

Trabajo final de máster

Máster en Salud Pública

Cambios en el acceso a los servicios de salud tras la COVID-19: revisión sistemática exploratoria

26 de julio de 2021

Alumna: Georgina Pujolar Díaz

Directoras: Aida Oliver Anglès, Ingrid Vargas Lorenzo, María Luisa Vázquez Navarrete

Institución: Serveis d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS). Consorci de Salut i Social de Catalunya



Índice

1) Introducción.....	3
a) Marco teórico de acceso a los servicios de salud.....	3
b) Cambios en el acceso a los servicios de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19	5
Referencias citadas.....	6
2) Objetivos	9
a) Objetivo general	9
b) Objetivos específicos.....	9
3) Artículo	10
Resumen	11
Abstract	11
1. Introducción.....	12
2. Métodos.....	13
3. Resultados	13
4. Discusión.....	15
5. Conclusión.....	16
6. Referencias	18
7. Tablas y figuras.....	23
FIGURA 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.....	23
TABLA 1. Cambios en la utilización de los servicios de salud y factores que influyen	24
TABLA 2. Cambios en el acceso potencial, relacionado con las características de los servicios y la población	28
TABLA 3. Estudios cualitativos sobre los cambios en el acceso potencial, relacionado con las características de los servicios y la población.....	29
8. Material suplementario	30
8.1. Estrategia de búsqueda en Medline	30
4) Tareas de la alumna	31
5) Anexos	32
Prisma check-list	32

1) Introducción

La pandemia de la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 marzo de 2020, tras haberse notificado por primera vez en China en diciembre de 2019¹. El impacto que está teniendo en la sociedad afecta a múltiples aspectos, tanto sociales, económicos como en salud. El contexto y las distintas estrategias que se están adoptando para hacer frente a esta emergencia sanitaria, tanto a nivel de políticas, de sistemas de salud como de las características de la población, están incidiendo en el acceso a la atención y a los servicios de salud, lo cual puede estar causando un impacto en la salud de la población más allá de lo propio que se deriva de la COVID-19²⁻⁵.

Partiendo de una concepción del acceso desde la perspectiva teórica desarrollada por Aday y Andersen, cabe tener en cuenta cómo las políticas adoptadas afectan la utilización de los servicios de salud y los factores que facilitan dicho uso, relacionados con las características tanto de los servicios como de la población⁶. Mediante el marco conceptual del acceso a los servicios de salud⁶, expuesto a continuación, se plantea un análisis del impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a los servicios de salud en general y en los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (SSR) en particular, a partir de los estudios disponibles en la literatura actual. Asimismo, este marco actúa como herramienta para detectar informaciones relevantes en los estudios que se revisarán.

Teniendo en cuenta que el objeto de análisis de la presente revisión abarca un fenómeno que sigue transcurriendo en el momento de realizar el estudio, es conveniente tomar en consideración un potencial desconocimiento del impacto real que pueda tener la pandemia de COVID-19 en el acceso en los servicios de salud. En este sentido, es relevante identificar posibles lagunas de conocimiento que sienten las bases para futuros estudios sobre esta temática.

a) Marco teórico de acceso a los servicios de salud

Para analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a la atención y a los servicios de salud se utilizará el marco de análisis desarrollado por Aday y Andersen⁶, siendo este uno de los modelos más utilizados en este campo de estudio.

Si bien el acceso es una fuente tradicional de preocupación para el desarrollo e implementación de políticas sanitarias, a menudo se confunde con alguno de sus componentes, tales como disponibilidad, accesibilidad, búsqueda de atención cobertura y proximidad geográfica de los servicios. Sin embargo, hay que considerar que el acceso no sólo se ve afectado por los cambios en las políticas de salud y en los factores de la población y los servicios, sino también por el momento y el contexto en que se producen estos cambios⁶⁻⁹.

El “Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud”, desarrollado por Aday y Andersen, equipara el acceso con la utilización de los servicios, y tiene en cuenta características de los propios servicios y de la población. Para analizar el uso de los servicios, se abordan factores que determinan la búsqueda de atención, desde el punto de vista poblacional y de los servicios de salud⁶.

El modelo, que cuenta con varias modificaciones y revisiones hasta la actualidad^{7,10}, distingue entre dos dimensiones fundamentales del acceso: acceso potencial y acceso realizado. Con ello se busca aportar un marco teórico que permita tener en cuenta de forma interrelacionada las políticas de salud a través de las características tanto del sistema de atención en salud como de las poblaciones a atender, hasta el resultado de la utilización de los servicios⁶.

Ambas dimensiones del acceso se enmarcan en las políticas de salud que definen e influyen en el sistema donde se encuentran estos servicios (*figura 1*). Las políticas afectan tanto en los determinantes de los servicios de salud —al definir su disponibilidad de recursos, organización o financiación, entre otros—, como en los determinantes de la población —en tipos de cobertura, educación, conocimientos respecto los servicios de salud, etc.⁶. Del mismo modo, cabe tener en cuenta que hay características tanto de los servicios como de la población que son manipulables (camas hospitalarias, cobertura de aseguramiento, etc.) y otras que no lo son (como el sexo, la edad, lugar de residencia, etc.).

Figura 1. Marco de estudio del acceso planteado por Aday y Andersen



Fuente: Adaptación de Aday y Andersen⁶.

Distinguiendo en mayor detalle, el **acceso potencial** tiene en cuenta los *determinantes de la población* que predisponen y capacitan a realizar dicho acceso a los servicios de salud. Los factores que predisponen serían entre otros aquellos sociodemográficos, de creencias, actitudes y conocimientos respecto el sistema de salud, mientras que los que capacitan hacen referencia a la situación laboral, a la cobertura sanitaria o a las redes de apoyo. Además, cabe considerar las necesidades —percibidas o diagnosticadas— de las personas que requieren atención⁶.

Del mismo modo, también inciden en esta dimensión los *determinantes de los servicios de salud*. Estos están relacionados con el de tipo de servicio, disponibilidad y recursos que se destinan a la prestación de los servicios (en términos económicos y de personal, y que se miden en volumen y distribución de los servicios), nivel de organización en la entrada (forma de entrar o acceder a los servicios de salud, teniendo en cuenta las barreras previas a recibir atención) y en la estructura (qué sucede con el paciente una vez entra en los servicios)^{6,11}.

Por su parte, el **acceso realizado** hace referencia a la utilización efectiva de los servicios de salud, analizando el tipo de servicios que se recibe, dónde se realiza la atención, el motivo de

dicho acceso —que a su vez puede distinguirse en preventivo o curativo— y los resultados de la atención, medibles en utilización real y satisfacción con este uso⁶.

Por otro lado, uno de los principales aspectos que se desprenden de las modificaciones del modelo tiene relación con el acceso equitativo o inequitativo. Estos conceptos engloban ambas dimensiones del acceso previamente definidas, ya que lo que determina el acceso equitativo es el hecho de que ante una necesidad se pueda acceder a la atención en salud. Por el contrario, las características de la población y de los servicios de salud que limitan o impiden este acceso inciden en un acceso inequitativo⁷.

Partiendo de los conceptos incluidos en este marco teórico, existen varias formas de evaluar el acceso. Los autores proponen una evaluación de indicadores de resultados o de estructura y proceso que permite medir el impacto de las políticas de salud en el acceso⁶, mientras que con metodología cualitativa o cuantitativa se pueden evaluar también otros aspectos más enfocados en el contexto, la necesidad u otros factores que puedan actuar como barreras en la atención en salud.

b) Cambios en el acceso a los servicios de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19

Ante la escalada de contagios de COVID-19 y la declaración de la pandemia, en marzo de 2020, se adoptaron varias estrategias. Estas han ido variando según los distintos países y regiones, así como el periodo de tiempo, si bien al inicio destacan medidas de distanciamiento social para reducir la interacción entre personas, con confinamientos nacionales totales o parciales, cierre de centros educativos y comercios no esenciales, así como indicaciones de permanecer en casa¹². A nivel de los sistemas de salud, una de las principales medidas fue la designación de servicios esenciales y no esenciales, para dotar de recursos la respuesta a la pandemia, así como cancelar o posponer procedimientos electivos o no urgentes^{5,13}.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el contexto derivado de una crisis a escala mundial puede afectar especialmente a grupos de población vulnerable, según los ejes de desigualdad (sexo o género, edad, etnia, clase social, ubicación geográfica, etc.)^{14,15}, es importante considerar cómo la adopción de estas medidas podría haber generado otras consecuencias, relacionadas con una mayor carga de enfermedad y un agravamiento en las barreras y desigualdades de acceso a la atención en salud, entre otros.

El posible impacto en el acceso realizado se perfila como una reducción de la atención a enfermedades no COVID-19, derivado de una reorganización de recursos y personal destinado a dar respuesta a la emergencia sanitaria^{3,16}, así como retrasos y aplazamientos de pruebas diagnósticas y tratamientos clasificados de no urgentes, especialmente en servicios designados como no esenciales^{3,5,17}. Asimismo, las consignas de permanecer en casa y evitar los servicios de salud podrían haber influido no sólo en esta menor utilización de los servicios de salud, sino que pueden haber llevado a cambios en el acceso potencial, con personas que necesitaran atención tenían la creencia de que no debían acudir a los servicios de salud¹⁸, sumado al posible miedo que suponía poder contagiarse al hacerlo¹⁹⁻²¹.

La experiencia de epidemias previas como la del SARS, MERS, Ébola o Zikaⁱ, entre otras, pone de manifiesto que las alteraciones en los servicios de salud para dar respuesta a emergencias sanitarias suele representar un problema importante de salud pública durante episodios de epidemias y brotes en relación con el resto de enfermedades^{16,22}. Uno de los servicios en los cuales se destaca cómo una ausencia de atención puede conllevar un grave riesgo para las personas afectadas o que puedan requerir atención es la salud sexual y reproductiva (SSR),

ⁱ SARS: síndrome respiratorio agudo severo (2002-2003); MERS: síndrome respiratorio del Medio Oriente (2012); ébola (2014-2016; 2018-actualmente); Zika (2016).

comúnmente afectada ante estas circunstancias, al considerarse como servicio no esencial, excepto la salud materno-infantil^{4,22-24}. Del mismo modo, el impacto puede ser mayor en personas vulnerables, cuyas dificultades de acceso preexistentes para acceder a la atención en salud se han podido ver agravadas por la pandemia³.

Si bien desde los primeros meses tras la declaración de la pandemia las publicaciones científicas acerca del impacto de esta empezaron a ser abundantes, el abordaje de los cambios en el acceso no ha sido tan cuantioso, especialmente en el acceso por motivos distintos a la enfermedad por COVID-19. Se identificaron pocas revisiones de literatura que recogieran el conocimiento actual sobre los cambios que se han dado en el acceso a raíz de la pandemia, las cuales se centran principalmente en telemedicina^{25,26}, vacunación infantil²⁷ y salud materna²⁸⁻³⁰.

La mayoría de las publicaciones atienden a cambios en áreas clínicas o patologías concretas, contando con escasas referencias sobre un impacto global en el acceso a los servicios de salud. De estas publicaciones, se detecta asimismo un elevado número de artículos de opinión, editoriales y comentarios (especialmente en SSR, entre aquellos ámbitos distintos a la salud materno-infantil, como atención a las enfermedades de transmisión sexual, contracepción y planificación familiar, aborto, o a violencia de género), siendo más reducido el número de artículos científicos que se enfoquen a esta temática. Del mismo modo, aún son escasos los estudios centrados en etapas posteriores de la pandemia, siendo el inicio de esta el periodo de tiempo más analizado.

Por todo ello, se plantea la necesidad de recoger esta información que permita detectar áreas que necesiten de más atención e introducir reformas desde los distintos sistemas de salud, con tal de ser más resilientes ante nuevas oleadas de esta o futuras pandemias.

Referencias citadas

1. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Aragona M et al. Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *Public Health*. 2020;186:52-6.
3. WHO. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. 2020.
4. Hussein J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sexual and Reproductive Health Matters*. Taylor and Francis Ltd. 2020;28.
5. Linn L, Olie S, Baldwin A. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. *Organ Panam la Salud/Organización Mund la Salud*. 2020;(1):1-9.
6. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208-20.
7. Andersen RM, Davidson PL. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. *Chang US Heal Care Syst Key Issues Heal Serv Policy Manag*. 2007;3-31.
8. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Publica*. 2010;12(5):701-12.

9. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nurs Outlook*. 2005;53(6):274-80.
10. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies between 1998-2011. *GMS Psychosoc Med*. 2012;9.
11. Llop-Gironés A et al. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:715-34.
12. Teslya A et al. Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: A modelling study. *PLoS Med*. 2020;17(7).
13. Ma X et al. Emergency and essential surgical healthcare services during COVID-19 in low- and middle-income countries: A perspective. *Int J Surg*. 2020;79:43-6.
14. Krishnan L, Ogunwole SM, Cooper LA. Historical Insights on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), the 1918 Influenza Pandemic, and Racial Disparities: Illuminating a Path Forward. *Ann Intern Med*. 2020;173(6):474-81.
15. Dasgupta J et al. Axes of alienation: Applying an intersectional lens on the social contract during the pandemic response to protect sexual and reproductive rights and health. *Int J Equity Health*. 2020;19(1).
16. Office UAPR. UNFPA Asia-Pacific Regional Office Coronavirus (2019-nCoV) Guidance Document. 2020.
17. Maringe C et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol*. 2020;21(8):1023-34.
18. Nicholson E et al. Parental Hesitancy and Concerns around Accessing Paediatric Unscheduled Healthcare during COVID-19: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9264.
19. Rodríguez-Leor O et al. Impact of the COVID-19 pandemic on interventional cardiology activity in Spain. *REC Interv Cardiol*. 2020;2:82-9.
20. Baldi E, Savastano S. Fear of contagion: One of the most devious enemies to fight during COVID-19 pandemic. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;1.
21. Maurice MF et al. Muerte súbita en el ámbito prehospitalario en época de COVID-19. *Rev Argent Cardiol*. 2020;88(3):247-52.
22. Correa M. Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva. *Rev Int Salud Matern Fetal*. 2020;5(2):5-8.
23. Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B. Sexual and reproductive health (SRH): A key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reprod Health*. 2020;17(1).
24. Jones SA et al. 'Women and babies are dying but not of Ebola': The effect of the Ebola virus epidemic on the availability, uptake and outcomes of maternal and newborn health services in Sierra Leone. *BMJ Glob Heal*. 2016;1(3):65.
25. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*. *BioMed Central*. 2020;20:1-9.
26. Andrews E et al. Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: An integrative review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2020;2.

27. Olorunsaiye CZ et al. COVID-19 and Child Vaccination: A Systematic Approach to Closing the Immunization Gap. *Int J Matern Child Heal AIDS*. 2020;9(3):381-5.
28. Pant S, Koirala S, Subedi M. Access to Maternal Health Services during COVID-19. *Eur J Med Sci*. 2020;2(2):48-52.
29. Kotlar B et al. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(1).
30. Montagnoli C et al. Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery*. Churchill Livingstone. 2021;94.

2) Objetivos

a) Objetivo general

Describir el conocimiento disponible sobre los cambios en el acceso a los servicios de salud a raíz de la pandemia de COVID-19, con particular énfasis en la atención a la salud sexual y reproductiva.

b) Objetivos específicos

1. Analizar los cambios derivados de la pandemia de COVID-19 y las medidas adoptadas en el acceso a los servicios de salud de los distintos niveles de atención a la salud y sus factores asociados.
2. Analizar los cambios derivados de la pandemia de COVID-19 en el acceso a la atención a la salud sexual y reproductiva.
3. Identificar lagunas de conocimiento en el impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a servicios de salud.

3) Artículo

Cambios en el acceso a los servicios de salud tras la COVID-19: revisión sistemática exploratoria

Changes in access to health services after COVID-19: a scoping review

Georgina Pujolar¹, Aida Oliver¹, Ingrid Vargas¹, María Luisa Vázquez¹

¹Serveis d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS). Consorci de Salut i Social de Catalunya

Autora para correspondencia: Georgina Pujolar (ggpujolar@gmail.com)

Recuento de palabras: resumen castellano (250), resumen inglés (227), texto principal (2975)

Contribuciones de autoría: G. Pujolar elaboró el estudio, realizó la búsqueda bibliográfica y redactó los resultados. A. Oliver, I. Vargas y ML. Vázquez supervisaron todo el proceso de redacción y aportaron ideas relevantes. También contribuyeron a la inclusión de los estudios seleccionados para el análisis, en caso de duda, y en la interpretación de los resultados. Todas las personas firmantes revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de transparencia: La autora para la correspondencia, en nombre del resto de las personas firmantes, garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio; que ninguna información relevante ha sido omitida; y que todas las discrepancias entre autoras han sido adecuadamente resueltas y descritas.

Financiación: sin financiación.

Conflicto de intereses: ninguno.

Resumen

Antecedentes: La pandemia de la COVID-19 ha afectado el acceso a los servicios de salud por otras necesidades. El objetivo de este estudio es describir y sintetizar el conocimiento disponible sobre el acceso a los servicios de salud, con particular énfasis a los de salud sexual y reproductiva, e identificar lagunas de conocimiento.

Métodos: Revisión sistemática exploratoria de literatura científica, buscando en bases (Medline, Google Scholar) entre enero y marzo de 2021, mediante términos sobre “acceso”, “servicios de salud”, “SSR” y “covid-19”. Se seleccionaron artículos tras revisar y evaluar títulos, resúmenes y textos completos, utilizando el marco de Aday y Andersen para orientar el análisis.

Resultados: De los 22 artículos seleccionados, 16 analizaron cambios en la utilización de los servicios de salud y 6 los factores que influyeron en el acceso, incluyendo barreras. La mayoría se centran en etapas iniciales de la pandemia. Se describe una reducción generalizada del uso, con resultados limitados respecto a su recuperación. Se asocia una menor utilización a perfiles vulnerables. Destacan falta de recursos de algunos servicios, miedo al contagio y una menor percepción de necesidad de atención entre la población como factores que influyeron.

Conclusión: Los resultados muestran una reducción inicial de la utilización de los servicios y cambios en los factores que influyen en el acceso. Se requieren más estudios sobre el acceso por enfermedades no COVID-19, especialmente en fases posteriores de la pandemia, en los factores asociados a la reducción del uso de los servicios y en las barreras en el acceso.

Palabras clave: COVID-19, acceso a los servicios de salud, prestación de atención de salud, disparidades en atención de salud, salud sexual y reproductiva

Abstract

Background: The COVID-19 pandemic has affected access to health services for other needs. The objective of this study is to describe and synthesize the available knowledge on access to health services, with particular emphasis on sexual and reproductive health, and to identify knowledge gaps.

Methods: A scoping review of scientific literature was conducted, searching in different database (Medline, Google Scholar) between January and March 2021, using terms on “access”, “health services”, “SRH” and “covid-19”. The articles were selected after reviewing and evaluating titles, abstracts, and full texts, using the Aday & Andersen framework to guide the analysis.

Results: Of the 22 selected articles, 16 analyzed changes in the use of health services and 6 the factors that influenced access, including barriers. Most focus on the early stages of the pandemic. A generalized reduction in use is described, with limited results regarding its recovery. Less utilization is associated with vulnerable profiles. Lack of resources of some services, fear of contagion and a lower perception of the need for care among the population stand out as influencing factors.

Conclusion: The results show an initial reduction in the use of services and changes in the factors that influence access. Studies are required on access for non-COVID-19 diseases, especially in later phases of the pandemic, on the factors associated with the reduction in the use of services and on access barriers.

Keywords: COVID-19, Health Services Accessibility, Delivery of Health Care, Health Care Inequalities, Sexual and Reproductive Health

1. Introducción

La pandemia de la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, tras notificarse por primera vez en diciembre de 2019¹, impactando en varios ámbitos de la sociedad, tanto sociales, económicos como en salud. El contexto de la pandemia y las distintas estrategias que se han adoptado para hacerle frente están incidiendo en el acceso a los servicios de salud, causando un impacto en la salud de la población más allá del que se deriva de la COVID-19²⁻⁴.

Entre las distintas estrategias que se tomaron ante la escalada de contagios de COVID-19, al inicio destacan medidas de distanciamiento social para reducir la interacción entre personas, con confinamientos nacionales totales o parciales, cierre de centros educativos y actividad no esencial, así como indicaciones de permanecer en casa⁵. A nivel de los sistemas de salud, se designaron servicios esenciales y no esenciales, para dotar de recursos la respuesta a la pandemia, y se cancelaron o pospusieron procedimientos electivos o no urgentes^{3,6}. Teniendo en cuenta que el contexto derivado de una crisis a escala mundial puede afectar especialmente a grupos de población vulnerable, según los ejes de desigualdad (sexo, género, edad, etnia, clase social, ubicación geográfica, etc.)^{7,8}, es importante considerar cómo la adopción de estas medidas podría haber generado otras consecuencias, relacionadas con una mayor carga de enfermedad y un agravamiento en las barreras y desigualdades de acceso a la atención en salud.

La experiencia de epidemias previas, como la del SARS, MERS, Ébola o Zikaⁱⁱ, pone de manifiesto que las alteraciones en los servicios de salud para dar respuesta a emergencias sanitarias pueden representar un problema de salud pública durante episodios de epidemias y brotes en relación con el resto de enfermedades^{9,10}. Uno de los servicios en los que una ausencia de atención puede conllevar un grave riesgo para las personas afectadas o que puedan requerir atención es la salud sexual y reproductiva (SSR), comúnmente afectada ante estas circunstancias, al considerarse servicio no esencial, excepto la salud materno-infantil^{2,10-12}.

Si bien desde los primeros meses tras la declaración de la pandemia las publicaciones científicas acerca de esta empezaron a ser abundantes, el abordaje de los cambios en el acceso no ha sido tan cuantioso, especialmente por motivos distintos al COVID-19. Se identificaron escasas revisiones de literatura que recogieran los cambios que se han dado en el acceso a raíz de la pandemia, centradas en telemedicina^{13,14}, salud materna¹⁵ y vacunación infantil¹⁶.

Uno de los modelos más utilizados en el análisis del acceso a los servicios de salud, de Aday y Andersen, de referencia en este estudio, distingue entre acceso realizado (utilización de los servicios) y acceso potencial (factores que influyen en el acceso), tanto relativos a los servicios como a la población. Para el análisis del acceso realizado se toman en cuenta el tipo, lugar, motivo de la consulta y resultados de la atención, mientras que para el acceso potencial se incluyen características de los servicios (organización, disponibilidad de recursos) y de la población (predisponentes y capacitantes), así como las políticas que lo influyen¹⁷.

Mediante este marco conceptual¹⁷, esta revisión se plantea con el objetivo de describir el conocimiento disponible sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a los servicios de salud, con particular énfasis en la atención a la salud sexual y reproductiva.

ⁱⁱ SARS: síndrome respiratorio agudo severo (2002-2003); MERS: síndrome respiratorio del Medio Oriente (2012); ébola (2014-2016; 2018-actualmente); Zika (2016).

2. Métodos

Se realizó una revisión sistemática exploratoria de literatura científica¹⁸ para identificar artículos originales sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a los servicios de salud, con especial atención a los servicios de SSR, acorde con la guía PRISMA¹⁹.

Para la búsqueda bibliográfica, realizada entre 22/01/21 y 31/3/21, se consultaron distintas bases de datos digitales —Medline, Google Scholar, SCIELO y Web of Science. En la base de datos Medline, con tesaurus, se emplearon términos MeSHⁱⁱⁱ para: **a. COVID-19:** “Coronavirus Infections”, “Coronavirus”, “COVID-19”, “SARS-CoV-2”; **b. acceso a servicios de salud:** “Health services availability”, “Health services needs and demand”, “Healthcare disparities”, “Needs assessment, healthcare”, “Health policy”, “Equipment and Supplies Utilization”, “Facilities and Services Utilization”; **c. salud sexual y reproductiva:** “Reproductive Health Services”, “Sexual Health”, “Maternal Health”^{iv}.

Paralelamente y en las otras bases de datos se utilizaron términos de texto libre: **a. COVID-19:** “coronavirus disease”, “covid-19”; **b. acceso a servicios de salud:** “health services accessibility”, “accessibility”, “accessing”, “access”, “utilization”, “delivery of health care”, “healthcare services”; **c. salud sexual y reproductiva:** “sexual and reproductive health services”, “sexual and reproductive health care”. Los grupos de palabras se combinaron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” para recuperar la literatura existente en las bases de datos consultadas y seleccionar aquellos estudios referentes al impacto de la COVID-19 en el acceso a los servicios de salud.

Se seleccionaron artículos originales publicados entre diciembre de 2019 y marzo de 2021, en castellano e inglés, sin limitación por área geográfica ni por motivo de acceso, excepto por COVID-19, que utilizaran métodos tanto cualitativos como cuantitativos y que analizaran o describieran los cambios en el acceso a raíz de la pandemia a los servicios de salud y, especialmente, a los servicios de SSR. También se tuvieron en cuenta referencias citadas en los mismos y artículos recomendados por expertos. Mediante la lectura de títulos y resúmenes se realizó una primera selección de estudios. En caso de duda sobre su inclusión, se consultó con otra investigadora del equipo.

Siguiendo el marco de Aday y Andersen^{17,20}, los estudios se clasificaron en los que analizaron la utilización de servicios (acceso realizado) y los que exploraron los factores que influyen en el acceso (acceso potencial). Para los estudios sobre acceso realizado, se excluyeron aquellos cuya fuente de datos no fueran registros médicos o agregación de datos poblacionales. La información de los artículos se extrajo y se presentó en tablas, agrupadas según tipo de acceso y servicio de salud. Los resultados se resumieron de acuerdo con el marco de análisis.

3. Resultados

Se seleccionaron 162 artículos para la lectura de títulos y resúmenes y 44 para la lectura del texto completo. Un total de 22 artículos cumplieron los criterios de inclusión para el análisis (figura 1), mayoritariamente publicados en 2020.

De los 22 artículos seleccionados, 16 analizaron el impacto en el acceso realizado^{21–36}, aplicando metodología cuantitativa, mediante el análisis de registros médicos de servicios específicos o agregación de datos poblacionales (tabla 1); 2 analizaron el impacto en el acceso potencial^{37,38}, mediante encuestas a distintos colectivos (tabla 2) y, por último, 4 utilizaron métodos cualitativos para estudiar cambios en el acceso potencial^{39–42} (tabla 3). Sólo estos últimos incluyeron a

ⁱⁱⁱ MeSH: *Medical Subject Headings*

^{iv} Ver apartado 8.

personal sanitario y trabajadores de los centros de salud analizados como población de estudio, mientras que los demás se centraron los pacientes o a la población en general.

En cuanto a las áreas geográficas⁴³, 8 estudios corresponden a países europeos^{23,28,31,32,34,35,38,40}, 6 a norteamericanos^{21,26,27,29,36,37}, 4 a África Subsahariana^{24,30,41,42}, 1 a América Latina-Caribe³³, 1 a Asia del Este-Pacífico²², 1 a la región surasiática²⁵ y, por último, 1 estudio que aborda dos países surasiáticos y dos subsaharianos en conjunto³⁹.

En relación con el periodo de estudio, 6 se centran en datos sobre los primeros meses de la pandemia de COVID-19^{25,27,37,38,40,41} (especialmente febrero-junio 2020); 14 estudian los cambios en el acceso durante estos meses, comparándolos con un periodo previo de referencia^{21-24,26,28-36}, de los cuales 1 también incluye una fase más avanzada de la pandemia³⁴ (septiembre-octubre 2020) y sólo 1 analiza el impacto durante este segundo periodo⁴². No se han identificado estudios que analicen periodos posteriores.

Respecto al tipo de servicio, de los estudios sobre acceso realizado, 2 estudios se centran en atención en general^{21,22}, 1 en atención primaria²⁹ (AP), 1 tanto en AP como en atención especializada³⁰ (AE), 12 en AE (cirugía de urgencia³¹, enfermedades cardiovasculares³², odontología³³, oncología³⁴, pediatría^{35,36}, psiquiatría²³, SSR²⁴⁻²⁷ y traumatología²⁸). Entre los estudios sobre el acceso potencial, 1 se centra en AP³⁹ y los 5 restantes en AE (atención a pacientes crónicos⁴⁰, enfermedades raras³⁷, pediatría³⁸ y SSR^{41,42}). En 3 estudios sobre cambios en el acceso realizado^{21,26,30} y en 2 sobre acceso potencial^{39,41} se aborda también el impacto en servicios preventivos.

A continuación, se resumen los resultados en relación con los cambios producidos en el acceso realizado y el acceso potencial, siguiendo el marco teórico de Aday y Andersen¹⁷.

3.1. Cambios en la utilización de los servicios de salud y factores que influyen

Los 16 estudios que analizaron los cambios en el acceso realizado²¹⁻³⁶, excepto uno³⁰, apuntan hacia una reducción en el uso de los servicios (tabla 1). Si bien se describe un menor acceso en general, algunos también señalan leves recuperaciones de la utilización entre el momento de inicio y final del análisis^{24,26,27,30,32}.

Aquellos que analizan cambios en servicios preventivos^{21,26} y procedimientos clasificados como electivos^{21,27,31,34} en general reportan niveles altos de reducción de actividad, con menores cambios en casos urgentes^{26,32,35}. Entre los estudios que incluyen emergencias o urgencias se apunta que, si bien disminuyó con poca intensidad el volumen de actividad, aumentaron los casos con más complicaciones^{25,27,31} y que requerían hospitalización^{35,36}, así como aumentos en el tiempo de espera de recibir atención³¹.

Varios estudios identifican diferencias en la utilización de los servicios de salud según zona geográfica, con un mayor uso en áreas urbanas^{24,29}. Algunos asocian una menor utilización de los servicios a características propias de colectivos vulnerables, tales como edad avanzada^{21,28}, pertenencia a una etnia minoritaria, ingresos bajos y cobertura sanitaria limitada^{21,25}, o a una percepción de mala calidad de los servicios²⁵.

3.2. Cambios en el acceso potencial, relacionado con las características de los servicios y la población

Los 6 estudios que analizaron el acceso potencial³⁷⁻⁴², 4 de los cuales con metodología cualitativa, describen cambios en los factores que influyen en el acceso, tanto a nivel de características de los servicios como poblacionales (tablas 2 y 3). Cuatro estudios abordan cambios en las características de los servicios, destacando una reducción de recursos disponibles para tratar, identificar o contactar a pacientes no COVID-19⁴⁰, así como menor

actividad, implicando el cierre de algunos centros de salud, y falta de material y suministros^{37,39,41}. Un estudio señala aumentos en el coste de los servicios³⁹.

Por otra parte, 4 estudios exponen cambios en las características de la población. Entre los factores que predisponen, aparece el miedo al contagio como una de las principales razones de no acudir a los servicios de salud^{37-39,42}, así como el estigma que generaría un diagnóstico de COVID-19^{39,42}. Otros factores señalados serían la interpretación de las recomendaciones gubernamentales sobre evitar acudir a los servicios de salud³⁸, una mala calidad percibida de los servicios⁴² o dificultades percibidas de poder visitarse^{37,41}. Respecto a los factores capacitantes, se señala que un empeoramiento de la situación socioeconómica de la población^{39,41,42} o falta de redes de apoyo^{41,42} inciden en un menor acceso. Por último, también destacan la minimización del riesgo de complicaciones en el estado de salud y la necesidad percibida de atención⁴² como factores que influyen en los cambios en el acceso, reduciendo o retrasando la búsqueda de atención.

3.3. Cambios en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva

De los 6 estudios que abordaron esta especialidad, 4 se enfocan en los cambios en el acceso realizado²⁴⁻²⁷, centrados en los primeros meses de 2020. De estos, 2 también comparan los resultados con un periodo de referencia anterior^{24,26}. Los ámbitos abordados son atención materno-infantil^{24,25}, ginecología y obstetricia²⁷ y prevención del cáncer de mama²⁶, y todos describen una reducción en el acceso. Los 2 estudios que analizan la atención de servicios de salud materno-infantil señalan una reducción en partos institucionales^{24,25}. Uno destaca un aumento de muertes neonatales e ingresos por complicaciones en el parto²⁵ y el otro un descenso en la inmunización de menores de 5 años²⁴. Estos cambios se asocian a áreas rurales y a población vulnerable.

En cuanto a los 2 estudios que abordan cambios en el acceso potencial^{41,42}, ambos analizan áreas de África subsahariana durante 2020, uno al inicio de la pandemia y el otro en una fase posterior. Los ámbitos abordados son planificación familiar y prevención del VIH⁴¹ y salud materno-infantil⁴². Se describen barreras en el acceso en ambos, tanto respecto las características de los servicios (escasez de actividad, falta de suministros y material médico), como poblacionales (dificultades socioeconómicas, creencias y actitudes de rechazo hacia los servicios de salud, por miedo o estigma, así como una minimización de la necesidad de atención).

4. Discusión

La pandemia por COVID-19 ha comportado una reducción en la utilización de los servicios de salud por problemas distintos a esta enfermedad y ha incidido en los factores que influyen en el acceso. Esta es la primera revisión que aborda de forma general los cambios que se han dado a raíz de ello, recogiendo el conocimiento actual en la literatura científica, principalmente centrado en áreas clínicas o áreas concretas, y destacando algunos ámbitos que requieren más evidencia. La mayoría de los estudios incluidos en el análisis describen una menor utilización de los servicios de salud y cambios en el acceso potencial, al haberse generado o agravado barreras de acceso, así como alterado percepciones y necesidades de la población para buscar atención.

La reducción del uso puede relacionarse con la priorización de los sistemas de salud a dar respuesta a la emergencia sanitaria, variando según cada contexto^{4,9,44,45}. Generalmente, las medidas iniciales se centraron en contener los contagios de COVID-19 y dotar los servicios de salud de recursos para afrontar la elevada demanda de atención, mediante la designación de servicios y procedimientos no esenciales, si bien esto pudo comportar una menor atención a otras necesidades en salud³⁻⁶. Un menor acceso a este tipo de servicios y procedimientos puede asimismo haber comportado un aumento de complicaciones o urgencias^{21,30,31,39}, así como mayor

mortalidad²⁵ y carga de enfermedad³². Asimismo, algunos estudios señalan la dificultad de mantener la actividad en ciertos servicios, incluso esenciales como SSR o salud mental^{39,41,42}, en países de renta media y baja, aspecto también destacado en otras publicaciones⁴⁶⁻⁵¹.

Otra de las medidas promovidas para mitigar las dificultades en el acceso ha sido la adopción de la telemedicina⁴, que no ha sido homogénea en todo el mundo^{3,52}. Artículos incluidos en la revisión han descrito desigualdades en el acceso, especialmente entre perfiles vulnerables o con dificultades para acceder a los medios necesarios para recibir este tipo de atención (edad avanzada, pocas habilidades digitales, dificultades económicas)^{21,29}, aspecto que también destacan otros estudios⁵³⁻⁵⁵. Si bien se han detectado numerosas publicaciones sobre esta temática, enfocadas a los cambios entre atención presencial y telemedicina y la satisfacción con esta^{14,29,53-62}, estos corresponden principalmente a países ricos, por lo que las diferencias en su adopción requerirán más evidencia para medir hasta qué punto podría haber mitigado las dificultades de acceso a los servicios de salud.

En cuanto a los cambios en el acceso potencial, los resultados señalan una falta de recursos para afrontar todas las demandas en salud^{37,39-41}, variando según el servicio y el contexto geográfico, denotando asimismo falta o alteraciones en la distribución de material y suministros médicos en países de renta baja^{39,41,42}, corroborado en otras publicaciones^{4,16,48,63-65}. Respecto a características poblacionales, se identifican distintas barreras de acceso: miedo al contagio por COVID-19^{37-39,42}, aspecto que se incluye en varias publicaciones⁶⁶⁻⁷²; estigma asociado a buscar atención sanitaria^{38,39,41,42}, también señalado en otras publicaciones⁷³⁻⁷⁵; no sentir necesidad de atención^{38,42}; percepción negativa de la calidad de los servicios de salud, especialmente en entornos desfavorecidos o con dificultades estructurales^{39,41,42} y, por último, un agravamiento de la situación socioeconómica^{39,41,42}.

En relación con la SSR, los pocos estudios incluidos describen cambios en la línea con otras especialidades^{24-27,39,41}, en términos de una reducción del acceso y cambios en los factores que influyen, de forma más acentuada en países de renta baja y entre perfiles vulnerables^{25,41,42}. El impacto en mujeres embarazadas en epidemias previas^{2,10,11,51} podría haber facilitado la existencia de un mayor número de estudios sobre salud materno-infantil, frente a la falta de evidencia científica en el resto de ámbitos (planificación familiar, contracepción, enfermedades de transmisión sexual, etc.), designados en mayor medida como no esenciales. Pese a una notable cantidad de otro tipo de publicaciones^{15,47,49,50,55,59,63,66,69,73,75-80}, se requieren más estudios respecto los cambios en el acceso en el conjunto de ámbitos de la SSR, teniendo en cuenta los riesgos que puede suponer una falta de atención, incluyendo mayor carga de enfermedad y mortalidad^{2,9,10,81}.

Esta revisión cuenta con varias limitaciones, fundamentalmente porque el objeto de análisis abarca un fenómeno que transcurre en el momento de estudiarlo, ante lo cual existe un potencial desconocimiento del impacto real que puede tener la pandemia de COVID-19 en el acceso a los servicios de salud y su posterior recuperación. En este sentido, la mayoría de los estudios abordaban fases iniciales de la pandemia, detectando una falta de conocimiento en fases posteriores. Por último, se han excluido estudios que analizaran el acceso por COVID-19 además de otras patologías, discriminación que se hizo para evitar un sesgo en relación con la actividad y los recursos destinados a la atención de otras enfermedades.

5. Conclusión

En esta revisión se recogen estudios que describen una menor utilización de los servicios de salud y cambios en los factores que han influido a ello a raíz de la pandemia de COVID-19. Los resultados difieren según el contexto geográfico, las medidas adoptadas y el tipo de servicio analizado, aunque se refleja una misma tendencia. Estudios futuros deberán abordar cambios

en fases posteriores de la pandemia, así como el impacto en la carga de enfermedad y mortalidad derivado de esta reducción en el acceso a los servicios de salud, y las barreras y desigualdades que se han generado o profundizado, destacando la frecuencia del miedo y las dificultades socioeconómicas. También sería conveniente estudiar el papel de la telemedicina como forma de mitigar una falta de atención, y desigualdades asociadas. En cualquier caso, siendo un fenómeno que sigue aún su curso, el impacto real de la pandemia de COVID-19 queda todavía por definir.

¿Qué se sabe sobre el tema?	Se cuenta con antecedentes de epidemias previas. De la COVID-19, varios estudios señalan un mayor uso de la telemedicina para mitigar la reducción de la atención presencial. Se señalan reducciones de cobertura vacunal infantil, así como reestructuraciones de servicios (de salud materna) para adaptarse a la pandemia.
¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?	Una revisión de la información actual y lagunas del conocimiento sobre de los cambios en el acceso a los servicios de salud a raíz de la pandemia de COVID-19, en general y con especial énfasis a los servicios de salud sexual y reproductiva.
¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?	Señala vacíos de conocimiento y posibles líneas de investigación futuras y aspectos en los que los sistemas de salud deberán atender para ser más resilientes o responder mejor ante otras epidemias.

6. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Hussein J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sex Reprod Heal Matters*. 2020;28(1).
3. Linn L, Olie S, Baldwin A. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. *Organ Panam la Salud/Organización Mund la Salud*. 2020;(1):1-9.
4. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. 2020.
5. Teslya A et al. Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: A modelling study. *PLoS Med*. 2020;17(7).
6. Ma X et al. Emergency and essential surgical healthcare services during COVID-19 in low- and middle-income countries: A perspective. *Int J Surg*. 2020;79:43-6.
7. Krishnan L, Ogunwole SM, Cooper LA. Historical Insights on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), the 1918 Influenza Pandemic, and Racial Disparities: Illuminating a Path Forward. *Ann Intern Med*. 2020;173(6):474-81.
8. Dasgupta J et al. Axes of alienation: Applying an intersectional lens on the social contract during the pandemic response to protect sexual and reproductive rights and health. *Int J Equity Health*. 2020;19(1).
9. UNFPA Asia Pacific Regional Office. UNFPA Asia-Pacific Regional Office Coronavirus (2019-nCoV) Guidance Document. 2020.
10. Correa M. Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva. *Rev Int Salud Matern Fetal*. 2020;5(2):5-8.
11. Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B. Sexual and reproductive health (SRH): A key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reprod Health*. 2020;17(1).
12. Jones SA et al. 'Women and babies are dying but not of Ebola': The effect of the Ebola virus epidemic on the availability, uptake and outcomes of maternal and newborn health services in Sierra Leone. *BMJ Glob Heal*. 2016;1(3):65.
13. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-9.
14. Andrews E et al. Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: An integrative review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2020;2.
15. Montagnoli C et al. Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery*. 2021;94.
16. Olorunsaiye CZ et al. COVID-19 and Child Vaccination: A Systematic Approach to Closing the Immunization Gap. *Int J Matern Child Heal AIDS*. 2020;9(3):381-5.
17. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208-20.
18. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc*

- Res Methodol Theory Pract. 2005;8(1):19-32.
19. Tricco AC et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
 20. Andersen RM, Davidson PL. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. *Chang US Heal Care Syst Key Issues Heal Serv Policy Manag.* 2007;3-31.
 21. Whaley CM et al. Changes in Health Services Use Among Commercially Insured US Populations During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw open.* 2020;3(11).
 22. Zhang YN et al. Reduction in healthcare services during the COVID-19 pandemic in China. *BMJ Glob Heal.* 2020;5(11):1-10.
 23. Aragona M et al. Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *Public Health.* 2020;186:52-6.
 24. Jensen C, McKerrow NH. Child health services during a COVID-19 outbreak in KwaZulu-Natal Province, South Africa. *South African Med J.* 2020;
 25. KC A et al. Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth, and neonatal mortality outcomes in Nepal: a prospective observational study. *Lancet Glob Heal.* 2020;8(10).
 26. Song H et al. Disruptions in preventive care: Mammograms during the COVID-19 pandemic. *Health Serv Res.* 2021;56(1):95-101.
 27. Spurlin EE et al. Where Have All the Emergencies Gone? The Impact of the COVID-19 Pandemic on Obstetric and Gynecologic Procedures and Consults at a New York City Hospital. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020.
 28. Horan J et al. The impact of COVID-19 on trauma referrals to a National Neurosurgical Centre. *Ir J Med Sci.* 2021;1-13.
 29. Alexander GC et al. Use and Content of Primary Care Office-Based vs Telemedicine Care Visits During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw open.* 2020;3(10).
 30. Siedner MJ et al. Access to primary healthcare during lockdown measures for COVID-19 in rural South Africa: An interrupted time series analysis. *BMJ Open.* 2020;10(10).
 31. Cano-Valderrama O et al. Acute Care Surgery during the COVID-19 pandemic in Spain: Changes in volume, causes and complications. A multicentre retrospective cohort study. *Int J Surg.* 2020;80:157-61.
 32. Ball S et al. Monitoring indirect impact of COVID-19 pandemic on services for cardiovascular diseases in the UK. *Heart.* 2020;106(24):1890-7.
 33. Gomes-DeLucena EH et al. Access to oral health in primary care before and after the beginning of the COVID-19 pandemic in Brazil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2020.
 34. Morris EJA et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the detection and management of colorectal cancer in England: a population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6(3):199-208.
 35. Dopfer C et al. COVID-19 related reduction in pediatric emergency healthcare utilization - A concerning trend. *BMC Pediatr.* 2020;20(1).
 36. Goldman RD et al. Paediatric patients seen in 18 emergency departments during the COVID-19 pandemic. *Emerg Med J.* 2020;37(12):773-7.

37. Halley MC et al. "It seems like COVID-19 now is the only disease present on Earth": living with a rare or undiagnosed disease during the COVID-19 pandemic. *Genet Med*. 2021;1-8.
38. Nicholson E et al. Parental Hesitancy and Concerns around Accessing Paediatric Unscheduled Healthcare during COVID-19: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24).
39. Ahmed SAKS et al. Impact of the societal response to COVID-19 on access to healthcare for non-COVID-19 health issues in slum communities of Bangladesh, Kenya, Nigeria and Pakistan: results of pre-COVID and COVID-19 lockdown stakeholder engagements. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(8).
40. Danhieux K et al. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):1-6.
41. Gichuna S et al. Access to Healthcare in a time of COVID-19: Sex Workers in Crisis in Nairobi, Kenya. *Glob Public Health*. 2020;15(10):1430-42.
42. Hailemariam S, Agegnehu W, Derese M. Exploring COVID-19 Related Factors Influencing Antenatal Care Services Uptake: A Qualitative Study among Women in a Rural Community in Southwest Ethiopia. *J Prim Care Community Health*. 2021;12.
43. The World Bank Group. The World by Income and Region [Internet]. 2020 [citado 4 de julio de 2021]. Disponible en: <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html>
44. UNFPA. COVID-19: Un Enfoque de Género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. 2020.
45. World Health Organization. COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccinations, new WHO, UNICEF data shows [Internet]. 2021 [citado 18 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/15-07-2021-covid-19-pandemic-leads-to-major-backsliding-on-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data-shows>
46. Kimani RW et al. Maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in Kenya: Re-contextualising the community midwifery model. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):75.
47. Chattu VK, Yaya S. Emerging infectious diseases and outbreaks: Implications for women's reproductive health and rights in resource-poor settings. *Reprod Health*. 2020;17(1).
48. Murewanhema G, Makurumidze R. Essential health services delivery in zimbabwe during the covid-19 pandemic: Perspectives and recommendations. *Pan Afr Med J*. 2020;35(Suppl 2):1-6.
49. Chandrasekaran S et al. Preparing for an Increased Need for Abortion Access in India during and after COVID-19: Challenges and Strategies. *Stud Fam Plann*. 2020;51(4):377-83.
50. Dasgupta A, Kantorová V, Ueffing P. The impact of the COVID-19 crisis on meeting needs for family planning: A global scenario by contraceptive methods used. *Gates Open Res*. 2020;4:1-22.
51. Abdelbadee AY, Abbas AM. Impact of COVID-19 on reproductive health and maternity services in low resource countries. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2020;25(5):402-4.
52. Organización Mundial de la Salud. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS [Internet]. 2020 [citado 12 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health->

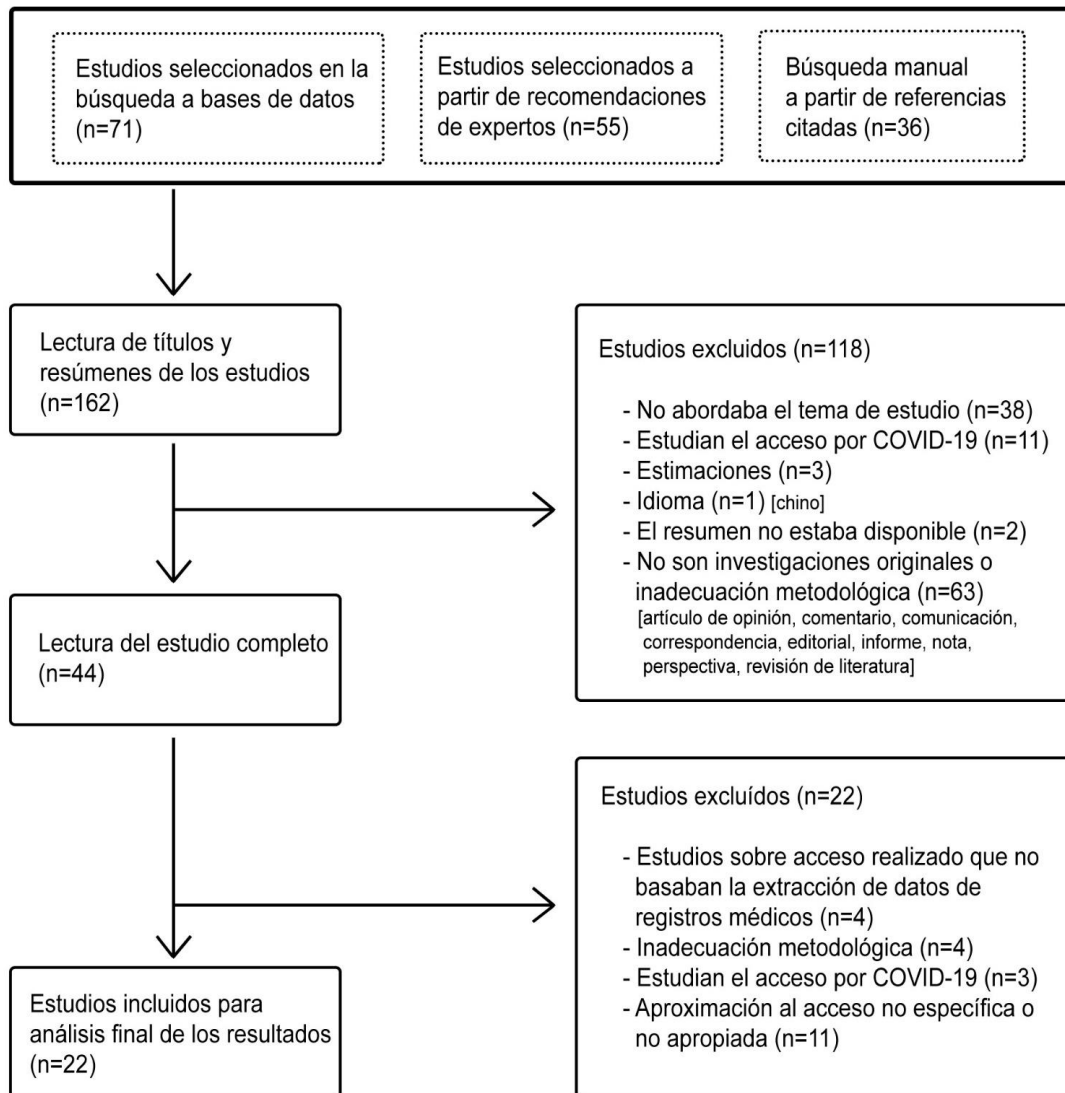
services-in-most-countries-who-survey

53. Eberly LA et al. Patient Characteristics Associated With Telemedicine Access for Primary and Specialty Ambulatory Care During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw open*. 2020;3(12).
54. Futterman I et al. Addressing Disparities in Prenatal Care via Telehealth during COVID-19: Prenatal Satisfaction Survey in East Harlem. *Am J Perinatol*. 2021;38(1):88-92.
55. Limaye MA et al. Differential Uptake of Telehealth for Prenatal Care in a Large New York City Academic Obstetrical Practice during the COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol*. 2020;1(212):18-20.
56. Mann DM et al. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(7):1132-5.
57. Schweiberger K et al. Practice-level variation in telemedicine use in a pediatric primary care network during the COVID-19 pandemic: Retrospective analysis and survey study. *J Med Internet Res*. 2020;22(12).
58. Betancourt JA et al. The Impact of COVID-19 on Telemedicine Utilization Across Multiple Service Lines in the United States. *Healthcare*. 2020;8(4):380.
59. Fryer K et al. Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. *Matern Child Health J*. 2020;24(9):1104-10.
60. Contreras CM et al. Telemedicine: Patient-Provider Clinical Engagement During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *J Gastrointest Surg*. 2020;24(7):1692-7.
61. Ramaswamy A et al. Patient satisfaction with telemedicine during the COVID-19 pandemic: Retrospective cohort study. *J Med Internet Res*. 2020;22(9).
62. Aiken ARA et al. Demand for Self-Managed Online Telemedicine Abortion in the United States During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Obstet Gynecol*. 2020;136(4):835-7.
63. Weinberger M et al. Doing things differently: What it would take to ensure continued access to contraception during Covid-19. *Glob Heal Sci Pract*. 2020;8(2):169-75.
64. McLean M, Abuelaish I. Access to reproductive health care services in countries of conflict: the double impact of conflict and COVID-19. *Med Confl Surviv*. 2020;36(4):283-91.
65. Abdela SG et al. Neglecting the effect of COVID-19 on neglected tropical diseases: The Ethiopian perspective. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2020;114(10):730-2.
66. Riley T et al. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2020;46:73-6.
67. Mizrak Sahin B, Kabakci EN. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth*. 2020;34(2):162-9.
68. Lazzerini M et al. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2020;4(5):10-1.
69. Goyal M et al. The effect of the COVID-19 pandemic on maternal health due to delay in seeking health care: Experience from a tertiary center. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;152(2):231-5.
70. Shayganfard M et al. Health anxiety predicts postponing or cancelling routine medical health care appointments among women in perinatal stage during the covid-19 lockdown. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):1-13.

71. Mauro V et al. Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases. *Intern Emerg Med*. 2020;15(5):787-90.
72. Pant S, Koirala S, Subedi M. Access to Maternal Health Services during COVID-19. *Eur J Med Sci*. 2020;2(2):48-52.
73. Germain S, Yong A. COVID-19 Highlighting Inequalities in Access to Healthcare in England: A Case Study of Ethnic Minority and Migrant Women. *Fem Leg Stud*. 2020;28(3):301-10.
74. Karavadra B et al. 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*. 2020;20(1).
75. Nandagiri R, Coast E, Strong J. COVID-19 and abortion: Making structural violence visible. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2020;46:83-9.
76. UNFPA et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. *Interim Technical Note*. 2020.
77. Bayefsky MJ, Bartz D, Watson KL. Abortion during the Covid-19 Pandemic — Ensuring Access to an Essential Health Service. *N Engl J Med*. 2020;382(19).
78. Onwuzurike C, Meadows AR, Nour NM. Examining Inequities Associated With Changes in Obstetric and Gynecologic Care Delivery During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Obstet Gynecol*. 2020;136(1):37-41.
79. Suh-Burgmann EJ, Alavi M, Schmittziel J. Endometrial Cancer Detection During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Obstet Gynecol*. 2020;136(4):842-3.
80. Sharma KA et al. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2020;59(6):808-11.
81. Tirado V et al. Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of young people in refugee contexts globally: A scoping review. *PLoS One*. 2020;15(7).

7. Tablas y figuras

FIGURA 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios



Nota: la tabla 1, presentada a continuación, tiene una extensión de 4 páginas al resumir el contenido de 16 artículos. Las tablas 2 y 3 no exceden una página al contener hasta 4 artículos cada una.

TABLA 1. Cambios en la utilización de los servicios de salud y factores que influyen

Autoría	Fuente de datos y país	Población de estudio y muestra	Periodo de análisis	Servicio	Variable resultado	Principales resultados
Whaley et al., 2020	Agregación de datos a nivel mensual y cálculo de utilización por 10000 empleados. Datos recogidos por Castlight Health, Estados Unidos	Población con seguro médico; 2018 n=5,6 millones; 2019 n=6,4 millones; 2020 n=6,8 millones	Enero - febrero de 2018, 2019 y 2020; marzo -abril de 2018, 2019 y 2020	General	Uso de diversos servicios de salud (servicios preventivos, atención no aplazable, procedimientos aplazables, prescripción de medicamentos, visitas en persona, visitas telemedicina)	Menor utilización de servicios preventivos y procedimientos electivos. Cambios no significativos en atención urgente, salud materna, ni en la prescripción de medicamentos. Aumento general en el uso de visitas de telemedicina. Factores asociados (FA): uso de la telemedicina menos asociado a habitantes de zonas con bajos ingresos o mayoría de población de minorías étnicas/racializadas (quienes experimentan una menor reducción en visitas presenciales).
Zhang et al., 2020	Datos de transacciones bancarias (<i>Big data</i>) de China UnionPay en atención médica, China	Transacciones en atención sanitaria; n=300 millones*	Enero - marzo 2019; diciembre 2019 - febrero 2020; noviembre 2019 - abril 2020	General	Media de gasto diario en atención médica, visitas a la semana, gasto per cápita (por ciudades)	Menor utilización de los servicios de salud a partir de enero de 2020. FA: mayor utilización asociada a ciudades con menor riesgo de casos de COVID-19, medidas menos estrictas y no ubicadas en la región occidental.
Alexander et al., 2020	IQVIA National Disease and Therapeutic Index, Estados Unidos	Visitas en AP; n=875,6 millones*	Enero 2018 - junio 2020	AP	Tipo de visita en AP (presencial o telemedicina), evaluación de la presión arterial o nivel del colesterol, inicio o continuación de prescripción médica	Menor utilización de los servicios de salud en 2020 respecto 2018 y 2019. Disminución de visitas en persona y aumento de visitas de telemedicina. Menor frecuencia evaluaciones y prescripciones de medicación. FA: mayor utilización asociada a personas residentes en la Costa Oeste, sin diferencias según raza.
Siedner et al., 2020	Sistema de vigilancia de la salud demográfica del Instituto de Investigación en Salud de África, Sudáfrica	Visitas en AP; n=46.523*	Enero - junio 2018, 2019 y 2020	AP y AE (distintas especialidades)	Visitas (general, salud infantil, VIH, SSR, cuidados crónicos)	No se observan cambios significativos a nivel general en la utilización de los servicios a partir del confinamiento nacional, excepto en una reducción de visitas de atención infantil, que se recupera a lo largo de los tres siguientes meses.

TABLA 1 (CONTINUACIÓN)

Autoría	Fuente de datos y país	Población de estudio y muestra	Periodo de análisis	Servicio	Variable resultado	Principales resultados
Cano-Valderrama et al., 2020	Registros médicos de 3 hospitales, España	Pacientes que se sometieron a cirugía de urgencia; 2019 n=285, 2020 n=117	Marzo - abril 2019 y 2020	AE: cirugía de urgencia (Acute Surgery Care)	Cirugías	Reducción de cirugías en el periodo de pandemia. Mayor tiempo de espera entre inicio de síntomas y llegada a urgencias y mayor número de complicaciones (especialmente procedimientos electivos).
Ball et al., 2020	Datos agregados de actividad hospitalaria de 9 hospitales del NHS, Reino Unido	Ingresos y visitas a urgencias por enfermedad cardiovascular; octubre 2019 - mayo 2020: ingresos n=513.703, visitas a urgencias n=435.653; octubre 2018 - mayo 2019: ingresos n=599.372, visitas a urgencias n=506.516	Octubre 2018 - mayo 2019; octubre 2019 - mayo 2020	AE: enfermedades cardiovasculares	Ingresos y emergencias por enfermedad cardiovascular	Reducción de ingresos y visitas de emergencias a partir del confinamiento de 2020, en comparación con 2019. Se observa una leve recuperación de la actividad a partir de abril de 2020.
Gomes et al., 2020	Sistema de Información en Salud para Atención Primaria, Brasil	Visitas en los servicios de salud dental; 2019 n=6,1 millones, 2020 n=3,7 millones	Enero - abril 2019 y 2020	AE: odontología	Visitas por absceso o dolor dental	Menor utilización de los servicios, en comparación con 2019.
Morris et al., 2021	Bases de datos poblacionales del NHS, Reino Unido	Pacientes derivados por sospecha o diagnóstico de cáncer colorrectal; sospecha n= 366.440, diagnóstico n=29.479	Enero 2019 - octubre 2020	AE: oncología	Derivaciones por sospecha o diagnóstico de cáncer colorrectal, número de procedimientos y cirugías	Reducción en el número mensual de derivaciones, procedimientos y cirugías. Aumento relativo en la utilización de radioterapia, debido al mayor uso de regímenes de corta duración, mantenidos por encima de los niveles de 2019 hasta octubre de 2020 (excepto en junio de 2020).

TABLA 1 (CONTINUACIÓN)

Autoría	Fuente de datos y país	Población de estudio y muestra	Periodo de análisis	Servicio	Variable resultado	Principales resultados
Dopfer et al., 2020	Registros médicos del Hospital Universitario de Hanover, Alemania	Visitas en emergencias de pediatría; n=5.424*	Enero - abril 2019 y 2020	AE: pediatría (emergencias)	Visitas en el departamento de emergencias pediátricas	Menor utilización de servicios de emergencias pediátricas, a partir del confinamiento de 2020. FA: mayor utilización asociada a pacientes menores de un año y casos que requerían hospitalización, aunque no a ingresos de cuidados intensivos.
Goldman et al., 2020	Registros médicos de 18 departamentos de emergencias pediátricas en British Columbia, Canadá	Visitas en emergencias de pediatría (0-16 años); marzo - abril 2019 n=22.654; diciembre 2019 - enero 2020 n=31.525; enero - marzo 2020 n=26.654; marzo - abril 2020 n=7.535	Marzo - abril 2019; diciembre 2019 - abril 2020	AE: pediatría (emergencias)	Visitas diarias en emergencias pediátricas e ingresos	Menor utilización de emergencias, tanto en hospitales infantiles como generales. La media general de visitas disminuyó especialmente durante el pico de la pandemia (marzo-abril 2020). Aumento de ingresos atribuidos al descenso de visitas de menor gravedad.
Aragona et al., 2020	Registro médico del INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà), Italia	Pacientes en situación vulnerable que recibieron al menos una intervención psiquiátrica en febrero (n=286) y marzo (n=269) de los años 2017-20	Febrero y marzo 2017-2020	AE: psiquiatría	Visitas en los servicios de psiquiatría, visitas de seguimiento	Menor utilización de los servicios de salud mental en marzo de 2020. Las visitas de seguimiento de los pacientes de febrero a marzo disminuyeron más, respecto años anteriores.
Jensen & McKerrow, 2020	Registros médicos del Sistema de Información de Salud del Distrito KwaZulu-Natal, Sudáfrica	Pacientes atendidos en los servicios de salud infantil; datos agregados*	Enero 2018 - junio 2020	AE: SSR (salud materno-infantil)	Visitas a clínica, ingresos hospitalarios, partos institucionales) y provisión de servicios (cobertura vacunal, suplementación vitamínica, desparasitación)	Reducción de visitas clínicas e ingresos hospitalarios en niños menores de 5 años, con leve recuperación en atención a clínica a partir de mayo 2020. Reducción de actividad en provisión de servicios, recuperando en mayor medida la cobertura vacunal. Cambios menos pronunciados en partos intrahospitalarios y extrahospitalarios y en varios procedimientos, incluyendo de inmunización. FA: menor utilización asociada a áreas rurales.

TABLA 1 (CONTINUACIÓN)

Autoría	Fuente de datos y país	Población de estudio y muestra	Periodo de análisis	Servicio	Variable resultado	Principales resultados
KC et al., 2020	Estudio observacional prospectivo, sistema de recolección de datos en 9 hospitales (estudios SUSTAIN y REFINE), Nepal	Mujeres embarazadas atendidas en estos hospitales; n=21.763	Enero - mayo 2020	AE: SSR (salud materno-infantil)	Partos institucionales, mortalidad neonatal, calidad de la atención	Reducción de partos institucionales, especialmente partos vaginales, a partir del confinamiento nacional. Aumento de partos prematuros, muertes neonatales y mujeres ingresadas con complicaciones en el parto. FA: menor uso asociado a usuarias de etnias desaventajadas y mala calidad percibida de la atención.
Song et al., 2021	Registros médicos de Independence Blue Cross, Estados Unidos	Mujeres que se hicieron mamografías entre 2018 y marzo de 2020 de cribado (n=213.168) y diagnósticas (n=55.879), y entre marzo y julio de 2020 de cribado (n=27.970) y diagnósticas (n=10.233)	Enero 2018 - julio 2020	AE: SSR (cáncer de mama)	Mamografías de cribado y mamografías diagnósticas	Reducción abrupta en el volumen de mamografías (de cribado y diagnósticas) a partir de marzo de 2020, recuperando levemente la actividad a partir de mayo. FA: mayor acceso en mujeres con diagnóstico previo
Spurlin et al., 2020	Registro médico electrónico del sistema de salud de NYP-CUIMC (New York Presbyterian - Columbia University Irving Medical Center), Estados Unidos	Pacientes que acudieron a servicios de obstetricia y ginecología; febrero-marzo 2020: visitas de emergencia (n=275), cirugías ginecológicas (n=212), cirugías obstétricas (n=237); marzo-abril 2020: visitas de emergencia (n=79), cirugías ginecológicas (n=79), cirugías obstétricas (n=181)	Febrero - abril 2020	AE: SSR (ginecología y obstetricia)	Consultas en obstetricia y ginecología (emergencias y cirugías)	Reducción de consultas y cirugías de emergencia en ginecología y obstetricia a partir de marzo de 2020, sólo estadísticamente significativa en cirugías de obstetricia. Aumento de emergencias y pacientes graves.
Horan et al., 2021	Registros médicos del National Neurosurgical Centre, en el Hospital Beaumont de Dublín, Irlanda	Pacientes derivados al departamento de traumatología en 2019 (n=527) y 2020 (n=437)	Marzo - mayo 2019 y 2020	AE: traumatología	Derivaciones a traumatología	Reducción de derivaciones traumatológicas respecto 2019. No se observan cambios significativos entre los perfiles más asociados a las derivaciones entre 2019 y 2020, aunque sí en el tipo de diagnóstico (reducción en lesiones cerebrales y espinales y en fracturas craneales). FA: mayor uso entre hombres, mayores de 60 años, consumidores de alcohol.

AP: atención primaria; AE: atención especializada; FA: factores asociados; SSR: salud sexual y reproductiva; *: datos correspondientes a la muestra proporcionados de forma agregada o conjunta

TABLA 2. Cambios en el acceso potencial, relacionado con las características de los servicios y la población

Autoría	Fuente de datos y país	Población de estudio y muestra	Periodo de análisis	Servicio	Variable resultado	Principales resultados
Halley et al., 2021	Encuesta en línea a través de grupos de Facebook de Estados Unidos	Familiares (n=139) y pacientes afectados por enfermedades raras sin diagnóstico (n=275)	Abril – junio 2020	AE: enfermedades raras no diagnosticadas	Impacto de la pandemia en personas afectadas	<p>Características servicios: barreras para acceder a servicios esenciales (dificultad de contacto, reprogramación de procedimientos, falta de suministros médicos, insuficiencia telemedicina); restricciones de acompañantes; cierre de centros de educación especial.</p> <p>Características población: miedo al contagio por COVID-19; impacto en salud física y mental (estrés por no poder recibir tratamiento o como factor agravante de la enfermedad); percepciones positivas (medidas de prevención generales, trabajar en remoto, menos barreras con la telemedicina).</p>
Nicholson et al., 2020	Encuesta, usando paneles de investigación de mercado Qualitrics, Irlanda	Padres o madres de niños menores de 16 años de Irlanda (n=1.044)	Junio 2020	AE: pediatría	Dudar o evitar acudir a los servicios de salud	<p>Características población: miedo al contagio, percepción de sobreutilización de los servicios o de falta de necesidad, miedo a ser juzgados por buscar atención, mala comprensión de mensajes gubernamentales, preocupación respecto el desplazamiento (evitar transporte público).</p> <p>Perfil asociado a estas creencias y conductas: mujeres, al principio del confinamiento, en personas con mayores niveles de estrés, con la idea de que el gobierno desaconsejaba acudir a los servicios de salud y con hijos a riesgo de contraer COVID-19.</p>

AE: atención especializada

TABLA 3. Estudios cualitativos sobre los cambios en el acceso potencial, relacionado con las características de los servicios y la población

Autoría	Técnica de recogida de información	Periodo de análisis	Área de estudio	Población de estudio	Servicios	Principales resultados
Ahmed et al., 2020	Talleres y encuentros presenciales en tres fases pre-pandemia (entrevistas semiestructuradas, encuentros grupales e individuales), y una cuarta fase mediante métodos telefónicos debido a las restricciones de la pandemia	Marzo 2018 - mayo 2020	Bangladesh, Kenya, Nigeria, Pakistán	Personal sanitario (médicos, enfermeras, farmacéuticos, vendedores de medicamentos de patente, trabajadores de salud comunitaria), mujeres embarazadas y madres con niños pequeños (Kenya) y gerentes de servicios de salud	AP	Características servicios: dificultad de acceso a servicios poco accesibles antes de la pandemia (salud mental, violencia de género) y también a servicios preventivos, aumento del coste de los servicios de salud, escasez de material y suministros médicos. Características población: miedo al contagio, dificultades económicas.
Danhieux et al., 2020	21 entrevistas semi-estructuradas	Abril - junio 2020	Bélgica	Médicos de cabecera, enfermeras y dietistas de AP, que trabajaran de forma individual, en grupo monodisciplinar o en grupo multidisciplinar	AE: cuidados a pacientes crónicos	Características servicios: pocos recursos para tratar, identificar y contactar con pacientes no COVID-19, con especial impacto en personas de alto riesgo y pacientes vulnerables.
Gichuna et al., 2020	132 entrevistas semiestructuradas a través de móvil (telefónicamente o videollamada de WhatsApp)	Abril - mayo 2020	Áreas Kariobangi, Roysambu y Jogoo Road (Nairobi, Kenya)	Trabajadoras sexuales de las áreas Kariobangi, Roysambu y Jogoo Road (n=117) y trabajadores de los centros de salud del programa Bar Hostess Empowerment and Support Program (n=15)	AE: SSR (planificación familiar) y VIH	Características servicios: poca actividad, falta de suministros y material médico. Características población: dificultades económicas, estigma.
Hailemariam et al., 2021	6 grupos focales y 9 entrevistas en profundidad	Septiembre - noviembre 2020	Etiopía	Mujeres embarazadas que no accedieron a los servicios de SSR residentes en Kebeles (distritos Gurafarda, Sheko y Debrework) y trabajadores sanitarios en las mismas áreas	AE: SSR (salud materno-infantil)	Características población: percepción de mala calidad de los servicios, miedo, estigma, minimización del riesgo de necesitar atención, rechazo a acudir a los servicios de atención prenatal.

AE: atención especializada; AP: atención primaria; SSR: salud sexual y reproductiva

8. Material suplementario

8.1. Estrategia de búsqueda en Medline

1. **Acceso a los servicios de salud:** (((((((((((((((health services accessibility[MeSH Terms]) OR (health services accessibility)) OR (accessing)) OR (accessibility)) OR (access)) OR (utilization)) OR (delivery of health care)) OR (healthcare services)) OR (Health Services Needs and Demand[MeSH Terms])) OR (Healthcare Disparities[MeSH Terms])) OR (Needs Assessment[MeSH Terms])) OR (Health Policy[MeSH Terms])) OR (Equipment and Supplies Utilization[MeSH Terms])) OR (Facilities and Services Utilization[MeSH Terms]))
2. AND
3. **Salud sexual y reproductiva:** (((((((((((sexual and reproductive health services) OR (sexual and reproductive health care)) OR (shr)) OR (maternal health)) OR (Reproductive Health Services[MeSH Terms])) OR (Sexual Health[MeSH Terms])) OR (Maternal Health[MeSH Terms])) OR (Maternal Health Services[MeSH Terms]))
4. AND
5. **COVID-19:** (((((((((((coronavirus disease) OR (covid-19)) OR (coronavirus)) OR (sars-cov-2)) OR (Coronavirus Infections[MeSH Terms])) OR (covid-19[MeSH Terms])) OR (sars-cov-2[MeSH Terms])) OR (coronavirus[MeSH Terms]))
6. Filtros: diciembre 2019 - marzo 2021

4) Tareas de la alumna

Las tareas se han mantenido respecto las presentadas en el protocolo.

1. Elaboración del protocolo
2. Diseño de la estrategia de búsqueda bibliográfica
3. Identificación y selección de estudios y documentos sobre el impacto de la COVID-19 en el acceso a los servicios de salud
4. Lectura de los estudios seleccionados y extracción de datos
5. Interpretación y síntesis de los datos
6. Redacción del artículo científico y tesina

5) Anexos

Prisma check-list

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	10
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	11
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	12
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	12
METHODS			
Protocol registration and	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	NA
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	13
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	13
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	30
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	13
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	13

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	13
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	13
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	13
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	13
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	13
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	24-29
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	24-29
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	13-15
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	15-16
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	16
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	16-17
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	10

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is

more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169:467–473