

ORIGINAL

Recibido: 6/7/2022
 Aceptado: 13/2/2023
 Publicado: 1/3/2023
 e202303016
 e1-e22

Characteristics of the migrant women attended by the Reproductive Health Care Services of the Catalan Health Institute

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

FINANCIACIÓN

El proyecto se ha financiado gracias a las aportaciones de la *Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament de la Generalitat de Catalunya*. Esta organización otorgó al equipo investigador la ayuda ACC028/19/00019 nombrada como *Cultures i drets sexuals i drets reproductius de dones migrades. Per una atenció amb perspectiva intercultural i de gènere en Salut Sexual i Salut Reproductiva del sistema de salut pública a Catalunya*.

CORRESPONDENCIA

M^a Mercedes Vicente Hernández
 CAP Dr Barraquer - ASSIR Dr Barraquer.
 Plaza Dr Trueta, s/n. 2^a planta).
 CP 08930. Sant Adrià del Besòs
 (Barcelona), España.
 vicenteh.mn.ics@gencat.cat

CITA SUGERIDA

Llamas Reiner E, Vicente-Hernández MM, Cabedo Ferreiro R, Manresa-Domínguez JM, García Acosta M, Martínez Bueno C, Arévalo-Ayala DJ, Bielsa-Pascual J, Falguera-Puig G, Torán-Monserrat P. Características de las mujeres migradas atendidas por los Servicios de Salud Reproductiva del *Institut Català de la Salut*. *Rev Esp Salud Pública*. 2023; 97: 1 de marzo e202303016.

Características de las mujeres migradas atendidas por los Servicios de Salud Reproductiva del Institut Català de la Salut

AUTORES

Elisabeth Llamas Reiner	(1)	[ORCID: 0000-0001-6250-6400]
M ^a Mercedes Vicente-Hernández	(2,3)	[ORCID: 0000-0001-7402-6033]
Rosa Cabedo Ferreiro	(3,4)	[ORCID: 0000-0001-5138-3927]
Josep Maria Manresa-Domínguez	(5,6,7,8)	[ORCID: 0000-0001-8306-5798]
Miriam García Acosta	(1)	
Cristina Martínez Bueno	(3,9)	[ORCID: 0000-0001-5437-812X]
Diego José Arévalo-Ayala	(1)	[ORCID: 0000-0002-9232-3637]
Jofre Bielsa-Pascual	(5)	[ORCID: 0000-0001-9672-4625]
Gemma Falguera-Puig	(3,10)	[ORCID: 0000-0002-6066-3960]
Pere Torán-Monserrat	(5,6,7,11)	[ORCID: 0000-0002-9865-7427]

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN Y DISEÑO DEL ESTUDIO, INVESTIGACIÓN, OBTENCIÓN DE FINANCIAMIENTO, DEFINICIÓN DE LA METODOLOGÍA.
 E Llamas Reiner
 MM Vicente-Hernández
 R Cabedo Ferreiro
 JM Manresa-Domínguez

CURACIÓN DE DATOS, ANÁLISIS FORMAL, VISUALIZACIÓN
 JM Manresa-Domínguez
 J Bielsa-Pascual

SUMINISTRO DE RECURSOS, SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN, VALIDACIÓN DE LA REPLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

R Cabedo Ferreiro
 C Martínez Bueno
 G Falguera-Puig
 P Torán-Monserrat

REDACCIÓN

E Llamas Reiner
 MM Vicente-Hernández
 M García Acosta
 DJ Arévalo-Ayala

Todos los autores participaron en la revisión y edición del manuscrito final.

FILIACIONES

- (1) Asociación Farmacéuticos Mundi. Barcelona, España.
- (2) Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, *Institut Català de la Salut*. Sant Adrià del Besòs (Barcelona), España.
- (3) Grupo de Investigación en Atención a la Salud Sexual y Reproductiva GRASSIR, *Institut Català de la Salut*. Barcelona, España.
- (4) Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, *Institut Català de la Salut*. Granollers (Barcelona), España.
- (5) *Unitat de Suport a la Regreca Metropolitana Nord USR-MN, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol)*. Mataró, España.
- (6) Grupo de Investigación Multidisciplinar en Salud y Soiedad GREMSAS (2017 SGR 917). Barcelona, España.
- (7) Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP). Badalona, España.
- (8) Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, *Universitat Autònoma de Barcelona*. Cerdanyola del Vallès (Barcelona), España.
- (9) Servicio de Atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) de Cataluña, Dirección Asistencial de Atención Primaria, *Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya*. Barcelona, España.
- (10) Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, *Institut Català de la Salut*. Sabadell (Barcelona), España.
- (11) Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, *Universitat de Girona*. Girona, España.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La feminización de la migración y la necesidad de dar asistencia sanitaria a una población cada vez más diversa, buscando unos datos óptimos de salud, llevó a plantearse esta investigación. El objetivo fue determinar las características (perfil socio-demográfico, antecedentes obstétricos-ginecológicos y el seguimiento) de gestantes migradas con un proceso de embarazo finalizado en 2019 en Cataluña frente a las autóctonas, en centros públicos (ASSIR-ICS).

MÉTODOS // Este estudio descriptivo se basó en los registros de historia clínica informatizada de mujeres en veintiocho centros dependientes del ICS. Se analizaron las variables según la procedencia de las gestantes y se utilizó la prueba de Ji Cuadrado de Pearson al 5% acompañada del residuo estandarizado corregido para compararlos, así como el análisis de la varianza para la comparación de medias también al 5%.

RESULTADOS // Se analizaron 36.315 registros con edad media de 31 años. El IMC al inicio de gestación fue de 25,4. El consumo de tabaco fue del 18,1% entre españolas y del 17,3% en el resto de las europeas. El cribado de violencia machista llegó al 4% en latinoamericanas, siendo estadísticamente superior al resto. El riesgo de preeclampsia fue del 23,4% en subsaharianas. La diabetes gestacional fue diagnosticada principalmente entre paquistaníes (18,5%). La prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) fue del 8,6% en latinoamericanas, del 5,8% en españolas y del 4,5% en europeas. Las subsaharianas (58,2%) realizaron un control insuficiente de ecografías y un menor porcentaje de visitas con un 49,5%. El seguimiento del embarazo fue insuficiente en el 79,9% del total de las gestantes rurales.

CONCLUSIONES // Existen diferencias derivadas del origen geográfico de las gestantes que condicionan el acceso a los servicios sanitarios.

PALABRAS CLAVE // Complicaciones del embarazo, Período posparto; Atención prenatal; Servicios de salud reproductiva; Características culturales; Migrantes; Comparación transcultural; Monitoreo de las desigualdades en salud.

ABSTRACT

BACKGROUND // The feminization of migration, the need to provide health care to an increasingly diverse population, seeking optimal health data led to considering this research. The objective was to determine the characteristics (socio-demographic profile, obstetric and gynecological record, and monitoring) of migrated pregnant women with a pregnancy process completed in 2019 in Catalonia compared to native women, in public centers (ASSIR-ICS).

METHODS // This descriptive study was based on computerized clinical records of women in the 28 centers dependent on the ICS. A descriptive analysis of the variables was carried out to compare the origin of the pregnant women. The Pearson Chi-Square test at 5% and the corrected standardized residual was used to compare the groups and an analysis of variance for the comparison of means also at 5%.

RESULTS // 36,315 women were analyzed and the resulting mean age was 31 years. The BMI at the beginning of pregnancy was 25.4 on average. Smoking habit was 18.1% among Spanish 17.3% among European. Sexist violence was 4% in Latin American women, being statistically higher than the rest. The risk of preeclampsia was 23.4% in sub-Saharan women. Gestational diabetes was diagnosed mainly among Pakistanis (18.5%). The prevalence of Sexually Transmitted Infections (STIs) was detected in Latin Americans (8.6%), Spanish (5.8%) and Europeans (4.5%). Sub-Saharan women performed insufficient ultrasound control (58.2%) and had the lowest percentage of visits with 49.5%. Pregnancy monitoring was insufficient in 79.9% of all rural pregnant women.

CONCLUSIONS // There are differences derived from the geographical origins of pregnant women that condition access to health services.

KEYWORDS // Pregnancy complications; Postpartum period; Prenatal care; Reproductive health care services; Cultural characteristics; Transients and migrants; Cross-cultural comparison; Health inequality monitoring.

INTRODUCCIÓN

LA FEMINIZACIÓN DE LA MIGRACIÓN DURANTE los últimos años, vinculada al aumento de barreras en atención al embarazo, parto y postparto, lleva al sistema de salud catalán a cuestionarse en qué medida los programas y profesionales implicados en salud sexual y reproductiva conocen la realidad sociocultural de las mujeres migradas. Desde el año 2000 a la actualidad, la población extranjera en Cataluña aumentó del 2,9% al 16,1% (1), de una gran variedad de países de todos los continentes (2), y para 2020 la natalidad de madres extranjeras representaba el 32,9% del total (3), lo cual muestra la necesidad de dar asistencia sanitaria a una población cada vez más diversa respecto al idioma, cultura, adscripción religiosa o condiciones socioeconómicas (4) y un aumento de la complejidad de la asistencia.

Sin considerar el fenómeno migratorio, los indicadores de salud materno-infantil en Cataluña son óptimos comparados con otros países de similar desarrollo sanitario y tecnológico (5). Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna es muy baja en los últimos años (3,42 por cada 100.000 personas) (6) y la mortalidad perinatal y neonatal es de las más bajas de los países europeos (4,74 por cada 100.000 personas) (7). Asimismo, en otros indicadores como bajo peso al nacer (7,4%) y prematuridad (6,4%) se observan niveles bajos y con tendencia a estabilizarse (5).

A pesar de los datos cuantitativos señalados, a partir de la medicalización del proceso de embarazo, parto y postparto, el cual está enfocado primordialmente en el aspecto biológico, se fue creando un discurso en el que se subordina a las gestantes bajo las indicaciones exclusivas de los expertos, aminorando la soberanía de sus cuerpos y procesos emocionales (8). Por ello, en los últimos años se ha construido una crítica a la medicalización y a la excesiva intervención en los cuerpos de las gestantes (9,10), incluso reconocida por orga-

nismos internacionales, y denunciada desde la ciudadanía afectada (11,12). En respuesta a esto, en 2020 se actualizó el *Protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña*, que busca garantizar una atención sanitaria respetuosa a la maternidad y organizarla para preservar la dignidad, privacidad y confidencialidad de embarazadas y neonatos (13).

En los cambios de protocolos para mejorar la atención y el acompañamiento es imprescindible incorporar la perspectiva transcultural y mirar críticamente el abordaje biomédico que se presenta como *objetivo*. Falta tomar en consideración distintas expectativas, experiencias y conocimientos adquiridos de las gestantes que influyen para un entendimiento mutuo y lograr una atención sanitaria satisfactoria para todas las usuarias, sean autóctonas o inmigrantes (14). Es en esta interacción donde basamos la presente investigación, partiendo de que mujeres inmigrantes de origen extranjero y usuarias de los servicios sanitarios del país acogedor tienen dificultades específicas añadidas a las de usuarias autóctonas, relacionadas con otros modelos culturales de entender y vivir el embarazo y el parto; o con circunstancias socioeconómicas y/o socio-lingüísticas específicas (15).

Concretamente, en el año de estudio (2019) la población migrada en Cataluña era de 1.159.427 personas (15,11% del total). El número de nacimientos fue de 61.548 (nacidos vivos). De estos, 19.817 (32,2% del total) fueron de madre extranjera, de los cuales 19.258 (97%) fueron atendidos por servicios públicos de salud (3).

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características de las gestantes migradas con un proceso de embarazo finalizado durante 2019 frente a las mujeres gestantes no migradas en el contexto de Cataluña, en concreto, con el seguimiento a nivel de Atención Primaria en los centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del *Institut Català de la Salut* (ASSIR-ICS).

MATERIALES Y MÉTODOS

EL PRESENTE ESTUDIO DESCRIPTIVO SE basó en los registros de historia clínica informatizada de mujeres cuyo estado de gestación finalizó durante 2019 en Cataluña. Estos datos fueron recogidos en los centros ASSIR-ICS y se encuentran disponibles mediante solicitud en la *Estació Clínica d'Atenció Primària* (ECAP) del ICS.

La atención a la gestación en el sistema de salud público catalán se distribuye en 41 centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR-ICS) del ámbito de la Atención Primaria de Salud, de los cuales hay 28 centros dependientes directamente del ICS (sanidad pública de gestión pública) y 13 ASSIR gestionados por otros proveedores (otros centros sanitarios públicos de gestión privada).

Según los datos de población del Registro Central de Asegurados del CATALUT a 31 de diciembre de 2021, el porcentaje de población adscrita a los ASSIR de Catalunya era de un 77,4% en ASSIR-ICS y de un 22,6% en ASSIR gestionados por otros proveedores (*Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària-ASSIR*)

Las variables utilizadas en los análisis estaban referidas a aspectos sociodemográficos, proceso de gestación, antecedentes obstétricos y ginecológicos de las gestantes y la atención recibida durante el embarazo. La descripción de cada una de éstas se encuentra recogida en la **TABLA 1**.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables en relación al área geográfica de procedencia de las gestantes. Las variables cualitativas se resumieron con su frecuencia absoluta y relativa, mientras que la continuas con su media y desviación estándar. En la comparación de proporciones se utilizó la prueba de Ji Cuadrado de Pearson, considerando como relevante cualquier diferencia superior al 5% acompañada

de un residuo estandarizado corregido superior a $|z|$ en valor absoluto (**16**).

En la comparación de medias se utilizó el análisis de la varianza. El nivel de significación estadística fue del 5%. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 25.0.

Consideraciones éticas. Esta información fue proporcionada de manera codificada por los sistemas de información gestionados por ECAP y ningún dato permite identificar a las gestantes.

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) (Código 20/185-P).

RESULTADOS

Características sociodemográficas. Un total de 36.315 mujeres gestantes finalizaron su embarazo en 2019 en el ICS, y de 30.620 (84,3%) se conocía su procedencia geográfica [**TABLA 2**]. La mayoría eran de España (55,7%), Magreb (14,5%) y Latinoamérica (11,3%), mientras que de Europa (7,6%), África subsahariana (3,2%), Pakistán (3,2%) y otras regiones (4,4%) fueron minoritarias.

La media de edad de todas las gestantes fue 31,1 (DE 6,0) años, predominando mayores de treinta años entre españolas y resto de Europa (>57%) [**TABLA 3**]. El nivel más alto de estudios universitarios fue entre españolas (34,2%) y europeas (40,6%), los estudios secundarios entre latinoamericanas (35,8%), los estudios primarios entre las magrebíes (61,6%), subsaharianas (53,5%) y paquistaníes (51,1%). De toda la muestra, 728 (3,1%) mujeres pertenecían al grupo *Sin estudios*, de las que destacaron las subsaharianas con un 18,9% [**TABLA 3**].

Respecto a la clasificación socioeconómica por ocupación, cargos directivos (Alta) se presentaron con más frecuencia entre españolas (4,6%) y europeas (3,1%), así como traba-

Tabla 1

Variables sociodemográficas, gestación, antecedentes clínicos y de atención del embarazo de las mujeres gestantes en Cataluña durante el año 2019.

Característica	Variable	Descripción
	Edad	Edad de las mujeres, categorizada en los siguientes intervalos: 12 a 15, 16 a 20, 21 a 30, 31 a 40 y mayores de 40
	Nivel de estudios	Nivel de estudios de las mujeres según: Sin estudios o primarios incompletos, Primarios, Secundarios/Bachillerato, Secundarios/Formación Profesional y Universitarias
	Clasificación socio-económica por ocupación	Clasificación social basada en categorías de Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España ⁽⁵⁶⁾ . Alta=categorías 1+2 (directivos, técnicos superiores, artistas y deportistas), Media=categorías 3+4 (mandos medios y trabajadores cualificados) y Baja=categorías 5+6 (trabajadores no cualificados, otros). Cuando la gestante estaba en paro o no trabajaba remunerada (Ama de casa) se registró así
Sociodemográficos	País de procedencia	La proporción de las mujeres inicialmente se agrupó en 21 categorías [TABLA 2] . Sin embargo, para facilitar el análisis se categorizaron en siete: España, Europa, Latinoamérica, Magreb, África subsahariana, Pakistán y Otras. El criterio para agrupar países en regiones fue la cercanía geográfica y una frecuencia menor al 3% del total
	Tamaño del municipio (urbano/rural)	Seguimiento del embarazo por tamaño del municipio en el que se atiende a la gestante: Municipio >10.000 habitantes (urbano) o <10.000 habitantes (rural) ⁽⁵⁹⁾ . Se dispone de información del ASSIR en el que se controla la gestante. El ASSIR engloba varias poblaciones o Unidades Básicas Asistenciales (UBA) ⁽⁵⁷⁾
	IMC	Índice de Masa Corporal (IMC) en kilogramos/m ²
	Tabaco	Consumo de tabaco (Sí/No)
	Alcohol	Consumo de alcohol (Sí/No)
	Drogas	Consumo de drogas (Sí/No)
Gestación y Postparto	Violencia de género	Vivencia de violencia de género según Partner Violence Screening: PVS ⁽⁶⁰⁾
	Salud mental	Salud mental materna según cuestionario Whooley ⁽²⁸⁾
	Riesgo preeclampsia	Riesgo de preeclampsia: Bajo riesgo y Riesgo

Tabla 1 (continuación)
Variables sociodemográficas, gestación, antecedentes clínicos y de atención del embarazo de las mujeres gestantes en Cataluña durante el año 2019.

Característica	Variable	Descripción
	Embarazo	Finalización del embarazo: Parto, Cesárea, Aborto, Interrupción Voluntaria del Embarazo (tras haber iniciado control) y Otros (ej.: embarazo ectópico)
	Semanas de gestación	Duración de la gestación en semanas según la siguiente clasificación: <37 s, 37-42 s y >42 s
Gestación y Postparto	Resultado Gestación	Peso del neonato al nacimiento en kilogramos
	Embarazo gemelar	Embarazo de gemelos (Sí/No)
Antecedentes clínicos	Métodos anticonceptivos postparto	Método anticonceptivo utilizado después del parto: Ninguno, Barrera (preservativos), Vasectomía/Ligadura de Trompas, Sólo gestágenos (implante, inyectable y minipíldora), Combinados (Píldoras, Anillo y parche), Dispositivo intrauterino (DIU), Doble método (preservativo+método hormonal o DIU) u Otros
	Obstétricos	Hijos a término (según fórmula obstétrica (TPAL) de la Historia Clínica (HC)) y Diagnósticos en la HC de Usuaría: prematuridad, preeclampsia, diabetes gestacional, muerte del neonato y embarazo no deseado
	Ginecológicos	Diagnósticos en HC de infección de transmisión sexual (ITS), Enfermedad Pélvica Inflamatoria, displasia cervical, anemia, Problemas de salud mental, endometriosis, mutilación genital femenina, aborto habitual, embarazo ectópico y maltrato/violencia
	Visitas ecográficas	Existe un registro irregular (en algunas áreas territoriales el registro no se realiza en la historia clínica de Atención Primaria [ECAP], sino en la historia clínica hospitalaria, no accesible para este estudio). Se consideraron únicamente áreas en las que no se superaban 40% de registros perdidos. Se clasificó en los siguientes intervalos: 0, 1-2, 3-4, >4
Atención durante el embarazo	Visitas de seguimiento embarazo	Se categorizó en 0 (nulo seguimiento), 1-6 (seguimiento insuficiente), 7-12 (seguimiento recomendable) y >12 (seguimiento excesivo)
	Puerperio	Se categorizó en: 0, 1, 2, 3 y >3. Entre 2-3 el seguimiento se considera recomendable
	Actividades grupales	Actividades grupales para las gestantes: lactancia materna, parto y post parto. Se clasificó su asistencia a ninguna, sólo a 1 o de 1 a 3 de las actividades grupales

Tabla 2
Agrupación de las gestantes por área geográfica de procedencia.

Áreas	Frecuencia (%)	Áreas	Frecuencia (%)
España	17.057 (55,7%)		
Resto de Europa	2.340 (7,6%)	Rumania	882 (2,8%)
		Europa del Este	709 (2,3%)
		Europa Central	389 (1,3%)
		Europa Meridional	360 (1,2%)
Latinoamérica	3.473 (11,3%)	Ecuador, Venezuela, Colombia	829 (2,7%)
		Bolivia, Perú, Paraguay	960 (3,1%)
		Centroamérica	219 (0,7%)
		Caribe	275 (0,9%)
		Argentina, Chile, Uruguay	252 (0,8%)
		Brasil	256 (0,9%)
		Honduras	682 (2,2%)
		Marruecos	4.294 (14,0%)
Magreb	4.452 (14,5%)	Magreb sin Marruecos	158 (0,5%)
		Senegal, Gambia	299 (1,0%)
África subsahariana	977 (3,2%)	África Subsahariana	678 (2,2%)
Pakistán	967 (3,2%)		
Otros	1.354 (4,4%)	China	411 (1,3%)
		India, Bangladesh, Nepal	640 (2,1%)
		Sudeste Asiático, Asia Central, Asia Oriental	257 (0,8%)
		Canadá, EEUU, Australia	46 (0,2%)
Registros CON procedencia			30.620 (84,3%)
Registros SIN procedencia			5.695 (15,7%)
TOTAL de registros			36.315

jos administrativos o manuales cualificados (Media) (47,4% y 35,3%, respectivamente). Entre latinoamericanas predominaba el trabajo no cualificado (Baja) (52,4%), y entre las magrebíes y paquistaníes las tareas domésticas (70,1% y 74,6%) [TABLA 3].

Características de la gestación. El IMC al inicio de la gestación fue de 25,4 de media; las magrebíes y paquistaníes presentaron valores mayores con un 27,2.

Tabla 3

Características sociodemográficas, de gestación y métodos anticonceptivos postparto de las gestantes según su área geográfica de procedencia.

Características Sociodemográficas de las gestantes	Resto de Europa		Latinoamérica	Magreb	África subsahariana	Pakistán	Otros ^(a)	Total	p
	España	España							
Edad ^(a) (n=30.619)	31,8 (6,0)	31,1 (5,7)	29,5 (6,2)	30,4 (6,0)	31,5 (5,9)	29,9 (5,2)	29,7 (5,3)	31,1 (6,0)	<0,001
Categoría de edad (n=30.619)	<21	814 (4,8%)	109 (4,7%)	272 (7,8%)	216 (4,9%)	24 (2,5%)	23 (2,4%)	32 (2,4%)	1.490 (4,9%)
	21-30	5.704 (33,4%)	887 (37,9%)	1.604 (46,2%)	2.045 (45,9%)	405 (41,5%)	519 (53,7%)	777 (57,4%)	1.941 (39%)
	31-40	9.590 (56,2%)	1.276 (54,5%)	1.501 (43,2%)	1.970 (44,2%)	493 (50,5%)	405 (41,9%)	512 (37,8%)	5.747 (51,4%)
>40	948 (5,6%)	68 (2,9%)	96 (2,8%)	221 (5%)	55 (5,6%)	20 (2,1%)	33 (2,4%)	1441 (4,7%)	
Sin estudios	138 (1,0%)	13 (0,7%)	15 (0,6%)	329 (9,5%)	152 (18,9%)	45 (6,1%)	36 (3,2%)	728 (3,1%)	
	3.435 (25,9%)	434 (24,7%)	739 (30,6%)	2.144 (61,6%)	431 (53,5%)	378 (51,1%)	462 (41%)	8.023 (34%)	
Primarios	1.600 (12,1%)	339 (19,3%)	866 (35,8%)	589 (16,9%)	122 (15,2%)	185 (25%)	307 (27,2%)	4.008 (17%)	<0,001
Secundarios/ Bachillerato	3.543 (26,8%)	258 (14,7%)	403 (16,7%)	214 (6,2%)	48 (6%)	27 (3,6%)	88 (7,8%)	4.581 (19,4%)	
Formación profesional	4.525 (34,2%)	714 (40,6%)	393 (16,3%)	202 (5,8%)	52 (6,5%)	105 (14,2%)	235 (20,8%)	6.226 (26,4%)	
Universitarias	Alta	608 (4,6%)	55 (3,1%)	19 (0,8%)	3 (0,1%)	2 (0,2%)	1 (0,1%)	12 (1,1%)	700 (3%)
	Media	6.279 (47,4%)	621 (35,3%)	398 (16,5%)	151 (4,3%)	47 (5,8%)	22 (3%)	136 (12,1%)	7.654 (32,5%)
	Baja	3.806 (28,7%)	589 (33,5%)	1.266 (52,4%)	631 (18,1%)	267 (33,2%)	64 (8,6%)	347 (30,8%)	6.970 (29,6%)
	Paro	946 (7,1%)	143 (8,1%)	243 (10,1%)	255 (7,3%)	79 (9,8%)	101 (13,6%)	118 (10,5%)	1.885 (8%)
	Trabajo doméstico	1.602 (12,1%)	350 (19,9%)	490 (20,3%)	2.438 (70,1%)	410 (50,9%)	552 (74,6%)	515 (45,7%)	6.357 (27%)
Datos gestación	España	Resto de Europa	Latinoamérica	Magreb	África subsahariana	Pakistán	Otros ^(a)	Total	p
Índice de Masa Corporal ^(a) (n=27.890)	24,9 (5,1)	23,9 (4,4)	26,0 (4,8)	27,2 (4,8)	26,8 (5,1)	27,2 (4,9)	24,0 (4,1)	25,4 (5,0)	<0,001
Fumadora (n=27.960)	2.815 (18,1%)	373 (17,3%)	169 (5,6%)	40 (1,0%)	5 (0,6%)	1 (0,1%)	14 (1,1%)	3.417 (12,2%)	<0,001
Consumo de alcohol (n=27.851)	34 (0,2%)	9 (0,4%)	22 (0,7%)	1 (0%)	2 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	68 (0,2%)	<0,001
Consumo de drogas (n=27.796)	94 (0,6%)	10 (0,5%)	19 (0,6%)	6 (0,1%)	2 (0,2%)	1 (0,1%)	4 (0,3%)	136 (0,5%)	0,002
Violencia de Género (n=22.946)	221 (1,7%)	23 (1,3%)	75 (2,8%)	63 (1,9%)	16 (2,4%)	4 (0,6%)	7 (0,8%)	409 (1,8%)	<0,001
Cribado Salud Mental (Whooley) (n=20.095)	1.226 (10,9%)	110 (7,3%)	297 (12,7%)	222 (7,4%)	33 (5,8%)	20 (3,2%)	30 (3,7%)	1.938 (9,6%)	<0,001
Riesgo de Preeclampsia (n=10.314)	4.979 (85,8%)	661 (87,4%)	913 (85,2%)	1.375 (87,2%)	249 (76,6%)	288 (85,2%)	406 (91,6%)	8.871 (86%)	<0,001
Riesgo	824 (14,2%)	95 (12,6%)	159 (14,8%)	202 (12,8%)	76 (23,4%)	50 (14,8%)	37 (8,4%)	1.443 (14%)	

(a) Otros: Se incluyen los países definidos en la Tabla 2; (b) Media (DE).

Tabla 3 (continuación)

Características sociodemográficas, de gestación y métodos anticonceptivos postparto de las gestantes según su área geográfica de procedencia

	Resultado gestación						Total	p
	España	Resto de Europa	Latinoamérica	Magreb	África subsahariana	Pakistán		
Resultado final embarazo (n=30.492)								
Vaginal	11.482 (67,6%)	1.673 (71,8%)	2.180 (63,1%)	3.227 (72,6%)	606 (62,5%)	599 (62,1%)	941 (70%)	20.708 (67,9%)
Cesárea	3.154 (18,6%)	396 (17%)	790 (22,9%)	668 (15%)	225 (23,2%)	242 (25,1%)	253 (18,8%)	5.728 (18,8%)
Aborto	1.761 (10,4%)	201 (8,6%)	322 (9,3%)	441 (9,9%)	103 (10,6%)	99 (10,3%)	117 (8,7%)	3.044 (10%)
Interrupción Voluntaria Embarazo	385 (2,3%)	37 (1,6%)	124 (3,6%)	62 (1,4%)	23 (2,4%)	9 (0,9%)	21 (1,6%)	661 (2,2%)
Otros	201 (1,2%)	24 (1%)	39 (1,1%)	46 (1%)	13 (1,3%)	16 (1,7%)	12 (0,9%)	351 (1,2%)
<37	2.549 (16,0%)	311 (14%)	487 (15,3%)	581 (13,6%)	172 (18,7%)	153 (16,9%)	197 (15,1%)	4.450 (15,5%)
37-42	13.321 (83,6%)	1904 (85,5%)	2.686 (84,5%)	3.654 (85,8%)	744 (80,9%)	749 (82,8%)	1.103 (84,8%)	24.161 (84,1%)
>42	58 (0,4%)	13 (0,6%)	5 (0,2%)	22 (0,5%)	4 (0,4%)	3 (0,3%)	1 (0,1%)	106 (0,4%)
Peso neonato (n=23.009)	3,3 (0,5)	3,3 (0,5)	3,3 (0,5)	3,4 (0,5)	3,2 (0,6)	3,2 (0,5)	3,2 (0,5)	3,3 (0,5)
Embarazo gemelar (n=23.009)	181 (1,4%)	20 (1,1%)	26 (1,0%)	36 (1,0%)	14 (2,0%)	6 (0,9%)	8 (0,8%)	291 (1,3%)
Ninguno	1.019 (9,4%)	166 (11,1%)	196 (9,4%)	299 (10,4%)	71 (11,8%)	67 (11,5%)	78 (9,3%)	1.896 (9,8%)
Barrera	6.323 (58,5%)	858 (57,4%)	1.033 (49,3%)	934 (32,6%)	231 (38,2%)	341 (58,7%)	538 (64,1%)	10.258 (53,2%)
Vasectomía/ Ligadura Trompas	346 (3,2%)	29 (1,9%)	110 (5,3%)	34 (1,2%)	23 (3,8%)	32 (5,5%)	24 (2,9%)	598 (3,1%)
Sólo Gestágenos (implante, inyectables, mimipildora)	1.724 (15,9%)	272 (18,2%)	472 (22,5%)	1.265 (44,1%)	196 (32,5%)	82 (14,1%)	117 (13,9%)	4.128 (21,4%)
Combinados (píldoras, anillo, parche)	517 (4,8%)	45 (3%)	52 (2,5%)	106 (3,7%)	12 (2%)	11 (1,9%)	21 (2,5%)	764 (4%)
DIU	258 (2,4%)	33 (2,2%)	59 (2,8%)	71 (2,5%)	23 (3,8%)	7 (1,2%)	25 (3%)	476 (2,5%)
Doble método (preservativo + método hormonal o DIU)	475 (4,4%)	72 (4,8%)	114 (5,4%)	122 (4,3%)	24 (4%)	27 (4,6%)	30 (3,6%)	864 (4,5%)
Otros	149 (1,4%)	19 (1,3%)	59 (2,8%)	35 (1,2%)	24 (4%)	14 (2,4%)	6 (0,7%)	306 (1,6%)

(a) Otros: Se incluyen los países definidos en la Tabla 2.

El consumo de tabaco fue más frecuente entre españolas (18,1%) y europeas (17,3%), seguidas con mucha diferencia de las latinoamericanas (5,6%), y el resto en torno al 1%. En cuanto al consumo declarado de alcohol (0,2%) y otras drogas (0,5%), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En cribado de violencia de género destacó elevado PVS positivo en el 2,8% de latinoamericanas y 2,4% de subsaharianas, frente al 1,8% de la muestra total. En cribado de salud mental, el Whooley positivo en la población total llegó al 9,6%, presentando valor más elevado las latinoamericanas (12,7%) y menor las paquistaníes (3,2%) y de otras regiones (3,7%). El riesgo de preeclampsia fue mayor en subsaharianas (23,4%) **[TABLA 3]**.

Los partos vaginales fueron la principal forma de finalización del embarazo (67,9%), presentando los valores más bajos las subsaharianas (62,5%) y paquistaníes (62,1%). La tasa de cesáreas más elevada se presentó en latinoamericanas (22,9%), subsaharianas (23,2%) y pakistaníes (25,1%), respecto al 18,8% del total. El porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo de la muestra fue de 2,2%, con una mayor frecuencia en latinoamericanas (3,6%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la clasificación de embarazos por semanas de gestación. El 15,5% correspondieron a pretérmino (<37 s) y 84,1% a término (37-40 s). El peso del neonato fue de 3,3 kg de media y sin diferencias entre los grupos. El porcentaje de embarazo gemelar fue del 1,3% en general **[TABLA 3]**.

El método anticonceptivo postparto más recurrente fue el método de barrera (53,2%), preferente por mujeres de Otras regiones. Los grupos con menor uso de métodos barrera correspondieron a magrebíes (32,6%) y subsaharianas (38,2%), mientras que gestágenos (21,4%) predominaron en ambas procedencias (44,1% y 32,5%, respectivamente). El DIU fue elegido por el 2,5% del total, con un

3,8% de preferencia por las subsaharianas **[TABLA 3]**.

Antecedentes clínicos obstétricos y ginecológicos. Los nacimientos a término indicaron que españolas (77,5%) y europeas (79,5%) tuvieron menos hijos (un hijo o ninguno); en contra, las subsaharianas (59,8%) y paquistaníes (47,2%) tuvieron dos más hijos **[TABLA 4]**. No se observaron diferencias estadísticamente relevantes en antecedentes de preeclampsia, muerte neonatal y embarazo no deseado. La diabetes gestacional fue mayormente diagnosticada entre paquistaníes (18,5%) y mujeres del grupo Otros (15,8%).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) fueron más frecuentes entre latinoamericanas (8,6%), españolas (5,8%) y europeas (4,5%). La anemia se diagnosticó, principalmente, entre paquistaníes (24,1%), subsaharianas (20,4%) y magrebíes (20,3%). El diagnóstico de problemas de salud mental fue principalmente entre españolas (11,3%) y el menor diagnóstico entre subsaharianas (2,5%) y paquistaníes (2,0%). La Mutilación Genital Femenina sólo se observó entre subsaharianas. No se observaron diferencias estadísticamente relevantes en las demás categorías **[TABLA 4]**.

Atención durante el embarazo. El grupo Otros presentó el mayor registro de número de ecografías recomendadas (tres-cuatro; 52,5%). Las que realizaron un control insuficiente (cero-dos visitas) fueron mayoritariamente las subsaharianas (58,2%) **[TABLA 5]**.

Las subsaharianas fueron el grupo con menor porcentaje de visitas de seguimiento del embarazo (sin contabilizar ecografías), siete-doce (más cercano a lo recomendable), con un 49,5%. El grupo Otros fue la que presentó mayor porcentaje de visitas (60,2%).

En cuanto a visitas de puerperio, los valores distanciados de la media (47,6%) corresponden a las dos visitas en el grupo Otros (53,7%) **[TABLA 5]**.

Características de las mujeres migradas atendidas por los Servicios de Salud Reproductiva del Institut Català de la Salut

ELISABETH LLAMAS REINERO et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
1/3/2023
e202303016

Tabla 4
Antecedentes obstétricos y ginecológicos de las gestantes según su área geográfica de procedencia.

	Antecedentes obstétricos		Resto de Europa		Latinoamérica		Magreb		África subsahariana		Pakistán		Otros ^(a)		Total	p
	España	España	Resto de Europa	Resto de Europa	Latinoamérica	Latinoamérica	Magreb	Magreb	África subsahariana	África subsahariana	Pakistán	Pakistán	Otros ^(a)	Otros ^(a)	Total	p
0	5.963 (37,6%)	845 (38,4%)	1.056 (33,5%)	859 (20,3%)	135 (14,7%)	135 (14,7%)	859 (20,3%)	859 (20,3%)	186 (20,7%)	186 (20,7%)	415 (32,1%)	415 (32,1%)	555 (43%)	555 (43%)	10.781 (37,7%)	<0,001
1	6.328 (39,9%)	903 (41,1%)	1.218 (38,6%)	1.253 (29,6%)	235 (25,6%)	235 (25,6%)	1.253 (29,6%)	1.253 (29,6%)	289 (32,1%)	289 (32,1%)	555 (43%)	555 (43%)	240 (18,9%)	240 (18,9%)	5.401 (18,9%)	<0,001
2	2.626 (16,6%)	348 (15,8%)	601 (19,1%)	1.140 (26,9%)	214 (23,3%)	214 (23,3%)	1.140 (26,9%)	1.140 (26,9%)	232 (25,8%)	232 (25,8%)	64 (5%)	64 (5%)	18 (1,4%)	18 (1,4%)	2.007 (7%)	<0,001
3	680 (4,3%)	79 (3,6%)	205 (6,5%)	670 (15,8%)	167 (18,2%)	167 (18,2%)	670 (15,8%)	670 (15,8%)	142 (15,8%)	142 (15,8%)	50 (5,6%)	50 (5,6%)	51 (5,7%)	51 (5,7%)	1.078 (3,8%)	<0,001
Multipara	260 (1,6%)	24 (1,1%)	74 (2,3%)	317 (7,5%)	168 (18,3%)	168 (18,3%)	317 (7,5%)	317 (7,5%)	4 (0,4%)	4 (0,4%)	10 (0,7%)	10 (0,7%)	384 (1,3%)	384 (1,3%)	2.921 (9,5%)	<0,001
Prematuridad (n=28.542)	573 (3,6%)	51 (2,3%)	137 (4,3%)	183 (4,3%)	49 (5,3%)	49 (5,3%)	183 (4,3%)	183 (4,3%)	179 (18,5%)	179 (18,5%)	214 (15,8%)	214 (15,8%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (0%)	<0,001
Preeclampsia (n=30.620)	264 (1,5%)	24 (1%)	35 (1%)	29 (0,7%)	18 (1,8%)	18 (1,8%)	29 (0,7%)	29 (0,7%)	4 (0,4%)	4 (0,4%)	10 (0,7%)	10 (0,7%)	384 (1,3%)	384 (1,3%)	2.921 (9,5%)	<0,001
Diabetes gestacional (n=30.620)	1.479 (8,7%)	143 (6,1%)	226 (6,5%)	560 (12,6%)	120 (12,3%)	120 (12,3%)	560 (12,6%)	560 (12,6%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (0,9%)	12 (0,9%)	356 (1,2%)	356 (1,2%)	0,006	<0,001
Neonato muerto (n=30.620)	2 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	2 (0,2%)	2 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (0,4%)	4 (0,4%)	12 (0,9%)	12 (0,9%)	5 (0%)	5 (0%)	0,006	<0,001
No deseado (n=30.620)	199 (1,2%)	17 (0,7%)	54 (1,6%)	52 (1,2%)	18 (1,8%)	18 (1,8%)	52 (1,2%)	52 (1,2%)	4 (0,4%)	4 (0,4%)	12 (0,9%)	12 (0,9%)	356 (1,2%)	356 (1,2%)	0,006	<0,001
Antecedentes ginecológicos																
España		Resto de Europa		Latinoamérica		Magreb		África subsahariana		Pakistán		Otros^(a)		Total	p	
Infeción de Transmisión Sexual (n=30.620)	994 (5,8%)	105 (4,5%)	297 (8,6%)	110 (2,5%)	30 (3,1%)	30 (3,1%)	110 (2,5%)	110 (2,5%)	15 (1,6%)	15 (1,6%)	21 (1,6%)	21 (1,6%)	1.572 (5,1%)	1.572 (5,1%)	0,000	
EPI (n=30.620)	79 (0,5%)	13 (0,6%)	17 (0,5%)	13 (0,3%)	6 (0,6%)	6 (0,6%)	13 (0,3%)	13 (0,3%)	3 (0,3%)	3 (0,3%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	132 (0,4%)	132 (0,4%)	0,194	
Displasia (n=30.620)	936 (5,5%)	93 (4%)	157 (4,5%)	87 (2%)	29 (3%)	29 (3%)	87 (2%)	87 (2%)	15 (1,6%)	15 (1,6%)	27 (2%)	27 (2%)	1.344 (4,4%)	1.344 (4,4%)	<0,001	
Anemia (n=30.620)	1.981 (11,6%)	160 (6,8%)	291 (8,4%)	903 (20,3%)	199 (20,4%)	199 (20,4%)	903 (20,3%)	903 (20,3%)	233 (24,1%)	233 (24,1%)	141 (10,4%)	141 (10,4%)	3.908 (12,8%)	3.908 (12,8%)	<0,001	
Salud Mental (n=30.620)	1.935 (11,3%)	137 (5,9%)	199 (5,7%)	246 (5,5%)	24 (2,5%)	24 (2,5%)	246 (5,5%)	246 (5,5%)	19 (2%)	19 (2%)	26 (1,9%)	26 (1,9%)	2.586 (8,4%)	2.586 (8,4%)	<0,001	
Endometriosis (n=30.620)	208 (1,2%)	20 (0,9%)	12 (0,3%)	11 (0,2%)	4 (0,4%)	4 (0,4%)	11 (0,2%)	11 (0,2%)	2 (0,2%)	2 (0,2%)	10 (0,7%)	10 (0,7%)	267 (0,9%)	267 (0,9%)	<0,001	
Muticación Genital Femenina (n=30.620)	4 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	65 (6,7%)	65 (6,7%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	70 (0,2%)	70 (0,2%)	<0,001	
Abortos habituales (n=30.620)	82 (0,5%)	9 (0,4%)	11 (0,3%)	14 (0,3%)	6 (0,6%)	6 (0,6%)	14 (0,3%)	14 (0,3%)	12 (1,2%)	12 (1,2%)	3 (0,2%)	3 (0,2%)	137 (0,4%)	137 (0,4%)	0,003	
Embarazo ectópico (n=30.620)	168 (1%)	17 (0,7%)	27 (0,8%)	28 (0,6%)	12 (1,2%)	12 (1,2%)	28 (0,6%)	28 (0,6%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	6 (0,4%)	6 (0,4%)	259 (0,8%)	259 (0,8%)	0,007	
Violencia machista/familiar (n=30.620)	98 (0,6%)	5 (0,2%)	29 (0,8%)	30 (0,7%)	11 (1,1%)	11 (1,1%)	30 (0,7%)	30 (0,7%)	3 (0,3%)	3 (0,3%)	8 (0,6%)	8 (0,6%)	184 (0,6%)	184 (0,6%)	0,016	

(a) Otros: Se incluyen los países definidos en la Tabla 2; (b) TEPAL: Siglas de T (nacimientos a término), P (nacimientos pretérmino), A (abortos), L (hijos vivos).

Tabla 5

Atención a las gestantes y actividades grupales según su área geográfica de procedencia.

	Atención a las gestantes	España	Resto de Europa	Latinoamérica	Magreb	África subsahariana	Pakistán	Otros (a)	Total	p
Visitas Ecografía (n=9,644)	0	1.367 (25,8%)	137 (25,9%)	223 (23,5%)	291 (17,3%)	70 (16,4%)	63 (18,2%)	61 (14,6%)	2.212 (22,9%)	
	1-2	1.452 (27,4%)	137 (25,9%)	285 (30%)	529 (31,5%)	179 (41,8%)	87 (25,1%)	105 (25,1%)	2.774 (28,8%)	<0,001
	3-4	1.978 (37,4%)	207 (39,2%)	367 (38,7%)	745 (44,3%)	141 (32,9%)	158 (45,7%)	220 (52,5%)	3.816 (39,6%)	
	>4	497 (9,4%)	47 (8,9%)	74 (7,8%)	115 (6,8%)	38 (8,9%)	38 (11%)	33 (7,9%)	842 (8,7%)	
Visitas seguimiento embarazo (n=26,692)	0	531 (3,6%)	62 (3%)	93 (3,1%)	83 (2,1%)	29 (3,4%)	35 (4,1%)	27 (2,2%)	860 (3,2%)	
	1-6	57,45 (38,9%)	903 (43,3%)	1.242 (41,4%)	1.566 (39,8%)	365 (43,4%)	342 (40%)	421 (35%)	10.584 (39,7%)	<0,001
	7-12	8.082 (54,7%)	1.089 (52,2%)	1.601 (53,4%)	2.206 (56%)	416 (49,5%)	454 (53,1%)	724 (60,2%)	14.572 (54,6%)	
	>12	414 (2,8%)	33 (1,6%)	62 (2,1%)	82 (2,1%)	31 (3,7%)	24 (2,8%)	30 (2,5%)	676 (2,5%)	
Visitas puerperio (n=26,692)	0	1.519 (10,3%)	202 (9,7%)	297 (9,9%)	339 (8,6%)	76 (9%)	88 (10,3%)	93 (7,7%)	2.614 (9,8%)	
	1	2.336 (15,8%)	318 (15,2%)	599 (20%)	641 (16,3%)	120 (14,3%)	206 (24,1%)	213 (17,7%)	4.433 (16,6%)	<0,001
	2-3	9.635 (65,2%)	1.356 (65%)	1.909 (63,7%)	2.658 (67,5%)	558 (66,3%)	517 (60,4%)	833 (69,3%)	17.466 (65,4%)	
	>3	1.282 (8,7%)	211 (10,1%)	193 (6,4%)	299 (7,6%)	87 (10,3%)	44 (5,1%)	63 (5,2%)	2.179 (8,2%)	
Actividades grupales		España	Resto de Europa	Latinoamérica	Magreb	África subsahariana	Pakistán	Otros (a)	Total	p
Preparación parto (n=26,692)		5.899 (39,9%)	632 (30,3%)	913 (30,5%)	256 (6,5%)	56 (6,7%)	23 (2,7%)	98 (8,2%)	7.877 (29,5%)	<0,001
Postparto (n=26,692)		1.458 (9,9%)	145 (6,9%)	173 (5,8%)	38 (1%)	11 (1,3%)	3 (0,4%)	15 (1,2%)	1.843 (6,9%)	<0,001
Lactancia materna (n=26,692)		852 (5,8%)	79 (3,8%)	70 (2,3%)	35 (0,9%)	12 (1,4%)	4 (0,5%)	11 (0,9%)	1.063 (4%)	<0,001
Total de actividades (n=26,692)	0	8.296 (56,2%)	1.397 (66,9%)	1.999 (66,7%)	3.634 (92,3%)	773 (91,9%)	829 (97%)	1.090 (90,7%)	18.018 (67,5%)	
	1	4.861 (32,9%)	535 (25,6%)	853 (28,5%)	279 (7,1%)	59 (7%)	22 (2,6%)	101 (8,4%)	6.710 (25,1%)	<0,001
	1-3	1.615 (10,9%)	155 (7,4%)	146 (4,9%)	24 (0,6%)	9 (1,1%)	4 (0,5%)	11 (0,9%)	1.964 (7,4%)	

(a) Otros: Se incluyen los países definidos en la Tabla 2.

Respecto a actividades grupales, los grupos con mayor participación en preparación al nacimiento fueron de España (39,9%), Latinoamérica (30,5%) y Europa (30,3%). Las que presentaron menor participación fueron de Otras procedencias (8,2%), subsaharianas (6,7%), Magreb (6,5%), Pakistán (2,7%) **[TABLA 5]**.

En postparto, los grupos mayoritarios siguen siendo España (9,9%), Europa (6,9%) y Latinoamérica (5,8%) **[TABLA 5]**. En cuanto a asistencia al grupo de apoyo a Lactancia Materna presentaron disparidad con un 5,8% para España frente al 0,5% de Pakistán.

Se realizó un seguimiento adecuado del embarazo (siete-doce visitas) en el 54,6% de las gestantes **[TABLA 5]**, siendo de un 56,5% para las de ámbito urbano y del 17,3% para el ámbito rural ($p < 0,001$) **[TABLA 6]**. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sus áreas geográficas de procedencia.

En las visitas de puerperio, se realizó un seguimiento adecuado (dos-tres visitas) en el 65,4% de las mujeres **[TABLA 5]**, siendo del 66,6% para las de ámbito urbano y del 54,6% para el ámbito rural ($p < 0,001$) **[TABLA 6]**. Respecto a sus áreas geográficas de procedencia, presentaron un mayor seguimiento adecuado las mujeres de ámbito rural procedentes del Magreb (60,9%) y las del África Subsahariana (61,8%)

DISCUSIÓN

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE DESCRIBEN los perfiles sociodemográficos, los antecedentes obstétricos-ginecológicos y el seguimiento de gestantes migradas con un proceso de embarazo finalizado en 2019 en Cataluña frente a las autóctonas, quienes fueron atendidas en centros públicos ASSIR-ICS. La metodología empleada y el análisis de más de 36.000 registros de mujeres gestantes recopiladas en el ECAP-ICS permite observar diferencias derivadas del origen geográfico de las gestantes que pueden condicionar el acceso

y la atención a los servicios sanitarios. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de introducir un enfoque de diversidad y transculturalidad en la atención que proveen los servicios públicos de salud, debido a que las mujeres gestantes migradas integran una parte importante y creciente de la población catalana.

Características sociodemográficas. En relación a la edad de la gestante, el presente estudio refleja que las madres autóctonas son más longevas respecto a las migradas. Esta tendencia es similar a lo encontrado en un estudio de 2008 en el que se recogía una brecha entre los veinticinco años de las mujeres primíparas extranjeras y los treinta de las primíparas españolas **(17)**, que vuelve a ser confirmada en otro estudio del mismo año **(18)** el cual refleja que las madres españolas tienen de media 31,69 años y las migradas 26,54. Finalmente, un estudio de 2014 expresa que la edad de mujeres primíparas autóctonas de Europa aumenta hasta llegar en muchos casos a los treinta y cinco años **(18)**.

En términos generales, las mujeres migradas presentan menor nivel de estudios y estatus socioeconómico por ocupación en comparación a las españolas o europeas, así como se reporta en otros estudios realizados en Cataluña **(19)**. Esto puede deberse a que la misma motivación de haber migrado es por la mejora de sus condiciones de vida, y que en sus países de origen se dificulta tener cuando un mayor nivel educativo puede condicionar acceder a mejores oportunidades laborales **(20)**. En este sentido, una persona migrada con bajo nivel educativo, la cual puede incluso estar sometida a una legislación migratoria que puede dificultar su acceso a mejores oportunidades laborales en el país de acogida (por ejemplo, por falta de permiso de trabajo), suele ocupar y establecerse en los trabajos menos cualificados o incluso dedicarse a tareas domésticas **(20,21)**. Por otro lado, el número reducido de mujeres de clase alta observado en todos los grupos puede indicar que aquellas que lo son

Tabla 6.

Atención a las gestantes según su área geográfica de procedencia y tipo de población, urbana o rural.

Tipo de atención	España				Resto de Europa				Latinoamérica				Magreb			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural	
		p		p		p		p		p		p		p		p
Visitas embarazo	0	469 (3,8%)	14 (2,2%)	<0,001	48 (2,8%)	6 (2,6%)	86 (3,1%)	1 (1,9%)	62 (2,1%)	3 (1,1%)	<0,001	1.102 (37,2%)	216 (82,8%)	1.728 (58,3%)	42 (16,1%)	<0,001
	1-6	4.568 (36,8%)	516 (81,3%)	<0,001	667 (39,4%)	170 (74,9%)	1.144 (40,6%)	40 (75,5%)	1.144 (40,6%)	40 (75,5%)	<0,001	1.102 (37,2%)	216 (82,8%)	1.728 (58,3%)	42 (16,1%)	<0,001
	7-12	7.020 (56,5%)	100 (15,7%)	<0,001	953 (56,2%)	50 (22%)	1.526 (54,2%)	11 (20,8%)	1.526 (54,2%)	11 (20,8%)	<0,001	1.102 (37,2%)	216 (82,8%)	1.728 (58,3%)	42 (16,1%)	<0,001
	>12	358 (2,9%)	5 (0,8%)	<0,001	27 (1,6%)	1 (0,4%)	59 (2,1%)	1 (1,9%)	59 (2,1%)	1 (1,9%)	<0,001	1.102 (37,2%)	216 (82,8%)	1.728 (58,3%)	42 (16,1%)	<0,001
Visitas puerperio	0	1.264 (10,2%)	79 (12,4%)	<0,001	154 (9,1%)	28 (12,3%)	274 (9,7%)	8 (15,1%)	261 (8,8%)	23 (8,8%)	<0,001	1.102 (37,2%)	216 (82,8%)	1.728 (58,3%)	42 (16,1%)	<0,001
	1	2.013 (16,2%)	79 (12,4%)	<0,001	269 (15,9%)	28 (12,3%)	568 (20,2%)	8 (15,1%)	500 (16,9%)	44 (16,9%)	<0,001	1.102 (37,2%)	216 (82,8%)	1.728 (58,3%)	42 (16,1%)	<0,001
	2-3	8.275 (66,6%)	333 (52,4%)	<0,001	1136 (67%)	118 (51,9%)	1.811 (64,3%)	26 (49,1%)	2.037 (68,7%)	159 (60,9%)	<0,001	1.102 (37,2%)	216 (82,8%)	1.728 (58,3%)	42 (16,1%)	<0,001
	>3	863 (7,0%)	144 (22,7%)	<0,001	136 (8%)	53 (23,3%)	162 (5,8%)	11 (20,8%)	167 (5,6%)	35 (13,4%)	<0,001	1.102 (37,2%)	216 (82,8%)	1.728 (58,3%)	42 (16,1%)	<0,001
Tipo de atención	África Subsahariana				Pakistán				Otros (a)				Total			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural	
		p		p		p		p		p		p		p		p
Visitas embarazo	0	21 (3,7%)	2 (2,1%)	<0,001	35 (4,2%)	0 (0%)	24 (2,1%)	1 (20%)	745 (3,3%)	27 (2,1%)	<0,001	8.422 (37,6%)	1.024 (79,9%)	12.665 (56,5%)	222 (17,3%)	<0,001
	1-6	221 (38,6%)	77 (79,4%)	<0,001	331 (39,5%)	1 (33,3%)	389 (34,6%)	4 (80%)	8.422 (37,6%)	1.024 (79,9%)	<0,001	8.422 (37,6%)	1.024 (79,9%)	12.665 (56,5%)	222 (17,3%)	<0,001
	7-12	304 (53,1%)	17 (17,5%)	<0,001	449 (53,5%)	2 (66,7%)	685 (60,9%)	0 (0%)	12.665 (56,5%)	222 (17,3%)	<0,001	8.422 (37,6%)	1.024 (79,9%)	12.665 (56,5%)	222 (17,3%)	<0,001
	>12	27 (4,7%)	1 (1%)	<0,001	24 (2,9%)	0 (0%)	27 (2,4%)	0 (0%)	595 (2,7%)	8 (0,6%)	<0,001	8.422 (37,6%)	1.024 (79,9%)	12.665 (56,5%)	222 (17,3%)	<0,001
Visitas puerperio	0	60 (10,5%)	4 (4,1%)	0,001	86 (10,3%)	0 (0%)	81 (7,2%)	1 (20%)	2.180 (9,7%)	143 (11,2%)	0,001	2.180 (9,7%)	143 (11,2%)	3.838 (17,1%)	173 (13,5%)	<0,001
	1	84 (14,7%)	13 (13,4%)	0,001	202 (24,1%)	1 (33,3%)	202 (18%)	0 (0%)	3.838 (17,1%)	173 (13,5%)	0,001	2.180 (9,7%)	143 (11,2%)	3.838 (17,1%)	173 (13,5%)	<0,001
	2-3	384 (67%)	60 (61,8%)	0,001	509 (60,7%)	1 (33,3%)	789 (70,2%)	2 (40%)	14.941 (66,6%)	699 (54,6%)	0,001	2.180 (9,7%)	143 (11,2%)	3.838 (17,1%)	173 (13,5%)	<0,001
	>3	45 (7,9%)	20 (20,6%)	0,001	42 (5%)	1 (33,3%)	53 (4,7%)	2 (40%)	1468 (6,5%)	266 (20,8%)	0,001	2.180 (9,7%)	143 (11,2%)	3.838 (17,1%)	173 (13,5%)	<0,001

(a) Otros: Se incluyen los países definidos en la Tabla 2; (b) NV: No Valorable, por casillas con frecuencias esperadas <5.

posiblemente reciban atención en centros de salud privados y no en el público (22).

Características de la gestación. En la literatura médica se demuestra que existe un mayor riesgo de cesárea en mujeres que presentan sobrepeso, IMC elevado o diabetes pregestacional (23,24). En el presente estudio, las mujeres paquistaníes son las que presentaron mayor IMC al inicio de la gestación, mayor porcentaje de cesáreas y, a su vez, mayor riesgo de presentar diabetes gestacional [TABLAS 3 Y 4]. Incluso la preeclampsia también está vinculada a mayor probabilidad de cesárea (25,26), lo que se confirma en nuestro estudio en el caso de la población africana y latinoamericana.

Las prevalencias de gestantes fumadoras en otras regiones de España varían del 11% (ámbito gallego) (27) hasta un 18% (ámbito aragonés) (28). En nuestra población asciende al 12,2%, situándose entre ambos, pero nuestra muestra presenta mayor porcentaje de migradas que en el estudio de Jiménez-Muro, que presenta un 35% de migradas (28) frente al 44,3% que alcanza en nuestro estudio. Nuestros datos son congruentes con dicho estudio, presentando también una mayor prevalencia en el grupo de españolas, seguidas muy de cerca del resto de europeas.

La actualización del protocolo en 2018 (29) supuso que 2019 fuera el primer año que el ICS aplicó protocolos para el cribado de violencia machista PVS, salud mental Whooley y preeclampsia para las gestantes; por esa razón, es posible que se registraran pocos y no coincide con el aumento de la violencia machista del 1,5% respecto al año anterior que reflejan datos oficiales proporcionados por los Mossos d'Esquadra (30), con un total de 13.162 denuncias por violencia de pareja y 2.937 por violencia en el ámbito familiar (31). A esto debemos sumar que en muchas ocasiones las profesionales sanitarias no se sienten preparadas ni acompañadas para atender casos de violencia machista durante el embarazo y, en algunas ocasiones, prefieren no profundizar en el tema (32,33).

En los datos de salud mental reflejados en la categoría de Whooley se muestra que las mujeres españolas y latinoamericanas son quienes registran mayor porcentaje positivo (12,7% y 10,9%, respectivamente), datos coherentes con el porcentaje de casos de depresión en el embarazo registrado por estudios médicos (13%) (34). Sin embargo, en los datos del resto de madres migradas el porcentaje es menor [TABLA 3]. Esto se puede explicar fundamentalmente por la barrera idiomática y la comunicación intercultural, lo cual impide realizar diagnósticos certeros en torno a la salud mental (32,35). Además, como se afirma en otros estudios, una prolongada residencia en el país de acogida representa un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental de la madre migrada (36).

La mayor frecuencia de preeclampsia se registra en mujeres subsaharianas. Diversos estudios determinan que mujeres con este origen son más propensas a padecer esta complicación durante el embarazo, debido a la presencia del fenotipo *Duffy negativo* (37,38). Adicionalmente, la preeclampsia se encuentra vinculada a una mayor probabilidad de cesárea y es una importante causa de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el feto, que afecta del 2% al 8% de los embarazos (25,26,39).

Después del parto, el anticonceptivo de barrera (preservativo) es el más utilizado, seguido por los gestágenos. El preservativo es preferido por españolas, europeas, latinoamericanas, pakistaníes y mujeres de otras nacionalidades. Sin embargo, aunque las mujeres latinoamericanas refieren un alto índice de uso de preservativos, son también quienes presentaron más ITS y, en mayor medida, que las usuarias que prefieren los gestágenos [TABLAS 3 Y 4]. Desde una perspectiva interseccional (40), que aborda el contexto global de cada usuaria, esta contradicción en los datos puede estar basada en las barreras culturales, las divergencias en los modelos conversacionales y la dificultad de transmitir confianza entre el sistema sanita-

rio y las usuarias. El modelo sanitario catalán está estructurado para responder a una sociedad individualista con modelos conversacionales directos, que preguntan sin tapujos sobre temas de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos. Cuando las usuarias provienen de sociedades colectivistas, con modelos conversacionales indirectos, estas preguntas pueden resultar tabús o inadecuadas, por lo que la información que proporcionan estas mujeres podría estar condicionada (32,33). Las mujeres magrebíes y subsaharianas utilizan en mayor medida los métodos de gestágenos. Probablemente, esto esté vinculado a aspectos religiosos de las usuarias y sus parejas, quienes mayoritariamente son musulmanas (41). A pesar de que en el Corán no se prohíbe explícitamente el uso de anticonceptivos de barrera, está poco aceptado; por ello, la responsabilidad del control de la natalidad recae sobre las mujeres (42). Respecto a la categoría de no uso de métodos anticonceptivos, las mujeres de todas las procedencias presentan índices similares. Esto se contraponen con otros estudios en los que se afirma que las mujeres subsaharianas son las que menos los utilizan (32,43).

La prevalencia de anemia según historial médico se encuentra mayoritariamente en los grupos procedentes del Magreb, el África Subsahariana y Pakistán. Otros estudios aluden a mayor anemia en migradas (44) pero faltan estudios que comparen procedencias de dichas migradas. Los datos de anemia presentados, así como los otros antecedentes obstétricos y ginecológicos, son de la historia clínica de la gestante, por lo que no se puede inferir que ese diagnóstico sea del embarazo de 2019 o anterior.

En cuanto al dato de mutilación genital femenina, asciende a sesenta y cinco gestantes y se concentra en la población de África Subsahariana (977 gestantes) de nuestra muestra, lo que supone un 6,7% de este antecedente dentro de la muestra de subsaharianas. Es difícil sacar conclusiones sólo con dicho dato debido a la disparidad de prevalencia (45) estimada

que señalan los estudios, para lo cual sería más conveniente analizar por país concreto de procedencia. Además, no se puede obviar que no siempre se registra correctamente este antecedente. Cataluña es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de migradas de los países más afectados (46). Aquí reside más de un tercio de la población de España con mutilación genital femenina, con más de 21.000 mujeres y cerca de 6.300 niñas menores de 15 años (47). Según Caño *et al.* (48), no consta que actualmente se haya realizado ninguna en España; sin embargo, se tiene conocimiento de algún caso de menores a quienes se les ha practicado aprovechando los viajes de vacaciones que realizaron las familias a los países de origen (49).

Atención durante el embarazo. En relación a las visitas de control del embarazo, ecografías y visitas de puerperio, las españolas y europeas representan mayor porcentaje en el rango de cero visitas de ecografía. Ambos grupos presentan los niveles más altos de estatus socioeconómico, que se suele vincular a mayor poder adquisitivo, lo cual les podría permitir contar con seguros médicos privados (22). Probablemente, estas mujeres hayan recibido asistencia privada, que disponen de un propio sistema de historias clínicas que no es compartido con el ICS. Asimismo, se puede explicar por una falta de registro en el ECAP, debido a que algunos centros médicos de atención al embarazo son subcontratados por el ICS y disponen de un sistema de datos independiente, así como sucede con las redes hospitalarias.

De acuerdo al *Protocolo de seguimiento al embarazo de Cataluña* (29), se recomienda realizar tres ecografías para un correcto control natal. En el rango de seguimiento de una-dos visitas de ecografía (insuficientes según el protocolo), las subsaharianas son las menos atendidas. En el rango normal de visitas (tres-cuatro) se encuentran porcentajes estables en todos los grupos, pero en las que se realizan más de cuatro visitas, por riesgo de salud, el mayor número lo representan únicamente las

Características de las mujeres migradas atendidas por los Servicios de Salud Reproductiva del Institut Català de la Salut

ELISABETH LLAMAS REINERO *et al.*

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
1/3/2023
e202303016

paquistaníes, que junto a las subsaharianas presentan mayores índices de cesárea. Las visitas de seguimiento de embarazo recomendadas por el Protocolo son nueve, si el embarazo es normal. Los datos de la **TABLA 5** reflejan que las mujeres subsaharianas presentan un porcentaje menor en seguimiento adecuado (siete-doce visitas) con el 49,5%, y mayor en seguimiento insuficiente (una-seis visitas) con el 43,4%, según el protocolo (29); estos datos son inversamente proporcionales al riesgo de preeclampsia que estas gestantes presentan (46). La bibliografía médica afirma que las mujeres migradas presentan controles insuficientes según los protocolos (50), pero pocos son lo que desagregan los perfiles por orígenes. En el presente estudio vemos que el colectivo subsahariano es el menos atendido y, en parte, se puede explicar porque aproximadamente un tercio habita en municipios menores a 5.000 habitantes (51) y, probablemente, desprovistos de los servicios médicos para hacer sus seguimientos. Es decir, los servicios médicos están centralizados en las capitales, alejadas de sus lugares de residencia, lo que dificulta el acceso al sistema de seguimiento (52). En cambio, las pakistaníes se concentran en municipios de más de 5.000 habitantes y presentan mayor asistencia a los seguimientos, lo cual podría deberse a la cercanía de sus lugares de residencia a los servicios médicos.

En las visitas de puerperio existen datos similares entre procedencias; sin embargo, las subsaharianas presentan mayor número de visitas (tres o más) en relación a las demás poblaciones. Esto puede estar relacionado a que tienen mayor riesgo de embarazo por preeclampsia y partos por cesárea, por lo que el seguimiento sanitario posparto es indispensable para esta población de cara a evitar descompensaciones en su salud (37,38,53,54).

Sobre la participación de las gestantes en actividades grupales como preparación al nacimiento, posparto y lactancia, podemos afirmar que la participación es baja para todas las procedencias. Sin embargo, existe una diferencia

en cuanto al origen, donde la mayor participación ocurre en españolas, latinoamericanas y europeas, en contraposición a los demás grupos poblacionales. Similar a nuestros resultados, Martínez y Delgado (55) señalan que las españolas son las que más asisten a estas sesiones, y las razones particulares en faltar o no asistir a estas sesiones es por incompatibilidad con sus horarios o por el mismo desconocimiento de tal formación ofrecida en sus centros de salud. Las procedentes de otros países (latinoamericanas, rumanas, marroquíes y de otros países) argumentan algo similar. Otros factores que resaltan la ausencia de estas actividades de manera general (autóctonas y migradas) son una baja percepción de utilidad de esta formación (es decir, no se percibe la importancia), poseer menos nivel educativo e ingresos familiares. Sumado a esto, la desmotivación para asistir a estas actividades por parte de las mujeres migradas (principalmente, las que su idioma nativo no es el castellano) podría deberse a que los talleres se realizan en el idioma vehicular de la región y no se cuenta con mediación que pueda solventar la posible barrera lingüística (32), salvo en contadas excepciones. Además, los talleres están orientados a la gestante autóctona (55), sin incluir la diversidad existente, y se aprecia cómo el sistema sanitario no ofrece una comunicación equitativa a todas las usuarias sobre los diferentes acompañamientos previos y posteriores al parto (56).

A pesar de los claros resultados que determinamos, es importante mencionar algunas limitaciones de este trabajo. Por ejemplo, la información obtenida de las gestantes está influida por la comprensión por parte de la profesional, la barrera idiomática y la relación profesional/usuario, que podrían provocar sesgos en la recolección de los datos (infraregistro de ciertos problemas de salud no codificados, pericia del entrevistador a la hora de registrar y a la hora de preguntar).

Otra dificultad que encontramos fue la de categorizar adecuadamente entorno rural y

urbano por la asignación de ASSIR de las gestantes. Se dispone de información del ASSIR en el que se controla la gestante. Pero la limitación es que los ASSIR suelen englobar varios equipos de Atención Primaria, por lo que hay ámbitos rurales que quedan dentro de zonas urbanas o semiurbanas por volumen de población (57). Esta limitación nos lleva a mostrar sólo datos comparados de los ASSIR que son claramente urbanos y los claramente rurales.

En conclusión, el presente estudio evidencia inequidades derivadas de los orígenes de las gestantes. Dichas inequidades condicionan el acceso a los servicios de salud, se manifiestan en desigualdades de discriminación negativa en función del lugar de residencia y la falta de adecuación y reconocimiento de las diferencias

culturales. Las diferencias culturales deben ser reconocidas y gestionadas para mejorar la calidad de la atención a la salud sexual de las mujeres migradas ofrecida por el sistema público de salud. Se torna necesario, entonces, incorporar la perspectiva interseccional en la atención a la salud sexual y reproductiva, que tenga en cuenta los recursos y los saberes necesarios para responder adecuadamente a las necesidades derivadas de las circunstancias culturales, socioeconómicas, administrativas, religiosas y/o lingüísticas específicas, a través de figuras como la mediación cultural y no solo lingüística, durante todo el seguimiento del proceso de embarazo, así como la importancia de trabajar redes comunitarias de salud que tiendan puentes entre el sistema de salud y el tejido comunitario y social. (1)



1. Instituto de Estadística de Cataluña. *Población a 1 de enero (2000-2021). Total y extranjera*. Cataluña [Internet]. 2021 [consultado 2022 May 13]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es>
2. Instituto de Estadística de Cataluña. *Estrangers amb targeta de residència. Per país de nacionalitat. Províncies* [Internet]. Instituto de Estadística de Cataluña. 2021 [consultado 2022 Mar 25]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=272>
3. Instituto de Estadística de Cataluña. *Anuario estadístico de Cataluña. Indicadores de natalidad 2016-2020* [Internet]. 2021 [consultado 2022 May 13]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=287&lang=es>
4. Carratalà Pérez P. *Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya*. [Internet]. Barcelona; 2010 Dec [consultado 2022 Mar 25]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/I/immigracio_i_salut/documents/arxiu/avasermedizo10.pdf
5. Vidal MJ, Jané M, Teixidó M, Tomás Z, Ciruela P, Departament de Salut et al. *Indicadors de salut perinatal a Catalunya*. Any 2019 [Internet]. Barcelona; 2021 [consultado 2022 Mar 18]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5996>
6. Instituto Nacional de Estadística. *Tasa de mortalidad materna por comunidad autónoma, edad y periodo* [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad materna. 2020 [citado 2022 Mar 25]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46686>
7. Instituto de Estadística de Cataluña. *Indicadores de la Unión Europea. Edad media al primer hijo* [Internet]. Instituto de Estadística de Cataluña. 2021 [consultado 2022 Mar 25]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=ue&n=10752&lang=es>
8. Cardús Font L. *Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. Fear of Childbirth and Intergenerational Narratives: An Approach from Anthropology*. Dilemata [Internet]. 2015;7(18):129-145. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106938.pdf>
9. Arnau Sanchez J, Martínez Roche M, Nicolás Viguera M, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. *Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia*. AIBR Revista de Antropología Iberoamericana, 7(2): 225-247 [Internet]. 2012 [consultado 2022 Mar 25];7(2):225-247. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>
10. Lazzaro A. *Cuerpos 'al natural': la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado*. Revista Pilquen Sección Ciencias Sociales [Internet]. 2017 [consultado 2022 Mar 25];20(3):82-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3475/347552924007.pdf>
11. Organización de las Naciones Unidas. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. [Internet]. 2019 [consultado 2022 Mar 28]. Disponible en: https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf
12. Serena Brigidi RM. *Sin educar en la consciencia corporal, ¿cómo vamos a disfrutar del parto?*. El Salto [Internet]. 2018 Jan 29 [consultado 2022 Mar 28]; Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/parto/serena-brigidi-disfrutar-parto>
13. Departament de Salut, Secretaria de la Salut Pública de Catalunya. *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya*. 2ª edició [Internet]. Barcelona. 2020 [consultado 2022 Mar 25]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf
14. Bellón Sánchez S. *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Dilemata [Internet]. 2015 [consultado 2022 Mar 28];18:93-111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>

Características de las mujeres migradas atendidas por los Servicios de Salud Reproductiva del Institut Català de la Salut

ELISABETH LLAMAS REINERO et al.

15. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Suttpn V, Rajmil L. *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya*. Revisió exhaustiva de la literatura científica. [Internet]. Barcelona; 2004 May [consultado 2022 Mar 25]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/content/A-Z/I/immigracio_i_salut/documents/arxius/in0401ca.pdf

16. Haberman SJ. *The Analysis of Residuals in Cross-Classified Tables*. Biometrics [Internet]. 1973 Mar [consultado 2022 Mar 7];29(1):205-220. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2529686?origin=crossref>

17. García-García J, Pardo-Serrano C, Hernández-Martínez A, Lorenzo-Díaz M, Gil-González D. *Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes*. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2008 Feb [citado 2023 Jan 22];51(2):53-62. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501308710562>

18. Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A. *La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada*. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2011 Nov;54(11):575-580. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501311003128>

19. Domingo A, Galeano J, Bayona J. *La migración extranjera en Barcelona: de la crisis financiera de 2008 a la pandemia de 2020* [Internet]. Barcelona Societat (Ajuntament de Barcelona). Barcelona; 2021 Sep [consultado 2022 Jun 13]. Disponible en: https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista-castellano/02_ep_domingo-galeano-bayona_bcn28_esp.pdf

20. Alonso JA, Department of Economic & Social Affairs. United Nations. *Migración internacional y desarrollo: una revisión a la luz de la crisis* [Internet]. Nueva York; 2011 [consultado 2022 Jun 13]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/CDP-bp-2011-11-S.pdf>

21. Batsaikhan U, Darvas Z, Raposo G. *People on the move: migration and mobility in the European Union*. Bruegel Blueprint Series. Volume XXVIII. [Internet]. Gardner

Stephen, editor. Vol. 28. Bruselas: Bruegel Blueprint Series. 2018 [consultado 2022 Jun 13]. Disponible en: http://aei.pitt.edu/93190/1/People_on_the_move_ONLINE.pdf

22. Pinilla J, López-Valcárcel BG. *Income and wealth as determinants of voluntary private health insurance: empirical evidence in Spain, 2008-2014*. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Dec 19;20(1):1262. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09362-5>

23. Fernández Alba JJ, Paublete Herrera M del C, González Macías M del C, Carral San Laureano F, Carnicer Fuentes C, Vilar Sánchez Á et al. *Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea*. *Nutr Hosp* [Internet]. 2016 Nov 29;33(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28000460/>

24. De la Calle FMM, Armijo LO, Martín BE, Sancha NM, Magdaleno DF, Omeñaca TF et al. *Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales*. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(4).

25. Pérez-de-Villa-Amil-Álvarez A, Prieto-Clavero E, Hernández-Placia R. *Preeclampsia grave: características y consecuencias*. *Revista Finlay* [Internet]. 2015 [consultado 2022 May 16];5(2):118-129. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/354>

26. Sáez CVC, Pérez HMT. *Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2014 [consultado 2022 May 16];40(2):155-164. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2014/cog142c.pdf>

27. Santiago-Pérez MI, Pérez-Ríos MM, Malvar Pintos A, Hervada Vidal X, Santiago-Pérez MI, Pérez-Ríos MM et al. *Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo*. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019 [consultado 2023 Jan 16];93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100092&lng=es&nrm=iso&tlng=

28. Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. *Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes*. Gac Sanit [Internet]. 2012 Mar [consultado 2023 Jan 22];26(2):138-144. Disponible en: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S021391111002664>
29. Generalitat de Catalunya., Departament de Salut., Agència de Salut Pública de Catalunya. *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya* (3ª edició) [Internet]. Barc; 2018 Jun [consultado 2022 Mar 25]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf
30. La Vanguardia. *Los Mossos reciben 11.103 denuncias por violencia de género en 2019, un 1,5% más*. La Vanguardia [Internet]. 2019 Nov 25 [consultado 2022 May 6]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20191125/471845720081/catalunya-los-mossos-reciben-11103-denuncias-por-violencia-de-genero-en-2019-un-15-mas.html>
31. Generalitat de Catalunya Departament de Interior. *Dades sobre la violència masclista 2019* [Internet]. 2019 [consultado 2022 May 6]. Disponible en: http://interior.gencat.cat/web/.content/home/o3o_arees_dactuacio/seguretat/violencia_masclista_i_domestica/estadistica_sobre_violencia_masclista_i_domestica/dades_violencia_masclista_dones/dades_dones_anys_anteriors/anys_anteriors/Dades_VM_2019.pdf
32. Llamas E. *Cultures i Drets Sexuals i Reproductius de les dones migrades a Catalunya* [Internet]. Barcelona; 2021 [consultado 2022 Mar 25]. Disponible en: <http://raisa.dretalasalut.org/download/898/>
33. Llamas E, Brigidi S. *Cultures i drets sexuals i reproductius de les dones migrades a Catalunya. Per una atenció centrada en la perspectiva integral i de gènere en el sistema de salut català*. Revista d'Antropologia i investigació Social (con)textos [Internet]. 2022 [consultado 2022 May 13];10:115-132. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/download/38607/37566/101721>
34. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. *Depresión en el embarazo*. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2019 Jan;48(1):58-65. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745017300926>
35. Valiente Izquierdo LC. *Principales barreras de acceso al sistema sanitario de la población inmigrante en España* [Internet]. [Jaén]: Universidad de Jaén; 2016 [consultado 2022 May 16]. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3793/1/TFG_La_Cristina_Valiente_Izquierdo.pdf
36. Chou WJ. *Maternal Mental Health and Child Development in Asian Immigrant Mothers in Taiwan*. Journal of the Formosan Medical Association [Internet]. 2010 Apr [citado 2022 May 6];109(4):293-302. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929664610600551>
37. Estrada-Arcila L, Escobar-Hoyos M, Lina Gómez-Giraldó J, Cadavid-Jaramillo AP, Gil-Villa AM. *Expresión del fenotipo Duffy negativo en mujeres afrodescendientes y su relación con la preeclampsia*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2013 [consultado 2022 May 6];39(4):442-450. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400013
38. Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. *Maternal Ethnicity, Paternal Ethnicity, and Parental Ethnic Discordance*. Obstetrics & Gynecology. 2005 Jul;106(1):156-161.
39. Bell MJ. *A historical overview of preeclampsia-eclampsia*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010;39(5):510-518.
40. Crenshaw K. *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum [Internet]. 1989 [consultado 2022 Jun 13];1989(1). Disponible en: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
41. Galazos G, Tsikouras P, Liberis V, Koutlaki N, Vlachos G, Teichmann AT et al. *Attitudes towards contra-*

ception in three different populations. Clin Exp Obstet Gynecol. 2008;35(1):22-26.

42. Degni F, Mazengo C, Vaskilampi T, Essén B. *Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women*. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2008 Jan 6;13(3):298-303.

43. Susín Espeja M. *Programa de planificación familiar para mujeres marroquíes residentes en Valladolid* [Internet]. Universidad de Valladolid. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018 [consultado 2022 May 16]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30369/TFG-H1212.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

44. Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JI, Padron E, González González NL. *Control de gestación en inmigrantes*. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2006 [consultado 2023 Jan 16];29:49-61. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

45. Casajoana Guerrero M, Caravaca Nieto E, Martínez Madrigal MI. *Una visión global de la mutilación genital femenina*. Matronas Profesión. 2012;13(3-4):76-82.

46. Fundación Wassu-UAB. *La Mutilación Genital Femenina en España* [Internet]. Ministerio de Igualdad, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, editores. Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género; 2020 [consultado 2022 Jun 27]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf

47. Kaplan Marcusán A, López Gay A. *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2016*. Universitat Autònoma de Barcelona, Funcación Wassu-UAB; 2017.

48. Caño Á, Martínez E, Oliver M, Torrecilla L, Fernández A, Ochoa MD, Sánchez C, Velasco C. (2008). *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Médicos Mundi Andalucía (Coord.) Granada: Grupo Editorial Universitario. Granada; 2008 [consultado 2023 Feb 3]. Disponible en: [\[sidastudi.org/es/registro/ff8081814b56a2b4014b7db-d33ec0082\]\(https://sidastudi.org/es/registro/ff8081814b56a2b4014b7db-d33ec0082\)](https://salutsexual.</p></div><div data-bbox=)

49. Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per a la Immigració. *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. Generalitat de Catalunya [Internet]. [consultado 2023 Feb 3]. Disponible en: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/07infanciaiadolescencia/recursos_professionals/protocols_actuacio/pdf/protocol_mutilacio_genital.pdf

50. Manzanares Galán S, López Gallego MF, Hernández TG, García NM, Ventoso FM. *Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante*. Progresos en Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2008 Apr 1 [consultado 2022 May 13];51(4):215-23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501308710793>

51. Generalitat de Catalunya. *La immigració en xifres*. Departament d'Igualtat i Feminismes [Internet]. Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania. 2011 [consultado 2022 Jun 14]. Disponible en: <https://igualtat.gencat.cat/ca/ambits-dactuacio/antiracisme-migracions-i-refugi/dades-de-la-immigracio-a-catalunya/la-immigracio-en-xifres/>

52. Tran TK, Gottvall K, Nguyen HD, Ascher H, Petzold M. *Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam*. BMC Health Serv Res [Internet]. 2012 Dec 15;12(1):40. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-40>

53. Merry L, Vangen S, Small R. *Caesarean births among migrant women in high-income countries*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Apr;32:88-99.

54. Gallardo Martínez J, Arnáez de la Cruz M, Frías Sánchez Z, del Río Romero I, Navalón Bonal Z, Polo Ballarín P et al. *¿Es la nacionalidad de la paciente un factor influyente en el proceso de embarazo, parto y puerperio?* Clin Invest Ginecol Obstet. 2021 Apr;48(2):74-80.

55. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. *Determinantes asociados a la participación de mujeres primípa-*

ras en el programa de educación prenatal. Gac Sanit [Internet]. 2013 Sep;27(5):447-449. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391112002671>

56. López Rodríguez S, Imaz E. *De por qué contratar una doula. El trabajo de la doula y su articulación con los feminismos en Bizkaia*. [Internet]. 2021 [consultado 2022 May 13]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/53895/TFM%20SILVIA%20L%20c3%093PEZ.pdf?sequence=5&isAllowed>

57. Consell de Direcció del Servei Català de la Salut. *Població de referència del Servei Català de la Salut per a l'any 2020 - Dades per ABS i UP assignada*. 2020 Mar 9 [consultado 2022 Apr 29]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/documents/poblacio-referencia.pdf

58. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. *Encuesta Nacional de Salud 2017 ENSE 2017 Metodología*. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. 2017;64. Disponible en: <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>

59. Instituto Nacional de Estadística. *Glosario* [Internet]. [citado 2022 Apr 29]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3Ddisca_ig_glo.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=960%2F771%2Fdisca_ig_glo.pdf&ssbinary=true

60. Davis JW, Parks SN, Kaups KL, Bennink LD, Bilello JF. *Victims of domestic violence on the trauma service: unrecognized and underreported*. J Trauma [Internet]. 2003 [consultado 2022 Apr 4];54(2):352-355. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12579064/>