importantes desigualdades territoriales, por lo que dependiendo del lugar de residencia las mujeres podían optar a unos servicios u otros.

**P3** *Luego en el [sistema] público, en algunos sitios sí, pero en otros no. Entonces, desde el punto de vista de la equidad, lo que he dicho antes: ha habido diferencias significativas por comarcas.*

En segundo lugar, desde un enfoque de desigualdades sociales en salud, los cambios en el tipo de atención sanitaria y en la forma de acceso a la misma pudieron tener un impacto desigual, dada la desigual distribución de recursos para gestionar y adaptarse a estos cambios. Así, a la hora gestionar citas o en el uso de nuevas tecnologías, según explican los y las profesionales, cabe esperar que sean las mujeres más vulnerables, las que no hablan bien el idioma o las que menos recursos materiales tienen, las que hayan tenido mayores dificultades para solventar estos problemas.

**P6** *Hay mujeres que le ibas a mandar por ejemplo enlace de Zoom y o no tenían correo electrónico, o no tenían ordenador en casa, o no sabían conectarse, y seguramente muchas mujeres no han accedido a la preparación al parto por eso.*

**P3** *Pues, por algún motivo, es más fácil que vengan a una preparación presencial que a una preparación online. Y probablemente no sea una cuestión de tener Internet, un ordenador o un móvil en casa. Probablemente no es eso. Pero hay algo, que no sé lo que es, que hace que las mujeres racializadas acudan más a la preparación presencial.*

Asimismo, todas las mujeres entrevistadas mostraban preocupación por la salud propia y del feto, expresando su miedo acudir a los centros de salud y hospitales, sin embargo, las estrategias para solventar ese miedo y desconcierto ante esta nueva forma de organización sanitaria fueron también profundamente desiguales. Por un lado, las mujeres con más recursos socioeconómicos optaron por el seguimiento del embarazo a través de atención sanitaria privada ya sea para hacer alguna revisión, o para recibir clases de preparación al parto, o incluso matronas a domicilio para el seguimiento del embarazo y el parto para, entre otros motivos, reducir el contacto y potencial contagio.

**GF1.4** *Yo insistía en no utilizar Osakidetza que intenté evitar todo esto. Fue una de las razones para tenerla en casa, también es verdad que tenía ganas de probarlo, pero esto me animó a decir, bueno con todo lo que se oía, haré las pruebas concretas que tenga que hacer, pero lo usaré lo menos posible. Y tuve la oportunidad de tenerlo en casa.*

**GF2.2** *Al final pues decidimos ir a la privada para hacer dos seguimientos, para no sé algo más, para ver algo más y para que él lo viera.*

**P3** *Yo veo un problema de privatización y la desigualdad.*

Por el contrario, en el caso de mujeres con bajo nivel socioeconómico, que no pudieron optar por la atención privada, pero también producto de ese miedo al contagio, evitaron incluso acudir al centro sanitario público, pese a tener dudas o tener alguna necesidad.

> ***E5*** *Mi matrona me atendió bien en el embarazo, pero yo tenía mucho miedo por la pandemia y por todo. A veces tenía alguna necesidad y tenía miedo para ir. He fallado a muchas visitas por este miedo.*

Finalmente, en lo referente a vivencia de embarazo y bienestar emocional, llama la atención que las mujeres con más recursos socioeconómicos, pudieron identificar aspectos positivos de la vivencia del embarazo durante las primeras fases de la pandemia, como mayor introspección y tiempo para ellas mismas. Sin embargo, es destacable que las mujeres de mayor vulnerabilidad en términos socioeconómicos, como las de origen migrante, no han podido identificar ninguna de estas fortalezas o aspectos positivos, siendo el miedo y la soledad las sensaciones que más identifican.

> ***E6*** *Yo quería que mi esposo viniera para que me acompañara, porque con lo del covid en ese momento me puse nostálgica. Porque en mi país muchos familiares murieron por el covid. Y yo no quería que tal vez por una circunstancia pasase eso... no sé, me sentía triste. Estaba melancólica. Y yo quería que mi esposo estuviese a mi lado para darme fuerzas ...pero lamentablemente mi esposo no podía y nosotros vivimos de lo que él trabaja en el día a día. Entonces, «¿qué podía hacer?» Tenía que apañármelas.*

Por último, cabe destacar que, si bien los y las profesionales del ámbito clínico muestran consciencia sobre el potencial impacto en términos de equidad que las medidas para la gestión de la pandemia han tenido, no ocurre así por parte de las personas que se encuentran en el nivel de gestión, entre las que existe una falta de percepción de la magnitud de estas posibles desigualdades en el acceso a la salud, identificando solo como posible factor de desigualdad asociado la existencia de barrera idiomática. Seguramente como resultado de ello no se elaboraron mecanismos o protocolos para intentar revertir estas desigualdades.

> ***P8*** *Pues mira puede sí. ¿Pudo generar desigualdad? Si. No creo que mucha, pero un poco sí. No creo que mucha, porque no creo que no haya ninguna mujer de la educación maternal que no tuviera teléfono. Yo las veía, es que estoy andando, y hacían la clase andado. No es lo mismo, como siempre digo. ¿Qué había mujeres que no tenían email? Cuatro, es que no se si hay alguna. La única desigualdad que yo veo es cuando la mujer no conoce el idioma.*

> ***P6*** *Se hizo un protocolo, que era embarazas, y factores de riesgo, pero en ningún momento se tenía en cuenta el nivel socioeconómico ni la accesibilidad de esas mujeres. Eso no se ha tenido en cuenta. Si se hubiera tenido en cuenta se hubiera ayudado a esas mujeres, por ejemplo, en lo de la preparación y eso, acceder. Ofrecerlas los recursos.*

7

# APRENDIZAJES ANTE FUTURAS SITUACIONES

De las percepciones y vivencias, tanto las mujeres entrevistadas, como de los y las profesionales, se pueden extraer algunas ideas clave que sirven como elementos a considerar para una gestión más adecuada de la atención perinatal en el contexto de crisis sanitarias o a la hora de implementar modelos de atención basados en las nuevas tecnologías.

Como hemos comentado, la restricción de acompañantes durante las visitas es una de las medidas más criticadas, ya que supuso una exclusión de uno/a de los/as progenitores del proceso de embarazo, minimizando su participación y convirtiéndoles en sujetos prescindibles, derivándose de ello un papel menor en un momento clave de la configuración de la identidad de la maternidad/paternidad y contribuyendo a mantener las bases de la responsabilidad de la crianza en la mujer-madre. Asimismo, esta exclusión ha generado también situaciones de especial soledad, angustia, miedo e incertidumbre entre las mujeres embarazadas, especialmente aquellas más vulnerables, en términos tanto socioeconómicos, como también entre las mujeres primerizas.

Por otro lado, otra de las medidas que más impacto ha generado fue la reorganización de la educación maternal y las clases de preparación al parto, reduciéndose su cantidad y priorizándose la no presencialidad, siendo además desigual en términos del formato y los servicios ofrecidos según la matrona de cada centro de salud. Tanto por parte de las mujeres como de los y las profesionales, se señala la necesidad de mantener los grupos de mujeres de forma presencial, dada la necesidad de intercambio de experiencias y conocimientos que suponen estos espacios, que favorecen la adquisición de conductas saludables durante el embarazo, así como reducen el malestar emocional asociado a un proceso de gran importancia en la vida de las mujeres.

Asimismo, los y las profesionales han identificado algunos elementos que pueden ser considerados para el aprendizaje e incorporados a la práctica asistencial en el corto y medio plazo. En este sentido, el alta precoz y la restricción de visitas de familiares y amistades tras el parto han sido valoradas como medidas positivas que la pandemia ha impuesto, pero que también pueden ser beneficiosas en situaciones de normalidad.

Sin embargo, tanto las mujeres como los y las profesionales identifican la necesidad de priorizar la presencialidad en las consultas de seguimiento de embarazo, y en aquellas que no fuera estrictamente necesaria la presencialidad como, por ejemplo, aquellas que no precisaran de exploración física, pudiera ser decidido el formato a criterio de cada paciente.

Finalmente, desde la perspectiva de las mujeres, se destaca la falta de protocolos específicos para la atención a mujeres embarazadas en las urgencias generales y en los centros de salud, pues las medidas de prevención que se han adoptado para frenar la pandemia, no han tenido en cuenta la condición especial de estas mujeres, limitándose a tener que seguir las instrucciones generales para el resto de la población. También encontramos, entre los y las profesionales encargadas de la gestión, demandas de unificación de criterios e información a nivel nacional, pues se produjo un retraso de información y gran desconcierto entre la población.

# BIBLIOGRAFÍA


1. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(6):521–31.

2. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. Reprod Health. 2021 Jan;18(1):10.

3. Wastnedge EAN, Reynolds RM, van Boeckel SR, Stock SJ, Denison FC, Maybin JA, et al. Pregnancy and COVID-19. Physiol Rev [Internet]. 2020/09/24. 2021 Jan 1;101(1):303–18. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32969772

4. Ahlers-Schmidt CR, Hervey AM, Neil T, Kuhlmann S, Kuhlmann Z. Concerns of women regarding pregnancy and childbirth during the COVID-19 pandemic. Patient Educ Couns. 2020 Sep;103(12):2578–82.

5. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord [Internet]. 2020;277:5–13. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720325799

6. Farewell C V, Jewell J, Walls J, Leiferman JA. A Mixed-Methods Pilot Study of Perinatal Risk and Resilience During COVID-19. J Prim Care Community Health [Internet]. 2020 Jan 1;11:2150132720944074. Available from: https://doi.org/10.1177/2150132720944074

7. Bradfield Z, Wynter K, Hauck Y, Vasilevski V, Kuliukas L, Wilson AN, et al. Experiences of receiving and providing maternity care during the COVID-19 pandemic in Australia: A five-cohort cross-sectional comparison. PLoS One [Internet]. 2021 Mar 24;16(3):e0248488–e0248488. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33760851

8. Overbeck G, Graungaard AH, Rasmussen IS, Andersen JH, Ertmann RK, Kragstrup J, et al. Pregnant women's concerns and antenatal care during covid-19 lock-down of the danish society. Dan Med J. 2020;67(12):1–7.

9. Mortazavi F, Ghardashi F. The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2021;21(1):193. Available from: https://doi.org/10.1186/s12884-021-03691-y

10. Matvienko-Sikar K, Pope J, Cremin A, Carr H, Leitao S, Olander EK, et al. Differences in levels of stress, social support, health behaviours, and stress-reduction strategies for women pregnant before and during the COVID-19 pandemic, and based on phases of pandemic restrictions, in Ireland. Women Birth [Internet]. 2020/10/23. 2021 Sep;34(5):447–54. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33162362

11. Riley V, Ellis N, Mackay L, Taylor J. The impact of COVID-19 restrictions on women's pregnancy and postpartum experience in England: A qualitative exploration. Midwifery [Internet]. 2021/06/05. 2021 Oct;101:103061. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34153739

12. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2020;20(1):600. Available from: https://doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2

13. Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, Vannacci A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. Women Birth [Internet]. 2020/07/13. 2021 Jul;34(4):335–43. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32684343

14. Wilson AN, Sweet L, Vasilevski V, Hauck Y, Wynter K, Kuliukas L, et al. Australian women's experiences of receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional national survey. Birth [Internet]. 2021/06/27. 2022 Mar;49(1):30–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34180087

15. Justman N, Shahak G, Gutzeit O, Ben Zvi D, Ginsberg Y, Solt I, et al. Lockdown with a Price: The impact of the COVID-19 Pandemic on Prenatal Care and Perinatal Outcomes in a Tertiary Care Center. Isr Med Assoc J. 2020;22(9):533–7.

16. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. BMJ Glob Heal [Internet]. 2020 Jun 1;5(6):e002967. Available from: http://gh.bmj.com/content/5/6/e002967.abstract

17. Montagnoli C, Zanconato G, Ruggeri S, Cinelli G, Tozzi AE. Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. Midwifery [Internet]. 2020/12/26. 2021 Mar;94:102916. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33412360

18. Javaid S, Barringer S, Compton SD, Kaselitz E, Muzik M, Moyer CA. The impact of COVID-19 on prenatal care in the United States: Qualitative analysis from a survey of 2519 pregnant women. Midwifery [Internet]. 2021;98:102991. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661382100070X

19. Madden N, Emeruwa UN, Friedman AM, Aubey JJ, Aziz A, Baptiste CD, et al. Telehealth Uptake into Prenatal Care and Provider Attitudes during the COVID-19 Pandemic in New York City: A Quantitative and Qualitative Analysis. Am J Perinatol [Internet]. 2020/06/09. 2020 Aug;37(10):1005–14. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32516816

20. Galle A, Semaan A, Huysmans E, Audet C, Asefa A, Delvaux T, et al. A double-edged sword—telemedicine for maternal care during COVID-19: findings from a global mixed-methods study of healthcare providers. BMJ Glob Heal [Internet]. 2021 Feb 1;6(2):e004575. Available from: http://gh.bmj.com/content/6/2/e004575.abstract

21. Mortazavi SS, Assari S, Alimohamadi A, Rafiee M, Shati M. Fear, Loss, Social Isolation, and Incomplete Grief Due to COVID-19: A Recipe for a Psychiatric Pandemic TT -. BCN [Internet]. 2020 Mar 1;11(2):225–32. Available from: http://bcn.iums.ac.ir/article-1-1785-en.html

22. Molgora S, Accordini M. Motherhood in the Time of Coronavirus: The Impact of the Pandemic Emergency on Expectant and Postpartum Women's Psychological Well-Being. Front Psychol. 2020;11.

23. Ministerio de Sanidad. Cartera de servicios Atención Primaria [Internet]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm

24. Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gérvas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev Adm Sanit Siglo XXI [Internet]. 2006;4(2):357–82. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-coordinacion-entre-atencion-primaria-13091843

25. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. London: Oxford University Press; 1998.

26. Ley 9/1983, del 19 de mayo, del "Servicio Vasco de Salud Osakidetza". BOPV, nº 77 [Internet]. Available from: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-4819

27. Ley General de Sanidad (1986). BOE, nº 102. [Internet]. Available from: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.htm

28. Hernando Sarachaga G, Izaguirre Olaizola J, Aguirre García MS. Integración del cuidado de la salud en Euskadi: estudio cualitativo y diagnóstico del proceso de implementación de Osakidetza-Sistema Vasco de Salud. Cuad Gestión, [Internet]. 2021;http://www-ehu-eus/cuadernosdegestion/revista/en/p. Available from: https://econpapers.repec.org/article/ehucuader/49758.htm

29. Izagirre-Olaizola J, Hernando-Saratxaga G, Aguirre-García M-S. Integration of health care in the Basque Country during COVID-19: the importance of an integrated care management approach in times of emergency. Prim Health Care Res Dev. 2021/08/11. 2021;22:e39.

30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol [Internet]. 2006;3(2):77–101. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa

# ANEXO I
# GUION DE GRUPO FOCAL MUJERES EMBARAZADAS

## IV. MARCO INICIAL

- Bienvenida
- Breve presentación del estudio Euskampus y los objetivos del encuentro (discusión de sus vivencias y sentimientos como gestantes durante el Covid)
- Agradecimiento y valoración de participación
- Declaración de reglas:
  - » Intercambio amistoso: compartir y discutir diferentes experiencias y puntos de vista
  - » De una serie de preguntas abiertas lanzadas al grupo
  - » Hablar y respetar a las demás
  - » Tiempo aproximado: 1h: 30
- Consentimiento informado y grabación del audio:
  - » Comentarios sobre el respeto al anonimato y la confidencialidad
  - » Solicitud de aprobación para la grabación
  - » Firma y recogida de CI

## V. RONDA DE PRESENTACIÓN (con el nombre es suficiente)

- Mes de nacimiento y nombre del bebé
- Número de hijxs
- Profesional o estructura responsable del seguimiento perinatal. ¿Seguimiento público/privado?

## VI. DISCUSIÓN DE GRUPO

### Opinión sobre la calidad del seguimiento y apoyo de los/as profesionales perinatales

- ¿Cómo ha sido la atención al embarazo que habéis tenido? ¿Ha sido como esperabais? ¿Qué elementos habéis echado en falta?
- ¿Cómo describiríais el apoyo dado por los/as profesionales encargados/as de seguir su embarazo?
- A lo largo de diferentes fases de la pandemia, los protocolos de atención al embarazo han cambiado ¿cómo ha sido en vuestro caso? ¿Os ha tocado vivir cambios en esos

protocolos? ¿Cómo ha sido la comunicación de esos cambios? ¿Cómo os habéis sentido al respecto?

- Aspectos destacados (positivos y negativos) de cómo ha sido el seguimiento del embarazo
- Valoración de los siguientes aspectos (si no se han mencionado anteriormente):
  - » Accesibilidad: atención telefónica, concertar cita, organizar consultas, etc.
  - » Calidad del seguimiento del/la profesional: asesoramiento, información sobre embarazo, Covid, etc.
  - » Calidad de la relación: confianza, escucha, apoyo emocional ...
  - » Lugar dado del acompañante (si lo hubiera)
  - » Sesiones de preparación para el parto
  - » El momento del parto y atención percibida
  - » El postparto: seguimiento y atención a la mujer
- En relación a su anterior hijo/a (las que lo tengan), ¿en qué aspectos creéis que ha cambiado el seguimiento del embarazo durante la pandemia? (accesibilidad de los profesionales, atención recibida y programas de preparación al parto)

### Experiencias y vidas como mujeres embarazadas durante la pandemia

- Excluyendo la atención médica, ¿cómo vivió su embarazo en el contexto de Covid-19?
- Aspectos positivos de sus experiencias
- Dificultades, preocupaciones
- Estrategias para superarlos
- Búsqueda de información u otras redes de apoyo (digitales, comunitarias)

### Aspectos a mejorar

- ¿Sugerencias de mejora para satisfacer las necesidades de las mujeres embarazadas en situaciones excepcionales como la vivida?

## VII. CIERRE

- ¿Algún otro comentario / palabras antes de finalizar?
- Gracias
- Devolución de los resultados del estudio para todas las participantes

# ANEXO II
# GUION DE ENTREVISTA A PROFESIONALES

**Objetivo general del estudio:** analizar el impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas para reorganizar la atención perinatal sobre la calidad de la atención del embarazo y postparto y la equidad en dicha atención.

**Objetivo de las entrevistas:** conocer las formas de organizar los servicios de atención al embarazo y el postparto por parte de los servicios perinatales, así como las experiencias y vivencias de los/as profesionales involucrados/as en un contexto pandémico.

## I. MODALIDADES DE SEGUIMIENTO PERINATAL

- ¿Cuál es su principal tarea en relación con el seguimiento del embarazo? ¿Cómo describiría su papel en la atención al embarazo?
- ¿Podrías explicarme cómo era la atención al embarazo con antelación a la COVID-19, desde que una mujer contacta con los servicios de salud por este motivo?
- ¿Cuáles fueron los principales cambios en la organización y manejo del embarazo durante la primera fase de la crisis de COVID-19? (Protocolo de salud, remodelación de espacios físicos, reorganización de consultas y exámenes de rutina, teleconsulta...)
- ¿Y en fases posteriores? ¿Cómo ha ido evolucionando la atención a las mujeres embarazadas?
- ¿Cómo le comunicaron los cambios en la manera de atender, hacia la no presencialidad? ¿Y cada uno de los protocolos que se han ido dando? ¿Ha sido diferente a lo largo de estos dos años? ¿De dónde venían las indicaciones o directrices?
- En concreto, en su centro de salud ¿cómo se organizó la atención? ¿Y ahora cómo se está dando? ¿Hay diferencias con otros centros de salud? ¿Qué margen de decisión tenéis?
- Respecto a la relación con las mujeres embarazadas, ¿cómo ha sido? ¿Qué aspectos cree que han sido importantes para establecer/mantener esa relación?
- ¿Cómo cree que ha cambiado su práctica profesional? ¿Cuáles han sido las principales adaptaciones?
- ¿Cuál es su valoración de estos cambios? (Puntos positivos / negativos sobre la calidad de la atención, el acceso a la atención, la equidad ...)

## II. USO DE TELECONSULTA O ATENCIÓN NO PRESENCIAL (solo si no se mencionó anteriormente)

Dentro de los cambios que se han dado en la atención perinatal, uno de los más llamativos, tiene que ver con la atención no presencial.

- Antes de la pandemia, ¿se realizaba algún tipo de atención no presencial? ¿A qué nivel ha llegado ahora?
- ¿Cuándo hablamos de teleconsulta, ¿en qué piensas, en qué se concreta?
- ¿En qué situaciones se ha utilizado esa teleconsulta o atención no presencial? ¿Y en cuáles no?
- ¿Cuál es su valoración de la teleconsulta para el seguimiento del embarazo? W(Ventajas y limitaciones)

## III. EXPERIENCIAS Y LECCIONES DE LA PANDEMIA

- Como profesional de la salud, ¿cómo se sintió durante la primera ola de COVID-19? (Aspectos destacados, tanto positivos como negativos) ¿Y en fases posteriores?
- ¿Cuáles fueron sus principales dificultades, preocupaciones o desafíos?
- ¿Qué estrategias ha desarrollado para enfrentarlos?
- ¿Qué lecciones puede aprender de su experiencia como profesional?
- En su entorno profesional cercano, ¿consideras que otros profesionales tienen una experiencia y percepción similar a la tuya?

## IV. CALIDAD Y EQUIDAD

- ¿Qué impactos sobre la calidad de la atención has podido percibir?
- ¿Qué desigualdades han podido crear los cambios en la reorganización de la atención al embarazo? ¿Crees que estas desigualdades permanecen a día de hoy?
- ¿Qué perfil de mujeres cree que se has visto más afectada por los cambios que se han producido en la atención al embarazo?
- ¿Cree que algunas de estas dificultades estaban presentes antes de la pandemia? ¿En qué manera la pandemia las ha visibilizado o las ha intensificado?

## V. PROPUESTAS DE MEJORA

¿Cuáles serían sus propuestas para asegurar una atención adaptada a las necesidades de las mujeres en el contexto de una nueva situación similar?

# LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO Y EL PARTO EN EUSKADI DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

eman ta zabal zazu

Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea

opik