

SALUD

materiales didácticos

Edita: Junta de Andalucía

Consejería de Empleo

Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias

© de la presente edición: Junta de Andalucía

Coordinadores: Francisco Checa y Olmos y M^a Pilar Baraza Cano

Diseño gráfico: Faustina Morales

Maquetación: Teresa Barroso, Ensenada**3**

Imprenta: Escandón Impresores

Depósito Legal: SE-5543-2009

ISBN: 978-84-691-6845-5

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
• Introducción	9
• Objetivos	10
• Contenidos	10
CONTENIDOS	13
• Tema 1. La competencia intercultural y las habilidades de Intervención en mediación social intercultural, por Octavio Vázquez Aguado	15
• Tema 2. La visión de la otredad en torno a población inmigrante extranjera desde la atención primaria de salud	30
• Tema 3. Inmigración: adaptación y duelo, por Nabil Sayed-Ahmad Beiruti	45
• Tema 4. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de Atención Primaria para un nuevo modelo de sociedad?, por José Vázquez Villegas	64
• Tema 5. La salud y la mujer inmigrante, por María Isabel Oliver Reche, Pilar Baraza Cano y Encarnación Martínez García	67
• Tema 6. Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas, por M ^a Casilda Velasco Juez	98
• Tema 7. Síntesis didáctica de la ponencia "migración y prostitución. Una aproximación desde la etnografía", por Estefanía Acién González	111
CASOS PRÁCTICOS (orientaciones y recomendaciones de intervención)	117
• Casos prácticos	118
• Práctica individualizada de reflexión	121

TESTS	122
• Tests	122
• Soluciones tests	126
GLOSARIO DE CONCEPTOS	127

TEMA 5

LA SALUD Y LA MUJER INMIGRANTE

MARÍA ISABEL OLIVER RECHE, PILAR BARAZA CANO Y ENCARNACIÓN MARTÍNEZ GARCÍA

Este capítulo forma parte del *Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud*.

Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Sevilla-2007

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está observando un incremento en el número de mujeres procedentes de países en vías de desarrollo que llegan a nuestro medio; es decir, una feminización en los flujos migratorios. Las mujeres inmigrantes conforman una población joven, mayoritariamente en edad fértil. Se estima que más de la mitad se encuentran en edad reproductora, lo que hace que sus demandas prioritarias de salud y sus necesidades socio-sanitarias estén estrechamente vinculadas con todos los aspectos relacionados con la reproducción y la maternidad. Los datos procedentes de los hospitales públicos españoles son reveladores al respecto, mostrando el progresivo aumento en la atención a embarazadas y parturientas foráneas durante los últimos años.

Aunque los estudios sobre la salud de las mujeres inmigrantes son aún poco numerosos, existiendo aspectos sanitarios sin abordar, las investigaciones disponibles señalan ya déficits y desigualdades con respecto a las mujeres autóctonas, que en el caso del embarazo y el parto se traducen en mayores riesgos y en unas mayores

cifras de morbilidad materno-infantil, situación que en parte es debida a las dificultades en el uso y acceso a los servicios sanitarios que en general tiene el colectivo, con particularidades específicas, culturales y de género, en el caso de las mujeres inmigrantes.

La atención a mujeres inmigrantes de tan diversas procedencias afecta de manera directa a los servicios sanitarios, planteando nuevos retos. La importancia numérica de este colectivo en nuestra región justifica que desde el sistema sanitario público de Andalucía se adopten políticas adaptadas en materia de salud, estrategias tendentes a mejorar la calidad y la eficacia en la atención, considerando tanto las necesidades como las especificidades culturales de las mujeres inmigrantes.

INMIGRACIÓN FEMENINA

Hasta hace poco tiempo existía en nuestro medio un predominio numérico de varones inmigrantes, fundamentalmente solteros y jóvenes. Sin embargo, en los últimos años se está observando una presencia y participación cada vez mayor de las mujeres en los flujos migratorios

internacionales. De este modo, actualmente en Andalucía existe un 45% de mujeres extranjeras regularizadas, frente a un 55% de varones, composición muy parecida a la media nacional (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). Esta feminización de la inmigración es debida, básicamente, a dos motivos:

a. Al fenómeno conocido como reagrupamiento familiar, consecuencia del asentamiento previo de varones inmigrantes.

b. A la existencia de un creciente número de mujeres que inician en solitario y de manera autónoma su proyecto migratorio.

En el primer caso, la reunificación familiar se ha visto favorecida por la legislación española, que permite que los trabajadores y trabajadoras inmigrantes traigan a su cónyuge, hijos e hijas menores, una vez estén establecidos a nivel económico, laboral y legal. Según la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, éstos tienen derecho a la vida en familia. Por ello, los familiares de las personas extranjeras que residan en España tienen derecho a reagruparse con el residente, entre los que se incluye el/la cónyuge, siempre que no se encuentren separados de hecho o de derecho. En ningún caso podrá reagruparse más de un cónyuge aunque la ley personal del extranjero admita esta posibilidad, como es el caso del derecho familiar de algunos países musulmanes que permiten la poligamia.

Las mujeres reagrupadas son, por tanto, mujeres casadas, sobre todo de origen africano. Son consideradas como «inmigrantes pasivas», puesto que abandonan su país de origen para unirse

con el marido y reunificar la unidad familiar en el país de acogida. Con frecuencia proceden de áreas rurales y ambientes tradicionales, presentando un fuerte arraigo a sus patrones culturales de origen.

El reagrupamiento familiar no es la única vía de emigración femenina. En los últimos años está aumentando el número de mujeres solteras que llegan a nuestro país con un proyecto migratorio autónomo. En general, son de origen urbano y presentan un buen nivel social y educativo, además de una mayor emancipación que las mujeres reagrupadas. La existencia de estas mujeres rompe con los estereotipos que se tienen en Occidente respecto de las mujeres inmigrantes, definidas como analfabetas y dependientes de sus maridos. También rompe con el extendido estereotipo que apunta a que los hombres son más móviles geográficamente, mientras que las mujeres se caracterizan por permanecer de por vida en el lugar donde han nacido (Juliano, 2004).

Al igual que otros fenómenos sociales, las migraciones también están atravesadas por las desigualdades existentes entre ambos sexos. Aunque actualmente en España la población inmigrante femenina representa una proporción similar a la masculina, la visibilidad social de estas mujeres es inferior a las de sus homónimos varones. Las investigaciones sobre migraciones, así como las políticas de integración, con frecuencia olvidan que también existen mujeres inmigrantes.

Esta invisibilidad puede ser debida a la tradicional concepción sobre los roles sexuales, visión que define al hombre por su protagonismo en la esfera pública y por el ejercicio de tareas pro-

ductivas y económicas, mientras que la mujer se enmarca en la esfera privada del hogar y la familia, con un rol social y reproductor. Consecuencia de esta dicotomía, que continúa operativa en las sociedades occidentales, «la mujer va a aparecer dentro de las migraciones como un ser social y privado, y el hombre como un ser económico y público» (Gregorio, 1998). De este modo, los gobiernos de los países occidentales entienden que la inmigración es un fenómeno económico asociado únicamente con obreros masculinos, identificando a las mujeres en relación a sus maridos.

ABORDAJE DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES INMIGRANTES

Definición y ámbitos de la salud reproductiva

Hasta hace poco tiempo en los foros internacionales se hablaba de «salud maternoinfantil», un término que remarca el rol de las mujeres como cuidadoras y responsables de la salud de los niños. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, se sustituyó el término anterior por el de «salud reproductiva y sexual», definiéndola como «un estado de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear o de contraer enfermedades de transmisión sexual, y la libertad para hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia» (Pérez de Armiño, 2001).

Desde una perspectiva de género, esta nueva definición amplía los límites de la salud de las mujeres, orientándola, además de a los aspectos meramente reproductivos, a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones personales. Por tanto, para hacer frente a las necesidades en salud sexual y reproductiva, los servicios sanitarios deben incluir información y servicios de planificación familiar, interrupción del embarazo, información y atención al embarazo, parto y post-parto, educación sobre paternidad/maternidad responsable, prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA, detección precoz del cáncer ginecológico, asesoramiento en materia de infertilidad, atención a la adolescencia y la menopausia, así como la atención y el consejo relacionado con la violencia doméstica o la desigualdad entre los sexos.

Aunque el término de derechos sexuales y reproductivos no aparece en los acuerdos internacionales, su definición y contenido se aprobaron dentro del marco de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 en Pekín, que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, por lo que los afirma como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales: «Los derechos sexuales y reproductivos son un cimiento del desarrollo sostenible, que exigen que las personas puedan tener control sobre su vida sexual y reproductiva. El descuido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es la base de muchos problemas tales como la violencia, el abuso sexual y la vio-

lación de mujeres y niños; el VIH/SIDA, la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes, niños abandonados, prácticas dañinas, tales como la mutilación genital femenina, el crecimiento de la población, la feminización de la pobreza, la violación de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de las personas» (Alcalá, 1995).

Salud reproductiva e inmigración

El abordaje de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes resulta fundamental en nuestro medio, dado que conforman una población joven, encontrándose la mayoría (entre el 60 y el 80%) en edad reproductora o fértil. La situación de juventud, a la que se añade la feminización en los flujos migratorios, hace que las necesidades socio-sanitarias y las demandas prioritarias de salud en el colectivo inmigrante estén muy relacionadas con la atención infantil y la salud reproductiva: ginecología, anticoncepción, atención al embarazo, parto y puerperio, etc., aspectos invisibilizados en los estudios sobre inmigración y salud.

Es una realidad que en los servicios socio-sanitarios españoles, la atención a mujeres extranjeras embarazadas y parturientas ha aumentado y se ha diversificado en el transcurso de los últimos años. Mientras que en la población autóctona prevalecen las especialidades médicas y quirúrgicas, la más visitada por la población inmigrante es la obstétrica-ginecológica, que constituye el mayor motivo de hospitalización en este colectivo (Salazar y otros, 2003). En el ámbito concreto de Andalucía, algunos centros hospitalarios al-

canzan cifras de atención al embarazo y parto en torno al 30%, cifras que presentan además una clara tendencia al alza.

A pesar de que los temas de salud en poblaciones inmigrantes están cobrando una especial relevancia, y que las mujeres representan actualmente en España casi un 50% de la población total extranjera, existe un gran desconocimiento de las necesidades en materia de salud que presenta el colectivo de mujeres, debido a que las investigaciones que analizan específicamente los aspectos sanitarios son incipientes y poco numerosas. Esto condiciona que no existan políticas sanitarias adaptadas a las necesidades de esta población, y que la asistencia sanitaria no esté lo bien enfocada que debiera en materia de salud reproductiva.

La situación sanitaria de estas mujeres no es debida simplemente a su situación de inmigrantes, sino a las condiciones socio-económicas que padecen, a veces rozando la precariedad y la marginalidad. Se admite, así mismo, que la cultura por un lado, y la situación social de la mujer por otro, junto a factores estructurales y sanitarios de origen, juegan un papel importante en la forma de entender los fenómenos asociados a la reproducción y a la maternidad (Oliver, 2005). Por tanto, a la hora de abordar los comportamientos reproductivos en mujeres inmigrantes, es preciso tener en cuenta la influencia que pueden estar ejerciendo tres factores:

a. Las desigualdades en salud basadas en cuestiones de tipo socio-económico, que afectarían igualmente a poblaciones autóctonas en riesgo de exclusión social.

b. Las desigualdades de género, presentes tanto en origen como en destino.

c. La situación socio-cultural y sanitaria existente en el país de origen, que va a influir en la aceptación de los patrones sanitarios vigentes en el entorno de recepción.

ASPECTOS CULTURALES Y ESTRUCTURALES EN SALUD REPRODUCTIVA

Los aspectos culturales son especialmente importantes en el caso de todos los fenómenos asociados a la reproducción. La fecundidad y la maternidad no son sólo fenómenos demográficos y biológicos, sino también hechos simbólicos, cuyo sentido es producido y reproducido en un determinado contexto, estando cargados de significados socio-culturales. La maternidad tiene una doble dimensión biológica y social, donde se articulan cultura e ideología (Esteban, 2000). Cada sociedad contempla los fenómenos asociados a la reproducción de modo diferente según sus patrones culturales vigentes, el sistema político, factores socio-económicos, la organización social, etcétera.

Por tanto, la diversidad cultural afecta a la salud reproductiva. Los comportamientos reproductivos, las cuestiones obstétrico-ginecológicas y los potenciales problemas sanitarios relacionados con estos aspectos trascienden el marco de la fisiología y de la biología, dependiendo en gran medida del bagaje educativo y cultural que traen las mujeres de sus zonas de origen.

Evidentemente, las mujeres inmigrantes procedentes de países con menor grado de desarrollo

económico obtienen considerables mejoras en la calidad y en el acceso a la asistencia sanitaria en España, viendo disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal respecto a sus lugares de procedencia. Sin embargo, esto no impide que durante la atención sanitaria en nuestro medio manifiesten contradicciones respecto a las concepciones socio-culturales interiorizadas desde origen, situación que puede agravarse por determinadas actitudes de incompreensión de los profesionales sanitarios que las atienden.

Aunque los aspectos culturales y estructurales de origen podrían estar jugando un papel importante en la percepción y aceptación de los servicios sanitarios por parte de las mujeres inmigrantes, en sus pautas y comportamientos en salud reproductiva (hábitos sanitarios, vivencia de la maternidad, lactancia, patrones reproductivos, actitudes ante la anticoncepción, etc.), intervienen tanto estas concepciones socio-culturales y sanitarias de origen, previas a la inmigración, como las concepciones socio-sanitarias existentes en el país de destino; o sea, el marco socio-cultural previo y posterior a la inmigración.

Parece probado que, al igual que sucede con otros aspectos cotidianos, en la migración se producen cambios y transformaciones en los patrones culturales de origen que modifican los comportamientos sanitarios en materia reproductiva. Existen varios grados de adhesión a los valores de las sociedades occidentales de acogida: normalmente no se produce una total asimilación que las lleve a abandonar definitivamente sus costumbres, sino que las suelen conciliar con los códigos de la nueva situación, modificando

algunos comportamientos y manteniendo otros. Por ello, aunque algunas particularidades que plantea la atención a mujeres inmigrantes en nuestro medio deben entenderse en el contexto global de origen, las cuestiones culturales no pueden ser tomadas de forma categórica, rígida y estereotipada. No existen comportamientos y manifestaciones culturales estancos: las mujeres no están únicamente modeladas por su cultura de origen, existiendo así mismo una gran variabilidad individual.

El colectivo de mujeres inmigrantes no es homogéneo: al igual que sucede con otros aspectos de integración socio-cultural, sus respuestas y comportamientos sanitarios varían en función de la edad, condiciones socio-laborales, nivel educativo, social, características culturales, religiosas y nivel de desarrollo de su lugar de origen, relaciones de género, patrón migratorio, procedencia rural o urbana, aspiraciones personales, tiempo de asentamiento en el país, manejo del castellano, etc. También hay que tener en cuenta que algunos de esos cambios ya se han iniciado en el país de origen, de modo que aquí más bien se reproducen y afirman.

Por tanto, para hacer una aproximación a la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes, además de la situación socio-económica que viven en el contexto migratorio, que influye poderosamente en las desigualdades en salud, también es preciso tener en cuenta la situación sanitaria de partida, marcada por desequilibrios importantes con respecto a las sociedades desarrolladas occidentales. Dada la relevancia de los determinantes estructurales y culturales de ori-

gen, puede resultar explicativo conocer el contexto de partida, que se articula con las prácticas existentes en el contexto de recepción.

Desigualdades de género y salud

Un determinante de las desigualdades en salud son las cuestiones de género, que tienen una influencia capital en las cuestiones sanitarias. Mientras que el sexo hace referencia a las diferencias biológicas dadas por el hecho de nacer hombre o mujer, el género es el significado cultural que en una determinada época y sociedad se atribuye a lo masculino y a lo femenino. El género atraviesa factores económicos, sociales, políticos, jurídicos y sanitarios, filtrando las oportunidades y limitaciones que derivan para las mujeres y los hombres. Las cuestiones de género determinan la salud y la enfermedad, influyendo en el acceso desigual a los recursos económicos, sanitarios y sociales.

Según la perspectiva de género, la condición de la mujer en una sociedad determinada resulta una variable determinante de la salud reproductiva. Por ello, para la comprensión y el abordaje de la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes, resulta útil conocer sus características socio-culturales desde una perspectiva de género. En el caso concreto de la inmigración femenina se pone de manifiesto una doble desigualdad de oportunidades: de género y con respecto a la población autóctona. Por una parte, muchas mujeres procedentes de zonas subdesarrolladas o en vías de desarrollo están sujetas en sus países de origen a flagrantes desigualdades de género, que en mayor o menor medida se siguen reproduciendo en

el contexto migratorio. Por otro lado, la situación socio-laboral en el país de acogida las relega al último escalafón social. Por ello, están sujetas a una doble discriminación: como mujeres y como inmigrantes. Estas dos situaciones, entre otras, limitan su autonomía, impidiéndoles el pleno acceso a los servicios sanitarios.

DIVERSOS ASPECTOS SANITARIOS EN MUJERES INMIGRANTES

Pautas reproductivas/fecundidad

Estudios realizados en Europa Occidental afirman que las comunidades inmigrantes tienen tasas de natalidad superiores a las de la población autóctona. Dado que en Europa el número de hijos ha disminuido a lo largo de las últimas décadas, este hecho se ha interpretado como un beneficio para los países receptores, puesto que las mujeres foráneas pueden aportar una tasa de natalidad que no tienen las autóctonas.

En el caso concreto de España, en los últimos años las mujeres inmigrantes están realizando una aportación positiva a la fecundidad. El aumento en los nacimientos observado en nuestro país se ha debido a la incorporación de las mujeres extranjeras en edad fértil: una aportación considerable, dado lo exigua que resulta la fecundidad de las mujeres españolas. Al crecimiento en el número de nacimientos de madres extranjeras, se ha sumado la baja mortalidad que presenta este colectivo, factores que han supuesto un rico aporte al crecimiento natural o vegetativo en nuestro país. La estructura por edad de la población extranjera favorece el saldo vegetativo

positivo, dado que su natalidad es el doble y su mortalidad está dos puntos por mil más baja que en la población nacional (Izquierdo, 2003).

En nuestro medio, las pautas reproductivas de estas mujeres se conocen de manera parcial. Un estudio realizado en Almería (Oliver y otros, 2004a) con el objetivo de conocer las pautas de fecundidad de las mujeres inmigrantes que acudieron a dar a luz a los hospitales públicos de esta provincia entre los años 2002-2003, las diferencias que presentaban en función de la procedencia geográfica y las pautas diferenciales con respecto a las mujeres autóctonas, encontró que:

- En cuanto a la edad de acceso a la maternidad, las mujeres inmigrantes tenían a sus hijos a edades más tempranas que las autóctonas (27,15 años frente a 28,68) y, en general, tenían su primer hijo antes (24,79 frente a 26,62). La edad de acceso diferiría en función de la procedencia geográfica, de modo que las mujeres de Europa del Este eran madres más tempranamente que las de Latinoamérica y las del Magreb.
- Aunque se tiene la sensación de que las mujeres inmigrantes presentan un mayor número de hijos que la población autóctona, se encontró que la paridad de las mujeres extranjeras era ligeramente superior a la de las mujeres autóctonas (1,78 frente a 1,72 hijos). La mayoría (un 80%) no tenían más allá de dos hijos y las diferencias entre autóctonas y extranjeras eran mínimas.
- Sin embargo, la tendencia a la larga es incierta. Si la edad de la primera maternidad, que supone un indicador respecto a la fecundidad alcanzada al final del ciclo reproductor, es superior a la presentada por las mujeres autóctonas, las extranje-

ras examinadas, con edades jóvenes, podrían continuar teniendo más hijos en un futuro próximo.

- En cuanto a la paridad en función de la procedencia, se observaron diferencias, siendo las mujeres procedentes de Europa del Este quienes tenían un menor promedio de hijos (1,52) que las africanas (1,73) y latinoamericanas (1,91), presentando un mayor porcentaje de primiparidad. Otros estudios anteriores han evidenciado diferencias en el número de hijos en función de la zona de procedencia, de modo que las mujeres de Europa del Este y las del Cono Sur americano, con una edad marital superior a los 23 años, tienen un tamaño familiar reducido, con uno o dos hijos de promedio, mientras que las mujeres del resto de Latinoamérica, subsaharianas y magrebíes, que tienden a casarse antes de los 22 años y presentan un corto intervalo entre la menarquia y el matrimonio, tienen un mayor tamaño de la unidad familiar (Prado y otros, 1997).

Aunque algunos autores encuentran una fecundidad diferencial producida por el arrastre de la misma desde la sociedad de origen (tres o más hijos por mujer en el caso de las africanas y latinoamericanas), no está claro que estas diferencias permanezcan, que se mantengan durante toda la vida fértil de las mujeres inmigradas, o que se modifiquen, aproximándose al comportamiento reproductivo de las mujeres autóctonas. Según la experiencia de otros países europeos receptores de inmigración, las mujeres extranjeras que se instalan de manera permanente, a medida que la duración de su estancia se prolonga, tienden a acercarse al tamaño de su prole al de las autóctonas.

La alta fecundidad en origen decrece con el paso del tiempo dentro del contexto migratorio, con un número de hijos por matrimonio inferior a la media de las parejas en sus países de origen, situación que se atribuye a cambios en los patrones de nupcialidad y a un mayor control de los nacimientos con métodos anticonceptivos fiables. También hay que tener en cuenta que las condiciones económicas y laborales de este colectivo no les permite tener un mayor número de hijos y que los primeros pasos en la integración se produce, en los ámbitos del comportamiento social y de los hábitos de consumo. De este modo, independientemente de la procedencia de las mujeres, en el contexto migratorio se producen cambios en los patrones reproductivos, en cuanto a la paridad y la edad a la que acceden a la maternidad, marcando rupturas importantes con respecto al patrón reproductivo existente en sus sociedades de origen.

En los ambientes de muchas sociedades tradicionales, la mujer tiene como misión fundamental la reproducción y la maternidad, valorándose un elevado número de hijos. Las familias numerosas son la norma en algunas zonas de origen de estas mujeres, sobre todo de África y Latinoamérica, que presentan unos índices sintéticos de fecundidad algo superiores a los tres hijos por mujer. En Marruecos, por ejemplo, el ISF se sitúa en 3,4 hijos por mujer, oscilando entre 5,0 en mujeres de clases desfavorecidas rurales y 1,6 en clases sociales altas del medio urbano (Abdelkhalek y otros, 2000). El comportamiento de la fecundidad en este país está vinculado con la clase social, residencia rural o urbana, niveles de pobreza y,

fundamentalmente, con el nivel de escolarización, factores que condicionan el acceso y el uso de métodos de planificación familiar (Mernissi, 1996).

Las mujeres inmigrantes se encuentran a caballo entre la cultura de la reproducción en sus lugares de origen y las circunstancias personales, laborales y económicas en el contexto migratorio. Los cambios en los modelos reproductivos se explican en función del cambio de circunstancias socio-económicas, culturales y religiosas en el contexto migratorio, que no favorece la imitación del patrón reproductivo que habían tenido sus madres o tienen las compatriotas que viven en el país de origen:

- Incorporación de la mujer inmigrante, venga sola o reagrupada, al mercado de trabajo. Elevado coste económico que supone criar a los hijos en España, situación agravada por la escasa retribución que ofrecen los «nichos laborales» que ocupan las mujeres inmigrantes y sus parejas y por la precariedad en los empleos. Falta de redes familiares y sociales que cuiden de los hijos y carencia de guarderías públicas o subvencionadas.
- Cambio de valores y priorización de las necesidades personales, laborales, de formación e independencia, a la maternidad y la crianza de los hijos.

Como ha observado Adriana Kaplan (1997), analizando los comportamientos reproductivos de mujeres inmigrantes procedentes de Senegal y Gambia, en la migración, una situación de desplazamiento compleja, se producen continuidades, pero también readaptaciones y cambios, de modo que es claramente perceptible la voluntad que tienen las mujeres para controlar su propia

reproducción, mediante una mayor capacidad de decisión y una más compartida responsabilidad con los hombres.

Anticoncepción

El acceso a la planificación familiar constituye una importante demanda sanitaria en el colectivo inmigrante. El conocimiento y uso de los distintos métodos anticonceptivos por parte de estas mujeres varía en función del nivel de desarrollo de sus respectivas zonas de procedencia, de su origen rural o urbano, de sus creencias religiosas, de su percepción propia o adquirida sobre los efectos de los distintos métodos, de su nivel educativo, de su situación administrativa y del tipo de relación de pareja estable o esporádica que mantengan. Por tanto, tenemos que contemplar todos estos aspectos cuando queremos captar a la población inmigrante a las prestaciones de planificación familiar en España.

En un estudio realizado en el Distrito Poniente de Almería entre mujeres que solicitaron un IVE, se observó que el uso previo de anticonceptivos modernos era más alto en mujeres autóctonas que en mujeres inmigrantes: un 76,4 frente a 55,3% (Soler y otros, 2004). Así mismo, en el estudio sobre *Diagnósticos de enfermería en población inmigrante* realizado en el Distrito Poniente se detectó el diagnóstico *Patrón sexual inefectivo* en relación con el desconocimiento de métodos anticonceptivos eficaces o su uso inadecuado (Baraza y otros, 2005).

En general, las mujeres que proceden de entornos rurales en países en vías de desarrollo

han tenido más dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos por carecer de servicios de planificación familiar, mientras que las que proceden de zonas urbanas o de países con un mayor nivel de desarrollo (América del Sur o Europa del Este) están familiarizadas con los modernos métodos de planificación familiar, los conocen y han podido utilizarlos, acudiendo de manera más o menos regular a las revisiones y controles ginecológicos en nuestro medio. Sin embargo, hay mujeres que aun conociendo los métodos anticonceptivos modernos, los usan sin sistemática ni control médico, quizás porque esa es la norma en sus países de origen.

Un estudio realizado en Madrid con mujeres marroquíes, peruanas y dominicanas, apunta que más de la mitad de las mujeres estudiadas afirman conocer la gama de métodos modernos y haber controlado la natalidad en su país, sobre todo las mujeres con escolaridad secundaria o universitaria, siendo más alto el uso de métodos anticonceptivos efectivos (hormonales, DIU y preservativo) en las mujeres marroquíes y peruanas que en las dominicanas (62 y 52 frente al 46%, respectivamente). La escasa elección del preservativo y la alta preferencia hacia la ligadura de trompas en todos los grupos refleja que las mujeres evitan tanto los embarazos como su planificación y que la responsabilidad del control de la natalidad en sus países de origen recae fundamentalmente sobre las mujeres (Bravo, 2002). Igualmente, otro estudio realizado en esa Comunidad Autónoma sobre población inmigrante latinoamericana muestra que alrededor del 60% de los encuestados utilizaban métodos anticoncepti-

vos, siendo el de mayor utilización el preservativo, seguido de los contraceptivos orales y del DIU.

En cuanto a las mujeres musulmanas de origen magrebí, un estudio realizado en Granada muestra que el uso de los métodos de planificación familiar varía en función del nivel de estudios y del grado de islamización. Las mujeres menos islamizadas (las más «occidentalizadas») y las que tienen estudios medios o superiores conocen los modernos métodos anticonceptivos (hormonales, de barrera y quirúrgicos) y, aunque los han usado en algún momento de su vida reproductiva, lo han hecho sin constancia ni control médico previo ni posterior. Por el contrario, las mujeres sin estudios no los usan por desconocimiento y por falta de información. Las más tradicionales o islamizadas son reacias a adoptar cualquier tipo de método; sin embargo, a pesar de no utilizar métodos de eficacia reconocida, la práctica de la lactancia materna prolongada, junto con el *coitus interruptus* y el método Ogino, constituyen estrategias que les permiten controlar su fecundidad sin contradecir sus convicciones religiosas (Molina, 1999).

Según Ana Bravo y Montserrat Molina, algunas mujeres manifiestan un rechazo explícito a los métodos anticonceptivos fiables, a los que dicen encontrarles muchos efectos perversos, sobre todo a los anovulatorios. Relatan experiencias negativas en el uso de anticonceptivos, que se perciben como perjudiciales para la salud por sus efectos secundarios, sobre todo en lo referido a la píldora y al dispositivo intrauterino. Se piensa, por ejemplo, que las «pastillas son malas» porque producen dolor de cabeza, ansiedad

(«dan nervios»), aumento de peso («engordan») y esterilidad. En cuanto al preservativo, no es muy aceptado por los hombres.

Según el informe *Tendencias de salud reproductiva en Europa del Este y Euro-Asia* (Asford, 2003), en los países de la antigua Unión Soviética es difícil obtener métodos anticonceptivos y los que se utilizan son de baja calidad, en contraste con el aborto, que ha sido el método más promovido. En los últimos años los gobiernos y las ONG han contribuido a elevar el uso de los métodos modernos. En los estudios realizados se observa que existe una gran variabilidad en el uso de métodos de planificación familiar modernos (entre un 55% en Kazakastan y un 12% en Azerbaiyán, o un 30% en Rumania), estando siempre por debajo del porcentaje de uso en Europa Occidental. El método más usado suele ser el DIU y los métodos tradicionales (*coitus interruptus*). Aunque actualmente hay más mujeres que usan métodos anticonceptivos, relativamente pocas toman la píldora, debido a la creencia que conlleva de riesgos para la salud.

Respecto a las mujeres de origen subsahariano, aunque no hay demasiados estudios al respecto, en nuestra experiencia en el Poniente Almeriense hemos observado que conocen el preservativo, quizás debido a las campañas sobre prevención de VIH-SIDA realizadas en sus países por los organismos sanitarios internacionales que allí trabajan. Un aspecto a comentar es que algunas mujeres subsaharianas que trabajan en prostitución toman diariamente derivados de penicilina para la prevención de sífilis, a la cual le atribuyen un valor anticonceptivo. Por ello, será

necesario en estos casos clarificar a qué pastillas nos referimos cuando les preguntamos sobre la anticoncepción oral.

En los países de origen, el coste y la limitación de los anticonceptivos a las mujeres solteras supone una importante dificultad. En Marruecos, por ejemplo, sólo se proveen anticonceptivos a las mujeres que demuestran estar casadas, para lo cual han de entregar en el centro de planificación familiar una copia del certificado matrimonial. En estos centros se distribuyen gratuitamente anticonceptivos hormonales sin realizar los controles analíticos de rigor. Por todo ello, muchas mujeres no tienen más remedio que acudir a la medicina privada, que limita el acceso a las mujeres sin recursos económicos. Además, en las ciudades pequeñas las mujeres han de esconderse para no ser vistas por personas conocidas cuando acuden a estos centros privados. Otros factores son la falta de información y asesoramiento en esta materia, las creencias religiosas, sobre todo en las mujeres procedentes de sociedades de tradición católica, y la idea de que la maternidad aumenta el cariño del marido y evita la separación en la pareja.

Las mujeres inmigrantes suelen acceder a las consultas de planificación familiar, pero el seguimiento de los métodos modernos genera dudas y dificultades. Al principio de su estancia en nuestro país, el desconocimiento del idioma y de los servicios sanitarios se presenta como una dificultad añadida en las mujeres que utilizaban anticoncepción hormonal o espermicidas, ya que desconocen cuál es en el mercado español su equivalente, por lo que en ocasiones abandonan

el tratamiento o se lo hacen mandar de su propio país. Todos los estudios consultados expresan que, una vez que llevan un tiempo en España, la utilización de métodos eficaces aumenta por el incremento del uso de los servicios de planificación familiar y por la necesidad de controlar su natalidad, dadas las dificultades añadidas que supondría tener un gran número de hijos.

Las razones de tipo religioso pueden influir en la preferencia de un método contraceptivo sobre otro. En mujeres magrebíes residentes en Cataluña se ha observado un elevado interés por la anticoncepción hormonal intraparenteral y, en cambio, una baja aceptación del DIU (Jansá y Villalbí, 1995). Así como el Islam permite los métodos anticonceptivos, y de hecho en *El Corán* no existe ningún rechazo explícito a la anticoncepción, la menstruación es percibida como un tabú, de modo que está prohibido que la mujer menstruante realice las prácticas religiosas preceptivas (rezos y ayuno en el mes de Ramadán), al ser considerada la sangre menstrual como un elemento impuro (Holgado, 1998). De este modo, serán mejor aceptados los métodos que acorten los días de sangrado menstrual.

Son evidentes las dificultades que las mujeres inmigrantes tienen en el acceso a los servicios de *planning* y en el uso de métodos anticonceptivos en nuestro medio. Las barreras culturales son importantes en este sentido, ya que la práctica de la anticoncepción está cargada de significados culturales. La masculinización de la asistencia ginecológica puede influir negativamente en la asistencia de las mujeres musulmanas a las consultas de planificación familiar, quizás por moti-

vos de pudor. Algunas de estas mujeres pueden desear proteger su privacidad, ocultando el hecho de haber usado métodos anticonceptivos o haber tenido una vida sexual activa en el pasado, sobre todo, al margen del matrimonio. Esta situación, que puede conducir a un diagnóstico incorrecto o a la prescripción de un método no adecuado, es más patente cuando la mujer que no habla castellano acude a la consulta con el marido. Puede darse el caso que la mujer no exprese sus preocupaciones ginecológicas o de planificación familiar delante de su pareja (Bravo, 2000).

Aunque en los años ochenta existía en Andalucía un gran desconocimiento de los métodos anticonceptivos, la puesta en marcha de servicios dispensarizados con equipos concretos de planificación familiar consiguió que el uso de métodos efectivos aumentase considerablemente. Actualmente, en la mayoría de los centros públicos no existen consultas como tales, dado que la prestación se incluye en la consulta médica a demanda, salvo las consultas para jóvenes. Este hecho, que indica una normalización de dicha prestación, a nuestro juicio puede dificultar la información y el asesoramiento sobre los métodos, sobre todo en poblaciones con especificidades culturales. Se requiere un mayor tiempo de dedicación, a la vez que recursos formativos, por lo que sería conveniente establecer mecanismos que garantizaran dicha orientación.

El desconocimiento de la red asistencial, y la falta de información y de asesoramiento sexual, suponen factores restrictivos para esta población. Las barreras lingüísticas y la ausencia de materiales específicos adaptados y traducidos a

las lenguas vernáculas hace que muchas mujeres carezcan de información, verbal o escrita, al respecto. A esto se suman las dudas y dificultades en el seguimiento de los tratamientos debido a los déficits comunicativos que se producen entre el personal sanitario y las mujeres.

Ante estas dificultades, es preciso que el sistema sanitario articule estrategias encaminadas a facilitar el acceso y la utilización de los servicios ofertados. Por eso, además de hacer una captación activa, es importante adecuar los programas de planificación familiar al nivel de comprensión y a las especificidades culturales, no sólo de las mujeres inmigrantes, también de las pertenecientes a minorías étnicas autóctonas, tomando en cuenta sus valores y experiencias previas y sus puntos de vista, factores que son decisivos en el uso de la anticoncepción.

Interrupción voluntaria del embarazo

En el estudio titulado *La interrupción voluntaria de embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes*, realizado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (publicado en 2006 con datos de 2004), se destaca que la tasa de IVE en España se situó en 8,94‰ en 2004, siendo la más baja de la Unión Europea, y que el incremento producido se debió al mejor registro y al aumento en población inmigrante. Por ejemplo, en Suecia es de un 17‰ y en Rumania de un 50‰. Ha influido el año de despenalización, la restrictividad de su regulación legislativa, las costumbres y condicionamientos culturales y la presencia o ausencia de políticas de planificación familiar. En cuarenta y nueve paí-

ses del mundo (41% de la población mundial) no hay restricciones en cuanto a la razón o a la edad gestacional para la práctica de la IVE.

Los estudios existentes en la actualidad, procedentes de diversas fuentes, apuntan que la IVE es una práctica más frecuente entre las mujeres inmigrantes que entre las autóctonas. En la Comunidad de Madrid, en el año 2004, el 53,3% de las IVEs notificadas correspondían a mujeres no españolas (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2005). En los estudios realizados en los distintos distritos sanitarios de la provincia de Almería, se observa que el mayor porcentaje de mujeres que accedieron a la IVE eran de origen extranjero. En el Distrito Levante el 52,7% (Barroso y otros, 2005), en el Distrito Poniente un 66,4% de mujeres extranjeras de diecinueve nacionalidades (Soler y otros, 2004). Los datos procedentes de la Clínica GineAlmería, que realiza todas las IVEs de menos de doce semanas derivadas por los centros del Servicio Andaluz de Salud de esa provincia, revelan que el 49,8% corresponde a mujeres extranjeras, predominando las procedentes de los países del Este de Europa, seguidas por las de América del Sur.

De todo ello se deduce, según el estudio del Ministerio de Sanidad, que en la actualidad entre un 40 y un 50% de las IVEs practicadas en España corresponden a mujeres no españolas, estimándose las tasas totales de IVE de las mujeres inmigrantes en hasta un 30‰, muy superior a la española, de un 6‰. Ello reforzaría la hipótesis de la relación con la dificultad de las mujeres inmigrantes de acceder a los servicios sanitarios y a los métodos anticonceptivos.

En el estudio cualitativo realizado por CIMOP (2005), en algunas jóvenes sudamericanas cabe asociar los embarazos no deseados a su proceso de integración en la sociedad española; es decir, se acumulan los riesgos de la cultura de origen a la española, sin haber desarrollado una gestión responsable de la anticoncepción. Además, hay culturas de origen que prescriben un gran número de hijos como modelo de realización personal y social; también se recoge en este estudio que las jóvenes se sienten presionadas para no utilizar el preservativo. Otro estudio cualitativo identifica los horarios como una dificultad de acceso a los servicios de planificación familiar, sobre todo en mujeres inmigrantes que ejercen de cuidadoras. Otras circunstancias relacionadas con la IVE es la negativa de la pareja a utilizar el preservativo, el desconocimiento de los métodos más idóneos, la falta de pareja, etcétera.

Se constata cómo algunas mujeres inmigrantes llegan a utilizar el aborto como un método contraceptivo, en ausencia de planificación con otros métodos fiables y sistemáticos, siempre que el embarazo suponga una dificultad en sus vidas y sientan que está justificado por motivos económicos, de autorrealización personal, por carencia de apoyo socio-familiar, etc. Es un recurso que tienen presente ante un embarazo no deseado, realizándolo en ocasiones por su cuenta, sin acudir a ningún centro sanitario. Se han detectado algunos casos de mujeres inmigrantes que han acudido a las urgencias hospitalarias con intensas hemorragias debidas a la auto-introducción en la vagina de fármacos dilatadores del cuello uterino. El uso de estos fármacos puede guar-

dar relación con las prácticas abortivas popularizadas en origen, dado que en algunos países latinoamericanos se han venido usando desde hace unos años como métodos contraceptivos. Lo curioso es que estas mujeres conozcan estos fármacos, de uso hospitalario, y no sean capaces de ponerse en contacto con las instituciones sanitarias que les puedan realizar el aborto en condiciones seguras.

Habría que preguntarse por los motivos que las empujan. Podría ser el resultado de las restricciones bajo los tres supuestos, las dificultades de acceso que experimentan a la hora de acudir a los servicios sanitarios, o que sea una práctica habitual con la cual están familiarizadas en sus lugares de procedencia, a pesar de que muchas legislaciones nacionales prohíben el aborto. Además, hay que tener en cuenta que, aunque todas las mujeres manifiestan conflictos, contradicciones y ambivalencias, las prácticas abortivas no tienen los mismos significados sociales y culturales ni las mismas connotaciones de culpabilidad en todas las sociedades. En el Magreb, por ejemplo, con frecuencia se recurre a métodos abortivos tradicionales, tanto en los medios rurales como en los urbanos. La farmacopea tradicional usada con fines abortivos es una dimensión importante de la medicina popular, advirtiendo de la preocupación de las mujeres por resolver el problema de una excesiva prole y controlar así su fecundidad.

El aumento de embarazos indeseados es una realidad que hay que abordar desde los servicios sanitarios como una de sus prioridades en la atención a población inmigrante (Jansà y

García de Olalla, 2004). En relación con todo lo expuesto y en base a nuestra experiencia en la atención a mujeres inmigrantes que solicitan IVE, sugerimos a los profesionales sanitarios tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evitar posturas etnocentristas, intentando deslindar cuáles son los prejuicios que los profesionales tenemos ante las prácticas abortivas de la prestación asistencial ofertada. No emitir juicios de valor al respecto, ni juzgar moralmente. Obtener toda la información posible que nos permita determinar cuál es la causa de la IVE y qué componentes intervienen: cultura, costumbres, método anticonceptivo usado, etcétera.
- Si la mujer tiene pareja, intentar que esté presente durante la entrevista. Escucha activa y, en caso de dificultades idiomáticas, proponer la presencia de un acompañante de su confianza que conozca el idioma. Evaluar cuál es su actitud ante los distintos métodos anticonceptivos y cuál es su método de preferencia.
- Informar sobre los métodos anticonceptivos y la forma de obtención (citar para una próxima visita tras la realización de la IVE). Si observamos que puede tener dificultades para acudir nuevamente, es preciso dedicar el tiempo necesario y solicitar pruebas complementarias necesarias para el método de elección. Si este método es el DIU, derivar a la consulta correspondiente.
- Cuando se trata de una menor, realizar parte de la entrevista sin la presencia de los padres, aunque posteriormente se les informe de las orientaciones indicadas y se potencie nuestra mediación intergeneracional, ya que es necesaria su colaboración. Prestar una especial atención

a las menores que no disponen de recursos familiares. Cerrar la entrevista reiterando nuestra disponibilidad de ayuda e información.

Control prenatal

Un aspecto central en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes es la atención al embarazo. Los estudios epidemiológicos constatan que los programas de atención prenatal, cuyo origen está en los modelos desarrollados en Europa a principios del siglo XX, consiguen una reducción de la mortalidad materna y perinatal, así como mejores resultados en el parto. Los principales objetivos de un programa de control del embarazo están encaminados a reducir el número de abortos, la incidencia de recién nacidos de bajo peso, la morbi-mortalidad perinatal y materna de causa obstétrica, así como el fomento de la lactancia materna. La OMS indica que la mortalidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control de embarazo, que debe realizarse antes de la semana doce, a un número suficiente de controles y al hecho de recibir una atención al parto adecuada.

El establecimiento y la universalización de programas preventivos de atención prenatal en nuestro medio ha permitido que se alcancen unos niveles de calidad que, en términos de morbi-mortalidad infantil y materna, nos sitúan en los niveles más desarrollados de nuestro entorno. El Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio establecido en la sanidad pública andaluza pretende extender la oferta asistencial con equidad a toda la población, teniendo además en cuenta las expectativas y necesidades

de las mujeres gestantes. El protocolo de dicho proceso establece diez visitas, cuatro en atención especializada y seis en la primaria, además de diversas actividades de educación maternal. Una de las características de calidad del proceso consiste en asegurar el cumplimiento del programa en sus contenidos y en los tiempos establecidos. La incorporación precoz de la gestante al programa, así como el número de visitas realizadas, constituyen indicadores de seguimiento (Dueñas, 2002).

Tanto las características de calidad establecidas por el proceso de atención al embarazo en Andalucía, como los mínimos establecidos por la evidencia científica en cuanto a la atención prenatal, pueden verse comprometidos en determinados colectivos. En nuestro medio, existen mujeres embarazadas adolescentes, de etnia gitana e inmigrantes que no se benefician de los programas prenatales en la misma medida que el resto de la población.

En el caso de los Estados Unidos, en concreto en el estado de California, en la pasada década se produjeron repetidos intentos de negar a las mujeres inmigrantes en situación irregular el acceso al cuidado prenatal, en la idea de que estas mujeres no eran ciudadanas estadounidenses y aludiendo que el acceso a estos cuidados alentaba la inmigración ilegal (Inda, 2003). No es ésta la situación de los países europeos que, independientemente del *status* legal de las mujeres extranjeras, ofrecen cuidados prenatales sin ningún tipo de discriminación.

Sin embargo, diversos estudios realizados tanto en España como en otros países de Europa Occidental receptores de inmigración coinciden

en señalar que las embarazos inmigrantes presentan un déficit de atención prenatal, haciendo una menor utilización de los servicios preventivos de atención sanitaria, tanto primaria como especializada durante el embarazo, con una menor utilización de los servicios de preparación al parto, consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas que las autóctonas (Alvarado, 1997 y Morales, 1998), realizando un menor número de pruebas complementarias (cribados bioquímicos, amniocentesis, analíticas, etcétera).

Un estudio comparativo realizado en el Hospital Torrecárdenas de Almería, entre los años 2002-2003 (Oliver y otros, 2003), desveló diferencias significativas en la utilización de servicios de atención prenatal entre mujeres autóctonas e inmigrantes, de modo que las primeras accedieron más precozmente (83,3% de acceso precoz en autóctonas, frente a un 56,6% en inmigrantes) y realizaron un mayor número de visitas (8,66 frente a 7,12). De este modo, las tasas de buen control fueron más frecuentes en las autóctonas que en las inmigrantes. Así mismo, se observaron diferencias en el uso de los servicios en función de la procedencia geográfica, de modo que las mujeres latinoamericanas realizaban unos mejores cuidados prenatales que las europeas del Este y las africanas, hecho que en parte puede ser explicado por la ausencia de barreras culturales e idiomáticas.

La falta de control prenatal afecta a todos los grupos de mujeres inmigrantes. Estas mujeres se encuentran con obstáculos en la atención, incidiendo situaciones que les afectan de distinta manera, independientemente de su país

de origen, de su nivel educativo o de su grado de emancipación. De este modo, la mayoría presenta dificultades en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios, beneficiándose en menor medida que las autóctonas de los recursos sanitarios existentes en nuestro medio.

Este déficit de atención prenatal, que repercute en los resultados perinatales (Vintzileos y otros, 2002), no sólo afecta a las mujeres inmigrantes, sino también a las autóctonas de baja instrucción y/o insertas en bolsas de pobreza. En general, las mujeres con bajo nivel socioeconómico tienen un peor seguimiento y adherencia a los programas de embarazo que las mujeres con mayores recursos (Dueñas y otros, 1997). En Estados Unidos son conocidas las diferencias en los cuidados prenatales entre mujeres blancas y negras, con una clara desventaja de las segundas, lo cual se relaciona con desigualdades socio-económicas (Tossounian y cols., 1997; Frisbie y otros, 2001). Sin embargo, aunque existen sectores desfavorecidos de población autóctona, los indicadores presentados por las mujeres inmigrantes son peores que los de la población general (Herrera de la Muela, 1999).

Las clases de educación maternal constituyen un espacio que favorece tanto las actividades de promoción de la salud, como las relaciones interculturales y la integración social de estas mujeres. Sin embargo, la asistencia a estas sesiones es anecdótica en el caso de las mujeres inmigrantes, aunque depende mucho de las estrategias de captación que se lleven a cabo en los respectivos centros de salud: información adecuada, presencia de mediadoras interculturales durante las sesiones, etcétera.

Barreras en el acceso al control prenatal

Aunque todos los estudios constatan un déficit de atención prenatal, los perfiles epidemiológicos que las suelen categorizar de una manera rígida como mujeres inmigrantes o por su lugar de procedencia muestran limitaciones, al no tener en cuenta las características diferenciales de esta población fundamentadas en cuestiones socio-económicas, educativas, culturales y sanitarias, que influyen en el acceso y el uso de los servicios de salud y en la morbilidad materna y perinatal (Delvaux y otros, 2001). Además, los aspectos epidemiológicos no recogen información de cómo la diversidad cultural afecta a los problemas de salud reproductiva.

¿Cuáles son las razones que dificultan el acceso al control prenatal?, ¿qué factores están influyendo en el menor uso de servicios preventivos durante el embarazo? El acceso normalizado a los servicios de salud durante el embarazo se ve dificultado por idénticas barreras (administrativas, lingüísticas, culturales y socio-laborales) que el colectivo inmigrante en general; sin embargo, en las mujeres se añaden particularidades culturales y de género. Un estudio destinado a conocer la percepción, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios durante la gestación por parte de las mujeres inmigrantes, en comparación con las autóctonas, analizó los factores que mediaban en la forma de usar esos servicios (Oliver, 2004):

Situación administrativa en España. A pesar del derecho a la asistencia sanitaria de las mujeres extranjeras durante el embarazo y parto, la irregularidad administrativa condiciona negativamente el acceso.

Tipo de pareja. Las mujeres extranjeras emparejadas con varones españoles, independientemente de la situación administrativa en la que se encuentren, tienen mejores tasas de control que aquellas cuya pareja es también inmigrante.

Lugar de residencia. La ubicación de la vivienda influye en el control prenatal, determinando en gran medida la accesibilidad a los servicios de salud. Las mujeres residentes en casas-cortijo disseminados, aisladas social y vecinalmente, situación frecuente en la población ligada al trabajo agrícola, acceden más tardíamente y tienen un menor grado de control que aquellas que viven en la ciudad o en pueblos dotados de servicios.

Desconocimiento del derecho a la prestación sanitaria y de la red asistencial. A pesar de la cobertura legal proporcionada por nuestra legislación, que asegura el derecho a la asistencia sanitaria, a veces desconocen el derecho a las prestaciones sanitarias y, sobre todo, la existencia y el funcionamiento de los programas de atención prenatal en nuestro medio, especialmente cuando son recién llegadas y no tienen redes sociales que las informen y apoyen.

Tiempo de residencia en España. En general, a mayor tiempo de residencia en España y mayor estabilidad laboral, administrativa y económica, existe mayor posibilidad de acudir de forma normalizada a los servicios sanitarios.

Motivos socio-laborales. El proyecto migratorio de los inmigrantes económicos se centra en el trabajo y el ahorro. Tanto para hombres como para mujeres, las trabas laborales, la precariedad laboral, los horarios rígidos o el temor al despido constituyen dificultades de acceso a los servicios

sanitarios. En el caso concreto de mujeres embarazadas en situación administrativa irregular, incluso pueden llegar a ocultar el embarazo por miedo a perder el empleo, situación que dificulta el control prenatal.

Barreras lingüísticas relacionadas con el idioma. Los problemas derivados de la comunicación constituyen la mayor dificultad en la atención sanitaria a este colectivo, que imposibilitan, sobre todo, la explicación de determinadas pruebas diagnósticas que requieren una información detallada y el consentimiento de la embarazada, tales como las analíticas de *screening* prenatal, la amniocentesis y la analgesia epidural.

Las dificultades lingüísticas son desfavorables para el buen desarrollo de la anamnesis, de forma que las consultas y los exámenes ocupan más tiempo y son más estresantes para el personal sanitario y para las mujeres, que tienen dificultades para desvelar su historial. Es una realidad que las historias clínicas de las mujeres extranjeras están en muchas ocasiones vacías y faltas de datos, no registrando apenas antecedentes médicos, alérgicos, obstétricos y familiares.

En la mayoría de los casos, los problemas lingüísticos se solucionan mediante el acompañamiento de sus parejas, familiares o amigas, que hacen de intérpretes, e incluso con mediadoras informales que surgen de manera espontánea y que conocen el idioma y el funcionamiento del sistema sanitario. Muchas veces las acompañan hijas e hijos que, al estar escolarizados, tienen un buen manejo del castellano y, abandonan la escuela para atender a sus madres y servirles de intérpretes, situación que podría estar generando

un problema de absentismo escolar. El uso de estos intérpretes puede crear problemas, debido a las inhibiciones que les supone a algunas mujeres contar sus problemas obstétrico-ginecológicos delante de los niños y adolescentes, e incluso de sus maridos, pudiendo llegar a omitir información.

Además de las barreras lingüísticas en la comunicación verbal, en la asistencia a mujeres foráneas también se aprecian diferencias en los modelos comunicativos (Oliver, 2002). Las cuestiones de género, es decir, los roles adoptados por mujeres y hombres, influyen en este sentido. En ocasiones, la comunicación con las mujeres musulmanas únicamente se puede establecer a través del marido. La expresión a través de sus parejas responde a un patrón cultural según el cual el varón es el encargado de las relaciones exteriores.

Debido a la segregación sexual de los espacios en las sociedades tradicionales musulmanas, mientras que al hombre le corresponden los espacios públicos, la mujer permanece en los espacios privados. Estas mujeres pueden tener interiorizado el silencio en los ámbitos extradomésticos y extra-familiares, e incluso variar su patrón de comunicación según si se dirige a ellas un varón o una mujer.

Existen también diferencias en los estilos de comunicación no verbal. En cuanto al contacto físico, el tacto apropiado está conceptualizado a nivel cultural. Hay culturas que son más táctiles que otras, existiendo tabúes en relación al tacto. Más allá de su funcionalidad diagnóstica, el contacto físico se usa con mucha frecuencia en el ámbito asistencial. Un problema frecuente es vincular a personas de culturas donde mujeres y

hombres no se tocan con profesionales sanitarios de salud del sexo contrario. Por ello, algunas mujeres pueden sentirse incómodas al ser exploradas por personal sanitario masculino.

Cuestiones de género. Las desigualdades de género dificultan el acceso a los recursos sanitarios, constituyendo una barrera específica de las mujeres inmigrantes. En el contexto migratorio, se pueden reproducir valores y comportamientos tradicionales de origen, tales como los conceptos relacionados con la jerarquía familiar, que concede al varón la preeminencia en el grupo familiar y la representatividad exterior.

Algunas mujeres que vienen por reagrupamiento familiar tienen una autonomía limitada, dependiendo de sus parejas para acudir a los servicios sanitarios de atención prenatal, sobre todo cuando se dan situaciones de aislamiento social y residencial, o cuando las mujeres no dominan el castellano. Estas situaciones de dependencia colocan a las mujeres en una situación de especial vulnerabilidad, sobre todo cuando existen problemas y complicaciones durante el embarazo.

La consideración de los fenómenos reproductivos como eventos totalmente femeninos en algunas culturas puede dificultar que ciertos varones inmigrantes se impliquen activamente en los cuidados durante la gestación. En general, aun los hombres más tradicionales adquieren un mayor grado de co-responsabilidad en el contexto migratorio, asumiendo ciertas responsabilidades en cuestiones reproductivas que hubieran resultado impensables en su país de origen, lo que a la larga puede dar lugar a cambios en la dinámica familiar.

Pautas estructurales y culturales de origen. Las creencias y la información que tienen las mujeres sobre el proceso gestacional condicionan una actitud distinta ante la necesidad del cuidado prenatal, percepción influenciada por la forma de tratar la salud en el país de origen. Mientras que en los países occidentales el embarazo se ha «medicalizado» de tal forma que constituye un acontecimiento vital que siempre transcurre dentro del sistema sanitario, en muchas zonas con menor grado de desarrollo, los cuidados profesionales durante el embarazo y parto no son sistemáticos, con una oferta de salud pública deficitaria y una escasa cultura de prevención.

Las nociones previas sobre la importancia de los controles de embarazo pueden estar jugando un papel importante en la utilización de los recursos sanitarios. El déficit de atención prenatal en mujeres inmigrantes puede ser debido a la escasez de recursos sanitarios en su país de origen, que las hace tener una «cultura restrictiva o conservadora» del uso de los servicios sanitarios. Por esta razón, la falta de utilización de los servicios prenatales está probablemente relacionada con la percepción del embarazo como una situación que no requiere atención médica. Algunas mujeres inmigradas, poco familiarizadas con la asistencia prenatal, siguen actuando como en el lugar de origen, no utilizando los servicios preventivos prenatales a menos que sea estrictamente necesario. A más edad de la mujer, menor nivel de escolarización, procedencia rural y más hijos nacidos en su país de origen al margen de las instituciones sanitarias, tienen menos posibilidades de realizar los controles prenatales.

Cuestiones religiosas. Los motivos religiosos, en concreto la práctica del Ramadán, pueden interferir en los controles prenatales y en la asunción de determinados cuidados durante el embarazo. Aunque el Islam no obliga a las mujeres embarazadas a realizar esta práctica religiosa, la mayoría lo practican, existiendo dificultades para realizar determinadas pruebas diagnósticas y procedimientos estandarizados (analíticas, vacunas, exploraciones ginecológicas, etc.). La práctica del Ramadán plantea problemas adicionales en caso de mujeres embarazadas con problemas de salud que precisan la toma de medicamentos. También en caso de diabetes gestacionales, en las cuales se prescribe una alimentación fraccionada, existen dificultades. A veces, se presentan problemas con las mujeres insulino-dependientes (Oleffe, 1995).

Necesidades percibidas diferentes. Desde los círculos sanitarios se insiste en la importancia de los controles del embarazo. Sin embargo, en muchos casos las mujeres inmigradas, que son jóvenes y se sienten sanas, no perciben la necesidad de usar los servicios de salud tal y como lo hacemos las autóctonas, que en ocasiones establecemos una relación de excesiva dependencia. A través de sus discursos muestran más preocupación por otros aspectos de su existencia en España: obtención de papeles, el trabajo, la vivienda, la falta de redes sociales, etc. La salud es un bien de uso, un medio para trabajar y atender a los demás, frente a un bien de consumo, de modo que «a la salud se la reconoce como valor cuando se ve la enfermedad, cuando la pérdida de salud es tan grave que imposibilita el ejercicio de las funciones diarias» (Castillo y Mazarrasa, 2001). En este

contexto, los temas de prevención y promoción de la salud, centrales en los controles prenatales, adquieren un carácter secundario.

El control de embarazo que se realiza actualmente en nuestro medio pone un especial énfasis en los adelantos técnicos, sobre todo en el uso de la ecografía y otras técnicas novedosas, reflejo de un modelo de sociedad altamente tecnificada. Éste es el modelo que queremos aplicar unívocamente a todas las mujeres, sin tener en cuenta que las necesidades percibidas de las gestantes foráneas pueden ir por otros derroteros. Por ejemplo, se tienen muy poco en cuenta aspectos tales como la atención psico-social durante esta etapa vital, que es una de las cuestiones que más les preocupa a las mujeres inmigrantes, dado el deficitario apoyo social y familiar que suelen experimentar en la emigración.

Percepción de los servicios sanitarios. Las experiencias, tanto positivas como negativas, que tienen los usuarios acerca de los servicios sanitarios influyen en su utilización, de modo que dejan de acudir si perciben que no se les trata adecuadamente. Sin embargo, las mujeres inmigrantes se sienten bien atendidas por los servicios de salud españoles, valorándolos muy positivamente. En muchos países de procedencia, aunque los adelantos científico-médicos están disponibles, son accesibles a una minoría privilegiada, existiendo grandes variaciones en la atención en función de los ingresos económicos. Por tanto, estas mujeres se encuentran contentas con la sanidad pública, que está garantizada incluso en situaciones de irregularidad administrativa y que es totalmente gratuita.

En definitiva, las barreras en la accesibilidad están en relación tanto con las condiciones de vida como con la cultura de origen, que, aunque importante, no debe ser tomada en cuenta como un factor totalizador y homogéneo, dado que se produce una gran gama de diferencias entre mujeres oriundas de la misma zona geográfica y la misma cultura.

Desde la sanidad pública andaluza se debe favorecer el acceso a los servicios de salud, implantando mecanismos tendentes a disminuir las desigualdades y los problemas sanitarios de las mujeres inmigrantes. Habría que tomar en cuenta el contexto migratorio global y las distintas variables socio-económicas, culturales, administrativas y de género que inciden sobre estas mujeres, para introducir servicios adaptados a sus necesidades.

Intervenciones socio-sanitarias para promover el acceso a los servicios de atención prenatal.

El déficit en el control de embarazo que presentan las mujeres inmigrantes podría solucionarse con diversas estrategias: campañas de información de los recursos asistenciales y de difusión del control prenatal, introducción de mediadoras interculturales para que las acompañen en sus primeros contactos con los servicios sanitarios, materiales de educación y promoción de la salud en diferentes idiomas, campañas activas de captación que impliquen a las distintas ONGs y a los servicios de atención a inmigrantes, adaptación de los servicios a las necesidades de las gestantes foráneas y abordaje de los factores contextuales de tipo socio-económico que condicionan la salud de estas mujeres.

La atención durante el embarazo debe adaptarse a las necesidades concretas de las gestantes inmigrantes, mediante la cercanía geográfica, la flexibilidad en los horarios y el acercamiento de los servicios. Se podría rentabilizar también el número de visitas realizadas. La evidencia científica acerca de la atención prenatal en embarazadas de bajo riesgo concluye que las reducciones pequeñas del número de consultas son compatibles con buenos resultados perinatales, estimando que en embarazadas de bajo riesgo la cantidad mínima es de cuatro. Por tanto, son factibles intervenciones durante el embarazo en menor número de consultas sin arriesgar la eficacia, no poniendo tanto énfasis en el número de controles como en la implementación de aquellas prácticas cuya eficacia está demostrada científicamente (Villar y Khan-Neelofur, 1998). En este sentido, sería factible reducir las visitas a mujeres, tanto inmigrantes como autóctonas, que tienen problemas de acceso a los servicios sanitarios. Para ello se les podría aplicar el modelo de control prenatal propuesto por la Organización Mundial de la Salud para gestantes que no presentan factores de riesgo, que limita el número de consultas a aproximadamente 4-5 y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado mejorar los resultados maternos y/o perinatales (Villar, 2003).

Morbilidad asociada al embarazo y parto

La morbi-mortalidad materna es un indicador sensible de la condición jurídica y social alcanzada por la mujer en la sociedad. La tasa de mortalidad materna, que sigue estando en cifras escandalo-

samente altas en muchas regiones del mundo, es el indicador socio-sanitario que más elevadamente señala la desigualdad Norte-Sur. En la mayoría de los países pobres, las complicaciones del embarazo y parto son la mayor causa de defunción de mujeres en edad de procrear, al no disponer de personal cualificado para la atención al parto, de atención de emergencia, ni de buena atención pre y post natal, alcanzando niveles en torno a las mil muertes maternas por cien mil nacidos vivos, frente a 6-25 defunciones maternas registradas en países desarrollados (PAI, 2001).

Aquellas mujeres inmigradas procedentes de zonas con escaso despliegue en los servicios de salud reproductiva obtienen ventajas considerables en la atención sanitaria recibida en nuestro contexto sanitario, donde el índice de riesgo reproductivo es de los más bajos del mundo, viendo drásticamente reducida la morbi-mortalidad materna y perinatal sufrida en origen. Sin embargo, un derecho fundamental como es la salud, y en concreto la salud reproductiva, puede presentar desigualdades con respecto a las mujeres autóctonas, déficits que pueden ser evitados.

Investigaciones realizadas en países occidentales que acogen inmigración revelan la existencia de desigualdades en salud de las mujeres inmigrantes con respecto a las autóctonas, presentando las primeras mayores tasas de natalidad, más factores de riesgo durante el embarazo y parto, así como una mayor morbi-mortalidad materno-perinatal asociada al embarazo.

Los estudios que analizan las características sanitarias de las mujeres inmigrantes y de sus recién nacidos son aún incipientes en nuestro país,

en parte, por lo novedoso que tiene el fenómeno de la inmigración y, en parte, por la dificultad de identificación de las mujeres extranjeras en las fuentes de información sanitarias. Además, los resultados publicados con respecto a la morbilidad gestacional, obstétrica y perinatal, son limitados y controvertidos.

Con respecto a las complicaciones durante el embarazo, análisis realizados en el Hospital de Poniente de El Ejido entre 1996 y 2001 encontraron que, de una muestra de 1.048 gestantes inmigrantes, el 76% presentó algún factor de riesgo durante el embarazo; de éstas, un 20,5% sumaron dos y un 14% tres o más. El más frecuente, con un 24,6%, fue el embarazo no controlado (cuando se ha realizado por parte de la embarazada una o ninguna visita sin llegar a realizar ninguna prueba complementaria) y mal controlado (cuando han sido menos de cuatro las visitas prenatales y de tres las determinaciones analíticas). Le seguía las infecciones maternas graves con un 23,4%. De éstas, un 49,1% eran portadoras del streptococo del Grupo B y un 22,7% presentaban infecciones del tracto urinario. A mayor distancia se encontraba el factor de riesgo edad <18 o >35 años y la diabetes (11,8 y 9,6% respectivamente). En entre un 6 y 6,5% se hallaron varias complicaciones como amenaza de parto prematuro (6%), malos antecedentes obstétricos (6,2%), anemia (6,2%) y problemas sociales (6,5%). La última de estas principales patologías detectadas fue la cirugía uterina anterior al embarazo, con un 4,6% (Martínez, 2003).

Al comparar con mujeres autóctonas, en estudios posteriores se hallaron diferencias significa-

tivas en cuanto al número y a la distribución de los factores de riesgo. Así, entre las 494 mujeres inmigrantes que dieron a luz en el mismo centro durante el año 2002, el 81,7% presentaron algún factor de riesgo asociado al embarazo, de las que un 26% sumaron dos riesgos y un 16% tres o más, mientras que entre una muestra igual de mujeres autóctonas, un 71,8% tuvieron alguna patología durante la gestación, un 21% acumularon dos factores de riesgo y un 13,3% alcanzaron tres o más. Los más frecuentes con significación estadística para el grupo de las inmigrantes fueron los problemas sociales, el embarazo no controlado y las captaciones tardías, las infecciones maternas, bien tomadas en su conjunto, como específicamente la detección de lúes, estado de portadora de hepatitis B, la colonización vaginal o rectal por el streptococo del grupo B y otras infecciones (Martínez y López, 2004).

Atendiendo a colectivos concretos de gestantes extranjeras, en un grupo de 115 magrebíes en el Hospital de Palamós de Girona en el año 2000, se encontraron diferencias significativas en cuanto a control del embarazo, colonización vaginal o rectal por streptococo del grupo B e hiperemesis. Así, en un 28% de las magrebíes se diagnosticó un mal control del embarazo, el 29% estaban colonizadas por SGB y se presentaron cuatro casos de hiperemesis grave frente a un 4%, 10% y ningún caso, respectivamente, en autóctonas (Marqueta y Romagosa, 2002). Sin embargo, en una muestra de 203 mujeres inmigrantes en su mayoría de países latinoamericanos, que parieron en el hospital 12 de Octubre de Madrid entre diciembre de 2000 y marzo de

2001, los controles prenatales y las complicaciones durante el embarazo fueron similares a las de las gestantes españolas (Sánchez y otros, 2003).

Parece, por tanto, que el área geográfica de procedencia de las mujeres puede estar jugando un papel importante en la presencia de morbilidad durante la gestación, así como en la diferente distribución de las prevalencias. Una correcta identificación del origen permitiría una monitorización más acertada de los factores de riesgo entre los distintos colectivos, así como un enfoque más apropiado a la hora de desarrollar determinadas intervenciones sanitarias.

La incidencia de colonización vaginal por SGB ha demostrado una marcada variación étnica y geográfica, estimándose en general que afecta al 12-40% de las embarazadas. En población norteamericana, por ejemplo, fue encontrado en el 13,7% de los cultivos vaginales en población blanca, 21,2% en las afroamericanas y 20% en las hispánicas. Además, la colonización es mayor en mujeres con múltiples parejas sexuales y en las de menor nivel educacional, no existiendo relación con la edad, paridad y otras infecciones bacterianas vaginales (Spaetgens y otros, 2002), si bien existe en la bibliografía cierta controversia en este último aspecto. El que algunos grupos de mujeres inmigrantes hayan presentado mayor colonización que las autóctonas puede estar justificado por su procedencia geográfica y étnica, y por los otros factores asociados que hasta el momento desconocemos y que, por tanto, deberían ser objeto de una mayor investigación. Con respecto al resto de procesos infecciosos como lúes y hepatitis B, hay que tener en cuenta que puede

estar ocurriendo como en numerosas regiones de Europa Oriental y Central donde hay una mayoría de varones que emigran solos, y donde se está observando una incidencia creciente de estas afecciones, asociada a un comportamiento sexual que incluye el contacto con trabajadoras sexuales. Además, en el caso de la hepatitis B, se trata de una enfermedad endémica en África subsahariana y África del Sur, aspecto a tener en cuenta entre estos colectivos (Vázquez y otros, 2000).

Los factores sociales también se han relacionado con las gestantes inmigrantes. Estos factores, bien de índole económica, como son el bajo nivel de ingresos, irregularidad administrativa, bien de tipo cultural y de tipo de vida, como el bajo nivel de estudios, edad, intervalo corto entre embarazos, falta de apoyo familiar, estrés físico y psíquico, deberían tenerse más en cuenta, ya que pueden tener también repercusión en los resultados perinatales.

En cuanto a los resultados en el parto, aunque en algunos estudios se observan porcentajes algo más elevados de cesáreas entre las inmigrantes, estas diferencias no muestran significación estadística. Lo que sí se ha encontrado es una menor utilización de la analgesia epidural durante el parto en mujeres magrebíes, no precisando ningún tipo de anestesia en más ocasiones que las autóctonas (Marqueta y Romagosa, 2002), lo que puede estar en relación con las dificultades en la comunicación y en la explicación de esta técnica analgésica, que precisa el consentimiento informado de la parturienta.

La frecuencia de prematuridad varía en los distintos estudios, siendo en general similar en

ambos grupos (López y otros, 2005), aunque algunos estudios andaluces muestran una diferencia significativa entre un 7,89% de partos pretérmino entre inmigrantes frente a un 4,25 entre nacionales, así como más postérmino (2,83 vs. 0,6%) (Martínez, 2003). La media de peso de los recién nacidos de origen magrebí se ha descrito mayor que la de los hijos de madres nacionales (3.503,51 g frente a 3.318,58 g), mientras las prevalencias de nacidos con bajo peso (< 2.500 g) y muy bajo peso (< 1.500 g) han sido parecidas entre inmigrantes y no inmigrantes. Tampoco se ha descrito una mayor mortalidad perinatal entre los primeros. Aunque los valores de los índices de Apgar se muestran similares con respecto a los hijos de madres nacionales, en unas unidades neonatales se ingresan más nacidos de origen extranjero que en otras (Pérez y otros, 2004).

El hecho de que, en general, los hijos de madres inmigrantes no presenten peores resultados que los de madres autóctonas coincide en gran medida con los datos obtenidos en diferentes países de fuerte inmigración como Estados Unidos, Bélgica o Francia. Podría explicarse, por una parte, por la teoría del emigrante sano, consistente en la auto-selección espontánea que se produce entre quienes deciden emigrar, que suelen ser quienes disfrutan de un alto patrimonio de salud, lo que influiría en estos buenos resultados. Por otro lado, podrían actuar ciertos aspectos culturales como factores de protección. Un gran apoyo cultural hacia la maternidad y una dieta tradicional saludable causan que las latinas inmigrantes en Estados Unidos tengan comportamientos menos arriesgados como fumar cigarrillos o beber alcohol, lo que po-

drían estar sucediendo con las mujeres inmigrantes en nuestro país. Con respecto al hábito tabáquico, un factor que incide sobre el peso al nacer de los bebés, un estudio belga comprobó que las mujeres inmigrantes norteafricanas embarazadas fumaban menos que las belgas: un 5 frente a un 29%, respectivamente (Delvaux, 1997). Finalmente, la importancia de la red de apoyo social entre las extranjeras, que consta de redes informales y el traslado del conocimiento intergeneracional, también podría estar contribuyendo a estos hallazgos (Wingate y Alexander, 2006; Madan y otros, 2006; Mcglade y cols., 2004).

Atención al parto

Los datos aportados por nuestros hospitales son reveladores, dándonos una idea de la dimensión de la atención al parto en mujeres inmigrantes y la evolución en el número de nacimientos de madres extranjeras. Es una realidad que en nuestros servicios sanitarios la atención a mujeres inmigrantes está aumentando año tras año, con una importante diversificación, heterogeneidad y proporción de población extranjera atendida, alcanzando cuotas de atención que en algunos centros hospitalarios andaluces alcanza el 30%. En un estudio realizado en Almería sobre el porcentaje de partos y las procedencias geográficas de las mujeres atendidas en los hospitales públicos de la provincia, entre los años 2002-2003, un 18,84% de los nacimientos ocurridos en la provincia correspondían a madres extranjeras. La incidencia en la atención variaba entre un 15 y un 30% en función de los hospitales, con una tendencia al alza en rápido crecimiento

y una composición por procedencia desigual, en función de las características de la inmigración en las respectivas zonas de influencia de cada centro sanitario: así, mientras en unos hospitales predominaba el colectivo africano, en otros era el latinoamericano, con características socio-culturales muy diferentes (Oliver y otros, 2004b).

Estos datos proceden de investigaciones específicas, dado que en la actualidad existe una escasa información de esta población y una gran variabilidad en los datos. Existen errores de base a la hora de calcular el número de mujeres extranjeras atendidas en los centros asistenciales, dado que no existen datos numéricos oficiales ajustados a la realidad por las lagunas existentes en los sistemas de registro, que generalmente no contemplan la variable nacionalidad. Esta situación condiciona el desconocimiento de la magnitud del fenómeno. Sin embargo, a la hora de plantearse mejoras en la atención a este colectivo, es preciso realizar una aproximación cuantitativa, tanto al porcentaje de atención como a las procedencias geográficas de las mujeres atendidas en nuestros servicios sanitarios. Estos estudios deben ser realizados en cada centro, dada la heterogénea presencia de la población extranjera y su desigual distribución territorial.

El peso numérico de las mujeres inmigrantes, así como sus diversas procedencias geográficas, hacen que el trabajo cotidiano de los profesionales de las áreas de obstetricia se desenvuelva en un entorno multicultural. Dada la influencia que tienen los factores culturales durante el parto, esta situación plantea nuevos retos a los servicios sanitarios, que han de adaptarse a la

demanda existente. Durante la atención al parto en el medio hospitalario, algunos problemas en la atención sanitaria derivan de los déficits de comunicación entre los profesionales de la salud y las mujeres inmigrantes, debido a barreras lingüísticas y culturales que dificultan la relación terapéutica. En el caso concreto del parto, existen diferencias sociales, culturales, religiosas y de género en las prácticas sanitarias, que afectan a la vivencia del parto y a la interacción con el recién nacido, aspectos que los profesionales sanitarios han de tener en cuenta en la prestación de cuidados (Luque y Oliver, 2005).

PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES INMIGRANTES

Mejora en la investigación

Existen estudios epidemiológicos en España en torno a la salud y a la conducta reproductiva de las mujeres inmigrantes, pero las lagunas en muchos aspectos son considerables. Por tanto, en un momento en el que la atención a mujeres inmigrantes es especialmente significativa, se hacen necesarias investigaciones que conduzcan a un mejor entendimiento de las necesidades, acceso al sistema sanitario, situación de salud, prácticas y conductas que en cuanto a la salud reproductiva tiene la población femenina inmigrante.

Los perfiles epidemiológicos por sí mismos muestran limitaciones, dado que categorizan a las mujeres de manera rígida por su condición de inmigrantes, sin tener en cuenta las características diferenciales de esta población fundamentadas en cuestiones socio-económicas, educativas,

culturales y sanitarias. Por ello, es preciso complementar los estudios cuantitativos con estudios basados en metodología cualitativa, para que sean las propias mujeres quienes expresen sus necesidades y expectativas en materia de salud, las dificultades que tienen para acceder a los servicios sanitarios, así como sus opiniones y experiencias en este sentido. Estos discursos pueden proporcionar fundamentos objetivos a la planificación de intervenciones de prevención y de promoción de la salud orientadas a mejorar la calidad de los cuidados a este grupo de mujeres (Castillo y otros, 2001).

Mejora en los registros sanitarios

Resulta fundamental, de cara a la investigación y al conocimiento de esta población, una mejora en los registros sanitarios, que deberían contemplar la variable nacionalidad.

Elaboración de materiales de promoción de la salud adaptados

Dada la heterogeneidad de la población atendida, así como las dificultades lingüísticas derivadas del idioma, los materiales sobre promoción, educación e información sanitaria tendrían que estar adaptados. Resulta necesaria la realización de materiales específicos para las mujeres inmigrantes adaptados y traducidos a los idiomas vernáculos mayoritarios: información sobre anticoncepción, cuidados básicos durante el embarazo, información y consentimientos informados de analgesia epidural y otros procedimientos obstétricos, explicación de pruebas diagnósticas y pruebas especiales de laboratorio, etcétera.

Abordaje de los aspectos culturales y de género

Es importante tener en cuenta ciertos aspectos culturales para dispensar una atención acorde a las concepciones que tienen las mujeres inmigrantes acerca de las cuestiones reproductivas, y favorecer así la integración en cuestiones sanitarias, sobre todo en las cuestiones de pudor, en la feminización de la asistencia sanitaria, etc. Dados los condicionamientos culturales, que además pueden ser muy variables en función de las individualidades, es importante preguntar siempre por las preferencias específicas y fomentar que las mujeres se expresen, tanto en el caso de las mujeres inmigrantes como en el de las autóctonas.

El abordaje de las desigualdades de género es un aspecto fundamental, pero difícil de llevar a cabo desde los servicios sanitarios; por ello, sería preciso introducir la mediación intercultural en determinados colectivos, para que trabajen con las mujeres con el objetivo de que se sientan capaces y legitimadas para tomar decisiones que les permitan controlar su propia salud y desarrollen habilidades con el objetivo de adquirir mayor influencia y poder de negociación en la familia y en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ABDELKHALEK, A., AJBILOU, A. y FAZOUANE, A. (2000): "Pauvreté, besoins de base et comportements démographiques au Maroc", *Rapport du Social*, Okad, pp. 41-61.
- ALCALÁ, M.J. (1995): *Definición de Conceptos y Derechos. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*, Family Care International, Nueva York, pp. 16-17.
- ALVARADO (1997) y MORALES (1998): "Mujeres migrantes y salud reproductiva" [<http://www.estadonacion.or.cr/Info98/nacion4/rec-7-8.htm.6k>] (consulta: 2-3-2003).
- ASFORD, L. (2003): "Tendencias de salud reproductiva en Europa del Este y Euroasia" [<http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/>].
- BARAZA CANO, M.P., LAFUENTE ROBLES, N. y GRANADOS ALBA, A. (2005): "Identificación de diagnósticos enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería", *Enfermería Comunitaria*, 1 (1): 18-23.
- BARROSO, P. y otros (2005): "Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres de un Distrito Sanitario de Almería, período 1998-2002", *Revista Española de Salud Pública*, 79 (4).
- BOLETÍN Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* (2005): nº 3, volumen II, marzo.
- BRAVO MORENO, A. (2002): "Cultura y maternidad en la inmigración: desigualdades en la salud reproductiva", estudio realizado mediante ayuda otorgada por el Instituto de la Mujer, expediente nº 6/99, Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.
- CASTILLO, S. y MAZARRASA, L. (2001): "Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes", *Ofrim suplementos*, 8 [<http://www3.upco.es/pagnew/iem/newweb/actividades>] (consulta: 1-8-2003).
- CASTILLO, S., MAZARRASA, L. y SANZ, B. (2001): "Mujeres inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategias para promocionar su salud", *Index de Enfermería*, 34: 9-14.
- CIMOP (2005): *Estudio sobre las IVEs en jóvenes en España*, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- COMISIÓN de Migraciones, Refugiados y Demografía (2000): *Condiciones sanitarias de los inmigrantes y refugiados en Europa*, Asamblea Parlamentaria, Consejo de Europa, Doc 8650.
- DELVAUX, T. (1997): "Datos perinatales de la población de emigrantes norteafricanos en Bélgica", en: SOLAS, O. y UGALDE, A. (eds.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, pp. 177-179.
- DELVAUX, T., BUEKENS, P., GODIN, I. y BOUTSEN, M. (2001): "Barriers to prenatal care in Europe", *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (1): 52-59.
- DUEÑAS, J.L. (coord.) (2002): *Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio*, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla.
- DUEÑAS, R.M., MITSUF, M.J., MARTÍNEZ, J., MUÑOZ, M., FERNÁNDEZ, M.J. y LORA, N. (1997): Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo, *Atención Primaria*, 19 (4): 188-194.
- ESTEBAN, M.L. (2000): "La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre la lactancia materna y el cuidado infantil", en PERDIGUERO, E. y COMELLES, J.M.

- (eds.), *Medicina y Cultura*, Bellaterra, Barcelona, pp. 207-26.
- FRISBIE, W.P., ECHEVARRÍA, S. y HUMMER, R.A. (2001): "Prenatal care utilization among non-hispanic whites, african americans, and mexican americans", *Matern Child Health Journal*, 5 (1): 21-23.
- GARCÍA GALLEGO, F. y otros (s.f.): "Estudio comparativo y descriptivo de adolescentes e inmigrantes en relación a la IVE", web Clínica GineAlmería.
- GREGORIO GIL, C. (1998): *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*, Narcea, Madrid, p. 23.
- HERNANDO, V. y otros (2005): "Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad de Madrid", *Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Sanidad y Consumo*, semana 8-9, vol. 13, nº 4, pp. 37-48.
- HERRERA DE LA MUELA, M. y otros (1999): "Control inadecuado del embarazo. Resultados en el Hospital Maternal La Paz", *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 42: 487-493.
- HOLGADO, I. (1998): "La mujer inmigrante marroquí en Barcelona", en: MOGA, V. y AHMED, R., *Mujer tamazight y fronteras culturales*, Servicio de Publicaciones, Melilla, pp. 129-137.
- INDA, J.X. (2003): "El biopoder, la reproducción y el cuerpo de la mujer inmigrante en los Estados Unidos", en CHECA, F., ARJONA, A. y CHECA, J.C. (eds.), *La integración social de los inmigrados. Modelos y experiencias*, Icaria, Barcelona, pp. 39-60.
- IZQUIERDO ESCRIBANO, A. y LÓPEZ DE LERA, D. (2003): "La huella demográfica de la población extranjera en España", *Sistema*, 175-176: 181-200.
- JANSÀ, J.M. y VILLALBA, J.R. (1995): "La salud de los inmigrantes y la atención primaria", *Atención Primaria*, 15 (5): 320-327.
- JANSÀ, J.M. y GARCÍA DE OLALLA, P. (2004): "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos", *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl. 1): 207-213.
- JULIANO, D. (2004): *Los nuevos modelos de investigación y la migración de las mujeres. Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*, Cátedra, Madrid, pp. 173-216.
- KAPLAN, A. (1997): "Aculturación de los comportamientos reproductivos en la población migrante senegambiana residente en Cataluña", en SOLAS, O. y UGALDE, A. (eds.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, pp. 153-157.
- LÓPEZ, M.F., GÓMEZ, T., MANZANARES, S., MARTÍNEZ, E., PUERTAS, A. y MONTOYA, F. (2005): "Parto prematuro e inmigración", *Ciencia Ginecológica*, 4: 203-208.
- LUQUE FERNÁNDEZ, M.A. y OLIVER RECHE, M.I. (2005): "Culture differences on perceiving and living delivery: the case of immigrant women", *Index de Enfermería*, 48-49 [http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49e9-13.php].
- MADAN, A., PALANIAPPAM, L., URIZAR, G., WANG, Y., FORTMANN, S.P. y GOULD, J.B. (2006): "Sociocultural factors that affect pregnancy outcomes in two dissimilar immigrant groups in the United States", *The Journal of Pediatrics*, 148 (3): 341-346.
- MARQUETA, J.M. y ROMAGOSA, C. (2002): "Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebi", *Clin Invest Gin Obst*, 29 (9): 318-328.

- MARTÍNEZ, E. (2003): *Embarazo y riesgo en mujeres inmigrantes. Conceptos básicos en Obstetricia y Ginecología*, Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Poniente de Almería, Granada.
- MARTÍNEZ, E. y LÓPEZ, A.F. (2004): "Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas", *Matronas Profesión*, 5 (17): 12-18.
- MCGLADE, M.S., SAHA, S. y DAHISTROM, M.E. (2004): "The Latina Paradox: An opportunity for restructuring prenatal care delivery", *Am J of Public Health*, pp. 2062-2065.
- MERNISSI, F. (1996): *¿Es concebible una planificación de la natalidad sin democracia? El poder olvidado: Las mujeres ante un Islam en cambio*, Icaria, Barcelona, pp. 91-120.
- MINISTERIO de Trabajo y Asuntos Sociales (2006): *Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 30 de junio de 2006*, Madrid, julio.
- MOLINA GONZÁLEZ, M. (1999): "Adaptaciones etnoculturales en pautas de salud reproductiva de mujeres inmigrantes marroquíes", trabajo realizado en el XIV Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- OLEFFE-VAN DIERDONCK, L. (1995): "El Hospital y el espacio social: el problema concreto de los inmigrantes", *Hospitalaria*, 3: 33-40.
- OLIVER RECHE, M.I. (2002): "Comunicación intercultural: Comunicándonos con mujeres de otras culturas", *Matronas Profesión*, 9: 21-27.
- OLIVER RECHE, M.I. (2004): "Dificultades, retos y propuestas de mejora en la atención sanitaria a mujeres inmigradas embarazadas en la provincia de Almería", trabajo de investigación correspondiente al Programa de Doctorado "Estudio y Análisis de los Movimientos Migratorios", Universidad de Almería.
- OLIVER RECHE, M.I. (2005): *La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en España*, Diputación de Almería (Servicio Provincial de Mujeres) e Instituto de Estudios Almerienses, Almería, pp. 29-33.
- OLIVER, M.I., JIMÉNEZ, J., CARMONA, E., OLIVER, J. y REINOSO, M. (2003): "Seguimiento del control de embarazo en mujeres inmigradas residentes en Almería", *VIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial*, Almería, noviembre.
- OLIVER RECHE M.I., MARTÍNEZ GARCÍA, E., SEGURA GARCÍA, M.H. y ACEITUNO VELASCO, L. (2004a): "Fecundidad de las mujeres inmigradas en la provincia de Almería", *VIII Congreso de Inmigración "Menores y juventud, nuevos retos"*, Almería, Laboratorio de Antropología Social y Cultural de la Universidad de Almería.
- OLIVER RECHE M.I., MARTÍNEZ GARCÍA, E., SEGURA GARCÍA, M.H. y ACEITUNO VELASCO, L. (2004b): "Incidencia de partos en mujeres inmigradas en la provincia de Almería", *IV Encuentro de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC. Adaptando los cuidados a los cambios sociales: inmigración y envejecimiento*, Adra (Almería), 28 de mayo.
- PAI (2001): *Mundos diferentes: salud y riesgos sexuales y reproductivos*, informe del Popular Action International, Stephenson Printing, Virginia.
- PÉREZ DE ARMIÑO, K. (2001): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Párrafo 7.2. de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, Icaria-Hegoa, Barcelona, p. 490.

- PÉREZ, S., MUÑOZ, N., ROBLEDO, A., SÁNCHEZ, Y., PAYAS, C.R. y DE LA CRUZ, J. (2004): "Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos", *Anales de Pediatría* (Barcelona), 60 (1): 3-8.
- PRADO, C., MARRODÁN, M.D., SÁNCHEZ-ANDRÉS, A., GUTIÉRREZ, E., AZEVEDO, P. y SEBASTIÁN, J. (1997): "Ciclo y patrones reproductivos en las mujeres emigrantes en España", en SOLAS, O. y UGALDE, A. (eds.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, pp. 159-69.
- Salazar, A., Navarro-Calderón, E., Abad, I., Alberola, V., Almela, F., Borrás, R., González, A., Gosálvez, E., MOYA, M.J., PALAU, P., ROIG, F.J., ROMERO, R., TABERNER, F. y VICENTE, P. (2003): "Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002)", *Revista Española de Salud Pública*, 77: 713-723.
- SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, Y., MUÑOZ AVALOS, N., PÉREZ CUADRADO, S., ROBLEDO SÁNCHEZ, A., PAYAS ALONSO, C.R., DE LA CRUZ BÉRTOLO, J. y GARCÍA BURGUILLO, A. (2003): "Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto", *Prog Obstet Ginecol*, 46 (10): 441-447.
- SOLER NÚÑEZ, M., VÁZQUEZ VILLEGAS, J., BARAZA CANO, P. y otros (2994): "Análisis de las características diferenciales entre usuarias autóctonas e inmigrantes que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo en el Distrito Poniente de Almería", *XXIV Congreso de la SEMFyC*, Sevilla, diciembre.
- SPAETGENS, R. y otros (2002): "Perinatal antibiotic Usage and Changes in colonization and resistance rates of group B streptococcus and other pathogens", *Obs and Ginec*, 100 (3): 525-532. StreptococoGrupoB [<http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/obstetricia/AltoRiesgo/estreptoc.html>].
- TOSSOUNIAN, S.A., SCHOENDORF, K.C. y KIELY, J.L. (1997): "Racial differences in perceived barriers to prenatal care", *Matern Child Health Journal*, 1 (4): 229-236.
- VÁZQUEZ VILLEGAS, J. y otros (2000): "Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria", *Medicina de Familia* (Andalucía), 1 (2): 162-168.
- VILLAR, J. (coord.) (2003): *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS. Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- VILLAR, J. y KHAN-NEELOFUR, D. (2001): "Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy", *The Cochrane Library*, 4, art. n° CD000934. Software actualizado en 2008.
- VINTZILEOS, A.M., ANANTH, C.A., SMULIAN, J.C., SCORZA, W.E. y KNUPPEL, R.A. (2002): "Prenatal care and black-white fetal death disparity in the United States: Heterogeneity by High-risk conditions", *Obstetrics & Gynecology*, 99 (3): 483-489.
- WINGATE, M.S. y ALEXANDER, G.R. (2006): "The Healthy migrant theory: Variations in pregnancy outcomes among USborns migrants", *Social Science & Medicine*, 62: 491-498.