

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

A photograph of two hands, one from a woman and one from a man, gently cupping each other to form a heart shape. The hands are positioned in the center of the page, with the woman's hand on the left and the man's on the right. The background is a soft, warm orange color.

Impacto de la pandemia de la COVID-19 en
el acompañamiento durante el parto

Informe n.º 2, julio 2022

Sandra Ezquerra, Montse Fernández, Andrea Sánchez,
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 tiempo de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña**

Impacto de la pandemia de la COVID-19 en el acompañamiento durante el parto (Informe n.º 2 de la serie)

2022

ISBN 978-84-126438-1-7

Vic (Barcelona)

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

Grupo de investigación Societats, Polítiques y Comunitats Inclusives – SoPCI

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

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Equipo de investigación: Sandra Ezquerra (IP), Marta Benet, Montse Fernández, Christel Keller, Michelle Borges, Louise Bia, Andrea Sánchez Soler, M^a Antònia Coli Ferragut

Traducción del original en catalán: Alba Rovira Font



SoPCI

**Societats, Polítiques
i Comunitats Inclusives**



Càtedra **UNESCO**
**Dones, Desenvolupament
i Cultures**

UVIC-UCC

Proyecto financiado a cargo de los créditos recibidos del Ministerio de Igualdad (Secretaría de Estado de 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 parto.....	9
3. Principales resultados.....	11
3.1. Acompañamiento antes y durante la pandemia	11
3.2. Acompañamiento según finalización del parto.....	14
3.3. Acompañamiento en las distintas regiones sanitarias	16
3.4. Acompañamiento en el sistema público y privado de salud.....	18
3.5. Factores clave en el acompañamiento en todo momento de la persona de elección de la madre	19
4. En síntesis.....	26
5. Referencias.....	28



1. Introducción

En marzo de 2020 la pandemia global provocada por la COVID-19 generó una crisis sanitaria y de cuidados a nivel internacional. En Cataluña, como en muchos otros lugares del Estado español, de Europa y del mundo, los servicios sanitarios se vieron desbordados no sólo para dar respuesta a los estragos causados por la nueva enfermedad sino para atender otras situaciones, como la atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.

En este contexto, las medidas adoptadas en los servicios de salud para hacer frente al escenario de emergencia ocasionaron importantes alteraciones de los procesos de atención a la maternidad tal y como se venían realizando hasta el momento. Una de las manifestaciones de estos cambios fue la introducción de restricciones en numerosos países de la presencia durante el parto de una persona acompañante escogida por la mujer (Horsch, Lalor, & Downe, 2020; Mollard & Wittmaack, 2021; Stephens, Barton, Bentum, Blackwell, & Sibai, 2020). En algunos lugares de Cataluña y del Estado español esto se produjo a pesar de que tanto el Ministerio de Sanidad (2020) como el Departament de Salut (2020) establecieron que no había motivos para restringir el acceso de la persona acompañante al parto si se tomaban las medidas de protección necesarias. De hecho, desde los inicios de la pandemia fueron publicadas numerosas recomendaciones profesionales defendiendo la preservación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres embarazadas (International Confederation of Midwives 2020) y recordando que incluso en contextos de crisis como el que se vivió a partir de marzo de 2020, todas las mujeres tienen derecho a una experiencia de parto segura y positiva (FAME 2020). Ante esta situación, se erigieron numerosas voces denunciando 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 (Mujer Luz 2021; El Parto es Nuestro 2020; Vivas, 2020) y se organizaron respuestas desde la sociedad civil (El Parto es Nuestro 2021) y ámbitos profesionales (Pastor, 2020).

Partiendo del interés por entender la medida y la manera 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 *Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya* 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 ha recibido apoyo de la Secretaría de Universidades e Investigación del Departamento de Empresa y Conocimiento de la Generalidad de Cataluña (2017SGR0657). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación de la *Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya*.

Más allá de las publicaciones y otros resultados científicos derivados 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 de máxima vulnerabilidad y necesidad de cuidado y acompañamiento. Por otra parte, también nos parece importante publicar los principales resultados de la investigación en este formato divulgativo de breve informe para hacerlos hacer accesibles a diferentes públicos:



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

Como decíamos, la pandemia de la COVID-19 tuvo un impacto devastador, de dimensiones aún no conocidas, en el sistema sanitario catalán. Este impacto se ha traducido no sólo en enormes dificultades para dar respuesta a los impactos de la nueva 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 parte de los sistemas de salud se han visto 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: se cancelaron visitas, pruebas y grupos de apoyo y acompañamiento al embarazo, parto y postparto; las mujeres se vieron obligadas a parir con mascarilla; se las cambió de hospital en el último momento y, a menudo, no se 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 para visibilizarlas y para entender los impactos que han tenido en ellas, sus criaturas y su entorno inmediato. Y, sobre todo, esperamos que una radiografía como la que nos proponemos ofrecer aquí contribuya a generar aprendizajes para revertir los retrocesos que con la pandemia se han generado en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e impulsarlos de nuevo.

Éste es el **segundo de una serie de informes resultantes del proyecto de investigación Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña**. Se centra en las **experiencias de acompañamiento al parto por la persona de elección de la madre durante la pandemia**. Esta persona suele asociarse con el otro progenitor, aunque puede ser un familiar o persona cercana a la madre y también una *doula*. La evidencia científica señala la presencia de la persona acompañante durante el parto como un importante apoyo físico y emocional a la mujer (López-Villar, 2011) e imprescindible para garantizar una experiencia de parto satisfactoria (Macpherson, Roqué-Sánchez, Legget, Fuertes & Segarra, 2016; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004). A su vez, la Organización Mundial de la Salud incluye entre sus recomendaciones: “El acceso a tener un apoyo continuo de elección es imprescindible para actuar de forma respetuosa con la mujer y mantener una buena atención a la maternidad, satisfaciendo las necesidades de la familia” (Oladapo et al., 2018). Así, es enormemente relevante comprender la medida y la forma en que este apoyo ha sido restringido durante la pandemia.

Hemos elegido esta temática para continuar esta colección de informes sobre los impactos de la pandemia en la atención sanitaria a la maternidad en Cataluña con la voluntad de contribuir a la reflexión sobre las tensiones que durante esta crisis se han generado entre una atención humanizada y centrada en la persona -y de forma específica, respecto de la posibilidad de estar acompañada en todo momento por la persona de elección de la madre-, y las medidas de seguridad que se decidieron adoptar



en un contexto de riesgo de contagio, medidas que a menudo se materializaron en protocolos y decisiones que contradecían las expectativas, deseos y necesidades de las mujeres. Las políticas sanitarias y los servicios de atención a la maternidad no sólo deberían centrarse en proteger la seguridad de las mujeres y de los y las profesionales sanitarias que las atienden sino en promover los sentimientos de las mujeres de control y seguridad en su espacio de parto (Mollard & Wittmaack, 2021).

Si deseáis estar al corriente de la publicación de datos y resultados del proyecto de investigación y recibir futuros informes sobre otros aspectos y temáticas de los impactos de la pandemia de la COVID-19 en la atención sanitaria a la maternidad en Cataluña podéis rellenar 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 de 2018 hasta finales de septiembre de 2021, contando con esta forma con un grupo diana (mujeres con una experiencia posterior al 13 de marzo de 2020) y un grupo control (mujeres con una experiencia anterior a esa fecha).

Las dimensiones de análisis trabajadas con la finalidad 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 frente a 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 forma esquemática (y sin considerar los indicadores de forma detallada) la operativización 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 en el proceso embarazo-parto-posparto
- Atención humanizada y centrada en la persona
- Medidas de seguridad en los servicios frente al 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 frente a los cambios de funcionamiento de los servicios y el riesgo de contagio de la COVID-19

- Búsqueda de alternativas
- Búsqueda de seguridad frente al 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 frente al 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 frente a los cambios de funcionamiento de los servicios

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

Temas transversales

Postparto

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-postparto
- Atención humanizada y centrada en la persona
- Nivel de desmedicalización
- Medidas de seguridad en los servicios frente al 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 frente a los cambios en el funcionamiento de los servicios

- Búsqueda de alternativas
- Búsqueda de seguridad frente al 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 de 2021, contando con una fase previa de revisión de artículos científicos y de prensa sobre la temática, así como 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 cuenta con 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 iniciada 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 en casa.

En función del momento en que se produjo el embarazo, existían distintos 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 en 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 on-line en catalán, castellano e inglés. Fue distribuido por redes sociales, realizando acciones específicas de difusión en medios de comunicación locales y/o vinculados con la temática. En total se obtuvieron 2.600 respuestas de las que 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 de la encuesta, ya que presentan un nivel de instrucción más elevado que el conjunto de mujeres embarazadas en Cataluña en los últimos años. Por eso, 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 parto

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

- **Edad.** El 52,2% de las madres se sitúa entre los 30 y 37 años, y en su conjunto cerca del 63,6% de los casos se concentran entre 30 y 40 años.



- **Primiparidad.** El 63,0% de la muestra responde a madres de un primer hijo mientras que el 37,0% ya tenía una hija/hijo. No se ha obtenido ningún resultado de una madre con más de una hija/hijo.
- **Riesgo en el embarazo.** El 57,3% de los embarazos fueron considerados de bajo riesgo, el 24,9% de riesgo medio y el 18,8% de riesgo alto.
- **Prematuridad.** El 10,3% de los partos fueron prematuros, salvo un caso todos ellos moderados o tardíos, y el 89,7% restantes fueron partos a término.



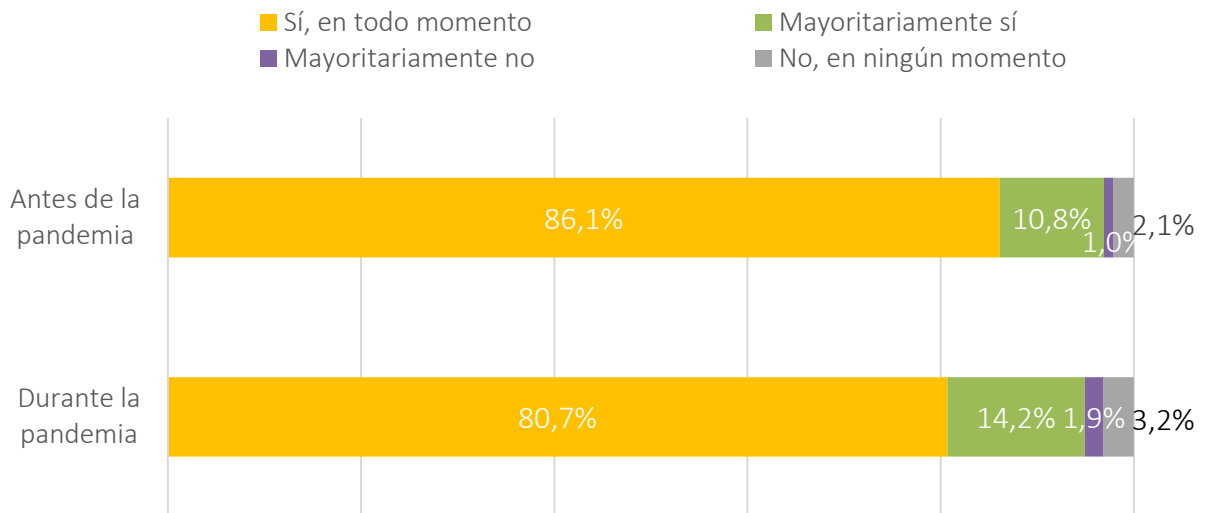
3. Principales resultados

3.1. Acompañamiento antes y durante la pandemia

- El acompañamiento durante el parto de la persona de elección de la madre se ha visto condicionado por el contexto de pandemia. Se observa una disminución del acompañamiento continuado (aquel que se produce en todo momento) y un aumento de otras intensidades de acompañamiento (donde la persona acompañante está presente pero no siempre; donde mayoritariamente no está presente y donde no está presente nunca). La disminución más pronunciada del acompañamiento continuado tuvo lugar durante el primer estado de alarma o primera ola de la pandemia (del 14 de marzo al 21 de junio de 2020). En los meses posteriores, aunque se recuperó parcialmente la presencia de la persona acompañante, no se volvió a los valores del contexto prepandémico.
- Antes de la pandemia, el porcentaje de mujeres que estuvieron acompañadas en todo momento del parto por la persona de su elección se situaba en el 86,1%, cifra que se reduce hasta el 80,7% en el conjunto de los partos durante la pandemia y el 59,2% de los partos de mujeres positivas de la COVID-19. A su vez, han aumentado las mujeres que estuvieron acompañadas mayoritariamente pero no siempre en un 3,8%, aquellas que no estuvieron casi acompañadas en un 0,9% y en un 1,1% las que no pudieron contar con la compañía de la persona de su elección en ningún momento del parto (Ver Gráfico 1).
- Durante el primer estado de alarma, el acompañamiento disminuyó en todo momento del 86,1% al 74,6%. Es decir, 1 de cada 4 mujeres no estuvo acompañada de forma continuada por la persona de su elección durante el parto. Tras este período, la cifra aumenta casi en 5 puntos, hasta situarse en el 81,4%. Pese a recuperarse, no vuelve al valor previo a la pandemia -de 86,1%- . En el otro extremo se encuentran las mujeres que no estuvieron acompañadas en ningún momento, que representan el 7,1% del total durante el primer estado de alarma. Esta cifra es 5 puntos superiores respecto a la cifra previa a la pandemia y 4,5 puntos superior con relación a datos posteriores (Ver Gráfico 2).
- Además, tal y como se apunta en el [primer informe de esta serie](#), durante el período de la pandemia estudiado, las mujeres con resultado positivo de la COVID-19 pudieron estar menos acompañadas durante el parto por la persona de su elección que aquellas con resultado negativo: concretamente, se dan más de 20 puntos de diferencia en haber podido estar acompañadas en todo momento del parto. Además, el 15,6% de las mujeres con resultado positivo no pudieron estar acompañadas en gran parte del tiempo y el 9,4% no lo estuvo en ningún momento.

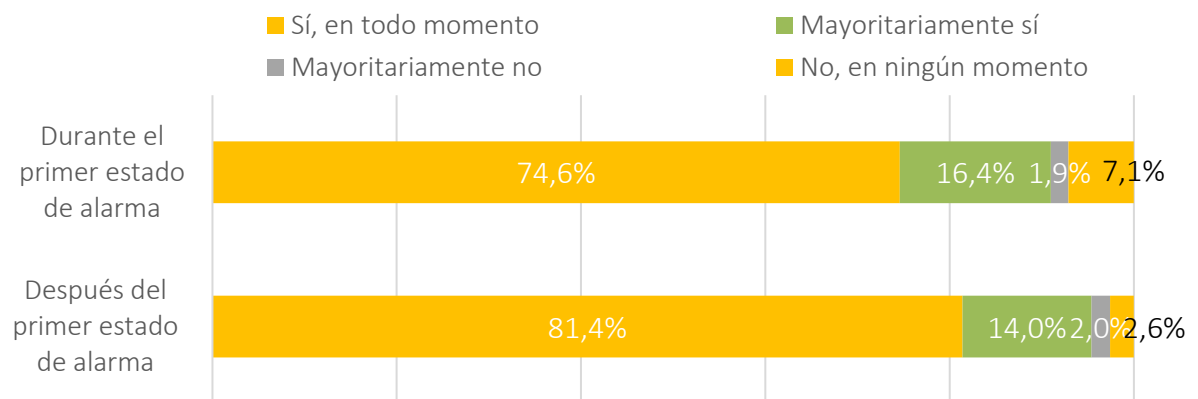


Gráfico 1. Posibilidad de estar acompañada durante el parto. Comparativa grupo diana (durante la pandemia) y grupo control (antes de la pandemia). En porcentaje, Cataluña.



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

Gráfico 2. Posibilidad de estar acompañada durante el parto. Comparativa entre el primer estado de alarma y tiempo posterior. En porcentaje, Cataluña.

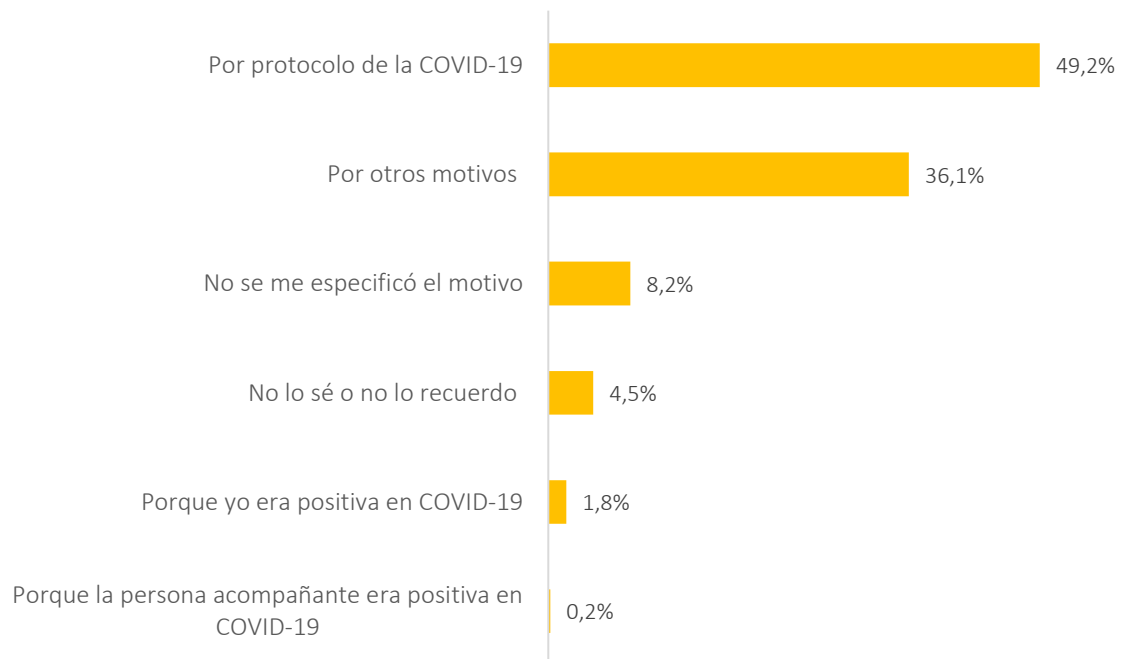


Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempo de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña



- Entre las mujeres que no pudieron estar acompañadas en todo momento del parto se han analizado los motivos de la falta de acompañamiento teniendo como principal factor de análisis la seguridad para evitar contagios del SARS-COV2. Para ello, se han considerado entre las razones de la falta de acompañamiento: el protocolo establecido a raíz de la COVID-19, el diagnóstico positivo de la madre y el diagnóstico positivo de la persona acompañante. También se han contemplado de forma más general otras opciones de falta de acompañamiento que no quedarían justificadas por el contexto de pandemia sino por otras razones, clínicas o de otra naturaleza.
- En prácticamente la mitad de los casos en los que la mujer no pudo estar acompañada en todo momento del parto, la razón dada por el equipo profesional sanitario fue el protocolo de la COVID-19. En el 36,1% de los casos el motivo era ajeno a la pandemia y en el 8,2% no se especificó el motivo. Además, el 4,5% de las mujeres no recuerdan el motivo concreto que se les dio. Por último, en el 2% de los casos el motivo fue el resultado positivo de la COVID-19 de la madre (1,8%) o de la persona acompañante (0,2%) (Ver Gráfico 3).

Gráfico 3. Motivos del no acompañamiento. En porcentaje, Cataluña.



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



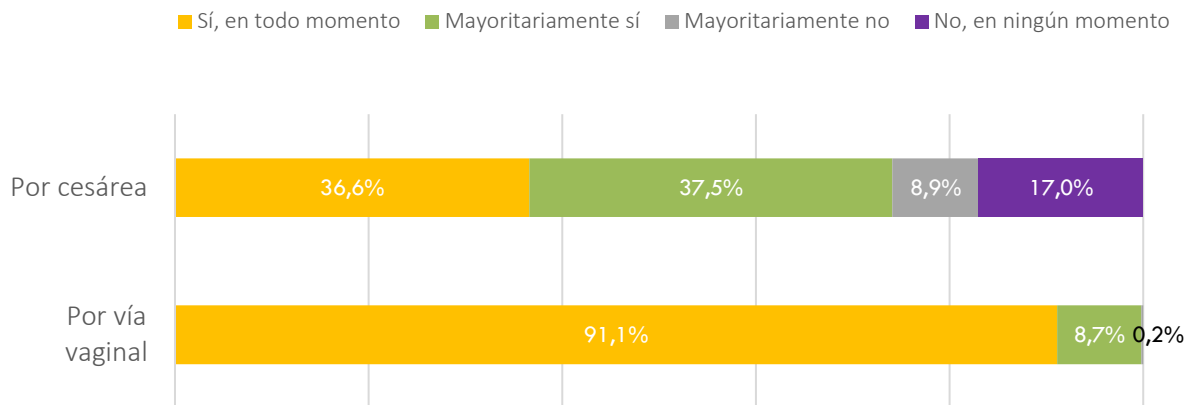
3.2. Acompañamiento según finalización del parto

- La finalización del parto comprende dos posibilidades: la vía vaginal y la cesárea. El parto por vía vaginal es la forma más habitual de llegada del bebé y, en el caso de la muestra alcanzada en esta investigación, supone el 82% del total de los partos, mientras que las cesáreas suman el otro 18%¹. Entre los tipos de cesáreas que se pueden dar, el 36,5% tuvo lugar por no progresión del parto, el 30,8% estuvo programada por el equipo profesional, el 30,2% fue una cesárea de carácter urgente por correr riesgo la vida de la madre o del bebé y el 2,8% estuvo programada a petición de la madre.
- Los resultados del estudio muestran que la forma en que finaliza el parto condiciona la posibilidad de la madre de estar acompañada en todo momento. De hecho, dentro del contexto de pandemia, la distancia según este factor es de más de 50 puntos, siendo muy claramente las mujeres que finalizaron el parto por cesárea las que se encontraron menos acompañadas.
- En el 36,6% de los partos por cesárea, las mujeres estuvieron acompañadas por la persona de su elección en todo momento, mientras que en el 37,5% estuvieron acompañadas durante la mayor parte del parto, pero no de forma continuada. Por el contrario, el 8,9% no estuvo casi acompañada y el 17% no lo estuvo en ningún momento. En el caso de los partos por vía vaginal, en el 91,1% de los casos la madre pudo estar acompañada en todo momento, en el 8,7% lo estuvo de forma mayoritaria pero no siempre y en el 0,2% no estuvo casi acompañada. En los partos por vía vaginal no hay casos de no acompañamiento en absoluto (Ver Gráfico 4).
- Tanto en el parto por vía vaginal como en la cesárea, el motivo más habitual alegado por el equipo profesional sanitario que atiende a la mujer para el no acompañamiento continuo durante todo el parto fue el protocolo de la COVID-19, pero se observan diferencias de más de 10 puntos según si el parto es vaginal (41%) o por cesárea (53,6%) (Ver Gráfico 5).

¹ La muestra obtenida presenta un porcentaje de partos vaginales superior a las cifras de la Estadística de Nacimientos del IDESCAT. Pese a que los datos oficiales más recientes son del año 2017, en ese año el 74,5% de los partos producidos en Cataluña finalizaron por vía vaginal. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=839>



Gráfico 4. Posibilidad de estar acompañada durante el parto. Comparativa según finalización del parto (vía vaginal o por cesárea). En porcentaje, Cataluña.



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

Gráfico 5. Porcentaje de no acompañamiento por protocolo de la COVID-19 según tipo de parto. En porcentaje, Cataluña.



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

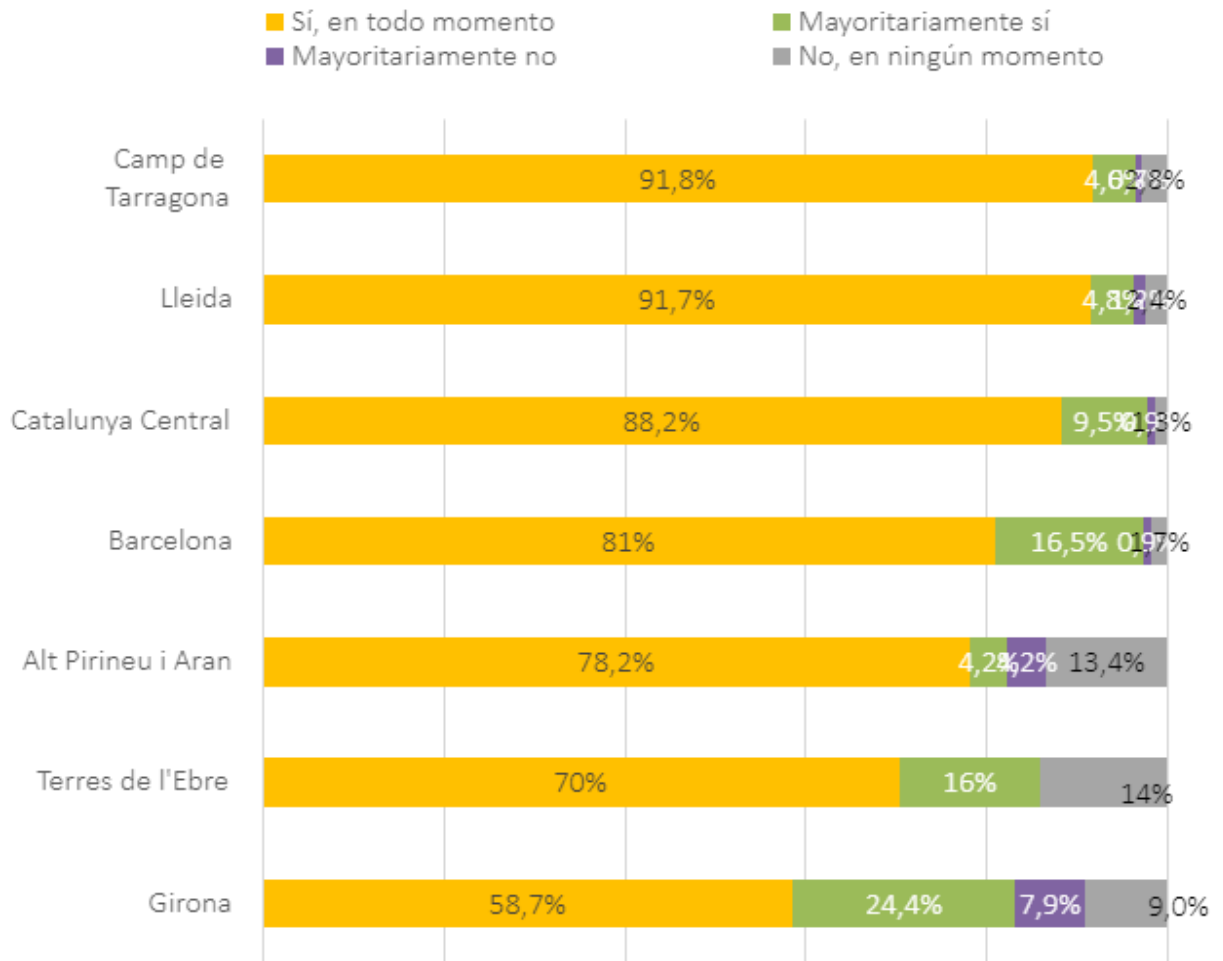


3.3. Acompañamiento en las distintas regiones sanitarias

- El territorio es una variable que a priori y en condiciones normales no debería mantener una relación directa con la posibilidad de acompañamiento a las mujeres durante el parto por las personas de su elección. Sin embargo, se observan diferencias entre las regiones sanitarias catalanas en el contexto de pandemia. Por ejemplo, en zonas como el *Camp de Tarragona* y *Lleida*, más del 90% de las madres pudieron estar acompañadas en todo momento. En esta línea, la *Catalunya Central* se sitúa en el 88,2%. En otras regiones sanitarias, concretamente *Barcelona* y *Alt Pirineu i Aran*, el 81% y el 78,2% de las mujeres respectivamente pudieron estar acompañadas en todo momento. Las regiones sanitarias donde el acompañamiento fue más reducido son las *Terres de l'Ebre*, donde el 70% de las mujeres pudieron estar acompañadas en todo momento, y *Girona*, donde la cifra no llega al 60%. En una línea similar, son las *Terres de l'Ebre*, *Alt Pirineu i Aran* y *Girona* donde se observan las cifras más elevadas de partos que no estuvieron acompañados en ningún momento (horquilla de entre el 9% y el 14% de los partos (Ver Gráfico 6).
- Las regiones donde el motivo de la falta de acompañamiento fue, de forma mayoritaria (superando el 50% de los motivos) el protocolo para la COVID-19, son *Girona*, *Alt Pirineu i Aran*, *Catalunya Central* y *Camp de Tarragona* (Ver Gráfico 7). Estos resultados señalan una concordancia parcial entre la posibilidad de estar acompañada y el protocolo de la COVID-19, por lo que probablemente existen otros factores explicativos de las diferencias territoriales.



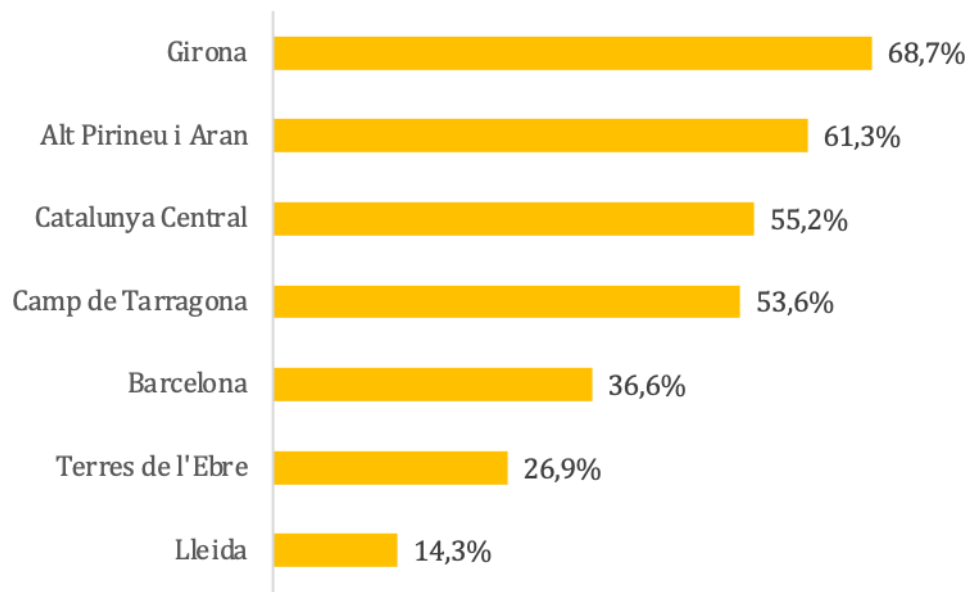
Gráfico 6. Posibilidad de estar acompañada durante el parto. Comparativa según Región Sanitaria. En porcentaje, Cataluña.



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



Gráfico 7. Motivo del no acompañamiento por protocolo de la COVID-19 según Regiones Sanitarias. En porcentaje, Cataluña.



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

3.4. Acompañamiento en el sistema público y privado de salud

- El lugar del parto, de acuerdo con si éste se dio dentro del sistema público o el sistema privado de salud, no muestra diferencias pronunciadas en la posibilidad de las madres de estar acompañadas en todo momento. En el sistema público de salud, las mujeres que estuvieron acompañadas en todo momento se sitúan en el 81,5% y en el sistema privado en el 78,6%. Aquellas que estuvieron acompañadas durante la mayor parte del proceso de parto suponen el 13,2% en el sistema público y el 16,8% en el privado. Además, aquellas que apenas pudieron estar acompañadas suponen el 2,1% en el sistema público y el 1,4% en el sistema privado. Por último, en ambos sistemas el número de mujeres que no pudieron estar acompañadas en ningún momento fue del 3,2%.
- Tampoco se observan diferencias destacables en la aplicación de protocolos de la COVID-19 como causa de la falta de acompañamiento ni en el sistema público ni en el privado, siendo de 48,4% y 50,8% respectivamente los casos en los que la causa fueron precisamente estos protocolos.



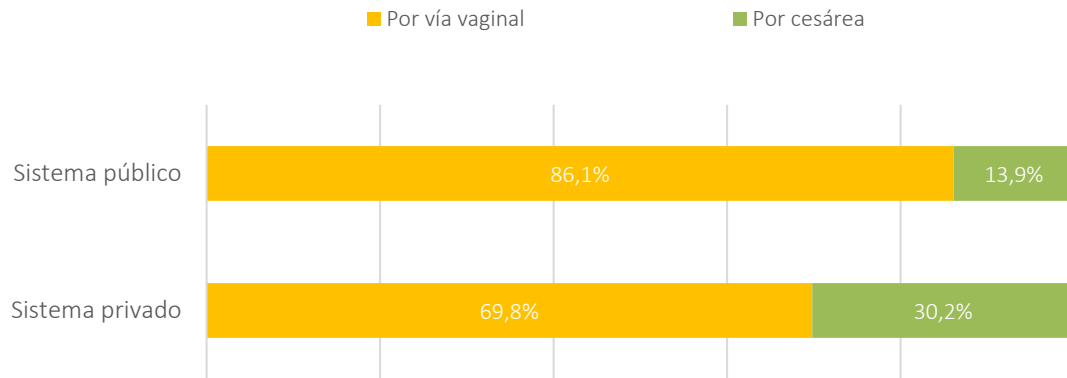
3.5. Factores clave en el acompañamiento en todo momento de la persona de elección de la madre

- Tal y como se ha mostrado hasta el momento, el contexto de pandemia ha sido un factor que ha ido en detrimento de la posibilidad de tener acompañamiento durante el parto por la persona de elección de la madre, especialmente durante el primer estado de alarma. Además, la forma en que finaliza el parto y la región sanitaria apuntan a diferencias claras en el acompañamiento, tratándose de un factor clínico y uno territorial que, de forma separada, marcan distancias significativas. Sin embargo, esta información resulta insuficiente para comprender las variaciones en el acompañamiento durante el parto. Por ello, se ha realizado un análisis complementario, considerando nuevas relaciones entre variables, que permita profundizar en la cuestión y extraer conclusiones.
- Un primer elemento a destacar es la relación existente entre la finalización del parto y el sistema de salud. En el sistema público de salud, el 86,1% de los partos finalizó por vía vaginal, mientras que en el sistema privado éstos supusieron el 69,8% del total². Por tanto, los partos por cesárea son 2,2 veces más probables en el sistema privado de salud que en el sistema público (Ver Gráfico 8).
- Al analizar la posibilidad de acompañamiento según la doble aproximación - finalización del parto y sistema de salud-, se observa que en el caso del parto vaginal el acompañamiento en todo momento es muy similar en ambos sistemas de salud, el público y el privado.
- En cambio, en el caso de las cesáreas existen diferencias de más de 20 puntos en el acompañamiento en todo momento del parto, siendo del 27,1% en el sistema público y del 49,1% en el privado (Ver Gráfico 9).
- Estas diferencias podrían vincularse a que el 38,9% de las cesáreas en el sistema público tuvieron carácter de urgencia, cifra que disminuye hasta el 18,5% en el caso del sistema privado. De hecho, las diferencias de tipos de cesárea en ambos sistemas de salud son evidentes y se concretan principalmente en que las cesáreas urgentes prevalecen en el sistema público, mientras que las cesáreas predominantes en el sistema privado son las programadas por parte del equipo profesional (Ver Gráfico 10).

² Esta cifra es ligeramente superior a la publicada en la Estadística de Nacimientos del IDESCAT. Pese a que los datos oficiales son del año 2017, en ese año el 78,1% de los partos producidos en el sistema público finalizaron por vía vaginal, cifra que se sitúa en el 63% en el caso del sistema privado de salud. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=839>

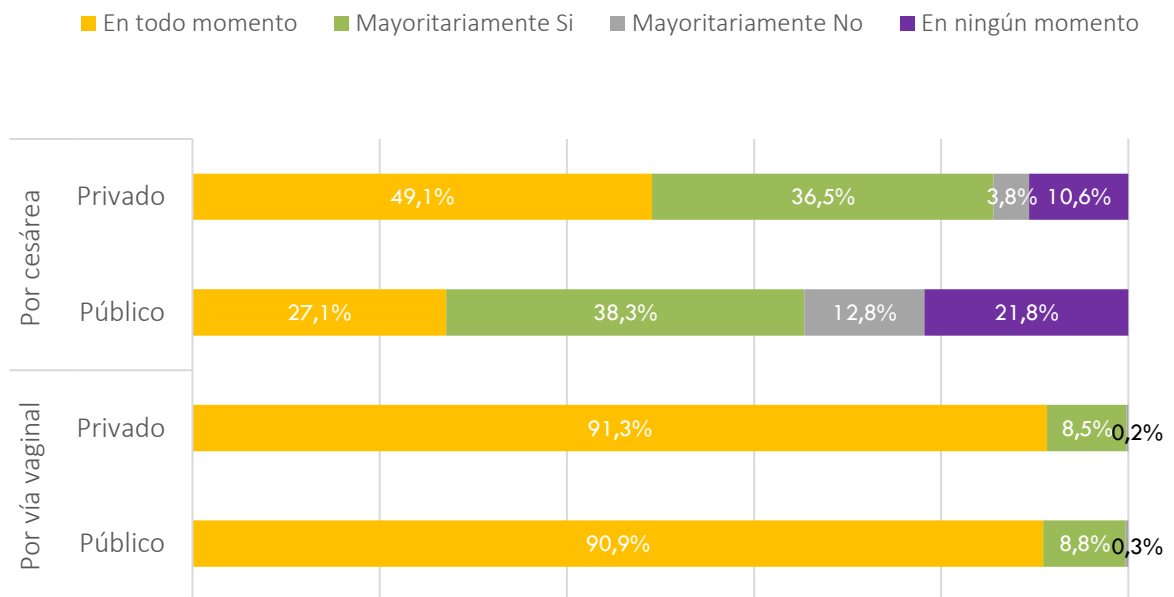


Gráfico 8. Tipo de parto. Comparativa según sistema de salud, público y privado. En porcentaje, Cataluña.



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

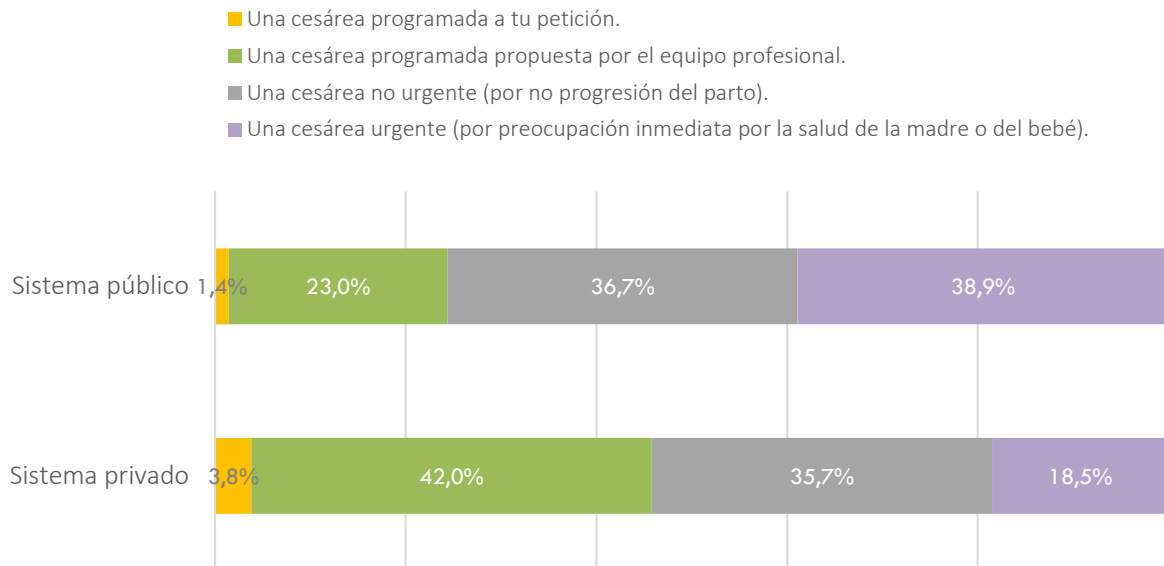
Gráfico 9. Posibilidad de estar acompañada durante el parto. Comparativa según sistema de salud, público y privado, y tipos de parto. En porcentaje, Cataluña.



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



Gráfico 10. Tipo de cesárea. Comparativa según sistema de salud, público y privado. En porcentaje, Cataluña.



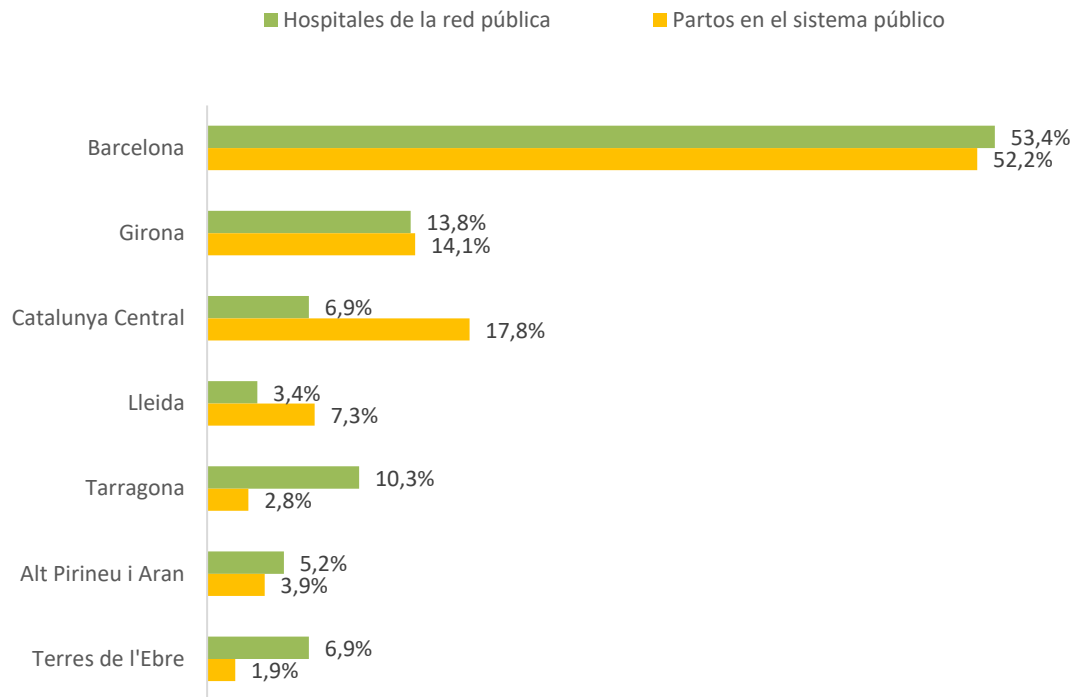
Fuente: Derechos sexuales y reproductivos en tiempo de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña

- Un segundo elemento a destacar sobre los factores clave en el acompañamiento en todo momento del parto de la persona de elección de la madre es la relación de los territorios con el acceso a los sistemas público y privado de salud y, consecuentemente, con la elección del tipo de centro donde tendrá lugar el parto. La comparativa entre los partos producidos en los sistemas público y privado de salud según región sanitaria recogidos en la muestra y la distribución de hospitales de la red pública y de los hospitales privados sin concierto³ en el territorio muestran semejanzas muy claras, sobre todo en lo que se refiere al sistema privado de salud. Lógicamente, no son cuestiones equiparables (número de hospitales y el número de partos en un territorio), pero las semejanzas en su ubicación territorial apuntan a que la distribución de los hospitales según el tipo de titularidad es una variable explicativa de interés (Ver Gráficos 11 y 12).

³ Para analizar los hospitales de la red pública y aquellos privados sin concierto, se ha recogido la información del Catálogo nacional de hospitales 2021 del Ministerio de Sanidad y se ha elegido sólo a los hospitales generales y los materno-infantiles. <https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:9258ff58-7344-35d3-950c-9dcb10179786#pageNum=1>



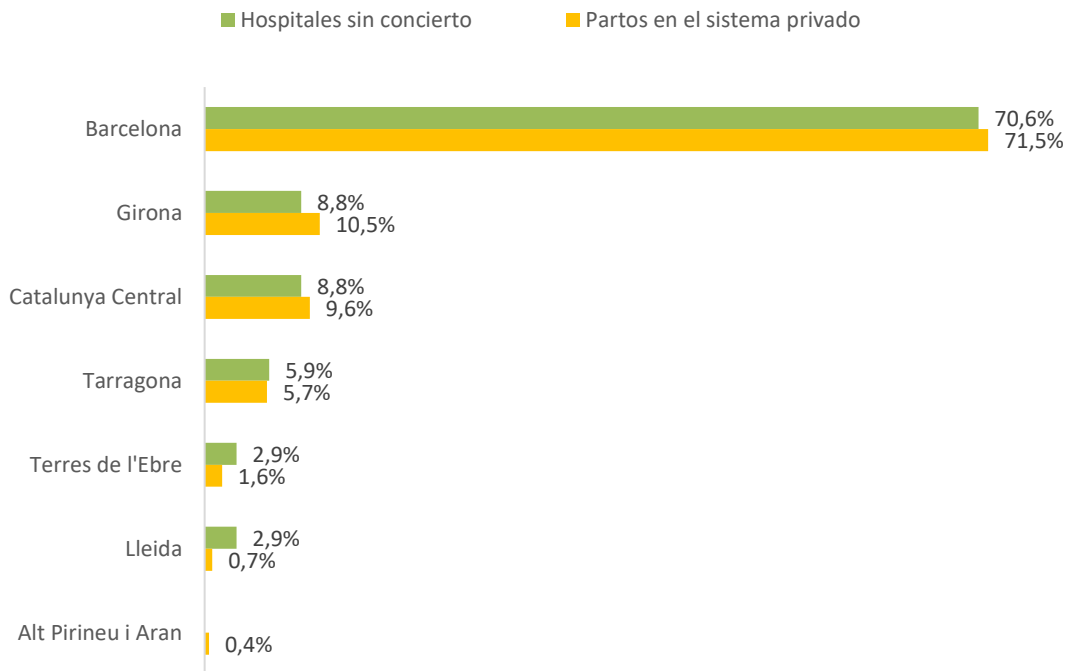
Gráfico 11. Distribución de los hospitales de red pública catalana y distribución de los partos de la muestra en el sistema público de salud. En porcentaje. Cataluña.



Fuente: Catálogo nacional de hospitales 2021 y Derechos sexuales y reproductivos en tiempo de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña



Gráfico 12. Distribución de los hospitales privados sin concierto y distribución de los partos de la muestra en el sistema privado de salud. En porcentaje. Cataluña.

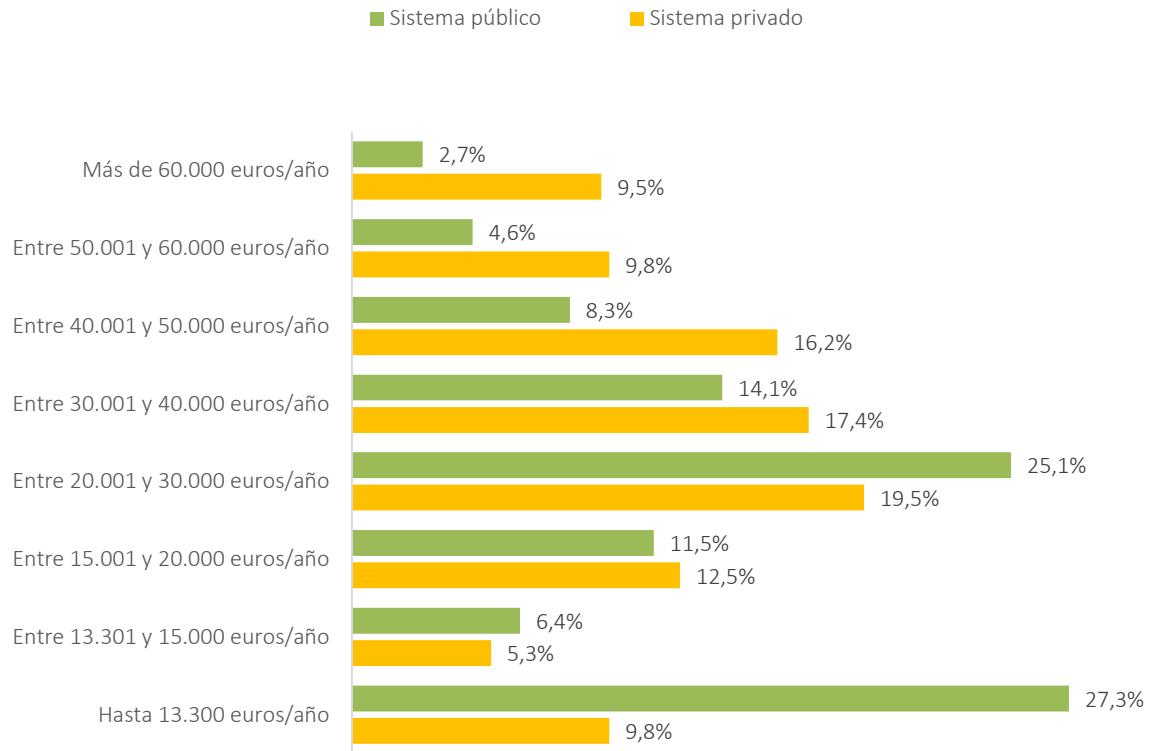


Fuente: Catálogo nacional de hospitales 2021 y Derechos sexuales y reproductivos en tiempo de pandemia: maternidad y COVID-19 en Cataluña

- El acceso a la sanidad privada durante el parto también apunta a diferencias de acuerdo con las características sociodemográficas de las madres, sobre todo en lo que se refiere a los niveles de renta y la formación académica. Así, entre las mujeres que optaron por el sistema público de salud, el 70,3% no supera un nivel de renta en el hogar de 30.000 euros anuales, mientras que en el caso de las mujeres que optaron por el sistema privado, las rentas inferiores a los 30.000 euros anuales suponen sólo el 47,1% (Ver Gráfico 13).
- En paralelo, y de forma similar, las mujeres con estudios no universitarios representan el 70,8% del total de las madres que optaron por el sistema público, cifra que en el sistema privado se reduce al 52,2%. Las madres de los niveles formativos más bajos, además, no accedieron al sistema de salud privado (Ver Gráfico 14).



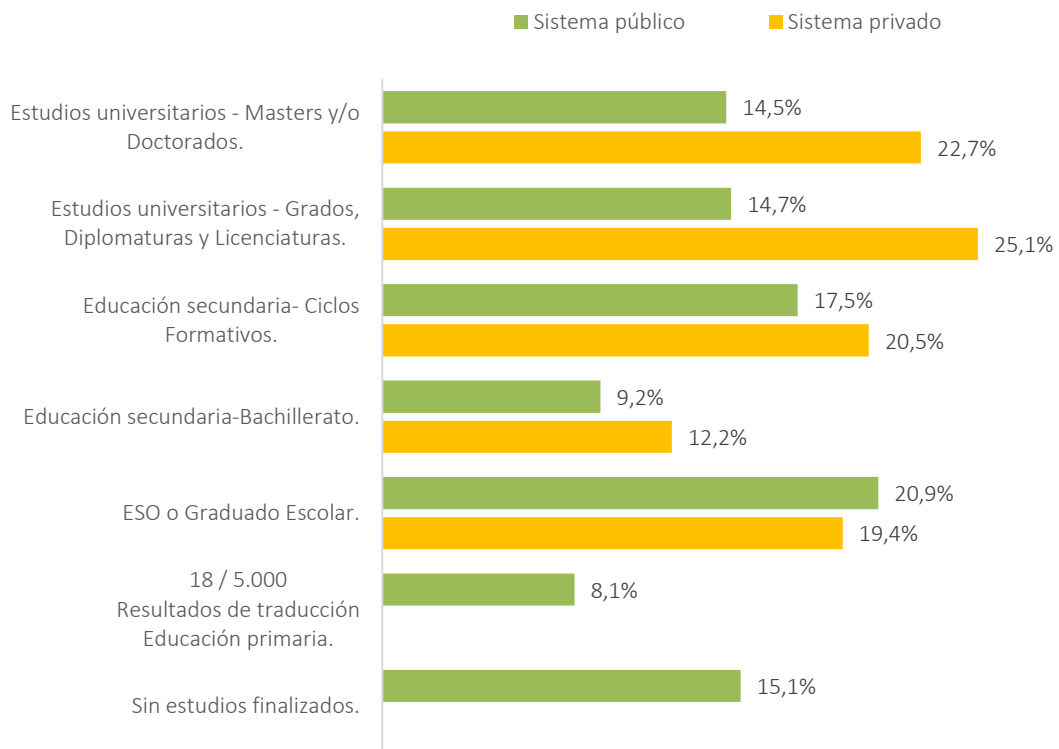
Gráfico 13. Elección del sistema de salud, público y privado, para el parto, según el nivel de renta del hogar. En porcentaje, Cataluña.



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



Gráfico 14. Elección del sistema de salud, público y privado, para el parto, según nivel educativo. En porcentaje, Cataluña.



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



4. En síntesis

- El derecho de la madre al acompañamiento en todo momento de la persona de su elección durante el parto se ha visto comprometido, con distintos grados de intensidad, en el contexto de pandemia de la COVID-19. De forma generalizada, durante el primer estado de alarma, las medidas aplicadas para evitar los contagios, a menudo en contra de las recomendaciones oficiales y profesionales basadas en la evidencia científica, fueron en detrimento de ese derecho. Por otra parte, las mujeres positivas de la COVID-19 en el momento del parto son las que han visto impactado su derecho a parir acompañadas por la persona de su elección de forma más marcada. Los datos posteriores a la primera ola de la pandemia apuntan a la necesidad de velar por garantizar el derecho al acompañamiento continuo e interrumpido durante el parto y devolver, como mínimo, a los valores prepandémicos.
- El principal motivo de la restricción o prohibición del acompañamiento aportado por el equipo profesional sanitario fue el protocolo de la COVID-19 aplicado en el centro hospitalario a pesar de que, como se ha apuntado previamente, las recomendaciones oficiales durante la pandemia incluían la preservación del acompañamiento en el parto siempre que éste fuera posible. Éste es el caso de la región sanitaria de Girona, en la que las mujeres pudieron estar menos acompañadas en todo momento del parto y, a la vez, es la región donde más se dio como principal razón para el no acompañamiento el protocolo de la COVID-19.
- La forma de finalización del parto condiciona la posibilidad de la madre de estar acompañada en todo momento. En el contexto de pandemia, las mujeres que tuvieron partos por cesárea se encontraron menos acompañadas que las mujeres con partos vaginales con diferencias de más de 50 puntos.
- Se observan diferencias entre las regiones sanitarias catalanas en el contexto de pandemia en cuanto al acompañamiento en todo momento por parte de la persona elegida por la madre. Las regiones sanitarias donde se permitió un mayor acompañamiento fueron, en este orden, el *Camp de Tarragona*, *Lleida* y la *Catalunya Central*. Las regiones sanitarias más restrictivas fueron *Terres de l'Ebre*, *Alt Pirineu i Aran* y *Girona*. Si se analizan diferentes variables de forma simultánea, se ve que precisamente fue en la región sanitaria de Girona donde se practicaron más cesáreas en Cataluña, con un elevadísimo porcentaje de 35% del total de partos en ese territorio.
- No se identifican diferencias pronunciadas en el contexto de pandemia en la posibilidad de las madres de estar acompañadas en todo momento durante el parto por la persona de su elección en función de si parieron dentro del sistema público o el sistema privado de salud.
- Sin embargo, cuando se analizan de forma simultánea el tipo de parto y el tipo de sistema de salud sí se encuentran diferencias relevantes. Los partos por cesárea son mucho más frecuentes en el sistema privado de salud que en el sistema público y,



aunque en el caso del parto vaginal el acompañamiento en todo momento del parto es muy similar en ambos sistemas de salud, en el caso de las cesáreas las mujeres tienen muchas más probabilidades de estar acompañadas en el conjunto del parto por la persona de su elección en el sistema privado que en el sistema público de salud. Estas diferencias podrían vincularse a que en el sistema público de salud se dan más cesáreas con carácter de urgencia mientras que en el sistema privado se dan más cesáreas programadas. También podrían relacionarse con una mayor medicalización del proceso del parto en el sector privado que en el sector público de salud (Aznar, 2022). A falta de poder profundizar más en esta cuestión, puede concluirse que las mujeres que han tenido durante la pandemia un parto por cesárea en el sector privado de salud han tenido más posibilidades de estar acompañadas que aquellas que lo han tenido en el sistema público.

- Si se tiene en cuenta que los hospitales privados se encuentran fuertemente concentrados en algunas regiones sanitarias del territorio catalán, en este sentido las diferencias territoriales en el acompañamiento durante el parto por cesárea podrían explicarse, al menos parcialmente, por el acceso diferenciado a la atención sanitaria privada durante el parto. Éste es el caso de *Girona* y la *Catalunya Central*, las cuales son la segunda y la tercera región sanitaria respectivamente con más hospitales privados y también con más partos en el sistema privado de salud.
- Cabe destacar también la brecha en el acceso a la sanidad privada para el parto durante la pandemia. Las desigualdades socioeconómicas observadas en cuanto a la elección de tipos de centro - público o privado - han producido también inequidades en la posibilidad de estar acompañadas en un momento tan trascendental en las vidas de las mujeres. Durante la pandemia, las mujeres con niveles formativos e ingresos más bajos no han accedido al sistema privado de salud o lo han hecho en menor medida que en el sistema público y, por tanto, en los casos de los partos por cesárea, han tenido menores probabilidades de estar acompañadas. En última instancia, sin embargo, se visibilizan desigualdades estructurales en lo que se refiere al derecho al acompañamiento o, al menos, no sólo atribuibles directamente a la pandemia.



5. Referencias

- Aznar, L. (2022, May 2). La sanitat privada programa un 63% de les cesàries, el doble que la pública. *Crític*. Retrieved from <https://www.elcritic.cat/investigacio/la-sanitat-privada-programa-un-63-de-les-cesaries-el-doble-que-la-publica-127472>
- Departament de Salut. (2020). *Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons*. Retrieved from <https://coronavirus.coib.cat/wp-content/uploads/2020/03/guia-actuacio-embarassades.pdf>
- Dona Llum. (2021). *Informe Violència obstètrica en pandèmia a Catalunya*. Retrieved from <https://www.donallum.org/>
- El Parto es Nuestro. (2020). Carta abierta. Retrieved May 17, 2022, from El parto es nuestro website: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- El Parto es Nuestro. (2021). Campaña #NoEntresSola. Retrieved July 13, 2022, from El Parto es Nuestro website: <https://www.elpartoesnuestro.es/node/16712>
- Federación de asociaciones de matronas de España (FAME). (2020). Posicionamiento FAME Covid-19. Retrieved July 4, 2022, from Federación de Asociaciones de Matronas de España website: <https://www.federacion-matronas.org/2020/03/23/posicionamiento-fame-covid/>
- Horsch, A., Lalor, J., & Downe, S. (2020). Moral and mental health challenges faced by maternity staff during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S141–S142. <https://doi.org/10.1037/tra0000629>
- International Confederation of Midwives. (2020). *Women's Rights in Childbirth Must be Upheld During the Coronavirus Pandemic*. Retrieved from https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/10/icm-statement_upholding-women_s-rights-during-covid19_updated.pdf
- López-Villar, C. (Ed.). (2011). *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto*. A Coruña: Universidade Da Coruña.
- Macpherson, I., Roqué-Sánchez, M. V., Legget, BN, F. O., Fuertes, F., & Segarra, I. (2016). A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*, 41, 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.003>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*. Retrieved from https://www.covid-19.seth.es/wp-content/uploads/2020/06/2020-06-17_Documento-manejo-embarazo-y-recien-nacido-COVID19.pdf
- Mollard, E., & Wittmaack, A. (2021). Experiences of Women Who Gave Birth in US Hospitals During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Patient Experience*, 8, 2374373520981492.



<https://doi.org/10.1177/2374373520981492>

- Oladapo, O. T., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S., & Gülmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(8), 918–922. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237>
- Pastor, E. (2020, April 7). Las matronas denuncian que las embarazadas no puedan tener acompañante en el parto ni epidural. *Valenciaplaza*. Retrieved from <https://valenciaplaza.com/las-matronas-denuncian-que-las-embarazadas-no-puedan-tener-acompanante-en-el-parto-ni-epidural>
- Stephens, A. J., Barton, J. R., Bentum, N.-A. A., Blackwell, S. C., & Sibai, B. M. (2020). General Guidelines in the Management of an Obstetrical Patient on the Labor and Delivery Unit during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Perinatology*, 37(8), 829–836. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710308>
- Vivas, E. (2020, April 15). El parto en tiempos de covid-19. *El Periódico*. Retrieved from <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20200415/embarazo-parto-coronavirus-covid-19-esther-vivas-7928942>
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>