



**TecnoCampus**  
Escola Superior  
de Ciències de la Salut

Centre adscrit a:



Universitat  
Pompeu Fabra  
Barcelona

# La salut reproductiva de la dona immigrada extracomunitària: desigualtats en l'atenció a Catalunya

**Memòria Final**

Grau en Infermeria

Curs 2015-2016

Alumna	<b>Sara Coll Fonollosa</b>
Correu	<b>scoll@escs.tecnocampus.cat</b>
Tutor	<b>Pau Carratalà</b>
Assignatura	<b>TFG II</b>

# Índex

Resum / Abstract	.....	3
<b>1.</b> Introducció	.....	5
<b>2.</b> Objectius	.....	10
<b>3.</b> Metodologia	.....	11
<b>4.</b> Cronograma	.....	12
<b>5.</b> Resultats	.....	13
<b>6.</b> Discussió	.....	24
<b>7.</b> Conclusions	.....	30
<b>8.</b> Implicació a la pràctica professional	.....	31
<b>9.</b> Referències Bibliogràfiques	.....	32

## Resum

**Introducció:** La immigració és un fenomen que afecta a més de 214 milions de persones a nivell mundial i que produeix un important impacte en la Salut Pública dels països d'acollida. La feminització dels fluxes migratoris en el nostre territori, sobretot pel que fa a les dones en edat fèrtil, ha fet que els serveis d'atenció a la salut reproductiva es plantegin les necessitats d'aquest col·lectiu. S'han descrit desigualtats en salut reproductiva entre dones immigrades i dones autòctones i és necessari identificar els factors que dificulten l'assistència sanitària per a garantir una atenció en condicions d'igualtat.

**Objectiu:** El propòsit d'aquest estudi és identificar els factors que es relacionen amb les desigualtats en salut reproductiva de la dona immigrada extracomunitària de Catalunya, mitjançant una revisió de la literatura.

**Metodologia:** S'ha realitzat una revisió bibliogràfica dels articles publicats entre 2006 i 2016 que tracten sobre desigualtats en salut reproductiva en la dona immigrada. Els criteris d'inclusió han estat: publicacions nacionals i internacionals que identifiquin factors generadors de desigualtats. Els criteris d'exclusió han estat: articles que es centren en altres patologies, malalties de transmissió sexual, estils de vida, o articles que tracten sobre el fenomen en països no europeus.

**Resultats:** Els resultats mostren l'existència de diferents factors generadors de desigualtats com és el cas del desconeixement del sistema sanitari, el desconeixement de l'idioma, el bagatge cultural, el baix nivell d'instrucció i les condicions socioeconòmiques desfavorables. En relació als factors, s'identifiquen possibles àrees de millora per a contribuir a la disminució de les desigualtats existents.

**Conclusions:** Les dones immigrades es troben amb dificultats en l'accés als programes de salut sexual i reproductiva i amb barreres a l'hora d'interaccionar amb els professionals de la salut. La formació contínua als professionals sanitaris i l'elaboració de polítiques globals que donin resposta a la realitat actual són les dos principals àrees de millora detectades.

**Paraules Clau:** Emigrant, Immigrant, Emigració, Immigració, Salut reproductiva, Desigualtats.

## Abstract

**Introduction:** Immigration is a phenomena affecting more than 214 milions of people worldwide. Therefore, it has a notorious impact on the public heath of the immigrant recieving countries. The feminization of the immigration flow in our territory, specially concerning women in fertile age, makes public health wonder the reproductive needs of this group. Differences between immigrant and native women regarding reproductive health has been encountered. Thus it is necessary to identify the factors that add difficulties to healthcare in immigrant women cases, so an equal healthcare is guaranted.

**Objective:** The aim of this study is to identify the factors that are related with the inequalities in the reproductive health's field of extracomunitary immigrant women in Catalonia. Hence a literature review is needed.

**Methodology:** A literature review of the articles concerning immigrant women reproductive health published between 2006 and 2016 has been carried out. The inclusion criteria has been: national and international publications that identify factors that generate inequalities. The exclusion criteria has been: articles about other diseases, sexually transmitted diseases, lifestyles or articles dealing with this phenomena in non-European countries.

**Results:** The results shows the existance of several factors generating such inequalities. For instance, the lower utilization of health system, communication difficulties, language limitations, cultural differences or lower socio-economic level. Concerning the mentioned factors, some improvement areas are identified to decrease the existing inequalities.

**Conclusion:** The immigrant woman have to face difficulties accesing to sexual and reproductive health programs as well as walls when interacting with the health personal. The continuous formation and the elaboration of global politics giving answer to the current reality are the main improvement detected areas.

**Keywords:** Emmigrant, Immigrant, Emmigration, Immigration, Reproductive health, Inequalities.

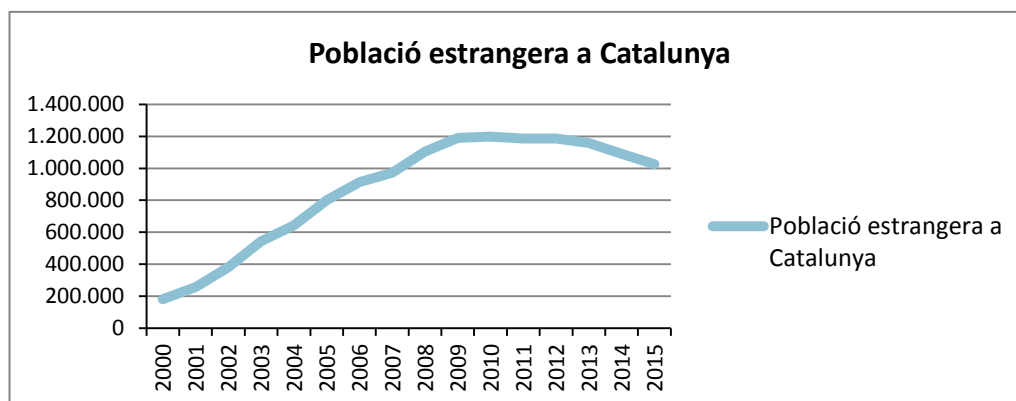
## 1. Introducció

La Organització Internacional de les Migracions (IOM) va publicar l'any 2013 un informe sobre Immigració Internacional, Salut i Drets Humans en el que s'exposa que la immigració és un fenomen que afecta a més de 214 milions de persones arreu del món. Així doncs, ens trobem en l'era amb més moviment humà que s'hagi registrat mai a la història. Són múltiples les raons per les quals una persona decideix abandonar el seu origen, entre elles s'inclouen conflictes polítics, desastres naturals, situacions de pobresa, falta d'accés a serveis bàsics, cerca de noves oportunitats laborals i/o de formació, etc. Aquestes dades posen de manifest la importància del tema a nivell mundial, doncs es tracta d'un fenomen molt freqüent i que a més a més suposa un repte per a les societats en múltiples àmbits<sup>1,2</sup>.

### La immigració a Catalunya

Pel que fa al nostre territori, en els darrers anys, s'ha produït un important augment en els fluxes migratoris. De fet, Espanya ha passat a ser un dels principals països receptors d'immigració de la Unió Europea<sup>3,4</sup>. Tot i que la tendència dels últims anys ha estat marcada per un creixement evident de la població estrangera, desde l'any 2012 s'han registrat descensos en aquest col·lectiu (Gràfica 1). Aquest fet s'explica a causa de l'emigració, la crisi econòmica i l'adquisició de la nacionalitat espanyola que van aconseguir més de 200.000 persones l'any 2014<sup>3</sup>.

Actualment, dins l'Estat espanyol, Catalunya conforma la primera comunitat autònoma en nombre d'immigrants, seguida per la Comunitat de Madrid, la Comunitat Valenciana i Andalusia<sup>3</sup>. Segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya, aquesta comunitat autònoma té 7.504.008 milions d'habitants, dels quals 1.025.812 correspon a població immigrada. És a dir que un 13,67% de la població catalana procedeix d'altres països<sup>5</sup>.



Gràfica 1. Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

Cal destacar també l'important augment d'immigració femenina, que en els últims anys ha anat augmentant fins a situar-se en un 47,96% del total d'immigrats<sup>5</sup>. La feminització dels fluxes migratoris a Catalunya és la conseqüència de dos principals motius, la reagrupació familiar i els projectes migratoris propis que algunes d'aquestes dones inicien de manera autònoma<sup>6,7</sup>. Pel que fa a la nacionalitat de les dones immigrades, la gran majoria provenen de països extracomunitaris (Taula 1). Un 21,58% prové d'Amèrica del Sud, principalment de països com Bolívia, Colòmbia, Ecuador, Perú, Brasil i Argentina. Un 19,66% prové del Marroc, un 9,6% de Romania, un 5,2% de la Xina i un 2,3% de Pakistan<sup>3</sup>.

Lloc de naixement	Dones immigrades a Catalunya
Europa	200.940
Àfrica	91.823
Amèrica del Nord	7.529
Amèrica Central	32.944
Amèrica del Sud	109.876
Àsia	48.471
Oceania	414
Total	491.997

Taula 1. Font: Institut Nacional d'Estadística

Així doncs, la societat catalana es troba en una situació de creixement en relació a la diversitat cultural i cal que faci front als reptes que això suposa. Àmbits com el de la salut es veuen especialment afectats per aquest fenomen, ja que les característiques de la població immigrada, la seva cultura, la seva religió i la seva manera d'interpretar la salut i la malaltia, requereixen d'una adaptació del sistema sanitari per a poder afrontar la nova realitat d'una manera adient<sup>2</sup>.

### La salut de la dona immigrada

Les dones immigrades conformen un grup de població heterogeni i amb diverses particularitats. No obstant, la majoria d'elles són dones joves i sanes, amb un nivell socioeconòmic baix, que provenen de països en vies de desenvolupament i que es troben amb múltiples dificultats a l'arribada al nostre país. En referència a l'àmbit laboral, acostumen a treballar en condicions de precarietat en l'agricultura, el servei domèstic o la venda ambulat. A nivell social, es troben amb dificultats de comunicació, de desconeixement de l'idioma, amb situacions d'amuntegament pel que fa a la vivenda, amb problemes relacionats amb la situació administrativa, etc. És habitual que visquin situacions de marginació, de soletat, de discriminació i de racisme. Les dones que formen part d'aquest col·lectiu també perden el suport social previ i pateixen processos d'adaptació i de dol migratori<sup>6,8,9</sup>. Alguns articles han

detectat una major incidència de violència de gènere en la dona immigrada, relacionada amb una major exposició a factors de risc<sup>10,11</sup>. La suma de totes aquestes condicions les converteix en un grup de població més vulnerable i susceptible a l'hora de patir problemes de salut<sup>6,8,9,10,11</sup>.

Els problemes de salut que pateixen les dones immigrades són similars als de les dones autòctones, ressaltant les infeccions respiratòries, els problemes osteomusculars i els dolors abdominals. Cal destacar com a singularitat, tots aquells problemes relacionats amb l'adaptació, com ho són els símptomes psicossomàtics, els trastorns d'ansietat o la depressió. Així com problemes en l'àmbit de la salut laboral, relacionats amb les condicions de precarietat de les seves ocupacions. També destaquen les patologies importades, de caràcter infeccios o parasitari, que existeixen en el país d'acollida però que la seva prevalença és més elevada en el país de procedència. És el cas de la tuberculosi i el VIH<sup>6,9</sup>.

Però sobretot, cal prestar especial atenció a la salut obstètrico-ginecològica, doncs diferents estudis coincideixen amb que és la principal àrea de demanda sanitària d'aquest col·lectiu. De fet, els estudis identifiquen el part com a primera causa d'hospitalització de la dona immigrada, degut principalment a l'augment d'immigració femenina en edat fèrtil<sup>6,10,11</sup>. A més a més, l'Institut Nacional d'Estadística (INE) informa que aquestes dones presenten una taxa de fecunditat més alta que la de les dones autòctones<sup>3,6,7</sup>. En relació a la salut reproductiva de la dona immigrada, és necessari esmentar que la maternitat i la reproducció són conceptes que es troben determinats culturalment i que són fets simbòlics carregats de significats socioculturals que cada societat entén de manera diferent<sup>6,14,15</sup>.

Per totes aquestes particularitats, és rellevant prestar una atenció especial a la salut obstetrico-ginecològica de la dona immigrada ja que a més a més, la legislació actual del nostre país exposa a la llei 16/2003, en el seu article número 3, que fins i tot les dones estrangeres no registrades ni autoritzades com a residents a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària en l'embaràs, el part i el postpart<sup>16</sup>.

### [La salut reproductiva de la dona immigrada: una revisió de la bibliografia](#)

Per entendre les necessitats reproductives de la dona immigrada, cal definir-ne el seu perfil. Diversos estudis han detectat importants variacions, entre dones autòctones i dones immigrades, pel que fa als indicadors de salut reproductiva. S'observen diferències considerables en les taxes d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), essent més freqüent entre la població immigrada en totes les franges d'edat<sup>17,18</sup>. La taxa de fecunditat que

presenten les dones immigrades, també és superior a la de les dones autòctones, sobretot pel que fa a les mares més joves<sup>17</sup>. De fet, un estudi realitzat a Catalunya i a la Comunitat Valenciana l'any 2010, indica que la mitjana d'edat de les mares immigrades és inferior a la de les mares autòctones (27,9 i 31,1 anys respectivament)<sup>12</sup>. Altres estudis realitzats a nivell de l'estat espanyol, també identifiquen una major prevalença de parts en mares adolescents entre el col·lectiu immigrant, condició considerada de risc obstètric<sup>8,12,13,18</sup>. Tanmateix, es resalta la gran prevalença de gestacions en dones majors de 35 anys en el col·lectiu autòcton, considerades també, un grup de risc obstètric<sup>8,13,18,19</sup>. En referència a les taxes de prematuritat, s'observa una incidència similar entre dones autòctones i dones immigrades, tot i ser lleugerament menor entre els parts de les dones autòctones. En concret, les dones procedents de l'Europa de l'Est són les que presenten una major taxa de parts preterme i de nadons amb baix pes. En canvi, cal destacar que les dones de procedència magrebí són les que presenten una major prevalença de parts de nadons macrosòmics<sup>12,19</sup>.

Aquestes dades estan relacionades amb una sèrie de factors que són importants tenir en compte. Els estudis assenyalen la falta d'informació per part del col·lectiu immigrant, la falta d'accés a mesures anticonceptives i la dificultat per a accedir als serveis de planificació familiar, com a factors relacionats amb la diferència entre els indicadors de salut reproductiva de la dona immigrada i la dona autòctona. També s'identifiquen com a factors, les creences i les conviccions sobre sexualitat i maternitat del país de procedència<sup>17</sup>. És important doncs, considerar les pautes reproductives del país d'origen i les seves concepcions socioculturals respecte aquests temes, per a entendre millor la situació en el nostre país. Altres estudis esmenten el baix nivell educatiu, el baix nivell socioeconòmic, els ambients laborals desfavorables i la incompatibilitat horària per a poder accedir als serveis de salut sexual i reproductiva com a factors relacionats. Tots coincideixen però, amb que les dificultats d'accés al sistema, el deficient control prenatal que tenen les dones immigrades i les dificultats idiomàtiques afecten negativament en els indicadors de salut reproductiva<sup>8,12,13,18</sup>. Són molts els articles que fan referència també a les dificultats en la comunicació entre pacients i professionals, el retràs en la primera visita per part del col·lectiu immigrant i el desconeixement del sistema sanitari, com a factors relacionats amb les desigualtats presents entre dones autòctones i immigrades<sup>7,14</sup>.

En última instància, una tesi doctoral realitzada a Cantàbria l'any 2012, va estudiar els factors associats al compliment del protocol d'embaràs en dones immigrades procedents de l'Àfrica i la seva repercussió en la morbiditat neonatal. Els resultats varen indicar un incompliment del control prenatal del 76-78% entre les dones immigrades, en comparació al 22-27% entre les



dones autòctones. Les conclusions varen identificar el desconeixment de l'idioma com a principal factor causal de l'incompliment. És important considerar aquest factor ja que la falta de control prenatal està relacionada amb un major risc de morbiditat fetal, suposant així, una font de desigualtats en salut entre ambdòs col·lectius<sup>20</sup>. Per tot això, alguns articles detecten la necessitat de replantejar-se una millor captació del col·lectiu immigrant en els programes d'atenció a la dona, així com la necessitat d'augmentar la formació dels professionals de la salut en l'àmbit de l'atenció a la multiculturalitat<sup>14</sup>.

### Justificació

La immigració és un fenomen reconegut a la Declaració Universal dels Drets Humans, en la que es manifesta que: *"Tota persona té dret a circular lliurement i a escollir la seva residència en el territori d'un Estat"*<sup>21</sup>. Així mateix, la Organització Mundial de la Salut (OMS) afirma que *"gaudir del grau màxim de salut que sigui possible aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà"*. Apunta també al dret a rebre una atenció de qualitat en condicions igualitàries i independentment de la procedència de la persona<sup>22</sup>. Tanmateix, la detecció de desigualtats en salut entre la població immigrada i la població autòctona ens confirma la necessitat de treballar de manera urgent pel compliment dels drets fonamentals de les persones.

A nivell del nostre país, l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) ha detectat problemes de salut i condicions de vida desfavorables entre el col·lectiu immigrant. És per això que contempla la immigració dins els seus projectes, amb l'objectiu de reduir desavantatges en l'accés als serveis de salut, millorar la comunicació amb els professionals sanitaris i garantir la igualtat i l'equitat en els serveis<sup>23</sup>. A més, els professionals sanitaris es troben amb dificultats constants a l'hora d'atendre la població immigrada, ja sigui per problemes de comunicació, per concepcions diferents de salut i malaltia o per problemes de salut concrets<sup>9,22</sup>. Per tots aquests motius, és important investigar en aquesta línia, millorar l'eficiència dels professionals de la salut i disminuir les barreres que es produeixen en l'assistència sanitària. Així doncs, tenint en compte la diversitat cultural i les xifres d'immigració del nostre país, és convenient conèixer els factors que influeixen en les desigualtats en salut reproductiva de la dona immigrada, per a garantir una atenció efectiva i de qualitat. Quins són doncs els principals factors que provoquen l'aparició de desigualtats en salut reproductiva en la dona immigrada? Quines són les barreres més importants a les que ha de fer front? Amb quines dificultats es troben els professionals alhora d'atendre les dones immigrades? Existeix la possibilitat de millorar l'atenció a aquest col·lectiu? De quina manera? Aquestes són algunes de les preguntes que es

plantejen en aquest estudi a fi de comprendre la situació davant la qual es troba l'atenció a la salut reproductiva de la dona immigrada extracomunitària de Catalunya.

## 2. Objectius

### Objectiu general

Conèixer els factors generadors de desigualtats en la salut reproductiva de la dona immigrada extracomunitària de Catalunya a partir de la revisió de la literatura.

### Objectius específics

- Definir els principals factors socioculturals que afavoreixen les desigualtats en salut reproductiva de la dona immigrada extracomunitària de Catalunya.
- Identificar els factors sociolaborals que faciliten l'aparició de desigualtats en salut reproductiva en la dona immigrada extracomunitària de Catalunya
- Enumerar els factors relacionats amb el sistema sanitari que provoquen desigualtats en la salut reproductiva de les dones immigrades extracomunitàries de Catalunya.
- Identificar possibles àrees de millora en l'atenció a la salut reproductiva de la dona immigrada extracomunitària de Catalunya.

### 3. Metodologia

**Disseny de l'estudi:** Es tracta d'un estudi observacional, descriptiu i transversal basat en una revisió bibliogràfica sobre la salut reproductiva de la dona immigrada. Realitzada entre els mesos de Gener i Maig del 2016 entre l'Escola Superior de Ciències de la Salut Tecnocampus Mataró-Mareseme i la Biblioteca de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

**Estratègia de cerca:** S'ha realitzat la cerca en les següents bases de dades: Medline, Cuiden, Cuidatge, Cochane, Scielo, IME i Tesis Doctorales en Red (TDR). Les paraules claus utilitzades han estat: "emmigrant", "immigrant", "emmigration", "immigration", "reproductive health" i "inequalities", definides a partir de Tesauro MeSH i combinades entre sí mitjançant els operadors booleans AND i OR.

**Població i mostra:** La població fa referència a tots els articles que parlen sobre la salut reproductiva de la dona immigrada extracomunitària de Catalunya. La mostra es centra en els articles seleccionats que compleixen els criteris d'inclusió i d'exclusió.

**Variables d'estudi:** Any de publicació, País de publicació, Base de dades, Revista de publicació, idioma de publicació, tipus d'estudi, desconeixement de l'idioma, dificultats comunicatives, bagatge cultural, baix nivell educatiu, baix nivell socioeconòmic, precarietat laboral, incompatibilitat horària, desconeixement del sistema sanitari, falta d'informació, menor utilització del sistema i actitud etnocèntrica dels professionals de la salut.

#### Criteris d'inclusió i d'exclusió:

- **Criteris d'inclusió:** Articles científics i revisions nacionals i internacionals. Articles que identifiquin factors generadors de desigualtats.
- **Criteris d'exclusió:** Articles que es centrin en altres patologies, en malalties de transmissió sexual i/o en estils de vida. Articles que tractin sobre el fenomen en països no europeus.

**Anàlisi de dades:** L'anàlisi de les dades es realitzarà mitjançant una taula Excel per a l'exploració formal dels articles i en format text per a l'anàlisi categorial temàtic.

**Aspectes ètics:** Es garanteix l'ús correcte de les fonts bibliogràfiques i l'ús de la informació de manera fidedigne.

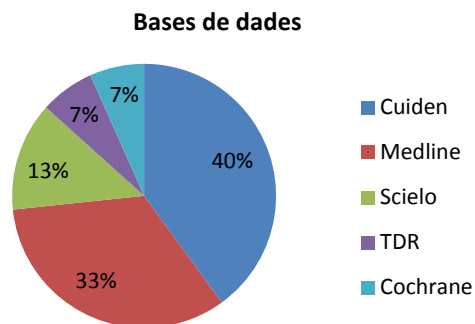
**Limitacions:** Articles publicats entre els anys 2006 i 2016 i escrits en Català, Castellà o Anglès.

4. Cronograma

ETAPES	TEMPORALITAT																							
	Gener				Febrer				Març				Abril				Maig				Juny			
<b>TFG I</b>																								
Cerca Bibliogràfica	■	■	■																					
Elaboració de la Introducció		■	■	■																				
Tutories		■			■		■																	
Determinació dels Objectius			■	■																				
Metodologia				■	■	■																		
Revisió Memòria de Seguiment							■																	
<b>Entrega Memòria de Seguiment</b>								26																
Preparació de la defensa								■	■															
<b>Defensa de la Memòria</b>										8														
<b>TFG II</b>																								
Anàlisi dels articles										■	■	■												
Tutories										■				■		■								
Resultats											■	■	■											
Discussió												■	■											
Conclusions													■	■										
Implicacions en la pràctica														■										
Revisió de la Memòria Final														■	■	■								
<b>Entrega de la Memòria Final</b>																					27			
Preparació de la defensa																				■	■			
<b>Defensa de la Memòria Final</b>																						7		

## 5. Resultats

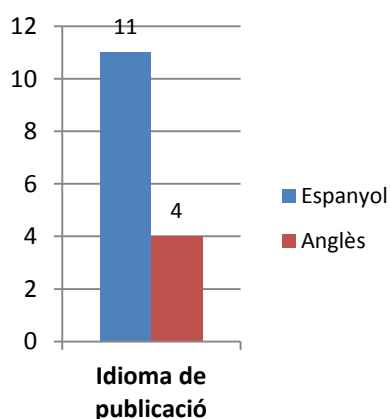
### Anàlisi formal



Gràfica 2: Percentatge d'articles per base de dades.



Gràfica 3: Número d'articles per any de publicació.



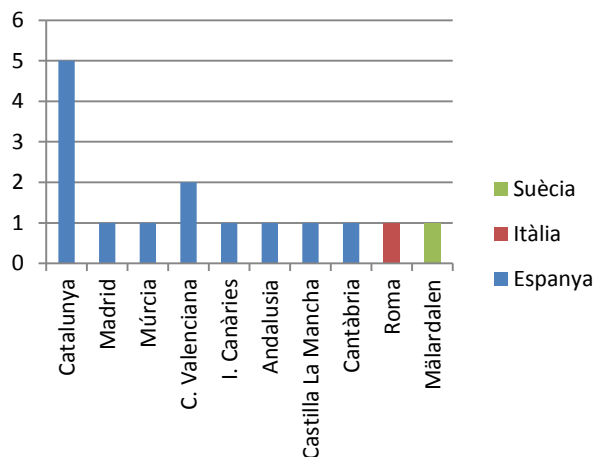
Gràfica 4: Número d'articles per idioma.

A partir de l'estratègia plantejada a la metodologia d'aquesta revisió, es varen obtenir més de 50 articles que analitzaven les desigualtats existents en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva de les dones immigrades. Del total d'articles obtinguts, 15 (n=15) complien els criteris d'inclusió i exclusió i varen passar a formar part de la mostra final de l'estudi.

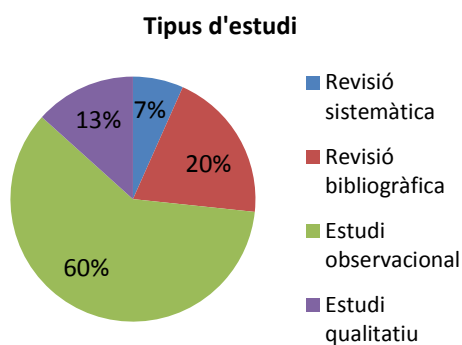
Les bases de dades consultades varen ser Medline, Cuiden, Cuidatge, Cochane, Scielo i TDR. Finalment, però, es varen utilitzar Medline, Cuiden, Cochane, Scielo i TDR, ja que no es varen trobar articles relacionats amb el tema a Cuidatge. Així doncs, la mostra final està conformada per 6 articles de Cuiden (40%), 5 articles de Medline (33%), 2 articles de Scielo (13%), 1 de TDR (7%) i 1 article de Cochane (7%) (Gràfica 2).

Pel que fa a l'any de publicació, podem observar que els articles que formen part de la mostra final han estat publicats entre els anys 2006 i 2014 (Gràfica 3), essent el 2012, l'any amb més articles seleccionats.

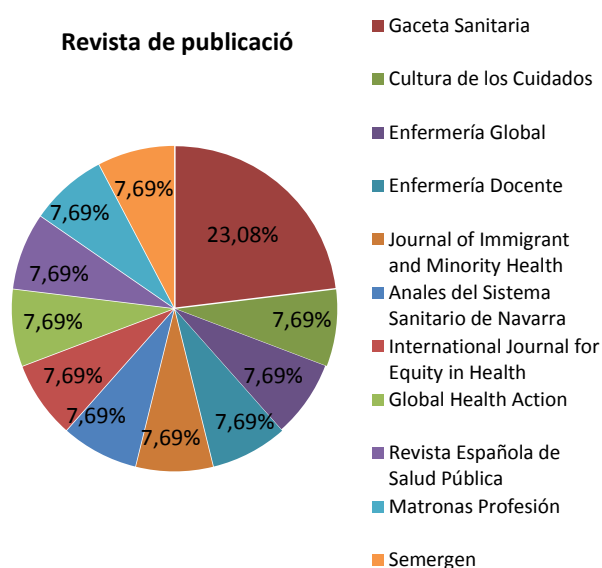
En relació a l'idioma de publicació, 11 dels articles de la mostra final han estat publicats en castellà i 4 en anglès (Gràfica 4).



Gràfica 5: Númer de d'articles segons procedència.



Gràfica 6: Percentatge d'articles segons tipus d'estudi.

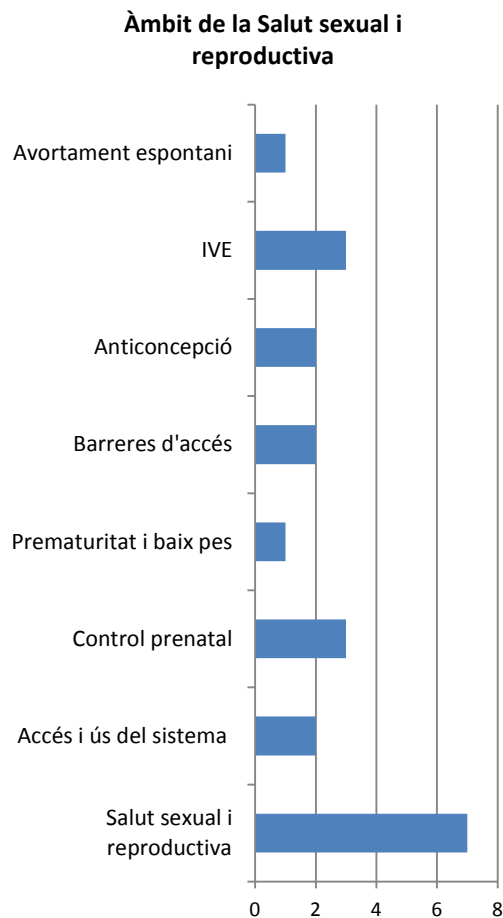


Gràfica 7: Percentatge d'articles segons revista de publicació.

Pel que fa a la procedència dels articles, 13 han estat publicats a Espanya, 1 a Itàlia i 1 a Suècia. Cal destacar però, que dins l'estat espanyol, la comunitat autònoma amb més articles publicats sobre el tema ha estat Catalunya, amb un total de 5 articles, seguida per la Comunitat Valenciana amb un total de 2 articles (Gràfica 5).

En quant a el tipus d'estudi, la mostra final està conformada per una revisió sistemàtica, 3 revisions bibliogràfiques, 9 estudis observacionals i 2 estudis qualitatius (Gràfica 6). Així doncs, la majoria d'articles consultats són estudis observacionals.

Entre els articles de la mostra, hi trobem una tesi doctoral realitzada l'any 2012 a nivell nacional, un informe de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya i 13 articles publicats en 11 revistes diferents (Gràfica 7), entre les quals destaquen: *Matronas Profesión*, *Enfermería Global*, *International Journal for Equity in Health* (amb un *impact factor* de 1,801), *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (amb un *impact factor* de 0,44), *Gaceta Sanitaria* (amb un *impact factor* de 1,186), *Global Health Action* (amb un *impact factor* de 1,93), *Cultura de los Cuidados* (amb un *impact factor* de 1,8643), *Journal of Immigrant and Minority Health* (amb un *impact factor* de 1,482), *Semergen-Medicina de Familia*, *Enfermería Docente* i la *Revista Española de Salud Pública* (amb un *impact factor* de 0,693).



**Gràfica 8:** Número d'articles segons l'àmbit de la Salut sexual i reproductiva.

En relació al tema d'estudi, alguns dels articles seleccionats estudien la salut sexual i reproductiva de la dona immigrada extracomunitària en la seva globalitat, d'altres es centren en l'estudi de diferents àrees dins d'aquest mateix àmbit. A la gràfica número 8, podem observar quins són els aspectes en concret que es tracten en els diferents estudis (Gràfica 8).

Tal i com pot observar-se a la gràfica, la majoria d'articles tracten l'àmbit de la salut sexual i reproductiva de manera global (46,6%). Els següents temes més estudiats són el control prenatal (20%) i la interrupció voluntària de l'embaràs (20%).

A continuació, per analitzar els resultats obtinguts amb més profunditat, els articles seleccionats han estat classificats en una taula en funció dels objectius plantejats en aquesta revisió (taula 2).

Títol	Autor	Revista de publicació	País i any de publicació	Procedència de la dona	Àmbit de la salut sexual y reproductiva	Factors generadors de desigualtats
<b>Control de gestación en inmigrantes.</b>	De la Torre et al. <sup>8</sup>	Anales del Sistema Sanitario de Navarra.	Espanya, 2006	Totes les nacionalitats.	Control prenatal.	Desconeixement del sistema sanitari, dels drets i de l'accés a les activitats preventives. Desconeixement de l'idioma. Condicions laborals precàries. Incompatibilitat horària. Baix nivell sociocultural. Dèficit de suport familiar i/o social. Diferències culturals.
<b>Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña.</b>	Gispert et al. <sup>17</sup>	Gaceta Sanitaria.	Espanya, 2008	Totes les nacionalitats. Dones autòctones.	Interrupció voluntària de l'embaràs. Fecunditat. Embaràs.	Falta d'informació. Falta d'accés a mesures anticonceptives. Creences i conviccions.
<b>La salud reproductiva en la mujer inmigrante: diferencias entre culturas.</b>	Marín et al. <sup>14</sup>	Enfermería Docente.	Espanya, 2008	Llatinoamèrica, Europa de l'Est, Àsia, Magreb i Àfrica Subsahariana.	Control i seguiment de l'embaràs. Característiques obstètriques.	Baix nivell educatiu. Dificultats en la comunicació. Desconeixement del sistema sanitari i dels drets. Barrera idiomàtica. Diferències culturals. Priorització de l'estabilitat laboral. Incompatibilitat horària. Por a perdre la feina. Rebuig a les exploracions ginecològiques.
<b>Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrantes y autóctona de España.</b>	Berra et al. <sup>25</sup>	Ministerio de Ciencia e Innovación	Espanya, 2009	Totes les nacionalitats.	Indicadors de salut. Ús dels serveis de salut sexual i reproductiva.	Menor utilització d'activitats preventives. Deficient control prenatal. Situació socioeconòmica i vivenda. Baix nivell educatiu. Precarietat laboral.
<b>Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations.</b>	Zurriaga et al. <sup>26</sup>	Gaceta Sanitaria	Espanya, 2009	Totes les nacionalitats.	Interrupció voluntària de l'embaràs.	Baix nivell educatiu. Baix nivell socioeconòmic. Desconeixement del sistema sanitari. Creences i conviccions.



<b>Indicadores de salud reproductiva y perinatal en mujeres inmigrantes y autóctonas residentes en Cataluña y en la Comunitat Valenciana (2005-2006).</b>	Río I et al. <sup>12</sup>	Gaceta Sanitaria.	Espanya, 2010	Llatinoamèrica, Europa de l'Est, Magreb i Àfrica Subsahariana. Dones autòctones.	Mares de menys de 20 anys. Nounats prematurs i molt prematurs. Nounats amb baix pes i amb molt baix pes al nèixer.	Pautes reproductives del país d'origen. Menor experiència en l'ús d'anticonceptius. Concepcions socioculturals respecte la maternitat. Dificultat d'accés al sistema sanitari. Deficient control prenatal.
<b>El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género.</b>	Grande et al. <sup>7</sup>	Cultura de los Cuidados.	Espanya, 2011	Totes les nacionalitats.	Barreres d'accés. Factors que incideixen en la Salut sexual i reproductiva.	Diferències culturals, dificultat d'interacció i comunicació. Condicions socioeconòmiques. Desconeixement de l'idioma. Menor accés a programes de salut de la dona. Desconeixement dels drets i funcionament del sistema. Actitud etnocèntrica dels professionals.
<b>Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas.</b>	Rodríguez et al. <sup>27</sup>	Enfermería Global	Espanya, 2011	Llatinoamèrica.	Salut sexual i reproductiva. Anticoncepció. Interrupció voluntària de l'embaràs.	Dificultat d'accés als programes de salut sexual i reproductiva. Falta d'informació. Baix nivell educatiu. Desconeixement del funcionament del sistema. Barrera idiomàtica. Bagatge cultural, model tradicional, religió. Incompatibilitat horària. Por a perdre la feina. Elevat cost econòmic d'alguns mètodes anticonceptius. Desconeixement respecte altres cultures per part dels professionals de la salut.
<b>Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva.</b>	Obregón et al. <sup>28</sup>	Matronas Profesión.	Espanya, 2012	Totes les nacionalitats. Dona autòctona.	Barreres d'accés als programes de Salut sexual i reproductiva. Vulnerabilitat respecte la prevenció.	Condicions socioeconòmiques desfavorables. Minories ètniques

<b>Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria.</b>	Zulueta MP. <sup>20</sup>	TDR	Espanya, 2012	Àfrica Susahariana. Dones autòctones.	Factors de risc per l'incompliment del control prenatal.	Desconeixement de l'idioma. Falta de control prenatal.
<b>Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study</b>	Akhavan S. <sup>29</sup>	International Journal For Equity in Health	Suècia, 2012	Totes les nacionalitats.	Factors generadors de desigualtats.	Desconeixement de l'idioma. Dificultats comunicatives. Diferències culturals. Temps insuficient en les consultes. Creences, conviccions, religió. Dificultats en la recerca d'atenció. Nivell educatiu. Nivell socioeconòmic.
<b>Acces to and us of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant woman in Spain: midwives' perspective.</b>	Otero et al. <sup>30</sup>	Global Health Action.	Espanya, 2013	Totes les nacionalitats.	Accés als serveis de salut sexual i reproductiva. Salut sexual i reproductiva.	Diferències culturals. Baix nivell socioeconòmic. Menor utilització del control prenatal i les activitats preventives. Desconeixement de l'idioma. Dificultats comunicatives.
<b>Anticoncepción en la mujer inmigrante: influencia de los aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo.</b>	Paraíso et al. <sup>31</sup>	Semergen.	Espanya, 2013	Totes les nacionalitats.	Anticoncepció.	Patrons socioculturals. Rebuig masculí a l'ús del preservatiu.
<b>Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud.</b>	Alcaraz et al. <sup>32</sup>	Revista Española de Salud Pública.	Espanya, 2014	Llatinoamèrica.	Principals motius de consulta. Mediació intercultural. Perfil i característiques de la dona.	Situació irregular. Precarietat laboral. Situacions d'amuntegament. Menor temps de residència al país. Desconeixement del sistema sanitari.
<b>The Influence of Socio-Demographic Factors on Miscarriage Incidence Among Italian and Immigrant Women: A Critical Analysis from Italy.</b>	Caserta et al. <sup>33</sup>	Journal of Immigrant and Minority Health	Itàlia, 2014	Totes les nacionalitats.	Avortament espontani.	Baix nivell educatiu. Deficient control prenatal.

Taula 2: Anàlisi formal dels articles.

## Anàlisi del contingut

Tots els articles seleccionats en la present revisió detecten la presència de diferents factors generadors de desigualtats en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva de la dona immigrada extracomunitària. A continuació, s'expliquen els resultats obtinguts de cada un dels articles seleccionats.

L'estudi de De la Torre et al<sup>8</sup>, detecta la barrera idiomàtica com una de les principals barreres a l'hora d'accedir al sistema sanitari i exposa que aquells immigrants hispanoparlants, tenen millors resultats en relació al control prenatal. Segons aquest estudi, el nivell sociocultural també influeix en les desigualtats en salut reproductiva, així com el dèficit de suport social, el dol migratori i el desconeixement pel que fa a l'accés als recursos preventius i al sistema sanitari. L'estudi exposa que el bagatge cultural també pot suposar un factor generador de desigualtats, doncs el model de relacions de gènere ve marcat per la cultura i en alguns casos, aquest fet pot plantejar obstacles durant les exploracions ginecològiques. Per altra banda, s'identifiquen altres factors generadors de desigualtats en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva de la dona immigrada, relacionats amb les condicions socioeconòmiques, la precarietat laboral i les situacions d'amuntegament en relació a la vivenda.

Gispert et al<sup>17</sup> estudia les diferències en el perfil reproductiu entre les dones immigrades i les dones autòctones i exposa que les difícils condicions socioeconòmiques són un factor important que explica algunes de les diferències entre ambdós col·lectius. En aquest estudi, es detecten la falta d'informació pel que fa a l'accés a mètodes anticonceptius i les creences i conviccions sobre sexualitat, com a factors determinants en la salut sexual i reproductiva de les dones immigrades.

L'any 2008, Marín et al<sup>14</sup> demostra de manera estadísticament significativa que les dones subsaharianes i magrebines són les que menys revisions obstètriques es realitzen durant l'embaràs, en canvi, no passa el mateix amb les dones llatinoamericanes. Així doncs, detecta la barrera idiomàtica com a un dels principals factors a tenir en compte en aquestes dues comunitats. L'estudi inclou el rebuig a les exploracions ginecològiques per part d'algunes dones com a factor generador de desigualtat. S'exposa que algunes dones immigrades no detecten la necessitat de realitzar-se aquests controls degut a la falta d'assistència i de mesures preventives en els seus països d'origen. Per altra banda, en aquest estudi es manifesta que les dones immigrades prioritzen l'estabilitat laboral a la pròpia salut, és per això que la incompatibilitat horària dels centres de salut amb l'horari laboral fa que les dones immigrades, per por a perdre la feina, no acudeixin als controls de salut pertinents. Es

detecten també la manca d'informació, la dificultat d'accés al sistema, les barreres culturals i el baix nivell socioeconòmic com a factors generadors de desigualtats en salut reproductiva.

L'informe de Berra et al<sup>25</sup> detecta com a factor generador de desigualtats, la menor utilització d'activitats preventives i el deficient control prenatal per part de la població immigrada. També exposa com a factors la diversitat cultural, el baix nivell d'instrucció, la precarietat laboral i les difícils condicions econòmiques i de vivenda.

Zurriaga et al<sup>26</sup>, en el seu estudi realitzat a partir de les dades d'IVE de les Illes Balears, Catalunya i la Comunitat Valenciana, conclou que el baix nivell d'instrucció i la precarietat laboral són els dos principals factors que es relacionen amb les desigualtats en aquest àmbit. Fa referència també a les diferències en quant als coneixements i a la utilització dels mètodes anticonceptius per part de les diferents comunitats immigrades, així com la consideració d'utilitzar l'IVE com a mètode anticonceptiu per part d'algunes cultures. Per altra banda, afageix el nivell socioeconòmic baix, el suport social deficient i el desconeixement del sistema sanitari com a factors generadors de desigualtat.

Río et al<sup>12</sup>, demostra una major prevalença de mares adolescents, grans prematurs i neixements de nadons amb molt baix pes entre les dones immigrades. En relació a aquestes dades, identifica factors com el menor ús o l'ús inadequat del sistema sanitari per part de la comunitat immigrada, el deficient control prenatal, la influència significativa de les pautes reproductives dels països de procedència, les concepcions socioculturals i la menor experiència en l'ús d'anticonceptius.

Grande et al<sup>7</sup> explica que existeixen una sèrie de factors que incideixen de manera negativa en la salut sexual i reproductiva de les dones immigrades, entre ells, fa referència al baix nivell socioeconòmic. Destaca les diferències culturals, la barrera idiomàtica, les dificultats a l'hora d'interaccionar i les dificultats comunicatives entre els professionals i les dones immigrades com a factors relacionats amb les desigualtats presents en aquest àmbit. Fa èmfasi en el desconeixement del sistema sanitari i en l'ús inadequat d'aquest, ja que una gran part d'aquest col·lectiu acostuma a accedir al sistema a través dels serveis d'urgències. En canvi, la població immigrada utilitza en menor mesura els recursos preventius, com és el cas dels programes de salut sexual i reproductiva. L'estudi de Grande et al<sup>7</sup>, detecta l'actitud etnocèntrica d'alguns professionals de la salut com a factor generador de desigualtats entre dones autòctones i dones immigrades. Apunta a que actituds racistes, prejudicis i estereotips poden tenir conseqüències greus en l'assistència, ja que impliquen una atenció discriminatòria i inadequada.

Segons l'estudi de Rodríguez et al<sup>27</sup>, en el qual s'estudia la població immigrada llatinoamericana mitjançant una revisió de la literatura, la dificultat d'accés a mesures anticonceptives i l'elevat nombre de IVE en aquesta població es relacionen de manera directa amb el fenomen de la immigració. La falta d'informació i el baix nivell d'instrucció també són factors que afecten aquest col·lectiu, així com el desconeixement del sistema sanitari i la barrera idiomàtica. Per altra banda, es destaca el bagatge cultural com a factor generador de desigualtats, ja que influeix de manera decisiva en el comportament respecte la sexualitat i la reproducció. La situació econòmica desfavorable d'algunes dones immigrades és un dels altres factors detectats, així com la incompatibilitat horària i la precarietat laboral, que les impedeix acudir als centres de salut per la por a perdre la feina. També destaca el desconeixement en l'àmbit de la multiculturalitat per part dels professionals de la salut com a factor generador de desigualtat.

Un articles publicat a la revista *Matrones Profesión* per Obregón et al<sup>28</sup>, en el que es du a terme una revisió bibliogràfica respecte les desigualtats en l'accés als programes preventius de salut sexual i reproductiva, identifica un major risc a patir desigualtats per part de la població immigrada a causa d'un menor accés als programes preventius de la dona. L'estudi afirma que les dones amb condicions socioeconòmiques desfavorables són el col·lectiu amb major risc de quedar excloses dels programes preventius de salut sexual i reproductiva, tant pel que fa a les dones immigrades com pel que fa a les dones autòctones.

Zulueta MP<sup>20</sup> publica l'any 2012, una tesi doctoral en la que estudia els factors associats al compliment del protocol d'embaràs en immigrants africanes. Una de les conclusions de la tesi confirma que el coneixement insuficient de l'idioma és el principal factor de risc associat a la falta de control prenatal quan aquest s'associa a la percepció subjectiva de la matrona de factors de risc social. Es tracta d'una font de desigualtat important ja que l'incompliment dels programes de prevenció, sobretot en el cas del control prenatal, està associat a una major morbiditat neonatal.

Un estudi qualitatiu realitzat a Suècia per Akhavan S<sup>29</sup> l'any 2012, en el que es realitzen entrevistes semi-estructurades a 10 matrones, conclou que les matrones consideren les desigualtats en salut reproductiva resultat de diferents factors, entre ells, la barrera lingüística, les dificultats comunicatives, les diferències culturals, les dificultats en la cerca d'atenció sanitària, el baix nivell d'instrucció i el poc temps d'estada al país.

L'any 2013, Otero et al<sup>30</sup>, publiquen un estudi qualitatiu en el qual es realitzen entrevistes en profunditat, relacionades amb l'accés i l'ús dels serveis de salut sexual i reproductiva, a

matrones de 13 àrees bàsiques de salut. Aquest estudi conclou que existeix una menor utilització del control prenatal i dels serveis de salut reproductiva en general, per part del col·lectiu immigrant. Es detecten les limitacions lingüístiques, les dificultats comunicatives i el nivell socioeconòmic baix com a factors principals. També s'afageixen les pràctiques habituals dels països d'origen com a possible barrera a tenir en compte.

L'estudi de Paraíso et al<sup>31</sup> estudia la influència dels factors socioculturals en relació a l'anticoncepció. Segons aquest estudi, els patrons culturals, les pautes reproductives dels països de procedència i les concepcions sobre el fenomen de la maternitat, influeixen de manera significativa en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva de les dones immigrades.

Segons Alcaraz et al<sup>32</sup>, els principals factors de vulnerabilitat amb els que es troben les dones llatinoamericanes són, les condicions de feina i la precarietat laboral, l'amuntegament pel que fa a la vivenda, la situació irregular i el desconeixement del sistema sanitari.

Per últim, un estudi realitzat a Itàlia per Caserta et al<sup>33</sup>, identifica l'assistència deficient durant l'embaràs, el baix nivell d'instrucció i les insuficients polítiques d'integració italianes com a factors relacionats amb la incidència d'avortament espontani entre les dones immigrades.

A la taula que es mostra a continuació, s'exposa un resum dels diferents factors generadors de desigualtats que s'han detectat en la present revisió (Taula 3).

---

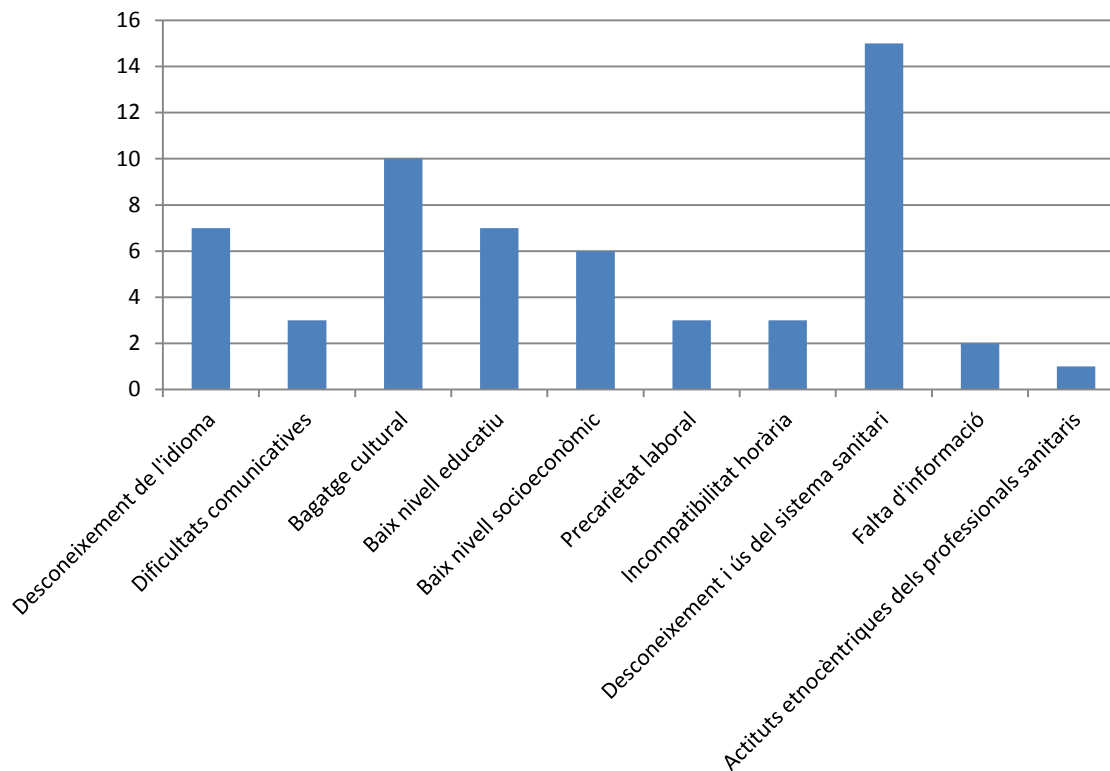
### Factors generadors de desigualtats

Factors socioculturals	Factors sociolaborals	Factors relacionats amb el sistema sanitari
Desconeixement de l'idioma	Baix nivell socioeconòmic	Desconeixement i ús del sistema sanitari
Dificultats comunicatives	Precarietat laboral	Falta d'informació
Bagatge cultural	Incompatibilitat horària	Actituds etnocèntriques dels professionals sanitaris
Baix nivell d'instrucció		

---

**Taula 3:** Factors generadors de desigualtats.

A la següent gràfica es mostren els factors generadors de desigualtats en funció a la quantitat d'articles en els que han estat detectats com a factors rellevants (gràfica 9).



**Gràfica 9:** Nº d'articles en els que s'han detectat factors generadors de desigualtats.

Pel que fa a les possibles àrees de millora, Berra et al<sup>25</sup>, proposa concentrar els esforços en millorar la informació i l'accessibilitat a les activitats preventives. Zulueta MP<sup>20</sup>, afirma que és bàsic fomentar les actuacions a nivell multidisciplinar, tenint en compte els professionals mèdics, les matrones i els treballadors socials. En l'estudi de Rodríguez et al<sup>27</sup> es proposen millores desde dos perspectives, a nivell de l'Estat, donant cobertura a la població real del país i a nivell de formació als professionals sanitaris en l'àmbit de la salut intercultural. Altres articles proposen estratègies que facilitin l'accés als programes, tenint en compte la població a la que van dirigits, millorant l'accés als programes de planificació familiar per a reduir les taxes d'IVE<sup>12,15,26,29,30</sup>. També es proposa oferir flexibilitat horària a l'hora d'impartir classes d'educació maternal i visites mèdiques. De la Torre et al<sup>8</sup> conclou que són necessàries polítiques i recursos per a donar resposta a la diversitat cultural creixent. Així com que els professionals sanitaris que atenen aquest col·lectiu evitin estereotips i idees preconcebudes, garantitzin el respecte i evitin els judicis de valor. En aquest sentit, De la Torre et al<sup>8</sup> proposa millorar les habilitats dels professionals a partir de programes de formació en aquest àmbit.

Com podem observar, hi ha una certa unanimitat entre els articles en relació als factors generadors de desigualtats detectats. Tot i això, ens trobem amb algunes diferències que s'estudiaran amb més profunditat en el següent apartat.

## 6. Discussió

L'apartat de la discussió, és un apartat destinat a la interpretació, a la reflexió i a la confrontació de la informació obtinguda. Així doncs, un cop organitzada i analitzada la informació continguda en els articles seleccionats, s'han pogut generar 11 categories d'anàlisi diferents que s'estudien, en profunditat, a continuació.

### Dimensió analítica 1: Desconeixement de l'idioma

Un 46% dels articles seleccionats coincideixen amb que el desconeixement de l'idioma és un dels principals factors generadors de desigualtats. Es detecta doncs, la barrera idiomàtica com una de les majors dificultats a l'hora d'atendre a aquest col·lectiu<sup>7,8,14,20,27,29,30</sup>. L'any 2006, De la Torre et al<sup>7</sup> ja fa referència al desconeixement de l'idioma com a un dels factors més importants en relació a les desigualtats. Considera que aquest fet implica dificultats a l'hora de realitzar els tràmits bàsics necessaris per a obtenir assistència sanitària. Dos anys després, i en aquest mateix sentit, Marín et al<sup>14</sup> parla del desconeixement de l'idioma com a una gran barrera que fa difícil transmetre els problemes de salut i completar la història clínica. L'any 2011, Rodríguez et al<sup>27</sup> afageix que el desconeixement de l'idioma unit a altres factors fa que l'assistència no s'adapti a les necessitats reals de les dones immigrades. Aquell mateix any, Grande et al<sup>7</sup> apunta a que tot i que la barrera idiomàtica suposa un gran conflicte a l'hora d'utilitzar el sistema sanitari, es tracta d'un factor fàcil de solucionar a partir d'intèrprets.

Akhavan S<sup>29</sup>, l'any 2012, realitza un estudi qualitatiu a partir d'entrevistes a matrones de Suècia, en el que es conclou que les desigualtats en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva de la dona immigrada estan relacionades amb la barrera idiomàtica. L'any següent a Espanya, i seguint la mateixa metodologia d'estudi, Otero et al<sup>30</sup> arriba a la mateixa conclusió, afegint que el desconeixement de l'idioma és un obstacle a l'hora d'utilitzar els programes de control prenatal. Així doncs, matrones de dos països diferents coincideixen amb que el desconeixement de l'idioma és un important factor generador de desigualtats. Per contra de la resta d'articles, Zulueta MP<sup>20</sup> (2012) detecta que el desconeixement de l'idioma només suposa un factor associat a la falta de control prenatal quan aquest està unit a la detecció de factors de risc social per part de la matrona. Tot i aquesta última excepció, podem observar que la majoria d'articles apunten en la mateixa direcció: el desconeixement de l'idioma és un dels factors més importants a tenir en compte. Gran part dels articles el contemplen per si sol, com a una gran barrera en l'atenció sanitària, d'altres el contemplen dins la suma d'altres factors.



### Dimensió analítica 2: Dificultats comunicatives

Tot i que es tracta d'un tema molt relacionat amb el desconeixement de l'idioma, alguns articles fan referència a les dificultats comunicatives com a factor en particular. Són 4 els articles que en parlen i coincideixen amb que les dificultats comunicatives van més enllà del desconeixement de l'idioma<sup>7,14,29,30</sup>. De fet, tot i que en les dones llatinoamericanes l'idioma és un factor integrador, existeixen termes en l'àmbit de la salut reproductiva pròpis de l'herència cultural que cal conèixer. És el cas de "cuidarse" quan fan referència a l'utilització de mètodes anticonceptius, o el cas de "enfermar" quan parlem de l'arribada de la menstruació<sup>27</sup>.

En relació a la comunicació, l'any 2008, Marín et al<sup>14</sup> ens parla sobre les dificultats comunicatives com a factor relacionat amb la presència de desigualtats en salut, concretament pel que fa a les pacients de procedència Asiàtica. De fet, en l'estudi s'especifiquen situacions en les que les pacients asiàtiques han utilitzat el telèfon mòbil dins de la consulta per tal d'aconseguir comunicar-se amb major claretat. Més recentment, Grande et al<sup>7</sup> (2011), amplia que la comunicació i les relacions humanes estan determinades per la cultura i que per tant, el vincle entre el professional de la salut i la pacient immigrada no es podrà millorar si no es tenen en compte les diferències culturals. Afirmar que en algunes ocasions, aquestes diferències poden conduir a mal entesos entre ambdós col·lectius. L'any 2013, Otero et al<sup>30</sup> reafirma que les dificultats comunicatives suposen un obstacle a l'hora d'accedir als serveis de salut. A aquesta afirmació, l'any 2012, Akhavan S<sup>29</sup> hi afegia que les dificultats i la manca de comunicació estan relacionades amb el poc temps del que es disposa a l'hora d'atendre a les pacients. Així doncs, aquests estudis demostren que les dificultats comunicatives suposen una barrera entre pacients i professionals molt complexa.

### Dimensió analítica 3: Bagatge cultural

El bagatge cultural, la religió, les creences i les conviccions de les dones immigrades en l'àmbit de la sexualitat i la maternitat, suposen un factor al qual la majoria dels articles fa referència (60%). Són 10 els articles que detecten el bagatge cultural com a factor generador de desigualtats<sup>7,8,12,14,17,26,27,29,30,31</sup>.

De la Torre et al<sup>8</sup> i Marín et al<sup>14</sup> coincideixen amb que la majoria de països d'origen de les dones immigrades no disposen d'atenció prenatal. Aquest fet implica que les dones immigrades segueixin actuant com en el seu país de procedència i no percebin la necessitat d'atenció sanitària. Les dones immigrades no acostumen a estar habituades a les exploracions

ginecològiques ni a les activitats preventives, donant-se casos en els que les gestants no s'han realitzat mai una exploració ginecològica abans del part<sup>14</sup>.

Per altra banda, Río et al<sup>12</sup>, Gispert et al<sup>17</sup>, Rodríguez et al<sup>27</sup> i Paraíso et al<sup>31</sup> destaquen la gran influència sociocultural envers els mètodes anticonceptius i afirmen que el bagatge cultural influeix decisivament en la utilització d'aquests. En relació a l'anticoncepció, l'any 2009, Zurriaga et al<sup>26</sup> destaca l'ús de l'IVE com a mètode anticonceptiu per part de dones procedents d'algunes nacionalitats. L'any 2013, Otero et al<sup>30</sup> 2013 torna a destacar aquesta pràctica comuna en certes cultures. Així doncs, les diferències culturals entre les dones immigrades i els professionals de la salut afegeixen una dificultat més en la interacció i en la comunicació.

#### Dimensió analítica 4: Nivell d'instrucció

En 7 dels 15 articles seleccionats es detecta el baix nivell d'instrucció com a una important barrera a l'hora d'atendre les pacients immigrades<sup>8,14,25,26,27,29,33</sup>. L'any 2006 De la Torre et al<sup>8</sup> ja anunciava que el baix nivell d'instrucció influeix negativament en la salut materno-infantil de les dones immigrades, provocant així una font de desigualtat en aquest col·lectiu. Marín et al<sup>14</sup>, l'any 2008 inclou que el baix nivell d'instrucció influeix en tots els aspectes de l'atenció sanitària, tan pel que fa al seguiment de la salut reproductiva, com pel que fa als controls de la dona, com pel que respecte a l'educació sanitària en matèria de salut materno-infantil. L'estudi complementa que les dones amb més dificultats en aquest sentit són les magrebines i les asiàtiques. Per altra banda, Akhavan S<sup>29</sup>, l'any 2012 inclou que el nivell d'instrucció influeix en el comportament a l'hora de cercar atenció sanitària.

#### Dimensió analítica 5: Nivell socioeconòmic

Tant Grande et al<sup>7</sup> a l'any 2011, com Otero et al<sup>30</sup> al 2013 fan referència a les condicions socioeconòmiques de les dones immigrades com a factor relacionat amb les desigualtats, tot i que destaquen altres factors com el desconeixement de l'idioma i del sistema sanitari com a factors més rellevants. En canvi, Obregón et al<sup>28</sup>, l'any 2012 afirma en el seu article que les dones amb condicions socioeconòmiques desfavorables són les que tenen un risc més alt de quedar excloses dels programes preventius de salut sexual i reproductiva. Així doncs, segons aquest estudi, les dones més vulnerables en aquest àmbit són les que presenten un baix nivell socioeconòmic. Per altra banda, Rodríguez et al<sup>27</sup>, l'any 2011, no parla concretament del nivell socioeconòmic però sí que fa referència a l'elevat cost econòmic de diferents mètodes anticonceptius i a les seves condicions de precarietat laboral com a factor generador de desigualtats en salut reproductiva. Així doncs, el baix nivell socioeconòmic és un factor que

afecta negativament a la salut de la dona, i que es troba molt relacionat amb la població immigrada.

L'estudi de Zurriaga et al<sup>26</sup> l'any 2009, ens parla de la utilització del recurs de l'IVE i també detecta diferències en la utilització d'aquest en relació a la vulnerabilitat social i econòmica. Ens dona més detalls en aquest aspecte ja que afageix que la vulnerabilitat de la dona varia en funció de la nacionalitat d'aquesta, essent les dones Africanes i les de l'Est d'Europa les que més recorren a l'IVE.

#### Dimensió analítica 6: Precarietat laboral

De la Torre et al<sup>8</sup> va confirmar l'any 2006 que les dones immigrades estan exposades a pitjors condicions laborals, fet que suposa una situació estressant sumada a la seva condició d'immigrades. Aquest factor, conjuntament amb el desconeixement del sistema, la pèrdua de suport social, etc, pot relacionar-se amb la dificultat d'accedir als serveis de salut amb normalitat. Set anys després, Alcaraz et al<sup>32</sup> segueix definint la precarietat laboral com a un factor important de vulnerabilitat en aquestes dones. En aquest estudi en concret es detecta que la dona procedent de Bolívia és la que es troba amb més factors de vulnerabilitat.

#### Dimensió analítica 7: Incompatibilitat horària

De la Torre et al<sup>8</sup> l'any 2006, Marín et al<sup>14</sup> al 2008 i Rodríguez et al<sup>27</sup> al 2011 coincideixen en que les dones immigrades prioritzen l'estabilitat laboral i deixen de banda totes aquelles activitats que puguin perjudicar-la. Els tres articles afirmen, sense cap contradicció, que la por a perdre la feina fa que les dones immigrades no acudeixin als centres de salut, ja que els horaris dels centres són incompatibles amb les seves ocupacions. Les dones immigrades acostumen a tenir por a ser acomiadades en cas de sol·licitar faltar a la feina per a acudir al centre de salut.

#### Dimensió analítica 8: Desconeixement i ús del sistema sanitari

Cal destacar que en la totalitat dels articles es detecten diferències tant en l'accés com en l'ús del sistema sanitari per part de les dones immigrades. Així doncs, es confirma un menor accés als programes de salut sexual i reproductiva per part d'aquest col·lectiu<sup>7,8,12,14,17,20,25-33</sup>. La dificultat d'accés als programes és un factor generador de desigualtats, ja que provoca un accés desigual a mètodes anticonceptius, menor accés al control prenatal i insuficients actuacions preventives sobre aquest col·lectiu<sup>27,32</sup>. De la Torre et al<sup>8</sup> ens ofereix més detalls respecte l'utilització del sistema per part de la dona immigrada, ja que a més d'una escassa

utilització dels serveis sanitaris, detecta que les consultes es produeixen amb la gestació més avançada, són menys freqüents i més discontinües.

El desconeixement del sistema sanitari provoca l'existència de diferències significatives, entre dones immigrades i dones autòctones, en relació al tipus d'atenció maternal rebuda. Així doncs, es tracta d'una font de desigualtats importanta, ja que en alguns casos, una menor assistència es troba relacionada amb més problemes de salut durant l'embaràs i el part.

#### Dimensió analítica 9: Falta d'informació

Gispert et al<sup>17</sup> fa referència a la falta d'informació que té el col·lectiu de dones immigrades en relació als mètodes anticonceptius, com a factor generador de desigualtats. Més endavant, Rodríguez et al<sup>23</sup> ens parla sobre la falta d'informació tan pel que fa a l'anticoncepció com pel que fa al funcionament del sistema sanitari i afirma que ambdòs factors provoquen barreres que afecten especialment a la població immigrada.

#### Dimensió analítica 10: Actitud etnocèntrica dels professionals de la salut

Tansols un article en fa referència. Grande et al<sup>7</sup>, afegeix com a factor generador de desigualtats, l'actitud etnocèntrica d'alguns professionals de la salut. Exposa que dins el col·lectiu existeixen actituds racistes i xenòfobes que poden provocar un tracte discriminatori en les dones immigrades.

#### Dimensió analítica 11: Propostes de millora

Un 66% dels articles proposen àrees de millora concretes. Per una banda, Gispert et al<sup>17</sup> l'any 2008 coincideix amb Rodríguez et al<sup>27</sup> al 2011, amb que la prioritat es centra en establir polítiques de contracepció que ajudin a reduir les altes taxes d'IVE en la població immigrada. Paraíso et al<sup>31</sup> l'any 2013, amb el mateix objectiu afegeix que cal tenir en compte les preferències de les dones i augmentar així l'adherència al tractament a l'anticoncepció. A tot això, Rodríguez et al<sup>27</sup> hi afegeix la formació a professionals en l'àmbit de la multiculturalitat com a possible àrea de millora, tenint en compte aspectes com el maneig i la comprensió envers aquest col·lectiu. Aquesta mateixa iniciativa ja la contemplava De la Torre et al<sup>8</sup> l'any 2006, destacant la importància de millorar les habilitats dels professionals sanitaris en termes de competència cultural.

Altres articles es centren en facilitar l'accés als programes de salut sexual i reproductiva, promoure el control prenatal i augmentar la captació als programes preventius<sup>8,14,26,28,29,30,31,33</sup>. Cal destacar que Caserta et al<sup>33</sup>, es troba amb una situació molt similar a Itàlia i proposa

aquestes mateixes àrees de millora. Per altra banda, Zulueta et al<sup>20</sup> és l'únic article que parla sobre fomentar les actuacions multidisciplinars, tenint en compte el paper del treballador social, com a possible àrea de millora en aquest àmbit.

Com podem observar, la majoria d'articles proposen àrees d'actuació per a millorar l'assistència sanitària a les dones immigrades. L'article de Grande et al<sup>7</sup> de l'any 2011 és l'excepció, ja que conclou que avui en dia encara no s'han trobat possibles solucions a aquest problema.

La confrontació de la informació realitzada en aquest apartat, ajuda a identificar l'existència de factors generadors de desigualtats i les possibles àrees de millora en l'àmbit de la salut reproductiva de la dona immigrada extracomunitària. En el següent apartat s'extreuran les principals conclusions de la present revisió.

## 7. Conclusions

En primer lloc, la present revisió ens mostra que el desconeixement del sistema sanitari provoca una menor utilització dels programes d'atenció a la salut sexual i reproductiva. Així doncs, les dificultats amb les que es troben les dones immigrades a l'hora d'accedir a l'atenció sanitària són el principal factor generador de desigualtats en aquest col·lectiu.

En segon lloc, la barrera idiomàtica sumada a les dificultats comunicatives suposen una altra barrera important en l'atenció. La comunicació és la manera que tenim d'intercanviar informació i no es limita tan sols a l'idioma, sinó que es troba marcada per la cultura de cada persona. És important prestar especial atenció a aquest aspecte, ja que l'àmbit de la salut sexual i reproductiva té una gran influència sociocultural.

Per altra banda, gran part de les dones immigrades extracomunitàries de Catalunya presenta un baix nivell d'instrucció, així com un baix nivell socioeconòmic. Ambdòs, són factors que augmenten el risc a patir desigualtats en matèria de salut sexual i reproductiva. Les condicions laborals precàries a les que han de fer front les dones immigrades dificulten la possibilitat de tenir un bon control prenatal durant l'embaràs, fet que es troba relacionat amb una major incidència de morbiditat materno-infantil.

Així doncs, és necessari potenciar la formació contínua als professionals de la salut en termes de competència cultural. Així com establir polítiques globals que donin resposta a la realitat actual del nostre país. Cal tenir en compte les necessitats de la població a l'hora de dissenyar els programes preventius, millorar la captació de la població immigrada, promoure campanyes d'atenció prenatal i augmentar així, l'equitat sanitària.

La revisió realitzada, ens confirma la importància que té la investigació qualitativa com a eina bàsica a destacar a l'hora de dissenyar intervencions per a disminuir barreres en l'accés als programes de salut sexual i reproductiva. Tot i això, es tracta d'un tema limitadament abordat i estudiat des d'àmbits molt diversos i amb aproximacions molt diferents. És per això, que els estudis futurs haurien d'estudiar els factors amb més profunditat per tal d'identificar els grups més vulnerables.

## 8. Implicació a la pràctica professional

Degut a la realitat actual del nostre país, és urgent que tots aquells professionals de la salut que en la seva activitat diària han d'atendre a dones immigrades de diferents procedències, coneguin la influència que tenen els factors socioculturals, els factors socioeconòmics i els factors relacionats amb el sistema sanitari, respecte l'atenció a la salut sexual i reproductiva. D'aquesta manera, la present revisió ens recorda la vital importància de contemplar totes les dimensions de la persona a l'hora de prestar cures de salut.

Es tracta d'un tema que és necessari abordar ja que genera un impacte en la Salut Pública del nostre país. Així doncs, totes aquelles pacients que no duen a terme un bon seguiment de l'embaràs, tenen majors índex de morbiditat materno-infantil. A més, afegit a aquesta problemàtica, ens trobem amb que la població que desconeix el funcionament del sistema sanitari, acudeix diferent a l'atenció sanitària i que aquest fet repercuteix negativament en l'eficàcia i l'eficiència del sistema.

## 9. Referències Bibliogràfiques

- [1] International Organization for Migration, World Health Organization, United Nations for Human Rights. International Migration, Health and Human Rights. Geneva: International Organization for Migration; 2013. Disponible a: [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf)
- [2] Immigració i salut. Canal Salut. Generalitat de Catalunya [Internet]. Catalunya. Disponible a: [http://canalsalut.gencat.cat/ca/home\\_professionals/temes\\_de\\_salut/immigracio\\_i\\_salut/](http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/immigracio_i_salut/)
- [3] Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. Disponible a: <http://ine.es/jaxi/tabla.do>
- [4] Migration and migrant population statistics [Internet]. Eurostat; [actualitzada el 18 de Novembre de 2015 – accés el 3 de Gener de 2016]. Disponible a: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics#Migrant\\_population](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics#Migrant_population)
- [5] Padró municipal d'habitants [Internet]. Idescat; 2015 [actualitzada el 21 d'Abril de 2015 – accés el 3 de Gener de 2016]. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=pmh&n=7013>
- [6] Oliver MI, Baraza P, Martínez E. La salud de la mujer inmigrante. En: Junta de Andalucía. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla: 2007. p. 77-106.
- [7] Grande ML, Linares M, Álvarez C, Pastor G. El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. Cul Cuid. 2011; 30: 45-51.
- [8] De la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JI, Padrón E, González NL. Control de gestación en inmigrantes. An Sis Sanit Navar. 2002;28(1): 49-61.
- [9] Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: 2007. Disponible a: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/immigracio\\_i\\_salut/documents/immatenc07.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/immigracio_i_salut/documents/immatenc07.pdf)
- [10] Vives-Cases C, et al. Perfil sociodemogràfic de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit. 2009; 23(5): 410-414



- [11] Vives-Cases C, et al. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gac Sanit.* 2009; 23(1): 100–106
- [12] Río I, Castelló A, Jané M, Prats R, Barona C, Más R et al. Indicadores de salud reproductiva i perinatal en mujeres inmigrantes y autóctonas residentes en Cataluña y en la Comunitat Valenciana (2005-2006). *Gac Sanit.* 2010; 24(2): 123-127.
- [13] García J, Pardo C, Hernández A, Lorenzo M, Gil D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. *Prog Obstet Ginecol.* 2008; 51(2): 53-62.
- [14] Marín M<sup>ª</sup>N, Morales A, Quirante N. La salud reproductiva en la mujer inmigrante: diferencias entre culturas. *Enferm docente.* 2008; 89: 10-14.
- [15] Lipson JG. Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edició digital) 2000; 28-29. Disponible a: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29\\_articulo\\_19-25.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php)
- [16] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. *Noticias Jurídicas*; 2003 [actualitzada l'1 de Gener de 2016 – accés el 3 de Gener de 2016]. Disponible a: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l16-2003.html#a3t](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l16-2003.html#a3t)
- [17] Gispert R, Clot G, Torné MM, Bosser R, Freitas A. Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña. *Gac Sanit.* 2008;22(6): 574-577.
- [18] Servei d'Informació i Estudis. Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs. Catalunya, 2014. Barcelona. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, Juliol de 2015. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/dades\\_de\\_salut\\_i\\_serveis\\_sanitaris/interrupcio\\_voluntaria\\_de\\_lembaras\\_ive/documents/informe\\_ive\\_2014.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/interrupcio_voluntaria_de_lembaras_ive/documents/informe_ive_2014.pdf)
- [19] Acevedo P, Varea C, Montero P, Bernis C. Gestación y maternidad de mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y españolas. *Rev Esp Antrop Fis.* 2009;30: 23-29.
- [20] Zulueta MP. Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria [tesis doctoral]. Santander: Universidad de Cantabria, Facultad de Medicina; 2012.
- [21] Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. Nova York: Naciones Unidas; [accés el 3 de Gener de 2016]. Disponible a: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

- [22] Organización Mundial de la Salud. Salud y Derechos Humanos [Internet]. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- [23] Agència de Salut Pública de Catalunya. Determinants de la salut i l'equitat [Internet]. Generalitat de Catalunya. [Actualitzada el 15 de Novembre de 2013 – accés el 16 de Febrer de 2016]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/promocio\\_salut/determinants\\_de\\_salut/](http://salutpublica.gencat.cat/ca/promocio_salut/determinants_de_salut/)
- [24] Macipe RM, Gimeno LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. Rev Pediatr Aten Primaria. Madrid. 2011;13.
- [25] Berra S, Elorza-Ricart JM. Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrantes y autóctona de España. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM Núm. 2007/08.
- [26] Zurriaga O et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. Gac Sanit. Valencia. 2009;23(1): 57-63.
- [27] Rodríguez NE, Martínez C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. Enferm Global. Murcia. 2011;23.
- [28] Obregón N, Goberna-Tricas J. Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. Matronas Prof. 2012;13(3-4): 83-89.
- [29] Akhavan S. Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. Int J Equity Health. 2012;11: 47.
- [30] Otero-Garcia L, Goicolea I, Gea-Sánchez M, Sanz-Barbero B. Acces to and us of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant woman in Spain: midwives' perspective. Glob Health Action. Lleida. 2013;6.
- [31] Paraíso B, Maldonado MD, López A, Cañete ML. Anticoncepción en la mujer inmigrante: influencia de los aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo. Semergen. 2012;39(8): 440-444.

[32] Alcaraz M et al. Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. Rev Esp Salud Pública. 2014;88: 301-310.

[33] Caserta D et al. The Influence of Socio-Demographic Factors on Miscarriage Incidence Among Italian and Immigrant Women: A Critical Analysis from Italy. J Immigrant Minority Health. 2014.