

Grau d'Infermeria de l' Escola Superior de Ciències de
la Salut.

Tecnocampus-Mataró

L'atenció de l'embaràs en contextos interculturals

*Anàlisi descriptiu de l'atenció de l'embaràs a la dona
magrebina a Espanya.*

Memòria final



Centre adscrit a:



Melania Gonzalez Andreo

mgonzalez@escs.tecnocampus.cat

Pau Carratalà

4rt Grau Infermeria

Treball Final de Grau

Curs 2015-2016

Índex

Resum/Abstract	2
1. Introducció	4
1.1. Revisió bibliogràfica	6
1.2. Justificació	7
2. Objectius	8
2.1. Preguntes de recerca	8
3. Metodologia	9
3.1. Disseny	9
3.2. Població d'estudi	9
3.3. Criteris d'inclusió i d'exclusió	9
3.4. Selecció de la mostra	9
3.5. Variables d'estudi	9
3.6. Estratègies de Cerca	10
3.7. Instruments de mesura	10
3.8. Anàlisi de dades	10
3.9. Aspectes ètics	10
3.10. Limitacions	10
4. Cronograma	11
5. Resultats	11
5.1. Anàlisi formal	11
5.2. Anàlisi del contingut	15
6. Discussió	19
7. Conclusions	25
8. Implicació a la pràctica professional	27
9. Bibliografia	27

Resum

Introducció: La immigració és un fenomen constantment present al llarg de l'història, ocasionant un important impacte en Salut en els països d'acollida. L'augment d'aquest moviment en els darrers anys, acompanyat d'un major flux migratori de la dona magrebina al nostre territori, ha plantejat uns reptes en els serveis de salut sexual i reproductiva del Sistema Nacional Sanitari (SNS), concretament en el seguiment del procés de l'embaràs. Diferents estudis han descrit les diferències existents en aquest col·lectiu amb la població autòctona i és indispensable determinar els factors diferenciadors que obstaculitzen l'atenció sanitària en igualtat de condicions.

Objectiu: El propòsit d'aquest estudi és identificar els principals reptes plantejats en el Sistema Nacional de Salut (SNS) en l'àmbit de l'atenció a l'embaràs a la dona magrebina a través de la revisió de la literatura.

Metodologia: S'ha realitzat una revisió bibliogràfica dels articles publicats entre l'any 2005 i 2015 (ambdós inclosos) que tracten sobre l'atenció a l'embaràs en la dona magrebina. Els criteris d'inclusió han estat publicacions d'articles, tesis doctorals i revisions, en la llengua catalana, castellana i/o anglesa. Per altre banda, els criteris d'exclusió foren articles referents a professionals no pertanyents al SNS. La mostra final ha estat formada per 15 articles que complien els criteris d'inclusió.

Resultats: Els resultats mostren l'existència de les diferències a nivell cultural, durant el seguiment de l'embaràs, en el perfil de pacient i la presència de problemàtiques en la sanitat que influeixen en l'atenció d'aquest col·lectiu.

Conclusions: La dona magrebina presenta unes característiques diferenciadores en l'entorn del procés de l'embaràs originant unes barreres i dificultats en contextos sanitaris. La formació cultural dels professionals sanitaris aportaria millores a les principals barreres detectades i en l'atenció d'aquesta població.

Paraules clau: atenció al part, part, embaràs, gestació i dona magrebina.

Abstract

Introduction: Immigration is a phenomenon constantly present through history, causing an important impact in Health in the hosting countries. The increase of this movement in last years, together with a highest migratory flow of the maghrebian woman in our territory, has raised some challenges on sexual and reproductive health services in the National Health Services (NHS), specifically in monitoring the pregnancy process. Different studies have described the existing differences in this group against the native population and it is essential to establish the differentiator factors that block the health services in same kind of conditions.

Objective: The aim of this study is to identify the main challenges raised in the National Health System (NHS) in the field of the pregnancy attention to the maghrebian women through the literature revision.

Methodology: A bibliographic revision has been made about the articles published between 2005 and 2015 (both included) that deal with the attention to the pregnancy of the maghrebian woman. The criteria of inclusion has been the publication of articles, doctoral thesis and revisions, in the Catalan, Spanish or English languages. On the other hand, the exclusion criteria were articles referring to professionals not belonging to the NHS. The final sample has been made by 15 articles which met the inclusive criteria.

Results: The results show the existence of differences at cultural level, during the monitoring of pregnancy, in the patient profile and the presence of problems in the Health system affecting the attention of this group.

Conclusions: The maghrebian woman shows distinguishing features around the pregnancy process which originate some barriers and difficulties in what a health context is referred. The cultural formation of health professionals would bring improvements in the main barriers detected and also in the attention of this particular population.

Keywords: delivery, prenatal care, parturition, pregnancy, labor and Maghreb.

1. Introducció

El constant desplaçament de la població a través de l'espai geogràfic ha estat un factor constant a tenir present al llarg de la història. No obstant, l'objecte dels desplaçaments, així com les seves característiques i conseqüències han sigut múltiples. La universalització de les migracions s'ha d'interpretar no només com un increment de subjectes mòbils, o de la progressiva incorporació de més països a les xarxes migratòries, sinó també com a diversificació.

En el transcurs dels anys i originat per diferents contextos, l'ésser humà s'ha trobat forçat a realitzar migracions. Parlem de causes ecològiques quan són provocades per catàstrofes naturals o situacions adverses de l'hàbitat. Les polítiques, per les adversitats d'aquesta, incloent-hi els moviments originats per conflictes bèl·lics o per persecucions de caràcter polític, religiós o ètnic. I per últim, les econòmiques, com el seu nom indica, per causes econòmiques ^(1, 2).

Actualment a Espanya, hi ha constància de que al voltant 12% de la població total (uns 47 milions, segons l'INE a 1 de gener de 2010) és d'origen estranger. D'altra banda, l'Observatori Permanent d'Immigració del Ministeri de Treball i immigració, a data d'1 de juliol de 2015, calcula que conviuen a Espanya 4.426.811 residents estrangers. Si s'observen les dades ofertes per l'INE en l'Enquesta Nacional d'Immigrants 2007, s'observa l'augment de la població, sent la més significativa en els últims 10 anys ^(3, 4).

Aquesta tendència confirma que el fenomen de la migració és avui dia un dels temes que més han estat repesos. Aquestes circumstàncies han generat forts impactes en els diferents processos governamentals, no només en aspectes econòmics, sinó també en el socials, culturals i evidentment, al sistema sanitari.

L'increment demogràfic que va experimentar Espanya entre els anys 2001 i 2007 és atribuït, en un 85% a la immigració. També cal fer menció de l'efecte en l'estructura per edat i sexe de la població, que ha contribuït al rejuveniment de la població espanyola i ha possibilitat que la taxa d'envelliment disminueixi.

Sens dubte, els reptes més rellevants es presenten en la integració dels migrats a la societat des del pla cultural. La interrelació de diverses cultures en una mateixa societat fa sorgir nous obstacles per a la convivència i per a la generació de relacions equitatives entre els diferents grups socials. Tot i l'existència d'un comportament d'integració, els propis trets culturals molt difícilment s'esvaeixen, mantenint el repte de la diversitat cultural.

Profunditzant en el món laboral, s'han constituït empreses orientades a oferir serveis específicament orientats a aquesta població, s'ha dinamitzat el comerç de caràcter ètnic i les persones immigrants han contribuït a la revitalització del teixit comercial i urbà d'alguns sectors.

Malgrat l'impacte rebut per l'arribada de més de cinc milions d'immigrants en els últims 12 anys, no ha anat acompanyat d'una major inversió pública en els serveis sanitaris, educatius o socials. Encara que existeixen estereotips que presenten els immigrants com a usuaris crònics de serveis públics, l'evidència acredita que la freqüència amb què els immigrants fan ús dels serveis socials és més baixa en comparació amb la població autòctona ^(5, 6, 7).

A nivell legal i respecte a l'àmbit de la salut, l'any 2000 a Espanya, es va realitzar un dels avenços més significatius dels últims anys: es va incloure el dret a l'assistència sanitària en igualtat de condicions amb els espanyols. Actualment queda reconegut el dret a rebre assistència sanitària pública d'urgències per a tots els estrangers amb l'únic requisit de trobar-se empadronats. Pel que fa a les dones, independentment de la seva situació administrativa, tenen garantida l'assistència sanitària pública durant l'embaràs, part i postpart. Així mateix, tots els estrangers menors d'edat tenen reconegut aquest dret ⁽³⁾.

Diversos estudis han demostrat i definit les diferents precarietats existents en aspectes de la salut en les poblacions immigrades i en podem destacar-ne els següents. En la salut infantil, cal fer incidència sobre algunes pràctiques tradicionals que poden afectar la salut dels nens i nenes, com el matrimoni precoç i forçat i la mutilació genital femenina. La creixent immigració al nostre entorn té un fort impacte en l'epidemiologia de malalties infeccioses com la SIDA i la tuberculosi, clarament vinculades amb situacions de desigualtat i marginació socioeconòmica. No podem deixar de banda que en la salut mental, l'estrès múltiple (síndrome d'Ulisses) ha estat exposat com un dels nous problemes de salut que cal detectar, tractar i especialment prevenir. Les situacions de precarietat laboral i la deficient prevenció, informació, percepció i expectatives fan que augmentin els riscos i les malalties. La salut sexual i reproductiva rep un dels majors impactes del fenomen de la immigració i caldrà conèixer amb més detall els seus efectes, per tal d'actuar. En una perspectiva de gènere, la dona immigrada presenta una major vulnerabilitat pel que fa a la salut sexual i reproductiva, fet que la sotmet a un risc més alt. La tendència a l'augment de la natalitat en les dones nouvingudes de fora d'Espanya és cada cop més important. En molts contextos culturals, la maternitat és freqüent que s'iniciï en edats més precoces que la població autòctona té com a referència en el seu entorn sociocultural ^(8, 9, 10, 11).

Prenent com referència una de les poblacions amb més taxa migratòria, com la magrebina, podem extreure i reafirmar els diferents reptes que sens planteja a nivell sanitari. Considerant que el procés de l'embaràs està constituït per tres fases: embaràs, part i puerperi; s'observen diferents mancances que han de ser resoltes. Durant la fase d'embaràs, en el medi hospitalari, alguns problemes en l'atenció sanitària deriven dels dèficits de comunicació entre els professionals de la salut i les dones immigrades a causa de barreres lingüístiques i culturals.

Independentment de la influència cultural en els aspectes reproductius, aquesta no sempre és entesa pels professionals, que des d'una actitud etnocèntrica, poden manifestar prejudicis, discursos d'incomprensió i rebuig davant les possibles diferències.

Durant el part, la funció primordial és el paper que desenvolupa la partera i la família en la presa de decisions. En aquest precís moment és on sorgeixen conflictes amb les normes hospitalàries pel que fa a la vestimenta usada i a les pautes alimentàries específiques, preferències en el sexe de l'assistent del part, ús de l'analgèsia epidural, vivència i percepció del part medicalitzat, cures tradicionals del nadó, etc.

En l'última fase de tot el procés, el puerperi, és detecta en la població un menor compliment dels consells dietètics o terapèutics i presenten pitjors controls postneotals que la població autòctona, arribant a destinar un major ús de diferents pràctiques preventives o terapèutiques pròpies de la seva cultura ^(12, 13, 14).

Observant totes les mancances existents en el SNS en l'atenció a aquest col·lectiu, tot i que s'afronta aquest fet amb diferents estratègies, ha de ser objecte d'estudi el funcionament el sistema sanitari referent a l'atenció de l'embaràs en la dona magrebina.

1.1. Revisió bibliogràfica

Tenint en compte que el moviment migratori ha estat present al llarg de la història, els estudis que ens parlen concretament de la salut sexual i reproductiva en aquesta població són molt recents.

En la ciutat de València, un estudi realitzat sobre altes hospitalàries en població immigrant, destacava que els parts i avortaments van suposar entre octubre de 2001 i març de 2003 el 27,1% de totes les altes, i el diagnòstic més freqüent van ser les complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi ⁽¹⁵⁾.

Un estudi publicat l'any 2005, on es realitza una comparativa de la població marroquí i la llatinoamericana atesa a Madrid, obté com a resultat una deficient qualitat sobre la salut sexual i reproductiva per part del col·lectiu femení marroquí debut a les desigualtats socials que pateixen i les diferents mancances ⁽¹²⁾.

Nombrosos estudis publicats en els últims 7 anys, tenint com a únic focus d'estudi la dona magrebina a Espanya i diferents variables a tenir present sobre la salut reproductiva, han identificat com a principal factor desfavorable en l'atenció a aquesta població les dificultats lingüístiques ^(16, 17). Aquestes no només són relacionades per les diferències idiomàtiques o culturals sinó que també amb els factors socials, familiars i econòmics d'aquest col·lectiu ^(18, 19).

Segons un estudi del 2013, tot i que la qualitat de la sanitat espanyola ofereix unes amplies avantatges en la població immigrada, disminuint la morbimortalitat materna i neonatal comparat amb el país d'origen, es manifesten discrepàncies amb la concepció socio-cultural interioritzades del lloc d'origen en la població magrebina ⁽²⁰⁾.

En l'actualitat, els estudis sobre la salut de les dones immigrants són escassos, tot hi existint mancances d'informació en certs aspectes de salut reproductiva. No obstant les investigacions realitzades ens mostren l'existència de dèficit i desigualtats pel que fa a les dones autòctones que comporten: alta natalitat, embarassos no desitjats, més riscos i unes majors xifres de morbiditat materno-infantil en l'embaràs i part.

1.2. Justificació

La importància del flux migratori que s'ha experimentat a nivell mundial i molt més freqüent en certs països durant les últimes dècades, afecta de forma directa en l'ús dels Serveis Sanitaris. Tot i el creixement de la població, la sanitat pública no ha patit un creixement equivalent per compensar l'augment de demanda en salut ⁽⁵⁾. Aquest fet té una repercussió a nivell assistencial, tant als professionals sanitaris com en la conducta davant aquest continu canvi en la població.

Davant aquesta problemàtica on s'origina una desigualtat d'atenció en una mateixa societat, s'estan transgredint drets reconeguts per a tot ésser humà. Segons la Declaració dels Drets Humans, en l'article 22, es fa menció sobre l'accés universal als serveis de salut ⁽²¹⁾. D'altra banda, com s'ha esmentat anteriorment, a Espanya es va incloure el dret a l'assistència sanitària amb igualtat de condicions que els espanyols ⁽³⁾.

Quan englobem un procés tan concret com l'embaràs de la dona, on és més que evident la protocol·lització que hi ha en tot el procediment, ha de ser qüestionat si tota pràctica realitzada està adequada a un context intercultural i observar a quin nivell s'integra aquest concepte. Des del punt de vista dels especialistes en l'obstetrícia, l'atenció al part és un punt clau de tot el procediment tant a nivell professional, com personal i de gestió de recursos ⁽⁸⁾.

Analitzant tots reptes que se'ns planteja a nivell sanitari i com ha futurs professionals, hem de ser autosuficients per aplicar diferents estratègies per fer front a la realitat que se'ns presenta. Valorant aquests antecedents és justificació suficient per dur a terme aquest estudi i contemplar les existents mancances.

2. Objectius

- Identificar els principals reptes plantejats en el Sistema Nacional de Salut (SNS) en l'àmbit de l'atenció a l'embaràs a la dona magrebina a través de la revisió de la literatura.

Els objectius específics són:

- Descriure les diferències culturals presents en la dona magrebina durant el procés de l'embaràs.
- Identificar les diferències en la dona magrebina en l'atenció a l'embaràs a Espanya.
- Descriure el perfil de la dona magrebina que assisteix al SNS en l'etapa de l'embaràs a Espanya.
- Identificar les problemàtiques existents en SNS en l'atenció a l'embaràs en la dona magrebina a Espanya.

2.1. Preguntes de recerca

En relació a la recerca realitzada prèviament, es van plantejar les següents preguntes de recerca:

1. Existeixen diferències culturals durant el procés de l'embaràs?
2. Quines diferències detecten en els centres sanitaris d'Espanya en l'atenció a la dona magrebina durant el procés de l'embaràs?
3. Quin és el perfil de població que assisteix al SNS?
4. Quines problemàtiques s'han detectat en el SNS en l'atenció d'aquest col·lectiu?

3. Metodologia

3.1. Disseny

En aquest treball es va realitzar una revisió bibliogràfica sobre l'atenció a l'embaràs en contextos interculturals. Aquesta revisió es tracta d'un estudi observacional, descriptiu simple i transversal. La revisió es va dur a terme a l'Escola Superior de Ciències de la Salut del Tecnocampus Mataró-Maresme des del gener fins al maig de 2016.

3.2. Població d'estudi

La població d'estudi va ser aquells articles que tractaven el tema sobre l'atenció de l'embaràs en la dona magrebina a Espanya.

3.3. Criteris d'inclusió i d'exclusió

Per acotar la cerca i evitar possibles errors, es van definir uns criteris d'inclusió i d'exclusió que facilitaran la troballa d'articles:

- Els criteris d'inclusió que s'utilitzaran són:
 - o En llengua anglesa, espanyola i/o catalana.
 - o S'hi inclouran revisions, tesis doctorals i articles.
 - o Centrats en els professionals pertanyents al SNS.
- Els criteris d'exclusió que s'utilitzaran són:
 - o En llengües estrangeres que no estiguin especificades en els criteris d'inclusió.
 - o Articles referents a professionals no pertanyents al SNS.

3.4. Selecció de la mostra

La mostra principal d'aquest estudi van ser tots aquells articles que complien els criteris d'inclusió.

3.5. Variables d'estudi

Les variables escollides per aquest estudi, les vam classificar de dues formes:

- Segons les característiques formals de l'article com data de publicació, base de dades en la que s'ha obtingut l'article, lloc publicació, tipus d'estudi i instant del procés de l'embaràs que en parlen.

- Tenint en compte el contingut dels articles fent referència a diferències culturals, diferències en el seguiment de l'embaràs, perfil de pacient i problemàtiques existents en el SNS.

3.6. Estratègies de Cerca

L'obtenció de dades es va realitzar mitjançant la cerca en les següents bases de dades i fonts bibliogràfiques: Scielo, Cuiden, Cuidatge, BVSsalud, Lilacs, PubMed, TDX, Cochrane, Tripdatabase i Elsevier.

Les paraules clau que es van utilitzar van ser: delivery, prenatal care, parturition, pregnancy, labor i Maghreb, definides a partir del tesaure MESH, i aplicant un mètode d'anàlisi realitzat a través d'operadors booleans com AND i OR. A la resta de bases de dades van ser utilitzades les paraules clau: atenció al part, part, embaràs, gestació i dona magrebina.

3.7. Instruments de mesura

En aquest tipus d'estudi no es va dur a terme cap tipus d'instrument de mesura.

3.8. Anàlisi de dades

Com a instrument d'anàlisi de dades es va elaborar una taula on es va introduir la informació procedent de cada article, d'acord amb els objectius i les variables plantejades. Aquesta taula es va elaborar amb Microsoft Office Excel. Pel que fa al procés analític del contingut, es va desenvolupar un anàlisi categorial temàtic per sistematitzar el conjunt de les dades, encarant així la resposta a les principals preguntes de recerca.

3.9. Aspectes ètics

Pel que fa als aspectes ètics, asseguro la correcta citació de les fonts així com el tracte fidedigne de les dades.

3.10. Limitacions

Les limitacions d'aquest treball va ser el fet de no estar tot publicat i/o digitalitzat i a l'abast i la diversitat idiomàtica de les publicacions científiques i que fossin articles publicats entre els anys 2005 i 2015.

4. Cronograma

SETEMBRE							OCTUBRE							NOVEMBRE						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D	DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D	DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D
	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4							1
7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
28	29	30					26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29
														30						
DECEMBRE							GENER							FEBRER						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D	DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D	DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D
	1	2	3	4	5	6					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	31	29						
MARÇ							ABRIL							<ul style="list-style-type: none"> Elecció tema Planificació treball Entrega sol·licitud TFG Registre TFG Recerca bibliogràfica Tutories Introducció Objectius Metodologia Rectificacions Entrega memòria de seguiment/final Tribunal de seguiment/final Resultats Discussió Conclusions Preparació Power Point 						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D	DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D							
	1	2	3	4	5	6					1	2	3							
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10							
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17							
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24							
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30								
MAIG							JUNY													
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D	DL	DM	DC	DJ	DV	DS	D							
						1			1	2	3	4	5							
2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12							
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19							
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26							
23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30										
30	31																			

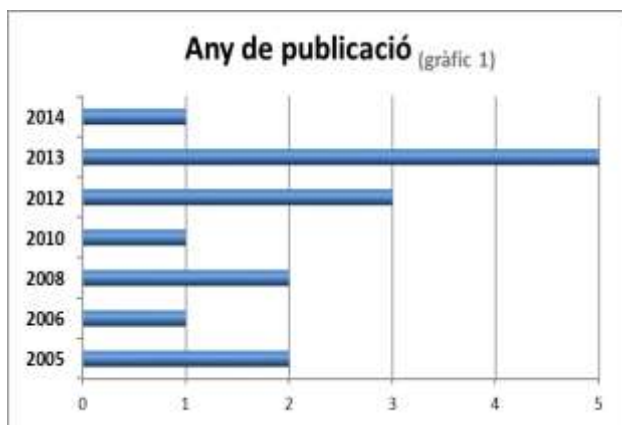
5. Resultats

5.1. Anàlisi formal dels articles

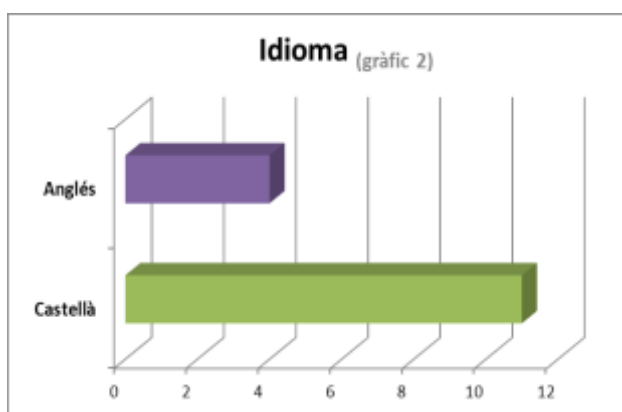
S'han seleccionat 15 articles que complien els criteris d'inclusió i exclusió i que conformaren la mostra final (*taula 1*).

Títol	Autor	Lloc i data publicació	Base de dades/Font bibliogràfica	Tipus d'estudi	Fase de l'embaràs
Impacto sociosanitario de la migración en las mujeres magrebíes y latinoamericanas en Madrid ⁽¹²⁾ .	Acevedo.	Cuba, 2005	Scielo	Descriptiu	Embaràs
La atención a la salud reproductiva de las mujeres marroquíes: análisis cualitativo desde la perspectiva de género ⁽¹⁷⁾ .	Ugarte.	Espanya, 2013	Cuiden	Fenomenologia	Embaràs
Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares ⁽¹⁸⁾ .	Morera, et al.	Espanya, 2012	Scielo	Descriptiu	Embaràs
Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí ⁽²⁰⁾ .	Raga	Espanya, 2013	Cuiden	Fenomenologia	Embaràs, part i puerperi
Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes ⁽²²⁾ .	García, et al.	Espanya, 2008	Elsevier	Descriptiu	Part
Diferencias en la atención multicultural del parto en las mujeres inmigradas ⁽²³⁾ .	Ortiz, et al.	Espanya, 2014	Cuiden	Descriptiu	Embaràs i part
Pregnancy outcome and delivery in Spanish and migrant women: an ecological approach ⁽²⁴⁾ .	Bernis, et al.	Polònia, 2013	Scielo	Descriptiu	Part
Control de gestación en inmigrantes ⁽²⁵⁾ .	de la Torre, et al.	Espanya, 2006	Scielo	Descriptiu	Embaràs i part
Indicadores de salud reproductiva y perinatal en mujeres inmigrantes y autóctonas residentes en Cataluña y en la Comunitat Valenciana (2005-2006) ⁽²⁶⁾ .	Río, et al.	Espanya, 2010	Scielo	Descriptiu	Part

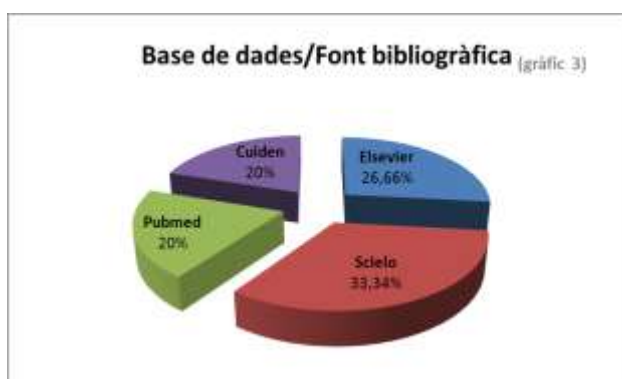
Inadequate prenatal care and maternal country of birth: a retrospective study of southeast Spain ⁽²⁷⁾.	Martínez, et al.	Irlanda, 2012	Pubmed	Descriptiu	Embaràs i part
Atención al embarazo en mujeres africanas inmigrantes. Percepción de las matronas de asistencia primaria ⁽²⁸⁾.	Goberna, et al.	Espanya, 2005	Elsevier	Observacional	Embaràs
Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante ⁽²⁹⁾.	Manzanares, et al.	Espanya, 2008	Elsevier	Descriptiu	Embaràs i part
Neighborhood Inequalities in Adverse Pregnancy Outcomes in an Urban Setting in Spain: A Multilevel Approach ⁽³⁰⁾.	García, et al.	EEUU, 2012	Pubmed	Descriptiu	Part
The migration process as a stress factor in pregnant immigrant women in Spain ⁽³¹⁾.	Pérez, et al.	EEUU, 2013	Pubmed	Descriptiu	Embaràs, part i puerperi
Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente ⁽³²⁾.	Valverde, et al.	Espanya, 2013	Elsevier	Descriptiu	Embaràs i part



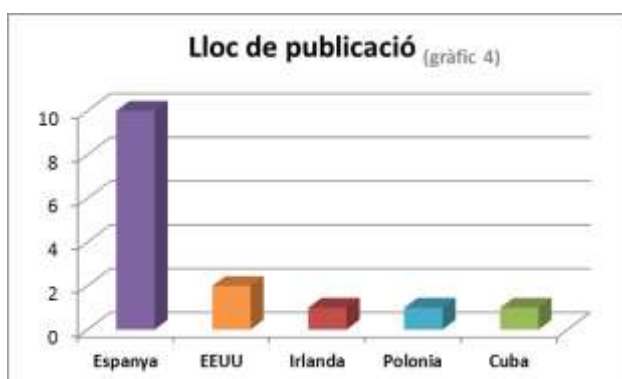
Segons l'**any de publicació**, es va obtenir una mostra d'un 6,66% (1 article) referent als article publicats l'any 2006, el mateix percentatge que els anys 2010 i 2014. Un 13,34% (2 articles) corresponia als percentatges obtinguts publicats a l'any 2005, idèntic que l'obtingut l'any 2008. Les publicacions durant l'any 2012 representaven un 20% (3 articles) i per últim un 33,4% (5 articles) a l'any 2013 (*gràfic 1*).



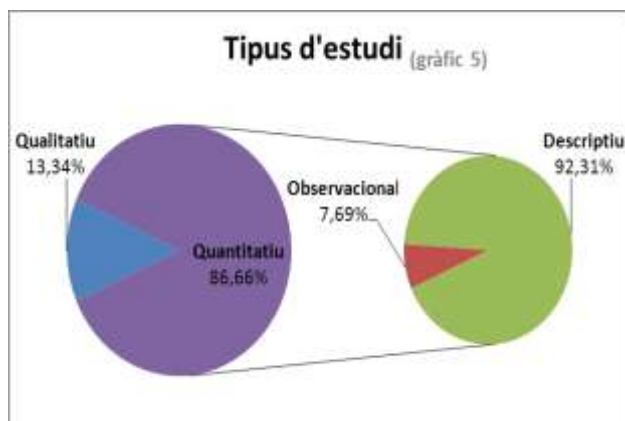
Referent a l'**idioma de publicació**, un 26,66% (4 articles) corresponien als articles publicats en anglès i un 73,33% (11 articles) en castellà (*gràfic 2*).



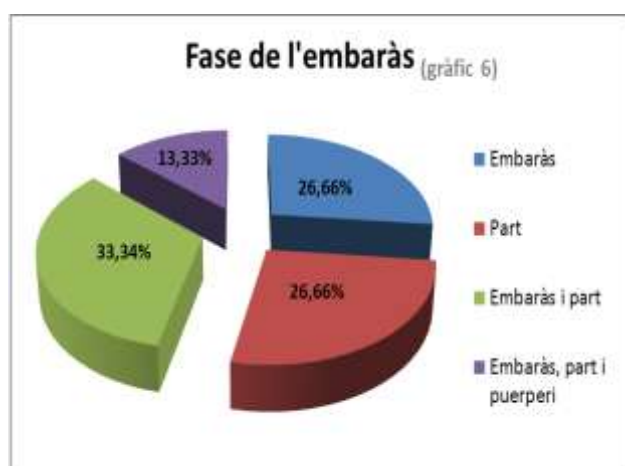
Segons les publicacions que es van realitzar a les **bases de dades i fonts bibliogràfiques**, un 20% (3 articles) pertanyen a Pubmed, un 26,66% (4 articles) pertanyen a Elsevier, un 20% (3 articles) correspon a Cuiden i la resta de publicacions representaven un 33,34% (5 articles) corresponien a Scielo (*gràfic 3*).



Segons el **país de publicació**, un 66,66% (10 articles) dels estudis pertanyia a Espanya. Tant a Irlanda, Polònia i Cuba representaven un 6,67% (1 article) cadascun i un 13,33% (2 articles) dels articles publicats a EEUU (*gràfic 4*).



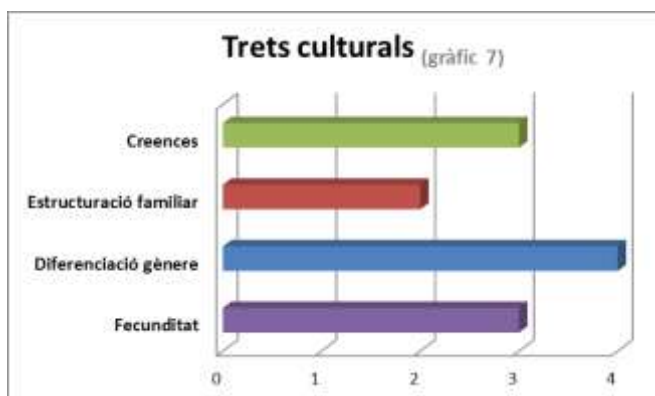
Segons el **tipus d'estudi**, els articles es classificaven en un 13,34% (2 articles) pel que fa estudis qualitius i un 86,66% (13 articles) pel que fa als estudis quantitius. Dins dels quantitius, el 7,69% (1 article) pertany a un estudi de tipus observacional i el corresponent 92,31% (12 articles) a estudis de tipus descriptiu (gràfic 5).



Per últim, tenint en compte en la **fase de l'embaràs** que tracte cadascun dels articles, un 26,66% (4 articles) correspon al període d'embaràs, el mateix percentatge d'articles que tracten l'instant del part. Un 33,34% (5 articles) parlen tant de l'etapa de l'embaràs com del part i un 13,33% (2 articles) correspon a articles que tracten sobre tot el procés (embaràs, part i puerperi) (gràfic 6).

5.2. Anàlisi del contingut

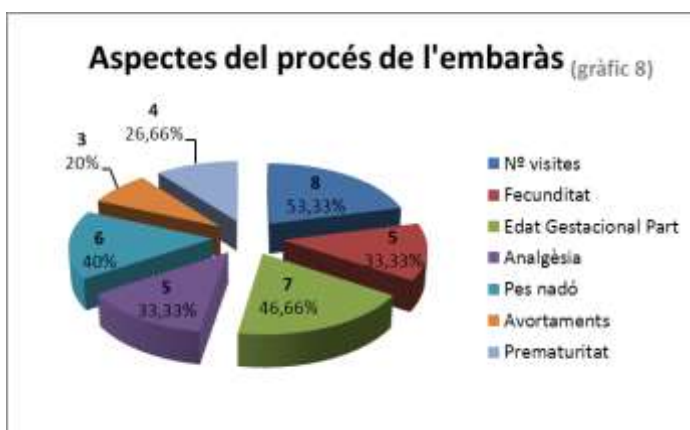
La importància de tenir en compte els **trets culturals** (gràfic 7) de la dona magrebina facilitada ens fa comprendre com ha de ser l'enfocament dels professionals. Tenint en compte diferents factors, 3 articles ^(20, 23, 32) esmenten la importància de la fecunditat, ja que el respecte en la societat en la cultura de la dona magrebina bé donada pel nombre de fills que concep.



D'altra banda no deixa de ser una població que manté els costums del seu país de procedència. En 2 dels articles ^(23, 32) fan menció sobre l'estructuració familiar (societat patriarcal), fet que podem relacionar estretament amb la diferenciació existent de gènere i contemplar un

posicionament de submissió que la dona magrebina desenvolupa en la seva cultura ^(17, 23, 25, 32). Aquesta desigualtat és visible a nivell sanitari, adoptant l'home una actitud de despreocupació de l'evolució de l'embaràs i no acudint als corresponents controls amb la dona.

En referència a l'entorn cultural, 3 dels articles ^(17, 20, 25) adverteixen sobre els aspectes culturals a tenir en compte a l'hora d'interaccionar amb aquesta població. Un clar exemple en la religió musulmana sorgeix en la tradició del ramadà, fet que afecta en els seus hàbits alimentaris i repercuteix en el procés de l'embaràs de la dona. Dita pràctica transcendeix tant a nivell de controls prenatals com al probable incompliment del pla terapèutic. D'altra banda la vivència de l'embaràs com un fet natural és tret comú en aquest col·lectiu, deixant en mans de la voluntat divina el seu desenllaç.



Tenint en compte totes les **fases de l'embaràs** (gràfic 8) i els diferents processos que es realitza, trobem que 8 dels articles ^(17, 20, 23, 25, 27-29, 32) de la mostra final obtenen un registre del nombre de visites dels controls prenatals d'aquest col·lectiu, que comparats

amb la població autòctona s'observa un menor nombre de visites realitzades.

Cal remarcar que certs articles ^(25, 27, 29) fan menció sobre l'edat gestacional a la qual realitzen la primera visita, sent aquest primer control en un període avançat de la gestació (15-18 setmana gestacional (SG)) i presentant un risc que afectarà l'evolució d'aquest embaràs.

Degut als trets culturals que presenten, 5 dels estudis ^(12, 18, 22, 25, 27) han trobat de gran rellevància tenir en compte la fecunditat (primípara o múltipara) de la dona sent més freqüent la multiparitat. Malgrat que aquest resultat no poden ser corroborats per xifres en els estudis, poden afirmar que una petita proporció dones d'aquest col·lectiu conceben el seu primer fill en la població de procedència.

Profunditzant més dins el procés de l'embaràs, específicament en l'instant del part, diferents articles donen importància a certs aspectes. Pel que fa a la medicalització i més concretament a la utilització d'anestèsia epidural, 5 dels articles ^(20, 22, 23, 29, 32) han detectat en els seus estudis una menor utilització d'aquest medicament comparat amb la població nativa degut a que culturalment viuen aquest procés com un fet natural.

L'edat gestacional en el moment del part és una de les dades més significatives que tracten en 7 dels articles ^(20, 24-27, 29, 31), obtenint resultats similars a la població autòctona (39 SG). No obstant, tot i que aquest col·lectiu presenta una major paritat, s'ha observat que presenten menors taxes de prematuritat ^(24-26, 29).

Respecte als diferents registres que es realitzen en la sala de parts, 6 dels articles ^(22, 24, 25, 26, 29, 30) troben de gran rellevància l'enregistrament que es realitza sobre el pes del nadó en el moment del naixement. Aquests conclouen que les xifres en aquesta població són superiors (3,300 ± 500g) a la resta de grups que inclouen en els estudis. Considerant que acudeixen a un menor nº de visites i presenten una menor taxa de prematuritat, els casos de mortalitat fetal en les gestants són menors ⁽²⁹⁾. Una dada important a tenir present en tot aquest procés i que 3 dels articles ^(12, 22, 31) fan menció està relacionat amb l'avortament, sent aquesta xifra igual o superior que en la població autòctona degut a la multiparitat.

Els diferents estudis que representen la mostra final, descriuen trets sobre el **perfil de la dona magrebina** (gràfic 9) des de diferents perspectives. Un dels factors a tenir present en l'enfocament de l'atenció sanitària és l'edat, per tal de realitzar una correcta adequació de les cures. Referent la mitjanada d'edat d'aquest col·lectiu 7 dels articles ^(18, 22, 23, 26, 29, 30, 32) coincideixen en que el perfil de la dona magrebina en el moment que concep el seu primer fill sol transcórrer en l'etapa de l'adolescència.

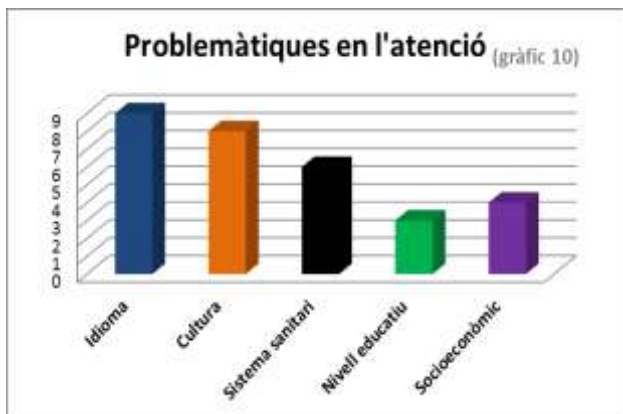


Tenint en compte l'influència de la fecunditat i la fertilitat de la dona a nivell social, 4 dels articles ^(12, 18, 22, 31) especifiquen que la mitjana de fills que es dona en aquesta població sol ser de 2 fills, contemplant que en la dona magrebina és recurrent la multiparitat i sent aquesta taxa més elevada que en la població autòctona.

Malgrat que en aquest col·lectiu es presenten unes dificultats en l'accés educatiu en el país de procedència, 5 dels articles ^(18, 20, 23, 30, 32) han percebut l'alt percentatge de dones que es troba sense estudis o amb un baix nivell educatiu.

Considerant que en aquesta població trobem un alt percentatge en situació activa a nivell laboral i que majorment es troben en circumstàncies d'irregularitat, 3 dels articles ^(18, 20, 29) observen que la majoria de dones es troben exercint en llocs de treball no remunerats.

Tot i que estem en un país on com hem pogut veure anteriorment el moviment migratori és present fa dècades, en el SNS existeix un continu de dificultats, arribant a ser una **problemàtica en l'atenció sanitària** (gràfic 10). En els diferents obstacles sorgits cal destacar que 9 articles ^(17, 18, 20, 22, 23, 25, 28, 29, 32) tracten la barrera idiomàtica i les dificultats en la



comunicació pacient-professional, sent aquest un impediment en l'obtenció d'informació i un dels principals motius de l'absentisme en les visites per part d'aquesta població.

A partir 6 articles ^(17, 18, 22, 25, 29, 32) queda definida la dificultat existent a l'accés al Sistema Sanitari degut al propi desconeixement del circuit i del seu funcionament, fet que 4 articles ^(17, 23, 27, 32) relacionen aquest amb el baix nivell educatiu del que disposen. Les dificultats per acudir als centres mitjançant el transport públic també són un dels aspectes que cal contemplar com un pretext en les barreres d'accés ⁽¹⁷⁾.

Estretament vinculat al desconeixement del funcionament del SNS, 8 dels articles ^(17, 18, 20, 22, 25, 26, 27, 32) hi relacionen els trets culturals. Les dones magrebines viuen l'embaràs com un procés natural que no requereix medicalització, per tant tenen una concepció tradicional del succés, tractant-se d'un estat de salut i no d'una malaltia que requereix d'un control.

En 2 articles ^(17, 20) a més de donar importància a la diferenciació cultural existent, hi destaquen el comportament discriminatori per part dels professionals (etnocentrisme). No obstant, en els últims anys han anat disminuint els casos d'actituds discriminatòries per part del personal sanitari ⁽²⁰⁾.

Per últim a destacar, 4 dels articles ^(17, 20, 25, 29) tenen en compte l'influència del factor socioeconòmic, també estretament relacionat amb l'accés als serveis sanitaris. Degut a la situació d'irregularitat que afecta a nivell laboral, no acudeixen a la sanitat a causa de la incompatibilitat horària i/o la necessitat econòmica. També cal tenir en compte que en molts dels casos no disposen d'un recolzament familiar ni social amb qui deixar els seus fills.

6. Discussió

Després d'analitzar i sistematitzar tota la informació rellevant continguda en els articles seleccionats, s'ha generat un volum de dades significatiu. Aquest ha estat classificat a través d'un anàlisi categorial temàtic del qual s'han després 4 àrees principals d'anàlisi.

Dimensió analítica 1: Trets culturals de la dona magrebina presents durant el procés de l'embaràs.

Com a tret característic en la cultura magrebina Raga ⁽²⁰⁾, Ortiz, et al ⁽²³⁾ i Valverde ⁽³²⁾ contemplen en els seus estudis que en les societats del país de procedència el respecte que la dona rep es basa en gran mesura en el nombre de fills que concep, obtenint així uns resultats de **fecunditat** més elevats. En l'article de Raga ⁽²⁰⁾ s'incorpora el concepte de la fertilitat com un component molt important a nivell social degut a aquest fet.

En els estudis de Ortiz, et al ⁽²³⁾ i Valverde ⁽³²⁾ la importància de viure amb una societat on la seva estructura es basa en el **patriarcat** és un factor determinant en la dona. El terme patriarcat ha sigut utilitzat en l'antropologia i sociologia per descriure una situació de distribució desigual del poder entre homes i dones, en la qual els homes tenen preeminència en un o diversos aspectes com ara l'autonomia personal en les relacions socials, la participació en l'espai públic -polític o religiós- o l'atribució d'estatus a les diferents ocupacions d'homes i dones determinades per la divisió sexual del treball.

En aquest mateix sentit Ugarte ⁽¹⁷⁾ percep mitjançant un estudi qualitatiu basat en entrevistes als professionals i els mediadors l'actitud passiva i submisa de la dona magrebina, relacionant l'estructuració familiar que es presenta en la seva societat (patriarcat) juntament amb l'ideal dels professionals de la medicina com ha un ésser superior e inaccessible.

En el seu article, Ortiz, et al ⁽²³⁾ afirma l'estreta relació de l'estructuració del patriarcat amb la **desigualtat de gènere** existent en la dona magrebina. De la Torre, et al ⁽²⁵⁾ i Valverde ⁽³²⁾ reiteren la gran influència que pot arribar a tenir el poder dominant de l'home amb l'expressió i/o comunicació de la dona.

Seguint en la mateixa línia de l'estructuració familiar, en les **creences** d'aquesta població Ugarte ⁽¹⁷⁾ a través de les entrevistes, detecta el pes que representa la família i les pròpies costums com a factors molt importants a l'hora de valorar el seguiment dels consells sanitaris.

Raga ⁽²⁰⁾ té present en el seu article el component de fatalisme existent en la religió musulmana, degut a que en la seva cultura deixen en mans de la voluntat divina el desenllaç del procés de l'embaràs i el part. A més en el seu l'estudi hi remarca la dificultat de la dona magrebina en tractar obertament els temes sexuals, arribant a considerar-se tabús inclòs en les consultes mèdiques. D'altra banda específica com a tret característic la falta del marit en el moment del part, tornant així a tenir present un exemple de l'afectació del patriarcat en la dona juntament amb una tendència familiar molt habitual pel que fa al no expressar satisfacció pel nouvingut, considerant aquest gest com una possible atracció de l'atenció d'algun mal esperit.

A més Ugarte ⁽¹⁷⁾ i com ja ha descrit anteriorment Raga ⁽²⁰⁾, especifiquen sobre cultura de la dona magrebina la concepció del procés de l'embaràs com un procés natural que no requereix medicalització.

Gràcies als estudis de Raga ⁽²⁰⁾ i de la Torre, et al ⁽²⁵⁾ es detecta la tradició del ramadà com una pràctica influent en els hàbits alimentaris i a tot el procés de l'embaràs.

Dimensió analítica 2: Seguiment durant el procés de l'embaràs.

En els estudis realitzats per Ugarte ⁽¹⁷⁾, Raga ⁽²⁰⁾, Ortiz, et al ⁽²³⁾, de la Torre, et al ⁽²⁵⁾, Martínez, et al ⁽²⁷⁾, Goberna, et al ⁽²⁸⁾, Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ i Valverde ⁽³²⁾ es descrit per part dels professionals sanitaris la falta d'assistència per part d'aquest col·lectiu als **controls prenatal**s establerts en el programa de seguiment de l'embaràs. La falta d'adhesió als controls té com a conseqüència l'absència continua i la difícil incorporació dels consells de salut en els estils de vida de les gestants, també remarcant que segons el grau d'integració en el país d'acollida ⁽¹⁷⁾ equival proporcionalment a un major o menor compliment dels consells sanitaris. Malgrat tots aquests aspectes, les dones magrebines són la població que acudeix a la primera consulta mèdica amb un estat de l'embaràs més avançat (15 ⁽²⁷⁾, 17 ⁽²⁹⁾ i 18 ⁽²⁵⁾ SG).

Raga ⁽²⁰⁾ especifica en el seu estudi que en aquest col·lectiu acostuma a seguir els comportament i cures que dictamina la tradició del seu país de procedència. No obstant, un grup minoritari segueix els consells mèdics i els seus respectius controls.

Tenint present l'afectació de la **fecunditat** d'aquest col·lectiu a nivell social, cal tenir en compte que García, et al ⁽²²⁾ especifica en el seu estudi la multiparitat com a succés recurrent en aquesta població, tot i així sent associat amb un menor risc obstètric.

Acevedo ⁽¹²⁾ descriu en la població analitzada, el 50% (48 dones) de les magrebines han concebut el seu primer fill un cop han migrat a Espanya. A diferencia Morera, et al ⁽¹⁸⁾, de la

Torre, et al ⁽²⁵⁾ i Martínez, et al ⁽²⁷⁾ parlen en termes de la fecunditat sent una taxa major que en l'autòctona.

En l'estudi realitzat per Bernis, et al ⁽²⁴⁾ es desenvolupa un registre de la **setmana gestacional (SG)** en que es troba la dona magrebina en el moment del part, sent majoritàriament en aquesta població la que acudeix al part entre la 39-41 SG (67,6%, 35.737 dones). També hi destaca com la segona població amb menor taxa de prematuritat (per sota d'Espanya i per sobre de Sud-Àfrica i Est-Europa). En canvi Río, et al ⁽²⁶⁾ conclou que la majoria de dones presentaven igual o superior a 37 SG, tot i que presentaven una menor proporció de naixements amb baix pes comparats amb la població espanyola i un menor taxa de prematuritat. En els estudis de Martínez, et al ⁽²⁷⁾, Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ i Pérez, et al ⁽³¹⁾ descriuen la mitjana de la dona magrebina en 39 SG.

De la Torre, et al ⁽²⁵⁾ contempla en aquest col·lectiu que els resultats relacionats amb la multiparitat no estan associats a una major taxa de prematuritat. En canvi Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ va detectar en les gestants una taxa de mortalitat fetal 3 vegades superior al grup de gestants espanyoles, malgrat presentar una menor taxa de prematuritat.

Tot i tenir present tots aquests índexs (mortalitat fetal i prematuritat) Raga ⁽²⁰⁾ hi destaca en el seu article les dones magrebines sent la població que mes retarda el seu ingrés en l'hospital en el moment del part.

Referent a la utilització de medicalització durant el procés de treball de part, específicament parlant de la utilització de **l'anestèsia l'epidural** Raga ⁽²⁰⁾, García, et al ⁽²²⁾, Ortiz, et al ⁽²³⁾, Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ i Valverde ⁽³²⁾ coincideixen en l'existència d'una menor demanda d'aquest medicament per part d'aquest col·lectiu degut a la vivència del procés com un fet natural. Tot i així ⁽²²⁾ la taxa d'utilització d'analgèsia ha anat augmentant en els últims anys, arribant a unes xifres similars a la població autòctona.

Seguint el transcurs del part, en l'article de García, et al ⁽²²⁾ realitza un registre de la mitjana de **pes del nadó**, arribant als $3.214,0 \pm 611,7\text{gr}$ en la dona magrebina, sent superior però no significatiu amb la població l'autòctona ($3.155,8 \pm 546,9\text{gr}$). Bernis, et al ⁽²⁴⁾ extreu en el seu estudi que els nens nascuts de dones magrebines tenen la major mitjana de pes al néixer 3.368gr comparats amb els altres grups d'estudi (espanyola, sud-africana i est-europea). De la Torre, et al ⁽²⁵⁾ obté com a resultat una mitjana de 3.385gr , sent la segona més alta comparat amb la resta de grups (per sota de l'afrocaribenya i per sobre de caucàsiques, asiàtiques,

subsaharianes i sud-americanes). Río, et al ⁽²⁶⁾ obté com a mitjana 3.408gr, la més alta comparada amb els altres grups d'estudi (espanyola, llatinoamericana, subsahariana i est-europea). Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ descriu la mitjana de pes del nadó en 3.312 ± 519 gr, sent superior que a la població l'autòctona (3.261 ± 768 gr).

Una dada molt important que parla García, et al ⁽³⁰⁾ en el seu estudi és sobre la prevalença de baix pes en els nadons, sent menor en la població magrebina.

Tot i que en l'etapa de l'embaràs si contempen diferents períodes ben definits, l'**avortament** forma part de tot aquest procés. Acevedo ⁽¹²⁾ fa referencia que en aquesta població es presenta una tendència a majors valors mitjans en els avortaments ($0,7 \pm 1,2$), la qual no és significativa comparada amb la població llatinoamericana. També fa menció d'un alt percentatge (66,7%, 64 dones) de dones que han patit un o més avortaments naturals, mentre que un 29,2% (28 dones) han sigut provocats. En canvi Pérez, et al ⁽³¹⁾ obté resultats similars en el nombre d'avortaments, comparant la població magrebina amb l'autòctona. A diferencia, García, et al ⁽²²⁾ relaciona la multiparitat amb un menor risc obstètric, tot i així presentant un major número d'avortaments en aquest col·lectiu.

Dimensió analítica 3: Perfil de la dona magrebina.

Un dels aspectes a analitzar i tenir present és l'**edat** de la pacient, degut que és un dels factors principals a tenir en compte a l'hora de realitzar l'enfocament en l'atenció. Morera, et al ⁽¹⁸⁾ descriu la mitjana d'edat en la població magrebina en $28,4 \pm 6,4$ anys, no sent significativament diferent en la resta d'autors (García, et al ⁽²²⁾ $27,2 \pm 5,7$, Ortiz, et al ⁽²³⁾ $28,5 \pm 5,7$, Río, et al ⁽²⁶⁾ $27,9$, Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ $26,9 \pm 5,6$ i Valverde ⁽³²⁾ $28,5 \pm 5,7$). De fet García, et al ⁽³⁰⁾ descriu la mitjana d'edat entre 25-34 anys, tenint uns paràmetres menys precisos que a la resta d'estudis analitzats.

Tenint present la importància de la fecunditat en la cultura de la dona magrebina i que estudis concreten la multiparitat com un fet característic en aquesta població, la **mitjana de fills** que descriu Acevedo ⁽¹²⁾ en el seu article refereix a la població magrebina amb unes taxes de fecunditat superiors ($2,21 \pm 2,4$ fills per dona) a les descrites per la població espanyola (1,26 fills per dona), no sent molt diferents a les de Morera, et al ⁽¹⁸⁾ que conclou amb la mitjana 2 fills per dona. Referent a l'estudi García, et al ⁽²²⁾ obté com a mitjana $1,9 \pm 1,1$ fills per dona, sent major que en la població autòctona ($1,6 \pm 0,7$ fills). En canvi Pérez, et al ⁽³¹⁾ referent a la mitjana de fills obté 1,53 fills per dona, sent lleument més elevada que l'espanyola 1,43 fills.

Tenint present que aquest col·lectiu es troba amb unes dificultats en l'accés a **l'educació** en el seu país de procedència, García, et al ⁽³⁰⁾ detecta en el seu estudi uns alts nivells d'analfabetisme. No obstant, Morera, et al ⁽¹⁸⁾ observa en els seus resultats un elevat percentatge de dones sense estudis (28,9 %, 17 dones), fet que també recolzen Raga ⁽²⁰⁾, Ortiz, et al ⁽²³⁾ i Valverde ⁽³²⁾.

Malgrat que la majoria de les dones presenten uns anys d'assentament en Espanya, Morera, et al ⁽¹⁸⁾, Raga ⁽²⁰⁾ i Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ detecten que una major part de les gestants es troben en estat actiu a **nivell laboral** tot i no estar en treballs remunerats, majorment degut a trobar-se en la situació d'irregularitat.

Dimensió analítica 4: Problemàtiques sorgides en el SNS en l'atenció a la dona magrebina.

Una de les problemàtiques més esmentades en els diferents articles i segurament la principal, on sorgeixen les primeres dificultats és amb l'**idioma**. Ugarte ⁽¹⁷⁾, Morera, et al ⁽¹⁸⁾, Raga ⁽²⁰⁾, García, et al ⁽²²⁾ Ortiz, et al ⁽²³⁾, de la Torre, et al ⁽²⁵⁾, Goberna, et al ⁽²⁸⁾, Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ i Valverde ⁽³²⁾ fan referència al idioma com una barrera en l'abordatge de l'atenció a aquest col·lectiu, arribant a ser una dificultat comunicativa per la difusió i obtenció d'informació.

Al respecte, Ugarte ⁽¹⁷⁾ relaciona a l'acompanyant (marit, germana, mare, amigues o sogre) amb el paper de mediador e identifica com una de les causes de l'absentisme a les cites programades el pretext de tenir que acudir soles. Malgrat existir aquestes barreres, molts dels centres no disposen de recursos (tríptics, revistes,...) per poder pal·liar la diferència idiomàtica. En canvi, en el seu article hi destaca a les dones coneixedores del idioma espanyol com col·lectiu complidor dels plans terapèutics.

En el mateix àmbit, Morera, et al ⁽¹⁸⁾ hi destaca en el seu article la barrera idiomàtica com ha problemàtica en el desenvolupament del seu estudi.

Davant les dificultats que es presenten a nivell **d'accés al sistema sanitari**, Ugarte ⁽¹⁷⁾, Valverde ⁽³²⁾ i les gestants que formen part dels estudis, relacionen el desconeixement de l'estructura i el funcionament del Sistema Sanitari com a un obstacle pel seguiment de les cites de control. No obstant, Morera, et al ⁽¹⁸⁾, García, et al ⁽²²⁾ i de la Torre, et al ⁽²⁵⁾ i Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ vinculen aquest desconeixement amb els factors culturals, derivats d'una concepció diferent del Sistema Sanitari per part d'aquest col·lectiu.

Fent referència a les barreres sorgides pel **nivell educatiu** adquirit per d'aquesta població, Ugarte ⁽¹⁷⁾ relaciona la dificultat d'accés a l'educació com a principal causa del desconeixement sobre les cures corresponents durant el període de l'embaràs. La vivència d'aquest succés com un fet natural, implica l'incompliment de cures pertinents durant aquest procés i obtenint com a resultat una repercussió directe tant en la salut mare com en la del nadó.

Al respecte, Ortiz, et al ⁽²³⁾, Martínez, et al ⁽²⁷⁾ i Valverde ⁽³²⁾ afegeixen l'influència de presentar un baix nivell educatiu en aspectes de l'atenció sanitària com: control i seguiment de l'embaràs, educació sanitària pre i post-part, dificultat d'integració, barreres idiomàtiques i diferències culturals.

La **cultura** de la dona magrebina no deixa de ser un fet també present en tota l'etapa i a l'hora una barrera més en l'atenció sanitària. En els estudis de Ugarte ⁽¹⁷⁾ i Raga ⁽²⁰⁾ parlen de la diferència de la percepció del procés de l'embaràs en la dona magrebina, sent aquest succés concebut com un procés natural que no requereix medicalització. D'aquesta forma es pot visualitzar aquest procés d'una perspectiva més tradicional, tenint present com a un estat de salut el qual no requereix d'un control ja que no existeix malaltia.

Aquest dos autors analitzen en els seus estudis el posicionament etnocèntric dels professionals, transformant-se en una de les causes en les dones magrebines per no involucrar-se en la seva salut. No obstant, s'observa una clara disminució casos sobre actituds racistes per part dels professionals. Aquest fet, segons els mediadors interculturals ⁽¹⁷⁾, es podria pal·liar millorant la formació dels professionals en característiques culturals d'aquest col·lectiu, aspecte que en l'article de Goberna, et al ⁽²⁸⁾ troba de gran rellevància la formació realitzada per part de les matrones en l'atenció a dones procedents d'altres ètnies i cultures.

En els articles de Morera, et al ⁽¹⁸⁾, García, et al ⁽²²⁾, Río, et al ⁽²⁶⁾, Martínez, et al ⁽²⁷⁾ i Valverde ⁽³²⁾ identifiquen la diferenciació cultural existent com un altre factor causant del desconeixement del Sistema Sanitari.

Raga ⁽²⁰⁾ té un altre aspecte en compte i descriu les dificultats sorgides en la realització de l'exploració ginecològica ocasionades pel tipus d'indumentària de la dona magrebina, arribant a considerar-la poc apta per a una exploració àgil. Cal tenir en present que en la seva cultura la infertilitat es considerada com una gran problemàtica, arribant a donar-se un repudiament per part del marit i una repercussió a nivell social.

Com a pràctica en la religió musulmana, el ramadà es descrit per Raga ⁽²⁰⁾ i De la Torre, et al ⁽²⁵⁾ com una costum que repercuteix en els hàbits alimentaris de la dona, influenciant en controls prenatals i al possible incompliment del pla terapèutic.

Tenint present l'influència de l'economia a nivell social i en l'accés a la sanitat, l'obstacle **socioeconòmic** que ens descriu Ugarte ⁽¹⁷⁾ va relacionat amb la dificultat de la utilització de transport per qüestions econòmiques, degut a que moltes de les dones no disposen de transport propi ni de diners per realitzar el desplaçament i acaba convertint-se en un motiu de falta a les visites. Raga ⁽²⁰⁾ en canvi, afegeix amb el seu estudi la problemàtica per falta de recolzament per part familiar i social amb la que es troben, tenint l'inconvenient de no poder amb qui deixar els seus fills i sent aquest també un motiu de les faltes als controls.

Tot i això, De la Torre, et al ⁽²⁵⁾ i Manzanares, et al ⁽²⁹⁾ extreuen en els seus estudis les repercussions en la dona magrebina degut la seva situació d'irregularitat a nivell laboral, acabant per no acudir als centres sanitaris per incompatibilitat horària i per por a la pèrdua d'un dia del seu salari.

Un cop hem analitzat les quatre categories que conformen la discussió, és dona pas a respondre a les preguntes de recerca plantejades, a partir de les conclusions que extraiem del nostre estudi, desenvolupades en el següent punt.

7. Conclusions

L'embaràs representa una etapa molt simbòlica a diferents nivells en la dona magrebina. Com hem pogut veure, la cultura en aquest col·lectiu és un factor determinant durant tot el procés de l'embaràs. Observem a nivell social com la fecunditat i l'estructuració del patriarcat (pes familiar i dictamen de l'home) són dos punts claus i concloents en la presa de decisions en els diferents aspectes sanitaris (seguiment controls, compliments pla terapèutic, etc.), sense deixar de banda l'equivalent influència de les costums musulmanes com per exemple el ramadà.

Tenint present tots els trets culturals amb el corresponent pes que implica en l'atenció a l'embaràs, s'han detectat diferències significatives amb la població autòctona durant aquest procés. La baixa d'assistència als controls per part d'aquesta població i la realització d'aquest en un estadi avançat de l'embaràs són dos aspectes claus d'aquest procediment, produint-se un inadequat seguiment. Observem que la multiparitat és un succés molt recurrent en aquest

col·lectiu donada la importància de la fecunditat en la dona magrebina. Tanmateix, fa que s'obtinguin unes xifres superiors relacionades amb l'avortament en aquesta població comparades amb la població autòctona. Degut a la concepció cultural de la vivència de l'embaràs com a un fet natural, la utilització de l'anestèsia epidural en la dona magrebina és menor, tot i anar en augment en els darrers anys.

Com ha quedat evidenciat en alguns dels estudis, el perfil de pacient que acudeix a aquest servei per part d'aquest col·lectiu presenta una mitjana d'edat menor a la població autòctona, sent aquesta més jove. Reperent la importància de la fecunditat i el succés que comporta a la multiparitat en aquesta població, la mitjana de fills resulten ser més elevades. Realitzant una valoració del nivell educatiu que presenten les dones magrebines, les troballes afirmen la presència d'un alt nivell d'analfabetisme juntament amb un baix nivell educatiu, alhora es relaciona amb les dificultats que tenen per accedir a l'educació en el país de procedència. D'altra banda, malgrat que gran part d'aquesta població porten convivint anys en la nostra regió i la majoria estan en situació activa, degut a la situació d'irregularitat que presenten es senten desplaçats a realitzar treballs no remunerats.

Tot i ser una població amb anys de processos migratoris al nostre territori, el desconeixement de la llengua continua sent una problemàtica, transformant-se en una barrera idiomàtica en la difusió i l'obtenció d'informació. Pel que fa a les dificultats en l'accés sanitari, s'ha pogut observar l'estreta relació dels desconeixement del funcionament de Sistema Sanitari amb el baix nivell d'educació present en les dones magrebines, degut a les dificultats en l'accés a l'educació i sent un factor condicionant en la falta als controls. El concepte tradicional de l'embaràs en la cultura d'aquest col·lectiu és un dels principals influents en les discontinuïtats i absències de la dona en els respectius controls. Com ha quedat reflectit el posicionament socioeconòmic de la dona, tot i que presenten aquest perfil laboral, la manca de recolzament familiar i/o social juntament amb el factor econòmic es transformen en pretextos per la falta a les citacions unit a la por per la pèrdua econòmica que suposa l'assistència als controls.

La realització d'aquest estudi ens confirma la manca d'investigacions en aquest camp per tal de poder realitzar una millora en les intervencions per reduir els reptes en l'atenció a l'embaràs en el SNS. Tot i així, degut a les limitacions presents, els futurs estudis haurien de tenir en compte més besants per tal d'analitzar més profundament els diferents factors que interactuen i són generadors d'aquestes disparitats.

8. Implicació a la pràctica professional

Els resultats presentats en aquest estudi poden resultar rellevants per aquells professionals de la salut i/o professionals assistencials que centrin la seva atenció en el procés de l'embaràs.

Com hem pogut observar en cadascuna de les variables analitzades, existeixen diferències significatives en aquesta població comparada amb l'autòctona, sent així visible les diferents mancances per part del Sistema Sanitari i les dificultats en l'atenció a la dona magrebina (tant sorgides per part dels professionals com de les gestants). Per aquest motiu i com alguns estudis indiquen ^(17, 28), la formació dels diferents professionals d'aquest sector en l'atenció en altres ètnies i cultures deixaria de banda aquest enfocament etnocèntric encara present i disminuirien els diferents obstacles observats en aquest estudi. No obstant hem de tenir present que per part del pacient, observem actituds no modificables (cultura, creences, costums, etc.) en les quals no hi podem actuar però si contemplar-les.

9. Bibliografia

(1) Solé C i Izquierdo A. Integraciones diferenciadas: migraciones en Cataluña, Galicia y Andalucía. 1^o Ed. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial; 2005.

(2) Gil Araújo S, Atienza Azcona J, Herrera G, Malgesini G, Nyberg Sørensen N, Van Hear N i Engberg-Pedersen P. La migración un camino entre el desarrollo y la cooperación [Monografía a Internet]. Madrid: Centre d'Investigació per la Pau; 2005-[accés el 13 de gener del 2016]. Disponible a:
<http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Cohesi%C3%B3n%20Social/MIGRACION.pdf>

(3) Izquierdo M, Francisco Jimeno J i Lacuesta A. Los flujos migratorios en España durante la crisis [Monografía a Internet]. Espanya: Direcció General del Servei d'Estudis; 2014-[accés el 13 de gener del 2016]. Disponible a:
<http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEconomico/14/Sep/Fich/be1409-art5.pdf>

(4) INE. Población residente en España [seu Web]. Espanya: INE; 4 de desembre del 2015-[accés el 13 de gener del 2016]. Disponible a:
http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm

(5) Consell Nacional de Població. Algunos efectos de la migración internacional en los lugares de origen y destino [Monografía a Internet]. Espanya: Consell Nacional de Població; [accés 16

de gener del 2016]. Disponible a:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/intensidad_migratoria/pdf/Efectos.pdf

(6) Mora A. El Impacto de la inmigración en la transformación de la Sociedad española [Monografía a Internet]. Espanya: Departament de Sociologia i Antropologia Social, Universitat de València; 2011-[accés el 16 de gener del 2016]. Disponible a:
[https://www.valencia.es/ayuntamiento/bienestarsocial.nsf/0/D91FBE2BFE05B12DC125796B0045AC73/\\$FILE/1EL%20IMPACTO%20DE%20LA%20INMIGRACION%20EN%20LA%20TRANSFORMACION%20DE%20LA%20SOCIEDAD%20ESPA%20OLA.pdf?OpenElement&lang=1](https://www.valencia.es/ayuntamiento/bienestarsocial.nsf/0/D91FBE2BFE05B12DC125796B0045AC73/$FILE/1EL%20IMPACTO%20DE%20LA%20INMIGRACION%20EN%20LA%20TRANSFORMACION%20DE%20LA%20SOCIEDAD%20ESPA%20OLA.pdf?OpenElement&lang=1)

(7) Cebada Contreras M^oC i Fernández E. Diversidad Cultural y Migración (Economía, cultura, salud y política) [Monografía a Internet]. Espanya; [accés el 16 de gener del 2016]. Disponible a: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1138/1138.pdf>

(8) Jansà Josep M i García de Olalla Patricia. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gaceta Sanitaria [Revista a Internet] 2004. [accés el 19 de gener del 2016]; 18: 207-213
Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400033

(9) Cañada JL. Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud [Seu Web]. Espanya: Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria; [accés el 19 de gener del 2016].
Disponible a: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=03>

(10) Junta d'Andalucía. Manual de atención sanitaria a inmigrantes [Monografía a Internet]. Andalucía: Conselleria de salut; 2007 [accés el 19 de gener del 2016]. Disponible a:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf

(11) Jansà JM^a. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. Gaceta Sanitaria [Revista a Internet] 2006. [accés el 19 de gener del 2016]; 20(Supl 1):10-4. Disponible a:
<http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piItem=S0213911106715618&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoItem=S300&idiomaltem=es>

(12) Acevedo Cantero P. Impacto sociosanitario de la migración en las mujeres magrebíes y latinoamericanas en Madrid. Rev Cubana Salud Pública [Revista a Internet] 2005. [accés el 19

de gener del 2016]; 31(3). Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000300004&script=sci_arttext

(13) Junta de Andalucía. Unidad Didáctica Salud e Inmigración en Andalucía. Necesidades y recursos [Monografía a Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía; [accés el 19 de gener del 2016]. Disponible a: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Salud_inmigracion_Alanducia_Necesidades_yrecursos_UAL.pdf

(14) Casas M, Collazos F i Qureshi A. Mediación intercultural en el ámbito de la Salud [Monografía a Internet]. Barcelona: Obra Social la Caixa; 2009 [accés el 19 de gener del 2016]. Disponible a: https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

(15) Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R, et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). Rev Esp Salud Pública [Revista a Internet] 2003. [accés el 26 de gener del 2016]; 77 (6): 713-23. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000600005&script=sci_arttext

(16) Gil Castaño M^aV. Proyecto de investigación: salud reproductiva de la mujer inmigrante marroquí en España [Monografía a Internet]. Salamanca: Universitat de Salamanca; [accés el 23 de febrer del 2016]. Disponible a: <http://casus.usal.es/blog/ep2015/files/2015/12/Borrador-de-Victoria-Gil.pdf>

(17) Ugarte Gurrutxaga M^aI. La atención a la salud reproductiva de las mujeres marroquíes: análisis cualitativo desde la perspectiva de género [Monografía a Internet]. Castilla la Mancha: Universitat de Castilla la Mancha; [accés el 23 de febrer del 2016]. Disponible a: <http://www3.uah.es/congresoreps2013/Paneles/panel6/maria.ugarte@uclm.es/TCPONENCIAIDOIAUGARTEPANEL6.pdf>

(18) Morera Llorca M, Folch Marín B, Giner Esparza MA i Sellami K. Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares. Rev Clin Med Fam [revista en la Internet] 2012. [accés el 23 de febrer del 2016]; 5 (2): 81-88. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000200002&script=sci_arttext

- (19) Méndez E i Santiñà M. Disparidades y necesidades multiculturales en la atención sanitaria a las madres inmigrantes [Monografia a Internet]. Barcelona: Associació Salut i Família; 2009 [accés el 23 de febrer del 2016]. Disponible a: http://www.saludyfamilia.es/sites/default/files/Disparidades%20y%20necesidades%20multiculturales%20en%20la%20atencin%20sanitaria_cast.pdf
- (20) Raga Gimeno F. Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí. Rev de Comunicación y Salud; 3 (1): 5-17. Disponible a: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/84809/58359.pdf?sequence=1>
- (21) Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Seu Web]. Naciones Unidas; [accés el 27 de gener del 2016]. Disponible a: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- (22) García J, Pardo C, Hernández A, Lorenzo M i Gil D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. Prog Obstet Ginecol [Revista a Internet] 2008. [accés el 5 d'abril del 2016]; 51(2):53-62. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologa-151-articulo-diferencias-obstetricas-neonatales-entre-mujeres-13115325?referer=buscador>
- (23) Ortiz A, Morales A, Ruiz AM^a, Martín A, Martínez R, de Carvajal M i Pareja M. Diferencias en la atención multicultural del parto en las mujeres inmigradas. Revista Enfermería Docente [Revista a Internet] 2014. [accés el 5 d'abril del 2016]; (102): 13-19. Disponible a: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-102-05.pdf>
- (24) Bernis C i Varea C. Pregnancy outcome and delivery in Spanish and migrant women: an ecological approach. Anthropological Review [Revista a Internet] 2014. [accés el 5 d'abril del 2016]; 76 (2): 129-150: Disponible a: <http://www.degruyter.com/view/j/anre.2013.76.issue-2/anre-2013-0006/anre-2013-0006.xml>
- (25) De la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JI, Padron E i González NL. Control de gestación en inmigrantes. An Sis Sanit Navar [Revista a Internet] 2006. [accés el 5 d'abril del 2016]; 29 (1): 49-61. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200005&script=sci_arttext

- (26) Río I, Castelló A, Jané M, Prats R, Barona C, Mas R i et al. Indicadores de salud reproductiva y perinatal en mujeres inmigrantes y autóctonas residentes en Cataluña y en la Comunidad Valenciana (2005-2006). Gac Sanit [Revista a Internet] 2010. [accés el 5 d'abril del 2016]; 24 (2): 123-127. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200007&lng=es&nrm=iso
- (27) Martínez E, Olvera MC, de Dios J, Jiménez E, Amezcua C i Bueno A. Inadequate prenatal care and maternal country of birth: a retrospective study of southeast Spain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Revista a Internet] 2012. [accés el 5 d'abril del 2016]; 165 (2): 199-204. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22917937>
- (28) Goberna J, Viñas H, Palacio A, Galí M, Paulí A i Gómez C. Atención al embarazo en mujeres africanas inmigrantes: percepción de la matronas de asistencia primaria. Enfermería Clínica [Revista a Internet] 2005. [accés el 5 d'abril del 2016]; 15 (2): 88-94. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermera-clinica-35-articulo-atencion-al-embarazo-mujeres-africanas-13073073?referer=buscador>
- (29) Manzanares S, López MF, Gómez T, Martínez N i Montoya F. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. Progresos de Obstetricia y Ginecología [Revista a Internet] 2008. [accés el 5 d'abril del 2016]; 51 (4): 215-223. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-resultados-del-mal-control-del-13117623>
- (30) García I, Pérez G, Rodríguez M, Ruiz D i Salvador J. Neighborhood Inequalities in Adverse Pregnancy Outcomes in an Urban Setting in Spain: A Multilevel Approach. J Urban Health [Revista a Internet] 2012. [accés el 5 d'abril del 2016]; 89 (3): 447-463. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3368044/>
- (31) Pérez F, García I i Peralta MI. The migration process as a stress factor in pregnant immigrant women in Spain. J Transcult Nurs [Revista a Internet] 2013. [accés el 5 d'abril del 2016]; 24 (4): 348-354. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23883564>
- (32) Valverde M, Ortiz A, Martín A, Ruiz AM, Jerónimo I, Martínez R i de Carvajal M. Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [Revista a Internet] 2015. [accés el 5 d'abril del 2016]; 42 (2): 1-6. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-atencion-el-parto-mujer-inmigrante-90399361?referer=buscador>