

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Estudio cualitativo de los factores relacionados con un control inadecuado del embarazo en mujeres inmigrantes y autóctonas en Huelva

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Olivia Ibáñez Masero

Fecha de lectura: 25 de febrero de 2016

Bajo la dirección de las doctoras:

M^a Dolores González de Haro

Ángela Ortega Galán

Huelva, 2016

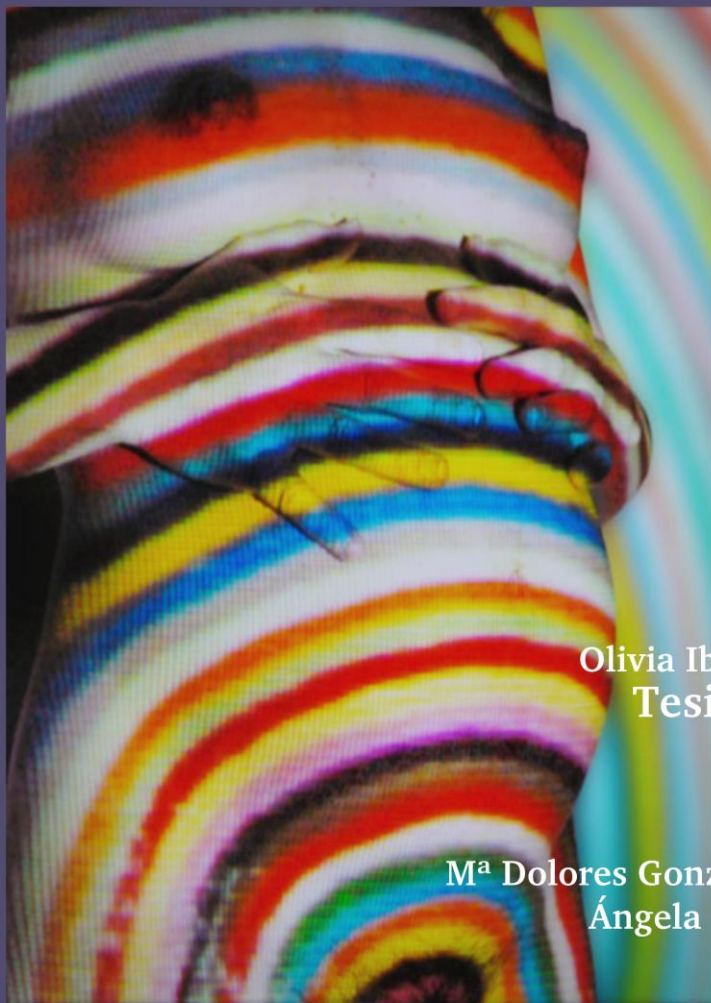




Universidad
de Huelva

ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON UN CONTROL INADECUADO DEL EMBARAZO EN MUJERES INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS

Foto de Siro López



Olivia Ibáñez Masero
Tesis Doctoral
Huelva 2015

Directoras:
M^a Dolores González de Haro
Ángela Ortega Galán

Universidad de Huelva
Departamento de Enfermería



**Estudio cualitativo de los factores relacionados
con un control inadecuado del embarazo en
mujeres inmigrantes y autóctonas en Huelva**

Directoras:

Dra. María Dolores González de Haro

Dra. Ángela María Ortega Galán

Dña. Olivia Ibáñez Masero.

Tesis Doctoral

Huelva, 2015

*Y Dios me hizo mujer
de pelo largo, ojos, nariz y boca de mujer.
Con curvas y pliegues y suaves hondonadas
y me cavó por dentro,
me hizo un taller de seres humanos
Tejió delicadamente mis nervios
y balanceó con cuidado el número de mis hormonas.
Compuso mi sangre y me inyectó con ella
para que irrigara todo mi cuerpo;
nacieron así las ideas, los sueños, el instinto.
Todo lo que creó suavemente a martillazos
de soplidos y taladrazos de amor, las mil y
una cosas que me hacen mujer todos los días
por las que me levanto orgullosa
todas las mañanas y bendigo mi sexo.*

(Gioconda Belli, 1948: Y Dios me hizo mujer)

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que desinteresadamente y en favor de otras han querido compartir su vivencia. Y a los y las profesionales sanitarios y de la organizaciones participantes que han donado fragmentos de su experiencia, de su trabajo y esfuerzo cotidiano. Sin ellas y ellos hubiera sido imposible la realización de este estudio.

A Lola y a Ángela, mis conductoras y guías, por la confianza demostrada y su constante aliento, por la inestimable aportación científica, pero sobre todo humana, mantenida durante el proceso de elaboración de esta Tesis. A M^a Ángeles por su dedicación desinteresada y por el apoyo prestado para la elaboración de este trabajo. Mil gracias.

A mi familia y a mi comunidad de vida por el cariño y la paciencia demostrada, porque me alientan cada día a trabajar en proyectos y realidades que pretenden construir una sociedad mejor.

RESUMEN

El fenómeno de feminización de los procesos migratorios ha implicado un aumento de la demanda de aquellos servicios sanitarios ligados a la salud de la mujer y, especialmente, por ser una población en edad fértil, a los servicios de salud sexual y reproductiva (7),(8).

Según el Instituto Nacional de Estadística, un 19,4% de las mujeres residentes en España están en lo que se considera edad fértil (entre los 15 y 45 años), de las que aproximadamente un 15% son inmigrantes. En Andalucía, según la misma fuente, el porcentaje de mujeres inmigrantes en edad fértil corresponde al 10 % del total de las residentes en esa franja de edad (5).

Se observa que, en la población autóctona la mayor demanda de atención en el Sistema Sanitario corresponde a especialidades médicas y quirúrgicas, mientras que en la población inmigrante, esta demanda se centra en la atención obstétrico-ginecológica, con tendencia a incrementarse, alcanzando en Andalucía el 30% del total de la atención a la población inmigrante (6).

En la provincia de Huelva el 16% de las mujeres que se encuentran entre los 15 y 45 años de edad son extranjeras, lo que supone un peso de la población inmigrante entre las mujeres en edad fértil algo mayor al del conjunto de Andalucía y a la media nacional (5).

No obstante, las necesidades específicas de las mujeres inmigrantes son poco conocidas y esto dificulta la planificación y puesta en marcha de políticas sanitarias orientadas a la salud reproductiva (6).

Para abordar los comportamientos reproductivos en mujeres inmigrantes es preciso tener en cuenta la influencia de diversos factores; entre los que se encuentran las desigualdades en salud de origen socio-económico, que afectan igualmente a poblaciones autóctonas en riesgo o en situación de exclusión social; las desigualdades de género, presentes tanto en origen como en destino y 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 acogida (6). Estudios realizados en otros países occidentales que acogen a población inmigrante revelan la existencia de desigualdades en salud de las mujeres inmigrantes con respecto a las autóctonas, así como mayores tasas de natalidad, mayor morbi-mortalidad maternal y perinatal y más factores de riesgo durante el embarazo y el parto

entre las mujeres inmigrantes que entre las autóctonas (9).

En nuestro país, muchas de estas mujeres inmigrantes presentan un déficit de control prenatal, ya que la asistencia a las consultas sanitarias es muy escasa. Por consiguiente, no siguen el protocolo recomendado ni asisten a las clases de educación maternal, con los consiguientes riesgos que puede entrañar para su salud y la del hijo o hija (6), (9).

En Andalucía, los estándares de calidad establecidos para el proceso de atención al embarazo, pueden verse comprometidos en determinados colectivos de mujeres embarazadas: adolescentes , aquellas que pertenecen a la etnia gitana y mujeres inmigrantes, ya que, la evidencia científica muestra que no se benefician de los programas prenatales en la misma medida que el resto de la población (6). Las diferencias se relacionan con desigualdades socio-económicas, que afectan tanto a mujeres autóctonas de baja instrucción o en situación de exclusión y pobreza como a mujeres inmigrantes, siendo estas las que presentan peores indicadores al respecto (6). En este sentido, además de un deficiente control del embarazo caracterizado por comienzos tardíos, escasa continuidad o falta de pruebas diagnósticas, también se detecta la llegada al hospital en fases avanzadas de parto, lo cual aumenta los riesgos durante el mismo y cifras más altas de mortalidad perinatal (10), (11), (12).

Esta situación ha justificado la presente investigación cuyo objetivo principal ha sido conocer, comprender e interpretar los motivos, las circunstancias y situaciones que están presentes en el control gestacional inadecuado de mujeres inmigrantes y autóctonas del área sanitaria de Huelva bajo un enfoque metodológico de carácter cualitativo, lo que ha permitido profundizar en las situaciones que conllevan un control inadecuado del embarazo y en la manera que se interpreta por parte de las personas implicadas en el proceso a través de la búsqueda de explicaciones subyacentes, percepciones, sentimientos y opiniones que, a menudo, son difíciles de acotar y de recoger con otro tipo de enfoque (233), (234).

La información obtenida a través de las entrevistas y los grupos de discusión fueron analizadas utilizando el modelo de la Teoría Fundamentada desarrollada por Strauss y Glaser en 1967 (236). Se ha utilizado un diseño de tipo emergente que ha permitido un trabajo continuo a lo largo del proceso de investigación, favoreciendo la constante interacción de los discursos.

El análisis de la información y la codificación de categorías se ha realizado a través del programa Atlas Ti 6.0, siguiendo el método constante de comparación hasta la saturación de significados como indican Trinidad (252) y San Martín (253).

Los principales resultados ponen de manifiesto que las

dificultades que impiden que las mujeres realicen un control adecuado de la gestación en Huelva responden a situaciones complejas en las que confluyen múltiples factores que, a su vez, se superponen y se encuentran interrelacionados unos con otros. Estos factores se encuentran muy ligados a las deficiencias de un Sistema Sanitario Público que no aún no ha sido capaz de dar respuesta a la realidad de una población multicultural y cambiante, tendiendo a mantener un modelo unificador, en vez lugar de orientar los servicios hacia la diversidad. En consecuencia, la captación y atención a las mujeres embarazadas autóctonas en situación de riesgo social o de etnia gitana, así como a las mujeres inmigrantes gestantes, no están adaptadas a la realidad de este grupo de población femenina.

Los distintos discursos destacan como factores específicos relacionados con un control inadecuado del embarazo:

- Los relacionados con las características personales tales como la inmadurez y juventud, los valores culturales, escasez de medios económicos o pobreza y bajo nivel socio-educativo y alteraciones de salud mental.
- Los de tipo institucional y funcional, que responden principalmente a barreras de accesibilidad burocrática, legal y geográfica.
- La soledad y falta de redes de soporte, familiares o de pareja se

evidencian como un importante factor de riesgo para el inadecuado control gestacional, tanto en mujeres inmigrantes como en mujeres autóctonas.

-La escasa formación de la mujer y el desconocimiento sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario provocados por cuestiones de género y de diversidad cultural.

-La necesidad de subsistir y mantener la actividad laboral aunque contravenga la salud de la gestante y de la futura criatura.

La identificación y comprensión de estos factores posibilitan un primer paso en la prevención y disminución de las desigualdades en salud en este grupo de mujeres.

Entre las conclusiones se confirma que, aunque el control del embarazo se considera un procedimiento eficaz para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, su adecuación y accesibilidad siguen siendo susceptibles de ser mejorados, puesto que existe dificultad para el acceso equitativo de la población. Las desigualdades sociales y de salud se identifican como el factor principal, origen de las múltiples situaciones de riesgo que viven las mujeres inmigrantes y/o autóctonas que afecta en mayor proporción a mujeres de origen marroquí, rumano y polaco que llegan a Huelva como trabajadoras agrícolas y a mujeres autóctonas en situación de pobreza y/o exclusión social.

Los problemas administrativos y de afiliación, tanto en el caso de las mujeres inmigrantes en situación de irregularidad administrativa, como en el de las autóctonas que se encuentran sin hogar, dificultan la obtención de la tarjeta sanitaria y, con ello, el acceso al Sistema Sanitario Público. La excesiva burocratización de los procesos de atención en el Sistema Sanitario afecta negativamente a las mujeres usuarias y a los profesionales que trabajan en este ámbito. Se evidencia, además, que las modificaciones realizadas con el Real Decreto Ley de Abril de 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (201) han afectado especialmente a las personas inmigrantes, entre ellas a mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio, generando desigualdad en las condiciones de acceso y de atención a la salud, a pesar de que estas no se encuentran legalmente excluidas de la atención sanitaria.

A nivel cultural se pone de manifiesto la hegemonía de un paradigma etnocentrista que complica las relaciones interculturales y, por consiguiente, dificulta los procesos de integración de las mujeres inmigrantes y de las autóctonas de etnia gitana a pesar de ser un grupo cultural con el que se ha mantenido una prolongada convivencia social. Es evidente la existencia de una importante distancia cultural, lo cual representa una importante barrera para la integración transcultural.

Se hace patente la necesidad social de ir creciendo en competencias interculturales que permitan la convivencia respetuosa y no impositiva de unas culturas sobre otras. Por lo que es necesario instaurar en el Servicio Andaluz de Salud modelos de atención sanitaria basados en un concepto de Salud Transcultural que sean capaces de integrar realidades sociales diversas de las mujeres inmigrantes y autóctonas en proceso de gestación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	23

PARTE I: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Salud y proceso de embarazo, parto y puerperio en una población multicultural.....

1.1 La salud reproductiva.....	42
1.2 Alteración de la salud en la persona inmigrada.Duelo migratorio.....	47
1.3La intervención sanitaria ante una población multicultural...62	
1.3.1 Sistemas culturales de atención a la salud.....	65
1.3.2 Hacia un Sistema de Salud integrador de la diversidad cultural. La Salud Intercultural.....	90
1.3.3 Los cuidados transculturales en el proceso de embarazo, parto y puerperio.....	103

Capítulo 2: Perspectivas culturales del embarazo, parto y puerperio.....

2.1Aproximación antropológica del proceso reproductivo.....	115
2.2La salud reproductiva desde un enfoque multicultural.....	125
2.2.1 La cultura latinoamericana.....	125
2.2.2 Las culturas africanas.....	131
2.2.3 La cultura asiática.....	140
2.2.4 La cultura europea.....	144

Capítulo 3: Cuidados del embarazo, parto y puerperio en el marco de la Atención Sanitaria.....153

3.1 Marco normativo y de referencia para el cuidado prenatal y puerperal.....156

3.1.1 Las Estrategias de la Organización Mundial de la Salud: los Objetivos del Milenio.....156

3.1.2 El cuidado del embarazo, parto y puerperio en el Sistema Sanitario Público Español.....164

3.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en Andalucía.....181

INVESTIGACIÓN.....201

PARTE II: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo4:El proceso de investigación.....205

4.1 Objetivos de la investigación.....208

4.2 El enfoque de la investigación.....209

4.3 Trabajo de campo.....216

4.3.1 Escenario de la investigación y selección de personas informantes.....217

4.3.2 Perfil de las personas informantes.....219

4.3.3Técnicas utilizadas para la recogida de información.....223

4.4Procesamiento, análisis e interpretación de la información..... 238

4.5 Consideraciones éticas de la investigación.....234

PARTE III: EL INFORME DE INVESTIGACIÓN

Abreviaturas utilizadas en el Informe de investigación.....	239

Red de códigos Atlas Ti.....	241

Capítulo 5: La situación de las mujeres que presentan un control de la gestación inadecuado y sus consecuencias para la salud.....	245

Capítulo 6: Las dificultades y problemas que impiden un adecuado control del embarazo.....	277

6.1 La perspectiva de las mujeres.....	279

6.2 La perspectiva de los y las profesionales sanitarios/as y de las entidades sin ánimo de lucro.....	305

Capítulo 7: La valoración de los principios, organización y funcionamiento del Servicio Andaluz de Salud en la atención al proceso de la gestación.....	329

Capítulo 8: Discusión.....	357

Capítulo 9: Conclusiones de la investigación.....	393

9.1 Limitaciones del estudio.....	396

9.2 Síntesis de evidencias.....	397

9.3 Nuevas líneas de Investigación.....	408

9.4 Propuestas de intervención.....	409

Bibliografía.....	413
ANEXOS.....	465
Anexo1- Actuaciones en el control prenatal según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetras (SEGO).....	466
Anexo 2- Cronograma seguimiento del embarazo. SAS.....	467
Anexo 3- Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio.....	468
Anexo 4- Guión Orientativo para las entrevistas a Mujeres inmigrantes y autóctonas.....	469
Anexo 5- Guión Orientativo para el Grupo de Discusión y Entrevistas a los/as profesionales sanitarios/as implicados/as en la atención Tocoginecológica.....	470
Anexo 6- Guión Orientativo para las entrevistas a profesionales de las entidades sociales sin ánimo de lucro.....	471
Anexo 7- CD con Entrevistas y Grupo de discusión.....	472

INTRODUCCIÓN

El Sistema Sanitario está inmerso en una situación caracterizada por las necesidades emergentes en problemas de salud a nivel nacional e internacional. Los movimientos migratorios, en la actualidad se deben encuadrar en un Sistema Internacional Globalizado, es decir, los movimientos de población son y serán un resultado de variados factores, especialmente de la diferencia entre países con oportunidades de mejora de vida y países sin oportunidades de esta mejora (1). La inmigración y la pobreza son dos fenómenos paralelos ya que existe una influencia mutua entre ellos, aumentada por la globalización de la economía, de hecho, la mayor parte de las migraciones internacionales que se producen desde los países en vías de desarrollo hacia los desarrollados se generan como consecuencia de la pobreza relativa de los primeros (1). En el proceso de globalización se unen los cambios en los modelos económicos y los avances tecnológicos vertiginosos, como promotores de los principales factores de movilidad entre los que se encuentran las aspiraciones de muchos habitantes de la tierra de mejorar su situación económica, así como de huir de situaciones de inestabilidad política, económica, por conflicto armado y cambios medioambientales (1).

En cuanto a los factores de atracción hacia otros países, se encuentran las oportunidades económicas, la posibilidad de envejecimiento de los países desarrollados, especialmente de la Unión Europea, la proximidad por el hecho de que determinados Estados hayan sido antiguas colonias, la historia, la cultura y lenguas comunes, el importante factor de las diásporas, las redes migratorias, los acuerdos entre países y la firma de acuerdos sobre Derechos Humanos (1).

A nivel español, los datos censales registrados en el Instituto Nacional de Estadística (INE) a fecha de 1 de enero de 2015 ponen de manifiesto que del conjunto de la población española un 10,1% corresponde a personas extranjeras de diferentes nacionalidades(2). La Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007 realizada por dicho organismo, ya constataba un aumento de la población extranjera, siendo más significativo en los últimos años(3). A partir de 2011 comienza una nueva etapa mediatizada por la situación de crisis socio-económica que se refleja en el descenso de la población, aumentan las migraciones de personas autóctonas a otros países y disminuye la entrada de personas extranjeras a nuestro país, produciéndose el mayor descenso en 2013 proceso que continua aunque de forma más leve (2). Disminuyen los flujos de entrada y predominan otras fases del fenómeno migratorio tales como la de asentamiento y la fase posmigratoria, en las que la población inmigrada forma parte de la estructura social española actual (4). Este cambio demográfico

producido por la inclusión de personas procedentes de diversas culturas repercute en los diversos ámbitos sociales, culturales, económicos... de nuestro entorno y, por supuesto, en el Sistema Sanitario. Aunque, globalmente, las cifras de población inmigrante masculinas son mayores, en los últimos años se ha observado una feminización de la población inmigrante, ya que el porcentaje de mujeres provenientes de otros países ha sido cada vez mayor, no sólo por causa de la reagrupación familiar, sino también asumiendo el papel de búsqueda activa de recursos económicos que antes asumía la población masculina. En nuestro país, actualmente, el 19,4% del total de la población corresponde a las mujeres autóctonas e inmigrantes en edad fértil, entre los 15 y 45 años, según el INE(5). Si se desagregan el número de inmigrantes que se encuentran en esta etapa vital corresponden a un 15% aproximadamente respecto al total de mujeres en España (5). En Andalucía nos encontramos, según la misma fuente y fecha, con una población de mujeres inmigrantes en edad fértil correspondiente al 10 % de las mujeres andaluzas que se encuentran en esta etapa vital(5). Mientras que en la población autóctona prevalecen las demandas por especialidades médicas y quirúrgicas, en la población inmigrante destaca como mayor motivo de ingreso la demanda de atención obstétrico-ginecológica y en Andalucía se alcanzan cifras de atención al embarazo y parto en torno al 30% y con tendencia al alza(6).

En la provincia de Huelva nos encontramos con que casi el 16%

de las mujeres que se encuentran entre los 15 y 45 años de edad, son extranjeras lo que supone un peso de la población inmigrante entre las mujeres en edad fértil algo mayor al del conjunto de Andalucía y a la media nacional(5). Este fenómeno de feminización de los procesos migratorios ha implicado un aumento de la demanda de aquellos servicios sanitarios ligados a la salud de la mujer y, especialmente, por ser una población en edad fértil, a los servicios de salud sexual y reproductiva (7),(8). No obstante, la escasez de conocimientos sobre las necesidades específicas de las mujeres inmigrantes dificulta la puesta en marcha de políticas sanitarias adaptadas y una asistencia sanitaria bien enfocada en materia de salud reproductiva (6). Para abordar los comportamientos reproductivos en mujeres inmigrantes, es preciso tener en cuenta la influencia de diversos factores entre los que se encuentran las desigualdades en salud basadas en cuestiones de tipo socio-económico, que afectan igualmente a poblaciones autóctonas en riesgo de exclusión social; las desigualdades de género, presentes tanto en origen como en destino y 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 acogida(6). Estudios realizados en otros países occidentales que acogen a población inmigrante revelan la existencia de desigualdades en salud de las mujeres inmigrantes respecto a las autóctonas, presentando mayores tasas de natalidad, mayor morbi-mortalidad maternal y

perinatal y más factores de riesgo durante el embarazo y el parto que las autóctonas (9).

A nivel estatal se encuentra que estas mujeres presentan un déficit de control prenatal ya que escasamente acceden a las consultas sanitarias para la realización de los controles, pruebas complementarias, ni realizan las clases de educación maternal, con los consiguientes riesgos que puede entrañar para su salud y la del hijo o hija (6), (9).

En Andalucía tanto las características de calidad establecidas por el proceso de atención al embarazo, como los mínimos establecidos por la evidencia científica en cuanto al control prenatal, pueden verse comprometidos en determinados colectivos, ya que 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(6). Las diferencias se relacionan con desigualdades socio-económicas que afectan tanto a mujeres autóctonas de baja instrucción o en situación de exclusión y pobreza como a mujeres inmigrantes, no obstante, y a pesar de ello, los indicadores presentados por las mujeres inmigrantes son peores que los de la población general(6). Entre estas se detecta un deficiente control del embarazo con comienzos tardíos, escasa continuidad o falta de pruebas diagnósticas; el retraso en la llegada al hospital presentando fases avanzadas de parto, lo cual aumenta los riesgos

durante el mismo, así como, cifras más altas de mortalidad perinatal (10), (11), (12). También se destaca como diferencia entre las mujeres inmigrantes y las autóctonas un uso menor de la analgesia epidural (10), (11), (12).

Respecto a Huelva en 2010 fueron atendidas en su Área de Salud 4.351 mujeres de las que un 10,7 % eran extranjeras (13). Los principales motivos de ingreso de este grupo fueron pródomos de parto o amenaza de parto prematuro(13). Estas mujeres procedían de Europa, exceptuando España en un 5,35%; de África, un 3,13%; de América un 1,6% y de Asia en un 0,4% (13). Respecto al control gestacional se encontró que un 61,6% de los casos de mujeres que presentaban un inadecuado control de la gestación (o atención prenatal insuficiente) correspondía a mujeres inmigrantes(13).

Todo ello conduce a preguntar sobre ¿Qué lleva a las mujeres a mantener un inadecuado control del embarazo ? y ¿qué factores influyen?. La detección de este fenómeno ha impulsado la realización de este estudio que se ha planteado conocer, comprender e interpretar los factores relacionados con un inadecuado control de la gestación de las mujeres inmigrantes y autóctonas de Huelva y que llevan a estas a acudir al momento de parto sin haber recibido la atención prenatal protocolizada, asumiendo los riesgos que ello conlleva. La información obtenida pretende redundar en la mejora de la calidad de la atención

sanitaria prestada a una población con una procedencia cultural cada vez más diversa y servir de fundamento en cuanto a la identificación de posibles conflictos y búsqueda de alternativas que potencien un adecuado control gestacional.

El trabajo presentado en esta Tesis se ha dividido en tres partes. La primera, consta de tres capítulos que constituyen el marco teórico de referencia acerca de los cuidados que conlleva el proceso de embarazo, parto y puerperio. En el primer capítulo se exponen los diferentes paradigmas de salud, los modelos de intervención sanitaria y la necesidad de cuidados emergentes ante una población multicultural. En el segundo capítulo, se presentan las diversas perspectivas culturales sobre los cuidados en el embarazo, parto y puerperio. Finalmente, en el tercer capítulo se especifican los cuidados a realizar durante el proceso reproductivo, con especial referencia a los que facilitan un adecuado control del embarazo en población inmigrante y autóctona.

La segunda parte está dedicada al proceso de investigación. En ella se desarrolla el marco metodológico cuyo objetivo principal ha sido conocer y comprender los significados de las representaciones simbólicas extraídas de los discursos respecto a las experiencias en el proceso de embarazo, parto y puerperio de mujeres inmigrantes y autóctonas en relación a un adecuado control del mismo en el Área Sanitaria de Huelva.

La tercera y última parte de la tesis es la que constituye el informe de la investigación y consta de cuatro capítulos. En ellos se recogen la perspectiva profesional sobre las características de las mujeres que presentan un inadecuado control de la gestación; las dificultades expresadas por estas mujeres, por los profesionales sanitarios y las organizaciones no gubernamentales; así como la visión que tienen sobre el sistema sanitario. Finalmente se dedica un último capítulo a la exposición de las limitaciones, síntesis de evidencias, líneas de investigación abiertas y propuestas de intervención.

PARTE I: MARCO TEÓRICO

***Capítulo 1: Salud y proceso de
embarazo, parto y puerperio en una
población multicultural.***

Capítulo 1: Salud y proceso de embarazo, parto y puerperio en una población multicultural.

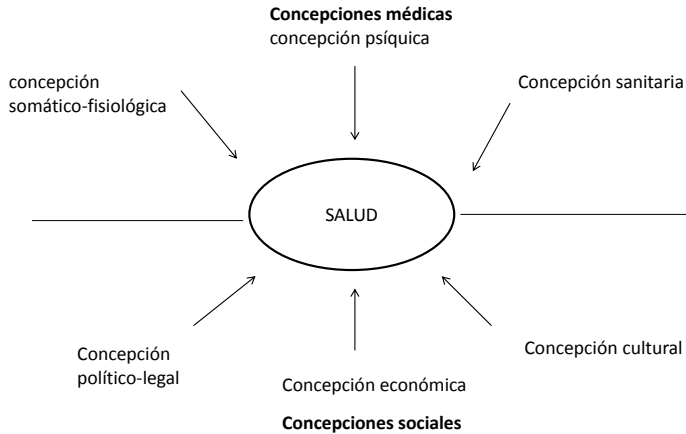
No hay duda de que en el mundo moderno el derecho a la salud se encuentra reconocido como un derecho humano básico; como reitera la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el disfrute del máximo grado de salud que se pueda obtener es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano *“sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”* (14). Actualmente no hay Estado en el mundo que no acepte, al menos, alguna responsabilidad en cuanto a la salud de su población, dicho compromiso queda recogido mediante la adhesión a los principios de la OMS, y en la práctica esta responsabilidad se cumple a través de la adopción de las medidas sanitarias y sociales determinadas por cada país(14). El fundamento filosófico que anima a estas declaraciones es el reconocimiento y respeto a la dignidad intrínseca de la persona (dignidad ontológica), principio base del actuar médico y del ejercicio de la medicina y la atención sanitaria, basado en el Principio de Beneficencia, consistente en procurar siempre la actuación más beneficiosa para la persona (15).

En relación al proceso salud-enfermedad existen numerosos condicionantes sociales, estructurales, económicos, culturales y legales que actúan como barreras o facilitadores de la adopción de unos hábitos o estilos de vida saludables por la población de un

país, incluidos los relacionados con el proceso reproductivo. Todo ello configura la visión sobre la salud de esa población.

La salud puede ser explicada y enfocada desde diversos puntos de vista, por tratarse no de un mero estado, sino más bien de un proceso dinámico y multidimensional. Autores como Kornblit y Mendes (16) han interpretado el concepto de salud explicándolo desde dos grandes áreas: la médica y la social.

Estas concepciones son analizadas desde el enfoque de diversas disciplinas, algunas de las cuales, están determinadas por momentos históricos pasados pero aún coexisten con las actuales. Las médicas, se encuentran muy ligadas a la actividad profesional, engloban la concepción de la salud desde las visiones somato-fisiológica, psíquica o sanitaria, que aportan diferentes matices: la somato-fisiológica, se encuentra muy influida por el tradicional modelo biomédico centrado en el diagnóstico y curación del cuerpo, ya que la salud es considerada como el bienestar del organismo físico y la supresión de la enfermedad. Esta visión ha sido reforzada por los diversos avances acontecidos en Biología, Física y Química. Se encuentra aún presente en la opinión de nuestra sociedad y en la práctica médica y sanitaria siendo fuertemente cuestionada en cuanto a que se centra en las dimensiones más objetivables del ser humano dificultando la atención desde una visión holística e integrada del mismo (17).



Kornblit, A.L y Mendes, A. M., La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales .AIQUE. 2000 .

La concepción psíquica de la salud implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre soma y psique humana, complementando el término, al tener en cuenta otros aspectos no meramente físicos, tales como los cognitivos, relacionales y emocionales. Una de sus características es la dificultad para ser objetivada, puesto que sus síntomas y manifestaciones no son fácilmente medibles, es decir, presentan un gran componente subjetivo no tan visible aparentemente como ocurre con los síntomas y causantes somáticos (16).

En cuanto a la concepción sanitaria de la salud, se centra en la salud colectiva de la población más que en la salud individual y presenta un enfoque preventivo, esta identifica el grado de salud o de enfermedad de una comunidad y tiene en cuenta aspectos tales como el medio ambiente físico y las personas que ocupan dicho entorno, normalmente agrupadas según sus condiciones personales (edad, sexo, residencia, ocupación laboral...)(16). Una vez identificados los problemas de salud, establece programas para actuar sobre ellos y controla los resultados de la acción. Este tipo de concepción está más ligada al Modelo de Atención desarrollado en el nivel de Atención Primaria en nuestro país (16).

Las concepciones sociales, se centran más en la visión político-legal, económica y cultural de la salud y tienen en cuenta el enfoque de disciplinas como el Derecho, la Economía o la Sociología. La concepción político-legal considera la salud como un bien general de interés público, se trata de un reconocido derecho ciudadano regulado a nivel legal (18).

Desde la concepción económica, la salud ha ido evolucionando hasta el concepto actual, en la medida en la que se ha ido asociando esta a una mejor capacidad productiva del ser humano, es decir, al ir entendiendo que tener buena salud aumenta la capacidad de trabajo del individuo. En la sociedad desarrollada, hasta hoy, la salud de la población es considerada un importante

elemento estratégico en los procesos de producción y desarrollo de un país. Actualmente, se habla además de potenciar la economía a través del aumento y optimización del capital humano de los países, tendiendo a programas que promuevan un envejecimiento activo y saludable como parte de los recursos nacionales. Así se contempla en la propuesta del Programa de Salud para el Crecimiento de la Unión Europea, período 2014-2020 el cual presenta las líneas futuras relacionadas con la sostenibilidad económica de las sociedades europeas propuestas por los gobiernos actuales (19). El concepto cultural de la salud, sostiene que cada país y cultura delimita sus actuaciones o respuestas ante el proceso de salud /enfermedad, a su vez, en cada individuo estas respuestas se traducen en la expresión personal de su vivencia e interpretación de la misma (16); como dicen Romer y Miguel, *“la cultura es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad. Como tal, incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestirse, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias”* (20). Vinuesa y García (21) añaden la idea de que el desarrollo socio- cultural a nivel educativo de un país mejora la concepción de la salud del mismo.

Las diversas concepciones de salud conducen al término de *relativismo cultural*, referido a la legítima interpretación de la

salud y la enfermedad según los diferentes prismas culturales según Rubio (22). Así, cada grupo social posee una definición particular de salud que influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo. Cada cultura, comunidad o familia, se vincula de un modo particular con la enfermedad, desde el modo de reconocerla y de nombrarla hasta la forma de afrontarla, lo cual es además extensible a nivel individual. Las distintas dimensiones que presenta el ser humano, las cuales son reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (23) en sus conceptos de salud y enfermedad: por un lado lo biológico y psíquico, incluyendo lógicamente sus dimensiones afectivas y emocionales, y por otro, lo social, con sus componentes relacionales y culturales, son también condicionantes de la percepción sobre la salud y la enfermedad. La dimensión espiritual entendida con un sentido más amplio que el de la expresión religiosa y cultural del ser humano, está siendo cada vez más contemplada en la interpretación y atención del proceso salud/enfermedad de cada persona y cada comunidad. Autores como Bermejo explican que la dimensión espiritual es más vasta que la religiosa, pues la primera abarca la segunda, la dimensión espiritual *“implica el complejo mundo de los valores, la pregunta por el sentido último de las cosas, las opciones fundamentales de la vida (la visión global de la vida)”* (24). Este autor afirma que la inteligencia espiritual es un elemento esencial de la sabiduría

del corazón, es decir, de lo emocional. Por ello el acompañamiento y cuidado de procesos tales como el nacimiento y la muerte implica también cierta competencia espiritual en lo referente a la capacidad de desplegar, entre otras, la tarea de la vinculación afectiva, muy presente en este proceso. Bermejo (24) alude a la importancia de ayudar y favorecer profundamente la comunicación verbal y no verbal, fomentando la intimidad emocional de las relaciones intensas con uno mismo y con los demás, así como el sentido de pertenencia que genera compromiso ético y responsable, también como profesional.

Todo ello contribuye a una visión de la salud cada vez más amplia, completa y universal, y a la vez con más necesidad de ser personalizada, ajustándose a las características de la diversidad poblacional existente. Esta mirada habilita a los profesionales, encargados de atender a la mujer y al hijo o la hija en el proceso vital del embarazo, parto y nacimiento, para ser capaces de reconocer el calado e importancia de este acontecimiento único para el ser humano. Impulsa la creciente conciencia de que la verdadera salud es una experiencia biográfica, más que la alteración en un órgano, provocando el replanteamiento de nuevos modelos y sistemas de Atención Sanitaria que contribuyan a la humanización de este ámbito (24).

1.1 La salud reproductiva.

El enfoque de la salud sexual y reproductiva ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de un concepto tradicional y exclusivamente ligado a la salud materno-infantil a una visión más amplia e íntimamente ligada a la salud sexual. Aunque este estudio se centra principalmente en el aspecto reproductivo, actualmente en todos los foros se habla de ambos como un único concepto para la denominación más completa y adecuada. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas, la salud sexual y reproductiva se define como *“un estado de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”* (25).

En las últimas décadas han sido múltiples las conferencias internacionales que han abordado este tema y se han producido importantes cambios en este campo, la más referenciada es la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas celebrada en El Cairo en 1994 (25) donde se marcaron las bases sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Otro hito importante fue la IV Conferencia

Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas celebrada en Beijing en 1995 (26), en la que se reconoce el derecho de la mujer a controlar y decidir sobre estas cuestiones, ya que, aún hoy, existen diferencias en la interpretación y comprensión de este concepto. Este derecho continúa siendo vulnerado en muchos países, en parte por el predominio de visiones que relegan a la mujer a un segundo plano, hecho aún presente en algunos sectores de nuestra sociedad así como en algunas culturas que provienen de otras regiones. En la Cumbre de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), los líderes mundiales pidieron lograr el acceso universal a la salud reproductiva antes del 2015. La Organización Mundial de la Salud (27) refiere que diariamente, 1600 mujeres y más de 10.000 recién nacidos mueren de complicaciones prevenibles del embarazo y del parto y que el mayor porcentaje de mortalidad materna -un 99%- y de la mortalidad neonatal -90%- se produce en países en desarrollo; también, según la misma fuente, alrededor de 215 millones de mujeres quieren planificar y espaciar los nacimientos, pero no tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos(27). Esta vulneración con respecto a los derechos sexuales y reproductivos se traduce cada año en 80 millones de embarazos no deseados, 22 millones de abortos inseguros y 358.000 muertes por causas relacionadas con la maternidad según se declaró en la 44ª reunión de la Comisión

sobre Población y Desarrollo, en torno al tema Fertilidad, salud reproductiva y desarrollo, publicada en Abril de 2011 (28).

Los derechos sexuales se encuentran, por tanto, en una dinámica de evolución y reconocimiento, como fruto de un proceso que ha ido gestándose a partir de las reivindicaciones de diversos movimientos sociales, el movimiento internacional de mujeres u organizaciones internacionales como Amnistía Internacional, Human Rights Watch o los grupos de LGTB -lesbianas, gays, transexuales y bisexuales-. De la misma manera la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS), han reconocido y formulado declaraciones explícitas sobre estos derechos, así es recogida en la Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva de 2010 en España (29). Los derechos reproductivos engloban no solamente la posibilidad de decidir sobre la reproducción, sino también el compromiso de los gobiernos a garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal. Además engloban la atención y derechos del niño y la niña, según se recoge en la Convención adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989, actualizada en 2006 (30). Los Estados deben tomar las medidas necesarias para asegurar que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición durante el embarazo y la lactancia, fomentando de este modo su

cuidado, ya que se trata de uno de los pilares que favorecen la salud de la población de un país (29).

La relación entre desarrollo y salud reproductiva es explicada en base al fenómeno de la dinámica demográfica mundial por autores como Arango, Vinuesa y García (31), (21) que argumentan que el aumento del nivel de desarrollo de un país provoca el descenso de su mortalidad y progresivamente de su natalidad influido por diversas circunstancias; por un lado, la mejora de las condiciones socio-sanitarias de la zona, que repercute en la nutrición, la higiene y el acceso a los servicios de salud; y por otro, el incremento del nivel educativo en esa región, que capacita y cualifica a dicha población para el cuidado de la salud. En este sentido se han producido cambios importantes en la población femenina respecto a su rol reproductivo en las sociedades más desarrolladas, ya que este ha llevado apareadas dos consecuencias: por un lado, la incorporación de la mujer a la vida laboral reconocida, disminuyendo el tiempo de dedicación al cuidado de los hijos, y por otro, el conocimiento sobre las repercusiones negativas de la multiparidad y crianza de muchos hijos en la salud de la mujer, con lo que se ha tendido a disminuir los niveles de reproductividad(31), (21).

Los esfuerzos realizados a través de organizaciones mundiales tales como el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF) promueven que los derechos de los niños y niñas gocen de mayor protección. Se está produciendo un cambio del sentido económico de los hijos, que pasan de ser considerados como factor de ayuda y sostén económico familiar -como ocurre en sociedades en vías de desarrollo- a entenderse como bienes de lujo, muy costosos y, por tanto, a tener en poca cantidad (21). El nivel de desarrollo de un país, por tanto, está directamente ligado a la mejora de los índices de salud reproductiva. Ello conlleva un efecto regulador que disminuye los índices de natalidad. Así lo confirmaba el secretario general (28) adjunto del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES) en la inauguración de la 44ª reunión de la Comisión sobre Población y Desarrollo, al afirmar que *“Los niveles más bajos de fertilidad están asociados con ingresos familiares más altos, mayor bienestar de mujeres y niños, y menores muertes por maternidad”*. Y el Director Ejecutivo (28) del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) argumentó en este sentido que *“La planificación familiar, como parte de los servicios integrales de salud, salva vidas, reduce el crecimiento demográfico, aumenta las opciones de vida de las mujeres y reduce la pobreza”*.

Por consiguiente, los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva tienen una influencia fundamental en las estrategias

que pretenden disminuir desigualdades de género, sociales, culturales, económicas o geográficas, y que promueven el empoderamiento de las mujeres en su proceso de gestación, parto y puerperio, lo cual, favorece la salud poblacional. No obstante, siguen existiendo factores que condicionan estos derechos, los cuales se hacen aún más patentes y manifiestos a través de las personas provenientes de otros países que presentan barreras culturales y económicas añadidas en su acceso a la salud (32).

1.2 Alteración de la salud en la persona inmigrada.

Duelo migratorio.

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que provoca niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos, lo cual está generando alteraciones de la salud específicas en este colectivo (33). Aunque el hecho de emigrar nunca ha sido fácil, en los últimos años, muchas personas que inician un proyecto migratorio están viviendo unas circunstancias especialmente difíciles que agravan el afrontamiento del proceso de duelo migratorio que habitualmente ocurre de forma paralela.

El término *duelo* deriva del latín y se relaciona con los conceptos *dolus* –dolor- o *duellum* -combate o lucha con algo adverso- (34). Tizón (35) lo define como “*el conjunto de procesos psicológicos*

y psicosociales, sociales, antropológicos y económicos que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo -deudo- estaba psicosocialmente vinculado”. Autores como Bowlby (36) dan gran importancia al vínculo y en su *Teoría del Apego*, relacionan el afrontamiento del duelo con un proceso de reorganización de la persona tras la pérdida de algo o alguien con lo que existía un nexo significativo para el sujeto. La pérdida puede venir dada por diversos motivos, ya sean impuestos o, a veces, elegidos, Tizón (35) distingue cuatro tipos principales de pérdida: pérdidas relacionales, intrapersonales, materiales y evolutivas. Las primeras se refieren al ámbito de las relaciones sociales humanas, es decir, al duelo que se produce cuando desaparece de forma parcial o total el contacto con la familia, amigos o redes sociales habituales, o existen cambios del estatus social; las intrapersonales conciernen al mundo interno de la persona, es decir, a su escala de valores, ideas y sentimientos; las materiales, tienen que ver, principalmente, con la pérdida de estabilidad a través de los bienes o del estatus socio-económico; y finalmente las evolutivas se refieren a los cambios que se suceden en las distintas transiciones de una etapa vital a otra, incluido el momento de la muerte (35).

El duelo generado por estas situaciones no se considera un estado sino un proceso que evoluciona en el tiempo y el espacio

atravesando diversas fases o etapas. Existen diversas denominaciones para dichas etapas, no obstante la mayoría de autores confluyen en el contenido de las mismas, según Tizón las principales son: impacto, crisis o shock; aflicción o caos y turbulencia afectiva; pena y desesperanza; reorganización y/o desapego (35). Estas no son superadas de manera lineal sino que la persona puede fluctuar en la percepción de las mismas según el afrontamiento de dicho proceso. Otras autoras como Scarso (37) las resumen en tres: primera fase de negación o evitación; segunda fase de enojo o agresión; tercera fase de aceptación y superación del duelo. Y otros como Brink y Saunders (38) describieron estas etapas, concretamente para el duelo migratorio, denominándolas de la siguiente manera: Luna de miel, etapa depresiva, etapa de adaptación y etapa del rechazo de la cultura original. La primera etapa se caracteriza por una fase en la que la persona presenta unas expectativas muy altas sobre el cambio y traslado al otro país. Tiene grandes ilusiones y está convencida de que esta vida nueva le reportará grandes beneficios y mejorará su vida actual. La etapa depresiva viene determinada por la toma de conciencia de la pérdida, de lo que ha dejado en su lugar de origen, en relación a su identidad, cultura, lengua, familia...si esta fase se prolonga en exceso el duelo puede llegar a ser patológico(37). La etapa de adaptación ocurre cuando la mujer, en este caso, consigue ir concretando y progresando en la realización

de su proyecto migratorio (39). Este período se caracteriza por la asimilación e incorporación de las diversas novedades provenientes de la cultura de acogida al estilo de vida cotidiano de la persona. En este aspecto hay factores influyentes tales como la capacidad de adquirir trabajo, vivienda, redes de acogida...(37).

La etapa de rechazo de la cultura original, se alcanza cuando la persona en su proceso de adaptación adopta como estrategia la de ignorar sus claves culturales de origen. Lo cual no ocurre en todos los casos, algunos autores consideran que cuando se adopta esta estrategia se produce un proceso de empobrecimiento personal puesto que el individuo pierde parte de su identidad (38).

El duelo migratorio se caracteriza por ser parcial, múltiple y recurrente (40). Es parcial ya que el objeto de la pérdida no desaparece por completo, sino que se mantiene físicamente - puesto que el lugar de origen y allegados siguen existiendo- esto dificulta la elaboración del duelo debido a que, el primer paso o tarea, para afrontarlo es, precisamente, el de aceptar la ausencia física del ser u objeto querido, lo cual se hace muy difícil cuando existe la posibilidad real de volver (41). Es recurrente porque puede reactivarse con mucha facilidad, el simple contacto con otras personas compatriotas, la comunicación intermitente con la familia, las noticias sobre el país de origen reavivan la sensación

de anhelo. Y es múltiple porque implica diversas pérdidas, la familia y amigos, en muchos casos, el idioma, la cultura, la tierra, la identidad...(40).

González (40) expresa que la mujer inmigrante vive ambiguamente entre la adhesión y la resistencia hacia el país de acogida, con sentimientos de idealización y rabia por haber tenido que abandonarlo. El duelo migratorio es además un duelo transgeneracional, en el que los descendientes inmigrantes no se sienten completamente vinculados a un país y cultura determinada. La inclusión no es completa en el país de acogida, sin embargo, tampoco lo es en el país de origen y los que se quedan en este también lo sufren (40).

La mujer emigrada en su contacto con una sociedad de acogida diferente a la de origen siempre se ve sometida a un proceso de aculturación en el que se generan una serie de cambios en ambas direcciones, los cuales promueven la integración en mayor o menor medida(42). Se pueden emplear diversas estrategias para ello: la de integración es la estrategia que genera menos estrés en la persona y en el entorno de acogida y se produce cuando la persona es capaz de mantener la cultura de origen al tiempo que adopta la cultura dominante(43); la asimilación también ayuda a estabilizar el estrés ya que disminuye los conflictos externos con la cultura de acogida, consiste en la adopción de la cultura de

acogida en detrimento de la de origen(43); la separación ocurre cuando se conserva la cultura de origen y se rechaza la cultura de la sociedad de acogida, aunque aparentemente se produce desafección no está exenta de provocar estrés debido a la intolerancia a las diferencias culturales (43); la marginación es otra de las estrategias y se produce cuando la persona inmigrada abandona toda su identidad cultural, suele ser generadora de gran estrés debido a la desadaptación al medio y de la pérdida de identidad o arraigo (43).

En el caso de la mujer se encuentra, además, en múltiples ocasiones, con grandes dificultades en la sociedad de acogida, dando lugar al denominado fenómeno de doble exclusión referido al hecho de ser inmigrante y mujer, en el que confluyen las barreras que ambos roles implican, es decir, por un lado las diferencias culturales y desconocimiento del entorno y por otro, la dificultad para la integración social y laboral, especialmente de aquellas provenientes de culturas con fuerte dependencia masculina y baja formación socio-educativa o nula alfabetización por el hecho de ser mujer (44).

La adaptación de la mujer depende de múltiples factores, entre los que destacan: los motivos que le llevaron a emigrar, la proximidad cultural, la existencia de redes familiares, comunitarias y/o sociales afines, así como las características más

personales, relacionadas con la edad, el capital de salud y la formación, los cuales disminuyen o aumentan la tensión y ansiedad social que sufre la persona inmigrante en su proceso de integración. A esta ansiedad se une la denominada fatiga cultural provocada por la sobrecarga cognitiva que se debe al continuo esfuerzo de operar de forma consciente y voluntaria para adaptarse a la nueva realidad (46).

Cada paradigma y sociedad tiene unos códigos culturales no explícitos sobre el modo correcto de actuar en cada momento, y su interpretación es, por tanto, parte de la cultura compartida inconscientemente. Las personas provenientes de otros lugares con claves diferentes tienen que ir comprendiendo a través de intentos ensayo-error, lo que conlleva el riesgo de malentendidos y estrés. El estrés aculturativo que sufre la persona que emigra tiene entre sus síntomas más comunes la expresión de nostalgia por cuestiones como la familia y los amigos, por la lengua natal, y la sensación de imposición de tener que aprender un nuevo idioma.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL DUELO MIGRATORIO

1. Es un duelo parcial: no hay una desaparición, sino una separación
2. Es un duelo recurrente: va y viene durante la vida del sujeto
3. Es un duelo vinculado a aspectos infantiles muy arraigados
4. Es un duelo múltiple: los 7 duelos de la migración
5. Da lugar a un cambio en la identidad
6. Da lugar a una regresión
7. Tiene lugar en una serie de fases
8. Supone la puesta en marcha de mecanismos de defensa y de errores cognitivos en el procesamiento de la información
9. Se acompaña de sentimientos de ambivalencia
10. El duelo migratorio también lo viven los autóctonos y los que se quedan en el país de origen
11. El regreso del inmigrante es una nueva migración

Características específicas del duelo migratorio. Achotegui, J.; *Estrés y duelo migratorio*. 2009 (45).

También se siente añoranza por elementos culturales tales como la alimentación, el uso del tiempo, el ocio, la religión, la escala de valores y normas morales sociales; por la tierra, en referencia al tipo de paisaje, geografía, entorno rural o urbano; o bien, por el cambio de estatus social; por la pérdida de contacto con el grupo étnico o nacional, ligado al sentimiento de identidad, de pertenencia, frente a lo extranjero y al sentimiento de diferencia; los factores relacionados con el riesgo migratorio y el asentamiento; el choque cultural que supone la adopción de nuevos roles en ocasiones incoherentes con normas y costumbres

anteriores de la persona emigrada, así como el sentimiento de discriminación percibido a causa del sexo, raza, religión o etnia (47). Achotegui (48) habla, en este sentido, de *estresores o duelos*, este autor refiere que la mujer experimenta un estrés prolongado e intenso, entendido como un desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta de la persona.

Así, el *duelo migratorio* también es hoy conocido como *Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple*, o *Síndrome de Ulises* en alusión al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos (33). Es un cuadro clínico que constituye hoy un problema de salud emergente en los países de acogida de los inmigrantes, y que surge, en el contexto de una globalización injustamente planteada en la que las condiciones de vida de los que llegan han empeorado notablemente (33).

Los principales estresores relacionados con este síndrome según Achotegui (48), son:

Soledad, referida a la pérdida de la familia y los seres queridos. En el caso de la mujer implica en múltiples ocasiones dejar en su lugar de origen a hijos e hijas, a cargo de sus progenitores o redes cercanas, de las que antes eran cuidadoras fundamentales. Esto aumenta especialmente la sensación de soledad, que se extiende al otro lado, ya que los hijos e hijas de estas mujeres se ven

obligados a vivir, de alguna manera, un estado de orfandad, el cual genera en ocasiones una huella imborrable, según la edad y madurez que presenten. La propia Teoría del Apego apoya la importancia de la crianza para la estabilidad emocional y psicológica del ser humano que se ve interrumpida o profundamente alterada con este tipo de situaciones (36).

Duelo por el fracaso del proyecto migratorio, en relación a los sentimientos de desesperanza y frustración que provoca en la persona inmigrada el no poder conseguir su objetivo de mejorar su calidad de vida y la de su familia. El proyecto migratorio, tiene que ver con la disposición de ánimo que cubre todo el periplo migratorio, en el que se pueden mezclar idealizaciones, informaciones veraces sobre la llegada y adaptación al lugar de destino con la realidad de no conseguir disponer de una mínima oportunidad para ello (39). Esta realidad puede venir dada por dificultades para el acceso a los papeles, al mercado de trabajo, o a padecer condiciones de explotación y/o exclusión. Para estas personas, que han realizado un tremendo esfuerzo a nivel económico y emocional, que han corrido riesgos físicos..., es tremendamente penoso ver que no consiguen salir adelante, y la frustración que provoca tener que regresar sin ningún logro resulta aún más estresante (33).

Lucha por la supervivencia, en dos áreas: alimentación y

vivienda. Este colectivo suele alimentarse mal debido a factores provocados por la diferencia gastronómica entre la cultura de origen y la de destino, que disminuye la capacidad de acceder a los productos con los que están familiarizados y son de su agrado; o también su escasa economía, ya que los ingresos conseguidos suelen ser enviados en su mayor parte a sus familias de origen, sobre todo en el caso de las mujeres. El resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad con muchas grasas saturadas, bajo índice de proteínas y poco nutritivos (48).

En cuanto a la vivienda, es frecuente encontrar a personas que conviven hacinadas, sin posibilidades de un descanso adecuado y sin derecho a la intimidad. Ambas circunstancias dificultan y pueden alterar un correcto proceso de embarazo, parto y puerperio, en el que la alimentación y el descanso son fundamentales para su correcta evolución.

Miedo, principalmente ligado a los peligros físicos experimentados durante viajes clandestinos en unas condiciones de escasa seguridad. También hay que contar con la constante incertidumbre sobre la posibilidad de ser perseguida, la detención y expulsión, que actúan como generadores de gran estrés. Se sabe que el estrés crónico da lugar a una potenciación del condicionamiento del miedo, tanto sensorial como contextual, respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras

(48). El miedo es patente en los niños inmigrantes, los cuales se muestran asustados cuando sus padres -indocumentados- se retrasan apenas un rato en llegar a casa. En seguida se sienten angustiados por pensar que quizás los han deportado y que se quedarán solos aquí, lo cual puede ser una realidad perfectamente posible, no una fantasía infantil.

A estos estresores o duelos hay que unir, en el caso de la mujer gestante y puérpera, otros factores, específicos de este momento vital, que aumentan su vulnerabilidad ante un hecho que puede ser traumático como el parto y crianza en un lugar extraño. Los factores personales son determinantes en cada caso, entre ellos influyen cuestiones de tipo biográfico tales como la historia de victimización en la infancia (abusos sexuales, malos tratos...) o antecedentes de otros embarazos o partos traumáticos en el pasado; de tipo psicológico, la presencia de escasos recursos de afrontamiento, mala adaptación a los cambios, inestabilidad emocional previa, conductas neuróticas, baja resistencia al estrés o bien, antecedentes de carácter psicopatológico tales como la existencia de trastornos psiquiátricos anteriores, de ansiedad, adicciones u otros; de tipo social, aparecen factores como la falta de apoyo familiar, social, institucional, o bien la presión emocional sufrida cuando existen otros hijos/as que han quedado en el lugar de origen a cargo de otros familiares o amigos (49).

Las emociones más comunes son las de ansiedad, tristeza, hostilidad, miedo, culpa, negación y retraimiento (49).

Collazo y otros (47), no obstante, defienden que la inmigración, en sí, no es un factor de estrés ni de riesgo. Lo que provoca tal estrés no es el contacto intercultural sino la dificultad de la persona para afrontar los múltiples factores estresantes cotidianamente.

FACTORES POTENCIADORES DE ESTRÉS (S. ULISES)

- A. Multiplicidad: los estresores no se suman, sino que se potencian entre ellos.
- B. Cronicidad: a mayor tiempo de exposición más riesgo de afectación. Efecto acumulativo. Estas personas no tienen un mal día, sino una mala vida.
- C. Ausencia de control sobre los estresores: indefensión aprendida (Seligman1975), ausencia de *self-efficacy* (Bandura, 1983)
- D. Gran intensidad y relevancia: afectan a todas las esferas vitales básicas.
- E. Ausencia de redes de apoyo social. Fuerte déficit de capital social (Coleman, 1984).
- F. A estos estresores se les añaden los duelos clásicos de la migración: lengua, cultura, paisaje, xenofobia...el estrés aculturativo vivido de modo extremo
- G. Además el inmigrante padece toda una serie de síntomas que le dificultan seguir luchando. La salud es su capital y lo va perdiendo.
- H. El sistema sanitario no diagnostica ni trata adecuadamente este cuadro:
 - Por banalización o desinterés (por no conocer el tema, por falta de sensibilidad, por racismo).
 - Porque son diagnosticados erróneamente y tratados como depresivos, psicóticos o como enfermos somáticos, actuando así el sistema sanitario como un nuevo estresor.

Factores que potencian la intensidad de los estresores del Síndrome de Ulises. Achotegui, J.; *El Síndrome de Ulises*. 2009. (48)

Los síntomas presentes en este síndrome se manifiestan en diferentes áreas (48):

Desde el área de la psicopatología con síntomas más frecuentes son la tristeza, la culpa, el llanto y las ideas de muerte, debidas principalmente a la sensación de soledad y fracaso. Las relacionadas con la ansiedad suelen reflejarse con síntomas como la tensión, la irritabilidad, preocupaciones intensas y recurrentes, así como la alteración del sueño e insomnio

A nivel somático, aparecen la fatiga y las cefaleas, las cuáles pueden estar ligadas no sólo a la tensión emocional, sino a la mala alimentación que presenta gran parte de este colectivo. La fatiga, la inestabilidad domiciliaria e itinerancia, así como el choque de ritmos biológicos y sociales entre la cultura de origen y la de acogida, provocan disfunciones relacionadas con estados de confusión, en los que predominan una sensación de fallos de la memoria, de la atención, sensación de estar perdido, incluso perderse físicamente, o hallarse desorientados a nivel temporal.

Toda esta sintomatología, presente en el Síndrome de Ulises, por su especificidad y complejidad, se sitúa en una nueva área de la salud mental relacionada con la perspectiva de los trastornos adaptativos por estrés (48).

En el caso de la mujer en proceso de embarazo, parto o puerperio, esta sintomatología puede verse especialmente agudizada, ya que

ese momento vital se caracteriza psicológica y antropológicamente por la necesidad del afecto y apoyo de las redes cercanas familiares o de personas allegadas, sobre todo en aquellas culturas en las que este tiene un sentido comunitario (50,51).

Aparecen sensaciones de soledad, abandono, desarraigo, desorientación y miedo ante la falta de redes de soporte, las cuáles se ven acompañadas, con frecuencia, por sentimientos de frustración ante la imposibilidad de acceder al mercado laboral cuando se encuentra en proceso reproductivo (48). Siendo precisamente la búsqueda de recursos económicos a través de la actividad laboral uno de los objetivos fundamentales que dan sentido al proyecto migratorio (39).

La atención a problemas como el duelo migratorio desde el campo profesional implica a diferentes ámbitos y recursos. La aparición, a nivel social, de entidades que pretenden aliviar y orientar en la elaboración del duelo migratorio es una realidad que va en aumento, tal es el caso del Centro de Humanización para la salud en su proyecto Centro de Escucha San Camilo, actualmente extendido por diversas comunidades autónomas; muchos de estos centros funcionan en colaboración con las instituciones sanitarias públicas, o bien están promovidos por asociaciones de personas que han pasado por esta situación y

cuentan con la ayuda de profesionales de salud mental (52). El reconocimiento del duelo migratorio y concretamente de su manifestación como Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises ha captado además el interés y el apoyo del Parlamento Europeo, que incluso ha favorecido la difusión de los criterios para su diagnóstico y estudio (53). Se trata, pues, de uno de los nuevos retos a tener en cuenta desde el ámbito sanitario.

1.3 La intervención sanitaria ante una población multicultural.

La confluencia de diversos hechos políticos, económicos y sociales derivados de la II Guerra Mundial, entre los que se produjo una importante emigración, en los años 50, hacia los Estados Unidos, de personas que buscaban mejorar su situación socioeconómica, hizo que los y las profesionales de la salud debieran atender y cuidar a un colectivo cada vez más heterogéneo de pacientes, surgiendo nuevas necesidades en la atención sanitaria (54). Esta situación no ha cambiado sino que se ha ido extendiendo a otras sociedades desarrolladas, como la nuestra que, actualmente, aparecen como auténticos mosaicos multiculturales (54). A nivel Europeo los flujos de inmigrantes más notorios comenzaron desde mediados de los años 80 y alcanzaron su punto más álgido en los años 1992/93(55). La

política europea de inmigración ha tendido posteriormente a limitar los flujos de entrada de nuevos inmigrantes, no obstante los procesos han sido diversos en los distintos países, Alemania ha sido con diferencia la principal receptora entre un 50% y un 80% de las entradas, mientras que los países centrales han visto aumentar los flujos de inmigrantes como consecuencia del conflicto de los Balcanes, y la caída del Muro de Berlín, los países del Sur han presentado un predominio de inmigrantes procedentes del Norte de África.(55). Concretamente en España el período de expansión se produjo entre los años 2000 y 2007 en el que los flujos migratorios hacia nuestro país fueron muy elevados, aumentando la proporción de ciudadanos extranjeros hasta aproximadamente un 12 %, lo cual se reflejó en importantes cambios en la composición de la fuerza laboral por edad y nivel educativo, ya que entre las características predominantes de las personas inmigrantes destacaban la edad joven y el alto nivel de formación (56), (57). En 2008 con el inicio de la situación de crisis, y su fuerte impacto sobre el mercado de trabajo y la pérdida de empleo se produjo un cambio drástico en los flujos migratorios, que se concretaron sobre todo en un aumento notable de las salidas de extranjeros residentes en España, registrándose saldos migratorios negativos que comenzaron en 2010 y que continúan hasta la actualidad (58), (56). No obstante, el peso de la población extranjera apenas ha cambiado desde el inicio de la

crisis económica, lo cual demuestra la consolidación del período de asentamiento de gran parte de la población extranjera llegada con anterioridad y que forman parte de la sociedad (57). En España, actualmente se calcula que del total de habitantes un 10,1% son de otras nacionalidades, según el INE a 1 de enero de 2015 (2). En este sentido, del análisis de los datos ofrecidos por el Observatorio Permanente de Inmigración del Ministerio de Trabajo e Inmigración (59) se desprende la conclusión de que el peso de la población extranjera no había dejado de crecer, a fecha de 31 de Marzo de 2013, se calculaba que existían en España con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor unos 5.467.955 residentes extranjeros, con un incremento del 1,04% respecto del trimestre anterior, y una variación con respecto a 31 de marzo de 2012 del 3,27% (59). No obstante un año más tarde, es decir, en Junio de 2014 los extranjeros que existían en España con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor descendieron un 1,44% según este organismo y rompiendo con la dinámica de crecimiento existente en la última década (60). Entre los motivos que han obligado a salir de sus países a tantas personas, y les han hecho llegar a España destacan las razones económicas, el reagrupamiento familiar -vinculado al anterior- y los conflictos socio-políticos en el lugar de origen (59). La sociedad española actual presenta, por tanto, una población diversa en la que conviven distintas culturas entre las que

destacan según su número de personas residentes, las que proceden de: Rumanía, Marruecos, Reino Unido, Ecuador y Colombia, seguidas de China y en último lugar Ucrania, según los datos publicados por el INE en su nota de prensa referente a los datos de 2013 (61).

El sector sanitario internacional y, específicamente, el de nuestro país se encuentran en una nueva etapa marcada por las necesidades emergentes en problemas de salud para atender a una población multicultural. Esta realidad requiere un planteamiento distinto en la atención, así como un mayor apoyo social y sanitario por parte de nuestras instituciones para atenderla. Castro (62) refiere, en este sentido, que no habría integración sin adaptación mutua, los recursos disponibles deben adaptarse a una población cada vez más heterogénea a nivel cultural. Esto modifica sustancialmente el perfil de la persona usuaria del sistema sanitario lo cual implica cambios a nivel político y administrativo, en cuanto a la gestión y dotación de recursos se refiere, pero también, en cuanto a la necesidad de fomentar un sistema de atención en salud que se ajuste al tipo de sociedad que se está configurando (62), (45).

1.3.1 Sistemas culturales de atención a la salud.

A lo largo de la historia todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las

enfermedades, el dolor y la muerte como fenómenos sociales y biológicos universales (63). Las respuestas adoptadas ante estas cuestiones vienen determinadas por la cultura existente en cada sociedad (64). Según Aneas la cultura *“es un conjunto de saberes, prácticas, valores, creencias y creaciones que comparte un grupo social que le permite adaptarse dinámicamente a su entorno”* (65). Sobre ese contexto sociocultural, cada sociedad crea su Sistema de Salud (65). Los Sistemas de Salud desde la visión de la Antropología Sociocultural y según Alarcón se conciben como: *“un conjunto organizado y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva”* (63). Un Sistema de Salud proporciona información sobre cómo vive y concibe la salud, la enfermedad y la discapacidad esa sociedad; aporta información sobre las causas, el tratamiento y el modo de cuidarlas; además, comprende los comportamientos adecuados por parte de las personas afectadas, de sus familias y acompañantes, así como las competencias y el estatus social de los profesionales (66), (65). Cada grupo cultural asume su propio Sistema de Salud cuyos valores, creencias, prácticas e implicaciones personales y sociales son consideradas como las más correctas (65). Por ello, los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de distintos, y, a veces, antagónicos sistemas de creencias en salud están sujetos a

importantes fricciones. No obstante, estas fricciones no surgen sólo de las diferencias en las concepciones que los fundamentan, sino también en opinión de Menéndez (67) de la imposición social de un Sistema de Salud sobre otro, como ocurre con el Sistema Biomédico o Medicina Científica occidental respecto al Sistema de Medicina Tradicional, principales representantes mundiales de los Sistemas de Salud.

El Sistema Biomédico o Medicina Científica

Este surge como parte del desarrollo y está directamente vinculado a procesos económicos como el Capitalismo y la Revolución Industrial, políticos como la Revolución Francesa, y sociales y culturales como el desarrollo de la Modernidad (67). Sus pilares filosóficos son el Positivismo, corriente que motiva a aceptar sólo lo que se puede medir, cuantificar y percibir con los cinco sentidos, y el Mecanicismo, que supone que todo en el universo puede mirarse desde una sola racionalidad. Esta forma de pensar que da un gran valor a lo racional fue desestimando todo aquello que era inexplicable lógicamente, como lo subjetivo, la magia y la intuición (68). En términos más cercanos a la labor sanitaria, se identifica este sistema con un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la denominada Medicina Científica, la cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar en un segundo plano al conjunto de prácticas,

saberes e ideologías que dominaban en los diferentes ámbitos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (67).

Las principales características del Sistema Biomédico o Medicina Científica son: biologismo, ahistoricidad y asocialidad, es decir, las personas con necesidad de salud son atendidas principalmente desde su dimensión fisiológica; los aspectos sociales, históricos y espirituales no suelen ser considerados con especial relevancia para la atención de la salud (68). La concepción de la enfermedad es entendida como ruptura, desviación y diferencia, mientras que la salud se concibe como normalidad estadística (67). La práctica curativa está centrada en la eliminación de síntomas. En cuanto a la relación profesional de la salud-usuaria/o es asimétrica, se favorece la subordinación social y técnica del o la “paciente”, la cual es entendida como tal y no como sujeto activo de su proceso (67). La salud-enfermedad es entendida como mercancía por lo que se induce el consumismo sanitario y se tiende a la medicalización de los problemas de salud; cabe destacar, además, que se trata de un sistema ideológicamente identificado con la racionalidad científica por lo que promueve la exclusión de otros sistemas menos empíricos (67), (68). Estas características contribuyen a una concepción mecanicista del ser humano que se

ve reducido a diversas partes destacando entre ellas lo orgánico y psíquico, frente a una concepción holística e integral de la persona que incluye otras dimensiones como la social, emocional y espiritual. Se critica que la Medicina Científica se ha caracterizado por ser una disciplina con tendencia al corporativismo y a la fagocitación, en el sentido de que ha hecho propios los saberes de otros grupos sociales (69). En el campo de la Salud Reproductiva se critica la excesiva identificación con lo patológico del proceso natural del embarazo, parto y puerperio, atendido tradicionalmente por mujeres, comadronas o parteras, lo que ha desembocado en una abusiva tecnificación y profesionalización de este proceso (69). Por otro lado, se admite que en casos de riesgo la Medicina Científica ha permitido grandes avances tecnológicos y científicos vinculados a la mejora de la Salud general y de la Salud Reproductiva en particular (70).

En las sociedades occidentales, y cada vez con mayor expansión, la organización institucional de atención a la salud se agrupa en tres grandes modelos fundamentados por la Medicina Científica: el Modelo Liberal, el Modelo Bismark o de Seguridad Social y el Modelo del Servicio Nacional de Salud o Modelo Beveridge.

El Modelo Liberal se enmarca en la regulación del Sistema de Salud según la Ley de la oferta y la demanda. Su característica principal consiste en que el Estado no interviene, es decir no

existe ni financiación ni regulación por parte de este (71). El acceso se realiza a través del pago directo de los servicios sanitarios prestados o a través de pólizas de seguro con diversas coberturas en función del precio. La atención sanitaria realizada se centra en el carácter asistencial-reparador, con restringidas actuaciones preventivas de la enfermedad y no contempla estrategias relacionadas con la promoción de la salud (71), (72). Este requiere de un sistema de atención sanitario paralelo que cubra las necesidades de la población desfavorecida económicamente y sin posibilidad de acceso. Estados Unidos es el mayor representante de este tipo de Sistema Sanitario (72). Según Navarro Estados Unidos es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor porcentaje de población insatisfecha por la financiación y la gestión de la sanidad, un 32% de la población desea la renovación total del sistema (73). Se trata de un modelo muy burocratizado y carísimo que genera un enorme gasto privado y público, representando un 17% del PIB, siendo el más alto del mundo. A pesar de ello, cerca de 45.000 personas mueren al año por falta de cobertura sanitaria, muchas de ellas retrasan la visita al médico hasta el momento en el que se encuentran muy enfermos o simplemente no son atendidos por ninguna entidad (73). Presenta centros sanitarios de gran excelencia, no obstante los indicadores de salud son preocupantes en cuanto a mortalidad infantil se

refiere, por ejemplo, es de las más altas dentro de los países pertenecientes a la OCDE, al igual ocurre respecto a la incidencia de enfermedades prevenibles. Para aquellas personas que sufren una enfermedad crónica resulta muy complicado obtener cobertura sanitaria (73). Por otro lado y hasta la reforma sanitaria de la Administración realizada por Obama (Obama Care) el despido laboral de una persona estadounidense suponía además de la merma salarial la pérdida de cobertura sanitaria de la compañía de seguros sanitarios, lo cual se ha modificado, sin embargo esta reforma no regula el precio de la póliza, por lo que esta puede alcanzar precios inabarcables para el desempleado (73). La dificultad para garantizar la equidad, el elevado coste y la fragmentación de los servicios que impide un enfoque integral de atención a la salud son las principales críticas realizadas a este sistema (71).

El Modelo de Seguridad Social se inició en Alemania en 1883 de la mano del canciller alemán Bismarck estadista, político y burócrata alemán, considerado como el fundador del moderno Estado alemán. Este modelo fue popularmente reconocido y se fue extendiendo posteriormente a gran parte de Europa (74). Bismarck, alarmado por el crecimiento del partido socialdemócrata, convenció al parlamento conservador alemán de la necesidad de aprobar una serie de medidas sociales, entre las

que se encontraba la protección parcial de los trabajadores no agrícolas en caso de enfermedad, invalidez y vejez. En vez de asegurar estas prestaciones directamente prefirió que fuesen entidades privadas sin ánimo de lucro quienes recaudasen las contribuciones de empleados y trabajadores y quienes, bajo la tutela del Estado, administrasen los fondos obtenidos inicialmente (74). Este modelo se caracteriza por la existencia de un seguro obligatorio de atención sanitaria financiado por el Estado, los empresarios y las personas trabajadoras, por tanto, se encuentra vinculado a la actividad laboral. Su regulación es estatal y la cobertura es variable. En sus inicios sólo cubría a la persona trabajadora por cuenta ajena, progresivamente se fue haciendo extensiva a los familiares a su cargo, al ámbito laboral de carácter autónomo y a las personas en situación de paro laboral con subsidio de desempleo. Dispone de un sistema de asistencia pública para las personas con renta deficiente (72). Los países prototipo de esta modalidad con diversas variaciones son Francia, Alemania, Holanda, Bélgica y Luxemburgo. Este sistema garantiza un nivel de cobertura en la atención sanitaria muy superior al Sistema Liberal, pero mantiene un tratamiento desigual en cuanto al acceso a los servicios y un sistema poco equitativo en la financiación del sistema, ya que se centra fundamentalmente en cuotas de las personas trabajadoras y del ámbito empresarial, en lugar de utilizar la financiación estatal a

través de los impuestos (72).

Finalmente, el Modelo Beveridge o de Servicio Nacional de Salud, se implantó por primera vez en 1948 en el Reino Unido a propuesta del ministro de sanidad que dio lugar a su nombre. Su característica principal consiste en que la planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y a través de los diferentes procesos de descentralización acaecidos en todos los países también en mano de las comunidades autónomas, municipios y corporaciones locales (74). Este modelo se basa en el reconocimiento de la salud como derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas, por tanto su financiación se lleva a cabo a través de los presupuestos generales del Estado. Los principios básicos donde se sustenta este modelo son la universalidad, la equidad y la integralidad (72). Este sistema atiende a toda la población y facilita el acceso a los servicios de una manera equitativa, garantizándose la igualdad de oportunidad para todas las personas de beneficiarse de los servicios sanitarios independientemente de su condición económica, social o cultural (71). Se trata de un sistema integral que en coherencia con ello proporciona servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación desde un enfoque individual y comunitario. El sector privado de atención en salud se encuentra poco desarrollado puesto que se utiliza de forma complementaria al

sistema público sanitario (72). En la actualidad además del Reino Unido, los países Europeos que disponen de un Servicio Nacional de Salud son Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Portugal, Italia, Grecia y España (74).

El Sistema de Medicina Tradicional o Natural

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) este se define como “ la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales” (75). Es un término amplio referido a los sistemas de atención utilizados por la Medicina Tradicional China, el Ayurveda hindú, la Medicina Unani árabe y las diversas formas de Medicina indígena (76). Entre las técnicas utilizadas se encuentra el uso de hierbas o materiales provenientes de la naturaleza, preparaciones y productos herbarios acabados cuyos ingredientes activos son partes de plantas u otras materias vegetales. También es frecuente el uso de friegas, masajes o presión. La acupuntura es otra de las técnicas que ha sido extendida a diferentes zonas del globo, incluso en los países occidentales entre los que prima una medicina científica y facultativa (76).

Los términos Medicina Alternativa o Medicina Complementaria

se utilizan indistintamente para referirse a la Medicina Tradicional y con ellos se alude al conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional o no están totalmente integradas en el Sistema de Salud predominante (75)). La Medicina Tradicional y Complementaria fusiona ambos términos e incluye en su concepto tanto prácticas, como productos y profesionales (75).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Estrategia de Medicina Tradicional 2014-2023 reconoce su extendido uso, así como, la existencia del creciente interés suscitado por la misma a nivel internacional (75). En referencia a los países desarrollados más de 100 millones de europeos utilizan actualmente la Medicina Tradicional y Complementaria; una quinta parte recurre a ella regularmente, y en proporciones similares se prefiere una atención sanitaria que incluya este tipo de medicina (75). En África, Asia, Australia y América del Norte el número de personas usuarias es mayor aún (75). Los principales motivos responden a que se trata de una forma de atención a la salud cercana, accesible y asequible; representa la principal y, a veces, la única fuente de atención para millones de personas empobrecidas y alejadas de los encarecidos recursos sanitarios; culturalmente es aceptada y destaca como un medio para afrontar el incesante aumento de las enfermedades no transmisibles

crónicas (75). Por todo ello, la OMS y sus Estados Miembros colaboran para promover el uso de la Medicina Tradicional o Natural, apoyan su integración en los Sistemas de Salud de los países en combinación con políticas y reglamentos nacionales sobre los productos, las prácticas y los practicantes, para garantizar su seguridad y calidad; se pretende además, que a través del seguimiento científico, las prácticas y el uso de productos sean seguras, eficaces y de calidad (75). La OMS busca, además, encuadrar la Medicina Tradicional o Natural en el marco de la Atención Primaria de Salud a fin de incrementar el acceso a la asistencia sanitaria y preservar los conocimientos y recursos adquiridos, así como velar por la seguridad de la persona enferma mejorando el nivel de conocimientos y competencia técnica de los practicantes de este tipo de medicina (75).

Las principales corrientes existentes en Medicina Tradicional o Natural se clasifican de la siguiente manera según Eade y Williams (77):

Medicina Natural Formal, constituida por disciplinas médicas hindúes o chinas como ayurveda, siddha, unani, homeopatía y acupuntura, que en general cuentan con material y tradición escrita, y una formación sistemática para el ejercicio de los profesionales que la llevan a cabo.

Medicina y curación popular, que cubre una enorme variedad de

remedios y tratamientos que pasan de generación en generación de un distrito, pueblo o familia. Sus prácticas generalmente no están escritas, ya que son parte de la tradición oral, tanto en áreas rurales como urbanas. Esta medicina se presenta como una forma de tratamiento sobre la que las personas tienen control; ellas mismas pueden hacer los remedios, frecuentemente en su propia casa, prescribirlos y automedicarse. La figura clave de este tipo de medicina es el curandero, que a su vez puede especializarse en un campo específico como los herbolarios, adivinos, curanderos espirituales, parteras tradicionales, chamanes, ensalmadores o algebristas (reparadores de huesos).

Medicina del mercado ecléctico, se trata de comerciantes que venden desde antibióticos y botellas de tónico hasta hierbas medicinales y amuletos. Estos productos pueden ser útiles, inofensivos, o peligrosos, particularmente cuando venden medicamentos modernos caducados, inapropiados, en dosis inadecuadas.

Medicina alternativa o complementaria, propiamente dicha, con tratamientos y métodos más conocidos internacionalmente como la homeopatía, la acupuntura, las hierbas medicinales, el shiatsu, y cualquier otro tipo de práctica médica que se convierte en internacionalmente profesionalizada.

A la Medicina Tradicional o Natural también se le ha llamado

Etnomedicina término que refleja la asociación con las diferentes culturas y su concepción de salud (78). Las personas inmigrantes pueden simpatizar con la teoría humoral de la medicina y de las enfermedades que es probablemente el esquema más universal que prevalece en la gran diversidad de prácticas sanitarias de las culturas procedentes de África, India, el sudeste asiático, China, Japón, México y América Central y del Sur (78). El término Etnomedicina ha sido utilizado por los antropólogos para abarcar todas las prácticas médicas y las creencias sobre la salud de indígenas, campesinos y sociedades urbanas que practican la Medicina Tradicional o Natural (78).

Diferencias entre Medicina Científica y Medicina Tradicional en el ámbito de la Salud Reproductiva

Son múltiples, por tanto, las diferencias tanto en la filosofía como en la forma de atender la salud entre la práctica de la Medicina Científica o Biomédica y el de la Medicina Tradicional. En concreto en el ámbito de la atención a la Salud Reproductiva Eade y Williams (77) destacan las siguientes:

En cuanto al enfoque se resalta la importancia que en el proceso de embarazo, parto y puerperio tiene la atención de la salud desde un enfoque holístico integrador de las dimensiones física, emocional, sociofamiliar y espiritual de la madre y de su hijo o hija en la cultura y entorno del que proceden. Este enfoque es

propio de la Medicina Tradicional que incluye las diversas dimensiones, mientras que la Medicina Científica o Biomédica presenta un enfoque más centrado en la enfermedad y lo orgánico sin integrar otros aspectos emocionales y culturales.

El conocimiento y las prácticas utilizadas en el proceso de embarazo, parto y puerperio de la Medicina Tradicional, por su antigüedad y perdurabilidad se encuentran culturalmente muy arraigadas y son prácticas ancestrales ampliamente conocidas por la población mientras que los conocimientos y las prácticas de la Medicina Científica son de uso posterior y se encuentran principalmente gestionados y ligados al ámbito profesional, no al poblacional.

En referencia a los cuidados, los prestados en la práctica tradicional responden a un continuo, ligado a rituales que se encuentran marcados por las distintas etapas de la vida, en dicho continuo, el embarazo y el parto son un evento vital significativo, lo que unido al enfoque holístico genera unos servicios de atención a la salud que en la práctica tradicional van más allá del consejo profesional realizado por la práctica biomédica, tal es el caso por ejemplo de las labores de las parteras tradicionales, que no sólo colaboran en el parto sino que aconsejan sobre el cuidado y alimentación durante la gestación y el puerperio, lavan la ropa, preparan alimentos...mientras que los cuidados en la práctica

biomédica se prestan respondiendo a patrones fragmentarios, generalmente relacionados con situaciones de salud críticas o de prevención especial. Respecto a los métodos utilizados, la práctica tradicional se caracteriza por el uso de tratamientos herborísticos y espirituales o místicos, mientras que la práctica biomédica prioriza el uso de la tecnología, la farmacología y la cirugía que han posibilitado enormes avances en la disminución de riesgos y muertes materno-fetales.

Habría que destacar, además, entre otras cuestiones, las diferencias en la relación que se establece entre el o la profesional de la salud y la persona con necesidad de cuidados. La Medicina Tradicional es asociada a una relación profesional-usuaria en la que prima la cercanía, la creación de vínculo y confianza, los cuales añaden un factor terapéutico muy demandado (79). La asistencia profesional recibida durante el embarazo y el parto queda intensamente grabada como experiencia positiva cuando se ha conseguido una relación de confianza y vínculo con la persona que desde la profesionalidad acompaña este proceso vital. La experiencia resulta negativa cuando no se genera ese vínculo, y se interviene desde una concepción mecanicista, mostrándose neutral o en el peor de los casos incompetente en la comunicación. Este tipo de intervención se encuentra más relacionado con el Sistema Biomédico y es ampliamente criticado

en referencia a la tensión de la Salud Reproductiva (79). La atención a la gestación, el parto y puerperio o la vivencia del dolor y su significado para los distintos grupos étnicos son experiencias ante las que cada cultura enseña cómo actuar y responder, por lo que, para su mejor comprensión e interpretación los profesionales sanitarios tienen el reto de analizar y contextualizar según la cultura de procedencia, teniendo en cuenta el marco en el que ha conseguido integrarse (78). En la tabla se resumen las principales diferencias y características entre ambos tipos de práctica (79).

La atención al embarazo, parto y puerperio en países con una milenaria presencia de la Medicina Tradicional y Complementaria está inmersa en un contexto de pluralismo médico, en ellos coexisten prácticas obstétricas diversas pertenecientes a ambos Sistemas Médicos el Tradicional y el Biomédico (80).

PRÁCTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL Y LA BIOMÉDICA: DIFERENCIAS DE ATENCIÓN EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

	Práctica Tradicional/Natural	Práctica Biomédica
Definición	Data de tiempos remotos; incluye prácticas y creencias ancestrales; culturalmente arraigada	Técnicas y tratamientos relativamente nuevos, ignorados por la mayoría de la población
Tratamiento	Variado; puede incluir enfoques herborísticos; espirituales y/o místicos	Tecnológico, subordinado a los fármacos, los aparatos y la cirugía
Enfoque	Holístico, incluye cuerpo y mente; preventivo con relación al bienestar; integrado en la cultura y en la ciencia; espiritual y místico	Centrado en los órganos y en las enfermedades; la ciencia y la cultura no están integradas; habla de gérmenes y bacterias

Diferencias entre la Práctica Alternativa y la Práctica Biomédica en la atención a la mujer en proceso reproductivo. Williams C, Baumslag N, Jelliffe DB. *Mother and Child Health: Delivering the Services* ,1994.(77)

PRÁCTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL Y LA BIOMÉDICA: DIFERENCIAS DE ATENCIÓN EN EL PROCESO REPRODUCTIVO		
	Práctica Tradicional/Natural	Práctica Biomédica
Cobertura	Integral	Limitada
Servicios	Extensos, por ejemplo: las parteras tradicionales lavan la ropa, preparan la comida, aconsejan sobre el cuidado y la alimentación del niño, acompañan durante el trabajo de parto	Limitados según consejo médico
Tipos de Práctica	Habitualmente generalistas, trabajan en solitario	Especialistas, trabajan en equipo
Pago	En especies o en metálico; se paga cuando el paciente mejora; relativamente barato; recursos locales	En metálico; antes del tratamiento; drogas y procedimientos generalmente caros

Diferencias entre la Práctica Alternativa y la Práctica Biomédica en la atención a la mujer en proceso reproductivo. Williams C, Baumslag N, Jelliffe DB. *Mother and Child Health: Delivering the Services*, 1994.(77)

PRÁCTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL Y LA BIOMÉDICA: DIFERENCIAS DE ATENCIÓN EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

	Práctica Tradicional/Natural	Práctica Biomédica
Ventajas	Cómodo para muchos, culturalmente.	Salva vidas: cirugía/inmunización
Relación interpersonal	Personal; comienza explicando lo que sucede; se usan adivinanzas o metáforas.	Impersonal; comienza preguntando; se usan instrumentos y exámenes de laboratorio; mide y evalúa.
Cuidado	Continuo, con rituales que siguen etapas vitales; gestación evento fuerte	Fragmentado; en las crisis o eventos específicos (por ejemplo durante el parto)
Culturalmente	Conocida	Desconocida

Diferencias entre la Práctica Alternativa y la Práctica Biomédica en la atención a la mujer en proceso reproductivo. Williams C, Baumslag N, Jelliffe DB. *Mother and Child Health: Delivering the Services*, 1994.(77)

En la atención al parto, en concreto, existe una importante disputa entre el parto biomédico y el parto tradicional; ya que el primero está legitimado a nivel institucional y en el discurso estatal, no obstante no es extensivo a todos los sectores de la población (80).

Las parturientas eligen entre uno y otro sistema según criterios de complejidad y eficacia, normalmente en favor del Sistema Biomédico (80). Pero también por criterios de accesibilidad e información, siendo más sencillo el acceso a las prácticas tradicionales en aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo (75), (81).

En nuestro país la disputa entre prácticas biomédicas o tradicionales en referencia al cuidado del embarazo, parto y puerperio surge por un lado, por esta visión mixta en la que confluyen prácticas de ambos Sistemas de Medicina -Científica y Tradicional-, por otro lado, es debida a la presencia de mujeres y hombres procedentes de culturas con Sistemas de Medicina Tradicional y Complementaria con prácticas distintas a las autóctonas (82).

También influye la actual corriente que defiende un proceso sin violencia obstétrica, evitando el uso de prácticas y técnicas innecesarias, así como la devolución, siempre que no exista riesgo, de este momento vital al seno de la familia (82), (83). Esta tendencia es abanderada por diferentes colectivos de mujeres y

profesionales de la salud que se adhieren a la corriente denominada *Parto en Casa*. Esta ofrece la alternativa tradicional de vivir el momento del parto en el propio domicilio, entendiendo que es el entorno más familiar y cercano para la mujer, la familia y la criatura y, por tanto, el ámbito menos estresante, más amigable y natural para dicho momento (83). Se trata de un movimiento que nace paralelamente al ámbito institucional sanitario, con intención de coordinar con este los esfuerzos, lo que, actualmente, va siendo posible sólo en algunas Comunidades Autónomas -Cataluña, Islas Baleares, Madrid y Valencia -aunque cada vez se va extendiendo por más puntos de la geografía española (84). Existen contactos de profesionales ligados a esta práctica en numerosas Comunidades Autónomas; en el caso de Andalucía se ubican en Sevilla, Córdoba y Málaga. No obstante, este tipo de parto no renuncia a las cuestiones ligadas a la seguridad, por lo que requiere una serie de condiciones para llevarlo a cabo como: establecer antes de las 28 semanas de gestación el plan de nacimiento, gestación de un solo bebé en presentación cefálica, realizar un mínimo de cuatro visitas clínicas previas, presentar controles ecográficos y analíticos y otras pruebas complementarias necesarias que se hayan realizado y firmar Consentimiento Informado (83). El domicilio en el que se realice el parto debe contar con agua corriente, calefacción y debe encontrarse a media hora de un hospital (83). La regulación

de esta práctica se encuentra recogida en la Guía de Asistencia del Parto en Casa, del Colegio de Enfermería de Barcelona en 2010, en la que participaron gran número de asociaciones e instituciones de usuarias y profesionales (84). Países como Holanda, Dinamarca y Reino Unido incluyen en su Sistema Nacional de Salud esta posibilidad como una opción más en su oferta sanitaria. A nivel español Comunidades Autónomas como Islas Baleares cuentan con esta posibilidad (84).

Otras organizaciones que plantean la necesidad de conciliación entre la práctica biomédica y la tradicional en el proceso de embarazo, parto y puerperio son las promovidas por mujeres y profesionales de la Obstetricia, tales como, El Parto es Nuestro o la Plataforma pro-derechos del Nacimiento (83). Estas son asociaciones sin ánimo de lucro que pretenden mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y posparto en España, apoyadas en las directrices marcadas por la OMS -en la Declaración de Fortaleza (85). Se refieren al parto normal no como tal, sino como parto fisiológico frente a parto intervenido, aclarando que todo parto es normal y natural en contraposición a considerarlo una patología (83); no obstante admiten que algunas circunstancias, como por ejemplo, los partos gemelares o con presentación de nalgas, requieren una atención especial por profesionales con la formación que asegure la calidad

del parto (83). Existen además asociaciones profesionales como EDUCER que también promueven estudios y publicaciones en este sentido. Se trata de un equipo multidisciplinar de profesionales, con sede en Alicante, dedicado a la atención y formación de familias y profesionales en temas relacionados con el embarazo, parto y crianza, así como otros momentos del ciclo vital. Entre los datos publicados como Observatorio del Parto en Casa esta asociación contabiliza unos 800 partos planificados y realizados en domicilio al año y añaden que esta cifra se mantiene a pesar del contexto de crisis económica de España y el descenso del total de nacimientos en el país (86). En su análisis por comunidades autónomas se refleja que las que presentan mayor cantidad de partos planificados, no accidentales, en domicilio, son: Cataluña, con cifras en torno a los 300 partos, con gran diferencia respecto al resto, seguida de Andalucía, que presentaría entre 68 y 149 casos, concretamente en Huelva entre 6 y 11 (86).

Otra de las alternativas surgida en España relacionada con las prácticas ligadas a la Medicina Tradicional y Complementaria es la figura de la doula. Las doulas son mujeres dedicadas al acompañamiento del proceso de embarazo, parto y puerperio desde la formación experiencial y propia en el desempeño de la maternidad y la crianza (87), (88). La labor fundamental no es atender el parto sino dar apoyo físico y emocional a la mujer

durante este proceso supliendo la falta de redes tradicionales existente en la sociedad actual, frente a la medicalización del parto y la escasez de apoyo psicológico a este momento vital (87), (89). Esta función es especialmente importante en mujeres extranjeras con escasez de redes sociales (90). No existe una formación reglada para el desempeño de esta profesión, hecho que es reivindicado por el propio colectivo, sin embargo cuentan con formación específica que abarca conocimientos básicos sobre fisiología del embarazo, parto y puerperio, de puericultura, lactancia, educación prenatal (87), (91). La doula es una figura extendida internacionalmente, que existe también en España y en Andalucía. Los resultados del acompañamiento de estas mujeres en el embarazo parto y puerperio tienen cada vez un mayor reconocimiento debido a su repercusión en la disminución de riesgos y del estrés durante el parto (92), (92,93), (94). No obstante, recientemente el papel de la doula se encuentra en cuestión debido al Informe publicado por el Consejo General de Enfermería en 2015 en el que se ha denunciado intrusismo profesional y prácticas de riesgo en el caso de algunas mujeres que realizaban esta labor, dicho informe ha creado controversia social entre el propio colectivo de doulas, los profesionales y las usuarias que las avalan y aquellos sectores que son detractores de las mismas (91).

Existen, por tanto, numerosas concepciones y prácticas provenientes de la Medicina Tradicional y Complementaria en convivencia con la Medicina Científica predominante, como fruto de la pluralidad cultural que caracteriza la sociedad actual panorama ante el que aparecen nuevas propuestas que intentan dar una respuesta más ajustada a esta realidad.

1.3.2 Hacia un Sistema de Salud integrador de la diversidad cultural. La Salud Intercultural.

La Interculturalidad en Salud es concebida como la posibilidad de un diálogo democrático, o trato igualitario, entre los Modelos de Medicina Tradicional o Natural y la Medicina Científica o Biomédica (63). En esta línea, Martínez y Larrea la definen como *“La propuesta de relacionar de manera más armónica y humana, los sistemas biomédicos y tradicionales, que en la práctica la población utiliza”* (95). La conciliación y creación de un sistema de salud que atienda adecuadamente a la diversidad cultural existente en la sociedad globalizada, implica distinguir una dimensión conceptual y otra conductual en la organización de cada sistema (96). La dimensión conceptual está determinada por la cultura de la persona con necesidad de salud y por la del o la profesional que la atiende. La conductual contempla los procedimientos, acciones y agentes utilizados para obtener un resultado terapéutico (96), (63). En ambas dimensiones se

encuentran implícitos los procesos de comunicación entre personas usuarias y profesionales, fenómeno que no sólo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también el conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de las personas usuarias, según se fundamenta en los actuales principios de Bioética expresados mediante el respeto a la autonomía de los pacientes y a su derecho a decidir de manera informada y libre en el marco de la cultura propia (63).

Cuando la persona sale de su contexto cultural y se ve obligada a integrarse en otro, o bien, cuando el profesional de un sistema de salud acoge a la persona usuaria de otro sistema, puede experimentar un cúmulo de confusiones, malentendidos e incluso de conflictos al ver confrontado, ignorado, malinterpretado o despreciado el propio sistema de salud (65). Ante esto existe la tendencia a ver las situaciones de contacto cultural como conflictivas, ya que la proximidad al otro y el desconocimiento sobre su marco de referencia provoca diversas reacciones. Estas van desde las posturas más paternalistas que implican estilos relacionales de superioridad -al considerar a la persona culturalmente distinta como alguien que no sabe, como un menor de edad al que hay que guiar y dirigir-, hasta llegar a posturas más racistas y xenófobas -en las que el otro constituye un buen blanco sobre el que se proyectan nuestras fobias colectivas y el horror a

lo diferente, según Tarrés (54)-. Por tanto, se generan situaciones propias de la diferencia de visiones, que provocan en el contacto diario espacios de conflicto intercultural. El término *conflicto* se define como enfrentamiento o choque, aludiendo a luchar o batirse, presentando connotaciones de dificultad o violencia, es decir, alude al desencuentro y al choque de intereses entre dos o más partes (34). Petit (46) en su análisis sociológico del conflicto, define este como un fenómeno dinámico que surge entre dos o más personas o en grupos de individuos entre los que existen percepciones, intereses y posiciones total o parcialmente opuestas, y que caracterizan la visión de cada una de las partes. Los conflictos pueden ser de diversa índole, París (97) entiende que, principalmente, se pueden destacar dos grandes grupos de conflictos, los que se dan en el ámbito cercano, denominados *interpersonales* y los que se dan en un entorno más externo y global, llamados *internacionales*, de ambos pueden derivar numerosas concreciones tales como conflictos emocionales, de pareja, culturales, identitarios, armados, sanitarios, educativos, políticos... El conflicto es intrínseco a las relaciones humanas y presenta una diversidad en su manifestación tan compleja como el propio individuo (97). Petit (46) alude a que los seres humanos somos conflictivos/as por naturaleza.

Para profundizar en este concepto y su importancia en las

relaciones que se establecen en el ámbito sanitario y social, habría que considerar dos características que condicionan la existencia o no del conflicto: una es la conciencia del mismo, es decir, que las partes implicadas deben percibirlo sintiendo que sus intereses están siendo afectados o hay riesgo de que lo sean; otra, es la simetría en las relaciones, así las situaciones en las que existe desigualdad de poder entre las partes, suelen generar situaciones de conflicto, y a veces, anula a alguna de estas impidiendo la comunicación, mientras que la igualdad de poder en las relaciones disminuye la percepción del mismo (97). En este sentido, también puede entenderse como un choque de intereses que fomenta la oportunidad de crecimiento en las relaciones, en la clave del *Modelo transformativo* de Bush y Folguer (98), como también alega Vinyamata (99)-, que presenta el conflicto en una clave positiva y como posibilidad para el aprendizaje y crecimiento de las relaciones humanas (97). Este modelo de mediación y comunicación considera que, a pesar de la desestabilización que genera el conflicto, las personas son capaces de recuperar la situación (revalorización) y de mostrarse más abiertos hacia los otros (reconocimiento) durante el proceso de negociación, lo cual va retroalimentando una relación en clave constructiva (98). Es decir, no pone tanto énfasis en la satisfacción de una determinada necesidad mediante el acuerdo sino que se centra en mejorar y transformar las relaciones humanas; busca aprovechar la riqueza

de la comunicación como una fuente de información y entendimiento entre las partes. Su especial contribución consiste en acentuar los aspectos empáticos y humanos, por lo que se trata de un proceso más lento que otros en la resolución de conflictos ya que intenta incidir en los factores desencadenantes de estos problemas, para así lograr una verdadera igualdad y simetría en las relaciones interétnicas (100).

Si se continúa abundando en el término, lo *intercultural*, se define como aquello que es común o que concierne a la relación entre culturas (34). Essomba (101), añade que la interculturalidad es una práctica de la vida diaria y va más allá del sobrio respeto convivencial de los diferentes grupos étnicos, religiones, lenguas y costumbres culturales que habitan un mismo espacio o territorio. La interculturalidad trata de favorecer una dimensión de crecimiento relacional, de interacción y comunicación de la identidad y la cultura (102), (101). Incluye características de confianza, comunicación efectiva (la que intenta comprender al otro desde su cultura) diálogo, debate, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias (103). Se diferencia de lo *multicultural*, precisamente, en cuanto a la posibilidad de interacción, ya que en el ámbito multicultural pueden coexistir respetuosamente personas con diferentes culturas que mantienen su identidad e intentan reafirmarse en ella, pero no requiere una

comunicación cultural efectiva entre ellas (54). Esto conlleva el que en este ámbito puedan darse conflictos por causas no relacionadas intrínsecamente con el factor cultural sino por motivos administrativos u organizativos, ya que la situación de diversidad ocurre sin comunicación cultural y sin tener en cuenta la equidad y la simetría de las relaciones entre las culturas de contacto, hecho que no acontece en el ámbito de lo intercultural (65). Numerosos autores (46), (97), (104), (100), (101) expresan que la variedad cultural es positiva y propiciadora del avance de una civilización, puesto que toda sociedad se desarrolla a través de los intercambios e interacciones culturales como históricamente ha sido demostrado. Por tanto, el proceso lógico de evolución y crecimiento social no está exento de conflictos sino que muy al contrario se nutre de ellos (100). Si se atiende a las características de diversidad existentes en la sociedad actual, resulta importante el aprendizaje en la transformación de las relaciones sin perder la identidad, administrando los conflictos desde todos los puntos de vista, con el fin de crear condiciones nuevas de cooperación y convivencia no sólo en el ámbito sanitario (100).

Desde este marco relacional Carreazo (104) define la interculturalidad como el “conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud”, e implica valorar la diversidad biológica,

cultural y social del ser humano y su influencia en todo proceso de salud y enfermedad (63). Esta es lógica consecuencia de una de las características fundamentales de la atención en salud, la visión integral e integrada de la persona, que conlleva una atención profesional que mira y entiende a la persona como un ser bio-psico-social y espiritual e inserto en un contexto socio-cultural específico que debe ser tenido en cuenta. Lo cual no sólo se circunscribe a la cultura de las personas procedentes de otras etnias o países, sino que es aplicable a las diversas realidades socio-culturales existentes en un entorno (103). Para Carreazo, la Salud Intercultural o Interculturalidad en Salud se puede definir como el conjunto de “acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud” (104). En cuanto a los motivos por los que queda justificada, además de los que se vienen exponiendo, como son la coexistencia de distintos sistemas médicos y culturas en un mismo ámbito social y territorial; la hegemonía del Sistema Biomédico occidental que se impone etnocéntricamente sobre otros; y la necesidad de un abordaje integral/ integrado del proceso salud-enfermedad; Goicochea (103) expone otros como son la existencia de desigualdades en las condiciones de salud de la población aunando a la pobreza, migración o problemas de acceso y oportunidad de atención; así como, la falta de políticas sectoriales

que promuevan la interculturalidad en salud. Caminar hacia un sistema de Salud Intercultural repercute en la revalorización de la medicina tradicional y el impacto positivo y humanizado de su práctica en la población; en el empoderamiento de la persona respecto a sus Derechos Humanos en Salud al reconocerse y respetar su cultura; en dotar al personal de salud de las herramientas que les permitan establecer una relación complementaria y participativa con un usuario empoderado; en propiciar vínculos afectivos y de comprensión de los pacientes, mejorando la relación y las prácticas propuestas desde los servicios de salud (103) y en incorporar la perspectiva de género en los programas de salud sexual y reproductiva (95).

En este ámbito existen numerosas experiencias que confirman la necesidad y ventajas de la interculturalidad en materia de salud sexual y reproductiva (81), (105), (106), (107), (108), (109) que muestran los beneficios obtenidos tanto en los contextos en los que se ha logrado mejorar las habilidades y competencias interculturales en los profesionales sanitarios, como en los que se ha conseguido integrar métodos de las parteras tradicionales en el ámbito formal sanitario. La disminución de barreras y conflictos interculturales ha favorecido la calidad de la atención sanitaria y ha aumentado la satisfacción de la usuaria y de las y los profesionales de la salud (108).

Como elementos y recursos fundamentales destacan el aumento de las competencias interculturales y la posibilidad de realizar procesos de mediación intercultural. En cuanto a las competencias interculturales, esta tendencia se ha extendido en países como Bélgica, Canadá e incluso en la Europa del Norte en los que se apuesta por un pacto de convivencia intercultural que va más allá del mero consenso propuesto por la experiencia norteamericana (100). Su principal aporte es la revisión de la identidad para la construcción de una nueva (100). La competencia intercultural es descrita por Aneas como *“un atributo transversal, valorable y útil a todas las personas que trabajan en relación con personas de otras culturas y, por lo tanto, posible recurso para el ejercicio de la ciudadanía”*(110). Esta competencia se nutre del aprendizaje derivado del encuentro intercultural, pero requiere también de métodos y técnicas de análisis y de comunicación que permitan situarse en el intercambio, tomar la distancia y conducir los procesos de intercambio, de negociación y de mediación. Para ello se requiere un trabajo previo de revisión identitaria, así como, la actitud de interés en el acompañamiento intercultural para lo que se aplican las reglas de comunicación (100). La competencia intercultural, por tanto, no es una actividad en sí, aislada de otras habilidades de la comunicación, sino que se sitúa en el seno de las mismas, se trata de una serie de capacidades que tienen como objetivo establecer y mantener relaciones, comunicar y

comprender el pensamiento (cooperar), compartir las emociones (empatía) e interactuar con el otro de forma asertiva (100). Para Maya (111) las principales competencias son: la comprensión de la propia cultura y de la de la usuaria, la empatía, la tolerancia a la ambigüedad, la flexibilidad cognitiva, la ausencia de juicio moralizante, aptitudes para la resolución de problemas y habilidades para la formación de relaciones.

Las estrategias fundamentales que favorecen la competencia intercultural pasan, inexorablemente, por la mejora de los procesos de comunicación, entre las que destacan: el diálogo, la validación y la negociación. El diálogo disminuye las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios, puesto que permiten una mejor comprensión de las expectativas de ambas partes, lo cual conlleva un aumento de los niveles de satisfacción respecto al Sistema Sanitario. Autores como Berlín y Fowkes (112) señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través del proceso que implica escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar. Así, aunque el lenguaje puede constituir una barrera en la comunicación, Alarcón, Vidal y Neira (63) argumentan que no es un obstáculo infranqueable en la relación profesional-persona enferma o con alteración de salud; siempre y cuando los profesionales presenten una actitud dialogante y posean algunos conocimientos relacionados con el

ámbito de la salud de la persona a la que asisten, tales como las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la fitoterapia utilizada, entre otras.

La validación cultural, es decir, la aceptación de la legitimidad del Sistema de Salud de la persona atendida, es otra de las estrategias que facilitan este tipo de atención. Las y los profesionales de la salud deben tener en cuenta que las actuaciones que la persona realiza ante su enfermedad son coherentes con las explicaciones y vivencias aprendidas en su grupo social y cultural, esto no quiere decir que el profesional comparta el mundo simbólico de la persona atendida, sino que debe partir de actitudes de comprensión, respeto e incluso de integración de algunos elementos culturales que considere relevantes para su proceso de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Otra estrategia fundamental es la negociación cultural, esta es necesaria cuando las creencias culturales y las expectativas de la persona que requiere atención se contraponen a las del profesional de salud, lo cual puede interferir en la confianza y adherencia al proceso terapéutico. Así, el proceso de negociación cultural identifica las áreas de conflicto y acuerdo, localiza núcleos de significación entre ambas culturas que puedan implicar puntos de consenso y culmina con un acuerdo de cambio y cooperación

entre profesional y persona usuaria, alcanzando intervenciones aceptables, significativas y satisfactorias para ambos (46), (63), (97). Aumentar la competencia intercultural, por tanto, implica la superación del propio sistema cultural, y la apertura a otros sistemas ambientales, de tal modo que los conflictos y los desacuerdos no sean percibidos como una amenaza, sino aceptados como un desafío de la presente sociedad multicultural(100).

En cuanto a la mediación intercultural se define como *“una modalidad de intervención de terceras partes en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados”* (113). La figura de la mediadora o del mediador es de reciente aparición y presenta escasa implantación en nuestro país, no obstante, la mediación es una estrategia que contemplan la mayoría de los planes estatales o autonómicos de atención a la población inmigrante (114). Trabajos como el de Alcaraz y otros (108) demuestran que tiene un importante papel preventivo y de promoción de la salud, especialmente en salud sexual y

reproductiva, en la prevención de la violencia de género y en la detección de problemas sociales. Entre las cuestiones claves relacionadas con la salud sexual y reproductiva, presentan gran importancia la interpretación del carácter de la información, la comprensión de su significado para la mujer, así como, tener en cuenta que, en las culturas de origen de las usuarias, los temas considerados íntimos o incluso tabúes no tienen por qué ser los mismos que en la sociedad de acogida (107). Los temas relacionados, por ejemplo, con las enfermedades infecciosas, los abortos y embarazos previos, la menstruación, los aparatos genitales, las relaciones sexuales o la mutilación genital femenina producen incomodidad o incluso reticencia a la hora de ser tratados por las mujeres (107). La presencia de la persona mediadora intercultural facilita la comprensión y el acercamiento entre los patrones culturales de la mujer usuaria en proceso de embarazo, parto y puerperio y de la profesional o el profesional de la salud.

Por consiguiente, se plantea, la necesidad de reconocer y asumir en la práctica profesional la existencia de diferentes formas de expresión y modelos de asistencia que, paradójicamente, caminan hacia la atención de la diversidad en una clave cada vez más universal; es decir, dando importancia al cuidado de valores que forman parte del sustrato humano, basados en la tolerancia activa

promulgada por la UNESCO (115) con motivo de su 28ª Reunión de la Conferencia General, celebrada entre el 25 de octubre y el 16 de noviembre de 1995, tales como el reconocimiento de la Dignidad y el Respeto a la persona. Se constata la existencia de unas necesidades comunes a los seres humanos, sea cual fuere su cultura de origen, sobre todo, en momentos de importancia biográfica como son el nacimiento, como culmen del proceso reproductivo, y la muerte. Surgen así nuevas perspectivas y patrones a la hora de enfocar los cuidados, como respuestas a las características de la población y a las necesidades de salud existentes.

1.3.3 Los cuidados transculturales en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Madeleine Leininger, como fruto de la reflexión surgida del contacto cotidiano con una realidad multicultural, formuló diversos conceptos, principios y prácticas que dieron base a la *Teoría de la diversidad y la universalidad*. Esta teoría persigue documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática qué es lo diverso y qué lo universal, en cuanto a necesidades de salud se refiere, en las culturas objeto de atención (116). Entre sus características distintivas destacan la presencia de dos dimensiones una abstracta y otra práctica, la primera trata de descubrir los puntos de vista personales o culturales sobre cómo se entienden y se aplican los cuidados para posteriormente

emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales (117); fundamenta, además, que el cuidado es universal pero las acciones que se realizan y las formas de expresión del mismo, pueden ser diferentes, generando diversidad de cuidados culturales, los cuales deben ser tenidos en cuenta con el fin de apoyar o facilitar las medidas asistenciales dirigidas a las personas (116), (117). De esta reflexión surgen los denominados *cuidados transculturales*, según Leininger (118), se trata de administrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de las personas. Estos pueden estar dirigidos a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones (117). Para esta autora algunos elementos tales como la ceguera cultural, los choques entre culturas, las imposiciones y el etnocentrismo, frutos de la dificultad para la autocrítica, influyen negativamente en la calidad de la atención prestada por los profesionales de la salud a personas de otras culturas (118). Así, si el imaginario social y cultural de la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio no se tiene en cuenta a nivel profesional la atención sanitaria ofrecida no reúne los requisitos mínimos para ser considerada equitativa y de calidad (107). Es constatable que las intervenciones sanitarias que no tienen en cuenta los factores culturales tienen más riesgos de producir resultados desfavorables

relacionados con la inadecuada comunicación y prejuicios, en ocasiones con consecuencias graves como, por ejemplo, una incorrecta o nula adhesión al tratamiento o la muerte fetal por una eclampsia no controlada (117), (119). El cuidado transcultural bajo los esquemas de una sociedad globalizada es el intento de unir la práctica del cuidado, el conocimiento antropológico y la intención de ofrecer una mejor atención a una ciudadanía cada día más heterogénea (118). De la profesionalización de estos cuidados surge la propuesta denominada por Leininger como *Enfermería Transcultural*, la cual se define como “*el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte*” (118). Para Leininger (118) el conocimiento y las competencias interculturales son elementos imprescindibles en la formación y el desempeño de la labor asistencial de las personas que trabajan como agentes de salud. En su opinión dichos elementos dotan de capacidad para orientar las acciones y las decisiones con el fin de obtener resultados positivos y eficaces (117). En esta línea autores como Colasanti (120) afirman que los profesionales no pueden olvidar que la atención sanitaria no es una actuación ante los virus y parásitos raros, que traen las personas procedentes de otras culturas, sino la atención de mujeres y hombres que se diferencian

en la forma de expresar su sufrimiento, en el modo de concebir la enfermedad, la atención a la salud, el dolor o la muerte. Es decir, *“de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y sanitarios”* (120). Desde esta perspectiva, Leininger (118) creó una nueva propuesta desde la que practicar los cuidados transculturales, a través del modelo denominado *Sunrise*, Sol Naciente, representando gráficamente las diversas dimensiones y entornos del ser humano que permiten comprender una visión integral e integrada del mismo y que por tanto justifica la necesidad de tener en cuenta los factores sociales y culturales del individuo.

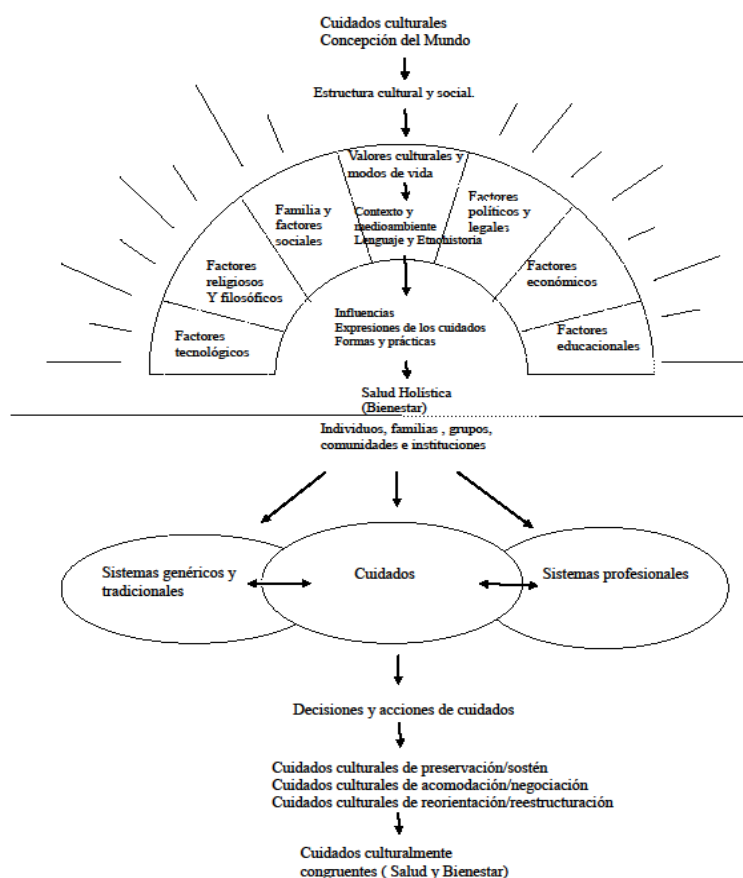
Este modelo consta de cuatro áreas o niveles, graduadas de mayor a menor abstracción, del primero al cuarto. Los tres primeros niveles proporcionan una base de conocimientos para administrar cuidados satisfactorios, efectivos y culturalmente coherentes, y el cuarto nivel sería el que permite su desarrollo.

En un primer nivel se representa la visión del mundo y los sistemas sociales. Se favorece el estudio de la naturaleza, significado y atributos de los cuidados desde tres perspectivas: una microperspectiva, referente a los individuos de una cultura; una perspectiva media, relacionada con los factores más

complejos existentes en una estructura social y sanitaria específica; una macroperspectiva, correspondiente a los fenómenos transversales que acontecen en las distintas culturas y etnias (117).

Un segundo nivel en el que se proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud, así como sobre los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados (117). En estos niveles, en relación al proceso reproductivo, las preguntas claves se encuentran en torno a cómo las mujeres se cuidan para regular su fecundidad, cómo se cuidan a sí mismas y a sus bebés durante la gestación, el parto y el puerperio, y cuáles de esos cuidados se pueden preservar, negociar o reestructurar (121). Se realiza el contraste entre las dimensiones socioculturales que influyen en el significado que le asigna la madre a las prácticas que realiza durante el embarazo, parto y puerperio.

Finalmente, se destaca la importancia de identificar las influencias que, sobre el cuidado y la cultura, ejercen algunos factores como el educativo y económico, las creencias y los estilos de vida, así como factores tecnológicos, sociales y de parentesco, políticos, religiosos y filosóficos (122).



Modelo del Sol Naciente. Leininger, M. -1978

Un tercer nivel que identifica las características de universalidad y diversidad de los cuidados culturales, es decir, en el que se tiene en cuenta de que a pesar de que los cuidados son universales por

ser una necesidad inherente a las personas, la concepción de la salud y la forma de administrar cuidados viene determinada por las diversas culturas y que los y las profesionales de la salud están inmersas en ellas (117). En este nivel se incluye la información y conocimientos sobre los Sistemas de Medicina Tradicional y Complementaria que posee la persona. En el caso que nos ocupa la universalidad de los cuidados se centra en el cuidado del inicio de la vida, intrínseca y universalmente ligado al ser. Si se especifica aún más, se reconocen como universales temas como la lactancia materna, el equilibrio frío/calor, la alimentación, la cuarentena, el reposo y la protección del recién nacido, no obstante, y a pesar de las semejanzas, se detecta que cada cultura tiene creencias propias las cuales diferencian el significado y la posibilidad de cuidados en relación a estos temas universales propios del proceso reproductivo (122).

El cuarto nivel determina las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros, e incluye la ineludible necesidad de preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales (117). La preservación de los cuidados culturales, que hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan a la persona, en una cultura específica, a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte; la acomodación de los cuidados culturales, en relación a las

acciones y decisiones que ayudan al individuo, en una determinada cultura, a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte; la remodelación de los cuidados culturales, respecto a aquellas acciones y decisiones que ayudan a las personas a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable (121); en definitiva lo que Leininger (118) denominaba el desarrollo de los *cuidados culturalmente coherentes y sensitivos*, es decir, unos cuidados que muestren sensibilidad y competencia cultural. Con los que se evita el choque cultural que se produce entre profesionales de la salud y usuarias cuando las acciones sanitarias no corresponden con las expectativas, creencias, valores y normas de las personas. Por ejemplo, cuando una madre se niega a amamantar a su hijo porque refiere que no le baja la leche y la enfermera hace hincapié en que lo amamante insistiéndole en que sí le baja la leche y que eso es lo mejor (121).

Por todo ello, el modelo Sol Naciente describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, desde su visión del mundo, historia y contexto ambiental. Se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria (117). En cuanto a los modos de prestar cuidados transculturales se identifican tres

tipos de actuaciones y decisiones: la preservación de los cuidados culturales, que hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan a la persona, en una cultura específica, a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte; la acomodación de los cuidados culturales, en relación a las acciones y decisiones que ayudan al individuo, en una determinada cultura, a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte; la remodelación de los cuidados culturales, respecto a aquellas acciones y decisiones que ayudan a las personas a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable (117).

La Teoría de la diversidad y universalidad y los cuidados transculturales que de ella se derivan, posibilitan un método científico y de atención para, por un lado, acercarse y conocer las prácticas de cuidado de los pueblos y grupos culturales durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, y por otro, propiciar una atención ajustada a las necesidades de la mujer en proceso reproductivo. En la interrelación entre la o el profesional de la salud y las mujeres en proceso reproductivo es necesario coordinar acciones de preservación, mantenimiento o reestructuración. La información obtenida sobre cómo, desde su lógica cultural, las gestantes se cuidan a sí mismas y a sus hijos

permite la integración de un cúmulo de conocimientos valiosos y brinda cuidados coherentes y beneficiosos a este importante fenómeno natural (123). La envergadura del tema requiere de su inclusión en los currículum formativos de las disciplinas que conforman las Ciencias Médicas y de la Salud, en la práctica profesional y en las definiciones de normatividad y políticas de salud (123). En esta línea, Universidades de países como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, cuentan tanto para cursos de grado como postgrado e incluso para la formación práctica hospitalaria, con materias académicas y métodos para el desarrollo y aprendizaje en competencia cultural (124). En España, en los últimos cinco años, ha comenzado a introducirse la formación relacionada con este tipo de cuidados, aunque aún es puntual, valgan de ejemplo, los cursos especializados en Cuidados Transculturales impartidos por la Universidad Ramón Llull de Barcelona y de la Universidad de Alicante(124).

Capítulo 2: Perspectivas culturales del embarazo, parto y puerperio.

Capítulo 2: Perspectivas culturales del embarazo, parto y puerperio.

La atención y cuidados en todo lo que implica el proceso de salud reproductiva (embarazo, parto y puerperio) están íntimamente ligados al inicio del ser humano/a y la vida, por lo que existen elementos comunes que se repiten -y unifican nuestro origen- trascendiendo cualquier distinción cultural o ideológica. No obstante, y de forma razonable, existen diferencias en cuanto a los hábitos, las costumbres, las emociones y los sentimientos que genera este acontecimiento en las diversas zonas geográficas. Para entender las diversas visiones sobre este proceso universal, sobre su cuidado y seguimiento, habría que adentrarse en las raíces antropológicas que lo explican, así como, en las principales diferencias existentes entre las culturas que conviven en nuestro entorno.

2.1 Aproximación antropológica del proceso reproductivo.

El proceso de embarazo, parto y puerperio comienza con una serie de signos y síntomas que lo confirman somáticamente, la parte emocional se origina y manifiesta cuando la mujer comienza a fantasear o a barajar la idea de quedarse embarazada. La gestación parece llevar implícito, por tanto, un sentimiento muy ligado a la feminidad de la mujer y al sentido innato de trascendencia (125). También aparece muy frecuentemente, según Carvallo, Rísquez y Ponce (125) como impulso antes de que el

reloj biológico de la fertilidad se detenga. El embarazo representa un hito en el ciclo de la vida y provoca una situación de crisis o crecimiento vital, cuya superación, va a depender de los recursos personales de la madre y su pareja: la formación, la experiencia previa, autoestima, capacidad de frustración y adaptación a nuevas situaciones...También influyen factores de apoyo externos como son los recursos económicos, el acceso a una atención profesional, medios sanitarios adecuados, redes informales de apoyo, etc.(126). La adaptación al embarazo es un proceso diverso, según cada mujer, pero presenta ciertas características que se repiten con frecuencia (127). Así, en los momentos iniciales muchas mujeres viven esta etapa como algo irreal, que no está sucediendo, lo cual ocurre como mecanismo defensivo de negación, que permite prolongar o dar tiempo para la asimilación del proceso e ir favoreciendo una adaptación gradual ante los cambios y posibles factores estresantes para el bienestar psicológico; otras, sin embargo, adquieren mecanismos de identificación sintiéndolo como algo propio y no ajeno, lo cual facilita en gran medida la vivencia del embarazo, parto y puerperio posterior (125). Para observar el proceso de embarazo, parto y puerperio desde una perspectiva antropológica hay que partir de la idea de que los filtros culturales están presentes en la interpretación del cuerpo y sus síntomas, así como de los distintos procesos vitales. La reproducción humana ha sido y sigue siendo objeto de estudio dentro de la antropología, principalmente por

los múltiples aspectos sociales y culturales que, como experiencia universal, caracterizan a este fenómeno: por ejemplo, los tabúes, las creencias folklóricas y su relación con los diferentes rituales (128).

El hecho de cuidar se remonta al origen de la vida humana y por tanto, al inicio de los tiempos. La necesidad de ser cuidado en función de lo requerido en cada etapa del ciclo vital es un hecho innegable que ha ido históricamente ligado a la figura femenina. Respecto al nacimiento, las personas que ayudaban en dicho proceso han sido tradicionalmente mujeres, denominadas matronas o parteras. Son abundantes los testimonios que así lo acreditan, recogidos en fuentes documentales, escritas e iconográficas, o de cualquier otra índole, que se conservan en archivos, bibliotecas, museos y otras instituciones, como reconoce García Martínez (129). La partera ha venido desarrollando su ejercicio profesional a lo largo de los siglos en el campo de la salud reproductiva de la mujer, desarrollando funciones asistenciales de atención al embarazo, parto y puerperio; docentes, formando a otras parteras e informando a las mujeres sobre salud sexual o tocoginecológica; de peritaje, interviniendo en procesos judiciales dando fe pública de su trabajo y religiosa, administrando el llamado bautismo de urgencia en aquellos casos en que se preveía una muerte inminente del feto o bebé (129).

La salud reproductiva de la mujer ha tenido, por tanto, una atención especial a lo largo de la historia pero siempre enmarcada en lo común, como milagro cotidiano de la vida. Los estudios más reconocidos en este sentido, según Blázquez (128), datan de la década de los setenta, y a raíz de ellos se comienza a hablar de la denominada *Antropología del Parto*. Esta pone de manifiesto que, a pesar de que el fenómeno de la reproducción presenta características universales biológicamente hablando, raramente ocurre como tal, sino que está profundamente condicionado y marcado por la sociedad y sus diferentes grupos sociales (128). A partir de los ochenta surge también la preocupación por la atención obstétrica, cuando comienza a destacar el incremento de la medicalización en la atención al embarazo y el parto en las sociedades más desarrolladas (128). Las técnicas de reproducción asistida son otras de las consecuencias que aparecen unidas a los avances técnicos, estas han generado un importante debate social, además de un cambio cualitativo en las formas de concebir, transformando la concepción sobre la reproducción y el rol de la mujer en el proceso (128). Todo ello ha contribuido a que la concepción antropológica sobre el embarazo, parto y puerperio haya sufrido diferentes modificaciones en torno a cuestiones tales como el paso de lo íntimo a lo social del proceso reproductivo y la polarización del concepto de embarazo, parto y puerperio (128).

Respecto a la primera cuestión, el paso de lo íntimo a lo social,

Narotzky (130) y Tabet (131) recogen la naturaleza social del concepto de reproducción humana con tres significados distintos: primero la reproducción social o sistémica, segundo, la reproducción de la fuerza de trabajo y por último la reproducción biológica. La social o sistémica se refiere a la importancia de la reproducción en cuanto a la necesidad de sostén de una sociedad, lo cual está íntimamente ligado a la capacidad de trabajo y producción de la misma, y esto a su vez depende del número de personas (reproducción biológica) existentes en dicha sociedad. Por tanto, la interrelación entre la reproducción social y la reproducción biológica es fundamental, puesto que, tanta importancia tiene que el capital de personas de una sociedad sea adecuado para su desarrollo, como el que se tengan las condiciones que garanticen la reproducción en condiciones óptimas para asegurar la fuerza del trabajo en el mantenimiento y desarrollo de una sociedad (128). Desde esta visión surge la necesidad de control del proceso reproductivo, puesto que está en juego la perpetuación social. Así, en gran número de las sociedades occidentales, a partir de mediados del siglo pasado, el embarazo, parto y puerperio deja de ser atendido por mujeres, parteras y comadronas, sin formación reglada, fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser tratadas en el hospital (128). En este medio ocurre como acontecimiento aislado del entorno propio, y pasa a ser un cuidado realizado de forma igual y uniforme para todas las mujeres. Ya no es un fenómeno social compartido por la

mujer con sus redes sociales, sino que es el personal sanitario - principalmente los/as ginecólogos/as- quienes dirigen, deciden y están presentes; Como apuntan Sadler, Acuña y Obach (132), donde se utilizaban métodos naturales, hoy se privilegia el empleo de sofisticada tecnología y medicalización.

El fenómeno del embarazo, parto y puerperio pasa así del ámbito privado al público. Por tanto, se favorece la visión del hospital como único entorno que garantiza una correcta atención, en la que confluye la tecnología, el conocimiento científico y los fármacos adecuados para parir, incluso sin el dolor que tradicionalmente acompañaba a este momento. Se produce de este modo un control sobre la capacidad reproductora de la mujer, y además se naturaliza la necesidad de que el parto se produzca en un medio institucional, frente a lo que cotidianamente había ocurrido en épocas anteriores.

No obstante, parece obviarse que la institucionalización de este proceso conlleva otras cuestiones que lo alejan de su visión más humana y natural. En este ámbito se produce una restricción de la compañía y visitas, incluso se controla cuándo sí o cuándo no debe estar sola la mujer, o cuando debe estar presente la pareja. Se utilizan técnicas invasivas tales como la punción venosa o intramuscular, y la provocación de rotura de bolsa; se realiza la medicalización y monitorización del proceso; se controla la posibilidad de tocar al hijo o hija, así como las técnicas de

atención al o la recién nacido/a (132). Se le confiere una carga confusa muy relacionada con la enfermedad y se aleja de un concepto del embarazo, parto y puerperio como proceso natural inherente a la mujer y no ajeno a la misma (133), (132), (134). En este sentido se van dando cada vez más iniciativas que han ido modificando la atención a la madre y a la criatura en un intento de rescatar una atención más humanizada.

En cuanto a la polarización del concepto de embarazo, parto y puerperio, actualmente nos encontramos ante un conflicto de visiones que generan cierta controversia en la práctica, ya que por un lado se entiende la reproducción como un proceso fisiológico y natural, mientras que por otro lado se argumenta una visión del proceso reproductivo como enfermedad o patología a controlar (128).

La primera visión defiende que el embarazo, parto y puerperio son cuestiones, por naturaleza, asociadas al ciclo vital femenino de aquellas mujeres que deciden dar a luz; o al menos, esta debiera ser la premisa deseable. Esta mirada pretende empoderar a la mujer en su experiencia, haciéndola protagonista del proceso reproductivo junto con sus redes afectivas habituales. La Organización Mundial de la Salud, en sus Recomendaciones sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza de 1985. Tecnología apropiada para el parto (85), detalló una serie de propuestas que pretendían evitar la sistematización de ciertas

prácticas en la atención al parto. En España esta visión inspiró las Recomendaciones a aplicar en el Embarazo y el Parto realizadas por el Instituto Nacional de Salud en 1989 (135), que se han introducido en las normativas y protocolos de diversas Comunidades Autónomas entre las que destacan como pioneras la Ley de Salud de Baleares 5/2003 de 4 de abril, en su Sección 1 sobre los Derechos en relación al Nacimiento (136); el Protocolo de Asistencia al Parto, al Puerperio y Atención al Recién Nacido de Cataluña de 2003 (137); en la Estrategia para la Atención del Parto Normal de Cantabria en 2007 (138) y en los objetivos del Contrato Programa de la Atención Especializada de Salud del Principado de Asturias de 2009 (139). En Andalucía ha inspirado al Decreto 101/1995 de la Junta de Andalucía, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento (140); al documento Embarazo, Parto y Puerperio: Proceso Asistencial Integrado de la Junta de Andalucía actualizado en su segunda edición en 2005(141) y en el denominado Plan de Parto y Nacimiento de la Junta de Andalucía en 2009 (142).

La visión del embarazo, parto y puerperio como patología implica la atribución del estado de persona enferma a la mujer embarazada, parturienta o puérpera, lo cual contribuye a reforzar la medicalización e institucionalización guiada del proceso. De aquí se derivan consecuencias negativas, como la despersonalización y uniformidad -uso de pijamas iguales a los de

las personas enfermas, restricción de espacios, cumplimiento de normas y deberes...-, la desposesión o dificultad de tener objetos personales, que aumenta la sensación de desamparo, la restricción de visitas... No obstante, hay que destacar algunos aspectos positivos, ligados principalmente a la posibilidad de disfrutar del derecho de acceso a la atención en la salud, la facilidad para la prevención de riesgos y actuación cualificada inmediata ante la aparición de los mismos tanto en la madre como en el feto o recién nacido y nacida cuando sea necesario.

Desde la visión patológica la mujer es considerada como objeto de cuidados y atención y requiere controles periódicos de su gestación, parto y puerperio, lo cual se traduce en analíticas, ecografías, control de constantes vitales, peso y educación para la salud y el parto... Todo ello debe ser realizado en un ámbito institucional sanitario y por profesionales de la salud especialmente cualificados para ello. Esta visión no incluye otras alternativas paralelas como la visión fisiológica que defiende la posibilidad, si la mujer lo desea, del uso del ámbito domiciliario con personal formado a través de la experiencia tradicional como las parteras, cuya labor ha estado vigente en nuestra cultura hasta los años setenta y ochenta, y aún hoy existen en otras culturas que conviven en nuestro país. Sin embargo cada vez con más frecuencia se empiezan a articular posibilidades mixtas, que tengan en cuenta ambas visiones. Por ejemplo, a través de una atención profesional en domicilio para el parto cuando la mujer

presenta una buena evolución durante el embarazo, y priorizando una elección propia informada, tanto de los controles a realizar durante la gestación como del lugar del parto. Experiencias como la de Holanda y Países Escandinavos así lo avalan, estos países cuentan con un importante porcentaje de partos en domicilio atendidos fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas. El modelo inglés por su parte oferta la posibilidad de la libre elección de la mujer para poder realizar el parto en domicilio o en el hospital (143). En España la promoción de la Guía de Asistencia del Parto en Casa (84) realizada por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona en 2010 es otra de estas iniciativas que pretenden impulsar la posibilidad de la atención profesional en el domicilio. Blázquez, en este sentido, abogan por la necesidad de *“transformar el Sistema Sanitario para que se adapte a las necesidades de la madre y el recién nacido, y no al contrario, como desgraciadamente ocurre con demasiada frecuencia”*(144).

Cada sociedad, por tanto, con los determinantes que la condicionan, tiene su manera de organizar y afrontar la experiencia biológica del nacimiento, tanto para la madre como para el hijo o hija y las redes sociales y afectivas que le rodean (122). Poner en cuestión mitos, costumbres o tabúes de unas y otras, no conduce más que a una lucha etnocentrista que lleva al desencuentro más que al enriquecimiento, siempre y cuando estas no atenten contra los derechos de las personas como por ejemplo

las prácticas de ablación (111). Por todo ello es importante, que en las poblaciones en las que existe diversidad cultural y minorías étnicas, en la atención a la salud se tenga en cuenta la necesidad de mantener el respeto por la identidad cultural que les caracteriza (100), (145).

2.2 La salud reproductiva desde un enfoque multicultural.

La importancia de respetar la identidad cultural de las mujeres que acuden para la atención de su salud reproductiva a los centros sanitarios se traduce en la necesidad de conocer los patrones culturales que tienen al respecto. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia realizó para ello un estudio interdisciplinar de cuyos resultados se obtuvo el informe *Mujer Inmigrante y Atención Sanitaria (MIAS)*(146). Diversos estudios como los de Cabrillo y García (9) Martínez (147), Monguí (148), Soriano (149) y Solana (150) identifican como visiones culturales predominantes en nuestro entorno las de las mujeres latinoamericanas, las mujeres magrebíes y del África subsahariana, las mujeres de Asia Central, procedentes de China principalmente, y las mujeres de Europa del Este. En este apartado se recoge la visión cultural sobre salud reproductiva de estas culturas en relación a la mujer autóctona.

2.2.1 La cultura latinoamericana.

Las mujeres latinoamericanas que llegan a España proceden de Ecuador, Colombia, Perú, Bolivia y República Dominicana, los

motivos que las traen responden a circunstancias esencialmente económicas, más que a las de reagrupación familiar o políticas, suelen desplazarse solas, apoyadas por una cadena de familiares o amistades que las ayudan a insertarse laboralmente y a compartir gastos (126).

En materia de salud reproductiva la cultura latinoamericana presenta una mezcla de rasgos provenientes de la tradición indígena y de la visión biomédica que ha ido imponiéndose en la sociedad actual de estas regiones (151). La visión del embarazo, parto y puerperio de la mujer latinoamericana varía según el nivel de desarrollo social, cultural, político y económico de su lugar de procedencia, participando más de las concepciones biomédicas aquellas mujeres que llegan de áreas más urbanizadas (151). Las mujeres provenientes de zonas rurales presentan como valores fundamentales de su estructura social sus tradicionales creencias religiosas católicas y sus modelos matriarcales con familias extensas (152).

La feminidad en esta cultura se asocia a la sumisión al hombre, dulzura, sensibilidad y falta de agresividad, valores que son inculcados a la mujer latinoamericana (126). La sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva siguen siendo temas íntimos con carácter de tabú de los que escasamente se habla ni se pide información por lo que existe falta de autoconocimiento corporal y de información anticonceptiva (126) . La sexualidad se asocia

principalmente a un acto de procreación o de dar placer y la función primordial de la mujer es la de ser madre (152). Así, los índices de fecundidad y promiscuidad en sus países de origen son algo superiores a los de las mujeres autóctonas ya que suelen casarse muy jóvenes (126), (9)

Respecto al embarazo es actualmente concebido como un acto reproductivo biológico y natural, ajeno a cualquier interpretación mágico-religiosa (151). Su tradición familiar matriarcal da gran valor a los descendientes, por lo que son acogidos sin discriminación por parte de la familia de la madre, aun si esta es soltera y se desconoce al progenitor. Sin embargo, se considera que tener un hijo fuera del matrimonio es un acto que deshonra (134). En este contexto la interrupción voluntaria del embarazo no está bien considerada, sobre todo, en las zonas más adheridas a la tradición y menos desarrolladas (134). Paradójicamente presentan una alta tasa de interrupciones voluntarias del embarazo, debidas entre otras causas a una escasa planificación familiar y al desconocimiento o falta de interiorización del uso de métodos anticonceptivos, lo que provoca un gran número de embarazos no deseados y un diagnóstico tardío de los mismos(9), (152), (153). Sin embargo, una vez deciden continuar con la gestación, las mujeres latinoamericanas son las que mejor realizan los controles prenatales. Presentan costumbres con carácter preventivo y de cuidados durante el embarazo, relacionadas con la alimentación y la actividad laboral y diaria. Entre estas

destacan la diferenciación de alimentos considerados fríos y calientes, lo cual también es propio de la medicina tradicional oriental. Así, las mujeres latinoamericanas entre sus tradiciones contemplan el evitar el consumo de alimentos pesados, grasos o muy condimentados -exceso de sal, ajo...-, o de aquellos expuestos largamente al sol, los cuales aumentarían la condición de calidez de su estado (134). Asimismo no deberían consumir alimentos o líquidos helados, ya que el contraste entre frío y calor no es considerado positivo (134). Además suelen evitar el hábito tabáquico y consumo de alcohol con más frecuencia que en otras culturas durante este proceso (134). Respecto a la actividad, piensan que las mujeres no deben realizar esfuerzos importantes durante el embarazo, tales como trabajo agrícola o de carga, para evitar posibles abortos o amenazas de parto prematuro (134). A pesar del uso de estas prácticas preventivas o terapéuticas propias de su cultura tienen una mayor tasa de infecciones urinarias y de diabetes que las autóctonas, así como presentan mayor tendencia a padecer preeclampsias (153) .

En el parto se considera de gran importancia que la mujer esté acompañada por sus familiares y redes afectivas, principalmente las de la mujer, aunque cada vez más se va integrando a los padres. Es atendido por comadronas tradicionales sobre todo en las zonas rurales. En comunidades más tradicionales se considera que la mujer durante el parto está físicamente de “*cuero abierto a la naturaleza*” (134), por lo que es más frágil y requiere la

protección familiar. Dan importancia a la correcta manipulación de los fluidos corporales tales como la sangre y la placenta, los cuales son ligados al futuro bienestar de la madre y el hijo y su relación con la comunidad. La placenta tiene un significado de pertenencia, pues lleva parte de la madre y del niño, por lo que creen que debe tener una buena disposición final, así *“debe ser enterrada debajo de un árbol nativo o frutal, lo cual daría protección y fortaleza física al niño”* (134). De ello se extraen valores y creencias culturales muy ligados a la conexión y pertenencia del ser humano a la naturaleza y el contacto con la Tierra. Esta concepción se enfrenta con el espacio institucional y aséptico que caracteriza a las salas de parto de nuestro Sistema Sanitario. La mujer latinoamericana se enfrenta a un entorno ajeno sin redes familiares, en el que debe reconstruir su mundo de significados sobre el parto. Estas contradicciones son generadoras de estrés y tensión en la mujer inmigrante (145). Según Cabrillo y García (9) demandan más frecuentemente la anestesia que otros colectivos de mujeres, además, se observan mayores tasas de complicaciones en el parto, de bebés de bajo peso y de partos pretérmino que en mujeres autóctonas.

En cuanto al puerperio inmediato, se prioriza el mantener el calor de la madre y el hijo, junto con el reposo en cama y alimentar a la mujer con una sopa caliente de ave campesina y papillas de avena tostada para que suba la leche más rápido, así como jugos de frutas con leche y azúcar, fruta rallada (154). Posteriormente,

considerando que la mujer se encuentra tras el parto en período de fragilidad, se recomienda que durante cuarenta días la madre evite los cambios bruscos de temperatura, exponerse largamente al sol y realice trabajos pesados (134). La práctica de lactancia materna tiene gran importancia para la cultura latinoamericana, aunque, por otro lado, presentan un menor cumplimiento de los consejos dietéticos y terapéuticos y peores controles posnatales que las autóctonas (153) .

En la utilización del Sistema Sanitario en España destaca que las mujeres latinoamericanas culturalmente no están acostumbradas a un Sistema de Salud gratuito por lo que no realizan controles ginecológicos ni del embarazo sino que acuden directamente al especialista si tienen dinero (126). Sin embargo, cuentan con la ventaja de no tener dificultades idiomáticas por lo que aprenden rápidamente su funcionamiento y no les resulta difícil seguir las indicaciones y normas sanitarias pautadas (107), (153). Además, debido a la proximidad cultural, se integran en sociedad con más facilidad que otros colectivos de mujeres inmigrantes, y presentan mayor grado de aculturación en patrones de salud sexual y reproductiva, por lo que no suelen mantener los patrones de reproducción de sus países de origen, sino que, más bien, se igualan a los de las mujeres autóctonas (152), (153). Las mujeres latinoamericanas son conscientes de sus necesidades de salud y demandan la atención de los servicios públicos en mayor medida que otros grupos de mujeres inmigrantes (152).

2.2.2 Las culturas africanas.

Las mujeres inmigradas desde África proceden de la zona magrebí y del África subsahariana, mayoritariamente, de Nigeria, Senegal, Guinea Ecuatorial, Cabo Verde, Camerún y Mauritania (126). Entre los motivos que presentan las primeras para inmigrar destacan la reagrupación familiar y los económicos, mientras que en las mujeres subsaharianas las causas responden, además, a la necesidad de dejar atrás situaciones de conflicto armado, rebeliones y represiones (126), (155).

En cuanto a la cultura magrebí, las transformaciones, que actualmente, están aconteciendo en el mundo de las mujeres musulmanas se encuentran estrechamente ligadas a la interpretación de su salud sexual y reproductiva , así como, a los elementos fundamentales que componen su identidad, tales como el matrimonio, la fecundidad, la contracepción, la maternidad, lactancia, aborto y esterilidad (95). El aumento de la escolarización de las mujeres y su incorporación al mundo laboral ha influido en la disminución de las tasas de fecundidad, en la disminución del valor de la maternidad y en la construcción de la identidad femenina de la mujer en las sociedades musulmanas más desarrolladas (95). Hoy en día se perciben como expresa Lacoste-Dujardin (156) “*cambios hacia maternidades elegidas*”, lo cual es debido en gran parte a las necesidades de evolución y desarrollo de las regiones, pero también, y a pesar de la violencia

e imposición del fundamentalismo islámico, a la lucha por la reivindicación de los derechos de las propias mujeres.

A pesar de estas transformaciones acontecidas en el área musulmana, las mujeres magrebíes presentan altas tasas de analfabetismo un 83% las procedentes del mundo rural y un 46% las del medio urbano según describe Carrera (126). El bajo nivel de instrucción y la fuerte interiorización de las normas tradicionales y socio-religiosas condicionan la visión del embarazo, parto y puerperio (126). Es una cultura con un paradigma fuertemente marcado y regulado por la expresión religiosa del Islam, con un carácter de patriarcado que demanda de las mujeres maternidades numerosas, que garanticen la riqueza y el desarrollo de la comunidad, no obstante, este concepto varía sensiblemente en el mundo islámico, dependiendo de los diferentes ritos, de las normas jurídicas y de los Estados (157). La tradición cultural y religiosa musulmana fundamenta, entre otras cuestiones, la visión sobre la dignidad de la mujer, en su fertilidad, fidelidad al marido y capacidad de procreación (157). La Mudawana es el código familiar tradicional que recoge estos valores a pesar de que desde 2004 se promulgó un Código de Familia en Marruecos que defiende la igualdad entre hombres y mujeres (126). El reconocimiento social se alcanza, según el número de hijos y, como es propio de las sociedades patriarcales, a través del honor, que en esta cultura adquiere una dimensión colectiva en la que toda la familia, o clan, es honorable o resulta

deshonrado en función del comportamiento de cada uno de los individuos que integran el grupo. Es frecuente, en muchos de esos contextos, que las pautas de comportamiento que garantizan el honor del grupo dependan casi exclusivamente de la conducta sexual y reproductiva de las mujeres (157). En consecuencia, en muchos casos existe una cierta ansiedad por corresponder con un embarazo temprano, cumpliendo con el papel reproductivo asignado culturalmente, una vez que la mujer se ha unido en matrimonio. Esta ansiedad se manifiesta en el miedo a verse rechazada por el marido si no es fértil. Por ello normalmente sus embarazos son deseados, con entornos familiares estables, pero presentan dificultad para el cumplimiento de los controles y seguimiento del embarazo, ya que su visión del uso de la asistencia sanitaria es curativo no preventivo, por lo que no suelen acudir a los servicios sanitarios hasta una fase muy avanzada (149), (9). Además se considera que la correcta o incorrecta evolución del embarazo depende de la voluntad divina, más que de los controles prenatales (158). Por todo ello, es el colectivo en el que es más compleja la atención ginecológica, puesto que muestran un pudor exacerbado ante los hombres, lo que obliga, en muchas ocasiones, a recurrir exclusivamente al personal femenino para realizar la atención sanitaria. Es frecuente además, que muestren una escasa libertad de expresión en presencia de familiares, y también por motivos relacionados con las diferencias culturales (9).

Presentan un importante uso de prácticas preventivas o terapéuticas propias de su cultura durante la gestación, pero una vez consiguen comprender las pautas sanitarias autóctonas son el colectivo de mujeres inmigrantes que presenta menos problemas a la hora de cumplir con el tratamiento pautado (153). En cuanto a sus prácticas destacan las costumbres dietéticas muy ricas en hidratos de carbono y en las que se evita el alcohol y la carne de cerdo. Sobre el cumplimiento del precepto del ayuno en el mes de Ramadán las mujeres están exentas durante el embarazo y puerperio, pues culturalmente se prioriza la adecuada alimentación de la madre y del bebé, no obstante, con frecuencia hay mujeres gestantes que lo cumplen, ya que el seguimiento del mismo es causa de prestigio social (158). En cuanto al ejercicio físico durante la gestación suele ser escasa y evitan la actividad posprandial, esto unido al tipo de dieta, rica en hidratos de carbono, provoca una tendencia de las mujeres marroquíes al aumento de peso durante la gestación (9).

En cuanto al momento de parto es tradicionalmente atendido en la cultura de origen, sobre todo en zonas rurales por la partera o comadrona denominada “*kabla*” oficio heredado de madres a hijas (159). Las mujeres magrebíes suelen vivirlo con gran expresión de dolor y dramatismo, y en muchas ocasiones lo afrontan solas, puesto que culturalmente esta es una cuestión meramente femenina, por lo que el marido no acostumbra a acompañar este proceso (9) , (107). En múltiples ocasiones ello

genera un aislamiento comunicativo de la mujer magrebí, que desconoce o conoce muy poco el idioma (158).

En referencia al puerperio, dan gran importancia a la lactancia materna, que se considera esencial y especialmente sano para el hijo o la hija (153). Las mujeres musulmanas, por lo general, amamantan en privado, por pudor, y les resulta muy violento hacerlo en presencia de otras personas; por ejemplo, delante de las visitas de la otra paciente en la habitación del hospital (160). En los casos en que la madre no pueda amamantar a su bebé, lo hace generalmente una mujer de parentesco cercano que esté también en periodo de lactancia. Esta situación relacionada con la lactancia se debe hacer pública con el fin de evitar un futuro casamiento de dos hermanos de leche, puesto que la religión musulmana lo prohíbe (160). El consumo de calostro se considera positivo, al contrario que en otras culturas y el horario de la lactancia suele ser a demanda del hijo o hija, según el reloj biológico, esta práctica es más frecuente entre las mujeres provenientes de ámbitos rurales se le da de mamar al bebé cuando este lo demanda (160).

Las mujeres africanas procedentes de la zona subsahariana componen un colectivo muy heterogéneo con importantes diferencias culturales y socio-religiosas, precisamente lo que lleva a muchas de ellas a emigrar es el hecho de contar con una formación de estudios medios o superiores (126). A pesar de esta

heterogeneidad, provienen de sociedades en las que independientemente de sus lugares de origen, comparten cinco elementos culturales que los caracterizan como son la estrecha vinculación y contacto con la naturaleza; la supremacía del bien común frente al interés individual; la transmisión de conocimientos a través de la expresión oral y la memoria; el sentido de lo sacro, con una tradición que refleja una visión religiosa del mundo y de relación con el universo; y un concepto de la familia extensa en el que se incluye toda la ascendencia y descendencia cercana y lejana (159). El objetivo del matrimonio es la reproducción, y el respeto que una mujer recibe depende en gran medida del número de hijos. Por este motivo la fecundidad es alta, así como el número de familias numerosas, y en ellas el hombre tiene un estatus superior. La maternidad es el rol más importante de estas mujeres y los hijos deben colaborar con el trabajo a la economía familiar (9). La feminización de la vivencia del proceso reproductivo en esta cultura es patente; las mujeres se reúnen con sus madres, amigas, parientes y ejercen una red de apoyo matriarcal que les ayuda a trabajar y cuidar de los hijos, unas de otras, acompañándose especialmente en este período del ciclo vital. Es frecuente, incluso, compartir el amamantamiento, sobre todo en los primeros meses de vida (160) .

El embarazo, en esta cultura, es percibido como algo natural que no requiere un control exhaustivo; las consultas sanitarias están asociadas a la enfermedad, por lo que durante este período las

mujeres se consideran sanas, no sienten la necesidad de acudir habitualmente al centro sanitario (9). Además, debido a la experiencia sufrida en la época colonial, en la que se realizaban campañas encubiertas de esterilización, muchas todavía presentan desconfianza hacia los servicios de planificación familiar occidentales (160) . Todo ello contribuye a que las mujeres subsaharianas, en general, no estén acostumbradas a las revisiones ni a las medidas de prevención por la falta de asistencia sanitaria en sus países de origen. Sin embargo, se adaptan fácilmente a los patrones sanitarios de nuestro país y no suelen plantear problemas para la realización de las exploraciones ginecológicas, aunque requieren de gran intimidad y la presencia de familiares en la consulta suele inhibirlas (153). Presentan una gran tendencia al diagnóstico tardío del embarazo por lo que no efectúan un buen control gestacional, además dan gran importancia al uso de prácticas terapéuticas propias de su cultura para el cuidado de la gestación (153).

Conviene también destacar que hay culturas africanas que dan un gran valor a la sangre. De ahí que, frecuentemente, se extrañen e incluso se nieguen a las extracciones sanguíneas repetidas, sobre todo si no se les explica claramente cuál es el motivo (9). Respecto a sus prácticas dietéticas tradicionales durante el proceso reproductivo, las mujeres subsaharianas de la zona francófona utilizan una serie de remedios tales como el “*combó*” para relajarse, infusiones desintoxicantes y maceraciones de hojas

para “*lavar la sal del cuerpo*”, antihipertensivas como la “*quenquelibá*”, o facilitadores de la dilatación durante el parto como el uso del jengibre, o “*gonbó*”. El consumo de guindilla en los tres primeros meses de gestación , así como el pimienta picante durante el resto de la gestación y el puerperio es una práctica extendida incluso en las zonas del África anglófona, ya que se considera que este alimento es purificador de la sangre (154).

En cuanto al parto, tradicionalmente en sus países de origen, mayormente en las zonas rurales, es atendido por parteras que con carácter hereditario adquieren esta profesión(159). En nuestro entorno las mujeres subsaharianas presentan mayor porcentaje de multiparidad y partos eutócicos de expulsivo corto respecto a las autóctonas, no obstante, con mayor frecuencia suelen tener complicaciones tales como muerte por hemorragia (9). También les resulta difícil aceptar la realización de cesáreas, cuando lo requieren, puesto que en su lugar de origen es sinónimo de muerte (9). Durante el parto apenas expresan dolor, puesto que su manifestación en dicho momento es considerada una ofensa para la familia (160). Estas mujeres suelen chasquear los dedos rítmicamente y repetir una letanía durante el parto posiblemente para calmar el dolor (107). En cuanto a la postura para el expulsivo, en algunos países africanos la posición tradicional para el parto sigue siendo con la mujer sentada de cuclillas, que coincide con la postura en la que las personas habitualmente

trabajan y descansan en dichas regiones (160).

Respecto al puerperio, también presentan una alta predilección por la lactancia materna, aunque no dan gran importancia al calostro de los primeros días (153), (160). Se considera muy importante que la mujer coma mucho en este período (154).

Es habitual que las mujeres eviten el embarazo durante los meses posteriores al parto, ya que esto supondría cortar el amamantamiento, con el consiguiente riesgo para el recién nacido. En estos casos, el método anticonceptivo más habitual es la abstinencia sexual. Existen en toda África tradiciones relacionadas con este hecho, cómo la de cargar a los bebés hasta que cumplen 12 meses, amamantar hasta los 2 años de edad o la separación de la mujer de su marido en otra casa (160). Sin embargo también es extendida la creencia de que no debe pasar mucho tiempo entre un embarazo y otro, de 3 a 8 años, ya que si es así el próximo embarazo será muy difícil (154).

En cuanto al aprovechamiento de los recursos del Sistema Sanitario autóctono suele ser deficiente en este colectivo debido a la falta de hábito generado por la dificultad de acceso a la atención sanitaria en los lugares de origen (153). Los países subsaharianos de los que proceden suelen presentar bajo nivel socio económico y de desarrollo, con altas tasas de analfabetismo sobre todo en las mujeres. No obstante existen grandes diferencias, en cuanto al acceso a la atención sanitaria, entre las

zonas rurales y las urbanas. “*Se trata de países donde sólo el 63% de las embarazadas tiene acceso a un control prenatal y únicamente el 42% de los partos son asistidos por personal sanitario*”(9). Los embarazos y partos presentan numerosas complicaciones unidas a las infecciones de transmisión sexual, las deficiencias nutricionales, la anemia y el VIH/SIDA, que mata al 20 % de esta población (21). Además, en algunas de las zonas de las que son originarias se conocen algunas prácticas culturales nefastas para la salud reproductiva de las mujeres y las niñas, tales como las mutilaciones genitales, matrimonios precoces y forzados. También son más habituales que en Europa la violencia sexual y doméstica (161). La ablación puede generar problemas en las relaciones sexuales, en la época perinatal y en el parto - dependiendo del nivel de mutilación-, así como en las revisiones médicas en las que hay que acceder a la pelvis en general(161). La circuncisión masculina, entre los niños e incluso en bebés de pocas semanas se considera práctica de riesgo en España, ya que se lleva a cabo de forma tradicional, a cargo de un hombre considerado experto, sin ningún vínculo con el Sistema Sanitario (159). En nuestro país la realización de este tipo de prácticas se considera delito y sus consecuencias han sido extensamente escritas por la Organización Mundial de la salud (161), (162).

2.2.3 La cultura asiática.

Las mujeres asiáticas que llegan a nuestro país proceden de China

y de países de entorno musulmán como Pakistán, Afganistán y Kazakhashán, con culturas muy diferentes entre sí. Mientras que estas últimas comparten semejanzas importantes con las culturas magrebíes, las mujeres procedentes de China tienen un concepto de salud reproductiva muy específico.

El embarazo, parto y puerperio de la cultura china se enmarcan en una visión de la vida cada vez más occidentalizada, debido al desarrollo socioeconómico e industrial de esta zona. No obstante persiste un fuerte componente de la Medicina Tradicional Oriental que históricamente ha imperado, sobre todo en zonas rurales, con un concepto de la salud, la enfermedad y la persona enferma muy diferente a la visión biomédica occidental(160). La Medicina Tradicional Oriental se basa en el equilibrio de la energía vital, denominada chi, la cual se piensa que recorre el cuerpo humano. Dicha energía regula la estabilidad emocional, espiritual, física y mental de la persona y se puede ver afectada por energías positivas, denominadas yang, o negativas, ying. La enfermedad ocurre cuando se altera el flujo del chi y se produce un desequilibrio del yin y el yang (126). Esta teoría, junto con otras similares como la doctrina de los cinco elementos, han fundamentado la Medicina Tradicional. La fitoterapia, dietoterapia, ejercicios e higiene postural, así como masajes, acupuntura y meditación, entre otras, constituyen las técnicas para la curación en la cultura china (160). En función de esta tradición, durante el embarazo, parto o puerperio las mujeres, deben evitar

determinadas comidas porque dan frío o calor, y las necesidades van variando a medida que transcurre el proceso reproductivo. Así, se considera que durante el embarazo el cuerpo de la mujer permanece en un estado yin –frío-, y que, por tanto, debe evitar comer alimentos yin, como alubias, plátanos o melón, o bebidas frías, en el sentido térmico de la palabra (160) .

En cuanto a los patrones que suelen presentar las mujeres chinas principalmente en nuestro Sistema Sanitario, se destaca el aislamiento cultural e idiomático como principal dificultad. Por ello se detecta un mayor uso de diferentes prácticas preventivas o terapéuticas propias de su cultura (9). Utilizan los servicios sanitarios mucho menos que las inmigrantes de otras etnias y, por supuesto, que las autóctonas (153). Las demandas de asistencia sanitaria ginecológica y/u obstétrica más frecuentes están relacionadas con el embarazo y con los problemas ginecológicos durante la edad fértil. Apenas consultan sobre interrupción voluntaria del embarazo, lo cual puede ser debido a la dificultad y restricciones que tienen en sus países de origen para dar a luz a varios descendientes, ya que en algunos de estos lugares, se bonifica e insta a la madre para la interrupción voluntaria del embarazo en la segunda gestación (9). Por ello, la tendencia de esta población en España es el predominio de embarazos no planificados, sobre todo en cuanto al segundo hijo o hija, por lo que el diagnóstico suele ser tardío y el control prenatal dificultoso o escaso (9). Esta circunstancia viene reforzada, entre otros

factores relacionados con las diferencias culturales, con un intenso compromiso laboral, que condiciona su disponibilidad para el acceso a los controles y seguimiento de programas de prevención y atención a la salud materno-infantil. Además son muy poco partidarias de extraerse sangre ante la creencia de que las extracciones debilitan la salud (9).

El parto suele caracterizarse por ser de tipo espontáneo, con expulsivos muy largos y por ello con gran tendencia a los desgarros perineales (163). Suelen estar acompañadas por el marido. El 86% de los recién nacidos presentan la mancha mongólica congénita o su variante, la hiperpigmentación del escroto; está presente en un 31% de los varones chinos (9), y conviene conocerla para diferenciarla de otras alteraciones.

Respecto al puerperio, aún se considera que es uno de los momentos más vulnerables para la mujer y el niño. Por ello dan gran importancia a la cuarentena, sobre todo en los primeros 30 días, en los que la púérpera permanece gran parte del tiempo tumbada o descansando, siendo la familia, normalmente la madre, la que se encarga de los cuidados domésticos y del o la bebé (159). Se cuida especialmente la alimentación de la madre, aumentando la ingesta a cinco comidas al día. Según Raven y otros (164), los más utilizados en este período son los alimentos considerados calientes que son los ricos en proteínas, como la carne y los huevos; y se pueden hacer aún más calientes con la

adición de jengibre y vino. Estos dos últimos también se utilizan para enriquecer la sangre, estimular la expulsión de los loquios y la producción de leche materna. Por otro lado se prohíben los alimentos considerados fríos, como las frutas y hortalizas, que tienen efectos perjudiciales como la diarrea en el bebé y en la madre; inflamación, incomodidad, molestias y dolores de estómago, tos y retraso en la expulsión de los loquios (164).

En referencia a la alimentación del bebé, las mujeres chinas son proclives a la lactancia materna prolongada, pero esta práctica está viéndose alterada debido a la dificultad de conciliación con la vida laboral. Tienen gran tendencia a realizar las prácticas de cuidados preventivos propias de su cultura, por lo que en este aspecto tampoco realizan los controles posnatales (153).

2.2.4 La cultura europea.

Se diferencian dos grupos importantes en este apartado, por un lado, se encuentra la visión cultural que caracteriza al grupo de las mujeres procedentes de Europa del Este y, por otro, la de las mujeres autóctonas. Respecto a las primeras, se destacan aquellas provenientes de Rumanía, Bulgaria, Rusia, Polonia, Ucrania, Eslovaquia, Albania y países de la ex Yugoslavia (126). El principal motivo de su desplazamiento migratorio viene dado por la dificultad económica que atraviesan estos países y se trata de mujeres con una aceptable formación y preparación profesional (126). Las mujeres procedentes de Europa del Este presentan gran

proximidad cultural por lo que tienen un concepto de organización socio-sanitaria y de salud sexual y reproductiva muy semejante al autóctono(9). El concepto de familia suele reducirse al núcleo compuesto por el padre, madre e hijos o hijas, a diferencia del de familia extensa de las africanas y latinoamericanas. Son madres a una edad temprana respecto a las autóctonas, pero más tardía que en otras culturas, y tienen un promedio menor de hijos que otros colectivos inmigrantes (9). La figura de la mujer en la estructura social y familiar está marcada por dos estilos, según el nivel educativo y escala de valores familiares: en el estilo tradicional, el hombre es el cabeza de familia, es el que trabaja y aporta los medios, mientras que la mujer se dedica a las tareas domésticas y a la educación de los niños; en el estilo moderno, los dos esposos trabajan, y deben compartir las tareas domésticas (159). Por tradición la situación de la mujer debe ser sumisa y debe obedecer a su marido, no obstante, la visión más moderna presenta una división paritaria de roles en la vida familiar en la que cada uno participa según sus capacidades (159). En cuanto a la influencia religiosa, mayormente católica cristiana u ortodoxa, no ofrece dificultades especiales para la integración ni crea controversias importantes en el concepto de la atención a la salud sexual y reproductiva (159). Sin embargo, la educación sexual es insuficiente, incluso a día de hoy, en sus países de origen no está muy extendido el uso de preservativos, además es complicado todavía acceder

abiertamente a otros métodos de prevención como por ejemplo el DIU o las píldoras anticonceptivas (160). Todo ello condiciona la fecundidad y el comportamiento sexual de las mujeres, que presentan una mayor tasa de interrupción voluntaria del embarazo, de embarazos no deseados y de infecciones vaginales y urinarias que la población autóctona (153). No obstante, cuando se encuentran en nuestro país, son el colectivo con menor dificultad para el uso de anticonceptivos hormonales, métodos de barrera y DIU, así como, un menor uso de métodos anticonceptivos naturales en comparación con otros colectivos de mujeres inmigrantes como las subsaharianas o las magrebíes (153).

En referencia al embarazo y al control del mismo, en sus países de origen las mujeres no suelen seguir un programa especial de cuidados por lo que no están habituadas a un control gestacional exhaustivo. El seguimiento por parte de ginecología suele ser mensual, pero es bastante menos estrecho que el que se realiza en nuestro país (160). Una de las principales diferencias reside en la carencia de cultura sanitaria preventiva, ya que en sus países de origen la sanidad es primordialmente asistencial, aunque se encuentre bien organizada (126).

En cuanto a las prácticas preventivas centradas en la dieta Sánchez-Sicilia (154) refiere que en la dieta de las mujeres de Europa del Este durante el proceso reproductivo se da gran

importancia a la alimentación equilibrada y estas aumentan el consumo de frutas, verduras, lácteos y las cocciones a la plancha frente a su dieta habitual caracterizada por un elevado consumo de carne, patatas, harinas y salsas, así como, de alimentos fritos y empanados. En cuanto al ejercicio físico y la actividad, excepto que exista algún riesgo, no sufre importantes modificaciones durante la gestación, la mujer de Europa del Este mantiene la actividad laboral y suele trabajar hasta el último trimestre, sin especiales cuidados, aunque intentan no cargar con excesivo peso ni hacer ejercicio, sobre todo, en las últimas semanas de gestación (160). En cuanto a tradiciones culturales todavía vigentes, se cree que la madre debe ser protegida de malas noticias puesto que este hecho puede afectar al feto. Se considera, además, que la mujer debe parir joven, aunque poco a poco las estadísticas van igualando la edad de parto en los países de Europa del Este con la de los países occidentales (160) .

Durante el parto, culturalmente, también cuentan con la figura tradicional de la partera denominada “*moasha*”, esta era la mujer mayor que ayudaba en este momento y en el puerperio inmediato, actualmente es un oficio honorífico que pueden realizar también las madres jóvenes que acompañan a la mujer en el periodo de post-parto y que se relaciona con los ritos relacionados con el bautismo (159). El marido no suele estar presente durante el parto, sin embrago, cuando no existen las figuras femeninas de referencia habituales, como en el caso de la mujer inmigrante, el

hombre se ve obligado a modificar su rol, y asume el papel de acompañante (9).

En cuanto a la expresión del dolor durante el parto habría que diferenciar entre las mujeres provenientes de unas zonas y de otras, se destaca la conducta estoica y de tolerancia al dolor de las mujeres de origen eslavo (107), (160). Esta actitud puede estar directamente relacionada con los patrones de comunicación propios de esta cultura que tienden a una menor expresividad en cuanto al lenguaje no verbal se refiere (107). En referencia a la demanda de anestesia epidural suele ser la más baja respecto a otros colectivos (153). Tienen tendencia al parto pretérmino, lo cual se asocia a que suelen presentar tasas de hemoglobina bajas, indicándose la administración de suplementos de hierro y ácido fólico con mayor frecuencia que en mujeres procedentes de otras áreas geográficas(9), (153).

En el puerperio tienen menor adhesión a la lactancia materna que las mujeres autóctonas y que otros colectivos de inmigrantes (9). Las mujeres consideran que la lactancia se debe realizar en condiciones de silencio, relajación, poca luz y temperatura cálida. Se cree que la alteración de estas condiciones puede perjudicar la calidad de la leche y redundar en perjuicio de la salud de madre e hijo (160). Paradójicamente, en los países de Europa del Este hay un seguimiento muy detallado de la salud del bebé, lo cual se puede atribuir, además de a tradiciones sociales y culturales, a una

enorme preocupación en la sociedad por el desplome demográfico producido durante las últimas décadas. Esto hace que se valore especialmente el cuidado y la supervivencia de cada neonato (160).

En referencia al uso y acceso al Sistema Sanitario autóctono las mujeres procedentes de Europa del Este presentan como principales demandas las relacionadas con la anticoncepción y el embarazo, se adaptan bien y no presentan problemas administrativos ni asistenciales en las instituciones sanitarias (126).

Las mujeres autóctonas tienen una buena percepción de su salud sexual y buena disponibilidad para la información, los ámbitos educativos formales tales como la escuela y los servicios de salud han perdido importancia como fuentes de información, sobre todo entre las jóvenes, mientras Internet se ha convertido en una vía primordial para ello, la familia y los amigos siguen siendo las fuentes más consultadas (165). La sexualidad en la cultura autóctona es socialmente entendida como un hecho diferenciado de la reproducción al contrario que en otras culturas y las relaciones sexuales son un medio para buscar comunicación, placer y ternura (165). La reproducción en la cultura autóctona se entiende más como un derecho que como una obligación, se busca el empoderamiento de la mujer en su proceso y la crianza se concibe como un acto de responsabilidad social (133). La

integración de la mujer a la vida laboral fuera del ámbito doméstico ha provocado el retraso en la edad de inicio de la maternidad de las mujeres y la disminución de sus tasas de fecundidad, a pesar de que los riesgos para la salud de las madres e hijos o hijas asociados al proceso reproductivo han mejorado considerablemente en nuestro entorno (166). Estos avances han sido posibles gracias al aumento de la competencia técnica sanitaria y a la mejora de los aspectos relacionados con la Educación y la Promoción de Salud (166). Según Larrañaga y otras (165) el concepto de la mujer autóctona sobre la salud sexual y reproductiva está sufriendo una transformación debido a la situación de crisis económica existente, lo cual, se ha traducido en un descenso en el uso de los anticonceptivos, una reducción de la fecundidad y un retraso en la edad a la maternidad. La primera gestación se produce a edades más tardías que en otros colectivos culturales encontrándose actualmente en una media por encima de los treinta y un años, hecho que, a su vez, va modificando la concepción sobre la conformación de la familia en nuestra sociedad (165). En la cultura autóctona, de tipo occidental, predomina la familia nuclear con un carácter individualista frente a la colectivista y de familia extensa predominante en otras culturas, entre las que se incluye, la de la mujer gitana autóctona (167). Los distintos conceptos de familia y su influencia en la conformación de la identidad de la mujer condicionan, también, el patrón reproductivo, el afrontamiento de su proceso de embarazo,

parto y puerperio, y la toma de decisiones durante el mismo, así por ejemplo, el uso de la epidural es una decisión más personal en mujeres autóctonas frente a otras culturas en las que existe una consulta familiar para ello (107), (168).

En cuanto al embarazo las mujeres autóctonas presentan un elevado acceso a los servicios sanitarios y un buen control de la gestación. El diagnóstico es temprano, realizan las analíticas con la frecuencia prescrita y acuden a la Educación Maternal (153). En cuanto a las prácticas preventivas ligadas a la alimentación, en la actualidad va desapareciendo la creencia de que hay que aumentar la cantidad de ingesta durante el embarazo (comer por dos), pero se procura aumentar el consumo de lácteos, proteínas, frutas y verduras, así como se recomienda evitar los alimentos crudos para disminuir los riesgos de salmonelosis, y toxoplasmosis durante la gestación (127). El consumo de alcohol y tabaco se considera negativo, no obstante, un porcentaje elevado de mujeres andaluzas fuman durante el embarazo, hecho que aumenta en edades jóvenes y con bajo nivel social y cultural (169), (170) .

La realización de una actividad física moderada tal como nadar o pasear a buen ritmo se considera muy positiva en gestaciones normales, al igual que en el resto de culturas se desaconsejan los deportes y movimientos bruscos que requieren un esfuerzo importante (127), (9).

Respecto al parto, en España se ha impulsado un modelo de atención perinatal menos instrumentalizado y medicalizado, que busca potenciar el protagonismo de las mujeres y de la familia (171). Se intenta evitar la estandarización de los cuidados ante un proceso vital único para la persona. Así como la invisibilización de las propias mujeres en su proceso de parto, cuestión que ha sido ampliamente denunciada por usuarias/os y profesionales, y que como materia de preocupación institucional y política se recoge en la Estrategia para el Parto Normal, que cuenta con el consenso interterritorial (171). Las mujeres autóctonas suelen presentar mayor demanda de anestesia epidural que otros grupos étnicos (153). Y en cuanto a la persona de referencia en el acompañamiento cada vez se ha impuesto más la figura de la pareja sobre otras como la de la madre (153) .

En el puerperio inmediato las mujeres autóctonas presentan menor prevalencia en la lactancia materna que las mujeres inmigrantes, para disminuir esta tendencia existen numerosas asociaciones y organizaciones que buscan el fomento de esta práctica así como la de la donación a bancos de leche (172), (173). Sin embargo, en relación a los controles posnatales, la mujer autóctona respecto a las que provienen de otras culturas, presenta una alta adhesión y realización de los mismos(9).

***Capítulo 3: Cuidados del embarazo,
parto y puerperio en el marco de la
Atención Sanitaria.***

Capítulo 3: Cuidados del embarazo, parto y puerperio en el ámbito de la Atención Sanitaria.

El cuidado de la salud reproductiva es una práctica universal pero diversa y cambiante, que ha ido evolucionando a lo largo de la historia, según la cultura, la época y los recursos disponibles. Los principales organismos sanitarios relacionan los cuidados durante este proceso con un buen control sanitario del mismo y coinciden en asegurar que un inadecuado control de la gestación, también denominado control prenatal, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil (174), (175), (29) , (176), (141). La Organización Mundial de la Salud en su 57º Asamblea celebrada en 2004 (174), adoptó como primera estrategia la actuación sobre la mala salud reproductiva y sus graves repercusiones, puesto que esta representaba un 20 % de la carga mundial de los problemas de salud entre las mujeres y un 14 % entre los hombres. La Estrategia, aún vigente, aborda de forma primordial la atención durante el periodo prenatal, el parto y el puerperio, así como la atención al recién nacido y la promoción de la salud sexual. Dicho organismo también indica que la morbilidad neonatal y materna se reduce en relación directa a tres cuestiones: a la precocidad de la primera visita, a un número suficiente de controles durante el embarazo y al hecho de recibir durante el parto una atención adecuada (174). Para mejorar los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio y reducir las repercusiones

negativas que su déficit conlleva se establecen una serie de Estrategias de Salud reguladas por cada país y región (177).

3.1 Marco normativo y de referencia para el cuidado prenatal y puerperal.

El carácter universal del proceso de embarazo, parto y puerperio es una cuestión de interés mundial que ha implicado un debate internacional sobre su adecuado cuidado (174). Existen Recomendaciones, Normas y Estrategias promulgadas a nivel internacional, nacional y autonómico que pretenden adecuar la respuesta a las necesidades específicas presentadas en cada país y región. Destacan las Recomendaciones (85) y Estrategias en materia de Salud Reproductiva propuestas por la Organización Mundial de la Salud (174), (32), (177), (178), (179), (180) que sirven de fundamento a las de ámbito nacional (29), (143), (175), las cuales a su vez, se concretan a nivel autonómico andaluz (127), (142), (141). En la correcta atención al proceso reproductivo se incluyen, además, otras estrategias que en clave bioética (181), de humanización de la salud reproductiva (182) y como Guía de buenas prácticas (176) orientan las distintas actuaciones y protocolos en la atención sanitaria cotidiana.

3.1.1 Las Estrategias de la Organización Mundial de la Salud: los Objetivos del Milenio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer y el cuidado del niño como

una de las principales preocupaciones sobre salud mundial. En la 66ª Asamblea Mundial de la Salud (183), de esta organización que ha tenido lugar en Ginebra del 20 al 28 de mayo en 2013 se confeccionaron las distintas estrategias y acuerdos en los que participaron los diversos Estados y que han servido de marco para su posterior concreción a nivel estatal y/o autonómico (183). En concreto se profundizó en los puntos A66/14 (Seguimiento de las recomendaciones de las comisiones de alto nivel convocadas para mejorar la salud de la mujer y el niño), A66/19 (en lo referente al Plan de acción mundial sobre vacunas), A66/15 (Determinantes sociales de la salud), A66/24 (Cobertura sanitaria universal) (183). Esta Asamblea se encuentra en el marco de la labor iniciada con la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en Septiembre de 2000 (184), que implicó a los dirigentes mundiales de los 191 Estados Miembros a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medioambiente y la discriminación de la mujer. Para ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Estados Miembros fijaron un itinerario de objetivos y un plazo para su consecución, acordando como fecha el año 2015. Estos objetivos son los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y tienen además como base los valores y principios marcados en la Cumbre de Nueva York celebrada en 2010 (185). Con ellos se pretende mejorar la salud de la

población mundial disminuyendo la brecha de desigualdad económica, social y sanitaria entre los países (186). Los ODM se estructuran en 8 objetivos y 21 metas con indicadores específicos para medir los progresos obtenidos (185). La supervisión y evaluación de estos objetivos y metas ha sido llevada a cabo por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (185).

En materia de salud sexual y reproductiva tienen especial importancia la consecución de las metas marcadas para los objetivos ODM3, ODM 4 y ODM 5 que buscan promover la igualdad de los sexos y autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna respectivamente (187). En referencia al ODM3, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, concretado en su Meta 3.A, que buscaba eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015, se ha logrado que las regiones en desarrollo en su conjunto hayan disminuido los niveles de desigualdad en el acceso a la Educación Primaria, Secundaria y Terciaria; el porcentaje de mujeres trabajadoras con empleos vulnerables ha disminuido entre 1991 y 2015; y por otro lado, el porcentaje de representación de las mujeres en las instituciones parlamentarias y políticas ha aumentado considerablemente (188). No obstante,

según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (188), las mujeres siguen siendo objeto de discriminación laboral, en el acceso a los bienes económicos y en la toma de decisiones en la esfera pública y privada. Y presentan mayor probabilidad de vivir en la pobreza que los hombres. En cuanto a la probabilidad de asistir a la escuela las niñas y niños enriquecidos cuaduplican sus posibilidades respecto a las/los que se encuentran empobrecidas/os (188).

En cuanto al ODM 4, reducir la mortalidad infantil, según la OMS (179), 6,9 millones de niños menores de 5 años murieron en 2011, y casi un 75% de esas defunciones se debieron a seis causas principales: problemas neonatales, neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), problemas hoy en día muy controlados o erradicados en los países que han alcanzado un mayor nivel de desarrollo. La Meta 4.A consistía en reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de 5 años; además, pretendía alcanzar la cobertura universal en relación a la atención de la madre y el recién nacido con intervenciones eficaces y asequibles; la alimentación del lactante y del niño pequeño; la implantación de vacunas; la prevención y tratamiento de casos provocados por las principales patologías evitables; tales como neumonía, septicemia, paludismo; y la prevención y atención del VIH/SIDA. Estas intervenciones han

disminuido las tasas de mortalidad de menores de 5 años a más de la mitad entre 1990 y 2015, y en 2013 el 84% de los niños a nivel mundial recibió al menos una dosis de vacuna contra el sarampión según indica el Informe de la Organización de las Naciones Unidas de 2015 (188). Las intervenciones, promovidas por la OMS en su Enfoque Estratégico para fortalecer las políticas y programas de Salud Sexual y Reproductiva (32), son las referidas al cuidado domiciliario apropiado y tratamiento oportuno de las complicaciones en los recién nacidos; a la atención de las enfermedades infantiles en todos los menores de 5 años, y al programa ampliado de inmunización y alimentación del lactante y del niño pequeño.

El ODM 5, que se proponía mejorar la salud materna, priorizaba las Metas 5.A y 5.B que consistían en reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr el acceso universal a la salud reproductiva en el período comprendido entre 1990 y 2015. A este respecto desde 1990 hasta 2015 se ha conseguido disminuir la tasa de mortalidad materna en un 45%; ha aumentado la atención a los nacimientos con personal capacitado en más de un 59%; se ha incrementado a un 89% la proporción de mujeres que en África septentrional realizan 4 o más visitas de control prenatal, siendo esta la región con mayores dificultades en cuanto atención a salud reproductiva se refiere; y, el uso de anticonceptivos en mujeres de edad fértil se ha incrementado del

55% al 64% a nivel mundial (188). A pesar de ello, según la ONU en su Informe de Resultados sobre Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2015 (188), las desigualdades entre regiones siguen arrojando cifras inaceptables, la tasa de mortalidad materna es 14 veces mayor en las regiones en desarrollo respecto a las desarrolladas, y, solo, la mitad de las mujeres embarazadas en regiones en desarrollo recibe la atención prenatal mínima recomendada de cuatro visitas. Según la OMS (177), cada día mueren unas 800 mujeres en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría podrían haberse evitado (177). La OMS en su nota descriptiva de 2014 sobre Mortalidad Materna (177) ya apuntaba que la disminución de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2013 había disminuido un 2,6 % al año, pero distaba mucho de alcanzar el 5,5% anual necesario para el ODM5. Tasa que tampoco ha sido lograda en 2015 (188). Además estas diferencias también se extienden al ámbito intrarregional, en cuanto a las posibilidades de recibir una atención cualificada durante el proceso de embarazo, parto y puerperio en zonas rurales, un 56% de los nacimientos, respecto a las urbanas, un 87% de los nacimientos. Las principales causas están relacionadas, aún, con la carencia de suficiente personal competente en la prestación de atención en salud de rutina o de

emergencia(177), (189). Para una mejor orientación, unificación de criterios y calidad en la atención la OMS (190) publicó, ya en 1996, una guía práctica denominada Cuidados en el Parto Normal, que aún sigue siendo referente, en lo relativo al excesivo intervencionismo en el momento de parto en países desarrollados, y en cuanto a la correcta estrategia a seguir para evitar el mayor número de riesgos en países en desarrollo. Para la consecución del ODM 5, reducir la mortalidad materna, la OMS (32) ha fijado distintas áreas de trabajo con las que se propone fortalecer los sistemas de salud y la promoción de intervenciones centradas en políticas y estrategias eficaces, económicamente sostenibles, que favorezcan a las personas empobrecidas; evaluar el impacto de una mala salud materna y neonatal en el desarrollo social y económico de las poblaciones; establecer redes que permitan reducir los esfuerzos y mejorar el uso de los escasos recursos disponibles en la consecución de la salud materna y neonatal; promocionar las inversiones en materia de salud sexual y reproductiva destacando los beneficios como cuestión de derechos humanos y de equidad; coordinar las investigaciones con aplicación a gran escala centradas en la mejora de la salud durante el embarazo, parto y puerperio. Junto a estas áreas de trabajo y en el intento de materializar los objetivos propuestos, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) desde 1994 y los encargados de la adopción de decisiones

y los responsables de programas relacionados con la salud sexual y reproductiva de la OMS (32), han lanzado su preocupación por la mejora de temas que afectan mundialmente tales como el acceso y aumento de la calidad de los servicios de planificación familiar, de salud sexual y reproductiva, en la que se incluye el aborto y la reducción de este como recurso; el aumento de la proporción de partos atendidos cualificadamente; la manera de responder a las necesidades de las personas jóvenes con una información y servicios adecuados; y la integración de la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, en particular la causada por el VIH/SIDA.

En este sentido, los programas de atención de la salud del sector público, en colaboración con organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales de los 25 países, siguen en sus políticas sanitarias, el Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer las políticas y programas de Salud Sexual y Reproductiva (32). Este Enfoque Estratégico parte de un concepto de Salud Reproductiva en el que se tienen en cuenta los Derechos Reproductivos, la igualdad de género y el fortalecimiento de la capacidad de las personas para actuar y tomar decisiones y pone el énfasis en la mejora del acceso equitativo a la atención sanitaria y de calidad, de forma que los servicios se centren en las personas usuarias y respondan a las necesidades de la comunidad (32) Se está realizando un proceso gradual en tres etapas, una primera,

que pretende ayudar a los países en la evaluación de sus necesidades y prioridades en materia de salud reproductiva; una segunda etapa, de puesta a prueba de las políticas y adaptaciones de programas para atender dichas necesidades y, una tercera etapa, consistente en la ampliación de las intervenciones que hayan resultado eficaces (32). Se ha creado, además, una Comisión sobre la información y la rendición de cuentas para la salud de la mujer y el niño, que pretende ser acicate, veladora y evaluadora de los logros conseguidos y promesas incumplidas por los Estados comprometidos en la consecución de estos objetivos (32).

3.1.2 El cuidado del embarazo, parto y puerperio en el Sistema Sanitario Público Español.

A partir de la segunda mitad del Siglo XX se inicia en España un proceso de cambio en la atención al parto, en parte proveniente de la influencia de otros países tales como EEUU y Canadá; en ellos la atención materno-infantil estaba centrada en la familia y se comienza a demandar una atención humanizada durante el nacimiento (143). Así, en la década de los sesenta, basándose en las teorías sobre el apego de Bowlby (36), surgió un movimiento en Occidente que promovía el cambio en los procedimientos hospitalarios; principalmente se rechazaban los protocolos rígidos y aquellos que separaban a la pareja y/o la madre del bebé en el proceso de parto y nacimiento. En esta línea, en 1985 en

Fortaleza (Brasil), la Oficina Regional Europea (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Oficina Regional para las Américas (OMS), celebraron una conferencia internacional con la participación de comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, psicólogos, sociólogos, economistas y madres, entre otros, en la que se elaboró una serie de propuestas y recomendaciones recogidas en la denominada Declaración de Fortaleza (85). En ella, se refuerza, el concepto de que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos, por lo que la atención prestada debe ser ajustada a dicha concepción; así, la tecnología prevista debe ser apropiada e individualizada para cada parto/nacimiento y se reconoce el importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan. La necesidad de vivir la experiencia del parto y nacimiento como un proceso único, especial y con un gran significado vital no debe estar reñida con la posibilidad de acceso a las condiciones de seguridad y profesionalidad ofrecidas por el servicio de salud (85).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en colaboración con la World Association of Perinatal Medicine (WAPM) y otras Sociedades nacionales e Internacionales de atención Perinatal, Obstétrica, Pediátrica y Neonatología, elaboraron en septiembre de 2001 la denominada Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido

(191), cuyo objetivo era lograr que en el siglo XXI el proceso reproductivo humano tuviera lugar, en cualquier parte del mundo, en condiciones de bienestar físico, mental y social, tanto para la madre como para su hijo, superando los brutales desequilibrios actuales. En este documento, las organizaciones citadas instan a las instituciones políticas y sanitarias supranacionales, a los gobiernos de todos los países del mundo, a los legisladores de los Parlamentos democráticos y a las organizaciones no gubernamentales (ONGs), así como a todas las instituciones públicas o privadas cuya labor sea el cuidado de la salud reproductiva de la humanidad, a que cumplan y hagan cumplir dichos derechos. Entre ellos se destacan la información y libre decisión de la mujer respecto a la maternidad, el control de natalidad y parto, el derecho a una correcta atención y nutrición durante la gestación y el puerperio, y otros temas referidos a la integración social y conciliación laboral. Sobre la madre, queda recogido en el artículo 13 que aquellas mujeres que presenten alteraciones de salud relacionadas con su adicción a las drogas, SIDA u otros problemas sanitarios que generen estigmatización, tienen derecho a una atención específica, así como la igualdad de condiciones en la atención sanitaria de las embarazadas inmigrantes respecto a las del país de acogida. Respecto al bebé, se priman los derechos a recibir una correcta atención sanitaria y a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social

existentes en cada país. También se prima la necesidad de limitar el esfuerzo y el encarnizamiento terapéutico cuando la inmadurez de la/el recién nacido/a es inferior al límite de viabilidad; tampoco deben aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas extraordinarias tras el nacimiento cuando el feto llega a término con malformaciones incompatibles con la vida. En estos casos los padres deberán ser informados de forma adecuada y participar en las decisiones antes del parto, siempre que ello sea posible, además en este tipo de situaciones, se valorará y se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y sanitario del lugar del nacimiento vida (191).

En el cuarto Derecho de la Declaración de Barcelona se expresa que toda criatura recién nacida tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas, y bajo ningún pretexto se justifican las mutilaciones, que son ilegales y están penalizadas en España, por lo que los sanitarios están obligados a comunicarlas siempre que las detecten (191). El quinto afirma que toda criatura nacida tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como a una nacionalidad. El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida (191). Esta posibilidad es de interés para los hijos e hijas de madres que no presentan regularidad administrativa, creando a veces situaciones de cierto vacío legal en cuanto a la identificación y nacionalización de los

hijos e hijas nacidas en España: nuestro país se rige por el *Ius sanguini*, con lo cual la nacionalidad no se adquiere por nacer en este Estado, sino que se hereda de los progenitores (192).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), además, desde su Comité de Solidaridad propone una serie de estrategias institucionales en el terreno de la salud materno-infantil, en tres líneas principales:

Priorizar la formación de los profesionales sanitarios implicados en el proceso reproductivo -obstetras, neonatólogos, matronas, enfermeras, etc.-, con la ayuda de las Sociedades científicas y profesionales, tanto nacionales como internacionales. Especialmente valiosa podría ser la cooperación entre ONGs e instituciones con experiencia en formación y entrenamiento.

La posibilidad de hermanamiento entre las Sociedades Científicas Nacionales, de forma que una Sociedad Científica y Profesional de un país desarrollado apadrine a una Sociedad de un país en vías de desarrollo. En el campo de la Obstetricia y Ginecología, el modelo que se ha impuesto es el desarrollado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en el marco de *Save the Mothers Initiative*.

El hermanamiento entre hospitales es otra de las propuestas. La idea es que los hospitales, en este caso las unidades de Tocoginecología de los países más desarrollados, con una buena

dotación de recursos tanto a nivel humano como tecnológico, se emparejen con centros hospitalarios de los países que se encuentran en vías de desarrollo.

La SEGO presentó, además, el Documento de Consenso de Asistencia al Parto Normal (193), publicado en 2003, en el que se recogen tanto las recomendaciones más adecuadas sobre la asistencia al parto como una guía práctica de actuación e identificación de signos de alarma, los criterios necesarios para el alta hospitalaria y la revisión postparto. Incluye también los aspectos médico-legales y documentos informativos relacionados con este proceso. Dicho documento ha sido posteriormente actualizado mediante las Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto (194) publicadas por la misma organización en enero de 2008. En ellas se considera que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor.

En esta línea el Sistema Nacional de Salud desarrolló y aprobó en Pleno del Consejo Interterritorial en 2007, la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) (175). El parto normal se define, según la European Network of Childbirth Associations (ENCA), como aquel que ocurre *“cuando el trabajo del parto comienza de forma espontánea, la mujer pare a su bebé y a la placenta a su ritmo y por sus propias fuerzas y el bebé se queda con ella en todo momento”* (195). La OMS identifica el parto normal con las siguientes características: “Comienzo espontáneo,

bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (190). La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), por su parte lo define como: *“el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”* (196).

Por otro lado, el proceso de embarazo, parto y puerperio, en toda su amplitud, se puede encontrar ligado a múltiples circunstancias relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la mujer. Existen en la legislación española vigente múltiples referencias normativas que tienen que ver con dicho proceso; temas como la igualdad de oportunidades y la violencia contra las mujeres, incluyendo el acoso y la violencia sexual, así como, la regulación de la atención a la interrupción voluntaria del embarazo serían algunas de las circunstancias que transversalmente pueden acontecer. Se recogen las principales en el siguiente cuadro:

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESPAÑA:
NORMATIVA Y ESTRATEGIAS**

- Artículo 43 de la Constitución Española de 1978, establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos.
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.
- RD de 28 Junio de 1991, que establece las actividades asistenciales de enfermería obstétrico-ginecológica en relación a la salud reproductiva y, en concreto, a la vigilancia del embarazo normal y la atención al parto.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal, que en su articulado recoge aquellos delitos que atentan contra la libertad e indemnidad sexual, en concreto, las agresiones sexuales (art.178–art.180), los abusos sexuales y el acoso sexual.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que determina las actividades de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que reconoce que en la violencia de género se incluyen aspectos que tienen que ver con las agresiones sexuales y con el acoso sexual, y por ende con la igualdad, el respeto y la autonomía en las relaciones afectivas y sexuales; así, en su art. 1 incluye en la definición las agresiones que impiden la libertad sexual.

Normativas relacionadas con salud sexual y reproductiva en España.

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESPAÑA:
NORMATIVA Y ESTRATEGIAS**

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el anexo II, dedicado a atención primaria, punto 6.2 -servicios de atención a la adolescencia-, se hace referencia a la promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Igualmente, en el punto 6.4 hay una sección específica de atención a personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual, con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la Igualdad efectiva de Mujeres y Hombres, en la que a través del artículo 27 se recoge el compromiso para integrar el principio de igualdad de oportunidades en políticas sanitarias. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011), en aquellas acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida. 2º Borrador (España 2008-2012), del Ministerio de sanidad y Política Social.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Normativas relacionadas con salud sexual y reproductiva en España.

Nuestro país, a partir de la Ley General de Sanidad 14/1986, actualizada el 13 de junio de 2015, y hasta la promulgación del Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se ha caracterizado por tener un Sistema Sanitario público con una extensa cartera de servicios, unos indicadores de salud óptimos y una cobertura universal y equitativa. Aunque este sistema se encuentra amenazado por la situación socioeconómica actual, por el momento, aunque con gran dificultad, las líneas de desarrollo siguen tratando de orientar la asistencia sanitaria hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica y centrada en la persona usuaria, entendiendo que estos son los criterios básicos para la implementación de nuevas estrategias que garantizan unos servicios asistenciales de calidad. En este sentido se encuentran incluidos en la normativa legal sanitaria, más actual, aspectos que intentan atender a la diferencia cultural en la población, así, en la Estrategia de atención al Parto Normal se contempla la atención a la multiculturalidad como uno de los ejes transversales de equidad, junto con otros como la diversidad de capacidades y la perspectiva de género (175). En este contexto, la humanización e introducción de aspectos interculturales tienen aún más sentido tanto desde el punto de vista social como económico, puesto que la proporción de partos de mujeres inmigrantes representa

aproximadamente entre el 20 y el 50% de todos los partos atendidos por hospitales públicos, según Tejero (159). En España, la mujer inmigrante afronta desigualdades sociales, económicas, culturales y de género, y puede presentar dificultades en la incorporación y el acceso al Sistema Sanitario con normalidad (192). La época perinatal, es por motivos obvios, un tiempo importante para aplicar acciones que subsanen estas deficiencias (159). En esta línea se promulga, el 3 de marzo de 2010, la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, mediante la que se pretende adecuar el marco normativo español al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva (197). En el artículo 3 de esta Ley Orgánica 2/2010, referido a los principios y ámbito de aplicación, se reconocen los derechos de libertad, intimidad y autonomía de todas las personas para adoptar decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva, sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas; también se expresa que nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (197). En el artículo 4 de la Ley

Orgánica 2/2010 se especifica la garantía de igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud, siendo el Estado, en el ejercicio de sus competencias de alta inspección, quien velará por la misma (197). En relación al nivel de políticas públicas para la salud sexual y reproductiva, el artículo 5 de esta Ley 2/2010 refiere, por un lado, la necesidad de promocionar las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual, y por otro la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales (197).

En cuanto a las medidas en el ámbito sanitario, respecto a la formación de los profesionales se habla, en el artículo 8 -Ley 2/2010-, de incluir en los aspectos formativos la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables.

Por otra parte, en su artículo 11 se decide la elaboración de la Estrategia en salud sexual y reproductiva que fue publicada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad posteriormente en 2011(29), y en ella se reconoce y recoge la independencia entre ambos procesos pertenecientes a la salud de la mujer, es decir entre el sexual y el reproductivo; también se describe la situación de la salud reproductiva en España, así como las líneas estratégicas específicas y transversales para embarazo, parto y puerperio. Dichas líneas tratan cuestiones tales como la

Promoción de la Salud en este ámbito, la atención y cuidados, la formación de los profesionales que atienden el proceso, la participación de las mujeres y sus parejas, la coordinación institucional y la investigación, innovación y buenas prácticas al respecto; también se plantea el marco teórico para el seguimiento y evaluación de dicha estrategia, la cual es desarrollada en doce líneas estratégicas.

La importancia que tiene el ámbito laboral en la vida de la mujer de la sociedad actual implica conciliar la vida personal, familiar y laboral durante la crianza, así como la elección de mantener la lactancia mediante el permiso de maternidad, asegurando una protección laboral y social durante ese tiempo(165). Para la regulación de este derecho surgió la Ley 39/1999 de Conciliación entre la Vida Familiar y Laboral, la cual ha sido recientemente reformada mediante el Real Decreto -Ley 3/2012 sobre la Reforma Laboral, que incluye algunos cambios en lo referente a conciliación familiar y laboral. Las principales modificaciones se producen en el permiso de lactancia (art.37 apdo.4) consistente en la posibilidad de disfrutar, la madre o el padre trabajadores, de una hora de ausencia del trabajo, hasta los nueve meses de edad, introduciendo en éste el derecho a optar a dicho permiso, también en caso de adopción o acogimiento. Y aclarando que sólo puede ser disfrutado por uno de los dos progenitores.

La reducción de jornada (art.37apdo.5) para aquellas personas

trabajadoras que tengan a su cargo un menor de 8 años o una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial que no desempeñe una actividad retribuida. Se puede optar al derecho de reducción de la jornada de trabajo diaria, con la disminución proporcional del salario entre, al menos, un octavo y un máximo de la mitad de la duración de aquella. Con la nueva reforma se especifica el término diaria para el tipo de jornada.

Respecto a los criterios para la reducción de jornada (art.37apdo.6) se alude a que la concreción horaria y la determinación del período de disfrute del permiso de lactancia y de la reducción de jornada, previstos en los apartados 4 y 5 de este artículo, corresponderá a la persona trabajadora, dentro de su jornada ordinaria. Con la Reforma, los convenios colectivos podrán establecer criterios sobre los horarios en los que se pueda disfrutar de la reducción de jornada. Además, el trabajador o la trabajadora deberá avisar al empresario con quince días de antelación, precisando la fecha de inicio y de cese del permiso de lactancia o reducción de jornada, salvo tener problemas de fuerza mayor (198), según refiere este apartado. Si existiesen discrepancias entre empresa y persona trabajadora sobre la concreción horaria y la determinación de los períodos de disfrute previstos, se establece un procedimiento para la resolución (198).

En cuanto a las vacaciones no disfrutadas por maternidad (art.38 apdo.3) la mujer trabajadora puede tener hasta 18 meses para las

vacaciones que no ha podido disfrutar por embarazo, parto, lactancia o suspensión del contrato en el año correspondiente, desde que ese año termina (199).

En cuanto al derecho de las personas extranjeras a recibir atención sanitaria en España, la normativa legal que regula dicho acceso ha sufrido cambios recientes. A nivel legal, uno de los avances más significativos que se dieron con la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social con respecto a la Ley Orgánica 7/1985 fue la inclusión, en el artículo 12, del derecho a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes en igualdad de condiciones con los españoles (200). Aunque posteriormente se realizaron dos nuevas reformas a esta Ley en 2003 y en 2009, este derecho no fue modificado hasta el 24 de abril de 2012, cuando se publicó el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (201). En consecuencia, hasta finales de marzo de 2015, habían quedado excluidos del derecho a la asistencia sanitaria todos aquellos extranjeros que no contasen con residencia legal y presentasen una situación de irregularidad administrativa, hecho que, aún hoy, les dificulta el acceso a la Tarjeta Sanitaria en algunas Comunidades Autónomas españolas, requisito imprescindible para una atención continuada de salud (201). En este período se reconocía el derecho a recibir asistencia sanitaria pública de urgencias, pero no a la continuidad de

atención en salud posterior, si esto fuera necesario (201). Lo cual ha repercutido, aún más en la sobresaturación de los servicios de urgencias para problemas de salud que no tienen tal carácter, o no debieran serlo por falta de prevención (202).

Sin embargo, las mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio inmediato, independientemente de su situación administrativa, se encontraban excluidas de la aplicación de dicha ley, por lo que han tenido garantizada la asistencia sanitaria pública junto con los menores de edad (201). De la misma manera esta normativa no afectaba a aquellas personas extranjeras que se encontraban en situación de regularidad administrativa que han disfrutado de atención sanitaria pública en igualdad de condiciones legales que la población autóctona (201). El Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud ha generado conflictos entre las Comunidades Autónomas y ha fomentado la disparidad de criterios de actuación en la atención sanitaria de la población inmigrante (203). Su aplicación completa se ha llevado a cabo en las Comunidades de Aragón, Baleares, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Navarra y Madrid, el resto de Autonomías han practicado la objeción a la aplicación de dicha Ley, en lo referente a la prestación de servicios sanitarios a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, durante su período de vigencia (204).



Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor. Médicos del Mundo. 2012.

<http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/553/Mapa-semáforo-exclusión-reforma-sanitaria-MdM28nov12sinem>

LEYENDA DEL MAPA-SEMÁFORO

VERDE: El gobierno de la comunidad rechaza la aplicación del RDL.
AMARILLO: El gobierno de la comunidad aplica el RDL pero articula procedimientos de atención a personas migrantes en situación de irregularidad administrativa.

ROJO: El gobierno de la comunidad aplica el RDL ejerciendo la exclusión de las personas migrantes en situación irregular y formalmente solo asegura la atención de emergencia, a menores y a embarazadas.

El 31 de marzo de 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad expresaba en los Medios de Comunicación la intención de enmendar el Real Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, en lo concerniente a la Atención Sanitaria a personas en situación de

irregularidad administrativa (205). El 21 de agosto de 2015, mediante circular interna emitida por la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria de Madrid a los centros sanitarios de la región, la Comunidad de Madrid se ha desligado del conjunto que cumplía el Real Decreto Ley 16/2012 (206). El 25 agosto de 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó, a través de nota de prensa, su intención de devolver el Derecho de acceso a toda la Cartera de Servicios Sanitarios ofrecidos en nuestro país a las personas inmigrantes que se encuentran en situación de irregularidad administrativa, reconociendo la necesidad de disminuir las diferencias y consensuar la respuesta de todas las Comunidades Autónomas (203). Sin embargo, la obtención de la Tarjeta Sanitaria no está clara (203). La ausencia de un documento de identificación, la percepción de ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional o la imposibilidad de darse de alta en el padrón municipal siguen siendo algunas de las circunstancias que dificultan la obtención de la Tarjeta Sanitaria para los inmigrantes (62).

3.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en Andalucía.

La mujer en Andalucía cuenta con un sistema de protección social y sanitaria que se concreta en una serie de Derechos Laborales y Sanitarios. Estos derechos se encuentran fundamentados por la

Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (207), el Real Decreto Legislativo 1/1995, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (208), y por la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (197), que se concreta en la Estrategia Andaluza de Salud Sexual y Reproductiva. Así, en el ámbito laboral, la mujer trabajadora en proceso reproductivo residente en Andalucía, incluyendo a la mujer inmigrante en situación de regularidad administrativa, puede disfrutar de los Derechos y Garantías regulados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (209)

consistentes en: el derecho a la adaptación de la labor profesional a situaciones de embarazo y lactancia natural, es decir, la empresa debe adecuar las condiciones y/o el puesto de trabajo durante el período de embarazo y lactancia materna evitando posibles riesgos de salud para la madre y/o su descendencia, si no existiese puesto de trabajo o función compatible, se podrá destinar a la trabajadora a un puesto que no corresponda con su categoría profesional, si bien conservará el derecho a las retribuciones de su puesto de origen (210); el derecho a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, a través de la reducción de la jornada, la utilización de la jornada continuada, el horario flexible u otros modos de organización del tiempo que permitan una mayor compatibilidad familiar y laboral (211); el derecho a la obtención

de los permisos laborales por maternidad, paternidad y permiso por lactancia por hijo/a nacido/a o adoptado/a, cuyo período de descanso, puede ser disfrutado por la madre o, a opción de esta, compartido con el progenitor en el caso de que ambos trabajen, sin perjuicio de las 6 semanas posteriores al parto de descanso obligatorio para la madre; el derecho a los permisos familiares para la realización de exámenes prenatales y preparación al parto, y en los casos de nacimiento de hijos o hijas prematuros hospitalizados; el derecho a pedir excedencia laboral durante un período no mayor de 3 años, sin perjuicio de perder el puesto de trabajo durante el primer año y considerándose los dos primeros años como tiempo cotizado a efectos de Seguridad Social, en este se incluyen los casos de acogimiento provisional (199); la mujer también tiene derecho a percibir las bonificaciones correspondientes en las cotizaciones a regímenes públicos de protección social, respecto a la percepción del cómputo de días de cotización por parto, el alcance de estos beneficios varía según la normativa aplicable para trabajadoras por cuenta propia y autónomas (209).

Las prestaciones y ayudas públicas en Andalucía para el cuidado y atención de los hijos o hijas, son de dos tipos fundamentales, estableciendo diferencias según se presenta un carácter contribuyente o no contribuyente. Las contribuyentes son destinadas a personas que residan en territorio español y estén

afiliadas y en alta, o situación asimilada, en el Régimen General o los Regímenes Especiales del Sistema de Seguridad Social o en cualquier otro régimen público de protección social; las de carácter no contributivo son las destinadas a personas que residan en territorio español, en situación de necesidad, aunque no hayan cotizado nunca, y cuyos ingresos anuales no sean superiores a un límite establecido (209). Para las primeras, es decir las contributivas, existen tanto las prestaciones económicas por maternidad y paternidad como la prestación económica por riesgo durante el embarazo y la lactancia natural. Las de carácter no contributivo, presentan diversas posibilidades según la necesidad familiar entre las que destacan: la prestación económica por hijo o menor acogido a cargo; por nacimiento o adopción de tercer o sucesivos hijos; por nacimiento o adopción de hijo, en supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madres discapacitadas; por parto o adopción múltiple o por cuidado de hijo, de menor acogido o de otros familiares (209). Otras medidas comunes existentes para ambos casos son la posibilidad de disfrute de ayuda económica para las familias andaluzas que al nacer su tercer hijo o hija o sucesivo tengan otro o más hijos o hijas menores de tres años; ayudas económicas por partos múltiples; el reconocimiento de la condición de familia numerosa y expedición de los títulos y carnés individuales; la posibilidad de acceder a un servicio de atención socioeducativa y taller de juego;

recursos complementarios del ámbito educativo como al aula matinal, actividades extraescolares, comedor escolar, gratuidad de libros de textos (de 6 a 16 años) y transporte escolar en determinados supuestos; en el ámbito sanitario, la gratuidad de medicamentos y productos sanitarios para niños y niñas con menos de un año; así como, el programa gratuito de salud bucodental para niños/as entre 6 y 15 años (209). Estas prestaciones facilitan la etapa de puerperio para aquellas mujeres que se encuentran laboralmente activas o bien en proceso de búsqueda de recursos económicos a través de una actividad laboral. Existen, además, una serie de beneficios fiscales, incentivos y ayudas al nacimiento que afectan al impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF), con una deducción por maternidad en cuota diferencial de hasta 1.200 euros al año por cada hijo menor de tres años de edad a favor de aquellas mujeres que cumplan determinados requisitos y que puede ser abonado anticipadamente, si se solicita. Y al impuesto sobre el valor añadido de los productos consumidos (IVA), con exenciones de los servicios educativos y de los servicios de protección de la infancia y juventud y tipo superreducido para materiales escolares (209). Finalmente, habría que hacer hincapié en la necesidad de proteger a la mujer frente a la discriminación laboral por su estado de embarazada o puérpera, entendiendo que todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la

maternidad constituye discriminación directa por razón de sexo. Se anularán los despidos en casos en los que la trabajadora se encuentre embarazada, con permiso por maternidad, por riesgo durante la gestación o en período de lactancia natural, con enfermedades provocadas durante el embarazo, parto o puerperio inmediato y siempre que no hayan transcurrido más de nueve meses desde el nacimiento del/la hijo/a (209). No obstante, estas posibilidades sólo suelen ser percibidas por aquellas mujeres que presentan una situación laboral muy estable, y por tanto no representativa de la mayoría de ellas; sobre todo en el caso de las extranjeras en Andalucía, fundamentalmente ligadas al sector agrícola y de servicios, con condiciones laborales muy supeditadas a contratos temporales (165), (8).

En referencia a los Derechos Sanitarios, el Sistema Sanitario Público de Andalucía ofrece a las mujeres Asistencia Sanitaria gratuita durante el proceso de embarazo, parto y post-parto, independientemente de su nacionalidad y situación administrativa (201). Para ello se requiere la Tarjeta Sanitaria de Andalucía, que puede solicitarse en el Centro de Salud más cercano al domicilio. Es el documento que identifica individualmente a los usuarios ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía y posibilita el acceso a la historia clínica electrónica, la prescripción mediante receta electrónica y permite la retirada de medicamentos en la farmacia (212). Para la adquisición de dicha tarjeta es

imprescindible presentar los datos administrativos de identificación, documento nacional de identidad o documento equivalente; los datos acreditativos de la condición de asegurado o beneficiario, mediante documento expedido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los datos acreditativos de residencia en Andalucía a través del certificado de empadronamiento (212). En el caso de mujeres inmigrantes o autóctonas, que se encuentran en Andalucía, en situación de irregularidad administrativa algunas instituciones como Cáritas, Cruz Roja y Fundación Cepaim, entre otras, ofrecen acogida a personas que inicialmente no cuenten con otros recursos. En concreto, el Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) ofrece el Programa para Madres Jóvenes, dedicado a la atención social, facilitación de recursos y/o acogida temporal a mujeres que se encuentran en situaciones especiales de exclusión, prostitución o trata, adolescencia, inmigración y mujeres embarazadas o con hijos/as en situación de riesgo, cuyas circunstancias económicas y familiares les impidan permanecer en su medio ante el posible riesgo para ellas o sus descendientes (213).

La Atención Sanitaria prestada a la mujer residente en Andalucía se estructura, a través del denominado Proceso Asistencial Integrado (PAI) del embarazo, parto y puerperio, que pertenece al mapa de procesos asistenciales integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el que actualmente se ofertan los

diversos servicios sanitarios existentes en nuestra Comunidad Autónoma (141).

La Gestión por procesos pretende un abordaje integral, que implica la valoración de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que esta finaliza, favoreciendo con ello la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. En el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) la atención al embarazo, parto y puerperio es realizada de forma coordinada por distintos profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada, en diferentes espacios y momentos de atención (214). El PAI embarazo, parto y puerperio se define como el *“Conjunto de actuaciones realizadas por el equipo multidisciplinar, de distintos ámbitos de actuación, dirigidas a la atención integral de la mujer con diagnóstico positivo de embarazo”* (141). Los principales objetivos respecto al Programa de Control del Embarazo referidos en el PAI consisten en reducir la morbi-mortalidad neonatal, disminuir el número de abortos, descender la incidencia de recién nacidos de bajo peso y la morbi-mortalidad materna, también se prioriza, el fomento de una lactancia natural materna (141), (214). Las actividades están dirigidas a la captación precoz, la realización y cumplimentación de las visitas establecidas en los tres trimestres de la gestación, la educación maternal, la asistencia al parto, al puerperio y la atención y cuidado del o la recién nacido/a, así

como la conexión con los Programas de Salud Infantil y la oferta de los servicios de Planificación Familiar (214). En cuanto al control del embarazo, existe cada vez mayor consenso sobre la importancia de captar precozmente a la mujer gestante en la atención prenatal y el control del embarazo. El número de controles posteriores, los criterios y actuaciones pueden variar en función del país, autonomía o área sanitaria de salud, pues se pretende ser flexible según las necesidades que presenta la población y según los recursos sanitarios que tenga dicha área (174). El PAI se basa en las recomendaciones pautadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (174), que establece un mínimo de 5 visitas realizadas por profesionales correctamente formados. Y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (215), (194) la cual presenta el control del embarazo entendiendo este como un proceso que comienza incluso antes de que la gestación se produzca, es decir, ya en la fase de planificación del mismo, momento en el que se debe administrar una asistencia en Consulta Preconcepcional cuyo principal objetivo es promover la salud de la mujer y de su futura descendencia. Este tipo de intervención, basada en la Promoción de la Salud, permite evaluar con anterioridad a la gestación el riesgo reproductivo y las acciones a realizar en función de este y de las enfermedades halladas, además, presta atención especial a los problemas médicos y psicosociales, así como pone un mayor

interés en la prevención (215), (194). La frecuencia en el número de consultas prenatales sucesivas está determinada por las necesidades individuales de cada mujer y los factores de riesgo asociados (215). La SEGO (215) concuerda en que la realización entre 7-10 consultas prenatales disminuye los riesgos y obtiene mejores resultados perinatales, por debajo de las 5-6 visitas considera que la gestación no se encuentra bien controlada. El número de visitas recomendado puede incrementar si la mujer presenta complicaciones médicas u obstétricas, el intervalo va a estar determinado por la naturaleza y gravedad del problema (194). La evidencia parece demostrar que el aumento por encima de las 10 visitas en embarazos normales, es decir sin riesgo ni complicaciones, no presenta diferencias significativas en relación a la mortalidad materna ni a las enfermedades hipertensivas (eclampsia e hipertensión gestacional)(176). A nivel andaluz el cronograma de seguimiento correcto marcado para este proceso se concreta en una valoración inicial en consulta prenatal y 9 visitas de control, distribuidas según edad gestacional (Anexo 2) (141). Paralelamente se oferta el Programa de Preparación al nacimiento y crianza, también denominado Educación Maternal que, según el PAI embarazo, parto y puerperio (141), que se intensifica en el tercer trimestre recomendándose la asistencia de la mujer y su acompañante en un mínimo de tres sesiones. En cuanto a la secuencia de las visitas para el control de la gestación,

comienza con la consulta prenatal en Atención Primaria, que debe realizarse en el curso del primer trimestre, lo más precozmente posible, antes de la 10 semana de gestación; en esta consulta, además de realizar la historia clínica, se debe obtener información sobre los síntomas asociados con la evolución del embarazo y realizar una exploración física general, genital y mamaria, pruebas complementarias y evaluación del riesgo obstétrico (Anexo 2) (141). Las sucesivas visitas se estructuran compaginando la exploración clínica, bioquímica y ecográfica, así como, la administración de información, Educación para la Salud y Preparación para el nacimiento y crianza en Atención Primaria y Atención Especializada (141). En concreto: entre la 11-13 semana se realiza la evaluación de la gestación y control ecográfico por Atención Especializada, entre la 16-18 semana se realiza evaluación de la gestación por Atención Primaria, entre la 19-21 semana se evalúa la gestación y se realiza control ecográfico nuevamente por Atención Especializada, entre la 24-26 semana se evalúa la gestación y se solicita analítica por Atención Primaria; entre la 28-30 semana se realiza evaluación de la gestación por Atención Primaria iniciando al menos 3 sesiones educativas de Preparación al nacimiento y la crianza; entre la 33-35 semana de gestación se evalúa la gestación por Atención Especializada; entre la 35-37 semana de gestación se evalúa la gestación y se solicita analítica por Atención Primaria y entre la

39-40 semana de gestación se evalúa la gestación, se realiza ecografía y se remite a una cita posterior a la 41 semana de gestación si no se produce parto previo (141). El registro de los datos obtenidos en cada control es registrado en el Documento de Salud de la Embarazada y es entregado a la mujer gestante (141). El PAI embarazo, parto y puerperio (214) establece como *Control gestacional insuficiente* el que se presenta a través de las siguientes situaciones: que la mujer presente una primera visita con más de 20 semanas de gestación, o que presente menos de 4 visitas en total, o que acuda al parto sin pruebas complementarias. Se entiende que, a menor número de controles, mayor riesgo de morbi-mortalidad neonatal y materna, aun contando con una correcta atención hospitalaria durante el momento del parto, ya que si esta no estuviera garantizada los riesgos serían aún mayores (214).

Siguiendo con los criterios determinados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, los embarazos pueden tipificarse dependiendo del grado de riesgo que pueden ocasionar en la madre y el feto. Según el baremo de riesgo se dividen en Riesgo 0 o bajo, Riesgo I o medio, Riesgo II o alto, Riesgo III o muy alto (Anexo 3) (214). El factor control gestacional insuficiente se determina a partir del embarazo de riesgo medio por lo que, lógicamente, cualquier mujer que presente un embarazo controlado deficientemente se considera susceptible de presentar

riesgos con al menos un grado medio de relevancia (214). El déficit de control de embarazo puede conducir a la falta de detección temprana de problemas congénitos o alteraciones relacionadas con una correcta evolución del embarazo

-nudo de cordón, placenta envejecida o previa, involución fetal, riesgo de aborto tardío, aumento del riesgo de parto tardío o prematuro, etc...-. López y otros (216), Manzanares y otros, (11) coinciden en que el aumento de la morbi-mortalidad perinatal, en nuestro entorno, debida a alteraciones congénitas y malformaciones del feto, preeclampsia e insuficiencia placentaria, pueden ser detectados y corregidos con un adecuado control del embarazo. Sampedro y otros (217), refieren, además, la necesidad del control del embarazo en la realización del cribado serológico de enfermedades infecciosas y de transmisión madre e hijo para una detección temprana y correcta actuación sanitaria ante las mismas. Por esta causa el control gestacional insuficiente se convierte en una de las situaciones que requieren una atención especial, de captación activa, en gestantes de riesgo (adolescentes, en situación de exclusión, inmigrantes) para asegurar su incorporación al proceso, así como, también para proporcionar la información sobre el parto, puerperio y cuidados del recién nacido, y sobre sus derechos (218). En este sentido y, como un paso más hacia la atención adecuada en Andalucía, en 2006 se inició el desarrollo del Proyecto para la Humanización de la

Atención Perinatal, a través de la colaboración de la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad (182). Este proyecto, aún vigente, pretende impulsar la humanización de la atención perinatal desde una perspectiva de género y cuenta con la participación de profesionales de Ginecología, Pediatría, Obstetricia, Enfermería y Matronas de varios hospitales andaluces. Esta iniciativa propone compatibilizar los avances técnicos y seguros con una atención humanizada, aborda el proceso de nacer desde las distintas perspectivas de la maternidad, el parto y la crianza y resalta la importancia de garantizar la elección, libre e informada, de la mujer en relación a cómo desea su maternidad. La mayor capacidad de decisión de la mujer sobre ciertos aspectos de su parto y post-parto inmediato, se ha convertido en un indicador de la calidad de la atención perinatal de los hospitales andaluces (182). El Proyecto para la Humanización Perinatal destaca, además, entre los logros a conseguir con sus objetivos, la necesidad de avanzar en la adaptación intercultural de las intervenciones sanitarias, por lo que tiene un importante peso la incorporación de esta perspectiva en la formación de profesionales y en la creación y utilización de materiales de apoyo (182). Para la concreción de este proyecto la Junta de Andalucía elaboró en 2008 la guía de Buenas Prácticas en Atención Perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía (182), como guía de orientación para los

profesionales en este campo.

Además de a un trato técnicamente eficaz y humanizado en el proceso de embarazo, parto y puerperio, la mujer en Andalucía, tiene derecho desde 2009 a elaborar su Plan de Parto y Nacimiento (142), documento fundamentado y regulado por el Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de las madres y padres y de los niños y niñas en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento (140). En referencia a la madre (art.2) destacan los derechos que implican un trato respetuoso, comprensivo y que garantice la intimidad y confidencialidad; así como la posibilidad de ser protagonista de su propio parto, siendo informada sobre su evolución y la de su hijo o hija, y el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza durante el preparto, parto y postparto, salvo causa suficientemente justificada. La madre debe recibir asesoramiento e información sobre los cuidados propios y los referidos al niño o la niña, así como de las posibilidades de lactancia materna. Tiene derecho, además, a que se le entregue el Informe de Alta y su Documento de Salud, cumplimentado con todos los datos del parto para mantener una continuidad asistencial sanitaria en coordinación con Atención Primaria. Y si fuera requerido, a que se le faciliten las medidas para dejar al bebé en adopción, según lo establecido por el Código Civil (140). Respecto al hijo o la hija (art.3), los derechos más destacables aluden al trato respetuoso y

digno, evitándole sufrimientos y dolor innecesarios. Debe ser atendido adecuadamente con los recursos humanos y materiales necesarios, así como el derecho a estar acompañado por sus padres u otras personas durante el máximo tiempo posible de su estancia en el hospital, siempre que su situación de salud lo permita. El niño o niña debe ser cuidadosamente identificado/a y disponer de la cartilla de Salud Infantil como documento personal, donde se reflejen las vacunaciones y demás datos de importancia para su salud (140). Por otro lado se hace constar (art.5) que las mujeres y en general todos los usuarios de los servicios sanitarios andaluces tienen derecho, como ya es sabido, a formular las sugerencias, quejas o reclamaciones que consideren pertinentes respecto a la atención obtenida, a través del formulario específico para ello que debe ser facilitado por la propia institución, en caso de ser requerido (140).

El Plan de Parto y Nacimiento (142) es un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de su parto y puerperio inmediato. Este documento debe orientar al equipo de profesionales responsables de la atención durante la estancia en el hospital, en lo referente a las preferencias de la mujer en aquellos aspectos en los que sea posible y existan alternativas igual de eficaces y seguras (142). Este documento combina la información sencilla de aspectos relacionados con el acompañamiento, la

intimidad, la toma de decisiones, el tratamiento del dolor, las diferentes técnicas y procedimientos a realizar durante el parto y el puerperio inmediato, la lactancia..., con espacios en los que la mujer embarazada puede expresar por escrito su elección. Incluye un apartado que pretende recoger la atención a la multiculturalidad y ofrecer la posibilidad de informarse sobre la existencia de traductores en caso de presentar dificultad idiomática, aunque todos los centros sanitarios no cuentan con este tipo de figura. Este documento está publicado en diferentes idiomas: chino, árabe, polaco, rumano, inglés y francés. Mediante este documento, junto a la hoja de registro hospitalario sobre Plan de Parto y Nacimiento las mujeres residentes en Andalucía pueden elegir, siempre que sea compatible con su proceso, si prefieren parir acostadas, de pie o en cuclillas, así como dejar constancia de sus preferencias en cuanto a la participación de su pareja. Además, una vez nacido el o la bebé, pueden decidir también acerca de cuestiones como la higiene del/la niño/a y su alimentación. Los profesionales sanitarios en el momento de parto deben además desestimar el uso rutinario de aquellas técnicas consideradas por la OMS como claramente dañinas o inefectivas (190). Estas técnicas se encuentran recogidas en la guía Buenas Prácticas en Atención Perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía (182).

El derecho a un trato humanizado y respetuoso de la mujer en su

proceso reproductivo en Andalucía ha sido reforzado por la Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía (181), publicada en 2011. Esta estrategia ha buscado incluir en la dinámica de la Asistencia Sanitaria y la Salud Pública, los referentes y valores que socialmente se han ido consensuando, con una mayor preocupación por la calidad de los servicios prestados a la ciudadanía y por un mejor hacer institucional y profesional (181). Esta Estrategia presenta diferentes niveles: el de la ciudadanía, el de los profesionales y el de la institución sanitaria; en todos ellos se fijan una serie de objetivos y actividades para su consecución (181). En cuanto a los que afectan a la mujer inmigrante y autóctona en proceso de embarazo, parto y puerperio, en el ámbito Bioética y Ciudadanía, se plantea la información y la mejora del conocimiento de la población residente en Andalucía sobre los derechos y deberes respecto al Sistema Sanitario de Salud. Este objetivo se está intentando conseguir a través de la elaboración de materiales educativos e informativos adaptados a la diversidad, incluyendo discapacidad, menores y accesibilidad en diversos idiomas, en audios y vídeos explicativos. El acceso a la información es un derecho respaldado por el marco legal vigente, Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente (219), dicha información debe ser completa y adecuada a las necesidades de la mujer. Por ello se contemplan realidades como la multiculturalidad y la

discapacidad, ante las que los profesionales deben tener en cuenta las culturas y circunstancias de las que provienen las mujeres embarazadas, así como sus dificultades para la comunicación, con el objeto de ofrecerles una información apropiada y adaptada (181). También se contempla la elaboración de recomendaciones a las Asociaciones de ayuda mutua para la elaboración de un Código Ético o de buenas prácticas que insista en los derechos y deberes de las personas que participen en ella (181). Entre las consideraciones éticas relacionadas con la información sobre los derechos y deberes durante el embarazo, parto y puerperio se destaca la importancia del derecho al consejo genético y a la medicina predictiva. Se abordan aspectos relacionados con problemas como embarazos no deseados -principalmente en adolescentes- y con la correcta información y tratamiento de los datos en interrupciones voluntarias del embarazo recogidos en la Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud (220) y Plan de Genética de Andalucía (221). Por otro lado, la Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía también insiste en la importancia de salvaguardar la intimidad y confidencialidad de los datos de la persona, que en el proceso de embarazo, parto y puerperio, está especialmente expuesta. La mujer debe mostrarse desnuda tanto física como emocionalmente, por lo que debe ser especialmente considerada y cuidada, en relación a estos valores (181). Con respecto al ámbito

de los y las profesionales, parte del concepto de que la labor y ocupación, más que una mera tarea u oficio, implica una vocación, formación y responsabilidad. Para ello se insta a la propia organización sanitaria a promover y facilitar la adquisición de conocimientos y bases bioéticas que fundamenten el quehacer profesional sanitario (181). Se propone la actualización de los currículums formativos, la inclusión de guías de buenas prácticas en los mapas de competencias profesionales, la formación específica en esta materia del personal sanitario relacionado con la salud sexual y reproductiva, así como del área de Neonatología. Finalmente, y desde el ámbito de la Organización, en relación con la realidad multicultural y la pluralidad moral de la población actualmente atendida, se insta a la propia institución sanitaria a incluir de forma planificada esta realidad, tanto en su estructura como en sus procesos para dar coherencia a los resultados obtenidos por las organizaciones con los valores éticos compartidos y con los valores morales particulares de las mujeres residentes en Andalucía (181).

INVESTIGACIÓN

PARTE II: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo 4: El proceso de investigación.

Capítulo 4: El proceso de investigación.

La mirada hacia la sociedad actual presenta una población cambiante y diversa, muy marcada por la situación de crisis social, económica y política existente, en la que conviven culturas con diversos conceptos sobre la Salud y el cuidado de la misma. El incremento de la población femenina que proviene de otras culturas en las últimas décadas (6), (222), (8) ha contribuido al rejuvenecimiento de la pirámide poblacional y ha aumentado los índices de relevo generacional en España y en Andalucía (155), (223). Esto se ha traducido en un aumento de la demanda de los Servicios Sanitarios de atención a la Salud de la mujer, la Salud sexual y reproductiva, y paralelamente a la atención de la Salud infantil (153). La necesidad de adecuar la Atención Sanitaria a este tipo de población es un reto cada vez más presente en nuestro Sistema de Salud. En el ámbito de la Salud de la Mujer, y en concreto, en relación a la Salud sexual y reproductiva, se han realizado avances con una importante repercusión en cuanto a la disminución de la morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil a nivel mundial y nacional (224), (177), (29), (165). Entre estos avances y en clave de prevención de riesgos y complicaciones se ha destacado la importancia de realizar un control sanitario de la gestación, también denominado control prenatal; la Organización Mundial de la Salud (OMS) (174) establece un mínimo de 5 consultas de control de la gestación, mientras que en España y

Andalucía el número de consultas recomendado se encuentra entre 7 y 10 (215), (141). A pesar de ello, se continúa detectando la existencia de un deficiente control de la gestación en mujeres residentes en nuestro país, presentando una tendencia mayor en mujeres inmigrantes (10), (11), (225), (153), (226), (119). Esta realidad se ve corroborada por las mujeres inmigrantes y autóctonas embarazadas que residen en Huelva, entre las que destacan con un deficiente control del embarazo las mujeres procedentes de Marruecos y Rumanía (13). Explorar los factores relacionados con este déficit de control de la gestación en Huelva y conocer de primera mano los motivos que les llevan a ello ha sido el principal objetivo que ha perseguido este estudio. Para ello se ha utilizado un enfoque y metodología cualitativa que permitiese recoger las experiencias y contar con las palabras de las propias personas implicadas qué es lo que lleva a la mujer residente en Huelva a efectuar un inadecuado control de la gestación. Este capítulo expone el proceso realizado durante la investigación, los fines perseguidos y su fundamentación metodológica.

4.1- Objetivos de la investigación

La finalidad de esta investigación ha sido dar respuesta a la pregunta: ¿Qué motivos tienen las mujeres inmigrantes y autóctonas para no realizar un control gestacional adecuado desde una perspectiva socio- sanitaria?

Los objetivos que han guiado la investigación han sido los siguientes:

Objetivo principal

Conocer, comprender e interpretar los motivos, las circunstancias y situaciones que están presentes en el control gestacional inadecuado de mujeres inmigrantes y autóctonas del área sanitaria de Huelva.

Objetivos específicos

- 1) Descubrir las características personales y sociales de las mujeres que no llevan a cabo un control sanitario del embarazo.
- 2) Describir los principales problemas de salud que conllevan un control inadecuado del embarazo.
- 3) Identificar y analizar los factores que están presentes en un control inadecuado de la gestación.
- 4) Valorar la opinión de los y las profesionales sobre el Servicio Andaluz de Salud y la atención que se da a las mujeres durante el embarazo.
- 5) Conocer la percepción que tienen las mujeres gestantes sobre los cuidados que reciben en el Servicio Andaluz de Salud.

4.2- El enfoque de la investigación.

Se ha elegido un enfoque cualitativo basado en el paradigma de investigación naturalista que ha permitido analizar los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas participantes

intentando comprenderles en el contexto natural de cada una y cada uno (227). Los principios que caracterizan este paradigma, según Salamanca (227), consisten en el reconocimiento de la realidad no como una entidad única y objetiva sino como el constructo de múltiples formas de pensar. Este paradigma busca la comprensión de la complejidad y significados de la existencia de la persona y además persigue contribuir a la generación de teorías. Utiliza un proceso inductivo de investigación en el que las teorías se desarrollan a partir de los datos recogidos y no de manera prefijada. Respecto a la persona investigadora se la reconoce como parte del proceso de investigación y no como un mero observador externo (227). Estos principios han fundamentado la presente investigación.

En las Ciencias de la Salud el enfoque cualitativo, según refiere Salamanca (227), es idóneo para examinar fenómenos de los que se sabe muy poco, o en los que se pretende ahondar en algunas de sus dimensiones; también, son muy útiles para analizar sus características y comprender el significado de dicho fenómeno, profundizando en cómo o por qué ocurre, de cara a fundamentar una teoría explicativa. Zoucha (228), por su parte, añade que la investigación cualitativa es muy apropiada para trabajos de observación de las respuestas humanas y en la realización de cuidados empáticos a personas en su contexto cultural. De la misma manera, de la Cuesta (229) manifiesta que los estudios

cualitativos son de especial relevancia para los profesionales de la salud que se centran en el cuidado, la comunicación y la interacción con las personas ya que este enfoque permite la expresión voluntaria y libre de las personas participantes. Salamanca, en su artículo sobre la investigación cualitativa en las Ciencias de la Salud, argumenta que *“el abordaje cualitativo de los problemas de salud es una manera de darle voz a los que a menudo permanecen callados, o los que no la tienen (los desfavorecidos, los marginados)”*(227). Partiendo de este enfoque, y del concepto de que la realidad no es única y objetiva sino que existen diversas realidades que surgen de las diferentes construcciones y visiones aportadas por los distintos puntos de vista, que van completando la información sobre el fenómeno (227), (230), se ha estudiado la visión de las propias mujeres que presentaban un control inadecuado de su gestación, de los/las profesionales y voluntarios/as implicados/as en su atención sanitaria y acompañamiento a nivel social, lo cual, ha permitido conocer sus explicaciones, sus percepciones, sentimientos y opiniones, ahondando en los factores que afectan en la realización de un adecuado control de la gestación de las mujeres inmigrantes y autóctonas e intentando comprender cómo ven las cosas y cuál es la interpretación de sus significados.

Se han tenido en cuenta las características definidas por autores como Taylor y Bogdan (230), para la investigación cualitativa,

así, se ha utilizado un procedimiento riguroso y sistemático, siguiendo el método inductivo, que parte de la información obtenida y presenta un diseño flexible y emergente. La naturaleza discursiva de la información recogida, definida por Amezcúa (231), ha posibilitado el análisis y la elaboración de la misma durante el proceso de captación de los distintos discursos, lo que ha favorecido la consecución de los objetivos planteados en esta investigación. Este enfoque cualitativo ha permitido profundizar en las diversas y cambiantes experiencias de las personas y en su significado (232). Siguiendo a Taylor (230) se ha buscado la interacción natural y no intrusiva con las personas informantes, evitando prejuicios y controlando las propias creencias, intentando captar el contenido de los discursos como si fuera la primera vez, sin dar nada por sobreentendido.

Este enfoque de investigación ha permitido profundizar en las situaciones que conllevan un control inadecuado del embarazo y de qué manera se interpreta por parte de las personas participantes a través de la búsqueda de explicaciones subyacentes, percepciones, sentimientos y opiniones que, a menudo, son difíciles de acotar y de recoger con otro tipo de enfoque, así lo corroboran autores como Campos (233), Palacios (234), o Terra cuando expresa que: *“Al tratar de comprender el significado de la experiencia vivida por seres humanos, contribuciones valiosas al conocimiento emergen para el conocimiento de las múltiples*

dimensiones involucradas en el cuidado de la vida humana, hasta ahora inexplorada” (235).

En cuanto a la estrategia elegida, la información obtenida a través de las sesiones grupales y entrevistas fueron analizadas utilizando el modelo de la Teoría Fundamentada desarrollada por Strauss y Glaser en 1967 (236). Dicha teoría plantea generar modelos teóricos a partir de un análisis sistemático de los significados y conceptos que construyen los actores sociales, en este caso las mujeres y los profesionales, a partir de su experiencia y su bagaje cultural.

La Teoría Fundamentada, internacionalmente conocida como Grounded Theory, tiene como origen la Escuela de Sociología de Chicago y el desarrollo del Interaccionismo Simbólico a principios del S.XX. El Interaccionismo Simbólico presenta tres premisas básicas que fundamentan esta estrategia, según Blumer (237). La primera concibe que las personas actúan en base al significado que para sí mismas tienen las cosas o las otras personas que les rodean. Así, las personas no responden simplemente a estímulos o exteriorizan patrones culturales, sino que es el significado atribuido a los acontecimientos, lo que determina la acción.

La segunda premisa se basa en que el significado emerge de la interacción social que se tiene con los otros. Así, Blumer, en su libro sobre el interaccionismo simbólico, expresa que “el

significado que tiene una cosa para una persona se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan con respecto a ella” (237), es decir, las personas van modificando su concepción del entorno a raíz de su interacción con el ambiente y quiénes les rodean. Finalmente, la tercera premisa expresa que los significados adquiridos se gestionan por medio de los procesos interpretativos, es decir, los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación.

Por tanto, en la Teoría Fundamentada se busca comprender por qué suceden los acontecimientos sociales y esto se hace desde la perspectiva de las personas involucradas en dicha situación, desde el intento de explicar el significado que dichos acontecimientos tienen para ellas

Esta estrategia es muy pertinente para la investigación, por su enfoque exploratorio, para entender en profundidad un fenómeno de salud o enfermedad poco investigado, por su contribución al desarrollo de teorías explicativas de la conducta humana y por su rigor como diseño cualitativo. En este sentido, también se argumenta que la Teoría Fundamentada permite a los profesionales sanitarios entender mejor las experiencias subjetivas de las personas atendidas y de sus familias (238).

Otros autores como Glaser y Strauss (236) y Creswell (239) recomiendan el uso de esta teoría para explorar procesos de

transición y cambio ya que la Teoría Fundamentada persigue descubrir, no describir, un conjunto de proposiciones teóricas, que a nivel conceptual, puedan explicar procesos sociales básicos. En esta investigación se ha tratado de dar respuesta a cuestiones de proceso, de experiencias en el marco de la diversidad cultural que han dificultado el correcto control del embarazo.

La Teoría Fundamentada, al igual que la investigación cualitativa, está en la esencia de los cuidados “tratar de llegar a la gente, escuchar lo que tienen que decir, y luego utilizar ese conocimiento para favorecer un cambio en sus vidas” (240). También contribuye al desarrollo del conocimiento de las personas, es decir, en la medida en la que se produce la interacción y contacto con el fenómeno de estudio, se generan nuevas reflexiones e intercambio de ideas y emociones positivas o negativas que sensibilizan y aumentan el conocimiento de las personas participantes en el estudio (240). En este trabajo esto se puede traducir en la repercusión que dicha reflexión e intercambio de conocimientos pueda tener en las y los profesionales del ámbito de la salud y del social en la atención cotidiana de las mujeres que presentan un inadecuado control del embarazo, así como en las propias mujeres respecto al afrontamiento de posteriores gestaciones.

Se ha utilizado un diseño de tipo emergente caracterizado por su flexibilidad (241), lo que permite captar lo inesperado del

fenómeno estudiado para profundizar en aspectos que, inicialmente, son desconocidos. Esto conlleva una preparación previa rigurosa pero también la posibilidad de modificar el diseño una vez iniciado el estudio para adaptarse correctamente al fenómeno según la información que se van obteniendo (242). En el presente estudio, el diseño emergente ha permitido un trabajo continuo a lo largo del proceso de investigación, favoreciendo la constante interacción de los discursos. Así, la información que se iba obteniendo a través de las distintas técnicas, ha ido configurando el propio trabajo de campo. Así, los resultados obtenidos a través de las entrevistas pudieron ser contrastados y completados en los grupos de discusión. La revisión continua de los resultados ha permitido perfilar las categorías identificadas, puesto que *“los diseños cualitativos continúan siendo emergentes incluso después de que comience la recogida de datos”* (243). Por consiguiente, la información obtenida se ha ido saturando, completando y enriqueciendo a medida que se avanzaba en el estudio.

4.3- Trabajo de campo.

El trabajo de campo se ha desarrollado de forma sistemática y progresiva. En primer lugar y, tras la observación de la realidad de las mujeres que presentaban un control inadecuado de su gestación, se realizó el diseño de estudio, y se iniciaron los contactos informales con las personas participantes del estudio.

En segundo lugar se procedió a la captación de las mujeres y a la elección de informantes clave en el ámbito sanitario y social. Posteriormente se procedió a la recogida de información a través de las distintas técnicas cualitativas al procesamiento, análisis, codificación e interpretación de los discursos.

4.3.1- Escenario de la investigación y selección de personas informantes.

El escenario de la investigación al que están vinculadas las personas informantes ha estado conformado por los siguientes sectores:

-Sector sanitario: Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva (Unidad de Tocoginecología) y el Distrito de Atención Primaria Huelva-Costa (Zona Básica de Salud de Lepe).

-Sector Social: Asociación Huelva Acoge, Fundación Consorcio de Entidades para la Acción Integral con Migrantes (CEPAIM), Asociación Comisión Católica Española de Migración (ACCEM), Cáritas Diocesana de Huelva, Fundación Europea para la Cooperación Norte-Sur (FECONS), Asociación de Mujeres Inmigrantes en Acción (AMIA) y Centro de Acogida Oasis de Huelva.

Las mujeres participantes en el estudio, han sido aquellas que han demandado atención sanitaria en el área de salud del Complejo Hospitalario Universitario Juan Ramón Jiménez, teniéndose en cuenta como criterios de selección que fuera mujer autóctona o

inmigrante con presencia de control inadecuado o nulo de la gestación y que hubiera demandado atención profesional sanitaria durante el proceso de embarazo, parto o puerperio en Huelva en algunos de los centros sanitarios especificados como escenario.

Los profesionales sanitarios y agentes sociales implicados en la atención a estas mujeres han sido: Técnico/a en cuidados auxiliares de Enfermería, Enfermeras Matronas y Ginecólogo/a que tuvieran una experiencia laboral de dos o más años con mujeres inmigrantes y/o autóctonas en proceso de embarazo en los dos niveles de atención sanitaria. En el nivel de Atención Especializada, se ha contado con profesionales de los distintos ámbitos, tales como: consultas externas y de alto riesgo, paritorio y hospitalización, así como quienes ostentaban cargos directivos en el área de Tocoginecología.

En relación con otros agentes sociales, se hizo una selección de las entidades sin ánimo de lucro con mayor relevancia social relacionadas con el área de la mujer y de la inmigración. Se realizó un primer contacto telefónico y por vía e-mail. Los criterios de selección han sido: ser profesional o voluntario de una organización o asociación de inmigrantes, pro-inmigrantes o pro-mujer en Huelva en contacto directo con mujeres durante el embarazo, parto y/o puerperio, con una experiencia de trabajo de dos años o más en el ámbito de intervención.

En general, se ha tratado de promover la participación, a través,

de la motivación personal y/o profesional, en un marco de libertad y agradecimiento.

4.3.2- Perfil de las personas informantes.

En este estudio se ha contado con la colaboración de 49 personas, en un 90% de sexo femenino y un 10% de sexo masculino, con una edad media en torno a los 34 años.

Mujeres inmigrantes y autóctonas

Se ha entrevistado a 26 mujeres que presentaban un inadecuado control del embarazo. En cuanto al lugar de procedencia predominaron las mujeres marroquíes en un 34.62%, del total de las entrevistadas, seguidas de las españolas 19.23%, rumanas 15.28%, y polacas 7.69% el resto corresponde a las siguientes nacionalidades: Lituania, Nigeria, Argelia, China, Pakistán y Portugal.

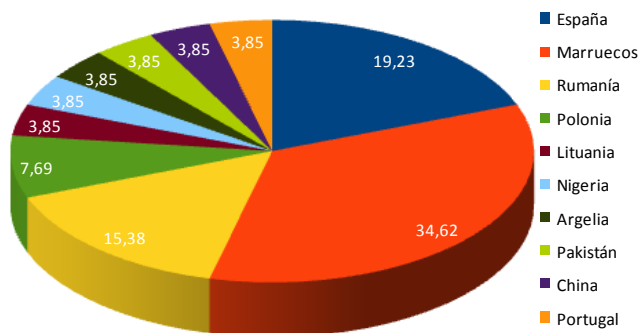


Gráfico1: Frecuencia en % según lugar de procedencia de las mujeres atendidas en el área de salud del Complejo Hospitalario Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva

Las mujeres inmigrantes presentaron una edad media de 27 años de edad y residían en un 46,3% en zonas rurales de la provincia de Huelva y en un 34,5% en zona urbana. En relación al tiempo de estancia en España, las mujeres inmigrantes se encontraban en un intervalo que oscilaba entre menos de un mes y más de 5 años. El 50% de ellas no cumplía más de un año de estancia en España y un 23,08% llevaba menos de un mes. A nivel obstétrico, un 45,9 % de las mujeres inmigrantes, respecto al total, no presentaban hijos/as anteriores al embarazo actual, mientras que un 34,3% presentaban un/a hijo/a o más anteriores.

Las mujeres autóctonas, un 7,7% del total residían en zonas rurales y el 11,5% en zonas urbanas. La edad media se encontraba en torno a los 29 años. A nivel obstétrico, todas las mujeres autóctonas presentaron un/a hijo/a o más anteriores al embarazo actual.

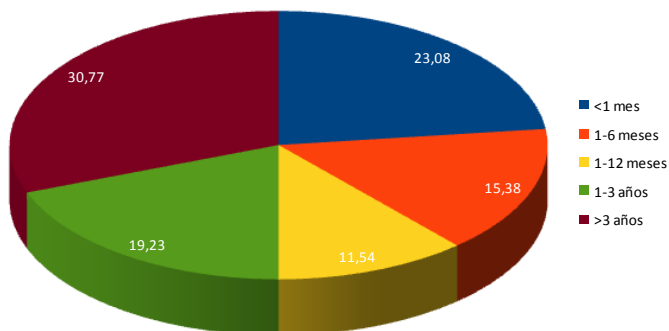


Gráfico 2: Frecuencia en % del tiempo de estancia media de las mujeres inmigrantes con un insuficiente control del embarazo atendidas en el área del Complejo Hospitalario Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Personas informantes (profesionales y voluntarios/as)

Las personas informantes han sido 23 y presentaban una experiencia laboral y de voluntariado entre 3 y 10 años en el campo de estudio. De los cuales 16 eran sanitarios:

-Médicos Obstetras, que desempeñaban su labor en la unidad de Tocoginecología y Consultas Externas, uno de ellos, además ejercía la Jefatura del servicio de dicha unidad (3 profesionales).

-Diplomadas en Enfermería (7 profesionales), pertenecientes a la Unidad de gestión Clínica de Tocoginecología del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, una de ellas dedicada a las labores de supervisión de dicha área.

-Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Gestión clínica de Tocoginecología del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva (3 profesionales).

-Matronas, una que desempeñaba las labores de supervisión y gestión del servicio de paritorio del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez, otra responsable de la consulta de Alto Riesgo de dicha área de salud y otra como matrona de distrito de atención primaria de salud de la zona básica de Lepe, con gran afluencia de población inmigrante (3 profesionales).

Las personas participantes desde el ámbito social, fueron 7, y pertenecían a entidades sin ánimo de lucro encargadas de la

acogida, la integración social y laboral de personas inmigrantes en Huelva:

-Huelva Acoge, organización no gubernamental, constituida con el objetivo de favorecer los procesos de inserción de las personas inmigrantes residentes en toda la provincia de Huelva (1 Trabajadora social).

-Fundación Consorcio de Entidades para la Acción Integral de Migrantes (CEPAIM), es considerada una organización no gubernamental de salud dedicada al asilo y refugio de personas inmigrantes (1 Técnico cualificado).

-Asociación Comisión Católica Española de Migración (ACCEM), es una organización no gubernamental, proporciona atención y acogida a las personas refugiadas e inmigrantes promoviendo su inserción social y laboral (1 Trabajadora social).

-Cáritas, es una organización perteneciente a la iglesia católica que cuenta entre sus programas con el de cooperación internacional y desarrollo, así como el de atención a la exclusión. En ambos campos atiende a población inmigrante y autóctona buscando su acogida e integración social (1 Trabajadora social).

-Fundación Europea para la Cooperación Norte-Sur (FECONS), es una organización no gubernamental para el desarrollo (ONGD), persigue la acción social y el fomento de las relaciones Norte-Sur, de solidaridad y cooperación internacional (1

Trabajadora social).

-Asociación de Mujeres Inmigrantes en Acción (AMIA), trabaja en pro de la integración social, cultural y laboral de la mujer inmigrante, con asesoramiento jurídico, sensibilización social, apoyo psicosocial permanente y conciliación familiar y laboral (1 Técnica cualificada).

-Centro de acogida Oasis, es una organización no gubernamental destinada a la atención de mujeres y sus hijos/as en riesgo de exclusión social (1 Trabajadora social).

4.3.3- Técnicas utilizadas para la recogida de información.

La información se ha obtenido mediante la combinación de diferentes técnicas con el objetivo de controlar la tendencia de la observadora y los relatos de las personas informantes. Las técnicas han sido secuenciadas para facilitar la identificación y definición de las diversas dimensiones. Se han realizado, entrevistas semi-estructuradas y grupos de discusión.

La Entrevista

La entrevista es considerada una herramienta para la obtención de datos en investigación cualitativa. Tiene su origen en campos como la Antropología, la Sociología, la Psicología y el Periodismo. Es a partir del siglo XIX y principios del XX cuando, según Blasco y Otero (244), se empieza a emplear conscientemente en la investigación social, teniendo gran

influencia de la Escuela de Chicago. No obstante ha ido recibiendo la aportación de diferentes disciplinas, entre ellas las del ámbito sanitario, que la han ido consolidando como una potente técnica de recogida de datos. Las entrevistas, *“no son meras conversaciones cotidianas, aunque se aproximan a ellas”* (244), sino que se constituyen como una herramienta profesional con un diseño y un propósito dirigido a la investigación, que requieren una formación, habilidad en técnicas de la comunicación y capacidad analítica de la persona investigadora. La entrevista permite una relación de tú a tú con la persona entrevistada que favorece la comunicación de datos en temas como el que se aborda en esta Tesis, en el que la carga de experiencia vital, los motivos sociales, culturales y educativos son difíciles de matizar si no es mediante la observación y comunicación abierta y directa con la persona. Autoras como Vargas (245) argumentan, además, que la entrevista permite que cuestiones tales como los roles, la etnia, género, estatus y edad sean considerados cualitativamente, focalizando la atención en las voces de las personas implicadas, tanto gestantes como profesionales.

Se ha elegido, la entrevista semi-estructurada, definida por Munarriz (246) y Valles (232), con el objeto de lograr una mayor profundización y comprensión de los factores influyentes en las mujeres que realizan un control inadecuado de su gestación,

buscando comprender la visión del problema, descifrar los términos y conceptos que utilizan y captar su complejidad. Este tipo de entrevista ha permitido, por un lado, la obtención de una información abierta, completa y espontánea ya que se han podido captar los matices y sugerencias efectuadas por las personas entrevistadas, posibilitando la reorientación de nuevas preguntas.

Se han realizado un total de 32 entrevistas de las cuales, 26 han sido a mujeres en proceso de embarazo, parto o puerperio con gestación deficientemente controlada. Y 6 entrevistas, realizadas a los profesionales implicados en este ámbito de atención. Las entrevistas a mujeres se han llevado a cabo a través de la captación de las mujeres in situ en el Hospital y en el Centro de salud en el momento de consulta sanitaria o tras el momento de parto. Para ello se mantuvo un seguimiento semanal de los casos que llegaban al centro sanitario con gestación inadecuadamente controlada, una vez detectado el caso se realizaba la entrevista en las primeras 48 horas. Las entrevistas a mujeres se llevaron a cabo en un período de 5 meses hasta lograr la saturación teórica y estructural en la información, siguiendo los criterios de selección de personas informantes para estudios cualitativos (247).

En cuanto a la procedencia de las mujeres entrevistadas, la distribución ha sido la siguiente: 5 españolas, 9 marroquíes, 4 rumanas, 2 polacas, 1 portuguesa, 1 nigeriana, 1 pakistaní, 1 lituana, 1 china, 1 argelina.

Durante la entrevista se ha promovido la interacción social, utilizando un lenguaje claro e informal, fomentando la creación de un clima de confianza y relajado. Para su desarrollo se ha utilizado un guión con los temas relevantes a indagar (Anexo 4), y se ha evitado dirigir o sugerir la línea discursiva, lanzando las preguntas de inicio y permitiendo a las personas entrevistadas que se expresaran libremente.

Su duración ha oscilado entre los 30 y 70 minutos, la información fue recogida mediante grabación y por escrito, ya que, aunque todas las mujeres participantes expresaron su deseo de colaborar y dieron su consentimiento para realizar la entrevista, en aquellos casos de mujeres en situación de irregularidad administrativa, no fue posible la grabación, aunque su actitud inicial de desconfianza fue desapareciendo a lo largo de la entrevista.

Las entrevistas a los diversos profesionales se distribuyeron de la siguiente manera:

- Médico Tocoginecólogo en el Hospital Infanta Elena (1 profesional)
- Diplomadas de Enfermería de planta de Obstetricia y de Ginecología del Hospital Juan -Ramón Jiménez (2 profesionales)
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería del área de Obstetricia del Hospital Juan Ramón Jiménez (1 profesional).
- Matrona de Atención Primaria -zona básica de salud de Lepe- (1

profesional)

-Trabajadora social del Centro de acogida Oasis -de mujeres e hijos en situación de riesgo-(1 profesional)

Para el desarrollo de las mismas se siguió también un guion orientativo (Anexo 5), favoreciendo la expresión natural de las personas participantes. Todas fueron grabadas con el Consentimiento Informado previo. La duración de las entrevistas osciló entre los 30 y 75 minutos.

Grupo de discusión.

Esta técnica, muy utilizada en el campo de la investigación cualitativa, proviene de dos vertientes teórico-prácticas; una de ellas es la norteamericana, conocida como Focus Group, generada y desarrollada en la década 30 y 40 a partir del uso de las técnicas de entrevista grupales, que llevaron a cabo Robert K. Merton, M. Fiske y Patricia L. Kendall, en Estados Unidos; la otra versión es la española creada, epistemológicamente hablando, por Jesús Ibáñez y colaboradores y que es la que recibe el nombre de Grupo de Discusión (248).

El grupo de discusión constituye una herramienta especialmente eficaz de la vida social, puesto que trata de reproducir el contexto interactivo que define y caracteriza la vida de los individuos. La interacción entre los miembros que colaboran en el grupo de discusión, genera un proyecto de conversación socializada cuya

producción sirve para la captación y el análisis de los discursos ideológicos y de las representaciones simbólicas que se asocian a cualquier fenómeno social (249), (250).

El objetivo fundamental del grupo de discusión es dotar de sentido al discurso social que se va a reproducir. Se trata de recoger vivencias y experiencias de un grupo determinado de gente con unas características similares favoreciendo la reproducción social del discurso (248). Para Ibáñez (251) el proceso de investigación mediante grupos de discusión obedece a la estrategia de un sujeto en proceso, es decir, cada participante expresa e interacciona, de lo cual resulta una conversación grupal, considerada como una totalidad. El producto del grupo de discusión es un discurso grupal, que para el análisis interesa más que la aportación individual individual (248).

La utilización del grupo de discusión como estrategia de recogida de datos en esta investigación ha sido fundamental para generar una producción comunicativa y discursiva centrada en la percepción de los diversos motivos y factores que dificultan un correcto control de la gestación en las mujeres inmigrantes y autóctonas de Huelva.

En cuanto a la constitución de los grupos de discusión y selección de las personas participantes se realizó la captación mediante las redes de relaciones personales. Se ha buscado, por un lado, la homogeneidad intra-grupal, para facilitar el entendimiento y la

comunicación fluida, y por otro lado, se ha perseguido la heterogeneidad inter-grupal para promover las diferencias discursivas. Como precauciones metodológicas se han tenido en cuenta las expuestas por Aliaga (250) en relación: al número de personas integrantes (5-10 personas); al hecho de procurar que las personas integrantes no se conocieran entre sí, con el objeto de favorecer una comunicación fluida, evitando posibilidades de bloqueo durante la conversación por inhibiciones, imposiciones de ideas y valores; y al uso de espacios físicos neutrales para su desarrollo que en este caso han sido un aula de docencia hospitalaria y un seminario universitario.

Se han llevado a cabo dos grupos de discusión:

-Grupo conformado por 10 personas pertenecientes al Sector Público Sanitario en Huelva pertenecientes al Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

-Grupo constituido por 6 personas pertenecientes al sector del ámbito social, de entidades sin ánimo de lucro (asociaciones y organizaciones) en Huelva.

En ambos casos, se realizó la presentación de la moderadora y de los diferentes miembros. En el caso del segundo grupo se presentaron también las distintas entidades a las que representaban. Se aclararon cuestiones tales como el mantenimiento de la confidencialidad de su participación y el uso de los datos exclusivamente para este estudio y para futuras

publicaciones generadas por el mismo. Posteriormente se recordó el objetivo perseguido y se lanzaron las preguntas clave, teniendo como referencia un guión con los temas de relevancia a indagar (Anexo 5). Se pidió el consentimiento para la grabación. En el primer grupo, se partió de la siguiente pregunta: ¿Según vuestra experiencia profesional existe hoy en día un control adecuado del embarazo? ¿Por qué?. En el segundo grupo, se inició la discusión con una única pregunta ¿Pensáis que las mujeres con las que trabajáis presentan un buen control del embarazo?. En ambos casos apenas se requirió la reconducción del tema tan sólo para la reactivación y profundización en algunas cuestiones emergentes de interés para el estudio.

La duración fue aproximadamente de 75 minutos en el primer grupo y de 90 minutos en el segundo.

4.4- Procesamiento, análisis e interpretación de la información.

El procesamiento se ha realizado en diversas fases que, dado el carácter emergente del diseño, se han ido superponiendo y retroalimentando a lo largo del proceso. Se comenzó con las entrevistas a las mujeres en proceso de gestación, parto y/o puerperio de Huelva. Posteriormente se realizó el Grupo de Discusión, correspondiente a profesionales del ámbito sanitario, seguido de las entrevistas a las personas de distintas categorías profesionales de los ámbitos sanitario y social. De los discursos

extraídos a través de las aportaciones surgió la necesidad de explorar la visión de los agentes sociales ligados principalmente a dos factores comunes que aparecían en la información obtenida hasta el momento, tales como la inmigración y la situación de exclusión, por lo que se planteó un segundo grupo de discusión que ofreciera este punto de vista, compuesto por diversas organizaciones sociales que trabajaban en las áreas de la mujer, exclusión e inmigración.

Los relatos obtenidos a través de las distintas técnicas han sido grabados en formato de audio digital y/o transcritos inmediatamente después de cada uno de los grupos de discusión.

Para obtener el perfil de las características sociodemográfica y obstétricas se ha utilizado el programa estadístico SPSS 16, la depuración y codificación de los discursos se ha realizado a través del programa Atlas Ti 6.0, siguiendo el método constante de comparación hasta la saturación de significados como indican Trinidad (252) y San Martín (253), este programa ha facilitado la identificación de categorías y subcategorías mediante los procesos de codificación abierta, axial y selectiva de la información, a través de la categorización y organización de los textos en unidades interpretativas menores para una posterior construcción de familias de códigos y creación de redes de relación entre las distintas familias de los diversas categorías centrales de los factores relacionados con el control inadecuado de la gestación de

las mujeres en Huelva

En referencia a la validez y consistencia de la información obtenida, se ha utilizado como técnica de verificación la Triangulación (254). La Triangulación, clásicamente, se define como la combinación de diferentes métodos en el estudio de un mismo fenómeno (255). Se puede llevar a cabo como combinación de teorías, de investigadores, de fuentes de datos, de métodos de investigación y de resultados (255), (256). En este estudio se han utilizado dos modalidades de triangulación: Triangulación de sujetos, mediante la que se han comparado los diversos puntos de vista a cerca de los factores relacionados con un inadecuado control de la gestación expresados por las personas informantes según su perspectiva como mujer gestante o púérpera con procedencia y cultura diversa (marroquí, argelina, pakistaní, polaca, rumana, lituana, portuguesa, nigeriana, china y española); como profesional sanitario de los distintos ámbitos que atienden a las mujeres gestantes en Huelva; y como profesional o voluntario/a de una entidad social dedicada a la atención socio-laboral de mujeres en situación social de riesgo y personas migrantes provenientes de otros países. La triangulación de métodos, contrastando las diferencias y convergencias sobre los factores relacionados con un inadecuado control gestacional de las mujeres inmigrantes y autóctonas encontradas desde el enfoque aportado por los Grupos de Discusión y las entrevistas

realizadas. La Triangulación, siguiendo a Santos (257) se ha contemplado tanto en el proceso de obtención de datos como en el tratamiento de los mismos. Por consiguiente, los nuevos datos aparecidos en el proceso de Triangulación, han sido incorporados en la redacción del informe final, y han generado nuevas reflexiones.

Áreas temáticas	Métodos			
	Entrevistas mujeres	G.Discusión profesional de la salud	G.Discusión profesional/voluntariado social	Entrevistas Profesional de la salud y social
Bajo nivel socio-económico-educativo	✓	✓	✓	✓
Escasez de redes de apoyo/Soledad	✓	✓	✓	✓
Multiparidad	✓	✓	✓	✓
Edad joven / inmadurez	✓	✓	No	✓
Burocracia/Regular. administrativa	✓	✓	✓	✓
Desconocimiento intercultural/ Barrera idiomática	✓	✓	✓	✓
Diferencias de género	✓	✓	✓	✓

Tabla 1-Triangulación de sujetos y métodos en referencia a las áreas temáticas emergidas.

4.5- Consideraciones éticas de la investigación.

En referencia a los aspectos éticos se han tomado como base, los requisitos de Emanuel (258) adaptados por Barrio y Simón (259) para la ética en investigación cualitativa, son los siguientes:

-Valor social: los resultados de esta investigación pretende ser útiles para el diseño de propuestas de intervención y establecimientos de programas de cuidados en el proceso de atención a mujeres gestantes contribuyendo a mejorar el control del embarazo y las consecuencias que un déficit del mismo conlleva para madres y recién nacidos.

-Validez científica: se ha procurado el diseño de una investigación sustentada en los criterios de validez propios de una investigación cualitativa. El proceso metodológico se ha elegido en función de los objetivos marcados, planificando los criterios para la selección de informantes claves que aportasen una información completa y heterogénea. Y finalmente se ha procurado mantener una estrategia rigurosa para el análisis de los datos obtenidos.

-Razón riesgo-beneficio favorable: Se ha cuidado en todo momento minimizar el impacto emocional de las personas participantes en el estudio.

-Consentimiento Informado: se ha facilitado tanto a las mujeres como a los profesionales la información adecuada solicitando la participación de forma libre y consentida.

-Respeto por las personas participantes se ha garantizado la confidencialidad de la información recogida no haciendo uso de ella más que para los fines y objetivos del estudio.

-Selección equitativa de los sujetos: se ha procurado que la selección de informantes fuera acorde a los criterios preestablecidos relacionados con el problema a investigar para evitar posibles arbitrariedades. Se ha cuidado especialmente no incidir en cuestiones que pudieran dañar a la población más vulnerable, sobre todo en el caso de las mujeres inmigrantes en situación de irregularidad administrativa.

Las grabaciones se han archivado en el fondo documental de materiales cualitativos Archivos de la Memoria de la Fundación Índex. Transcurridos 7-10 años desde la finalización de la investigación se procederá a destruir el material original.

PARTE III: EL INFORME DE INVESTIGACIÓN

Abreviaturas utilizadas en el Informe de investigación.

Grupo de discusión de profesionales sanitarios (GDP)

Grupo de discusión de profesionales representantes de ONGs pro-mujer y pro-inmigrantes (GDPO)

Entrevista 1: Diplomada Enfermería unidad de obstetricia (E.P.1)

Entrevista 2: Diplomada de Enfermería unidad de Ginecología (E.P.2)

Entrevista 3: Técnico en cuidados auxiliares de enfermería unidad de obstetricia. (E.P.3)

Entrevista 4: Médico Tocoginecología (E.P.4)

Entrevista 5: Matrona (E.P.5)

Entrevista 6. Trabajadora social Asociación pro- inmigrante y mujer OASIS (E.P.6)

Entrevista 7 : Mujer marroquí 1 (E.M.7)

Entrevista 8: Mujer marroquí 2 (E.M.8)

Entrevista 9: Mujer marroquí 3(E.M.9)

Entrevista 10: Mujer marroquí 4 (E.M.10)

Entrevista 11: Mujer marroquí 5 (E. M.11)

Entrevista 12: Mujer marroquí 6 (E. M.12)

Entrevista 13: Mujer marroquí 7 (E.M.13)

Entrevista 14: Mujer marroquí 8 (E.M.14)

Entrevista 15: Mujer marroquí 9 (E.M.15)

Entrevista 16: Mujer española 1 (E.M.16)

Entrevista 17: Mujer española 2 (E. M.17)

Entrevista 18: Mujer española 3 (E.M.18)

Entrevista 19: Mujer española 4 (E. M.19)

Entrevista 20: Mujer española 5 (E.M.20)

Entrevista 21: Mujer rumana 1 (E.M.21)

Entrevista 22: Mujer rumana 2 (E.M.22)

Entrevista 23: Mujer rumana 3 (E.M.23)

Entrevista 24: Mujer rumana 4 (E.M.24)

Entrevista 25: Mujer polaca 1 (E.M.25)

Entrevista 26: Mujer polaca 2 (E.M.26)

Entrevista 27: Mujer portuguesa1 (E.M.27)

Entrevista 28: Mujer nigeriana 1 (E.M.28)

Entrevista 29: Mujer pakistaní 1 (E.M.29)

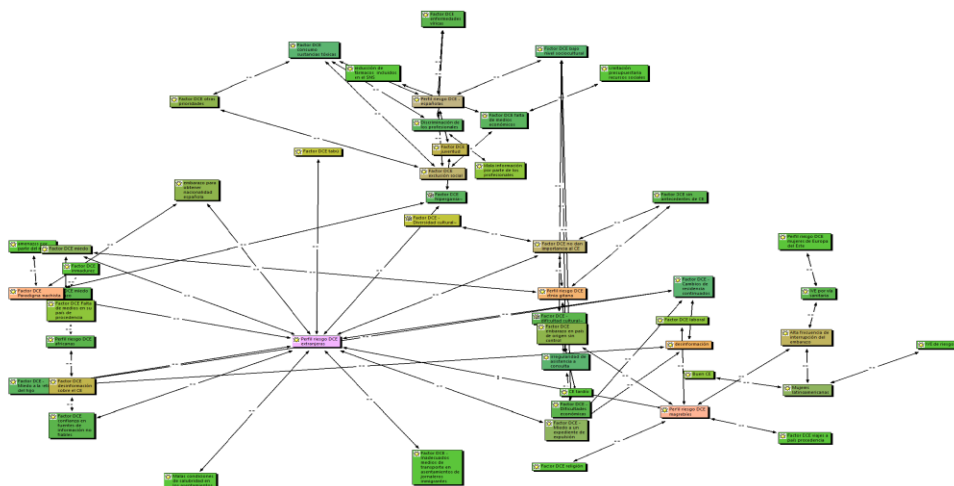
Entrevista 30: Mujer china 1 (E.M.30)

Entrevista 31: Mujer lituana 1 (E.M.31)

Entrevista 32: Mujer argelina1 (E.M.32)

Red de códigos Atlas Ti

Estudio cualitativo de los factores relacionados con un inadecuado control del embarazo en mujeres inmigrantes y autóctonas en Huelva.
Red Atlas Ti



El modo de auto-color colorea a los nodos de acuerdo con sus dos dimensiones, de acuerdo a su 'groundedness' (o cantidad de citas a las que están enlazados), y de acuerdo a su densidad (o cantidad de otros códigos a los que están conectados). Groundedness hace que se incremente el componente rojo, mientras que la densidad incrementa el componente azul del color del nodo. Esta opción está restringida a nodos que representan a códigos.

***Capítulo 5: La situación de las mujeres
que presentan un control de la
gestación inadecuado y sus
consecuencias para la salud***

Capítulo 5: La situación de las mujeres que presentan un control de la gestación inadecuado y sus consecuencias para la salud.

Objetivo específico número 1: Descubrir las características personales y sociales de las mujeres que no llevan a cabo un control sanitario del embarazo.

La necesidad de un correcto control del embarazo en nuestra sociedad se entiende como parte de un bien común que repercute en la salud individual y comunitaria. Los hijos/as son considerados sujetos de cuidados con un importante valor social. Esta visión se ve influida por factores sociodemográficos como la escasa tasa de relevo generacional existente en España, que demanda la necesidad de fomentar la natalidad y el cuidado de la misma, así como por el buen desarrollo económico que ha disfrutado nuestro país y que ha hecho posible la mayor protección de los Derechos del Niño y la Niña (30) y la promoción de la parentalidad positiva. La imagen social de las mujeres que presentan un deficiente control del embarazo es a priori negativa y provoca cierto rechazo en el ámbito de los servicios sanitarios, en cuanto a que han obviado el compromiso de salud con sus hijos o hijas y consigo mismas, según el protocolo establecido para ello.

Los discursos de quienes profesionalmente dan cuidados a las mujeres en el proceso de gestación, embarazo y puerperio, ponen de manifiesto la preocupación por convencer a las futuras madres de la importancia que tiene para su salud y la de su hijo o hija, realizar todos los controles que, desde el Servicio Andaluz de Salud, se aconsejan y facilitan.

“Decirle que hay una serie de controles que tanto en el aspecto productivo, como del embarazo y todo... lo que nos interesa es que ella se encuentre bien el tiempo que esté aquí. Que si se queda embarazada se tiene que hacer controles independientemente de si va a dar al niño en adopción, o lo que sea, pero que tú tienes que venir bien y ese niño tiene que venir bien y quitar el miedo, el decir -me quedo embarazada, el rechazo de los otros-, pero chica, mientras estás embarazada tienes que hacerte unos controles, tu vida está en peligro, la de tu niño está en peligro y lo que importa ahora es eso” (E.P.2)

La percepción de los profesionales sanitarios sobre el deficiente control del embarazo se encuentra enmarcada en el Proceso Asistencial Integrado embarazo, parto y puerperio en Andalucía (141) en el que se delimita la semana de gestación y el mínimo número de consultas necesarias para considerar como adecuado el control del embarazo. Esto ayuda a etiquetar el fenómeno, pero

no parece abarcarlo correctamente. Por ello, en los discursos, rápidamente los y las profesionales expresan la necesidad no sólo de poner nombre a esta cuestión, sino de conocer los motivos que llevan a las mujeres a esta situación.

La capacidad de empatizar con ellas y sus circunstancias depende en gran medida de ello, y esto modifica la visión protocolaria inscribiéndola en otra más amplia, en la que cobra importancia no sólo el hecho (control inadecuado) sino la actitud y las circunstancias que la persona presenta ante su embarazo. Cuando se sitúa a la mujer en su contexto vital cobra mayor sentido lo que le ocurre y se comprende mejor lo que la ha llevado a realizar o no un adecuado control del embarazo, así como a identificar unas prácticas de cuidados durante el embarazo distintas a las establecidas en nuestro Sistema de Salud.

“Por eso, cada caso es muy diferente y tú tienes que ver no solamente embarazos no vigilados sino el por qué ese embarazo no está vigilado.” (E.P.2)

En este sentido, las personas informantes correspondientes al ámbito profesional sanitario, expresan que hay que distinguir entre aquellas mujeres que no realizan ningún control y aquellas que lo han hecho de forma inadecuada; les resulta más sencillo comprender y empatizar con las que, al menos, han realizado un control, aunque sea inadecuado, sobre todo cuando los motivos

son ajenos a su propia voluntad. Sin embargo, se manifiesta que hay mayor dificultad para visualizar de forma positiva o neutral a aquella mujer que no ha asistido a consulta en ningún momento de su gestación.

“Un embarazo no vigilado es aquella mujer que no va tanto al médico de Atención Primaria ni al especialista, y un embarazo mal controlado puede ser por otras causas, de problemas de accesibilidad de la gestante porque viva en un pueblo alejado, no tienen vehículos, en fin, todo ese tipo de cuestiones”.(G.D.P)

El reconocimiento de barreras culturales y étnica es una constante en los discursos de los profesionales sanitarios, dejándose entrever ciertos conflictos interculturales que pueden condicionar el acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios para el control de su embarazo, parto y puerperio. Por consiguiente, son las características sociales y culturales de las mujeres las que, posiblemente, tengan una mayor relevancia en mantener o no un control sanitario adecuado.

“Yo creo que hay una dificultad de tipo cultural, o sea de no asumir la responsabilidad que conlleva ser..., seguir los procedimientos de la continuidad de un programa, hay mujeres que piensan que ellas pueden permitirse faltar a una cita y que luego se le va a dar otra”.(E.P.5)

No obstante, estos prejuicios disminuyen cuando se consigue

conocer los posibles motivos que han provocado en la mujer la conducta de escaso o nulo control de su gestación. En este sentido, hay que destacar que hay culturas en las que existe la tradición de no realizar un control mientras no haya una alteración visible de salud. También hay motivos sociales y económicos ligados a la situación de exclusión social, al consumo de drogas o alcohol, u otras conductas perniciosas que enajenan a la persona inhibiendo su capacidad de cuidado personal.

El desconocimiento y la falta de información sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario Público, así como las trabas administrativas relacionadas con la documentación de las mujeres inmigrantes, representan en su conjunto, una dificultad evidente para conseguir un adecuado control gestacional.

“(...) muchas de ellas, como venían de asentamientos o situaciones de exclusión muy graves, ni siquiera sabían que tenían derecho a ir al médico, entonces han empezado a atenderse el embarazo una vez que han llegado y le hemos solicitado un NIE y que empezara a tener un médico de cabecera, que se le derivara a la matrona y todo ese tipo de cosas. Pero pienso, por lo que he visto que si ellas no llegan a un recurso difícilmente se tratan en el embarazo ni se controlan el embarazo”(E.P.6)

Desde esta perspectiva más amplia que visualiza el fenómeno en

su conjunto, los profesionales identifican en sus discursos la existencia de una gran variabilidad respecto a los factores que están presentes en la ausencia o control inadecuado del embarazo. Así, los factores influyentes son tan específicos y diversos como lo es cada mujer y su proceso de gestación.

“se te puede dar en edades diferentes, en culturas diferentes y en status económicos diferentes. Cada una tiene un motivo distinto”
(E.P.2)

Hay un predominio de control gestacional inadecuado en mujeres inmigrantes respecto a las autóctonas. No obstante, las más desfavorecidas a nivel social, educativo y económico, así como las que tienen riesgo de exclusión social, no siguen tampoco el protocolo sanitario de control de su embarazo.

Respecto a las mujeres inmigrantes, se hace especial alusión a la diversidad en cuanto a la procedencia, lo que ha representado una dificultad importante a la que los y las profesionales han tenido que dar respuesta, por consiguiente, la diversidad cultural es una de las características del conjunto de mujeres atendidas, siendo las mujeres marroquíes y rumanas las que con mayor frecuencia presentan un inadecuado o nulo control del embarazo. Sin embargo, desde el punto de vista profesional, se percibe un importante desconocimiento acerca de cuáles son los motivos que llevan a las mujeres inmigrantes en proceso de gestación a venir

a España, lo cual no facilita que estas mujeres tomen conciencia de la importancia que tiene para su salud y para su futura criatura, acceder a los servicios sanitarios para recibir la atención adecuada a su estado.

“Aquí tenemos polacas, tenemos rusas, chinas, tenemos africanas. Depende del tipo que tú tengas tienes un motivo diferente.” (E.P.2)

“Las marroquíes, yo creo que quizás lleguen con el embarazo menos controlado. Llegan a la hora de parir, porque se ponen de parto, se vienen de su país por la situación que les corresponda o tiene que salir por cualquier situación, alguna causa inminente y entonces pues, no se controlan. Llegan a la hora del parto, se vienen y ya está... Sin tener un control de una analítica, ni nada de nada.”(E.P.3.)

La inmigración individual o familiar está muy ligada a la industria agrícola de Huelva, en concreto a la labor de recolección y envasado de la fresa, denominada el *milagro del oro rojo*. Autoras como Miedes y Redondo (222) explican que en el Sistema Capitalista se promociona la agricultura intensiva en el contexto agrícola global, lo cual genera nuevas dinámicas migratorias que algunos expertos han denominado postfordistas, dinámicas donde el trabajo de la mujer inmigrante se convierte en un factor básico y relevante, ya que se requiere permanente mano

de obra eventual. La industria fresera en Huelva ha contado con mano de obra de mujeres polacas, rumanas y marroquíes en los últimos años. Estas llegan a Huelva, en el mejor de los casos, con contratos en origen realizados por las cooperativas freseras; residen en espacios tipo barracón creados para su acogida, o en asentamientos auto-fabricados por las propias personas inmigrantes, realizados con cañas, ramas, hojas y plásticos. Las condiciones de habitabilidad son precarias y muchas de estas mujeres viven hacinadas. Se trata de un trabajo agrícola que requiere un importante esfuerzo físico, a un ritmo intensivo que se corresponde con la recogida de la cosecha en un período determinado. Las mujeres embarazadas llegan como una más, sin pareja o familia, trabajan en igualdad de condiciones. Por ello, la posibilidad de cuidado personal es muy escasa. Desde el ámbito profesional social, quienes han podido comprobar *in situ* las condiciones en las que se encuentran estas mujeres, comprenden mejor la dificultad existente para acceder a realizar el control gestacional necesario para garantizar y preservar la salud de la madre y de su hijo/a. Se reconoce que la mujer inmigrante tiene una situación de desventaja social y cultural que se hace muy difícil la posibilidad de hacer valer sus derechos en el cuidado de su salud y la de su hijo/a, por lo que se manifiesta la necesidad de regular actuaciones concretas desde las instituciones sanitarias y laborales del país de acogida.

“También hemos visto casos, como el de una mujer que no le dio tiempo a llegar al hospital porque no sabía que podía parir allí y tuvo al niño en el barracón en el que dormía, solita, tuvo que cortar el cordón umbilical con los dientes y atarlo con dos trozos de tela, muy fuerte, muy duro...la llevamos inmediatamente para el hospital pero nos costó convencerla porque creía que le iba a costar dinero, es que es lo que digo, muchas de ellas no saben ni que existían los grifos, cómo van a saber...” (G.P.D.O)

“O en los asentamientos, es muy duro ver a mujeres en los asentamientos embarazada o con los niños en los asentamientos, y con las condiciones que tienen allí...” (G.P.D.O)

Las mujeres autóctonas con un inadecuado control del embarazo son aquellas que tienen una situación social desfavorable, desde problemas educativos y económicos hasta la exclusión social. Hay que destacar como características personales y sociales la juventud, el bajo nivel formativo y socio-económico así como una sobrecarga laboral y/o familiar, lo que da lugar a una escasa capacidad de autonomía e independencia, lo que en ocasiones, provoca alteraciones de salud mental. Estas características no son exclusivas de las mujeres autóctonas, sino que también están presentes en las mujeres inmigrantes, constituyendo por tanto, factores de riesgo importantes para no realizar un control gestacional saludable.

Respecto a las características personales y sociales identificadas, la edad joven o inmadurez se asocia a la dificultad para la toma de decisiones con cierta capacidad de responsabilidad en el cuidado personal y del otro, en este caso, con la incapacidad para llevar un correcto control del embarazo y cuidar a la futura criatura.

“Me refiero, jóvenes en su actitud. No solamente niñas de 15, de 16, de ventitantos,(...). Entonces, ante esa inmadurez tanto física, como psicológica, pues le han estado ocultando un estado que, para ellas, es un tabú. Entonces, ante esta circunstancia, pues no traen controlado absolutamente nada”.(E.P.2)

Asímismo el bajo nivel formativo es un factor que dificulta el empoderamiento de la mujer sobre su proceso, puesto que la falta de conocimientos y habilidades disminuye las posibilidades de poder elegir una vida saludable. Esta característica también tiene relación con el sometimiento que sufren las mujeres ante la imposición de la pareja o de lo que se espera socialmente de ellas. Los traumas sociales y/o familiares previos aparecen en los discursos como experiencias negativas que condicionan la conducta de las mujeres en todo lo que supone el control de su embarazo.

“Yo he visto casos ahí de chicas jóvenes, jóvenes, jóvenes que los maridos o las parejas parecen sus padres en vez de sus parejas y

a lo mejor no sé, por la diferencia de años, que a lo mejor ellas no saben o no se atreven o que tengan un tabú hacia eso o en su país hayan vivido una situación en relación a los hombres una experiencia fea y no sé.” (E.P.3)

El bajo nivel socio-económico también se expresan en los discursos como algo muy ligado a la sobrecarga laboral o a la ocupación en puestos de trabajo que no favorecen los derechos de las trabajadoras en cuanto a conciliación de la vida laboral y familiar. Estas situaciones dificultan la posibilidad de asistir a los controles gestacionales o a los programas de educación maternal oportunos en los horarios establecidos por los servicios sanitario. La sobrecarga familiar, en cuanto al cuidado de hijos o hijas y de las personas mayores, impide en múltiples ocasiones espacios de cuidado personal. Las personas informantes agrupan todos estos problemas bajo la denominación de problemas sociales que representan una dificultad relevante en el control del embarazo.

“(…) los problemas sociales creo que son bastante importantes, me refiero a las adicciones, a las chicas jóvenes que se quedan embarazadas y no controlan su embarazo, también la multiparidad, la mujer que tiene cinco hijos, que ya el quinto hijo ya, entre el trabajo y las cosas, pues ya no accede tan frecuentemente como debería al control de su embarazo y fundamentalmente creo que esos son los más frecuentes, los más importantes de un embarazo mal controlado o no vigilado”

(G.D.P).

Las mujeres con un inadecuado control del embarazo pueden presentar también circunstancias que provocan alteraciones importantes en la salud, tales como el consumo de sustancias adictivas o enfermedades mentales. Estas situaciones alteran la escala de valores de la persona, y, consecuentemente, dan lugar a una escasa capacidad de autogestión y autonomía, por lo que todo lo relacionado con el cuidado de la salud en general y, específicamente, durante el embarazo, no está entre sus prioridades.

“(...) tiene que ver con una dependencia, con el consumo de sustancias y claro, ahí es que su prioridad no está en la salud, ni en la prevención ni en nada.”(G.D.P.O)

“ Y mujeres que tienen problemas psíquicos, mujeres que no se controlan el embarazo” (G.D.P)

Las dificultades relacionadas con la alteración psicológica y emocional de la mujer, en el caso de la población inmigrante tiene relación con la aparición de signos de ansiedad y estrés ante el afrontamiento de situaciones complejas, tales como el parto o cuidados puerperales en un entorno extraño, lejos de los lazos familiares afectivos; también se observan sentimientos de frustración ante la dificultad de desempeñar la actividad laboral posteriormente por encontrarse en período de crianza. Esta

circunstancia provoca una ruptura del proyecto migratorio, cuando el principal móvil está fundamentado en la obtención de recursos económicos para la subsistencia de la mujer y la de su familia -a la que envía gran parte de sus ingresos- lo que puede agudizar los signos y síntomas presentes en el Síndrome de Ulises.

En los discursos se pone de manifiesto el miedo que experimentan las mujeres sobre las repercusiones laborales negativas que tendrá el dar a conocer su embarazo, así como la soledad tanto física como emocional que experimentan en el momento del parto como consecuencia del desarraigo.

“Vino a trabajar en las fresas a Moguer, no tiene a nadie, sólo los compañeros de trabajo. Lleva solo un mes en España(...) nadie la acompañaba.” (E.M.7).

“Habría que preguntarse qué nervios y qué embarazo habrá pasado esta niña para poder... que no se entere nadie que está embarazada ni tener muestras fisiológicas de que está embarazada.” (E.P.2).

“(...)por ejemplo, chicas que son muy jóvenes que a lo mejor ha sido por miedo o se lo han callado o no han dicho nada a sus padres y en el caso, por ejemplo, extranjeras, pues ya tienen ahí más tabúes con los hombres y, no sé, por el miedo al lenguaje, a perder el trabajo, y esas cosas” (E.P.3)

Entre las mujeres autóctonas, las personas informantes hacen especial referencia a las mujeres de etnia gitana y su cultura, fuertemente marcada por características tales como la transmisión oral de los conocimientos y costumbres, el predominio del respeto por la experiencia de los mayores, la existencia de redes familiares densas y con fuertes lazos de unión con predominio patriarcal y machista. Estas características refuerzan los conocimientos y costumbres transmitidos tradicionalmente de generación en generación, lo que dificulta la aceptación de otros patrones culturales distintos a los suyos. La percepción y diagnóstico de la enfermedad suele traer asociado culturalmente el concepto de muerte, de ahí la necesidad que presentan estas mujeres de ser atendidas con celeridad, la excesiva demanda de atención, sobre todo ante el dolor, y la importancia de estar rodeadas de su familia. Cuando cesan los síntomas de malestar, suele darse una falta de adherencia al tratamiento y a los cuidados sanitarios recomendados y tienen una escasa motivación para iniciar y seguir los programas de prevención y promoción de la salud. En el control del embarazo, la mujer gitana muestra una percepción de inutilidad respecto al uso de servicios que para ella están ligados a la cura de la enfermedad, por lo que suele acudir a los servicios sanitarios para el cuidado de su embarazo sólo en el caso de que exista una enfermedad o que experimente malestar, puesto que culturalmente, la gestación no se percibe como un

problema de salud.

“Y las mujeres gitanas, porque hay que decirlo así, las de esa zona... que no quieren controlarse, algunas incluso vienen más o menos hasta la ecografía de la 20 semana para saber qué es si niño o niña, y a partir de ahí nada, ya al parto, ya no viene más hasta al parto, algunas no vienen a nada, nada más que a esa ecografía o a la siguiente para saber cuál es el sexo. O cuando ya es el segundo ni vienen, hay muchas que lo hacen, es una cosa...”(E.P.4)

“(...) yo te diría más bien. Por ejemplo, la raza gitana, que para nosotros lo más normal es que una chica de 14, 15,16 años como hemos tenido, embarazada, no le dé importancia a que tenga que controlar el embarazo, porque para ella es una cosa natural, que su padre no quiere que se controle o su madre no se ha controlado, su abuela no se ha controlado y da la casualidad de que ha tenido el niño sano o que ha tenido alguna dificultad pero que ellos no le dan importancia” (E.P.2)

Paradójicamente, las personas informantes del ámbito profesional sanitario, asemejan a la mujer gitana con las mujeres provenientes de otros países en cuanto a su comportamiento en el control gestacional, lo cual deja entrever la existencia de prejuicios y la dificultad para la interacción cultural entre ambas identidades autóctonas, a pesar de convivir socialmente durante siglos.

“(...) quizás por su cultura, porque no lo ven necesario, no sé pero es muy significativo de las gitanas porque es quienes más presentan esta característica, junto con las extranjeras” (E.P.4)

Es necesario tener en cuenta, en el trabajo con minorías culturales, que estas están fuertemente condicionadas por la necesidad de mantener la identidad cultural que les caracteriza. La gestión y afrontamiento de este hecho por parte de la cultura dominante puede ir desde el intento de asimilación etnocentrista, en la que se imponen los criterios culturales existentes, a la posibilidad de integración y convivencia respetuosa.

El inadecuado control de la gestación presenta una serie de características a nivel obstétrico que generan consecuencias negativas posteriores en la salud de la madre y del hijo o la hija. En este sentido, hay que destacar determinados aspectos que están presentes en las mujeres estudiadas: la declaración pública del embarazo, la multiparidad, así como la falta de conocimientos e información sexual. Los embarazos no declarados, en los que se oculta o niega la futura maternidad responden por una parte, a embarazos no deseados, ligados a la incapacidad, imposibilidad o falta de deseo de la mujer para llevar a cabo un proyecto maternal que no estaba previsto (niñas o jóvenes, mujeres extranjeras casadas en su lugar de origen, mujeres forzadas sexualmente o con miedo al despido laboral...)

“Y muchas de ellas esconden o no presentan ningún informe de su embarazo, porque no informan de que lo están en sus trabajos, y cuando llegan muchas vienen pariendo, ya bien avanzadas.”
(E.P.6)

Y por otra parte, al desconocimiento de la gestación en mujeres en las que se ha producido un fallo en el método anticonceptivo utilizado, o en aquellas que presentan alteraciones hormonales, endocrinas, nutricionales o psicológicas que alteran los ciclos menstruales o provocan su desaparición esporádicamente o en periodos más largos. En este sentido, las mujeres habituadas a esta rutina tienen dificultades para sospechar un embarazo, y cuando lo constata es ya en una fase avanzada o tardía; por consiguiente, si inicia desde ese momento el control de su embarazo lo hace sin ajustarse al protocolo sanitario establecido.

“Y luego están los embarazos no declarados,(...) son las mujeres que se quedan embarazadas, principalmente jóvenes, que son embarazos no deseados y se esconden, son conocidos y otros que son desconocidos.” (G.D.P)

“(...) cuando se dan cuenta vienen muy avanzadas, algunas a veces vienen pariendo... Incluso mujeres que hemos conocido que se toman anticonceptivos y se quedan embarazadas y siguen con los anticonceptivos, no saben que lo están” (G.D.P)

Los embarazos no deseados pueden llevar a conductas que oscilan

entre la decisión final de continuar con la gestación y llegar al parto o someterse a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En cualquiera de los casos, los discursos de los y las profesionales del ámbito sanitario expresan consecuencias muy dramáticas: madres que se separan del o de la recién nacido/a para dejarlo en adopción o para abandonar a la criatura. También se pone de manifiesto los partos en el domicilio, sin ningún tipo de garantías sanitarias, en condiciones no deseables para la salud de la madre y el/la bebé, provocando incluso la muerte.

“Porque está fuera de su estado civil. Entonces ella cuanto menos se sepa de ello, mejor, que incluso, han venido algunas, han parido y han dado el niño en adopción.” (E.P.2)

“(...) otra consecuencia importante de este tipo de embarazos no declarados son los partos en domicilio, que son los partos que... ha parido en su casa, el niño ha aparecido en un contenedor o ha ingresado con hemorragias...” (G.D.P)

Este tipo de embarazos comporta un importante conflicto moral y ético entre el ámbito personal y la esfera social, provocado por la lucha interna entre el instinto de maternidad y la posibilidad real de ejercerla o de mantener a un hijo o hija. Los motivos suelen estar ligados a factores laborales, socioeconómicos, inmadurez de las mujeres, culturales y socio-religiosos, como en el caso de embarazos ocurridos en el marco de relaciones

extramatrimoniales, fuertemente penalizadas en la cultura de origen. En este sentido, y en referencia a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), existe en la cultura autóctona cierta controversia social y religiosa respecto al derecho de la madre a llevarla a cabo. Hay corrientes que critican fuertemente la interrupción, entendiendo que impide la vida de un ser humano, mientras que otras no consideran como tal la identidad del feto. La práctica de la IVE puede llegar a convertirse en un tabú, estigmatizando a la mujer desde algunos colectivos sociales autóctonos. En los discursos de los y las profesionales sanitarias se evidencia una percepción controvertida sobre la mujer latinoamericana; por un lado refieren que son uno de los grupos que practica con mayor frecuencia la IVE, y por otro, cuando desean o mantienen su gestación, son identificadas dentro del colectivo de mujeres inmigrantes como las que mejor controlan su embarazo. Las mujeres rumanas también presentan gran tendencia a realizar IVE, pues su concepción sobre la misma parece encontrarse normalizada en su práctica anticonceptiva habitual. Las diferentes concepciones personales y sociales sobre la IVE, así como la carga estigmatizadora que la acompaña según la cultura, provoca situaciones de riesgo para la salud de la mujer cuando utiliza procedimientos clandestinos o autoadministrados al margen del Sistema Sanitario, con la intención de ocultar el embarazo no deseado, lo que supone un importante riesgo para la

salud de las mujeres. En este sentido, son las mujeres inmigrantes con procedencia latinoamericana las que más acceden a este tipo de prácticas.

“(...) lo que hacen las latinoamericanas, que suelen realizar interrupciones con más frecuencia que ninguna pero lo hacen por su propia cuenta en muchas ocasiones. Ellas se cuentan o ven las pastillitas en internet y se provocan el aborto, a veces con muchos riesgos....”(E.P.4)

Sin embargo, las mujeres rumanas suelen acceder a la IVE en el ámbito del Sistema Sanitario Público y lo hacen con bastante frecuencia, ya que en su ámbito cultural, se considera un método anticonceptivo.

“Ya que otras... las rumanas normalmente, no tanto, porque ellas sino lo que suelen es interrumpir el embarazo, porque lo incluyen como un método anticonceptivo más y en su país es muy frecuente, por eso te puedes encontrar con que algunas lo hacen hasta 9 o 10 veces” (E.P.4)

Aunque son conscientes de que la IVE en nuestro contexto social y cultural no tiene el mismo grado de permisividad y aceptación que en su país y ello da lugar a que en muchas ocasiones, no se pueda conocer con exactitud los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las mujeres, lo cual representa un obstáculo importante para valorar el estado de salud, para la identificación

de riesgos potenciales y para realizar intervenciones de carácter preventivo y/o de promoción de salud.

“Las rumanas lo hacen mejor pero te lo cuentan con toda normalidad.... Ya algunas hasta te mienten, porque se van dando cuenta de que eso no está muy bien visto aquí, y no te dicen todas las IVES que han tenido” (E.P.4)

Desde el punto de vista socio-cultural, los embarazos no deseados representan también una fuente de conflictos que requiere una intervención de carácter social y sanitario importante. Cuando el embarazo se produce fuera del ámbito familiar de su país, las mujeres entran en una situación muy problemática, ya que deben enfrentarse a un embarazo no deseado como consecuencia de una relación extramatrimonial, difícil de afrontar por sí mismas y que requiere una intervención de carácter interprofesional.

“Sí, porque algunas de ellas vienen con un marido allí y se quedan embarazadas aquí y... claro, eso en su cultura crea un conflicto importante, entonces a través de la trabajadora social nosotros les ayudamos también a gestionar la interrupción del embarazo, si ellas lo solicitan” (G.D.P.O)

A lo largo de los discursos, los y las profesionales expresan que las mujeres extranjeras presentan un deficiente control del embarazo en parte porque en sus países de origen no tienen un programa de atención al embarazo, parto y puerperio como el

implantado en España. Las diferencias se acentúan según el país de origen. Así, las mujeres procedentes de América Latina presentan comportamientos de control obstétrico similar a las autóctonas, mientras que las mujeres procedentes de China, Marruecos y Rumanía, presentan mayor dificultad para seguir los protocolos existentes en nuestro país. Las diferencias percibidas se relacionan estrechamente con el idioma, con la posibilidad de acceso al Sistema Sanitario en su país de origen, con los usos y costumbres sobre el cuidado de la gestación (alimentación y prácticas sociales y religiosas) y con las diferencias en su concepto del embarazo respecto a que no está asociado a la enfermedad y, por tanto, no requiere control sanitario.

Globalmente, se percibe una falta de información de las mujeres inmigrante en período de gestación respecto a las posibilidades de acceso al Servicio Andaluz de Salud y al protocolo de seguimiento del embarazo.

“(...) la china porque su cultura no es de asistir al médico, cuando sabe que está embarazada a controlarse, sino que ellas prefieren ser aconsejadas por una mujer mayor, similar a la matrona tradicional” (E.P.2)

“Las africanas, por supuesto en esa cultura no es normal. Primero porque no tienen un médico a su alcance, no tiene una sanidad a su alcance, no tiene una información sanitaria a su

alcance. Entonces ella no es que no quiera. Es que, primero, lo desconoce y no tiene un acceso a esa información y a esos medios. Entonces, ella bastante hace que se queda embarazada, lleva el embarazo y llega al final del embarazo. Y paren. Entonces, cuando llegan aquí, ellas se enteran de que hay una información del embarazo y unos controles del embarazo que en su cultura y en su país no existe. O ella no tienen constancia de ello”(E.P.2)

“(...) las mujeres sudamericanas, que vienen de Ecuador, suelen venir al mismo nivel de precocidad que las españolas para el control del embarazo”(E.P.5)

En la identificación y narración de las características que presentan las mujeres con un inadecuado control de la gestación los profesionales del ámbito sanitario presentan las necesidades y deficiencias sociales, como eje fundamental, estas destacan incluso por encima de las deficiencias sanitarias o de salud que tienen estas mujeres.

Objetivo específico número 2: Describir los principales problemas de salud que conlleva un control inadecuado del embarazo.

Un control deficiente del embarazo puede tener consecuencias graves para la salud de la mujer del feto y/o recién nacido/a. En

esta línea, se hace referencia a determinados factores de riesgo sobre los que habría que intervenir: consumo de sustancias tóxicas -alcohol, tabaco u otras drogas-, tratamientos de enfermedades crónicas, uso esporádico de ciertos fármacos, alimentación inadecuada -desnutrición, deshidratación, anemia, diabetes gestacional...-. Todas estas circunstancias pueden ser abordadas a lo largo del proceso de control del embarazo, impidiéndose el deterioro de la mujer en su gestación, así como los problemas fetales y de salud en el/la recién nacido/a, como el bajo peso o la prematuridad.

“En cuanto a las consecuencias,(...) niños pequeños, diabetes gestacionales, con valores de glucemia por las nubes porque tienen una alimentación que se basa en el arroz con lo cual hacerles entender que no pueden tomar eso es complicadísimo y luego viene el Ramadán, no comen nada ”(G.D.P)

“por una mala alimentación, bajo peso, prematuridad o incluso las infecciones neonatales que habéis dicho antes por no hacer los controles adecuados”(G.D.P)

Otro de los problemas de salud detectados en las mujeres con embarazo no controlado adecuadamente es el mantenimiento de las cifras de tensión arterial. La preeclampsia-eclampsia suele presentarse a partir de la vigésima semana del embarazo, durante el parto o en el puerperio (hasta 14 días posteriores al parto).

Conlleva lesiones cardiovasculares y cerebrales en mayor o menor grado, debidas a la disminución o ausencia del riego circulatorio provocado por la hipertensión súbita, que puede ocasionar la muerte de madre e hijo/a (260,261); o lesiones irreversibles por hipoxia en los órganos afectados, entre ellos el cerebro.

“En cuanto a las consecuencias,(...)de un embarazo mal controlado, que no cojamos a tiempo una preeclampsia”(G.D.P.)

Respecto a la criatura recién nacida se expresan como problemas los riesgos o patologías infecciosas, resaltando la infección por estreptococo -Streptococcus agalactiae (EGB)- , que se transmite normalmente de la madre al feto o recién nacido durante la gestación o en el momento del parto, en el paso del bebé por la vagina colonizada. Se manifiesta clínicamente entre las primeras horas y los siete días de vida, como sepsis, neumonía o meningitis con una mortalidad actual, con cuidados neonatales óptimos, del 5%; sin embargo, casi la mitad de los recién nacidos que sobreviven a la infección presentan secuelas neurológicas, según De Cueto (262).

Los factores obstétricos de riesgo que favorecen el desarrollo de infección en el/la recién nacido/a son, fundamentalmente: parto prematuro, fiebre intraparto, rotura prolongada de membranas, bacteriuria por EGB durante el embarazo, alto grado de

colonización vaginal y haber tenido previamente un hijo con sepsis neonatal por EGB (262), estos tres últimos fácilmente prevenibles si la mujer ha realizado un adecuado control de su gestación. La infección por EGB actualmente puede ser tratada con antibióticos en dosis profiláctica, la cual se administra inmediatamente antes del parto o durante el mismo y reduce significativamente los riesgos, siempre y cuando haya sido detectada previamente durante la gestación pero cuando esto no ocurre los profesionales se ven obligados a decidir a ciegas, sobre todo si el único contacto que han tenido con la madre es en el momento del parto.

“Las consecuencias de una gestación mal controlada (...) son las que pueden aparecer, por ejemplo, como ya conocemos, problemas de infección en los niños o estreptococo”(G.D.P)

“(...) porque los estreptococos la mayoría de los casos se tratan como desconocidos, con lo cual las profilaxis que si se ponen, que si no da tiempo...”(G.D.P).

Otras enfermedades infecciosas, como las víricas, con consecuencias graves para el feto cuando se producen durante la gestación, y cuyos riesgos pueden disminuirse en gran medida cuando se previenen o detectan precozmente con un seguimiento sanitario adecuado de la gestación y con Educación para la Salud.

“O, por ejemplo, recuerdo también el caso de una chica con una

toxoplasmosis que la niña nació y por no tener el embarazo controlado tuvo que estar ingresada.”(E.P.2)

“Otra que tuvo también, esa también me acuerdo, de una varicela que nadie le informó que pasar una varicela embarazada es peligroso. Pues lo tuvo y no me acuerdo si esa niña nació con una ceguera o unas cataratas”(E.P.2)

Además de las infecciones, en los discursos aparecen como consecuencias importantes aquellas relacionadas con alteraciones metabólicas, cuya detección temprana es clave para la prevención de los riesgos que conllevan. Por ejemplo, la Trisomía del cromosoma 21 en el control del *triple screening*, o la realización de la *prueba del talón* en el puerperio inmediato para la identificación del hipotiroidismo y la fenilcetonuria, que se realizan protocolariamente en el hospital y luego desde Atención Primaria a través del Programa de Control del Niño Sano en los primeros días de vida. También pueden darse malformaciones fetales y alteraciones de incompatibilidad sanguínea desconocidas debido a la falta de control durante el embarazo.

“(...)han corrido un riesgo de tener un Down, por no haberse hecho una ecografía, o (...) por no tener un anti-D¹, el niño ha

¹ *Vacuna específica para la alteración de coagulación sanguínea ligada a la incompatibilidad de grupos sanguíneos madre-hijo.*

tenido también una incompatibilidad de grupo, algún tipo de malformación o algo de eso también ha habido casos”(E.P.2)

“Después yo desde mi trabajo tengo que comentaros que (...) hay muchas mujeres que es que no le hacen la prueba del talón para detectar precozmente hipotiroidismo o fenilcetonuria en el bebé, tras el parto”(G.D.P)

La muerte fetal y/o materna también es presentada como posible consecuencia en gestaciones mal controladas, los profesionales del ámbito sanitario refieren que en su experiencia, la falta de control durante la gestación impide la detección y prevención de alteraciones de salud en la madre o en el/la hijo/a.

“Las consecuencias de estos embarazos desde la muerte anteparto por problemas del embarazo que no se detectan porque no van a los controles, fundamentalmente luego por una mala alimentación, bajo peso, prematuridad o incluso las infecciones neonatales que habéis dicho antes por no hacer los controles adecuados” (G.D.P.)

“(...)otra consecuencia importante de este tipo de embarazos no declarados son los partos en domicilio, que son los partos que... el otro día escuché en televisión, ha parido en su casa, el niño ha aparecido en un contenedor o ha ingresado con hemorragias...” (G.D.P)

En general, en los discursos se manifiesta que, a pesar de los

riesgos y las posibles consecuencias negativas para la salud de la mujer y de la futura criatura, en la práctica, la mayoría de los hijos e hijas nacidos de mujeres con déficit de control del embarazo nacen de forma eutócica con buen estado de salud y que los problemas que suelen acontecer durante el momento de parto y puerperio inmediato son fácilmente tratables en el centro hospitalario.

“Bien, los niños bien, normalmente sin problemas, tú sabes , a veces que si las gotitas para la infección de los ojos, pero...como a todos, en general bien.” (E.P.3)

“(...)complicaciones pueden tener muchas, pero consecuencias dentro del hospital yo tampoco se las veo”.(G.D.P)

Esto se puede atribuir a la alta cualificación profesional y dotación de recursos de los que dispone nuestro Sistema Sanitario, pues los efectos de riesgos frecuentes (infecciones por *Escherichia coli* o estafilococos, o por presencia de líquido meconial u oligoamnios, hipertensión arterial en la madre...) pueden ser abordados con los conocimientos especializados y los dispositivos sanitarios avanzados disponibles en nuestros Servicios Sanitarios.

Otro factor que explica el descenso de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es el hecho de que la mayor parte de las mujeres inmigrantes atendidas son mujeres sanas en edad

fértil, con un buen potencial de salud, es decir, las que se encuentran con capacidad de realizar un proyecto migratorio.

Las consecuencias más graves expresadas por los profesionales se asociaban a casos en los que aparecían alteraciones del nivel de salud o deterioro de la calidad de vida por motivos relacionados con situación socio-económica desfavorable y una salud mental debilitada.

***Capítulo 6: Las dificultades y
problemas que impiden un adecuado
control del embarazo.***

Capítulo 6: Las dificultades y problemas que impiden un adecuado control del embarazo.

En general, las dificultades y problemas expresados están profundamente ligados al grado de integración social, tanto en mujeres inmigrantes como autóctonas, por lo que son los condicionantes sociales los que tienen mayor relevancia en un control gestacional inadecuado.

Objetivo específico número 3: Identificar y analizar los factores que están presentes en un control gestacional inadecuado.

6.1 La perspectiva de las mujeres

Las dificultades expresadas responden a dos grandes grupos de condicionantes: los correspondientes a circunstancias de índole personal y social, comunes, en muchos de los casos para mujeres autóctonas e inmigrantes, y otras que están relacionados específicamente con el fenómeno migratorio. Entre los factores de carácter personal y social, destacan la edad joven o inmadurez, miedos o tabúes relacionados con el sistema sanitario o con el proceso de embarazo y parto, la multiparidad, la escasez de redes de apoyo familiar, el bajo nivel formativo y económico, así como la imposibilidad de conciliar la vida familiar y laboral.

En cuanto a los factores relacionados al proceso migratorio se

destacan los problemas de filiación y de carácter administrativo, la barrera idiomática y el choque intercultural. En el caso de las mujeres autóctonas, hay que destacar la situación de multiparidad, el bajo nivel formativo y, en algunos casos, problemas de salud mental.

Aunque en algunas sociedades se considera adecuado el embarazo a edades tempranas, cada vez es más frecuente considerarlo como un hecho negativo, representando una carga de estigma social importante. Actualmente hay una mayor tendencia a considerar que el embarazo debe ocurrir como proceso elegido, propio de edades maduras que pueden tener mayor capacidad de responsabilidad para afrontar este hecho vital que, desde todos los puntos de vista, es determinante para la vida de las personas.

El embarazo en mujeres adolescentes tiene consecuencias desfavorables para la madre y el niño, lo cual, es reconocido en el ámbito nacional e internacional. Entre las consecuencias que este hecho provoca se destacan la interrupción del desarrollo personal, el aumento de la deserción escolar, la multiparidad, la perpetuación de la pobreza y la ruptura de las redes sociales (263).

El tipo de contexto sociocultural en el que se desarrollan las adolescentes y jóvenes de hoy influye sobre la conducta sexual y

reproductiva, según el significado atribuido a la masculinidad y feminidad, al rol que desempeña cada uno en la pareja, y a la toma de decisiones sexuales y reproductivas (264). Continúan presentes los estereotipos de género que llevan a chicas y chicos a vivir su sexualidad de manera diferente en función de los roles que se les son atribuidos. La población adolescente en la actualidad vive su sexualidad de manera temprana y acelerada, aunque ocurre dentro de una relación afectiva con su pareja (264).

En los discursos, se pone de manifiesto que la información sexual se presenta de forma dispersa y errónea, condicionada por miedos y/o tabúes. Conocen diversos métodos anticonceptivos pero no saben utilizarlos correctamente. La familia no aparece como referente en este tema, y el ámbito educativo y sanitario tampoco parece tener demasiada influencia, pues se recurre con mayor frecuencia a fuentes informales tales como amigas/os, internet, revistas...

Una vez producido el embarazo los temores a comunicar la noticia y a afrontar el conflicto familiar retrasan la consulta sanitaria y la primera visita prenatal para el inicio de un adecuado control de la gestación.

“...yo estaba tomando pastillas, pero yo no sabía cómo utilizar estas pastillas, yo no sé nada, sólo quiero comer esa pastilla, pero hoy la tomaba y mañana no y después... estaba

embarazada.”(E.M.9)

“...porque yo me casé muy chica y no sabía nada...nada. Entonces tengo vergüenza de hablar con mi madre” (E.M.9)

Las mujeres expresan su sobrecarga por la responsabilidad contraída con el embarazo y, posteriormente con el parto y el puerperio. El momento vital y el estilo de vida, propios de esta etapa, dificultan un desarrollo personal y autónomo, generándose un conflicto emocional, entre sus necesidades personales como adolescentes en proceso de crecimiento y evolución y las sobrevenidas por su futuro papel como madres. Esto intensifica la necesidad de apoyo de las redes familiares y/o de su pareja, cuando la tienen, ya que algunas refieren que en el transcurso del embarazo, su novio o marido les ha abandonado. Además aumenta su dependencia socioeconómica familiar.

“...yo no quería...no quería, soy muy joven, estoy estudiando aquí, y ahora no era capaz...y es que no puedo...” (E.M.27)

“Sí, me he venido para estar con mi madre. Como lo he pasado tan mal con el embarazo, sobre todo psicológicamente, me vine, necesitaba apoyo porque me sentía incapaz” (E.M.17)

La situación de embarazo no deseado, provoca la resignación y el conformismo de las mujeres. No obstante, cuando consiguen la aceptación por parte de su entorno familiar más cercano, sobre todo de la pareja o de su madre, despierta la ilusión por la

criatura.

“Pero lo he pasado mal y más que no le quería ver pero ahora le veo y este niño es mi vida...” (E.M.17)

En otros casos, se mantiene una actitud de rechazo ante la maternidad. En este sentido, suele valorarse la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo pero finalmente, en la mayoría de los casos, deciden continuar con la gestación y dejar al niño o niña en régimen de adopción.

“...dejo al niño para adopción, yo no puedo hacerme cargo, ya lo tenía decidido, porque yo no quería abortar” (E.M.27)

En relación con el bajo nivel formativo de las mujeres, se expresa que la sexualidad y la reproducción están aún consideradas como un tema tabú y misterioso que genera sentimientos de miedo y vergüenza. En este sentido, hay que señalar que las religiones Católica y Musulmana han contribuido a lo largo de la historia a la ocultación de todo lo relacionado con la vida sexual y reproductiva de las personas. Por consiguiente, la posibilidad de hablar abierta y claramente de ello es una práctica relativamente reciente. En España, se produce el proceso de apertura en la etapa de la transición -1975 a1978- en el que el deseo de progreso y de apertura, tras el período de dictadura, inició un lento pero progresivo cambio de mentalidad en referencia a la sexualidad y el embarazo con el uso de anticonceptivos, el cambio de prácticas

sexuales y el concepto sobre libertad sexual y maternidad (265). No obstante, se siguen evidenciando conductas y expresiones donde la sexualidad y el proceso reproductivo siguen siendo temas tabúes, principalmente en mujeres autóctonas con bajo nivel de instrucción que no han podido completar su formación en el Sistema Educativo. También se da esta situación en mujeres provenientes de otras sociedades que se encuentran en proceso de evolución en este sentido. Esta situación constituye un obstáculo para realizar los controles sanitarios adecuados del embarazo y, además, provoca en las mujeres una vivencia del parto cargada de estrés y terror, ya que el miedo a lo desconocido fomenta ideas erróneas sobre el proceso.

“Porque tienen miedo y vergüenza, porque no saben nada de eso, una amiga mía que estaba embarazada le dije para ir al hospital a que la viera el médico y me dice: Mmmm allí que van a hacer, yo no quiero que me toquen y eso...” (E.M.9)

“Y mi abuela que también estaba conmigo en el parto me dijo - vamos para el hospital- Y yo, que tenía miedo, le he dicho -¡Yo quiero morir en mi casa!” (E.M.9)

La multiparidad es otro de los factores relacionados con un control inadecuado del embarazo. En los diferentes discursos, se pone de manifiesto que la ausencia de planificación familiar -ya sea por falta de previsión, desconocimiento o mal uso de los

métodos anticonceptivos utilizados-, genera situaciones de sobrecarga en las mujeres, con escaso tiempo entre una gestación y otra. La crianza de hijos/as pequeños/as dificulta el adecuado seguimiento y control gestacional, sobre todo en el caso de mujeres con escasas redes de apoyo familiar y/o social. Estas se sienten solas o desbordadas a la hora de conciliar el cuidado de los otros/as hijos/as con el de la gestación actual, por lo que si no existen complicaciones especiales, priorizan el cuidado de estos/as respecto al embarazo, dedicando poco espacio a sí mismas y a los cuidados específicos de la gestación. Por otro lado, la experiencia de la maternidad ya ejercida con anteriores hijos/as favorece la sensación de seguridad en la mujer, haciendo desaparecer el miedo a posibles riesgos si la sintomatología que presenta es similar a la de anteriores embarazos en los que no se ha presentado ninguna complicación. En consecuencia, no suelen seguir el protocolo sanitario establecido en el proceso de gestación.

“No a eso no, a la educación maternal no he ido, porque era muy largo y yo tenía cosas que hacer, y una vez quise ir pero luego no era el día ...osea que no no he podido ir”(E.M.19)

“...pues no he podido ir a todas las citas, y a veces se pasaban ¿sabes? Es que mi hijo es muy chico, todavía y muy inquieto... y como yo ya sabía del otro... y yo he estado bien...” (E.M.20)

La escasez de redes de apoyo familiar y social se perfila también

como un elemento importante que dificulta la realización de un control adecuado del embarazo. La palabra sola se repite en los discursos y se refiere a la falta de soporte emocional, social y económico de la familia y/o de la pareja.

En el caso de las mujeres autóctonas, estas carencias están ligadas a cuestiones de índole socio-afectiva en las que confluyen una o diversas circunstancias que han favorecido la debilitación o ruptura de las relaciones con las personas de su entorno más íntimo. En los discursos de las mujeres informantes se ponen de manifiesto circunstancias como la inmadurez y la enfermedad mental.

“Pues que estoy sola, que el niño va a llevar solo mis apellidos porque el padre no está y de él no quiero ni hablar...El niño está conmigo y ya está.” (E.M.19) (mujer con esquizofrenia paranoide)

“...estoy sola, bueno con mi pareja y no tengo con quien dejar al niño, porque como somos muy jóvenes hemos tenido problemas con la familia y eso.” (E.M.20)

En el caso de las mujeres inmigrantes el desarraigo y la lejanía de su entorno familiar son los principales motivos que ponen de manifiesto la falta de redes de apoyo. Las mujeres inmigrantes se desplazan a nuestro país sin su pareja y sin familia alguna, normalmente con otras u otros compatriotas a los que refieren no conocer previamente y a los que les une una relación laboral,

como compañeras o compañeros de trabajo. Muchas de ellas ya tienen hijos/as que quedan a cargo de la familia en su país de origen con los que rompen el vínculo durante este período, el cual a veces se prolonga si la estancia se hace más duradera. Esta situación provoca en las mujeres un sentimiento profundo de desamparo, de soledad y de impotencia para afrontar la maternidad y conciliarla con la vida laboral, tanto por el desarraigo como por las condiciones de precariedad en las que trabajan.

“Tengo tres hijos y esta es la cuarta. Están allí en mi país, en Marruecos, se han quedado con mi madre (...). Mi marido está allí en Marruecos...yo vine sola. Cuando me puse de parto me ha traído un compañero de trabajo que me ha visto mala y luego se ha ido corriendo, hoy viene a recogerme a mí y a la niña porque ya me voy”(E.M.8)

“La familia, la madre, la suegra, la hermana o las cuñadas...le ayudan, aunque sino pueden lo tiene que hacer ella, como yo ahora, aquí nosotros ahora... tenemos que hacerlo nosotros, no tenemos a nadie”(E.M.23)

Otro de los factores relevantes que están presentes en un inadecuado control gestacional es el bajo nivel socioeconómico. La falta de estabilidad económica genera la prioridad de obtener los recursos económicos necesarios para sobrevivir a través de contratos de trabajo precarios, en el mejor de los casos, lo que

dificulta la disponibilidad para acudir a la consulta y realizar un adecuado control del embarazo, ya que, en muchas ocasiones, no es posible compatibilizar los horarios y las jornadas de trabajo con la asistencia a las consultas de control gestacional, además de la imposibilidad de contar con permisos para ello, puesto que ausentarse del ámbito de trabajo, implica el miedo a la sanción económica o incluso a la pérdida del empleo. En el caso de las mujeres que trabajan en zonas periféricas o rurales también se expresa la escasez de recursos económicos y de medios de comunicación para el desplazamiento hasta la institución sanitaria. Las mujeres inmigrantes que han tenido que dejar a familia e hijos en sus países de origen para obtener ingresos económicos y contribuir a su sustento, priorizan el mantenimiento del trabajo, y acudir a las consultas sanitarias, a menudo, pone en riesgo el puesto de trabajo, por tanto, se ven en la tesitura de tener que optar entre el trabajo y el control del embarazo.

“Lo que pasa es que yo no puedo venir sola, es muy difícil, porque estoy allí, en el campo y yo no tengo, yo no tengo coche...ni autobús. El autobús está muy lejos y luego tarda...yo no puede...tengo que trabajar.” (E.M.12)

“Si que también tienen difícil acceso al Centro de Salud por falta de recursos, de medios económicos, lo que ganan prefieren enviarlo a su país, y todo eso, pero yo creo que incluso las que se

han captado en el Centro de Salud se pierden”(G.D.P.)

Los problemas de salud mental, constituyen también un elemento importante que dificulta el control adecuado del embarazo en mujeres autóctonas. Las mujeres que presentan alteración de la salud mental y se quedan embarazadas, con frecuencia presentan embarazos de riesgo y dificultades para un adecuado control de la gestación (266). En los discursos, se hace referencia a problemas relacionados con esquizofrenia, depresión y consumo de sustancias tóxicas (alcohol y drogas). La consecuencia más importantes es la inestabilidad, a nivel cognitivo y emocional expresada por las mujeres como la vivencia de períodos alternantes de bienestar y malestar, que influyen en la capacidad de autocuidado, lo que implican inconstancia en el control y seguimiento de su embarazo. También se expresan experiencias de maternidad anteriores muy traumáticas en las que han perdido a sus hijos/as, o se han visto obligadas a dejarlos/las al cuidado de otros familiares, en el mejor de los casos, o bien, bajo la tutela de alguna institución gubernamental debido a su incapacidad. No obstante, los nuevos embarazos son vividos con ilusión y se presentan como una nueva oportunidad para el desempeño del rol materno.

“...estoy muy contenta con este. Me gustaría darle el pecho...pero no puedo ...porque tengo una medicación ¿sabes?, una medicación del psiquiatra, mi tratamiento y no la puedo

dejar, antes yo estaba mal, he estado muy mal, pero ahora me encuentro mejor”(E.M.19)

“...ya he tenido otros hijos pero los he perdido, los primeros eran muy pequeños y no vivieron, y la otra se tuvo que quedar en el hospital y luego me la quitaron porque yo no podía...” (E.M.19)

Sin embargo, en las mujeres inmigrantes, se ponen de manifiesto otros factores que dificultan o impiden un adecuado control gestacional. En este sentido, los discursos de las personas informantes se centran en todo lo que conlleva la reagrupación familiar y conseguir recursos económicos que les permita a ellas y a sus familias cubrir sus necesidades básicas. Alcanzar estos objetivos, implica un alto coste en cuanto al proceso de integración social. Por una parte, el tipo de trabajo está ligado a la producción agrícola y tiene carácter temporal, lo que dificulta la regularización de su situación administrativa y por otra parte, la barrera idiomática y las escasas posibilidades para superarla, así como la adaptación a unos patrones culturales diferentes.

“Yo vine hace 4 meses, vine porque mi marido ya estaba aquí, él estaba trabajando en el campo”(E.M.21)

“...pues yo ahora estoy trabajando en (localidad), con la fresa...Ya he venido otras veces, tres años, unos... 9 meses en total que vengo, que vengo a España”(E.M.12)

“Tres meses, tres meses y tres meses cada año pero salgo muy

poco por eso... no sabe bien español” (E.M.12)

La regularización administrativa de la estancia en España para obtener la Tarjeta Sanitaria o documento que da acceso al Servicio de Salud requiere la realización de diversos trámites burocráticos. El desconocimiento de las normas y requisitos de funcionamiento, junto con la escasez o nulo manejo del idioma dificultan la agilización de los trámites y la obtención de la documentación necesaria. Algunas de las mujeres inmigrantes presentan, además, un bajo nivel formativo o incluso son analfabetas en su propio idioma y tienen escasa o nula experiencia en gestiones de este tipo, ya que en su entorno de origen es el hombre el que las realiza.

“Y aquí en España yo no sabía de esto de tarjeta, no sabía nada, porque en Rumanía no es así, tienes sólo tu libro de familia, no existe empadronamiento y ¿cómo se dice? como número de NIE, yo no tenía NIE y no podía hacer la tarjeta más temprano y por eso tardé mucho.” (E.M.21)

Esta falta de conocimiento sobre el funcionamiento del sistema burocrático, social y sanitario, también viene determinada por escasos tiempos de estancia en nuestro país. Muchas de las mujeres refieren estar recién llegadas, o bien, han venido durante varios años pero en períodos cortos coincidiendo con la labor de recogida agrícola, y han realizado esta actividad de forma intensiva para regresar posteriormente a su lugar de origen,

teniendo escasa posibilidad de integración y de conocimiento sobre el funcionamiento del sistema.

“Llevo en España más o menos un mes” (E.M.8)

“Ya he venido otras veces, tres años, unos... nueve meses en total que vengo a España. Tres meses, tres meses y tres meses, cada año, pero salgo muy poco por eso... no sé bien español” (E.M.12)

A este aislamiento contribuye además el geográfico, en el caso de las temporeras agrícolas, pues la vivienda suele estar ubicada en la zona de trabajo, en fincas aisladas con escasas posibilidades de transporte y comunicación. Las mujeres se encuentran confinadas en un entorno con dificultades de accesibilidad que las hace depender de otras personas, generalmente compañeros del sexo masculino, para su desplazamiento y para la resolución de gestiones administrativas, sanitarias, comerciales...todo esto dificulta su integración social.

“Cuando vine a España yo no sabía que podía ir al médico y una compañera me dijo que fuera, que eso era bueno, y me llevó un hombre que también está trabajando conmigo en el campo. Allí en el médico me han sacado sangre y me han dicho que vuelva el día 8 de Abril, pero he tenido el bebé antes” (E.M.8)

“...mi compañero del trabajo era de Marruecos pero sabe español, él sabe, entonces él le hablaba al médico, y también me ayudó con los documentos en el mostrador para que yo pudiera

tener a mi hija aquí” (E.M.8)

Las dificultades burocráticas y problemas de afiliación también están ocasionados por la inestabilidad domiciliaria. La mujer inmigrante transita a veces por distintos domicilios de acogida a través de redes de compatriotas, familia, amigos (que tratan de paliar así la escasez de recursos económicos), hasta conseguir cierta estabilidad económica y laboral y poder independizarse teniendo un domicilio propio.

“Es que nosotros cuando llegamos de Rumanía hemos estado viviendo en Galicia con mi tío que estaba allí, y yo lo estaba cuidando pero luego, ya él ha falleció y hemos tenido que dejar la casa y hemos venido a trabajar aquí a las fresas a Huelva. (...) ahora estamos en (lugar) con otra familia” (E.M.23)

Esta inestabilidad dificulta, a su vez, la obtención de la documentación necesaria para un correcto acceso a los servicios sanitarios, pues para obtener la tarjeta sanitaria se requiere un domicilio habitual que permita la emisión del certificado de empadronamiento y la tarjeta de residencia, además del Número de Identificación de Extranjero (NIE) o documento identificativo. Por otro lado, los constantes cambios de domicilio obstaculizan la correcta recepción por correo de las citas sanitarias y/o de otra índole. El proceso se hace aún más complejo cuando la mujer no presenta una situación de regularidad administrativa, por lo que se prolonga el período de trámite de la obtención de documentación

y de la cita sanitaria.

“...primero vivíamos en el campo, y ya luego nos vinimos a Huelva a la zona de la estación de tren, y ahora estamos en (lugar) con otra familia, así nueve meses, casi todo el embarazo, y dicen que me han mandado el papel, pero no nos hemos enterado, a mí no me ha llegado, a mi casa no me ha llegado y por eso no sabía cuando tenía que venir al médico.”(E.M.23)

“...yo no tenía NIE y no podía hacer la tarjeta más temprano y por eso tardé mucho, yo me fui a hacerlo, lo hice, yo creí que estaba bien, esperaba que llegaba a casa pero me dice mi médico, -es posible que no te venga, porque no tienes NIE, después cuando vayas al trabajo te haces otra, pero te vienes con ese papel-, un papel con mis datos, pero luego hay un error con el domicilio, yo no recibí nada por correo.”(E.M.21)

La movilidad domiciliaria de la persona inmigrante viene también determinada por la necesidad de contacto con la familia y el entorno de origen, que se traduce en viajes de visita de aquellas gestantes o puerperas que pueden permitírselo, ya que algunas han dejado hijos/as y familia en su país y quieren compartir este momento a nivel familiar; las estancias en sus países, normalmente prolongadas, favorecen la pérdida o el retraso en el seguimiento de los controles prenatales.

“...la prueba del Síndrome de Down no la hice porque perdí la cita, porque no estaba yo aquí, estaba en mi país para poder ver

a mi familia durante el embarazo, y cuando he vuelto ya era tarde, y esa no la hice, pero lo demás lo hice todo bien” (E.M.15)

Existe también una dificultad para integrar los valores culturales propios y los de la cultura de acogida. Las diferencias en los patrones de comportamiento social, la alimentación, la ropa, los usos y las costumbres, así como los ritos utilizados en el proceso de embarazo, parto y puerperio, representan una dificultad relevante para el control adecuado de la gestación, ya que el papel que tiene interiorizado la mujer desde su cultura de procedencia está fuertemente arraigado y es difícil adaptarse a los valores predominantes del país de acogida.

El predominio de un paradigma androcentrista promueve una división de roles en los que las relaciones sociales externas competen al hombre, mientras que la gestión del ámbito íntimo, el hogar, se le atribuye a la mujer. Esto favorece actitudes de dependencia, de miedo y tabú que dificultan la adquisición de habilidades para establecer relaciones sociales que permitan su integración. Cuando emigran, muchas mujeres se quedan solas y se ven bruscamente obligadas a desempeñar unas funciones desconocidas para ellas, ante lo cual se encuentran desprotegidas. Esta falta de autonomía favorece la incapacidad para gestionar la tarjeta sanitaria, acudir a consulta y mantener un adecuado seguimiento del embarazo.

En los discursos también se pone de manifiesto que las mujeres

inmigrantes que llevan años residiendo en España con su marido, reproducen los mismos roles que en su país de origen y por tanto, sus relaciones sociales son muy escasas.

“...yo llevo 6 años aquí en España, pero sólo hace tres que hablo español, los tres primeros yo no salgo para nada, para nada(...) Porque tengo miedo que me miren o me rechacen, no sé...no salgo. Pero luego mi marido está malo y entonces tengo que ir al hospital” (E.M.9)

Estas mujeres son acompañadas por su maridos a todas las consultas sanitarias, sin embargo, en el momento de parto no está presente. En el ámbito de su cultura esto corresponde a las mujeres de la familia, pero estas no se encuentran en el país de acogida y, lógicamente, no asistirán al parto. De este modo la parturienta se encuentra sin apoyo porque carece de las redes familiares habituales. Esto genera situaciones de gran tensión en las mujeres, se encuentran solas y sin capacidad para entender el idioma, lo cual significa una fuente de estrés para la mujer y para los/las profesionales que la atienden. No obstante, para hacer frente a estos problemas, las mujeres suelen recurrir a la agrupación femenina y a la solidaridad de los/las compatriotas que ya conocen el idioma y el funcionamiento del sistema sanitario autóctono.

“Una amiga mía a la hora del parto no sabe ninguna palabra y se queda así, uuhhhh las enfermeras y médicos y todos no saben

qué van a hacer porque hablan con ella y ella no responde cuando está con ellos. Por eso es muy difícil. (...). Luego con otra amiga fue mejor porque con ella iban otras mujeres a acompañarla porque su marido no quería y ella no sabe hablar.”(E.M.9)

Las diferencias en las costumbres sociales, culturales y religiosas se hacen patentes también en el ámbito de la salud reproductiva. Su definición depende de los roles sociales que la persona debe cubrir. Las personas informantes expresan que las mujeres procedentes de culturas con patrones marcadamente androcentristas y patriarcales, principalmente en los casos de mujeres de Rumanía y Marruecos, presentan una formación en Salud reproductiva que relega a la mujer al ámbito de los cuidados domésticos y de servicio a la familia, y expresan diversos motivos tales como tabúes sobre sexo, anticoncepción, proximidad corporal, genitalidad y observancia religiosa para no adherirse al protocolo sanitario establecido.

“Llevo dos años y 9 meses aproximadamente, mi marido trabaja en el comercio pero yo no, yo me quedo con los niños en la casa y nunca salgo en Pakistán es así” (E.M.29)

“Porque no sabía nada de ese tema, siempre tenemos vergüenza de ese tema. Y yo... no iba a la escuela, así que nada. Después...a la hora del parto yo tenía miedo del hospital, porque el hospital en Marruecos no me gusta” (E.M.9)

Las diferencias culturales, se aprecian también en las experiencias previas de hospitalización o contactos con el Sistema Sanitario, las cuales influyen en la realización de un adecuado control gestacional. Las mujeres no tienen interiorizada la necesidad de seguimiento sanitario ya que en su lugar de origen no existe la misma accesibilidad a los Servicios de Salud que en España, siendo las mujeres del entorno comunitario y familiar cercano - parteras, madres, tías, abuelas...- las que orientan el proceso. Por consiguiente, no tienen conciencia de haber tenido un inadecuado control del embarazo.

“Conmigo estaba la partera, mi madre y mi abuela también porque estaba muy difícil...la niña no quería salir, hasta que mi abuela...se puso encima de mi barriga y ya salió...” (E.M.9)

“En Pakistán no existe control del embarazo sólo puedes realizarlo mediante médico privado y es muy caro, tan un sólo un 20% de la gente se controla el embarazo, la mayoría de la gente tienen a sus bebés en casa, les ayuda normalmente una mujer con experiencia, no es una profesional, pero sabe.”(E.M.29)

Las diferencias culturales también se hacen presentes en el uso y costumbres durante el puerperio. Respecto al puerperio las diferencias están principalmente ligadas al consumo de alimentos y a las pautas de higiene del/la recién nacido/a. Aunque existen especificidades según cada cultura, hay también puntos de confluencia. En cuanto a los alimentos es destacable que en todas

las culturas de las mujeres entrevistadas se refiere la sopa como primer alimento a ofrecer a la madre tras el parto, y en la mayoría esta debe ser de gallina o pollo.

“Me daban sopa calentita de pollo de corral, en mi país (Marruecos), que es más natural. Tampoco podía moverme mucho, tenía que estar en la cama o en el sillón, tenía que estar en reposo y tomar mucho líquido, como un mes o así hasta que me recuperé y ya luego la niña podía salir a la calle, pero antes no.” (E.M.9)

La mujer debe guardar reposo en los primeros días, con una duración distinta según la cultura: la tradición de la mayoría de las mujeres participantes apunta períodos largos coincidentes con la cuarentena o el primer mes de vida del niño. El/la hijo/a debe mantenerse resguardado del exterior en los primeros meses de vida para evitar “*corrientes*” (E.M.30) (E.M.9) (E.M.28) término coincidente en diferentes culturas, como la musulmana, la china y sudafricana-.

“La mujer en mi país (Rumanía) tras el parto se queda en la cama. La familia, la madre, la suegra, la hermana o las cuñadas...le ayudan, aunque sino pueden lo tiene que hacer ella, como yo ahora, aquí nosotros ahora ...tenemos que hacerlo nosotros, no tenemos a nadie.”(E.M.23)

La importancia de mantener el calor también se repite entre los cuidados internacionalmente prestados. La higiene del/la bebé no

es inmediata sino que al menos se realiza al día siguiente. La familia cercana de sexo femenino suele ser la encargada de los cuidados de la madre y el/la bebé en este período, preferentemente la madre de la parturienta, aunque también se habla de hermanas, abuelas, suegras... La lactancia materna es el alimento de elección para el/la hijo/a.

“En Nigeria normalmente se empieza a bañar al bebé al día siguiente y no le podemos dar muchas cremas ni nada de eso hasta que cumpla un mes o dos meses, es cuando le empiezan a poner las cremas de farmacia y eso.”(E.M.28)

“En China tiene más tendencia que aquí. Siempre intenta más, primero pecho. Y luego otra cosa es la comida que te tomas para la leche.”(E.M.30)

La alimentación es muy diversa según el lugar de origen. No obstante, en todas las culturas presentes en este trabajo se destaca el aumento del consumo de líquidos en la fase puerperal, así como el aumento en la dieta del consumo de cereales, legumbres y carnes. Algunos alimentos como la col son rechazados durante la lactancia por dar mal sabor a la leche y aumentar la tendencia al meteorismo y aerofagia de la madre y el/la bebé, favoreciendo el cólico del lactante.

“...especialidad que primero hace de trigo integral, mezclado eso con almendras con pasas bien hecho e la mujer toma por la mañana, con leche o así. Después toma lentejas, carne, pollo,

café también... En Marruecos el Té, ellos tomar el café mucho...”(E.M.32)

“Y eso col, no, porque hace malo para el bebé de la barriga” (E.M.21)

En cuanto a los cuidados del cordón umbilical y del/la hijo/a también existen peculiaridades culturales. Las mujeres de cultura sudafricana refieren utilizar aceite de palma. Las rumanas dicen curar el cordón umbilical con agua oxigenada, y una vez cae, al muñón umbilical le colocan una moneda sujeta con una faja para evitar su protuberancia. Además acostumbran a envolver las extremidades del/la recién nacido/a para *“que estén derechitas”*(E.M.24) y los mantienen así por períodos largos de tiempo que pueden durar hasta los dos meses.

“...si y siempre cuando se limpia se le da con algo que huele fuerte...agua oxigenada, se pone la moneda(...)siempre limpia, se pone con tampones(algodón), luego la faja.” (E.M.24)

“...si, en mi país (Rumanía) se tapa así, enrollado para que las piernas y los brazos estén muy derechos y...luego se le quita en el baño y se le vuelve a poner, un mes o dos, más o menos, es para que no se le queden torcidos las piernas y los brazos.” (E.M.23)

Las mujeres de otras culturas refieren notar que en sus países se están experimentando cambios que se acercan al estilo occidental de atención al embarazo, parto y puerperio. Algunas de ellas

relatan este proceso de cambio, y el contraste con generaciones anteriores en relación a los cuidados tradicionales.

“En China es que ahora está cambiando. Quizá más la tendencia, diremos más para occidental. (...) Pero hablamos de ahora, porque ahora está cambiando” (E.M.30)

“Mi niño nació el 29 de mayo, ya prácticamente verano, y mi madre quería vestir niño con ropa de abrigo...Eso sí discutí con ella. Hay cosas que ya no estoy de acuerdo. Sobre todo la generación de mis padres...” (E.M.30)

Cuando las mujeres, a pesar de la variabilidad de creencias y costumbres, descubren los beneficios de una adecuada atención y seguimiento del embarazo, la reconocen como positiva, siempre que las figuras de referencia de su cultura -es decir, su marido, su familia o allegados/as- no generen confusión poniendo en tela de juicio la fidelidad a los valores de identidad y origen, como su religión o costumbres ancestrales: por ejemplo la extracción de sangre, la alimentación o el seguimiento de las normas religiosas. En estos temas se genera un conflicto intercultural entre la propia mujer gestante, que reconoce lo positivo del sistema de control del embarazo autóctono, y los profesionales, en el caso de que se vea obligada a elegir entre sus normas culturales y su necesidad de cuidados.

“Cuando yo le digo a mi marido vamos a ir al médico para ver si todo está bien con el bebé, él me dice que para qué...que en

Pakistán las madres no se controlan el embarazo, y los niños nacen bien casi siempre. Que no es necesario sacar tanta sangre ni mirar otras cosas, que en Pakistán no hacía falta y ahora para qué.”(E.M.29)

“...en Rumanía si tú quieres que no te controle nadie no pasa nada pero eso no está bien”(E.M.21)

Las mujeres se enfrentan a un Sistema de Salud distinto al propio, por lo que el desconocimiento surge en referencia a diversas cuestiones: sobre el modo de funcionamiento, sobre su conveniencia o no durante la etapa gestacional y puerperal o incluso sobre la posibilidad de acceso y derecho a la asistencia. La información que reciben al respecto proviene de sus compatriotas, a veces poco fidedigna. Lo que se traduce en que muchas de ellas no saben cómo o cuándo acudir a los servicios sanitarios. Otras, cuando tienen posibilidades económicas para ello, e influidas por la experiencia en su país, negativa hacia el trato con lo público, optan por la asistencia privada y se sorprenden cuando conocen y contrastan la calidad de los servicios ofrecidos en el servicio de salud público.

“Luego está el desconocimiento del Sistema de Salud de España, totalmente. Entonces no sabe que puede disfrutar del hospital público, del servicio, no sabe qué servicios puede disfrutar, entonces no va al Hospital, siquiera” (E.M.30)

“Y aquí empezaron a tratarme muy bien en el público, incluso mejor que en el privado” (E.M.28)

En todos los discursos se identifica la barrera idiomática como uno de los factores importantes que condicionan la utilización de los servicios sanitarios y la continuidad de cuidados durante el embarazo en las mujeres inmigrantes.

“Yo creo que es el idioma y luego el desconocimiento. Bueno, fundamental el idioma, porque no puede comunicar muy bien con la gente de aquí... Luego está el desconocimiento del Sistema de Salud de España, totalmente” (E.M.30)

A su vez, las dificultades para el manejo del idioma tienen su origen en el aislamiento social y la falta de interacción con personas autóctonas, además del bajo nivel de formación y la procedencia de entornos rurales. Así, aunque lleven años en España no conocen el idioma.

“Llevo tres años, pero como trabajo en el campo, el amo es español, un poquito hablo, los demás no hablan ¿no?. Como hay mucho rumano en el campo hablan con rumano, con español no mucho.” (E.M.24)

Por tanto, hay una imposibilidad real para comprender las explicaciones y orientaciones dadas por el personal sanitario, lo cual hace que las mujeres no tengan interés por acudir a los controles sanitarios de su embarazo. Para ello requieren ser

acompañadas por alguna persona, normalmente compatriota que les traduzca y oriente pero como en muchos casos no hay relaciones de confianza que permitan un acompañamiento continuado, desisten de acudir solas a las citas sanitarias o a la educación maternal.

“Hay una dificultad importante que es el idioma (...). Entonces cuando entran en el circuito de la Seguridad Social tampoco hay medios para que les pongan un intérprete que les facilite, que entiendan lo que les explica la matrona o que entienda claramente lo que les está diciendo el médico. En las charlas de educación maternal se suelen aburrir (...)” (E.P.6)

6.2 La perspectiva de los y las profesionales sanitarios/as y de las entidades sin ánimo de lucro.

Los discursos de las personas informantes identifican como uno de los factores presentes en un control inadecuado del embarazo en las mujeres autóctonas la inmadurez por la edad temprana, es decir, las adolescentes, por su incapacidad para afrontar la futura maternidad, tienen mayor tendencia a no realizar los controles sanitarios establecidos durante la gestación, ya que el miedo inicial a confirmar la noticia por parte de la chica retrasa el proceso para asimilar el hecho del embarazo que luego, a su vez, requiere mayor tiempo de preparación para comunicarlo a nivel familiar y social, debido a la carga estigmatizadora que en nuestra sociedad comporta el embarazo en adolescentes. En el mejor de

los casos, el inicio del control del embarazo se retrasa de forma significativa, y los profesionales sanitarios refieren incluso que algunas jóvenes no llegan a realizar ningún control y llegan justo en el momento del parto por primera vez al servicio sanitario.

“Entonces, ante esa inmadurez tanto física, como psicológica, pues le han estado ocultando un estado que, para ellas, es un tabú. Entonces, ante esta circunstancia, pues no traen controlado absolutamente nada. Ha llegado un momento que se han puesto de parto, han venido con la pareja, con un vecino, con una amiga.”(E.P.2)

Otros motivos que llevan a la mujer a ocultar su embarazo son las cuestiones morales o religiosas correspondientes a casos de infidelidad conyugal. En ellos la mujer se siente comprometida moral o socialmente y no puede comunicar su estado gestacional, por lo que se retrasa o se impide el adecuado seguimiento y control del mismo. El desenlace final más frecuente es llegar al parto sin haber realizado ningún tipo de control durante la gestación y, por presiones morales y familiares, iniciar los trámites para que la criatura pueda ser adoptada.

“Porque está fuera de su estado civil. Entonces ella cuando menos se sepa de ello, mejor, que incluso, han venido alguna, han parido y han dado el niño en adopción.”(E.P.2)

Los motivos laborales y económicos también dan lugar a esta

situación de clandestinidad gestacional. La mujer se siente obligada a ocultar su embarazo cuando teme perder el puesto de trabajo, ya que existen empresas que excluyen de forma implícita o explícita a las mujeres en etapa reproductiva o en proceso de crianza. Esta situación ocurre sobre todo cuando la mujer trabaja temporalmente o por períodos cortos, o en grandes empresas en las que los responsables desconocen personalmente a sus trabajadoras, como es el caso de las mujeres temporeras.

“Y muchas de ellas esconden o no presentan ningún informe de su embarazo, porque no informan de que lo están en sus trabajos, y cuando llegan muchas vienen pariendo, ya bien avanzadas.”
(E.P.4)

La pobreza y la exclusión social es identificada en los discursos como factores relevantes en la ausencia o inadecuado control gestacional. En este sentido, un nivel económico y educativo bajos representan un riesgo para no realizar el control sanitario del embarazo.

“...principalmente los estratos sociales más bajos, que tengan un bajo nivel cultural, bajo poder adquisitivo... No todo el mundo, pero casi todas las mujeres pertenecían a esos estratos sociales.”(E.P.1)

A nivel económico y social se destacan diferentes circunstancias, entre las que se encuentran la escasez de recursos económicos y

materiales, la falta de redes de apoyo social y estructural, y las situaciones de exclusión social en mujeres por consumo de drogas. La falta de medios económicos y materiales se traduce en la dificultad para el desplazamiento periódico a los centros sanitarios así como a la pérdida del salario correspondiente a la jornada laboral que no realiza para poder acudir al control sanitario, puesto que las condiciones de precariedad laboral niegan el derecho a los permisos remunerados para acceder a los servicios sanitarios.

“Es que claro, esa es otra dificultad para acudir al Centro Sanitario, que las mujeres en las fincas están aisladas porque el acceso en autobús es... pésimo y para ellas, caro, casi ninguna tiene coche y encima pierden el día de trabajo” (G.D.P.O)

La falta de redes de apoyo naturales o estructurales, dificulta la conciliación de la vida laboral y familiar, la mujer, sola, con hijos o hijas a su cargo presenta grandes dificultades para buscar o desempeñar un trabajo a la vez que se ocupa de la crianza. La falta de redes de apoyo se configura, por tanto, como factor condicionante de un adecuado control de la gestación.

“No tenía familia, no tenía ningún tipo de apoyo” (E.P.6)

“... que no es porque ellas no quieren trabajar ni tener una atención adecuada, es que no pueden, porque tienen hijos que no

pueden estar en la guardería, porque no tienen documentación para presentar una ayuda.. Es que no tienen ningún recurso y una carga familiar”(E.P.6)

La falta de información y el desconocimiento de la existencia de recursos, como la posibilidad de acceder al programa de control de la gestación, también son identificados como factores condicionantes.

“(...) muchas de ellas como venían de asentamientos o situaciones de exclusión muy graves, ni siquiera sabían que tenían derecho a ir al médico” (E.P.6)

En los discursos se hace referencia a situaciones de mujeres en proceso de exclusión social. Este proceso implica la alteración, según García Roca, de diferentes vectores: el económico, el social y el personal (267). Mientras el primer componente se refiere a la capacidad de inclusión o exclusión en el mercado de trabajo, el segundo se centra en los vínculos, relaciones y redes sociales, y el tercero tiene que ver con factores motivacionales, emocionales, de valores personales... Entre estos últimos es donde se sitúa el capital de salud que posee la persona, y que es condicionante de su capacidad de inclusión o exclusión social. Para que se produzca el fenómeno del aislamiento debe conjugarse el deterioro de los tres vectores; el proceso puede comenzar por cualquiera de ellos e ir facilitando, o no, el eje de un proceso de

inclusión-exclusión, cuyo máximo exponente sería dicho aislamiento social. Castel (268), más que de aislamiento, habla del proceso de exclusión como el que mantiene a la persona en una situación precaria y genera incapacidad para la vida autónoma; es decir, para disfrutar de una ciudadanía plena con las mismas oportunidades vitales que el resto de los convivientes en un país.

En relación a las mujeres autóctonas se relatan situaciones de vulnerabilidad extrema a nivel social, económico y personal que conllevan la incapacidad para el autocuidado.

“...otras experiencias en relación al control del embarazo de las mujeres autóctonas tiene que ver con las mujeres en situación de exclusión, que están muy solas, viven en la calle y eso... y que normalmente tiene que ver con una dependencia, con el consumo de sustancias y claro, ahí es que su prioridad no está en la salud, ni en la prevención ni en nada... esas llegan directamente al parto y lo dejan allí en el hospital o se lo retiran.” (G.D.P.O)

“Y ya si hablamos de las que están más deterioradas porque tienen VIH o hepatitis y esos niños requieren posteriormente hospitalización... en fin que lo del control del embarazo es muy complicado con ellas, a pesar de ser autóctonas, según nuestra experiencia.” (G.D.P.O)

La deficiente formación de las mujeres por motivos

socioculturales y sexistas en los que no se reconoce el derecho de la mujer a la educación, es un factor que está presente en las mujeres que no realizan un control adecuado de su gestación, tanto en mujeres inmigrantes como autóctonas, lo que conlleva el riesgo de perpetuar condiciones de vida precarias y, por consiguiente, tienen menos posibilidad de promocionarse como personas humanas.

“Gente que por su cultura y por la situación de inmigración en que viven o de exclusión social, pues no tienen el tema educativo bien resuelto, con lo cual (..) yo creo que pasaría por ahí, porque estas niñas que son futuras madres tuvieran ese tema ya muy como lo tenemos hoy día, (...), entonces yo creo que habría que insistir mucho en el tema de la educación(...) y la importancia del embarazo.” (G.D.P)

Esta situación de desigualdad socioeconómica y educativa genera una espiral de problemas interrelacionados que dan lugar a que el control del embarazo no sea una prioridad. En este sentido, las personas informantes señalan la edad temprana, la multiparidad y los problemas de salud mental –entre los que se incluyen ciertas enfermedades mentales y las drogodependencias- como características de las mujeres que no controlan adecuadamente su embarazo.

“Y mujeres que tienen problemas psíquicos, mujeres que no se

controlan el embarazo.” (G.D.P)

“...los problemas sociales son importantes, me refiero a las adicciones, a las chicas jóvenes que se quedan embarazadas y no controlan su embarazo, también la multiparidad, la mujer que tiene 5 hijos, que ya el 5º hijo ya, entre el trabajo y las cosas, pues ya no accede tan frecuentemente como debería al control de su embarazo.” (G.D.P)

En los discursos, se hace especial referencia a mujeres de etnia gitana, de barrios empobrecidos o mujeres inmigrantes provenientes de zonas deprimidas. La población gitana se encuentra reconocida como uno de los colectivos de mayor vulnerabilidad social por la Comisión Europea, y en ella se identifican importantes carencias de inclusión laboral y educativa por estar sometidos a una importante discriminación y rechazo social (269). Debido al sexismo cultural y al racismo social, la mujer gitana se encuentra con mayores problemas para acceder y participar en procesos formativos, lo que termina por perpetuar la situación de exclusión (270). Esto repercute en la falta de formación y educación para la salud reproductiva existente en estas mujeres. Los profesionales sanitarios lo atribuyen principalmente a factores culturales, muy determinados por una tradición patriarcal y machista, con un reparto desigual de roles y, a pesar de que se están produciendo avances, aún marca de forma importante las condiciones de vida de la mujer gitana. Aunque en

las últimas tres décadas se ha ido mejorando la inserción social, no obstante aún hoy padece un significativo rechazo social y discriminación, según denuncia el Plan Nacional de Acción para la inclusión social (269).

“Por ejemplo, la raza gitana, que para nosotros lo más normal es que una chica de 14, 15 o 16 años como hemos tenido, embarazada, no le dé importancia a que tenga que controlar el embarazo, porque para ella es una cosa natural, que su padre no quiere que se controle o su madre no se ha controlado, su abuela no se ha controlado.”(E.P.2) “quizás por su cultura, porque no lo ven necesario, no sé pero es muy significativo de las gitanas porque es quienes más presentan esta característica.”(E.P.4.)

En relación a las mujeres inmigrantes, en los discursos, se identifican como factores que favorecen un control inadecuado del embarazo el choque intercultural. En nuestro entorno, la concepción del embarazo, parto y puerperio está marcada por una visión tecnificada y médica del mismo, propia del Modelo Biomédico, mientras que el de las mujeres procedentes de otras culturas presenta una visión más tradicional en la que los cuidados preventivos quedan relegados, al ámbito doméstico, ya que el Sistema Sanitario formal se centra en la atención de la enfermedad. El embarazo, para ellas, no es una enfermedad, por lo que no requiere Atención Sanitaria.

“Es porque su cultura, en sí, no concibe el embarazo como algo

que tenga que controlar desde el principio como sí puede ser en nuestra cultura occidental.”(G.D.P)

Estas diferencias culturales dan lugar a que aunque existan protocolos y normas sanitarias que especifican los criterios para realizar un adecuado control gestacional, cada cultura e incluso cada mujer presenta una forma particular de afrontar y vivir su necesidad de ser atendida durante esta etapa. Esta situación se da también en etnias autóctonas como la gitana, con patrones culturales propios sobre la manera de abordar y vivir la etapa reproductiva. Esto supone un reto profesional muy complejo, el de acompañar cada proceso, atendiendo sus necesidades específicas en una población muy heterogénea. La mayor dificultad y preocupación surge ante la necesidad de captar, seguir y tratar a las mujeres embarazadas con riesgo de no controlar adecuadamente su embarazo.

“Las consecuencias son, las clínicas, que todo el mundo conocemos, y por otro lado, que no se puede atender a estas mujeres como hoy día los procedimientos-protocolos están establecidos y dicen que tenemos que hacerlo.”(G.D.P)

“Entonces esa es la cultura con la que ellas vienen. Están embarazadas, pues no pasa nada, ya nacerá y ya está. Muchas de ellas no saben ni siquiera cuando fue su última regla, no saben, por tanto, cuándo va a nacer el niño. Pero no les preocupa. Ya nacerá. Vienen con eso aprendido.”(E.P.6)

La falta de información sobre los recursos sanitarios disponibles es otro de los factores importantes para que las mujeres inmigrantes no controlen adecuadamente su embarazo. En la mayoría de los países de donde proceden estas mujeres, no existen dispositivos sanitarios públicos que den atención a los problemas de salud ni de carácter preventivo y, aún menos, en el proceso de gestación, por lo que es comprensible que tengan dificultad para acceder a la información y contemplar los cuidados durante el embarazo como una posibilidad.

“Entonces, ella bastante hace que se queda embarazada, lleva el embarazo y llega al final del embarazo. Y paren. Entonces, cuando llegan aquí, ellas se enteran de que hay una información del embarazo y unos controles del embarazo que en su cultura y en su país no existe. O ella no tienen constancia de ello.” (E.P.2)

Se constata, además, que las diferencias de concepto sobre la necesidad de control gestacional no solo están marcadas por cuestiones culturales de usos y costumbres sino también, y con la misma intensidad, por cuestiones socioeconómicas que afectan a la organización, gestión y accesibilidad al Sistema Sanitario existente en cada país. La experiencia que tienen las mujeres procedentes de otros países con su Sistema de Salud condiciona la predisposición para acudir al del país de acogida. Si las experiencias previas en su entorno sanitario son negativas o nulas, y nunca han recibido una atención continuada de salud, este

aspecto les resulta ajeno y desconocido, por lo que no demandan atención sanitaria para controlar su embarazo.

“Primero porque en su país no tienen un médico a su alcance, no tiene una sanidad a su alcance, no tiene una información sanitaria a su alcance. Entonces ella no es que no quiera. Es que, primero, lo desconoce y no tiene un acceso a esa información y a esos medios.” (E.P.2)

La proximidad cultural es un aspecto positivo para un control adecuado del embarazo, es decir, mujeres pertenecientes a culturas semejantes a la autóctona tienen menos dificultades para acceder a los servicios sanitarios disponibles y cumplir los protocolos sanitarios recomendados. La cercanía en los patrones de comportamiento social, el uso de un idioma semejante o una gestión similar del tiempo cotidiano debido a un clima o franja horaria próxima a la autóctona, facilita la comprensión y disminuye los conflictos culturales, y con ello la capacidad de integrarse en el sistema social y de salud. Cuando la mujer puede ser informada y motivada correctamente para el cuidado de su embarazo, porque comprende el idioma y sus patrones de cuidados son similares a los autóctonos, resulta más sencillo que continúe adherida al protocolo de seguimiento establecido por los servicios sanitarios; en cambio, cuando va a consulta y no es capaz de comprender -literalmente- gran parte de lo que se le está diciendo, o bien lo que se le pide es contrario a sus valores

culturales -por ejemplo, que no haga ayuno en el mes de Ramadán siendo musulmana practicante-, el seguimiento en el programa de control sanitario es inadecuado o inexistente.

“y luego viene el Ramadán, no comen nada, tienes a los niños en los monitores y les dices -pero las embarazadas sí pueden comer- y te dicen que no. Ese choque cultural...ahí se notan mucho las diferencias que no es lo mismo con las latinoamericanas por ejemplo.”(G.D.P)

El predominio cultural con enfoque patriarcal o androcéntrico se considera un factor relacionado con un control gestacional inadecuado, sobre todo en referencia a las mujeres africanas y rumanas, aunque con mayor frecuencia se destacan las consecuencias que tiene en la mujer marroquí.

“Hombre, ya en las mujeres árabes nos cuesta más trabajo, porque están bajo la influencia del marido o de la persona de sexo masculino que no las deja salir de su entorno” (E.P.2)

Se expresa que el marido anula la capacidad de decisión de la mujer sobre su proceso de embarazo, parto y puerperio e incluso se presentan los casos de mujeres que se ven obligadas por sus maridos a venir solas con el embarazo avanzado para obtener unos supuestos beneficios ligados a la maternidad en España. Estos supuestos beneficios consisten en la obtención de la nacionalidad española del niño o niña, que facilitaría a los progenitores el acceso a la documentación necesaria para poder

emigrar y trabajar legalmente en España; sin embargo esta concepción resulta errónea, puesto que la obtención de la nacionalidad en nuestro país está regida por el *Ius sanguinis* y no por *Ius solis*, por lo que los hijos e hijas heredan la nacionalidad de los padres, no la obtienen por el hecho de nacer en territorio español (271). En determinados países ha circulado una información equívoca al respecto, dando lugar a casos terribles, como el de mujeres gestantes y posteriormente puérperas, emigradas sin recursos económicos, sociales ni familiares, que se encuentran sin posibilidad de regresar a su país, bien porque no han podido formalizar la documentación del recién nacido o nacida para viajar con él o ella, o bien porque su marido no les permite regresar a la unidad de origen familiar tras comprobar que no es posible obtener la nacionalidad, hecho que las lleva a una situación de exclusión social.

“Es que estas mujeres vienen obligadas por sus maridos que les dicen: -Tú tienes que ir allí embarazada y tener el hijo allí, tú me traes los papeles y la nacionalidad y los papeles de contrato-. Y las amenazan y las presionan para que vengan, Y cuando están aquí y los llaman, ellos les dicen:- si regresas, yo te mato- y no es un decir, es literal, y es mucha la presión de esas mujeres.”(G.D.P.O)

“No tenía familia, no tenía ningún tipo de apoyo. Ella vino contratada en origen pensando que cuando tuviera a los hijos les

iban a dar documentación definitiva porque los niños eran españoles. Eso fue un bulo que hubo en Marruecos durante una época y era que si tú te venías embarazada y parías los niños no eran marroquíes, eran españoles y entonces la madre adquiriría documentación para poder quedarse en el país de los hijos.(...) Con lo cual, ella no se fue porque decía que se sentía incapaz de abandonar a sus hijos y aquí está, sin documentación, con los dos niños y bueno... intentando.”(E.P.6)

Las personas informantes destacan la importancia de la comunicación y de los recursos que favorecen el entendimiento directo con la mujer, sin depender del marido con el fin de empoderarla en su proceso reproductivo y disminuir las diferencias interculturales. Se destaca la necesidad de figuras mediadoras y de enlace como el recurso más pertinente para ello. La información eficaz y fiable realizada de manera organizada y profesional se considera un recurso básico que favorecería el conocimiento de la mujer evitando canales de información confusa.

“...el marido es el que filtra todo lo que se está hablando, nunca entiende, ella nunca sabe, con lo cual cuando le tienes que hacer entender una dieta, el marido es el que va diciendo -pues, esto sabe, esto no- y tú le estás dando las explicaciones al marido(...) se necesita alguien de su comunidad representativo que pudiera hacer de enlace, y ese a su vez coordinarse con la enfermera de

enlace o el asistente social, a lo mejor podría ser una solución para vencer las barreras culturales y de idioma.”(G.D.P.)

“...claro y es que muchas además no saben, nosotros vemos que la información es muy importante porque, se fían de sus paisanos más que de cualquier cosa, y muchas veces no es muy fiable la información.” (G.D.P.O)

La religión, también, se entiende como un factor influyente, sobre todo en culturas fuertemente marcadas por este hecho, como la de las mujeres musulmanas, en las que las diferencias de género desfavorecen la capacidad de elección y autonomía de la mujer, y en las que la sexualidad y el embarazo son considerados temas tabú .

“también hay que tener en cuenta la religión, la religión también influye en las mujeres Marroquíes, sobre todo.” (G.D.P.O)

La barrera idiomática es identificada en los discursos como uno de los obstáculos importantes para la comunicación efectiva y la integración, además de generar malestar y conflicto. Institucionalmente se cuenta con recursos como el de traducción telefónica, materiales pictográficos y escritos en diferentes idiomas promovidos por el Servicio Andaluz de Salud. Este tipo de recursos se valoran como métodos complementarios para la comunicación puntual y básica, pero difícilmente permiten una adecuada Educación para la Salud de mujeres inmigrantes en

proceso de embarazo porque no permiten una comunicación completa y motivadora, no aseguran una conexión e interpretación correcta de los conceptos y, frecuentemente, conduce a malentendidos. Los profesionales, además, ven reducidas las posibilidades del uso de los materiales escritos y traducidos, ya que muchas mujeres no saben leer ni escribir en su propio idioma, sobre todo en el caso de las mujeres marroquíes y rumanas.

“...lo del idioma es una dificultad enorme, porque sí, está el teléfono, el que es un traductor, pero eso es horrible. No he visto ninguna vez que haya sido eficaz, porque el médico habla se lo pasa a ella, ella no se entera bien, porque no se escucha bien, se lo pasa al médico, el médico igual, que no se entera bien tampoco, en definitiva... que como no vayan acompañadas de alguien que sepa el idioma, es un lío...” (G.P.D.O)

“...porque muchas de las marroquíes, vienen de entornos rurales, son analfabetas.”(G.D.P.O)

La necesidad de comunicar, entender y hacerse entender es ampliamente expresada. Las personas informantes plantean que la atención sanitaria necesaria es muy compleja y requiere de unos enlaces o puentes que ayuden a establecer una comunicación efectiva profesional-mujer, no sólo a nivel de traducción idiomática sino en cuanto a comprensión de los códigos culturales. Se reconoce la importancia de un trabajo coordinado

con figuras clave que disminuyan las barreras culturales y sociales tales como el/la mediador/a social o cultural. En este sentido, se hace una fuerte crítica a los recortes económicos que están afectando a este recurso y por extensión a la atención de las mujeres inmigrantes. La forma más habitual de hacer frente a este problema, suele ser a través de las redes informales de solidaridad, como personas conocidas o compatriotas que se prestan a acompañar a estas mujeres.

“Muchas de ellas a lo mejor se han quedado embarazadas al poco tiempo de llegar o incluso están trabajando en la fresa y aunque hayan venido a trabajar en varias ocasiones no saben español porque se siguen relacionando con la gente de su misma nacionalidad y entonces no aprenden el español. Entonces cuando entran en el circuito de la Seguridad Social tampoco hay medios en la Seguridad Social que les pongan un intérprete que les facilite que entiendan lo que les explica la matrona o que entienda claramente lo que les está diciendo el médico, en las charlas de educación maternal se suelen aburrir.” (E.P.6)

“También hay algunos ayuntamientos que tienen un mediador o mediadora sociocultural que acompaña a la mujer a la consulta y mejora mucho, la verdad porque sólo que te puedas comunicar con ellas, eso es mucho y es muy positivo.” (E.P.4)

Los problemas administrativos y de afiliación representan también un factor que dificulta un control gestacional adecuado.

La regularización administrativa facilita el acceso a los servicios sanitarios y la continuidad de la asistencia. La mujer con documentación reglada acude con mayor confianza a los servicios sanitarios. La situación de irregularidad, además, conlleva una menor visualización social y sitúa a las mujeres en el plano de la clandestinidad y, en consecuencia, tienen menor acceso a los canales fiables de información. Esta situación provoca miedo e inseguridad en cuanto a la posibilidad de ser obligada a pagar la atención sanitaria recibida, de ser detenida, expulsada o incluso de la retirada del /la hijo/a.

“...o ahora con el miedo a que les habrán un expediente de expulsión o les retiren al niño, muchas de ellas, que no tienen papeles, que tienen una situación irregular” (G.D.P.O)

“...depende, de las que están con papeles o las que están sin papeles” (E.P.2)

También, la situación de irregularidad afecta a los/las niños/as de las mujeres inmigrantes y dificulta la inserción social y escolar, sobre todo en los primeros años, cuando la escolarización no es obligatoria. Esto a su vez tiene repercusiones en la situación socioeconómica de este núcleo familiar, ya que la madre debe hacerse cargo de su hijo/a, con escaso o nulo apoyo, y con poco tiempo para buscar y desempeñar una actividad productiva, lo que intensifica la situación de vulnerabilidad. Estos profesionales expresan la necesidad de realizar una verdadera reflexión social

respecto a la pertinencia de regular la situación administrativa de las personas inmigrantes que habitan en nuestro país. La existencia de personas sin acceso a la documentación genera diferencias importantes en el acceso a derechos básicos y ha demostrado no ser una solución eficaz al problema de los flujos migratorios y de la convivencia. Se hace referencia, además, a que este tema provoca controversia a nivel social, lo cual, dificulta la reflexión y hace que parte de la población autóctona no conozca las verdaderas causas que mantienen a la población inmigrante en situaciones de escasez económica, pobreza y exclusión. En consecuencia las mujeres y sus familias se ven afectadas y limitadas por estas circunstancias, por lo que controlar adecuadamente el embarazo, deja de ser una prioridad.

“...tenemos mucha demanda de mujeres inmigrantes sin papeles, porque estas mujeres no tienen manera de ganarse la vida y muchas veces... El otro día me decía alguien -es que mientras ustedes estéis no van a buscarse la vida-. Y no. Es que si nosotros no estuviéramos estarían tiradas en la calle, que es diferente, que no es porque ellas no quieren trabajar, es que no pueden, porque tienen hijos que no pueden estar en la guardería, porque no tienen documentación para presentar una ayuda de no sé qué. Es que no tienen ningún recurso y una carga familiar.” (E.P.6)

“...yo creo que con el tema de la documentación y el tema de la regularidad y la irregularidad de las personas habría que hacer

una reflexión profunda de cómo se está tratando el fenómeno de la inmigración. Se está poniendo cada vez más difícil con la intención de que se vayan y la gente no se va. Es verdad que ahora hay gente que parece que se están yendo pero hay otras mucha gente que a pesar de las dificultades se sigue quedando en España.” (E.P.6)

A su vez, la irregularidad administrativa da lugar a dificultades en la afiliación, la movilidad e inestabilidad domiciliaria. Por tanto, desde los servicios sanitarios hay dificultades para el seguimiento de la gestación debido a la constante movilidad domiciliaria, perdiéndose el contacto con las mujeres y, consecuentemente, las citas sanitarias previstas.

“...con la movilidad que tienen de un lado a otro, tampoco tienen una dirección fija, muchas de ellas le miras la dirección y pone - Finca no sé dónde-. Imagínate para que llegue la cita de la consulta a la finca, es que es impresionante... A veces hemos llamado a la Guardia Civil para que localice a alguien que está en una finca, o sea que la accesibilidad es muy difícil.”(G.P.D)

“Faltan a las citas y les preguntas dónde han estado y te dicen que van y vienen, no sé exactamente por qué esa movilidad...” (G.D.P)

Esta inestabilidad domiciliaria está provocada por la búsqueda de recursos económicos. Las mujeres transitan por diversas

actividades laborales y diferentes viviendas según sus necesidades económicas. La necesidad de compartir gastos para minimizarlos, o de estabilizar su dirección de contacto para conseguir el empadronamiento, son algunos de los motivos que les llevan a presentar diversas afiliaciones en cortos períodos de tiempo, que a su vez les resulta complicado actualizar en las distintas instituciones, por este motivo, realizar un control adecuado del embarazo es algo poco probable.

“Es muy duro...además estaba pensando que otra cosa es que 9 meses son muy largos, y es que las mujeres inmigrantes se mueven mucho, que lo mismo están aquí, son jornaleras o se dedican a la venta ambulante, o su familia se cambia de domicilio, o ahora con el miedo a que les habrán un expediente de expulsión o les retiren al niño, muchas de ellas, que no tienen papeles, que tienen una situación irregular, y comparten cuarto con otras, en cuanto tienen la posibilidad, se empadronan en casa de alguien que tenga papeles y esté registrado, por miedo... y claro, y es muy difícil que lleven un control del embarazo, porque se pierden las citas...o no le llegan al domicilio nuevo...en fin, que no tienen una estabilidad.” (G.D.P.O)

Por tanto, las dificultades que impiden que las mujeres realicen un control adecuado de la gestación en Huelva responden a situaciones complejas en las que confluyen factores multicausales que a la vez se superponen y se encuentran interrelacionados unos

con otros. Estos factores se encuentran muy ligados por un lado, a las deficiencias de un Sistema Sanitario que se encuentra en proceso de adaptación a la realidad de una población muy diversa y cambiante, en la que, aún, se tiende a un modelo unificador, en vez de diverso, por lo que las formas de captación y atención no se encuentran adaptadas a la realidad poblacional de las mujeres embarazadas; y por otro lado, a las diferencias sociales que impiden el acceso y el mantenimiento de la salud de las mujeres, sobre todo, cuando se encuentran solas y en situación de exclusión. La identificación y comprensión de estos factores posibilitan un primer paso en la prevención y disminución de las desigualdades en salud en el ámbito de estudio.

***Capítulo 7: La valoración de los
principios, organización y
funcionamiento del Servicio Andaluz de
Salud en la atención al proceso de la
gestación***

Capítulo 7: La valoración de los principios, organización y funcionamiento del Servicio Andaluz de Salud en la atención al proceso de gestación

Objetivo específico número 4: Valorar la opinión de los y las profesionales sobre el servicio Andaluz de Salud y la atención que se da a las mujeres durante el embarazo.

En la actualidad, la valoración del Servicio Andaluz de Salud se encuentra claramente mediatizada por la situación de crisis socio-económica que afecta a nuestro país desde el año 2007, cuyos efectos están perjudicando seriamente al ámbito sanitario. La aplicación de las enmiendas planteadas en el Real Decreto Ley de Abril de 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (201) en su artículo 1.3 respecto al Derecho a la asistencia sanitaria y en su artículo 4.13 sobre la aportación del beneficiario en la prestación farmacéutica ambulatoria o dispensada a través de oficina farmacéutica., han afectado especialmente a las personas inmigrantes en cuanto al acceso a los servicios y al copago de los fármacos. Aunque las medidas relacionadas con la utilización de los servicios no afectaban a las mujeres inmigrantes embarazadas, las deficiencias en la información, han creado confusión. En consecuencia, esta

situación, representa una dificultad para la realización de un adecuado control de la gestación en la actualidad.

Estas medidas han venido a reducir aún más los recursos sanitarios disponibles, ya que no responden a las necesidades de la población actual diversa y multicultural.

Las personas informantes ponen de manifiesto que no existen recursos suficientes para superar las diferencias culturales o idiomáticas de las mujeres inmigrantes y que es preocupante que actualmente a nivel institucional, no se está dando respuesta a este problema. Aunque determinados recursos como la figura del mediador intercultural, el teléfono traductor o los materiales escritos y editados en diversos idiomas han representado un intento de dar respuesta a las demandas de personas inmigrantes usuarias del Sistema Sanitario y a los y las profesionales que las atienden, no han conseguido cubrir las necesidades que se vienen planteando, así, la figura del mediador es prácticamente inexistente en los centros sanitarios públicos y el teléfono se utiliza de forma muy puntual ya que la mera traducción no es suficiente en muchos de los casos y a veces, dificulta la comunicación.

“...la Sanidad Abierta a todo el mundo, la Educación Abierta a todo el mundo, pienso que no es a todo el mundo que, hay gente que, aunque todo el mundo tiene derecho, aunque puede usarlo,

se queda fuera porque no están pensados los recursos para ellos y creo que ahí sí que tendríamos que hacer un esfuerzo. Sobre todo porque quizás esas personas son las que más necesitan de una educación maternal.”(E.P.6)

“...está el teléfono, el que es un traductor, pero eso es horrible. No he visto ninguna vez que haya sido eficaz, porque el médico habla se lo pasa a ella, ella no se entera bien , porque no se escucha bien, se lo pasa al médico, el médico igual, que no se entera bien tampoco, en definitiva...”(G.P.D.O)

La diversidad de criterios en la aplicación del RD 16/2012 entre las Comunidades Autónomas ha acentuado las diferencias en los niveles de salud en las distintas zonas del territorio español y ha fomentado las desigualdades en la atención a la población en riesgo (272). Así, los servicios sanitarios de Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, y Madrid (204) que han aplicado fielmente las medidas recogidas por la normativa del RD 16/2012 en su artículo 1.3 referido a la Asistencia Sanitaria en situaciones especiales, y en concreto a los extranjeros, son las Comunidades en las que las personas inmigrantes se han visto más afectadas, mientras que otras Comunidades Autónomas han optado por continuar con la atención sanitaria prestada anteriormente a la promulgación de dicho RD que incluye a los grupos más vulnerables -entre los que se encuentran las mujeres

inmigrantes- y en situación de irregularidad administrativa.

La nueva regulación respecto a la posibilidad de acceso al Sistema Sanitario y a los programas de salud existentes en cada Comunidad Autónoma está provocando confusión en la población inmigrante, sobre todo en las personas que transitan por distintas Comunidades debido a su actividad laboral. Así, por ejemplo, como denuncia Médicos del Mundo(204) *“Hospitales como Virgen de la Salud de Toledo han enviado facturas por valor de más de 3.000 euros por un parto a mujeres inmigrantes”* cuando las mujeres embarazadas tienen cubiertas completamente la asistencia en el Servicio Nacional de Salud.

El derecho a recibir una atención continuada y/o especializada, de igual manera, se ha visto gravemente afectado con la normativa actual. En su Capítulo I el RD 16/2012 restringe la atención sanitaria a situaciones de urgencia, sobre todo, en el caso de mujeres en estado de irregularidad administrativa y/o legal.

En Andalucía, existen diferencias en relación a otras Comunidades Autónomas. Esta Comunidad recurrió ante el Tribunal Constitucional el RD de 2012 y se ha desmarcado de algunos de sus aspectos tales como la retirada de la tarjeta sanitaria para los inmigrantes en situación de irregularidad (273), así el Servicio Andaluz de Salud mantiene activas las tarjetas de reconocimiento temporal de asistencia sanitaria que se entregan a

las personas inmigrantes aunque no estén empadronadas y en los discursos se destaca que en Huelva existe una buena predisposición por parte del Distrito Sanitario para la dispensación de la tarjeta sanitaria a la población inmigrante en situación de exclusión e irregularidad administrativa.

“...en Andalucía hay una circular que permite que se les siga atendiendo a pesar de la ley española del Real Decreto de 2012, entonces se las atiende” (E.P.6).

“Bueno aquí, y ya en algunos sitios también, porque muchos que no tienen una situación...de regularidad, legal, que no tienen los papeles preparados nos lo dicen, y no pueden tener ni hacer un seguimiento de nada, ni de un especialista, sólo de urgencias.... (...) Pero la verdad es que por otro lado, nosotros, aquí en Huelva con el Distrito Sanitario no hemos tenido nunca problemas con la tarjeta sanitaria, no nos han puesto ningún problema, y entonces al final...acaban viéndolos.” (G.D.P.O)

No obstante, las personas informantes, manifiestan que en Andalucía también se ha visto afectada por la publicación y aplicación de las enmiendas planteadas en el Real Decreto-Ley 16/2012, que han generado gran confusión en los y las profesionales sanitarios, en el personal administrativo y en las mujeres inmigrantes. La atención a la salud ha quedado supeditada, sobre todo en el período implantación de esta

reforma, a la escasa o adecuada información y a la buena voluntad que presente el/la profesional que las recibe, en vez de estar supeditada a una norma clara sobre la necesidad de la atención. Se han dado circunstancias en las que los profesionales sanitarios no conocían bien sus ámbitos de actuación frente a las mujeres inmigrantes, dando lugar a situaciones en las que desde el centro sanitario se ha argumentado que no las podían atender, les han exigido una documentación específica para ello, o el pago de la intervención, ante lo cual, las mujeres han disminuido la demanda de servicios sanitarios. Para mitigar esta situación diversas Organizaciones no Gubernamentales han creado grupos de acompañamiento para la protección de los derechos de estos colectivos, haciendo de enlace entre las personas usuarias y los profesionales en los diferentes niveles de atención (274).

La falta de criterios comunes en los centros sanitarios, así como la inadecuada información de los profesionales provocan situaciones de vulnerabilidad en las mujeres ya que ellas tampoco suelen estar bien informadas al respecto y tienen desconocimiento sobre sus derechos por lo que ante el rechazo, se marchan sin que sus problemas de salud hayan sido atendidos. Los discursos ponen de manifiesto que éste es un problema importante en mujeres inmigrantes y con perfil de riesgo socio-sanitario en el que si no van acompañadas por algún agente social pueden quedar desprotegidas y, en consecuencia, pierden la oportunidad

de realizar un correcto seguimiento de su gestación cuando se produce una acogida confusa por parte del profesional o del centro sanitario, ya que de nada sirve el esfuerzo realizado para motivarlas y persuadirlas de la importancia de acudir al mismo, si posteriormente no se realiza una labor vinculante y acogedora.

“Es que nosotros vemos que...no hay unificación de criterios, los centros sanitarios cada uno funciona de una manera, eso es lo que estamos viendo nosotros últimamente, que depende de quién esté en el Centro de salud, de los profesionales.”(G.P.D.O)

“Es que además te encuentras con algunas mujeres que se vuelven porque en el mostrador del Centro sanitario les han dicho que ellas no tienen derecho a asistencia ¿Cómo pueden decirles eso?, ellas se vuelven para atrás y te lo dicen -que me han dicho que yo no puedo-, ¡madre mía con el trabajo que cuesta motivarlas para que vayan!. ¿O el médico? que le dice a otra - Hannan, si no arreglas estos papeles ya no puedo atenderte más- y la mujer se vuelve y es una impotencia, porque es complicado para nosotros, cuanto más para ellas.”(G.P.D.O)

La continuidad de los cuidados en la mujer embarazada y, posteriormente en el niño o niña, así como la captación de las mismas, transcurre desde la atención en los Servicios Sociales a los servicios de Atención Primaria de Salud y desde ésta al nivel de Atención Especializada. En este circuito el control de

embarazo y, posteriormente el parto y puerperio requieren una atención continuada, ya que se trata de un proceso en el que la optimización de los recursos socio-sanitarios requiere la coordinación interprofesional para que la mujer y la criatura recién nacida reciban los cuidados necesarios que garanticen su salud. En este sentido, en los discursos, se expresa la importancia de aumentar y cualificar la coordinación entre las instituciones implicadas en la atención a mujeres inmigrantes y/o autóctonas con riesgo o situación de exclusión, ya que las Organizaciones no Gubernamentales que atienden a mujeres inmigrantes, tienen una información directa y pormenorizada sobre sus condiciones de vida.

“...el ámbito sanitario está muy ligado a lo social y muchas de las causas están relacionadas con lo social de la persona, por lo que deberíamos trabajar más unidos ¿ no?.” (G.D.P.O)

“...nosotros tenemos nuestra visión pero nos gustaría escuchar la de ellos y ver sus dificultades porque es verdad que vemos que luego ellos tienen cinco minutos por paciente y claro, se hace muy complicado atender bien”(G.P.D.O)

Las personas informantes que pertenecen a entidades sociales sin ánimo de lucro también hacen referencia a que la rigidez normativa y burocrática de los sistemas institucionales dificulta el acceso a los servicios sanitarios o sociales que la mujer necesita,

sobre todo, cuando requiere de diversas instituciones que están poco coordinadas entre sí. Se generan situaciones de conflicto de horario, de servicios o de recursos que obligan a la persona a elegir entre uno y otro cuando ambos resultan de importancia para cubrir sus necesidades. Tal es el caso, por ejemplo, de las mujeres inmigrantes o autóctonas en situación de exclusión, que viven en la calle y que se quedan a la cita de control del embarazo pero pierden el almuerzo, o el acceso a la ducha semanal que se oferta en los centros dedicados a esta atención por incompatibilidad de horarios.

“Es que muchas veces, si la mujer no llega antes de las 12 al Comedor , se queda sin comer, o se le pasa el horario de la ducha que también cierra sobre esa hora, o si llega después de la 13:30h tiene que llevar un justificante porque si no, no la dejan estar en el albergue” (G.P.D.O),

Los discursos dejan entrever que los trámites burocráticos necesarios para el acceso a la atención sanitaria son cada vez más complejos, sobre todo, para la persona inmigrante en situación de irregularidad administrativa, que debe intentar empadronarse, acudir a diversas instituciones cuyo funcionamiento les es desconocido y cumplimentar diversos formularios para obtener la tarjeta sanitaria.

Por otro lado, el tiempo invertido por el profesional sanitario en el

registro de informes y documentos durante el proceso de atención hace que se perciba un funcionamiento del Sistema Sanitario que prioriza la burocracia en detrimento de la atención prestada, lo cual dificulta la relación profesional- usuaria y la deshumaniza.

“...la realidad es que con el tema del embarazo nos estamos encontrando que el sistema es mucho más burocrático y mucho más lento y eso está dificultando el acceso.... al sistema sanitario.” (G.P.D.O)

“Es que la relación con el profesional es muy importante. Sí, porque después de estar aguantando a la mujer para que espere la consulta hasta la hora, porque muchas veces son 30, 45 minutos o una hora..., Y cuando consigues entrar te encuentras al sanitario de turno que te dice - es que yo no tengo tiempo de explicarle todo eso- y tú te quedas helada...es que es muy difícil, lo ponen muy difícil.”(G.P.D.O)

La atención deshumanizada favorece una comunicación ineficaz con la usuaria que lejos de contribuir a conductas saludables impulsa a la reafirmación de conductas culturales propias que implican cuidados, a veces, poco recomendables, o bien, a la búsqueda de soluciones alternativas, en ocasiones, poco fiables tales como las redes sociales o internet.

“Muchas veces les dan la receta y les dicen - tómate esto- y luego

vienen y te preguntan a tí cómo y cuando se lo tiene que tomar. Y tú dices- ¿ pero no te lo ha dicho el médico? ”- Y ella te mira y te dice que no, que le ha dado sólo el papel -la receta- . Y menos mal que ya tenemos confianza con la de la farmacia y le decimos -esto para qué es, y cómo se lo tiene que tomar , y cuántos días- y ella nos lo resuelve , o a lo mejor lo tenemos que consultar por internet, ¡es que vamos!...” (G.P.D.O)

Desde la perspectiva profesional sanitaria, se manifiesta la sensación de avalancha en la demanda de atención de las mujeres embarazadas inmigrantes o autóctonas en situación o riesgo de exclusión social a la que no son capaces de responder por no disponer de formación y recursos adecuados. Esta vivencia se agudiza en el caso de las personas procedentes de otros países con grandes diferencias culturales respecto a los cuidados en la gestación, sintiéndose desbordados/as para prestar una atención de calidad que responda a las necesidades reales. Entre los factores que más relatan en los discursos, se menciona el escaso tiempo disponible, sobre todo cuando existen barreras culturales e idiomáticas que dificultan la comunicación; la disminución de los recursos tanto personales como materiales y específicos para la atención de una población diversa y multicultural, como consecuencia de los recortes en el ámbito sanitario, así como la escasa oferta de formación que permita adquirir las competencias

interculturales necesarias en el ámbito sanitario para la atención a la diversidad.

Todas estas dificultades impiden que se pueda establecer una relación vinculante y de confianza con las mujeres atendidas y, por tanto, disminuye la capacidad para motivar y promocionar la salud de las mujeres durante su gestación, sobre todo cuando existen grandes diferencias entre la concepción de cuidados durante el embarazo en la cultura del país de origen y los que se ofrecen en España. Los y las profesionales sanitarios/as expresan sentimientos de frustración y estrés ante esta realidad.

“...uno no puede hacer mínima historia de preguntas obstétricas... sobre alergia, sobre cualquier problema, y es muy difícil, la asistencia se convierte en un problema.” (E.P.5)

Sin embargo, cuando se facilita algún tipo de recurso que facilita la comunicación, la frustración y el estrés disminuyen considerablemente y se valora muy positivamente.

“También hay algunos ayuntamientos que tienen un mediador o mediadora sociocultural que acompaña a la mujer a la consulta y mejora mucho, la verdad porque sólo que te puedas comunicar con ellas, eso es mucho y es muy positivo.” (E.P.4)

En relación con el proceso de comunicación y relación entre profesionales sanitarios y mujeres embarazadas a las que se atienden, las personas informantes manifiestan que su visión

sobre el funcionamiento del Servicio Andaluz de Salud está fuertemente marcada por la presión de la carga asistencial, debida al incremento de la población y a la disminución de los recursos humanos.

En general, la población actual exige a los/las profesionales mayor cualificación y competencias y por ende, mayor esfuerzo en una agenda ya apretada de tareas, puesto que a pesar del aumento de trabajo no se ha incrementado la plantilla profesional de las instituciones sanitarias, muy al contrario, ha disminuido considerablemente. En este sentido, la calidad en la atención prestada se está viendo deteriorada a todos los niveles (275-277) , lo cual promueve un clima de insatisfacción mutua entre los/las profesionales sanitarios/as y las mujeres usuarias (277). La importancia de las relaciones en la comunicación directa entre la mujer embarazada y el/la profesional en la consulta o intervención sanitaria es identificada en los discursos como algo importante, pues cuando esta relación es positiva, favorece la adhesión de la mujer al programa de control del embarazo, así como una mejor comprensión de los posibles riesgos y beneficios que conlleva para su salud y la de su futura criatura.

A pesar de estas dificultades, los y las profesionales asumen la

asistencia sanitaria de las personas inmigrantes en el Sistema Sanitario Público aunque expresan que existen dificultades para ello (278).

Se especifica la necesidad de recibir formación en el desarrollo de las habilidades y estrategias que favorezcan una comunicación intercultural que les capacite y facilite la labor cotidiana ante la sociedad multicultural a la que deben atender, para lo cual es imprescindible conocer, al menos de forma básica, la cultura propia y la de las principales culturas existentes en nuestro entorno sanitario y social, utilizar una actitud empática en la comunicación, tolerante a la ambigüedad, disminuir los prejuicios, así como el entrenamiento de diferentes habilidades comunicativas (279).

En los discursos, se ponen de manifiesto la necesidad de mejorar el trabajo coordinado entre la Atención Primaria y la Atención Especializada, ya que una buena coordinación es considerada como esencial para el control, seguimiento y motivación de las mujeres para lograr un adecuado control de su gestación.

“...la solución está primero en Primaria, con la captación de las mujeres, y luego, la relación entre Primaria y Especializada, esa coordinación es muy importante...” (G.D.P)

Se evidencia en todos los discursos la necesidad de dar continuidad a la atención sanitaria con labores de captación y de

seguimiento de las mujeres no sólo durante el embarazo sino también después del parto, haciéndose extensiva, por tanto, a sus hijos/as. Para la captación activa de las mismas expresan que es fundamental el contacto con los/las agentes sociales y con una figura que sirva de nexo cultural. La necesidad de realizar una captación activa implica la salida de los/las profesionales a los ámbitos cotidianos de estas mujeres (el barrio, la calle, el campo, asociaciones de vecinos...). Se identifican como agentes clave para ello a la denominada Enfermera de Enlace, la matrona y el/la médico o médica de Atención Primaria, así como el/la Trabajador/a Social de la Zona Básica correspondiente.

“...deberían moverse en determinadas zonas, en barrios marginales, parroquias, AA de Vecinos, en las zonas agrícolas donde trabajan gente inmigrante y enterarse si hay alguna embarazada, informarle. Creo que esa sería la mejor forma de captar a estas mujeres porque no te van a ir al Centro de Salud, tendríamos que ir nosotros a buscarlas a ellas.” (G.D.P)

Los beneficios de contar con una figura que realice las labores de nexo o puente con las mujeres en sus ámbitos cotidianos, se considera estratégica para facilitar la captación y motivación en el cuidado y seguimiento del embarazo. En este sentido se habla de la necesaria integración de recursos como la mediación o interpretación intercultural que permita acercar las distintas

culturas, mejorando así la comunicación.

“...habría que crear una figura en otro nivel diferente al del asistente social que sería como un enlace cultural (...) que hiciera de nexo entre lo que es la Atención Primaria y la gente de la calle” (G.D.P)

En esta clave de figura facilitadora, pero más centrada en la perspectiva de cuidados de la salud maternal y puerperal se encuentra la figura de la *Doula*. El papel de la *Doula*, está extendido internacionalmente y existe también en nuestro país y Comunidad Autónoma. Las Doulas son mujeres dedicadas a la humanización de la experiencia de embarazo, parto y puerperio a través del acompañamiento del proceso. Como requisito tienen una formación específica marcada por la experiencia vivencial en el desempeño de la maternidad y de la crianza, más que por la formación académica. Los resultados de la tarea llevada a cabo por estas mujeres tienen cada vez un mayor reconocimiento debido a su repercusión en la disminución de riesgos y del estrés durante el parto, como lo avalan los estudios de Campbell- Voytal (93) y de Gilliland (94). La labor de estas mujeres tiene un papel especialmente positivo y de interés en mujeres inmigrantes o autóctonas en situación o riesgo de exclusión, con escasas redes sociales, puesto que actúan como figuras de soporte y apego. En Huelva son escasamente conocidas por los profesionales y las mujeres atendidas.

Las personas informantes plantean como alternativa a la falta de figura de apego y/o de redes familiares afectivas que acompañen el proceso de embarazo, parto o puerperio, el fomento de las redes sociales entre compatriotas y amigos/as, o con personas de estas redes entrenadas para ello. Se trata de ofrecer soporte emocional, necesario en este momento vital. Esta práctica, que ocurre espontánea y esporádicamente, disminuye los problemas ocasionados por barreras culturales y de comunicación. En este sentido, algunas entidades sin ánimo de lucro y algunos centros de Atención Primaria, fomentan foros de encuentro entre asociaciones de mujeres inmigrantes, pro-inmigrantes, autóctonas de etnia gitana o en situación de exclusión, que facilitan el contacto y el establecimiento de las relaciones, lo cual redundará en el aumento de redes de soporte y apoyo en el ámbito de la salud maternal y puerperal.

“Nosotros para fomentar esas redes entre ellas, organizamos un foro en el que se merienda, charlan de temas que les preocupan, se conocen y así unas pueden conocer las necesidades de las otras y se echan una mano. Por ejemplo en uno de los pueblos con campaña fresera nosotros contamos con una mujer marroquí y ella es la que hace de enlace con las mujeres de los asentamientos, que cada vez son más frecuentes y de los campos de por allí y las convoca y las informa... Muchas de ellas también, se quedan embarazadas y no quieren tener el niño, en fin... que a

través de ella les intentamos echar una mano con las cuestiones de salud o papeles.” (G.D.P.O)

Existe, también, confluencia de opiniones entre las personas informantes en considerar la información como factor clave. En esta línea, los deficientes cauces de información institucional por parte de los servicios sanitarios se identifican como una carencia importante, ya que el flujo de información entre las distintas instituciones o servicios implicados necesitan ser reforzados para facilitar la coordinación entre los distintos ámbitos institucionales implicados en la atención a las mujeres embarazadas y, especialmente a las inmigrantes, lo que favorecería una visión holística de la persona mejorando la capacidad de prestar una atención integral que atienda su dimensión social, física, emocional... así como integrada en el entorno concreto en el que se encuentra, ya sea en el ámbito agrícola, la calle o su domicilio en el área urbana.

“Hacerle no sólo un examen, sino ver si está embarazada que eso sería bastante importante. Y a partir de ahora darle una información sanitaria, no solamente del trabajo” (E.P.2)

A lo largo de los discursos, se propone el establecimiento de cauces adecuados de información para facilitar el acceso a los servicios sanitarios y en materia de educación sexual y/o reproductiva, sobre todo en el caso de las mujeres inmigrantes.

Para las mujeres embarazadas autóctonas se mantiene además la convicción de que la información debe iniciarse desde la infancia en el ámbito formal educativo tales como la escuela y los medios de comunicación de masas y redes actuales, puesto que el acceso precoz a una adecuada información disminuye los riesgos de déficit de control del embarazo.

“Sí además sería muy interesante que las instituciones sanitarias hicieran campañas de información sexual y maternal a las mujeres que se encuentran en las fincas, eso ayudaría mucho, porque es una de las demandas que más nos hacen, la de la información, información sobre la salud y sobre sus derechos. Y esta sería una fuente fidedigna que además les daría más confianza.” (G.D.P.O)

“...pues está claro que la cuestión sanitaria, la educación en la salud...comienza desde la escuela y eso pertenece a los sanitarios y los políticos tienen que instaurarlo” (G.D.P)

En el ámbito hospitalario, para facilitar la información, se hace uso de medidas como el servicio de traducción del Teléfono de Salud Responde o de folletos editados por el Servicio Andaluz de Salud en diversas lenguas. Los profesionales de las entidades sin ánimo de lucro que trabajan con mujeres inmigrantes y en riesgo de exclusión, aún así, refieren que se producen situaciones de confusión y/o discriminación hacia las mismas, esto provoca el

rechazo a asistir a la consulta por parte de las mujeres que se encuentran en proceso de embarazo, parto y puerperio.

“Es que están perdidas de cualquier manera, porque yo tengo la experiencia de que la que es más sumisa, hacen con ella lo que quieren, pero a la que se atreve a protestar, la regañan y la castigan dejándola para la última o no la tratan correctamente, es que hagan lo que hagan es complicado, muchas veces, aunque no se puede generalizar porque hay otros profesionales sanitarios que da gusto” (G.D.P.O)

Se pone énfasis en destacar que una adecuada información disminuye conductas de riesgo y sobre todo, capacita a la mujer en la toma de decisiones a la hora de abordar su maternidad.

Objetivo específico número 5: Conocer la percepción que tienen las mujeres gestantes sobre los cuidados que reciben en el Servicio Andaluz de Salud

La visión del Sistema Sanitario desde la perspectiva de las mujeres inmigrantes está muy ligada a las experiencias previas mantenidas en este ámbito, sobre todo cuando culturalmente el hecho de acudir al médico está asociado con la enfermedad más que con la Promoción de la Salud y la prevención.

El hospital, como lugar relacionado con el dolor o a la muerte, acrecienta el distanciamiento y la falta de motivación para asistir a los centros sanitarios, que se ve acrecentada por el

desconocimiento sobre el funcionamiento del mismo. La labor de información y motivación en el sentido de la Promoción de la Salud es una tarea que se viene realizando por los profesionales sanitarios y organizaciones no gubernamentales, sobre todo con aquellas mujeres que pertenecen a colectivos desfavorecidos o en situación de riesgo entre las que se encuentran muy a menudo las mujeres inmigrantes. La información contribuye a disminuir miedos relacionados con tabúes sexuales, mitos sobre los cuidados durante el embarazo, puerperio y el parto.

La información, también, contribuye a aclarar conceptos erróneos como los relacionados con el derecho a la asistencia sanitaria de forma gratuita y universal a toda persona, aunque esta se encuentre en situación de irregularidad administrativa. Finalmente, la información evita la resistencia a acudir al hospital en el momento de parto por creer que es necesario el pago de la intervención sanitaria o bien el temor a la retirada del hijo/a por encontrarse en situación de irregularidad.

“Y después...a la hora del parto yo tenía miedo del hospital, porque el hospital en Marruecos no me gusta. No me gusta para nada, el hospital público” (E.M.9)

“...la llevamos inmediatamente para el hospital pero nos costó convencerla porque creía que le iba a costar dinero” (G.D.P.O)

En los discursos, la percepción acerca de la atención recibida en

el Servicio Andaluz de Salud es calificada muy positivamente sobre todo en el caso de las mujeres inmigrantes. Las mujeres establecen comparaciones con los Servicios Sanitarios existentes en sus lugares de origen, reconociendo importantes diferencias relacionadas con la atención profesional, con la gratuidad, la seguridad e higiene...incluso algunas de ellas que han tenido posibilidad de acceder a los servicios sanitarios privados de nuestro país, aseguran que el servicio público presenta una mejor atención al proceso de embarazo, parto y puerperio.

“Y aquí empezaron a tratarme muy bien, incluso mejor que en el privado. (...). La asistencia aquí yo creo que es, no sé cómo llamarlo...más de todo lo que más valoro aquí. Atienden muy bien aquí y no se puede comparar con el atendimento de mi país. Hablando de la sanidad pública, no del privado, que es otra cosa... Yo me refiero a pública, porque pública de aquí mucho mejor.” (E.M.28)

Se considera muy importante el disfrute de un Sistema de acceso universal, gratuito y de calidad, el cual es considerado como un destacado valor social. Las mujeres inmigrantes refieren sentir una importante desprotección de la salud en los Sistemas Sanitarios existentes en sus países de origen sin cobertura universal, ya que la posibilidad de acceso a una asistencia de calidad está directamente relacionada con el poder adquisitivo de la misma, lo cual acrecienta los niveles de desigualdad económica

y social en la población.

“...en Rumanía, la asistencia es gratis, la matrona o el médico no te cobran nada, pero si les das algún dinero, te tratan mejor, es más limpio, la ropa más limpia, las sabanas...pero no es obligatorio, si no quieres no pagas. Ahora si te tienes que quedar o quieres anestesia, entonces sí. Si te quedas ingresada debes pagar la cama, la comida y todo. La asistencia no, pero los materiales y eso lo tienes que pagar todo.” (E.M.23)

La visión existente sobre el Servicio Andaluz de Salud, a pesar de los condicionantes económicos y organizativos importantes, es positiva en general, realzándose las bondades del Sistema. La calidad y tipo de atención prestada frente a otros Sistemas Sanitarios es reconocida internacionalmente (280), (276).

No obstante se dejan entrever también las debilidades de nuestro Servicio de Salud así como las dificultades que ha de superar y los recursos que ha de incorporar para conseguir un adecuado control del embarazo tanto en mujeres inmigrantes como en mujeres autóctonas.

TABLA COMPARATIVA: PERSPECTIVAS DEL SISTEMA SANITARIO		
MUJERES ESTUDIADAS	PROFESIONALES ONGs	PROFESIONALES SANITARIOS
Institución sanitaria asociada a tabúes respecto a la enfermedad y la muerte.	Necesidad de coordinación multidisciplinar, interniveles e intersectorial.	
Dificultades burocráticas para el acceso	Excesiva burocratización: Poco tiempo atención Acceso complejo	
Confusión en cuanto a Derechos	Confusión administrativa y profesional en cuanto a dispensación de atención a personas inmigrantes	
Sanidad universal, gratuita y de calidad como importante valor social	Falta de unificación de criterios entre: Instituciones de una zona Comunid. Autónomas	Falta de políticas estructurales que favorezcan la información en salud reproductiva a nivel multicultural

Tabla 2- Tabla comparativa de las perspectivas del Sistema Sanitario de las mujeres con un inadecuado control gestacional, profesionales sanitarios y de las ONGs .

TABLA COMPARATIVA: PERSPECTIVAS DEL SISTEMA SANITARIO		
MUJERES ESTUDIADAS	PROFESIONALES ONGs	PROFESIONALES SANITARIOS
Atención de Calidad.	Dificultad para prestar una atención de calidad. Recortes en los recursos: Personales, profesionales, mediadores sociales y culturales. Materiales	
	Poca formación intercultural de los profesionales sanitarios	
Confusión en cuanto a Derechos	Recursos desajustados no favorecedores de la equidad	

Tabla 2- Tabla comparativa de las perspectivas del Sistema Sanitario de las mujeres con un inadecuado control gestacional, profesionales sanitarios y de las ONGs .

Capítulo 8: Discusión

Capítulo 8: Discusión

El inadecuado control del embarazo en el Área de Salud del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva se produce en mujeres con diversa procedencia, entre las que predominan las mujeres marroquíes, seguidas de las españolas, rumanas y polacas. También se da, aunque en menor proporción, en mujeres procedentes de diversas nacionalidades, entre las que se encuentran Lituania, Nigeria, Argelia, China, Pakistán y Portugal. No se ha detectado el caso de ninguna mujer latinoamericana, durante el período de recogida de datos, esto se puede atribuir a que la proximidad cultural disminuye las barreras lingüísticas y culturales, lo cual favorece un mejor entendimiento profesional-usuaria, y con ello un mejor control sanitario de su gestación. Los estudios realizados por Cabrillo y García (9) coinciden con nuestros resultados, afirmando que las mujeres latinoamericanas son las que mejor realizan los controles prenatal. Además, en torno a este colectivo surge el fenómeno denominado *paradoja latina*. Este término se refiere al conjunto de evidencias que se han encontrado en países con una larga trayectoria de recepción de personas inmigrantes que presentan indicadores de salud semejantes o incluso mejores de la población inmigrada latinoamericana respecto a la de acogida, a pesar de que estas se encuentren en el país de acogida en contextos socioeconómicos

desfavorecidos o sufran desventajas sociales (281). Autores como Sánchez (282) y Bender (283) apuntan a motivos relacionados con los hábitos culturales de la mujer latinoamericana durante la gestación, tales como no fumar o no ingerir alcohol, o el hecho de potenciar la lactancia materna, que actúan como factores protectores.

En relación a las mujeres autóctonas, hay que destacar como rasgo común un bajo nivel formativo relacionado a su vez con factores como la juventud, problemas de salud mental y un bajo nivel socioeconómico. En los discursos se identifican a las mujeres de etnia gitana y a mujeres adolescentes o muy jóvenes como aquellas que no realizan un adecuado control de su embarazo, lo cual coincide con estudios como los de Yago y Tomas (284), Poffald (263) y Álvarez (264). Trabajos como el de Belda (285) y el Informe realizado para el *Plan Nacional de acción para la Inclusión Social* (269) corroboran también estas características socio-demográficas y culturales como factores que están presentes en el control inadecuado de la gestación.

Así mismo, se identifican la situación de pobreza o los procesos de exclusión social, sobre todo en aquellas mujeres ligadas a problemas de adicción y drogodependencias y/o que viven en la calle, como otro de los factores que están presentes en un control inadecuado del embarazo. En este sentido, la atención a la mujer drogodependiente embarazada genera conflictos bioéticos que

incluyen la vulnerabilidad de la autonomía de la mujer y los límites del tratamiento, sobre todo, porque existe un tercer factor, el feto, unido inevitablemente a la madre (286). Los profesionales sanitarios, ante esta situación, se encuentran con un conflicto de valores entre la confidencialidad, la autonomía de la mujer y el bienestar del feto o embrión, por lo que la relación profesional-usuaria en el marco de la atención sanitaria puede ser complicada. Estudios como los de Valero y otros (211) refieren que las mujeres con algún tipo de adicción no acuden para tratamiento o control a la consulta sanitaria por diversos motivos, entre los que destacan el miedo, la vergüenza o desconfianza a posibles medidas punitiva. No obstante, en cuestiones como las adicciones, es importante valorar la capacidad de autonomía y autogobierno de la mujer, que legalmente se refiere a la capacidad cognitiva y volitiva de la persona (286).

Otra característica predominante en los discursos es la actividad laboral como elemento importante en un inadecuado control del embarazo, destacándose a las mujeres temporeras contratadas en origen para la recolecta de la fresa, provenientes principalmente de Marruecos y Países de Europa del Este como Rumanía, Bulgaria y Polonia; estos datos coinciden con los presentados en estudios como el de Palacios (287), Miedes (222) y Plewa (288). La actividad laboral determina el lugar y tipo de residencia, los cuales, son también condicionantes de los comportamientos de

las mujeres respecto al control del embarazo, debido a las dificultades que puede representar el acceso a los servicios sanitarios. Las mujeres estudiadas tienen su domicilio en las fincas, haciendas y cortijos situados en el lugar de trabajo, lo que favorece el aislamiento y dificulta un adecuado control y cuidado de su gestación. Estudios como el de Gámez y Galindo (289), Solé (290) y Palacios y otros (287) obtuvieron resultados similares que reiteran este factor como barrera que se repite en otras zonas de España. También añaden como factores agravantes las condiciones de hacinamiento y la necesidad de compartir residencia con otras mujeres o con otras familias obligadas por la situación económica, lo cual coincide también en la información obtenida en la presente investigación.

La invisibilidad del problema de las mujeres que viven en esas condiciones o en los asentamientos es ya un hecho referido, *“conviene que estén porque son mano de obra necesaria pero no que se les vea”* (291). Miedes y Redondo (222), en su estudio sobre las Trabajadoras extranjeras en los campos freseros: de la necesidad a la invisibilidad, refieren que los procesos productivos que cuentan con la inmigración, elegida como fórmula de mayor viabilidad de los sectores económicos en los países de la Unión Europea, se centran solo en ello y no contemplan el fenómeno de la inmigración ni el problema de la inserción de estas personas en las sociedades de acogida. Los derechos sociales y sanitarios de

estas personas quedan desprotegidos, ya que nadie contempla un protocolo de integración anterior a su llegada, y la responsabilidad queda diluida entre empresarios, administraciones, políticas sociolaborales, sanitarias y migratorias (222). Por ello las mujeres con contrato en origen para el trabajo agrícola llegan sin información sobre las condiciones laborales concretas, sobre su posibilidad de acceso a la sanidad y sobre los trámites burocráticos a realizar (222), (8). Y muchas veces se encuentran confinadas en las fincas, en condiciones de hacinamiento, o en chabolas de los asentamientos levantados en las zonas forestales cercanas a los campos freseros y costeros (291).

En relación al tiempo de estancia en España, previo al parto, oscila en las mujeres inmigrantes entrevistadas desde menos de un mes hasta más de 5 años. La mitad de las mujeres -un 50 %-no llega a cumplir un año de estancia en nuestro país, y entre estas la mayor frecuencia se da en aquellas que llevan menos de un mes, representadas en un 23.08%. Este dato explica la dificultad para la integración en nuestro entorno, así como para la comprensión y conocimiento de los mecanismos de funcionamiento del Sistema Sanitario. Palacios y otros (287) en su estudio sobre las mujeres migrantes, la trata de seres humanos con fines de explotación y los campos de fresas de Huelva, también reflejan el predominio de estancias cortas en las mujeres

emigradas y coinciden en este planteamiento. La facilidad o dificultad para la adaptación depende de múltiples factores, entre ellos los motivos que las llevaron a emigrar, la proximidad entre la cultura de origen y la cultura de acogida, el tiempo de estancia, y la existencia de redes familiares, comunitarias y/o sociales afines; intervienen además otras características más personales relacionadas con la edad y el capital de salud que se posea. En este sentido, también hay coincidencia en los resultados obtenidos en nuestro estudio con los identificados por Palacios y otros (287) que hablan de factores de vulnerabilidad y protección de las mujeres inmigrantes; entre los primeros se encuentran el hecho de ser mujer e inmigrante, la corta o primera estancia en Huelva, no hablar el idioma, venir sola y no conocer sus derechos; y como protectores se reconoce la posibilidad de tener redes de apoyo, de haber venido otras veces a España o Huelva, conocer el idioma, tener información sobre los derechos, sobre las condiciones laborales, el proceso migratorio y la burocracia (287). Todos estos factores disminuyen o aumentan la tensión y ansiedad que sufre la mujer inmigrante en su elaboración del duelo migratorio, que está en pleno inicio, sobre todo cuando nos referimos a estancias cortas, lo cual es corroborado por Achotegui (33) que define como factores estresantes la soledad, el miedo, la lucha por la supervivencia y el fracaso del proyecto migratorio. Este autor también aclara, sin embargo, que no conviene igualar migración a duelo migratorio, puesto que la migración conlleva aspectos

positivos y negativos, y el igualar dichos términos implica obviar los beneficios que a la persona le reporta. Los seres humanos cuentan con capacidad y habilidades naturales para realizar la adaptación a un nuevo entorno y realizar un proceso migratorio satisfactorio, aunque estas pueden verse dificultadas por circunstancias que tienen que ver con la vulnerabilidad de la persona emigrante, con la hostilidad del medio de acogida o con ambas a la vez (45). La integración plena de la mujer inmigrante, y con ello un mejor acceso al Sistema Sanitario, no puede basarse solo en la renuncia al asimilacionismo o en la aplicación de políticas multiculturales, según apunta Kuznetsov (292) en su estudio sobre Integración de inmigrantes, sino que requiere una voluntad política que no condene la regularización de la persona, que no dificulte la reagrupación familiar, el acceso a la vivienda y a la salud, entre otras cuestiones.

En cuanto a las características obstétricas, predominaron las mujeres con una gestación a término sin riesgo de parto de recién nacido prematuro. Más de la mitad eran primíparas, es decir, no tenían hijos anteriores. El 23,08% eran madres de un hijo, el 11,54% lo eran de dos hijos, el 7,69% eran multíparas con 3 hijos o más, presentando las cifras de mayor frecuencia en las mujeres marroquíes y polacas entrevistadas. Estas cifras contrastan con algunas de las opiniones y argumentos que se refieren al mito de que generaliza a las inmigrantes como mujeres multíparas. A este

respecto estudios como el de Cabrillo y García (9) expresan que según la experiencia en otros países europeos receptores, las inmigrantes suelen igualar el número de hijos al de las mujeres autóctonas, cambiando el patrón reproductivo habitual de su país de origen; en dicho estudio también se recoge que las mujeres inmigrantes suelen tener un número ligeramente mayor de hijos que las autóctonas y son madres a edades más tempranas.

Respecto a la presencia de abortos previos, un 11,55% de las mujeres entrevistadas, que eran de origen español y polaco, han presentado abortos espontáneos. Y en cuanto a las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), nos encontramos con que el 15,36% las han realizado en una o más ocasiones, destacando la procedencia española, rumana y nigeriana. Estudios como el de Rodríguez y otros (293), *Mujer inmigrante: motivo de consulta e historia gineco-obstétrica en una zona de salud*, arrojan datos similares, con los que se llega a la conclusión de que las mujeres inmigrantes de estas regiones presentan una mayor tasa de embarazo y un aumento significativo de las IVE. En referencia a los riesgos relacionados con un inadecuado control de la gestación, los discursos de las personas informantes que han participado en este estudio refieren que existen consecuencias maternas y filiales, entre las que se destacan las malformaciones congénitas, las alteraciones genéticas como el síndrome Down, las metabólicas como la diabetes, de desnutrición ligadas al bajo

peso al nacer, de coagulación como problemas de incompatibilidad de RH, infecciones, pre-eclampsia e incluso la muerte. Asimismo, autoras como Paz (119) refieren que la falta de control gestacional aumenta el riesgo de morbilidad infantil y que el riesgo de incumplimiento del control gestacional es mayor en mujeres inmigrantes que en autóctonas. A pesar de estos riesgos, en los discursos se admite que la mayoría de los hijos/as de las mujeres que presentan un inadecuado control de su embarazo, sobre todo en el caso de las mujeres inmigrantes, nacen sanos y con escasas complicaciones. Esto puede ser debido a la influencia del sesgo de la mujer inmigrante sana, en el que se justifica que el capital de salud de la mujer que emigra suele ser muy potente, ya que el periplo de emigrar conlleva un desgaste importante que no es asumible por mujeres enfermas o mayores. Cabrillo y García (9) identifican que las mujeres inmigrantes están sanas y que, en general, no sufren enfermedades diferentes a las autóctonas, aunque, en múltiples ocasiones, empeoran su salud debido a la falta de acceso a los servicios sanitarios. Estos autores, en su análisis sobre el abordaje de la salud de la mujer inmigrante en el embarazo, parto y puerperio en España, expresan que el porcentaje de partos eutócicos es mayor en mujeres inmigrantes que en autóctonas y los riesgos son similares a los que estas presentan, lo cual está asociado al menor número de mujeres añosas (9); tales datos coinciden con las características obstétricas identificadas en el presente estudio. Por otro lado, el

mayor porcentaje de partos eutócicos con niños sanos también se explica por la alta cualificación profesional y disponibilidad de recursos con los que se cuenta en nuestro sistema sanitario para la atención urgente de posibles complicaciones aparecidas en el momento de parto y pos-parto, tanto para la madre como para el recién nacido, hecho que viene respaldado por estudios como los realizados en los hospitales de Albacete (294), Almería (295) y Granada (12).

El embarazo en adolescentes y mujeres jóvenes, inmaduras se ha identificado como factor relacionado con un inadecuado control del embarazo, ya que promueve conductas de ocultamiento y negación de la gestación por miedo a la decepción familiar y al rechazo social. Esto conlleva el retraso en acudir a la consulta sanitaria y, con ello, un inadecuado control de la gestación, lo cual, es verificado por estudios como los de Yago (284), Poffald y otros (263), Pennafort (296) y Belda (285).

Otro factor añadido, en estos casos, suele ser el que habitualmente la pareja también es un adolescente, que con dificultad ejerce su rol paterno, por lo que se generan situaciones de abandono afectivo, económico y social, según añaden Poffald y otros (263). Las situaciones de vulnerabilidad familiar o conyugal - desatención, ruptura de las relaciones y alejamiento- agravan la situación y dificultan un adecuado control y seguimiento de la embarazada adolescente (264). Como elemento facilitador central

se encuentra la necesidad de tener una figura de apoyo durante el proceso de gestación -normalmente la madre o la pareja- hecho constatado entre las mujeres estudiadas y corroborado por Álvarez y otros (264). En este sentido Poffald y otros (263) apuntan como factores facilitadores a nivel sanitario: la cercanía geográfica del Centro de Salud, la disponibilidad de horas de atención y la flexibilidad administrativa con los horarios.

Ser mujer múltipara, es una de las características señaladas por los profesionales que está presente en las mujeres participantes en este estudio, lo cual se ve corroborado por trabajos como el de Reyes (297) y Paz (119). Este factor se relaciona con la menor disponibilidad de tiempo para acudir con periodicidad a la consulta sanitaria y/o a la educación maternal, debido a la crianza de otros hijos/as, hecho apuntado también por Munares-García (298). Así mismo, la experiencia personal acumulada en anteriores gestaciones, genera en estas mujeres una sensación de confianza respecto a síntomas ya conocidos y normalizados, por lo que no siente la necesidad de un control sanitario de su embarazo que no coincida con sus percepciones.

La ausencia o escasez de redes de apoyo familiar y social genera sentimientos de abandono, soledad y sobrecarga en la mujer gestante, lo cual disminuye su autoestima y la capacidad para los autocuidados. En este sentido, Colombo y otros (299) refieren que las redes sociales configuran prácticas culturales y

simbólicas, entre las que se incluyen las relaciones interpersonales que son integradoras de la persona en su entorno social. Las redes se van afianzando a través de las relaciones afectivas con las personas del entorno más inmediato -familiar, laboral, comunitario y de amistades- a través de vínculos afectivos. Son un recurso fundamental para afirmar la propia identidad y para generar autoconfianza y autoestima (299).

Este factor es clave y se encuentra íntimamente relacionado con otros como la inmadurez, la multiparidad, la alteración en la salud mental, drogodependencia... situaciones que pueden ser amortiguadas cuando las mujeres tienen redes robustas de soporte emocional y socioeconómico. Palacios y otros (287) y Munares-García (298) también constatan la escasez de redes de apoyo como factor de riesgo. Estudios como el de Ferreira (300) argumentan la importancia del apoyo de la familia y del compañero, incluyendo a los profesionales sanitarios entre estos apoyos, concretamente en el caso de mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Y Maya (111); refiere que la probabilidad de un mejor acceso a los servicios sanitarios y sociales depende del manejo del idioma, del tiempo de estancia en España y de la disposición de amplias redes sociales; por ello, cuando no existen apoyos familiares, la inclusión de redes solidarias de acompañamiento que surgen de forma natural entre mujeres compatriotas, pueden incrementar el acceso y adherencia

al programa de control gestacional.

La pobreza, el bajo nivel educativo y la desigualdad dificultan la capacidad de decisión y de gestión de las mujeres que se encuentran en esta situación y aumenta el riesgo de embarazo y de un inadecuado control del mismo, según refiere un nuevo estudio realizado por el Banco Mundial (301). El período de embarazo y crianza, además, puede agravar esta situación, ya que dificulta las posibilidades de progreso educativo, económico y laboral, sobre todo cuando las mujeres no cuentan con la ayuda necesaria (301). Aunque este estudio se centra en las adolescentes de América Latina, sus conclusiones concuerdan con los datos obtenidos en este trabajo para mujeres con escasez de oportunidades.

La falta de recursos económicos, entre otras cuestiones, afecta a la posibilidad de costear el desplazamiento hasta la consulta, de acceder a los fármacos pautados o incluso a mantener una inadecuada nutrición de la mujer gestante. Estudios como los de López y Restrepo (302) refieren estos hechos y atribuyen los problemas de desnutrición o mala alimentación a la escasez de medios y al bajo nivel formativo que sufre la gestante y su familia.

En referencia a la necesidad de inserción y mantenimiento de la actividad laboral y económica de la mujer embarazada, estudios realizados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

señalan que en España la maternidad se ve penalizada por un 5% del salario laboral, existiendo una brecha salarial entre las mujeres que optan por la maternidad y las que no (303). En este hecho influye el número y el sexo de los hijos/as. Para paliar este hecho la OIT ha propuesto una serie de medidas tales como la reducción de la doble carga familiar, la asistencia de centros infantiles, la promoción de la protección maternal y de la baja por paternidad, la oferta de flexibilidad en el trabajo y la erradicación de la brecha salarial de género (303). La OIT también ha declarado que las mujeres de minorías étnicas sufren una doble discriminación, de género y de raza (303). En estudios como los de Hipólito y Murillo (304) no queda demostrada la discriminación salarial frente a los hombres de su misma nacionalidad, aunque sí respecto a las mujeres autóctonas. No obstante, estos mismos autores argumentan que la importante segregación de las trabajadoras en espacios y ocupaciones de bajo salario relativo es un elemento significativo, que explica la causa de la brecha salarial por cuestión de género y que permite percibir menos complementos (304). Esto obliga a la mujer a tener que trabajar más o a vivir con escasos recursos, ya que suele asumir las cargas económicas de la familia más habitualmente que la pareja. En el caso de las mujeres temporeras inmigrantes, suelen enviar gran parte de su sueldo a su lugar de origen, lo que impide un adecuado control gestacional de estas mujeres debido a la escasa disponibilidad de tiempo y de recursos económicos.

Este tipo de cuestiones relacionadas con la desigualdad de oportunidades ligadas al género y la raza, ha sido denominada como fenómeno de doble discriminación, el cual, se encuentra muy ligado a procesos de exclusión (46), (47). Incluso se podría decir de múltiple discriminación, puesto que en muchos casos las mujeres presentan varias circunstancias que pueden ser consideradas motivo de marginación: ser mujer, inmigrante, pobre, toxicómana... Todas estas situaciones se convierten en factores de riesgo para el control gestacional.

El bajo nivel formativo se revela como un factor común aglutinante presente en diversas realidades que entrañan riesgo, como la edad joven, el contexto sociocultural, la etnia gitana o la inmigración. La falta de formación o información en el ámbito sexual y reproductivo, por un lado, y el desconocimiento sobre el sistema sanitario y su inclusión en el mismo, por otro, son las principales causas emergentes. Yago y Tomás (284) confirman en su trabajo esta relación, y añaden además que aumenta el riesgo de un embarazo no planificado y con ello de un inadecuado control del mismo. Por otra parte, estudios como el de López y Restrepo (295) coinciden en destacar que la escasa posibilidad formativa perpetúa la pobreza y, en consecuencia, los riesgos de estas mujeres.

En los diferentes discursos se ha planteado la necesidad de informar a las mujeres, pero sobre todo se pone el énfasis en

incidir en la Educación Sexual y Reproductiva desde la infancia, en la escuela y la familia. Estudios como el de Gómez y Moreno (265) corroboran que en una sociedad aparentemente bien formada la necesidad de la información en el ámbito sexual sigue siendo importante, tal vez por ser un área que ha estado silenciada y oscurecida por mucho tiempo, o porque aún sigue siendo un tema tabú, vetado por antiguas creencias religiosas, vigentes aún en algunas culturas.

Respecto a la necesidad de administrar información sobre el Sistema Sanitario y su funcionamiento, queda ampliamente demostrado por estudios como los de Palacios y otros (287) y Maya (111) que los inmigrantes y minorías étnicas que tienen escaso o ningún conocimiento de los servicios de salud presentan mayores dificultades para el acceso a los mismos.

Los problemas de salud mental constituyen otro de los factores que están presentes en el control inadecuado del embarazo, sobre todo cuando las mujeres no tienen redes de apoyo familiar y social. Estudios como los de Gómez y Aldana (305) refieren que los diversos cambios emocionales, físicos y sociales que puede traer el embarazo para la futura madre hace que se produzca una situación de vulnerabilidad psicológica, por lo que cuando existen antecedentes de depresión, salud general deficiente, uso excesivo de alcohol y tabaco, soltería, desempleo y bajo nivel educativo, la asociación con síntomas de depresión y ansiedad durante el

embarazo es significativa. Además aquellas mujeres que están en tratamiento durante el embarazo lo abandonan por miedo a dañar al feto, por lo que se incrementa el riesgo de agravar su enfermedad mental (305).

Así mismo, la depresión y la ansiedad también pueden estar asociadas a una situación de estrés continuo -como el que sufren algunas mujeres emigradas en su proceso de duelo migratorio-. En este sentido, los factores estresantes más reconocidos, definidos por Achotegui (45), son los propios de la migración: separación forzosa y ruptura de vínculos familiares, desesperanza, lucha por la supervivencia y miedo, así como los propios de la aculturación, es decir, la lengua, la cultura, el cambio de paisaje, las actitudes xenófobas...

El capital principal de la mujer inmigrante para completar su proyecto migratorio es su salud, y cuando se ve afectada psicológicamente por el Síndrome de Ulises (33) la mujer presenta múltiples síntomas que la deterioran. La diversidad de estos síntomas, que pueden ser tanto físicos como psicológicos -cefalea, nerviosismo, insomnio, astenia y anorexia, entre otros-, dificulta el diagnóstico (33) . Achotegui (45) en su experiencia como psiquiatra, refiere que es complejo que el Sistema Sanitario diagnostique este Síndrome, lo cual ocurre por desconocimiento, por falta de sensibilidad o por racismo. Esto favorece los diagnósticos erróneos y el tratamiento incorrecto, pues las

mujeres suelen ser tratadas como depresivas psicóticas o enfermas psicosomáticas, por lo que el propio Sistema Sanitario se convierte en un factor estresante (45).

En el presente trabajo ninguna mujer presentó diagnóstico de Síndrome de Ulises, aunque se desconoce si se debe a su inexistencia o a un diagnóstico incorrecto enmascarado por otras alteraciones.

La complejidad para realizar los trámites burocráticos que permiten obtener la Tarjeta Sanitaria y la situación de regularidad administrativa dificultan el acceso al Sistema Sanitario de los grupos vulnerables, entre ellos las mujeres inmigrantes y las que se encuentran en situación de exclusión -autóctonas o inmigrantes en situación de irregularidad-. Esto conlleva barreras para la integración y transmite una visión social negativa de estas personas. Autores como Aparicio y Tornos (306) o Faro (307), a nivel nacional, y Palacios y otros (287), a nivel local, constatan esta dificultad, que sin duda se ha visto agravada con el Real Decreto-Ley 16/2012 sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (201). La medida ha generado gran confusión administrativa entre los profesionales sanitarios y las personas inmigrantes, y tiene consecuencias que conculcan el Derecho Constitucional a la Salud. Esta situación de confusión también ha sido descrita en el estudio realizado por Navarro y

otros (204), en este además se hace mención a la reacción que algunas organizaciones humanitarias sin ánimo de lucro están llevando a cabo, consistente en el acompañamiento de las personas inmigrantes y en situación de exclusión social a los Servicios de Salud para paliar los efectos de conculcación de derechos mencionados.

La dificultad o imposibilidad de acceder a la tarjeta sanitaria complica, además, el acceso a una atención sanitaria continuada y especializada, lo cual agrava el estado de salud de las mujeres que presentan determinadas enfermedades. En este sentido, la aplicación del Real Decreto tendrá un impacto negativo sobre la salud pública de nuestro país a corto, medio y, sobre todo, a largo plazo, y un ahorro económico muy inferior al esperado (202). En Andalucía, a diferencia con otras Comunidades Autónomas, se ha hecho extensivo el derecho a la atención sanitaria todas las personas convivientes en el territorio a través del Decreto 124/2014, de 2 de Septiembre, por el que se aprueba el III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016 (308). No obstante, el caos y confusión creados han repercutido en la atención de la población inmigrante en general, y, específicamente, en las mujeres embarazadas a pesar que ellas mantienen por ley el derecho a la atención gratuita y universal durante el periodo de gestación, parto y puerperio inicial.

Aunque en los discursos, se expresa mayoritariamente la

integración de las personas inmigrantes en el circuito habitual de atención, incluidos en el Sistema Nacional de Salud, de forma minoritaria, se argumenta la necesidad de crear servicios específicos para ellos, lo cual, coincide con los resultados obtenidos por Esteva y otros (278) en su estudio sobre la percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia, en el que los y las profesionales sanitarios y sanitarias participantes refieren la utilidad de la creación de una unidad de enfermedades importadas para mejorar la atención específica a la persona inmigrante.

Por otro lado, los problemas de afiliación generados por la movilidad laboral y la inestabilidad domiciliaria dificultan la localización de las mujeres. Esto retrasa la recepción de las citas sanitarias y con ello la posibilidad de acudir a la consulta para un adecuado control gestacional. Autores como Esteva y otros (278) concuerdan en esta percepción y argumentan que ocurre en un alto porcentaje de la población atendida. La falta de flexibilidad en los horarios de las instituciones socio sanitarias, la escasa coordinación en general y, específicamente entre los niveles de Atención Primaria y Especializada, son algunos de los problemas que favorecen la falta de adhesión a las citas de control gestacional, lo que concuerda, con los resultados presentados por Munares (298). Este autor refiere que existe una asociación entre el abandono del control del embarazo y la falta de coordinación

interniveles de salud, sobre todo en la realización de servicios de salud incompletos por ser dependientes de ambos niveles, o bien, por no emplazar a la mujer a una siguiente cita de control (298).

El contacto intercultural genera situaciones complejas y con cierto grado de conflictividad, el desconocimiento del código cultural de la otra persona se manifiesta como barrera para una correcta comunicación, dificulta el acceso a la atención sanitaria en general y, consecuentemente, el adecuado control gestacional, viéndose disminuida la calidad de la atención. Maya (111) constata que las barreras culturales dificultan el acceso a los Servicios Sanitarios y afectan de forma negativa a la calidad de la prestación sanitaria, lo cual favorece las desigualdades en salud de la población, sobre todo de los colectivos de riesgo, entre los que se encuentran las mujeres inmigrantes. Los conflictos vienen generados por las distintas visiones culturales respecto al concepto de salud y a los cuidados en el proceso de gestación, así como a la utilización y accesibilidad al Sistema Sanitario. Raga (158) corrobora esta percepción y refiere además que los conflictos interculturales cobran especial importancia en el campo de la salud reproductiva por tratarse de un ámbito sanitario fuertemente determinado por la cultura de origen, y por ser la Obstetricia y Ginecología las especialidades que presentan mayor demanda de la población extranjera, y mayores niveles de hospitalización de este colectivo frente a otras especialidades.

Algunas etnias -entre las que se incluye la etnia gitana- no consideran la necesidad de controlar la gestación tal y como se plantea desde el Sistema Sanitario, ya que consideran que la atención sanitaria es necesaria en el caso de una enfermedad y la gestación no es considerada como tal. En consecuencia, las mujeres no priorizan el cuidado del embarazo y dan mayor importancia a otras cuestiones como el trabajo, el cuidado de los hijos/as u otros quehaceres cotidianos. Carrera (126) en su trabajo sobre la salud en la mujer inmigrante y el concepto de salud en su contexto cultural constata esta diferencia en la percepción del concepto de salud y, además, desmitifica la opinión generalizada, tanto en el ámbito sanitario como en el social, de que la mujer inmigrante abusa de los servicios sanitarios, asegurando más bien que muchas veces su salud se ve deteriorada por el escaso acceso a los mismos.

La barrera idiomática es también una dificultad importante en el proceso de comunicación entre la mujer y el/la profesional de salud, lo que aumenta la exigua asistencia a los centros sanitarios. Las mujeres tienen problemas para entender lo que se les quiere transmitir desde los servicios sanitarios y culturalmente, tampoco entienden ni comparten el enfoque preventivo de la institución sanitaria, lo cual contribuye al abandono de los programas de control gestacional y de Educación Maternal. Estudios como el de Nevado (107) sobre barreras lingüística y culturales que dificultan

la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva coinciden en este factor con resultados similares.

La visión del Sistema Sanitario se ve también mediatizada por las consecuencias del citado Real Decreto-Ley 16/2012 sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (201), que ha promovido sensaciones de inseguridad, miedo y estrés ante las instituciones -miedo a la detención policial, a la deportación y a la retirada del hijo/a-, lo cual ha contribuido al alejamiento del colectivo inmigrante del Sistema de Salud, aspectos que son coincidentes con los descritos por Pérez (202) en su evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España y por Achotegui (45) en su trabajo sobre la crisis como factor agravante en el Síndrome de Ulises. Achotegui (45), en concreto, se refiere al miedo a la detención y expulsión y la sensación de indefensión por carecer de derechos que presentan las personas inmigrantes en situación de irregularidad administrativa.

Las diferencias en las prácticas culturales durante el embarazo, el parto y el puerperio surgen en cuanto a la alimentación o tipo de dieta, las relaciones de género, el uso de medicina tradicional o los ritos religiosos ante el nacimiento.

Respecto a los motivos puramente religiosos, no han sido explícitamente expresados como causantes directos de una

deficiencia de control del embarazo, ni por parte de las mujeres ni de los profesionales. La escasa información obtenida al respecto se halla entremezclada con los valores predominantes en las diversas culturas, destacándose sobre todo los paradigmas machistas, miedos o tabúes. En este sentido Carrera (126) especifica que los derechos religiosos de las mujeres merecen máximo respeto y consideración, siempre que no contravengan la Constitución Española o impliquen la vulneración del Código Penal autóctono y de los Derechos Humanos; prácticas como la ablación genital infantil, malos tratos o enjuiciamientos religiosos por la pérdida de la virginidad no son consentidas en nuestro entorno.

La estrategia clave para afrontar las diferencias y conflictos interculturales parte de la relación profesional-mujer inmigrante. Munares (298) al respecto, refiere que esta es la piedra angular, pues no basta con la infraestructura y oferta de programas de salud, sino que la capacidad de comunicación del profesional es fundamental. En su estudio encontró que la probabilidad de abandono del control gestacional es siete veces mayor cuando la relación profesional-usuaria es insatisfactoria (298). En este sentido, desde el ámbito profesional sanitario se pone de manifiesto la dificultad para dar una atención adecuada y de calidad ante los conflictos culturales, pues se percibe un incremento en la diversidad de la demanda sin tener la formación

adecuada ni los recursos necesarios para los problemas de salud que plantean las personas provenientes de otros países. Esteva y otros (278), sin embargo, entre sus resultados sobre las dificultades percibidas por los profesionales en la atención sanitaria al inmigrante obtienen que lo que más preocupa a las y los profesionales sanitarias y sanitarios es la falta de formación profesional en el manejo de las enfermedades infecciosas, a pesar de que, en cuanto a la clínica, no se perciben diferencias en las enfermedades presentadas por los inmigrantes, ni tampoco refieren una mayor incidencia de enfermedades psiquiátricas.

La sensación de sobrecarga de los y las profesionales sanitarios y sanitarias viene agravada por los recortes materiales y humanos sufridos en el ámbito de la salud. Esta situación queda avalada por la experiencia cotidiana en la atención sanitaria, así como por las múltiples denuncias públicas realizadas por profesionales y usuarias en diferentes medios de comunicación. En este sentido han surgido movimientos sociales específicos a nivel nacional y con repercusión internacional, como la Marea Blanca y otros (309).

Por otro lado, para la resolución del conflicto intercultural se expresa la necesidad de contar con recursos como los de mediación social e intercultural, y recursos formativos que permitan un mejor conocimiento y comprensión de las necesidades que presentan las mujeres provenientes de otras

culturas: es decir, hay que mejorar profesionalmente la competencia cultural. La práctica profesional culturalmente competente es, en opinión de Martincano (82), correctora de las desigualdades en la asistencia sanitaria y facilitadora de la relación sanitaria en toda su complejidad, sin prejuicios y partiendo de valores como la dignidad ontológica humana, la empatía y la compasión. Este autor argumenta que la competencia intercultural aumenta la satisfacción y facilita la continuidad asistencial (82). Munares (298), a este respecto, constata que la garantía de competencia profesional en aspectos culturales y psicológicos junto con la gestión adecuada de los servicios de salud reducen la frecuencia de abandono de los programas de control del embarazo (298).

La figura del mediador y de la mediadora social y/o intercultural se reclama como recurso indispensable en el quehacer cotidiano para favorecer la comunicación con las mujeres y conseguir la motivación de las mismas en el seguimiento de un adecuado control gestacional. Estudios como el de Esteva y otros (278) corroboran esta petición entre los y las profesionales sanitarios y sanitarias participantes. Sus resultados presentaban porcentajes por encima del 80% en la solicitud de traductores o mediadores culturales como figuras a incluir en el ámbito sanitario público (278). El/la mediador/a, según define Maya (111) en su trabajo sobre el papel de la mediación intercultural, hace una doble

traducción del español al idioma de la persona inmigrante y de la terminología sanitaria al lenguaje coloquial comprensible para la mujer. En este sentido, y como figura específica y facilitadora en el cuidado del embarazo, parto y puerperio, surge también la figura de la Doula. Las Doulas ayudan el empoderamiento de la mujer en su proceso reproductivo, favoreciendo una atención más humanizada y centrada en sus propias decisiones. Los resultados del acompañamiento de las Doulas en el embarazo, parto y puerperio tienen cada vez un mayor reconocimiento internacional debido a su repercusión en la disminución de riesgos y del estrés durante el parto, lo que facilita la adherencia al seguimiento y control de la gestación; estudios como los de Gilliland y Campbell-Voytal y otros avalan este hecho (94), (93). En opinión de Maya, la integración de estos recursos y capacidades generan un sistema más sensible a la diversidad cultural, lo que no hace sino aumentar la confiabilidad en el Sistema Sanitario y, con ello, la adherencia a programas como el del control del embarazo (111).

Respecto a la visión sobre el Servicio Andaluz de Salud (SAS), las personas informantes perciben un Servicio Sanitario excesivamente burocratizado en el acceso y en la atención prestada. Esto complica el acercamiento de los grupos vulnerables, entre los que se encuentran las mujeres autóctonas en situación de exclusión y las mujeres inmigrantes. Autores como

Manzanares y otros (11) a nivel nacional, o Poffald y otros , (263) respecto a otros países con sistemas similares, corroboran la burocracia como barrera importante en el acceso y seguimiento del control de la gestación. La obtención de la Tarjeta Sanitaria, así como la documentación necesaria para regularizar administrativamente la estancia (empadronamiento, permiso laboral y NIE o DNI), resultan trámites muy complejos para mujeres con características de vulnerabilidad, con escasa formación, con barrera idiomática, con escaso tiempo de estancia en España, con desconocimiento de los trámites, inexperiencia, incapacidad cognitiva o inmadurez; todo esto se ve agravado cuando no cuentan con los recursos necesarios -empleo y domicilio- para regularizar su situación.

Chauvin y otros (310) argumentan que a nivel europeo los tres factores más citados en el acceso a la sanidad son, por orden, los financieros o económicos, los problemas administrativos y burocráticos y la falta de conocimiento o de comprensión del Sistema Sanitario. Estos resultados coinciden con la información obtenida en la presente investigación.

La burocratización en la atención sanitaria, con escasos tiempos para la consulta con el o la profesional, largos tiempos de espera para ser atendidas y horarios poco flexibles o incompatibles con los laborales; son factores también presentes en estudios como los de Poffald y otros (263) y Munares (298).

Se considera, además, que a nivel sanitario no existe unificación de criterios entre las diferentes Comunidades Autónomas, incluso no hay coordinación clara entre las instituciones que se encuentran en una misma zona de salud. Se detecta además una importante confusión administrativa y de los profesionales sanitarios en cuanto a la posibilidad de atención a las personas inmigrantes, hecho atribuible a la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (201). Chauvin y otros, en su informe al respecto para Médicos del Mundo, denuncian que se están cometiendo diversos errores con consecuencias graves para la salud en la atención a colectivos vulnerables en España, entre los que se encuentran mujeres embarazadas y menores (310); por su parte González, (311) presidente de esta organización en nuestro país, en declaraciones al Diario Público, refiere que no son casos puntuales que puedan ser atribuidos a una mala praxis profesional sino que son el resultado de la aplicación de una normativa, en su opinión, injusta, ineficaz y peligrosa. Por ello Médicos del Mundo ha exigido la derogación inmediata de esta ley, así como la restitución de una asistencia sanitaria universal (311).

Las personas informantes participantes en el presente estudio plantean que, aunque se está dificultando el acceso de las

personas inmigrantes al Sistema Sanitario no está mejorando el problema de los flujos migratorios, y además se agrava la situación por el empeoramiento del estado de salud de esta población. Se plantea la necesidad de reflexionar sobre el derecho a la documentación de las personas inmigrantes, como vía de solución que permita una mejor inclusión de este colectivo -grupo contemplado en el plan de inclusión de nuestro país y de la Comunidad Europea(269)-. Miedes y Redondo expresan que los flujos migratorios responden a un fenómeno más amplio que el meramente económico y laboral, por lo que se requiere una articulación política e institucional de la acogida, la atención sanitaria, social e integradora de esta realidad (222). Pérez (202), en su evaluación del impacto del RD 16/2012 en la población inmigrante, ya apuntaba que en términos económicos el supuesto ahorro sería muy inferior al esperado a corto plazo, no obstante, el impacto sobre la salud sería especialmente negativo.

Se percibe además un Sistema Sanitario con una gestión de recursos desajustada que aumenta las desigualdades y la inequidad entre la población. La máxima Salud para todos no es real, porque no todos pueden acceder en igualdad de condiciones. Incluso aunque las personas puedan acudir a la consulta sanitaria, no todas pueden pagar después los tratamientos o acceder a un seguimiento especializado continuado. Chauvin y otros (310) subrayan las desigualdades creadas por el copago farmacéutico,

que afecta a la obligatoriedad del abono de un 40% para las personas con una renta inferior a 18.000 euros anuales -máxima de 1.500 euros mensuales-, puesto que una gran parte de las mujeres pertenecientes a los grupos vulnerables no superan el umbral de la pobreza -645 euros mensuales en España-, y esta medida agrava su situación socioeconómica y su estado de salud (310).

En nuestro estudio se pone de manifiesto la insatisfacción del personal sanitario relacionada con la dificultad de dispensar una atención sanitaria adecuada y de calidad, debido a la falta de recursos y de formación. Se destaca la necesidad de aunar esfuerzos y coordinar estrategias de captación, comunicación y seguimiento de las mujeres que no realizan un adecuado control gestacional, contando con los niveles de Atención Primaria y Especializada, así como con otras instituciones del ámbito social que trabajan con mujeres inmigrantes.

También se plantea la necesidad de una mayor implicación política e institucional que vertebré y dote de los recursos materiales, humanos y formativos necesarios para una correcta atención a la diversidad, situación vivida cotidianamente y generadora de importantes dilemas bioéticos de calado moral, profesional y personal. Del Río (312) en su estudio sobre el Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería de un Hospital de Barcelona presenta una importante asociación entre

las condiciones de trabajo sufridas por los y las profesionales tras los recortes en sanidad y el aumento de la sensación de sobrecarga y desmotivación que caracteriza al Síndrome de Burnout. Sin embargo, las mujeres inmigrantes manifiestan una visión muy positiva de la atención recibida en el Servicio Andaluz de Salud. Estas mujeres se sienten bien tratadas y perciben una atención efectiva, explicitando que preferían tener a su hijo/a aquí en vez de en su lugar de origen, reconociendo la calidad del Servicio Andaluz de Salud público. Esta visión coincide con los resultados obtenidos en los estudios realizados por Cabrillo y García, (9) con mujeres entrevistadas a nivel nacional para el Informe Mujer inmigrante y Asistencia Sanitaria.

Capítulo 9: Conclusiones de la investigación

Capítulo 9: Conclusiones de la investigación.

El propósito de esta investigación ha sido, por una parte, conocer y profundizar en los factores que se encuentran implicados en la realización de un inadecuado control del embarazo de las mujeres inmigrantes y autóctonas que pertenecen al Área de Salud de Huelva para que pueda servir de marco de referencia a profesionales sanitarios del ámbito de Obstetricia, Ginecología y Pediatría en los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada así como a profesionales del ámbito social que trabajan con este colectivo de mujeres y, por otra parte, impulsar un proyecto de intervención alternativo que permita mejorar la atención socio-sanitaria a mujeres embarazadas inmigrantes y autóctonas en general y, específicamente a aquellas que tienen una situación de riesgo social y, consecuentemente, mayor probabilidad de no controlar su gestación.

Las conclusiones constituyen un punto de llegada a través del análisis de la información obtenida a través de los discursos y, a la vez, son también un punto de partida en cuanto al planteamiento de líneas futuras de investigación y propuestas de intervención.

La lectura y valoración de estas conclusiones han de ir precedidas por las limitaciones que se han ido identificando en el proceso de investigación.

9.1 Limitaciones del estudio.

En cuanto al tema investigado: factores relacionados con un inadecuado control del embarazo en mujeres inmigrantes y autóctonas, hay que destacar que el carácter multidimensional y multicultural ha representado una dificultad importante para abordar todas las dimensiones y los matices culturales de una manera exhaustiva. En este sentido, hay que señalar que la situación de crisis social y económica actual ha condicionado la valoración de los agentes sociales sobre los procesos de exclusión social y de migración, lo que ha podido dar lugar a una menor profundización sobre los factores que han condicionado un inadecuado control del embarazo.

A nivel metodológico hay que señalar la ausencia de grabación de las entrevistas realizadas a mujeres inmigrantes, en unos casos, por sensación de intimidación y, en otros, por temor ante su situación de irregularidad administrativa, lo que ha limitado el análisis posterior de los discursos.

La barrera idiomática y los diferentes patrones culturales también han dificultado una comunicación directa y fluida aunque se trató de minimizar recurriendo a personas que ejercieron como traductoras y mediadoras en aquellos casos que se estimó necesaria esta intervención.

9.2 Síntesis de evidencias.

El control del embarazo se considera un procedimiento eficaz para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna (183), (313), (314) no obstante, su adecuación y accesibilidad siguen siendo susceptibles de ser mejorados puesto que existe dificultad para el acceso equitativo de la población (314), (315).

Los factores más relevantes que están relacionados con un control inadecuado del embarazo en mujeres inmigrantes y/o autóctonas son los siguientes:

-Las desigualdades sociales y de salud se identifican como el factor principal, origen de las múltiples situaciones de riesgo que viven las mujeres inmigrantes y/o autóctonas que afecta en mayor proporción a mujeres de origen marroquí, rumano o polaco que llegan a Huelva como trabajadoras agrícolas y a mujeres autóctonas en situación de pobreza y/o exclusión social.

Asimismo, los factores relacionados con un inadecuado control del embarazo que revelan situaciones de desigualdad son múltiples y responden a diferentes cuestiones, en este estudio se hacen presentes:

-Los relacionados con las características personales tales como la inmadurez y juventud, los valores culturales, escasez de medios económicos o pobreza y bajo nivel socio-educativo y alteraciones de salud mental.

-Los de tipo institucional y funcional que responden principalmente a barreras de accesibilidad burocrática, legal y geográfica. Así como a la falta de información sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario y Social.

-Y los de tipo relacional, propios de la interacción y de la posibilidad de comunicación entre profesional y usuaria.

También se evidencia la experiencia de soledad debida a la falta de redes de soporte, familiares o de pareja, como un importante factor de riesgo para el inadecuado control gestacional, tanto en mujeres inmigrantes como en mujeres autóctonas. Este factor surge, con frecuencia, asociado a una o varias circunstancias personales entre las que se encuentran la inmadurez por ser madre adolescente o joven, la sobrecarga familiar por ser madre múltipara, ser pobre o con escasos recursos económicos, así como otras situaciones que pueden generar exclusión social como la inmigración, la enfermedad mental o toxicomanía haciendo especialmente vulnerable la salud de las mujeres que las presentan. Este hecho implica la necesidad de conocer y facilitar el contacto con las redes sociales de apoyo existentes, así como, fortalecer las que informalmente se van creando entre mujeres compatriotas y entidades sin ánimo de lucro dedicadas al acompañamiento de mujeres inmigrantes o autóctonas en situación de vulnerabilidad, tal es el caso de entidades como Cáritas, Huelva Acoge, Asociación Caminar, Asociación Oasis en

Huelva.

Por un lado, la escasa formación de la mujer en ocasiones debida a cuestiones culturales o de género, o la desinformación ocasionada por la consulta de redes poco fiables pero más accesibles que las del Sistema Sanitario, contribuyen, por un lado a perpetuar mitos y miedos relacionados con la salud reproductiva y su atención en el ámbito formal de los cuidados ; y, por otro lado, el desconocimiento sobre el funcionamiento del Sistema, también emergen como factores presentes en conductas de mal control gestacional. Además, estos factores inducen y/o perpetúan conductas de riesgo posteriores relacionadas con los cuidados en el puerperio y la adhesión al programa de control del niño sano. Esto revela la importancia de articular fórmulas para mejorar la accesibilidad y la adecuación de la información suministrada por fuentes fiables a mujeres en situación de vulnerabilidad.

La necesidad de subsistir y mantener la actividad laboral resulta también influyente en la realización de un correcto control del embarazo. La mujer trabajadora depende de las condiciones laborales que, en referencia al embarazo y la maternidad, tiene en su empresa o puesto de trabajo. El temor a perder la actividad económica condiciona la realización de un adecuado control del embarazo. La mujer incumple el programa de control prenatal para evitar la ausencia laboral, incluso en ocasiones, se ve obligada a ocultar su gestación en el propio entorno social y de

trabajo. Esta situación se hace más patente en el caso de las mujeres inmigrantes cuyo móvil migratorio principal ha sido la búsqueda de una actividad económica remunerada de la que depende su familia de origen. La normativa recogida al respecto en el Real Decreto Legislativo 1/1995 (208), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del estatuto de los trabajadores y los Derechos de conciliación de la vida laboral y familiar recogidos en la Ley 12/2007 (211) para la promoción de la igualdad de género en Andalucía han supuesto un gran avance en este sentido protegiendo a la mujer, su salud reproductiva y su maternidad, no obstante, y reiterándonos en la línea de las desigualdades la evidencia hallada en este estudio revela que aún queda mucho por mejorar en la consecución y cumplimiento de dichas leyes.

La excesiva burocratización de los procesos de atención en el Sistema Sanitario afecta negativamente a las mujeres usuarias y a los profesionales que trabajan en este. Los problemas administrativos y de afiliación, en el caso de las mujeres inmigrantes y de las autóctonas que se encuentran sin hogar, o en situación de irregularidad administrativa enlentecen la obtención de la tarjeta sanitaria o de la documentación equivalente para poder ser atendida por el Servicio Andaluz de Salud con lo que el inicio del control del embarazo se ve retrasado o dificultado. Por su parte, los y las profesionales del ámbito de la salud cuentan con tiempos de consulta escasos para la atención y

cumplimentación de los trámites y documentos necesarios. Estas situaciones dificultan una atención prenatal adecuada, humanizada y de calidad, lo que debe llevar a una reflexión profunda que centralice su atención en la consecución de la prevención de riesgos y de la Promoción de la salud, sin que los profesionales que optan por ello vean prolongadas y sobrecargadas sus jornadas laborales, realizando esta tarea de manera altruista, sino promoviendo los recursos que faciliten un adecuado trabajo sanitario.

En este sentido, otra de las cuestiones que se hacen presentes en este estudio es que la situación de recortes sanitarios afecta a los y las profesionales de la salud y a las personas más desfavorecidas. La disminución de los recursos humanos y materiales provoca una sobrecarga de trabajo en los profesionales que se encuentra alimentada por el mito de la avalancha o invasión de extranjeros que vienen a consumir nuestros recursos. Esta visión, promovida por los medios de comunicación, magnifica la imagen de inmigrantes que llegan por vía ilegal -en pateras y cayucos- frente a los que lo hacen de manera legalizada que corresponden al mayor porcentaje (316). Se evidencia, además, que las modificaciones realizadas con el Real Decreto Ley de Abril de 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (201) ha afectado especialmente a las personas inmigrantes, entre ellas a mujeres en proceso de embarazo, parto

y puerperio, generando desigualdad en las condiciones de acceso y de atención a la salud, a pesar de que estas no se encuentran legalmente excluidas de la atención sanitaria.

Llegados a este punto, y dada la actual situación de escasez de recursos, es importante distinguir entre la atención sanitaria de las necesidades de salud de las mujeres embarazadas inmigrantes que habitan en España y el problema suscitado por el *turismo sanitario*, concepto muy extendido en el ámbito sanitario y social. Ambos están ligados al fenómeno de la inmigración, pero las circunstancias que presentan las personas que los protagonizan suelen ser muy diferentes. Mientras que las primeras realizan un proceso y proyecto migratorio, cuyo principal objetivo es la búsqueda y/o desempeño de un empleo que mejore su calidad de vida socio-económica y familiar, el segundo caso suele darse en personas con recursos económicos suficientes como para poder “hacer turismo” en nuestro país. Este tipo de migrantes no presenta un proyecto migratorio, sino meramente tiene el objetivo de obtener un control de la gestación y parto a un precio más asequible y de más calidad que en su país de origen. Actualmente, con el Real Decreto- Ley 16/2012 (201) sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se pretende ejercer un mayor control sobre el turismo sanitario, dificultando el acceso a España de las personas inmigrantes por motivos exclusivamente sanitarios. Con su

entrada en vigor el gobierno preveía un ahorro de 917 millones de euros (317). Pero este dato queda en entredicho, según el informe realizado a nivel internacional para Médicos del Mundo por Chauvin y otros (310), ya que los motivos expresados para la inmigración a Europa no coinciden con el móvil de la mera obtención de una atención sanitaria. Esto desmonta el *mito del turismo sanitario*, que parece ser más un argumento para la implantación de una ley injusta que fomenta la desigualdad en salud. Existen numerosas publicaciones en prensa nacional, como las de Olías(318), Hierro (319), Rincón (273) y Navarro (204), que denuncian la falta de transparencia en cuanto a los datos sobre el ahorro obtenido, tras casi tres años, y manifiestan las duras consecuencias reales, provocadas por la implantación de esta Ley, que conculca los derechos de las personas inmigrantes y por extensión de la sociedad española en su disfrute de una sanidad universal y gratuita.

A nivel cultural, se hace patente la predominancia de un paradigma etnocentrista que complica las relaciones interculturales entre la sociedad de acogida o mayoritaria y la de llegada o minoritaria, ejemplo de ello es la relación con la mujer gestante de etnia gitana, a la que desde el punto de vista profesional sanitario se las relaciona, en cuanto a conductas en salud reproductiva se refiere, más a mujeres inmigrantes que a autóctonas. Lo que evidencia la existencia de una importante distancia cultural y de dificultad para la integración transcultural,

a pesar de ser mujeres autóctonas de una etnia con la que se ha mantenido una prolongada convivencia social. Esto revela la necesidad social de ir creciendo en competencias interculturales que permitan la convivencia respetuosa y no impositiva de unas culturas sobre otras.

Se evidencia también que la influencia de una visión androcentrista dificulta actitudes de cuidado y control de la gestación en las mujeres, sobre todo, en aquellas que culturalmente presentan mayor predominancia de esta visión. La mujer sometida bajo esta influencia refiere poca capacidad de decisión sobre su proceso de embarazo y no se considera digna de tener un cuidado especial por ello. Como rasgos asociados se encuentran un bajo nivel educativo de la mujer y/o situaciones de dependencia socioeconómica y/o afectiva. Ello denota la importancia de continuar fomentando socialmente las políticas y conductas que favorecen la igualdad de género y protegen los derechos de las mujeres y las niñas en general, así como, en concreto los derechos a la salud sexual y reproductiva empoderando a la mujer en su propio proceso a través de la información adecuada a su código cultural y lingüístico, así como de los recursos necesarios que la protejan contra la violencia sexual y de género.

Se identifica claramente la importancia de ir configurando nuevos recursos que respondan a las necesidades de la población

multicultural actual. Los movimientos migratorios ya no son una situación coyuntural, sino estructural (45), es decir, que se mantiene de manera estable en la sociedad de acogida por lo que se convierte en un reto al que dar respuesta. Franquear dificultades como la barrera idiomática y la comprensión cultural son retos diarios que enfrentan usuarias y profesionales del ámbito de la salud y social. Se constata que recursos como la figura de mediación social y/o intercultural resultan fundamentales en la atención de mujeres inmigrantes, gitanas o en situación de exclusión. Medios como el teléfono de Salud Responde resultan un complemento de ayuda pero no resultan adecuados para una atención y comunicación eficaz y motivadora, sobre todo, en procesos de prevención y Educación para la Salud, como es el del control de la gestación.

A esto se une otro hecho que es la escasa competencia intercultural de los y las profesionales de la salud, esta dificulta la comprensión, el conocimiento sobre problemas de salud específicos de los países de los que proceden las personas inmigrantes que con más frecuencia llegan a nuestro entorno y , con ello, la correcta atención a la salud de las personas extranjeras. El aumento de las competencias interculturales disminuyen los errores y las fuentes de conflicto en el ámbito sanitario, favorecen la integración y la convivencia social saludable(82). Por lo que se hace patente la necesidad de instaurar en nuestro Servicio Andaluz de Salud modelos de atención

sanitaria basados en un concepto de *Salud Transcultural* y que sean capaces de integrar realidades sociales diversas, más ajustados a la población existente en el ámbito de este trabajo, como los propuestos por autoras como Leininger (116), Campinha –Bacote (320), Spector (321) o Purnell (322).

A nivel institucional, como estrategia clave para una atención eficiente y de calidad en el control de la mujer durante el embarazo se evidencia, por un lado, la necesidad de coordinar y aunar esfuerzos entre los distintos niveles sanitarios de Atención Primaria y Especializada, y por otro, entre las principales instituciones implicadas, la sanitaria y la social, dado que como se viene mostrando, los factores relacionados con un inadecuado control del embarazo son múltiples, con una amplia fuente de causas y con frecuencia se encuentran interrelacionados unos con otros.

Finalmente, y en cuanto a la percepción sobre la atención prestada en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) no existe una visión homogénea, mientras que las entidades sociales sin ánimo de lucro y profesionales de la salud detectan deficiencias importantes en la calidad de la atención prestada a las mujeres con un inadecuado control gestacional, las mujeres , y sobre todo aquellas mujeres que provienen de otras culturas, presentan en este estudio una percepción global positiva y de buena atención. Se destaca la importancia de la cobertura sanitaria universal, que

es considerada un componente crucial del desarrollo sostenible de un país y de la reducción de la pobreza, coincidiendo con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud en su documento *El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015*(323).

En definitiva, esta problemática delata la necesidad de establecer nuevas estrategias y acuerdos desde una perspectiva global, más acorde con la realidad social actual, en la que, como dicen Vinuesa y García (21), se ha perdido el significado de *frontera*, y en la que la población de mayor formación cultural demanda y busca el cumplimiento y cobertura de las necesidades humanas prioritarias, entre ellas el Derecho a la Salud. Se coincide con Peris (324) en afirmar que hace falta abrir una reflexión conjunta, a nivel global, entre los países de origen, los países de tránsito y los países de llegada, para analizar y reflexionar sobre el hecho migratorio y revisar nuestras estrategias y actuaciones, mucho más teniendo en cuenta el alto dinamismo que éste tiene. Además, si en una misma mesa se analiza un mismo fenómeno desde diferentes enfoques, se puede apoyar con acciones de cooperación internacional, lo que facilitaría soluciones más acertadas y eficaces que no vayan en detrimento de las personas en situación vulnerable.

9.3 Nuevas líneas de Investigación.

La información obtenida en esta investigación pone de manifiesto la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación a través de estudios relacionados con:

-El conocimiento profundo de las distintas culturas que conviven en nuestro entorno social respecto a su sistema de creencias, valores y sus necesidades de salud.

-Los cuidados culturales como elementos esenciales en la atención socio-sanitaria a una población multicultural y, específicamente en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

-La relación entre los y las profesionales sanitarios/as y las mujeres procedentes de otros países y pertenecientes a distintas culturas propias o autóctonas mediante estudios de investigación-acción participativa.

-La falta de redes de apoyo y su repercusión en la capacidad de administrar autocuidados y cuidados en las mujeres que se encuentran en proceso de embarazo, parto y puerperio. Un conocimiento profundo de este tema permitiría diseñar estrategias más adecuadas para incidir en los múltiples causantes de un inadecuado control gestacional y que favorezcan las redes de apoyo solidarias sustitutas de las naturales, para evitar situaciones de riesgo y de desigualdad en salud.

9.4 Propuestas de intervención.

Las evidencias de esta investigación implican la necesidad de establecer estrategias para mejorar la calidad asistencial del cuidado del embarazo. En este sentido, las propuestas serían las siguientes:

-Incrementar la competencia intercultural de nuestra sociedad y de las instituciones que estructuran su cuidado, entre ellas y de forma principal, la institución sanitaria y los/las profesionales que en ella trabajan y colaboran, como agentes activos encargados de atender las necesidades y promocionar la salud de la población. Para ello, convendría incluir o ampliar en el currículum académico de las distintas profesiones sanitarias materias específicas que aumenten la competencia intercultural y de comunicación, que faciliten la comprensión y correcta atención a la salud de las personas provenientes de otras culturas, así como el conocimiento sobre problemas de salud específicos de los países de los que proceden las personas inmigrantes que con más frecuencia llegan a nuestro entorno.

-Potenciar y cualificar la figura del mediador o mediadora de manera más estable y directa en los centros sanitarios, ya que los medios de los que se dispone en este sentido son poco utilizados por su escasa fluidez en la comunicación (traductor a través de una centralita telefónica previamente solicitada o tablillas escritas en diversos idiomas con la representación pictórica de las

necesidades básicas humanas).

- Utilizar adecuadamente los recursos de apoyo existentes en las entidades sin ánimo de lucro que trabajan con colectivos de mujeres inmigrantes, pro-inmigrantes, gitanas y/o en situación de exclusión, tales como líderes, compatriotas, mediadores/as interculturales o *Doulas*, lo que mejorará la comunicación y adhesión al programa de cuidados de las mujeres.

- Abordar los cuidados desde la perspectiva multidisciplinar, para lo cual sería necesaria el establecimiento de un mecanismo de coordinación entre las distintas entidades y los recursos existente para su optimización.

-Aumentar y mejorar la coordinación entre los niveles de Atención Primaria y Especializada en el ámbito sanitario, de manera que se permita una mejor captación, seguimiento y continuidad de cuidados durante el proceso de embarazo, así como el uso de recursos sociales comunitarios y colaboración institucional con entidades sociales públicas y privadas relacionadas con la inmigración y grupos étnicos autóctonos a través de:

La convocatoria de un grupo intersectorial de profesionales que aportasen su opinión y análisis sobre posibles alternativas de coordinación y trabajo conjunto en la atención social y sanitaria de las mujeres que se encuentran en situación de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.

La creación conjunta de un protocolo de acogida en el caso de personas inmigrantes con contrato en España en las que además de la laboral se administre una información básica -en materia de salud, requisitos administrativos y sociales-.

La instauración de un punto de información y de referencia localizado en los ámbitos claves tales como el área agrícola, que cuente con un soporte informativo que permita la solución de dudas y provea una información fiable.

Instar a las empresas a la realización de los oportunos controles de salud de sus trabajadores/as para su correcta derivación sanitaria, si fuera necesario.

Solicitar a las entidades políticas pertinentes la elaboración y desarrollo de campañas de información y sensibilización desde el ámbito educativo formal y desde edades tempranas tales como la infancia y la adolescencia con programas para la salud sexual y la integración socio-cultural.

Bibliografía

- (1) Ospina GI. Los movimientos migratorios irregulares y la Estrategia de Seguridad Nacional 2013. UNISCI Discussion Papers 2014(35):p.303-326.
- (2) Instituto Nacional de Estadística. Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015 Datos provisionales. 2015; Available at: <http://www.ine.es/prensa/np904.pdf>. Accessed 06/16, 2015.
- (3) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007. Documentos de trabajo, 2/08. 2008; Available at: http://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/informe/eni07_2carso c.pdf. Accessed 04/29, 2011.
- (4) Navarro MD. La mujer inmigrante en España. In: Saatchi & Saatchi Healthcare- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, editor. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria Zaragoza, 2010: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010. p. 11-17.
- (5) Instituto Nacional de Estadística. Estadística del padrón

continuo. Datos provisionales a 1 de Enero de 2015. 2015;
Available at: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>. Accessed 06/16,
2015.

(6) Oliver MI, Baraz P, Martínez E. La salud y la mujer inmigrante. In: García R, Junta de Andalucía. Consejería de Salud., editors. Manual de atención sanitaria a inmigrantes : guía para profesionales de la salud. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.; 2007. p. 77-82.

(7) Guzmán R. De la perspectiva de género al paradigma interseccional. Aportaciones para el análisis de las migraciones feminizadas. Logros y retos: Actas de III congreso universitario nacional "Investigación y género" 2011;p.865-877.

(8) Gualda E. Migración circular en tiempos de crisis. Mujeres de Europa del Este y africanas en la agricultura de Huelva. Papers: revista de sociología 2012;3(97):p.613-640.

(9) Cabrillo E, García M. Abordaje de la salud de la mujer inmigrante en el embarazo, parto y puerperio. Aspectos generales de las inmigrantes. In: Saatchi & Saatchi Healthcare- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, editor. Mujer inmigrante y atención sanitaria Zaragoza: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010. p. 65-75.

(10) Torre Jdl, Coll C, Coloma M, Martín J, Padrón E, González N. Control de gestación en inmigrantes. Anales del Sistema

Sanitario de Navarra Suplementos 2006;29:p.49-61.

(11) Manzanares S, López MF, Gómez T, Martínez N, Montoya F. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2008;51(4):p.215-223.

(12) García J, Pardo C, Hernández A, Lorenzo M, Gil D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2008;51(2):p.53-62.

(13) Ibáñez O, González JD. Acercamiento a las necesidades de salud de la mujer en una población multicultural. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería* 2013;3(3):p. 41-38.

(14) Organización Mundial de la Salud-OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 51 Asamblea Mundial de la Salud 2006(Documentos básicos, suplemento de la 45a edición):1.

(15) Casas MdL. Correlación de principios bioéticos y la declaración universal de los derechos humanos. *Medicina y ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica* 2012;23(4):p.501-511.

(16) Kornblit AL, Mendes Diz AM. La salud y la enfermedad:

aspectos biológicos y sociales. 2000:p. 2-18.

(17) Gómez R. La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad. Bogotá, D.C.: Editorial Universidad del Rosario; 2008.

(18) Organización Mundial de la salud- OMS. Derecho a la salud. Nov /2013; Available at:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>. Accessed
Nota Descriptiva nº 323, 2014.

(19) Comisión Europea. Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento, tercer programa plurianual de acción de la UE en el ámbito de la salud para el período 2014-2020. 2011/0339 (COD) 2011 9.11.2011:SEC(2011) 1322-SEC (2011) 1323.

(20) Miguel A, Römer R. Cultura y salud. Gac Méd Caracas 2010;1(118):p.60-67.

(21) Vinuesa J, García A. La dinámica demográfica mundial. In: Lamela, A. (Director) Moliní, f. (Coordinador), editor. Estrategias para la Tierra y el Espacio: Geoísmo y Cosmoísmo Madrid: Espasa; 2007. p. 137-235.

(22) Rubio J. Por una ética transcultural. Contrastes Revista Interdisciplinar de Filosofía 2004;9:p.143-160.

(23) Organización Mundial de la Salud, editor. Definición de Salud. Conferencia Sanitaria Internacional (61 Estados miembros); 22 de julio; Nueva York: OMS; 1946.

(24) Bermejo JC. Duelo y espiritualidad. Santander: Sal Terrae; 2012.

(25) Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA. Estado de la población mundial. El consenso de El Cairo, diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en: www.unfpa.org [recuperado 16/03/2013]. 2004.

(26) Organización de las Naciones Unidas-ONU, editor. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; 4-15 septiembre 1995; Nueva York: ONU; 1996.

(27) Organización Mundial de la Salud-OMS. Diez datos sobre la salud de la mujer. <http://www.who.int/features/factfiles/women/es/index.html> [recuperada 16/03/2013]. Febrero, 2009.

(28) Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Fertilidad y salud reproductiva como centro del desarrollo. 11/04/2011; Available at: <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/fertility-reproductive-health.html>. Accessed 02/12, 2015.

(29) Ministerio de sanidad, política social e Igualdad. Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva. 2010. Ministerio de sanidad, política social e Igualdad ed. Madrid; 2011.

(30) Organización de las Naciones Unidas-ONU editor. Convención sobre los Derechos del niño. Madrid: UNICEF Comité español; 2006.

(31) Arango J. La población mundial. Geografía Humana. Procesos, riesgos e incertidumbres en un mundo globalizado Barcelona: Ariel; 2004. p. 55-99.

(32) Organización Mundial de la salud- OMS. Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva.

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/strategic_approach/es/index.html. [Consultada 24/03/2013]. Número de referencia OMS: WHO/RHR/07.7 2007:8.

(33) Achotegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Zerbitzuan Revista de Servicios Sociales 2009(46):p.163-171.

(34) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

(35) Tizón JL. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós y Fundación Vidal y Barraquer; 2004.

(36) Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Quinta edición. ed. Madrid: Ediciones Morata; 2003.

(37) Scarso F. El duelo migratorio. Política y Sociedad 2011;101:02/09/2013.

(38) Brink P, Saunders C. Aspects of transcultural psychiatry . British Journal of Psychiatry 1977;JL Cox:p.130.

(39) Izquierdo A. El proyecto migratorio de los indocumentados según género. Papers: Revista de Sociología 2000(60):p. 225-240.

(40) González V. El Duelo Migratorio. Trabajo social (Universidad Nacional de Colombia) 2005;7:p.77-97.

(41) Worden JW. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós; 1997.

(42) Redfield R, Linton R, Herskovits M. Memorandum for the study of acculturation. American Anthropologist 1936;38:p.149-152.

(43) Berry J. Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research. In: Chun KM, Balls P, Marín G, editors. Conceptual approaches to acculturation
 Washington, DC, US: American Psychological Association, XXVII; 2003. p. 17-37.

(44) Bedoya MH. Mujer extranjera una doble exclusión: Influencia de la Ley de Extranjería sobre las mujeres inmigrantes. Papers: revista de sociología 2000(60):p.241-256.

- (45) Achotegui J. La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio Extremo). *Temas de Psicoanálisis* 2012;3:p.1-16.
- (46) Petit A. El Conflicto. *Análisis Sociológico del Conflicto*. 2007;p.2-23.
- (47) Collazos F, Qureshi A, Antonin M, Sábado JT. Estrés aculturativo y Salud Mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo* 2008;29(3):p.307-315.
- (48) Achotegui J. Emigrar en situación extrema: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental* 2004(21):p. 39-52.
- (49) Nomen L. Intervención en el duelo. In: Pirámide, editor. *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida* Madrid: Grupo Anaya S.A; 2009. p. 63-67.
- (50) Marín D, Bullones MA, Carmona FJ, Carretero MI, Moreno MA, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación* 2008;Noviembre – Diciembre 08(nº 37):p.4-20.
- (51) Laza C, Puerto M. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *Revista Cubana de Enfermería* 2011;27(1):p.88-97.
- (52) Centro de Humanización de la Salud. Centro de escucha San

Camilo. Available at: <http://www.humanizar.es/servicios-asistenciales/centro-de-escucha.html>. Accessed 01/ 30, 2014.

(53) Moyano E. Síndrome de Ulises. Jano: Medicina y Humanidades 2009(1751):p.30-37.

(54) Tarrés S. El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gazeta de Antropología 2001;17(15):p.1-7.

(55) Areskurrinaga E. La evolución de los flujos migratorios hacia la Unión Europea en las dos últimas décadas y su impacto en el mercado de trabajo. Lan Harremanak.Revista de Relaciones Laborales 2012(8):p.39-72.

(56) Izquierdo M, Jimeno JF, Lacuesta A. Los flujos migratorios en España durante la crisis. Banco de España Boletín Económico 2014 09/2014;2015(24/07):p.53-62.

(57) Minondo A, Silvente F, Domingo G. Movimientos migratorios en España antes y después de 2008. Papeles de Economía Española 2013(138):p.80-97.

(58) Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de crecimiento y estructura de la población. Saldo migratorio. anual. Dato base. Serie IDB87136. 2013; Available at: <http://www.ine.es/>. Accessed 02/11, 2014.

(59) Observatorio permanente de inmigración del Ministerio de

Trabajo e inmigración. Extranjeros residentes en España. Principales resultados(31-03-2013). <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/index.html> 2013.

(60) Observatorio permanente de inmigración. Ministerio de empleo y seguridad social. Extranjeros residentes en España. Principales resultados a 30 de junio de 2014. 2014; Available at: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/201406/Residentes_Principales_Resultados_30062014.pdf. Accessed 03/25, 2015.

(61) Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población a 1 de julio de 2013. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2013. Datos Provisionales. 27/01/2014; Available at: <http://www.ine.es/prensa/np822.pdf>. Accessed 02/12, 2014.

(62) Castro AM. Inmigración, servicios públicos e integración social/Immigration, public services and social integration. Cuadernos de Trabajo Social 2007;20:p.25.

(63) Alarcón AM, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista médica de Chile 2003;131(9):p.1061-1065.

(64) Langdon EJ, Wiik FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev Lat Am 2010;18(3):p.177-185.

- (65) Aneas A, Armadans I. Intercultural Health in Spain. Courts and Mediation Florencia, Italia: European Press Academic Publishing: Ortuño; 2010.
- (66) Parsons C. Cross-cultural issues in health care
. In: Jreid & Trompf, editor. The health of immigrant Australia: A Social Perspective Sydney, Australia: Harcourt, Brace Jovanovich; 1990. p. 108-114.
- (67) Menéndez E. El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arxiu d'etnografia de Catalunya: revista d' antropologia social 1984(3):p.83-119.
- (68) Payán SI. Posibilidad y Necesidad de una Forma Alternativa de Pensar la Salud. Medicinas Tradicionales, Naturales y Bioenergéticas-Curso Anual de Terapia Neural y Pensamiento Alternativo 2001-[Última actualización: 17/06/2009].
- (69) Galao R, Lillo M, Casabona I, Mora MD. ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. Evidentia enero-abril 2005;4(2):<http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>.
- (70) Oyarzún E. Modelo biomédico y Modelo psicosocial. 2012; Available at: <http://www.slideshare.net/CARMENALBAMTZ/modelo-biomdico-biopsicosocial>. Accessed 02/25, 2014.

(71) López V. Sistemas de Salud. In: Frías Ayo, editor. Salud pública y educación para la salud Barcelona: Masson; 2000. p. p.59-67.

(72) González MD. La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. Lección inaugural 2006-2007. Universidad de Huelva 2006:88-p.44-45.

(73) Navarro V. El modelo sanitario liberal: EEUU. Revista digital SISTEMA, 22 de marzo de 2013 22/03/2013:p.1-7.

(74) Cabo Salvador J, Cabo Muiños J, Iglesias JR. Capítulo 1: Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU. 2015; Available at: <http://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>. Accessed 06/24, 2015.

(75) Zhang Q, Burton A, Falkenberg T, et al editors. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. 2ª Edición ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

(76) Organización Mundial de la salud- OMS. Medicina tradicional.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html>
[consultado: 22/03/2013]. Diciembre de 2008(Nota descriptiva N°134).

(77) Eade D, Williams S. The Oxfam Handbook of Development

and Relief. Vol. 2 ed. Oxford: Oxfam publications; 1995.

(78) Rapaport J. Medicina tradicional. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo Universidad del País Vasco

<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/137>. [consultada: 22/03/2013].

(79) Williams C, Baumslag N, Jelliffe DB. Mother and Child Health: Delivering the Services . USA: Oxford University Press; 1994.

(80) M. E. Vásquez. Pluralismo médico y parto biomédico en la maternidad de Isidro Ayora de Quito. Ecuador: Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales; 2013.

(81) M. Caballero, A. Isunza. Embarazo, parto y puerperio: factores diferenciales que influyen para elegir el sistema médico de atención. Veracruz: Universidad de Veracruz - Instituto de Salud Pública; 2012.

(82) Martincano JL. La comunicación paciente inmigrante-médico. In: Saatchi & Saatchi Healthcare- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, editor. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria Barcelona: Comité Solidario de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010. p. p.35-49.

(83) Asociación El parto es nuestro. El parto en casa planificado.

Consultado en

[<http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-en-casa-planificado>]. :22/04/2013.

(84) Domínguez P, Gonzalo T, Laínez B, Eligio M. Guía de asistencia al parto en casa. Barcelona: Colegio oficial de Enfermería de Barcelona; 2010.

(85) Organización Mundial de la salud- OMS. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985 Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985;2:p.436-437.

(86) EDUCER. Mapa del parto en casa en España (Datos de 2013). 2015;Nº VI:23/07/2015.

(87) Arroyo M, y Cañadas R. Doulas. 2015; Available at: <http://doulas.es>. Accessed 07/2015, 2015.

(88) Gonsalves P, Pérez-Lanzac C. De profesión, doula. 2015; Available at: http://politica.elpais.com/politica/2015/02/21/actualidad/1424550044_706178.html. Accessed 02/23, 2015.

(89) Sevillano E. Hay casos de malas prácticas. 23/03/2015; Available at: http://politica.elpais.com/politica/2015/02/21/actualidad/1424550044_706178.html. Accessed 07/20, 2015.

(90) Amorós M. La alta población extranjera eleva la demanda de

doulas en Baleares. 16/03/2015; Available at:

<http://www.elmundo.es/baleares/2015/03/16/5506abf022601d88428b456e.html>. Accessed 07/20, 2015.

(91) López A. La polémica moda de las doulas. 17/02/2015;

Available at:

<http://www.elmundo.es/salud/2015/02/17/54e2453722601de93e8b457c.html>. Accessed 07/20, 2015.

(92) Klaus MH, Kennell JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr* 1997 Oct.;86(10):p.1034-1036.

(93) Campbell-Voytal K, Fry McComish J, Visger JM, Rowland CA, Kelleher J. Postpartum doulas: Motivations and perceptions of practice. *Midwifery* 2011 12;27(6):p.214-221.

(94) Gilliland AL. After praise and encouragement: Emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. *Midwifery* 2011 08;27(4):p.525-531.

(95) Martínez M, Larrea C. Antropología del desarrollo y cooperación internacional en España. *Antropología social, desarrollo y cooperación internacional. Introducción a los fundamentos básicos y debates actuales*. Barcelona: UOC; 2010. p. 82.

(96) Roca L. Paradigmas y modelos en los discursos médicos.

Revista de Medicina Homeopática- Elsevier 2010
01/03;3(1):p.32-35.

(97) S. París. La transformación de los conflictos desde la filosofía de la Paz. Castellón de la Plana.: Departamento de Filosofía, Sociología y Comunicación Audiovisual y Publicidad. Universidad Jaume I; 2005.

(98) Bush BR, Folger J. La promesa de la mediación: Como afrontar el conflicto a través del fortalecimiento y el reconocimiento de los otros. Madrid: Granica; 1996.

(99) Vinyamata E. Conflictología. Teoría y práctica en Resolución de Conflictos. Barcelona: Ariel; 2001.

(100) Rondón LM. Modelos de mediación en el medio multiétnico. Trabajo Social 2011(13):p.153-169.

(101) Essomba M. La educación intercultural crea escuelas y sociedades interculturales. Temas para la educación Revista digital para profesionales de la enseñanza 2009;5:p.1-9.

(102) Centro social Ignacio Ellacuría. Cuatro conceptos.
Available at:

<http://www.centroellacuria.org/imgx/analisis/Cuatro%2520conceptos.pdf>. Accessed 02/20, 2014.

(103) Goicochea E. Interculturalidad en salud. UCV-SCIENTIA 2012;4(1):p.52-55.

(104) Carreazo PJ. Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. Paediatrica N° 6. Paediatrica 2004;6(2):p.101-107.

(105) Goberna J, Viñas H, Palacio A, Galí M, Paulí A, Gómez C. Atención al embarazo en mujeres africanas inmigrantes. Percepción de las matronas de asistencia primaria. Enfermería Clínica 2005;15(2):p.88-94.

(106) Grande ML, Linares M, Álvarez C, Pastor G. El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. Cultura de los Cuidados 2011;2º Cuatrimestre 2011 • Año XV(30):p.1-7.

(107) Nevado A. Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Panace 2014;15(40):p.278-289.

(108) Alcaraz M, Paredes JJ, Sancho C, López P, García JL, Vivas D. Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. Revista Española de Salud Pública 2014;88(2):p.301-310.

(109) Arguello H, Mateo A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolucion del discurso de los organismos internacionales en los ultimos veinte anos. Liminar (San Cristóbal de Las Casas, Mexico) 2014 -07-01;12(2):p. 13.

(110) Aneas MA. Competencia intercultural, concepto, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681 - 5653) 2005 03/25;5(35):p.1-10.

(111) Maya I. El papel de la mediación intercultural. In: Saatchi & Saatchi Healthcare- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, editor. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria Barcelona: Comité de solidaridad de la Sociedad española de Ginecología y Obstetricia; 2010. p. p. 131-139.

(112) Belín E, Fowkes C. Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care. California: Mayfield Publishing Company; 1998.

(113) Giménez C. La naturaleza de la mediación intercultural. Migraciones 1997;2:p.125-159.

(114) Terraza R, Vargas I, Rodríguez D, Lizana T, Vázquez ML. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. Gaceta Sanitaria 2010 0;24(2):p. 115.e1-115.e7.

(115) Estado Miembros de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura., editor. Declaración de Principios sobre la Tolerancia. 28ª reunión de la Conferencia General
 ; del 25 de octubre al 16 de noviembre de 1995; París: UNESCO; 1995.

(116) Leininger M, McFarland MR. Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory. 2º edition ed. United States of America: Jones & Bartlett Learning; 2006.

(117) Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* 2006(22):p.13.

(118) Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados* 1999;6:p.5-8.

(119) Paz M. Factores Asociados al Cumplimiento del protocolo sanitario de Embarazo en Inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria. *UCREA- Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria* 2013 2013-03-23:p.1-175.

(120) Colasanti R. II Congreso de Medicina y Emigración. Roma. *An Sist Sanit Navarra* 1990;6.

(121) Muñoz L, Vásquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica* 2007;38(4):p.98-104.

(122) Prieto BM, Ruiz C. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan* 2013;13(1):p.7-16.

(123) Laza C, Cárdenas FJ. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. *Revista Cubana de Enfermería*

2008;24(3-4):p.1-7.

(124) Muñiz N. Cuidados enfermeros y coherencia cultural. ENE Revista de enfermería 2014;8(1):3.

(125) Carvallo E, Rísquez D, Ponce L. Aspectos Psicológicos y psiquiátricos. In: Mc Graw Hill- Interamericana, editor. Obstetricia Moderna. 3º edición ed. Madrid: Mc Graw Hill- Interamericana de Venezuela; 1999. p. 460-468.

(126) Carrera JM. La salud en la mujer inmigrante- El concepto de salud en su contexto cultural. In: Saatchi & Saatchi Healthcare- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, editor. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria Barcelona: Comité de Solidaridad de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010. p. 21-32.

(127) Rocha F, Barrero MLea. Embarazo, parto y puerperio. Recomendaciones para madres y padres. 2006;p.134.

(128) Blázquez MI. Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana 2005;42:p.12-25.

(129) García MJ. El oficio de partera entre los siglos XV al XVIII: fuentes documentales para su estudio. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades 2012(32):p.88-95.

(130) Narotzky S. Mujer, mujeres y género: Una aproximación

crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales. Consejo Superior de Investigaciones Científicas Madrid 1995(Monografía 14):159-p.31.

(131) Tabet P. Fertilité naturelle, reproduction forcée. In: Mathieu NC, editor. L'Arraînement des femmes. Essais en anthropologie des sexes. Editions de L'Ecole des hautes Eudes en Sciences Sociales ed. París; 1985. p. 115-116.

(132) Sadler M, Acuña, M.E. y Obach, A. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. In: Cátedra UNESCO Género, editor. Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Catalonia, Santiago de Chile.; 2004. p. 15-66.

(133) Salazar M, Navarro S, González M. Antropología del embarazo, parto y puerperio en la ciudad de Elche. Revistas - Cultura de los Cuidados 1997;Año I(2):44-53.

(134) Alarcón AM, Nahuelcheo SY. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer Mapuche: Conversaciones privadas. Chungara, Revista de Antropología Chilena 2008;40(2):p. 193-202.

(135) Instituto Nacional de Salud en España. Recomendaciones a aplicar en el embarazo y el parto. 1989 6/04/1989.

- (136) Presidencia del Gobierno. Ley 5/2003 de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares. BOIB nº 55 2003 22/04/2003;7266:I.
- (137) Fernández R, Prats R, Cabero L, Carrera JM, Costa D, Mauri JM, et al. Protocolo de asistencia al parto, al puerperio y atención al recién nacido de Cataluña. Primera ed. Barcelona: Dirección General de Salud Pública; 2003.
- (138) Dirección General de Salud Pública., Consejería de Sanidad., Gobierno de Cantabria. Estrategia para la atención del parto normal en Cantabria. 1ª ed.: Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria; 2007.
- (139) Servicio de Salud del Principado de Asturias. Contrato de Gestión. Gobierno del Principado de Asturias 2009:p.9-14.
- (140) Boletín Oficial de la Junta de Andalucía-BOJA. SANIDAD. Determina los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. Decreto 101/1995, de 18 abril 1995 de 18 abril;72:4553.
- (141) Aceituno L, (Coord.). Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio. 3ª edición ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.; 2014.
- (142) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan de parto y nacimiento. 2009:36.

- (143) Santamaría R, (Coord.). Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- (144) Blázquez D. El parto domiciliario a debate. Anales de Pediatría 2015 2015.03.006;83(2):p.144-145.
- (145) Pérez F, García I, Peralta I. Las mujeres inmigrantes que dan a luz en España sufren un "enorme estrés". Universidad de Granada La ciencia es noticia Biomedicina y salud 2012 23/05;<http://www.agenciasinc.es/Noticias/Las-mujeres-inmigrantes-que-dan-a-luz-en-Espana-sufren-un-enorme-estres>:6/08/2015.
- (146) Fabre y otros. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria (MIAS). 2010:128.
- (147) Nacionalidad y uso inadecuado de la atención prenatal según índices estandarizados, en una población multiétnica al sur de España. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía: Instituto de Migraciones; 2011.
- (148) Monguí MM, Chicangana MF. La relación entre migración y desarrollo un análisis a partir de la incursión de la mujer inmigrante en España. Anuario americanista europeo-Ejemplar dedicado a: Género y migraciones 2013;11:p.149-164.
- (149) Soriano E, Torralbo E. La salud durante el embarazo y el

parto de las mujeres "autóctonas" e inmigrantes marroquíes que viven en el Sur de España. Capítulo 90. In: Soriano E, González AJ, Cala VC, editors. Retos actuales de educación y salud transcultural. Tomo I Almería: Universidad de Almería; 2014. p. 677.

(150) Solana A, González JR. Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica. *Enfermería Global* 2015;14(37):p.455-466.

(151) Oyarce AM. Salud materno-infantil de los pueblos indígenas y a frodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Naciones Unidas- Comisión Económica para América Latina y El Caribe Dic. 2009(Colección Documentos de proyectos):p.5-154.

(152) Rodríguez NE, Martínez C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enfermería Global* 2011;10(23):p.359-371.

(153) Calbet D, Saatchi & Saatchi Healthcare. Informe de resultados. Cuestionario mujer inmigrante y asistencia sanitaria[documento en línea]. 2010:p.140-147.

(154) Sánchez-Sicilia AA, de Bustamante P, Useros N. Estudio cualitativo de la conducta alimentaria en una población de mujeres embarazadas inmigrantes en el municipio de

Fuenlabrada. Nutrición clínica y dietética hospitalaria 2013;33(1):p.51-60.

(155) Gualda E. Las aportaciones positivas de la inmigración: miradas desde Andalucía. Xátiva: pep aparicio guadas.; 2011.

(156) Lacoste-Dujardin C. La maternité en Islam. Lectora Revista de Dones i Textualitat 2008(14):p.13-29.

(157) Fernández O. Las mujeres en el Islam: una aproximación. Brocar 2011;35:p.267-286.

(158) Raga F. Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí. Revista de Comunicación y Salud 2013;3(1):p.5-17.

(159) Tejero C. Documento de apoyo a la atención multicultural en el proceso de parto y nacimiento. Ministerio de Sanidad y Política social :p.42.

(160) Salud y Cultura. com - Portal informativo para la mediación intercultural y la interpretacion en el ámbito sanitario. <http://www.saludycultura.uji.es/index.php>; [recuperada 13/03/2013].

(161) Fabre E. Hechos de especial vulnerabilidad en las mujeres inmigrantes: Violencia de género, prostitución, mutilación genital femenina. In: Comité de solidaridad de la Sociedad Española de ginecología y Obstetricia- Saatchi & Saatchi Healthcare, editor.

Mujer inmigrante y asistencia sanitaria: SEGO -S.A. de Litografía; 2010. p. p. 143-153.

(162) OMS. Mutilación genital femenina. Febreo 2012(Nota descriptiva nº 241).

(163) Allison S., Bryant A, Worjolah A, Caughey AB, A., Washington E. Racial/Ethnic Disparities in Obstetrical Outcomes and Care: Prevalence and Determinants. Am J Obstet Gynecol Author manuscript; available in PMC 2011 April 1 2010 January 12;4(202):p.335-343.

(164) Raven J, Chen Q, Tolhurst R, Garner P. Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth 2007;7(8):p.19.

(165) Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria 2014;28:p.109-115.

(166) Maroto G, García MM, Mateo I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gaceta Sanitaria 2004;18:p.13-23.

(167) García A. II. La familia en la comunidad gitana. In: Laparra M, editor. Situación social y tendencias de cambio en la Comunidad Gitana Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2006. p. 25-43.

(168) Altarejos F, Rodríguez A, Bernal A. La convivencia familiar: encuentro y desarrollo de la identidad personal. ; 2008. p. 59-88.

(169) Ferrer C, García R, Mendez M, Romieu I, Torrent M, Sunyer J. Determinantes sociales de los patrones dietéticos durante el embarazo. Gaceta Sanitaria 2009;23(1):p.38-43.

(170) Mateos PM, Aranda JM, Díaz G, Mesa P, Gil B, Ramos M, et al. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo y factores asociados en Andalucía 2007-2012. Revista española de salud pública 2014;88(3):p.369-381.

(171) Maroto G, Castaño E, García MM, Hidalgo N, Mateo I. Paternidad y servicios de salud: Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. Revista Española de Salud Pública 2009;83(2):p.267-278.

(172) Prevalencia y creencias sobre lactancia materna entre mujeres extranjeras residentes en España. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía: Instituto de Migraciones; 2011.

(173) Martínez JM, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Revista da Associação Médica Brasileira 2013;59(3):p.254-257.

(174) Organización Mundial de la Salud-OMS. Resolución sobre salud reproductiva. 57ª Asamblea Mundial de la Salud.

Comunicado de prensa. Decisiones y Resoluciones.

2004(WHA57.12):15.

(175) Observatorio de Salud de la Mujer y del sistema nacional de Salud. Estrategia de atención en el parto normal en el Sistema Nacional de salud. : Ministerio de sanidad y Consumo; 2007.

(176) Beltrán C, Martín JE, Solá I, et al editors. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2014.

(177) Organización Mundial de la salud- OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva nº 348 . Mayo de 2014; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Accessed 08/26, 2015.

(178) Organización Mundial de la salud- OMS. ODM: 5. Mejorar la salud materna. Temas de salud.

http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/index.html

[Consultada: 26/03/2013].

(179) Organización Mundial de la salud- OMS. ODM4: Reducir

la mortaidad infantil. Temas de salud.

http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html [Consultada: 26/03/2013].

(180) Ki-moon B. Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños. Secretario General de las Naciones Unidas 2010.

(181) Simón P, Esteban MSyo. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011 - 2014. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de salud; 2011.

(182) Aguayo J, Escalera C, García MM, García R, Guerrero C, Maroto G, et al. Buenas prácticas en atención perinatal : proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. Consejería de Salud- Junta de Andalucía 2008:80-p.13-14.

(183) Organización Mundial de la salud- OMS. 66º Asamblea Mundial de la Salud- Orden del día. 2013 07/03/2013(A 66/1):1-7.

(184) Naciones Unidas - Asamblea General, editor. 55/2. Declaración del Milenio. ; 13/09/2000; Nueva York; 2000.

(185) Organización de las Naciones Unidas. Cumbre del Milenio 2010. 2010; Available at:
<http://www.un.org/es/mdg/summit2010/>. Accessed 03/13, 2014.

(186) Organización de las Naciones Unidas-ONU. Objetivos de desarrollo del milenio. 2013; Available at:
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/poverty.shtml>. Accessed

03/10, 2014.

(187) Organización de las Naciones Unidas- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Objetivos de desarrollo del Milenio. 2014; Available at:

<http://www.un.org/es/development/desa/millennium-development-goals.html>. Accessed 03/13, 2014.

(188) Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de resultados. Nueva York: Naciones Unidas; 2015.

(189) Organización de las Naciones Unidas. Hoja de datos 2013-Objetivo de desarrollo del Milenio 5. 2013; Available at: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/Goal_5_fs_sp.pdf. Accessed 03/13, 2014.

(190) Organización Mundial de la Salud-OMS editor. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. ed. Ginebra: OMS; 1996.

(191) World Association of Perinatal Medicine (WAPM). Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido. 5th World Congress Of Perinatal Medicine 27 sept 2001.

(192) Castro T, Rosero L. Maternidades y fronteras. La

fecundidad de las mujeres inmigrantes en España. Revista Internacional de Sociología 2011;69(M1):p.105-137.

(193) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de Consenso SEGO. Asistencia al parto. 2003:29.

(194) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. 2008:11.

(195) European Network of Childbirth Associations (ENCA).

Definición del parto Normal. 2014; Available at:

[http://enca.info/index.php/using-](http://enca.info/index.php/using-joomla/extensions/components/search-component/search?searchword=parto%20normal&searchphrase=all)

[joomla/extensions/components/search-](http://enca.info/index.php/using-joomla/extensions/components/search-component/search?searchword=parto%20normal&searchphrase=all)

[component/search?searchword=parto%20normal&searchphrase=](http://enca.info/index.php/using-joomla/extensions/components/search-component/search?searchword=parto%20normal&searchphrase=all)
all. Accessed 03/16, 2014.

(196) Federación de Asociaciones de Matronas de España,

FAME. Iniciativa al parto normal. Documento de consenso.

Vélez-Málaga: Observatorio de Salud de la Mujer y Ministerio de Salud y Consumo; 2006.

(197) Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE-A-2010-3514 2010 4 de marzo;55:I. Disposiciones generales.

(198) Boletín Oficial del estado .BOE. Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del

mercado laboral. 2012 Sábado 11 de febrero de 2012;36:I.

(199) Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Junta de Andalucía. Resolución de 18 de mayo de 2015, de la Dirección General de Relaciones Laborales, por la que se ordena la inscripción, depósito y publicación del Convenio Colectivo de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras de Andalucía. BOJA nº 98 de 25/05/2015 .

(200) Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. 2009.

(201) Boletín Oficial del Estado. Real decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. RD 16/2012 2012;BOE nº98.

(202) Pérez JA, Pulido F, Amador C, Domingo P, Iribarren JA, Locutura J, et al. Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España:el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 2012;30(8):p.472-478.

(203) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Gobierno de España. El Gobierno quiere armonizar la asistencia

sanitaria que ofrecen las comunidades autónomas y establecer un control. 2015 25/08.

(204) Navarro R. La confusión por el Real Decreto aún dificulta la asistencia sanitaria a personas inmigrantes. El diario es Andalucía 2013 20/05/2013:10/02/2015.

(205) EFE/El País. Alonso anuncia que devolverá la Atención Primaria a los sin papeles. 2015

31/03:http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427788718_943883.html.

(206) Europa press. Cifuentes ordena por carta atender a todos los inmigrantes, tengan o no documentación. 2015

25/08:<http://www.europapress.es/madrid/noticia-cifuentes>.

(207) Ministerio de la Presidencia- Gobierno de España. Ley de prevención de riesgos laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre de 1995 :32590-32611.

(208) Ministerio de la Presidencia-Gobierno de España. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE nº 75, de 29/03/1995 modificado 29/07/2015.

(209) Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Derechos, ayudas, beneficios y prestaciones de apoyo a la maternidad. 16/01/2012; Available at:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/salud_sexual_reproductiva/derechos_maternidad. Accessed 04/06, 2013.

(210) Moreno N. Embarazo y lactancia natural: el papel de la empresa en la prestación por riesgo laboral. Notas técnicas de Prevención Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo 2013(993):p.1-4.

(211) Junta de Andalucía. Ley 12/2007 para la promoción de la igualdad de género en Andalucía. BOJA nº 247 de 18/12/2007 .

(212) Consejería de Salud- Junta de Andalucía. Tarjeta sanitaria. 2015; Available at:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_derechos_tSanitaria&url=general/dertSanitaria.htm. Accessed 08/27, 2015.

(213) Instituto Andaluz de la Mujer- Junta de Andalucía. Programas de atención Social y Salud. 2015; Available at: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/index.php/areas-tematicas/atencion-social>. Accessed 08/26, 2015.

(214) Dueñas JL, Bailón E, Dotor MI, Granados C, Rodríguez MR, Rufo A, et al. Embarazo, Parto y Puerperio: Proceso Asistencial Integrado. 2º Edic. ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005.

(215) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.SEGO. Control prenatal del embarazo normal. Protocolo actualizado Julio 2010. Julio de 2010;p.330-349.

(216) López X.L, Martínez A, Álvarez X.L, Pousa P, Doval X.L. Guías Clínicas- Embarazo. Fistera 2005;5(16).

(217) Sampedro A, Mazuelas P, Rodríguez Granger J, Torres E, Puertas A, Navarro JM. Marcadores serológicos en gestantes inmigrantes y autóctonas en Granada. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2010;28(10):p.694-697.

(218) Consejería de Salud editor. *Guías de Lectura Rápida de Procesos Asistenciales Integrados:embarazo,parto y puerperio*. Sevilla : Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud Junta de Andalucía; 2003.

(219) Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE nº274 15/11/2002:40126-40132.

(220) Dirección general de asistencia sanitaria y resultados en salud.Servicio Andaluz de Salud editor. Guía de reproducción humana asistida. Sistema Sanitario Público Andaluz. Julio de 2015 ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

(221) Gil G, y otros. Plan de genética de Andalucía. Sistema

Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud- Junta de Andalucía; 2006.

(222) Miedes B, Redondo D. Trabajadoras extranjeras en los campos freseros: de la necesidad a la invisibilidad. Trabajo Revista de la Asociación Estatal de Centros Universitarios de Relaciones Laborales y Ciencias del Trabajo 2007(20):p.183-205.

(223) Ayuso M, Holzmann R. Natalidad, pirámide poblacional y movimientos migratorios en España: su efecto en el sistema de pensiones. Documentos de trabajo del Instituto BBVA de pensiones 2014;8:p.1-18.

(224) Organización Mundial de la salud- OMS. Resumen analítico. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. 2009:10.

(225) Domingo M, Figaró C, Loverdos I, Costa J, Badia J. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. Anales de Pediatría 2008;68(6):p.596-601.

(226) Morgan F, Calderón SA, Martínez JJ, González A, Quevedo E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):p.153-159.

(227) Salamanca AB. La investigación cualitativa en las Ciencias de la salud. Nure Investigación 2006;nº24(Septiembre- Octubre):p.2-5.

- (228) Zoucha R. La utilización de métodos cualitativos en enfermería. Cultura de los cuidados 1999;6(2º semestre):p.81-90.
- (229) Cuesta de la C. Investigación cualitativa en el campo de la salud. Revista ROL de Enfermería 1997(232):p.13-16.
- (230) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. 3ª Edición ed. Barcelona: Paidós Básica; 2000.
- (231) Amezcua M, Gálvez Toro A. Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud. Revista Especialista en Salud Pública 2002;76(5):p.423-436.
- (232) Valles M. Entrevistas cualitativas. 2º edición ed. Madrid: CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas; 2014.
- (233) Campos P, Aparecida M, Fernández G. Estudo da fenomenologia como alternativa de melhoria aos cuidados de enfermagem. Cultura de los cuidados 1º Cuatrimestre 2011 2011;Año XV(29):p.9-15.
- (234) Palacios D, Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enfermería intensiva 2010;21(2):p.68-73.
- (235) Terra M, Silva L, Camponogara S, Santos E, Souza A, Erdmann A. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm

2006;15(4):p.672-678.

(236) Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine publishing; 1967.

(237) Blumer H. El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1981.

(238) Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo Luis C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index de Enfermería 2010;19(4):p.283-288.

(239) Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. : SAGE Publications, Incorporated; 2012.

(240) Morse JM, Stern PN, Corbin JM. Developing grounded theory: The second generation. Walnut Creek, California: Left Coast Press; 2009.

(241) Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 1997.

(242) Salamanca AB, Martín -Crespo C. El diseño en la investigación cualitativa. Nure Investigación, nº 26, Enero-Febrero 07 2007;nº 26(Enero-Febrero):p.2-7.

(243) Patton MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods.

London: Sage; 1990.

(244) Blasco T, Otero L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I) . Nure Investigación: Revista Científica de Enfermería 2008 25/02/2008;Marzo-Abril(33):5/07/2013-p.1-3.

(245) Vargas I. La entrevista en la investigación cualitativa. Nuevas tendencias y retos. Revista CAES 2012 Marzo 2012;3(1):p.119-139.

(246) Munarriz B. Técnicas y métodos en investigación cualitativa. 1992.

(247) Sánchez E. La investigación cualitativa en la investigación en salud. Fundamentos y rigor científico. Semergen 2008;34(2):p.75-79.

(248) Cano A. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión I . Nure Investigación 2008 Julio-Agosto(35):p.1-4.

(249) Enrique L. La mirada cualitativa en Sociología. Madrid: Fundamentos; 2003.

(250) Aliaga FA, Basulto O, Cabrera J. El grupo de discusión: elementos para la investigación en torno a los imaginarios sociales. Prisma Social: revista de ciencias sociales 2012(9):p.136-175.

- (251) Ibáñez J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación* Madrid: Alianza Universidad; 1990. p. 489-501.
- (252) Trinidad A, Carrero V, Soriano RM. Teoría Fundamentada," Grounded Theory": La Construcción de la Teoría a Través Del Análisis Interpretacional. Primera edición. ed. Madrid: Cis; 2006.
- (253) San Martín D. Teoría fundamentada y Atlas. ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa* 2014;16(1):p.104-122.
- (254) Morse J, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* Universidad de Alberta 2007;1(12):p.1-17.
- (255) Denzin NK. *Sociological methods: A sourcebook*. 5º ed.: Aldine transaction; 2006.
- (256) Noreña AL, Alcaraz N, Rojas JG, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichán* 2012;12(3):p.263-274.
- (257) Santos MA. La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. . Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y

Comunitaria 1999;24(7):p.425-430.

(258) Emanuel E, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? . JAMA 2000 May 24-31;283(20):p.2701-2711.

(259) Barrio IM, Simón P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. Med Clin 2006;126:p.418-423.

(260) González NP, Ballardo MG, Domínguez IF, Magaña S, Molina OA, Uriarte S. Conocimiento de la enfermera en la atención al usuario con pre-eclampsia y eclampsia. Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería 2008(14):p.1-10.

(261) Rubio AM, González AB, González E, González G. Morbimortalidad materna y fetal en pacientes con preeclampsia grave. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad española de ginecología y obstetricia 2011;54(1):p.4-8.

(262) Cueto de M. Estreptococo grupo B y embarazo. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2005;29(5):p.133-137.

(263) Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores Para El Control prenatal en Adolescentes: Resultados de la ONU Estudio cualitativo en Chile. Salud Pública de México 2013;55(6):p. 572-579.

(264) Álvarez C, Pastor G, Linares M, Serrano J, Rodríguez L. Motivaciones para el embarazo adolescente. Gac Sanit 2012;26

2012;26(6):p.497-503.

(265) Gómez S, Moreno M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades 2012(33):p. 67-74.

(266) Gándara Jdl, Muñoz I. Anticoncepción en psiquiatría. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace 2005(76-77):p.29-37.

(267) García J. Exclusión social y contracultura de la solidaridad. Prácticas, discursos y narraciones. 1º ed. Madrid: Ed. HOAC; 1998.

(268) Castel R. Los Riesgos de exclusión social En un contexto de Incertidumbre. Revista Internacional de Sociología 2014;72(Extra_1).

(269) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- Gobierno de España. Plan de Nacional de Acción para La inclusión social, del Reino de España 2013-2016. 2014:p.138-149.

(270) Macías F, Redondo G. Pueblo gitano, género y educación: Investigar para excluir o investigar para transformar. RISE 2012;1(1):p.71-92.

(271) Jefatura del estado. Ley de 15 de Julio de 1954 por la que se reforma el Título I del Libro I del Código Civil denominado "de los españoles y extranjeros". BOE 1954 16/07;197:4831-4834.

(272) Médicos del Mundo. Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor.

[http://enfermeriacomunitaria](http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/553/Mapa-semáforo%20exclusión%20reforma%20sanitaria%20MdM28nov12sinem)

[org/web/attachments/article/553/Mapa-semáforo exclusión reforma sanitaria MdM28nov12sinem](http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/553/Mapa-semáforo%20exclusión%20reforma%20sanitaria%20MdM28nov12sinem) 28/11/2012:25.

(273) Rincón R. Andalucía blindará por Ley el acceso de los inmigrantes a la sanidad pública. El País - sociedad 2013 26 jun 2013:10 feb 2015.

(274) yo Sí Sanidad Universal. Grupos de acompañamiento.

2015; Available at: <http://yosisanidaduniversal.net/grupos.php>.

Accessed 02/10, 2015.

(275) Jano.es- Medicina y Humanidades. La Sociedad Española de Calidad Asistencial pide reorientar el sistema sanitario "más allá de los recortes". 2013 25/10/2013.

(276) Legido-Quigley H, Urdaneta E, González A, La Parra D, Muntaner C, Alvarez-Dardet C, et al. Erosion of universal health coverage in Spain. Lancet 2013 Dec 14;382(9909):1977.

(277) Jano.es- Medicina y Humanidades. SEMERGEN advierte que los recortes pueden tener efectos en la esperanza de vida.

2015; Available at: <http://www.jano.es/noticia-semergen-advierte-que-los-recortes-20767>. Accessed 10/23, 2013.

(278) Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S.

Percepción de las Dificultades en La atención sanitaria al inmigrante Económico en medicina de familia. Atención Primaria 2006 2;37(3):p.154-159.

(279) Maya I. Estrategias de entrenamiento de las habilidades de comunicación intercultural. Portularia Revista de Trabajo Social 2002;2:p.91-108.

(280) Martin-Moreno JM, Alonso P, Claveria A, Gorgojo L, Peiro S. Spain: a decentralised health system in constant flux. British Medical Journal 2009 Mar 30;338:p.1170.

(281) S. Juárez. Qué es lo que importa del peso al nacer: la paradoja epidemiológica en la población inmigrada de la Comunidad de Madrid. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones; 2011.

(282) Sánchez M, Cano C, García MC, Yep G, Pérez E. Inmigración, lactancia materna y hábito tabáquico. Anales de Pediatría 2008;68(5):p.462-465.

(283) Bender DE, Harbour C, Thorp J, Morris P. Tell Me What you Mean by "Si": Perceptions of Quality of Prenatal Care among Immigrant Latina Women. Qual Health Res 2001;11(6):p.780-794.

(284) Yago T, Tomás C. Variables sociodemográficas Relacionadas con embarazos no planificados en Jóvenes de 13 a

24 años. Revista Española de Salud Pública 2014;88(3):p.395-406.

(285) Belda C. El Trabajo Social ante Situaciones de exclusión social: el Embarazo en Adolescentes de etnia gitana. Repositorio Institucional Universitario de la Universidad de Alicante- RUA 2014 29-jul-2014.

(286) Valero MA, Bertolín JM, Ferrer E. Cuestiones Bioéticas actuales en las drogodependencias. Revista Española de Drogodependencias 2011;36(1):p.11-25.

(287) Palacios MS, Luque V, Morale E. Las mujeres migrantes, la trata de seres humanos con fines de explotación y los campos de fresas de Huelva. Agencia Andaluza de cooperación Internacional; Asociación M ujer en zona de conflicto y la Universidad de Huelva 2012 Dic 2012:112.

(288) Plewa P. Administration of Seasonal Foreign Worker Admissions to Huelva's Strawberry Agriculture. Preliminary draft of the presentation for the "Immigration reform: Implications for farmers, farm workers and communities", Washington 2009:4.

(289) Gámez E, Galindo J. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. semFYC 2002(17).

(290) Solé C. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud en Barcelona. 1997:p.139-150.

(291) Rodriguez J, Breva JM. Asentamientos e inmigración. El

caso de Huelva. 2012; Available at: www.caritashuelva.org. Accessed 05/28, 2014.

(292) Kuznetsov G. Integración de inmigrantes. Revista de derecho migratorio y extranjería 2012(31):p.73-91.

(293) Rodríguez E, Lorca TM, López MA, Gómez A. Mujer inmigrante: motivo de consulta e historia gineco-obstétrica en una zona de salud. Semergen 2008;34(2):p.59-65.

(294) Martín I, López M, Lozano J, Sierra AM. Resultados perinatales de las gestantes inmigrantes. Anales de Pediatría 2006;64(6):p.550.

(295) López MF, Gómez T, Manzanares S, Martínez N, Puertas A, Montoya F. Parto prematuro e inmigración. Ciencia Ginecologica 2005;9(4):p.203-208.

(296) Pennafort VPdS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. Rev esc enferm USP [online] 2012;46(5):p.1057-1065.

(297) Reyes OA. Riesgos de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional. Clin Invest Gin Obst ; Elsevier-Doyma 2011 20/04/2010;38(5):p.169-172.

(298) Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista

Peruana de Epidemiología 2013;17(2):p.1-8.

(299) Colombo G, Pombo MG, Luxardo N. Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes

 . Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales 2012;8(2):p.161-182.

(300) Ferreira T, Mello de S, Cardoso C, Bohrer C, Santos dos F. Rede de apoio das gestantes e puérperas na profilaxia transmissão vertical do HIV: Revisão integrativa. Evidentia: Revista de enfermagem baseada en la evidencia 2013;10(43).

(301) López LF, Banco Mundial. ALC: Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes 2014/253/LAC. Dic. 2013; Available at:
<http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/12/12/lac-poverty-education-teenage-pregnancy>. Accessed 03/09, 2015.

(302) López LA, Restrepo SL. La gestación en medio de la Inseguridad Alimentaria: Percepciones de las Naciones Unidas Grupo de Adolescentes Embarazadas. Rev.salud pública 2014;16(1):p.76-87.

(303) España penaliza la maternidad con un 5% del salario laboral. elEconomista es 2015 7/03/2015.

(304) Hipólito S, Murillo IP. ¿Sufren las mujeres inmigrantes una doble penalización salarial? Evidencia para España. Cuadernos Económicos de ICE 2014(87):p.85-126.

(305) Gómez ME, Aldana E. Alteraciones Psicológicas en la mujer con Embarazo de Alto Riesgo. Psicología y Salud 2013;17(1):p.53-61.

(306) Aparicio R, Tornos A. El estado de Bienestar y la inmigración en España. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.

(307) Faro C, Samsó M, Cortes P, Dolores Joya M, López S, Fernández I. Prevalencia y perfil clínico asociado al maltrato psíquico en mujeres que consultan a un servicio pú. Psiquiatría Biológica 2007;14(5):p.194-198.

(308) Consejería de Justicia e Interior. Decreto 124/2014, de 2 de septiembre, por el que se aprueba el III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016. BOJA nº 172 04/09/2014 2014 04/09;172.

(309) Sahuquillo M. La "Marea blanca" contra la privatización y los recortes se extiende. 17/Feb/2013; Available at: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/17/actualidad/1361100253_706389.html. Accessed 10/03/2015.

(310) Chauvin P, Simonnot N, Douay C, Vanbiervliet F. El acceso

a la sanidad de las personas en situación de mayor precariedad en una Europa en crisis social- El caso de las mujeres embarazadas y los menores. Informe de Médicos del Mundo 2014 Mayo 2014:p.3-39.

(311) Médicos del Mundo denuncia en el Congreso "la asimetría y desigualdad" de la reforma sanitaria. Público- Política 2013 19/06/2013:<http://www.publico.es/politica/medicos-del-mundo-denuncia-congreso.html>.

(312) Río del V, López M, Leyva JM. El Síndrome de Burnout y los recortes sanitarios en los profesionales enfermeros del Hospital del Mar de Barcelona. Escola superior d'infermeria del Mar 2013:p.1-33.

(313) Cáceres FM. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2009;60(2):p.165-170.

(314) Galiano JM, García L, Díez G. Calidad del control del embarazo en Atención Primaria. Metas de Enfermería 2012;15(2):p.59-65.

(315) Cano G, Rodríguez M, Borrell C, Pérez MM, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gaceta Sanitaria 2006;20(1):p.25-30.

(316) Ministerio del Interior-Gobierno de España. Balance de la

lucha contra la inmigración irregular-2013. 2014; Available at: http://www.interior.gob.es/documents/10180/1207668/balance_2013_inmigracion_irregular.pdf/132387b3-d93b-4485-8a5b-1a734359764c. Accessed 03/23, 2015.

(317) Ministerio de la presidencia. Memoria de análisis de impacto normativo del RD 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. 2012 24/04/2012;12995(http://www.actasanitaria.com/fileset/file_Sanitario_1_101642.pdf):61.

(318) Olías L. El Gobierno no prueba el ahorro de excluir a miles de personas de la sanidad pública. El diario es- Desalambre 2014 31/08:http://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-personas-probar-Gobierno_0_297470798.html.

(319) Hierro L. Recordemos a Alpha Pam. El País 2014 03/09:<http://blogs.elpais.com/migrados/2014/09/la-muerte-de-alpha-pam-en-un-documental.html>.

(320) Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. J Transcult Nurs 2002 Jul;13(3):181-4; discussion 200-1.

(321) Spector R. Cultural Concepts of Women's Health and Health-Promoting Behaviors. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1995;24(3):p.241-248.

(322) Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. J Transcult Nurs 2002 Jul;13(3):193-6; discussion 200-1.

(323) Organización Mundial de la salud- OMS. El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. 2012; Available at:

http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/es/index.html. Accessed 03/23, 2015.

(324) Peris J. Acercamiento a la Realidad migratoria de Huelva desde El Trabajo de campo del Programa de exclusión de Cáritas Diocesana-Huelva. Alternativas: cuadernos de trabajo social 2006(14):p.171-184.

ANEXOS

Anexo1- Actuaciones en el control prenatal según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetras (SEGO)

Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583.

Tabla 1 **Acciones a realizar durante la asistencia prenatal a un embarazo normal**

<i>Acción</i>	<i>Primera consulta/trimestre</i>	<i>Segundo trimestre</i>	<i>Tercer trimestre</i>
Historia clínica	Si	Actualizar en cada consulta	
Identificación riesgo	Si	Actualizar en cada consulta	
Acciones informativas	Si	Actualizar en cada consulta	
Exploración general y mamas	Si		
Exploración mamaria	Si		
Exploración genital	Si		
Talla	Si		Si, al término
Peso y presión arterial	En cada consulta		
Edema	En cada consulta		
Alfura fondo uterino	En cada consulta		
Auscultación fetal	En cada consulta, a partir de las semanas 16-20 de gestación		
Movimientos fetales	En cada consulta, a partir de las semanas 16-20 de gestación		
Maniobras de Leopold	En cada consulta, a partir de la semana 28 de gestación		
Grupo ABO y Rh	Si		
Coombs indirecto	Si, en la primera consulta, con independencia del grupo sanguíneo y factor Rh. Si la mujer es Rh negativa y la prueba es negativa repetir cada 4 semanas a partir de la semana 24 de gestación.		
Hemograma	Si	Si	Si
Glucemia	Si	Si	Si
Cribado de diabetes	Si, según los criterios descritos en el texto		
Proteinuria	Si	Si	Si
Cultivo de orina	Si		
Citología (triple toma)	Si, anual, y cada dos años si son "negativas" tres años consecutivos.		
Rubéola	Si		
Sífilis (VDRL-RPR)	Si		
Hepatitis B (HbsAg)	Si		
Toxoplasmosis	Si		
VIIH	Si		
Cultivo S. Agalactiae	Si		
Ecografía	Si, semanas 11-12	Si, semanas 18-20	Si, semanas 35-37 Si, semanas 32-36

*Repetir en el tercer trimestre si el cribado inicial fue negativo y pertenece a un grupo de riesgo.

Anexo 2- Cronograma seguimiento del embarazo. SAS

Proceso asistencial Integrado embarazo, parto y puerperio (2º edic). Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2005. 11-146: 111

Cronograma de seguimiento del embarazo											
Anexo 1 (Notas)	Semanas de Gestación		<12 8-12	16 16-18	20 18-22	24 24-28	28 28-32	32 32-34	36 35-37	38 37-39	>38
	NIVEL ASISTENCIAL	I	II	I	II	I	I	II	I	I	II
	Contenidos/ Visitas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
	Historia Clínica Informatizada	Actualizar		Registro de datos en todas las visitas							
	Documento de Salud de la Embarazada (DSE)	Sí	Registro de datos en todas las visitas								
	Exploración general	Sí									
	Exploración constantes	Talla en 1ª consulta, peso y tensión arterial en todas las visitas									
7	Exploración genital y mamaria	Sí	Sí								
	Exploración obstétrica			Sí		Sí	Sí		Sí	Sí	
3	Análítica	Sí				Sí			Sí		
5	Cribado de incompatibilidad D	Sí				Sí					
2	Cribado infecciones de transmisión perinatal (serología)	Sí		Sí			Sí				
13	Identificación factores de riesgo de ETS	Sí	Sí				Sí				
9	Diagnóstico prenatal	Sí									
8	Urocultivo	Sí (12-16)				Sí					
4	Cribado diabetes gestacional	Sí (factores de riesgo)				Sí					
16	Vacunación tétanos -difteria						Sí (1ª)				
18	Cribado del estreptococo del Grupo B								Sí		
14	Exploración ecográfica		Sí		Sí			Sí			
10	Recomendaciones	Recomendaciones comunes en todas las visitas									
	Educación Maternal	Sí					Sí				
12	Baremo de riesgo	En todas las visitas									

Anexo 3- Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio.

Proceso asistencial Integrado embarazo, parto y puerperio (2º edic). Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2005. 11-146: 99

Tabla 1.

Riesgo I o Riesgo Medio

1. Anemia leve o moderada.
2. Anomalia pélvica.
3. Cardiopatías I y II.*
4. Cirugía genital previa (incluida cesárea).
5. Condiciones socioeconómicas desfavorables.
6. Control gestacional insuficiente: Primera visita > 20 SG o < de 4 visitas o sin pruebas complementarias.
7. Diabetes gestacional con buen control metabólico.
8. Dispositivo intrauterino y gestación.
9. Edad Extrema: <16 o > de 35 años.
10. Edad gestacional incierta: FUR desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante.
11. Embarazo gemelar.
12. Embarazo no deseado: Situación clara de rechazo de la gestación.
13. Esterilidad previa: Pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos.
14. Fumadora habitual.
15. Hemorragia del primer trimestre (no activa).
16. Incompatibilidad D (Rh).*
17. Incremento de peso excesivo: IMC >20% o > de 15 K.
18. Incremento de peso insuficiente: < de 5 K.
19. Infecciones maternas: Infecciones sin repercusión fetal aparente.
20. Infección urinaria: BA y cistitis.
21. Intervalo reproductor anómalo: Periodo intergénico < de 12 meses.
22. Multiparidad: 4 o más partos con fetos > de 28 SG.
23. Obesidad: IMC > de 29.
24. Presentación fetal anormal: Presentación no cefálica > 32 SG.
25. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: Factores de riesgo asociados a CIR.
26. Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.*
27. Riesgo Laboral: Trabajo en contacto con sustancias tóxicas.
28. Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas.
29. Sospecha de macrosomía fetal: Peso fetal estimado a término > de 4 K.
30. Talla baja: Estatura < de 1'50 m.

Riesgo II o Alto Riesgo

1. Abuso de drogas*: Consumo habitual de drogas, fármacos,...
2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.
3. Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas).
4. Anemia grave*: Hb < de 7'5.
5. Cardiopatías grados III y IV.*
6. Diabetes pregestacional.*
7. Diabetes gestacional con mal control metabólico.
8. Embarazo múltiple: Gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina.
9. Endocrinopatías (otras)*: Alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipofisis, hipotálamo...
10. Hemorragias del segundo y tercer trimestres.
11. Trastorno hipertensivo del embarazo: Hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve.
12. Infección materna*: Cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN.
13. Isoinmunización.*
14. Malformación uterina.
15. Antecedentes obstétricos desfavorables: Dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR...
16. Pielonefritis.
17. Patología médica materna asociada*: Cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelelular, ...).
18. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: Biometría ecográfica fetal < que edad gestacional.
19. Tumoración genital: uterina, anexial...
20. Embarazo gemelar.

Riesgo III o Riesgo Muy Alto

1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado.
2. Malformación fetal confirmada.
3. Incompetencia cervical confirmada.
4. Placenta previa.
5. Desprendimiento prematuro de placenta.
6. Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia grave y preeclampsia sobreadrida a hipertensión crónica.
7. Amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas).
8. Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino.
9. Embarazo prolongado.
10. Patología materna asociada grave*.
11. Muerte fetal anteparto.
12. Otras.

* Conveniencia de que la gestante acuda al tocólogo con informe del especialista respectivo (Cardiólogo, Nefrólogo, Endocrino, Hematólogo...).

Anexo 4- Guión Orientativo para las entrevistas a Mujeres inmigrantes y autóctonas.

Datos sociodemográficos:

-Edad: (años).

-Lugar de procedencia:

-Residencia actual en Huelva:

-Tiempo de estancia en España: (meses).

-Dificultad idiomática: (Si/No)

-Requiere mediación (traducción): (Si/No)

Datos Obstétricos:

- Control del embarazo: (Si/ No / Deficiente)

-Nº de embarazos previos: (nº)

-Nº de hijos: (nº)

-Nº de abortos: (nº)

-Tiempo de gestación en el momento del parto: Prematuridad de muy alto riesgo (<32 semana de gestación (s/g)), Prematuridad alto riesgo (32-35 s/g)(15), Prematuridad (35-37 s/g), término (>= 38 s/g)

-Tiempo de puerperio:(meses).

CUESTIONES A EXPLORAR

- ¿ Cómo has llevado el embarazo? ¿ Has tenido alguna dificultad?: (Visión cultural y religiosa, Accesibilidad a los servicios sociosanitarios, Miedo a perder el trabajo, Idioma, Falta de documentación o regularidad, Otros...)

Anexo 5- Guión Orientativo para el Grupo de Discusión y Entrevistas a los/as profesionales sanitarios/as implicados/as en la atención Tocoginecológica.

DATOS SOCIO-LABORALES

-Disciplina profesional a la que pertenece.

- Labor específica en el puesto de trabajo.

-Tiempo de experiencia profesional relacionada con la atención a mujeres durante el embarazo, parto o puerperio.

CUESTIONES A EXPLORAR

-¿Según tu experiencia profesional cuáles son los factores presentados por las mujeres inmigrantes y autóctonas para el déficit de control del embarazo? (Percepción de los motivos presentados por las mujeres inmigrantes y autóctonas para el déficit de control del embarazo según experiencia profesional).

-¿ Qué consecuencias has podido observar al respecto en tu trabajo de atención a las mujeres en este proceso? (Experiencias de evidencia de riesgo obstétrico materno –infantil).

-Soluciones a aportar. - ¿ Como profesional sanitario qué posibles alternativas podrías aportar?.

Anexo 6- Guión Orientativo para las entrevistas a profesionales de las entidades sociales sin ánimo de lucro.

DATOS SOCIO-LABORALES

- *Labor específica en el puesto de trabajo.*
- *Tiempo de experiencia profesional relacionada con la atención a mujeres durante el embarazo, parto o puerperio.*

CUESTIONES A EXPLORAR

- ¿Creéis que las mujeres inmigrantes realizan un adecuado control de su embarazo?*
- ¿ Cuáles son las principales dificultades con las que se encuentran las mujeres inmigrantes para controlar adecuadamente su embarazo?*
- ¿ Qué propuestas de solución o alternativas consideráis al respecto?*

Anexo 7- CD con Entrevistas y Grupo de discusión.

