



ORIGINAL

Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente



M. Valverde Pareja^{a,*}, A. Ortiz Zurita^a, A. Martín Márquez^a, A.M. Ruiz Mateos^b,
I. Jerónimo Franco^a, R. Martínez de la Ossa^a y Martínez de Carvajal^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Básico Santa Ana, Motril, Granada, España

^b Area de investigación, Hospital General Básico Santa Ana, Motril, Granada, España

Recibido el 5 de abril de 2013; aceptado el 31 de julio de 2013

Disponible en Internet el 12 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Inmigración;
Gestantes;
Parto;
Satisfacción;
Salud

KEYWORDS

Immigration;
Pregnant women;
Labor;
Satisfaction;
Health

Resumen Los continuos movimientos migratorios son la causa de la gran variedad de pacientes extranjeros que se atiende en algunos centros hospitalarios. Este hecho supone una dificultad añadida al cuidado de las pacientes, en nuestro caso gestantes, puesto que nos encontramos con una barrera idiomática y cultural importante que en muchos casos puede dificultar su atención y mermar su trato. Para conocer estas limitaciones se ha planteado un estudio descriptivo transversal con el fin de determinar las características sociodemográficas de las gestantes inmigrantes de la zona tropical de Granada que acuden al Hospital General Básico Santa Ana, en Motril. En este estudio se ha evidenciado que el seguimiento del embarazo en las mujeres inmigrantes es alto, pero es menor en las mujeres procedentes del Magreb y el África subsahariana. También se percibe que el número de mujeres que realiza el curso de educación maternal es muy bajo: el 37% en las mujeres latinoamericanas, pero inferior al 12% en las demás procedencias. © 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Antenatal care among immigrant women: Sociodemographic characteristics and behavior depending on the patient's geographical origin

Abstract Due to continuous migration, some hospital centers attend a wide variety of foreign patients. This increases the difficulties of attending patients –in our case pregnant women– due to language and cultural barriers that can hamper communication and patient care. With a view to characterizing these limitations, a cross-sectional descriptive study was performed to determine the sociodemographic characteristics of pregnant immigrant women from the tropical coast of Granada attending the Santa Ana Basic General Hospital in Motril, Granada. This study found that antenatal care among immigrant women was high but was lower in women

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dravalverde@became.es (M. Valverde Pareja).

from the Magreb and sub-Saharan Africa. The number of women attending pregnancy-related health education programs was very low: 37% among Latin-American women but less than 12% among women from other areas.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Tanto en el Estado español como en algunas de sus comunidades autónomas, entre ellas Andalucía, se están produciendo cambios en cuanto a movimientos migratorios. Si bien han sido durante décadas fuentes de emigración, esta tendencia en los últimos años está cambiando¹. Hemos pasado de ser un país emigrante a convertirnos en receptor de flujos de inmigración. En el año 2011 había en España 5.730.667 extranjeros empadronados, lo que supone un 0,30% menos respecto al año anterior. Sin embargo, en Andalucía, los empadronados extranjeros crecieron un 3,28% en términos anuales (23.120) respecto al año 2010, lo que supone un total de 727.176. Se puede afirmar que la inmigración está provocando una de las transformaciones sociodemográficas más importantes de la sociedad española de los últimos tiempos². Además del crecimiento poblacional que ha supuesto, la población inmigrante ha contribuido de forma notable al rápido aumento del número de nacimientos (revirtiendo 2 décadas de descenso sostenido del volumen de nacidos), a ralentizar la tendencia del retraso de la maternidad, así como a atenuar el proceso de envejecimiento demográfico³.

Después de 3 décadas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo en España, llegando a 1,16 hijos por mujer (1998), se registró cierta recuperación en el índice sintético de fecundidad hasta alcanzar 1,46 en 2008. Uno de los factores que podrían explicar el ligero aumento reciente de la fecundidad es la ralentización en el retraso de la maternidad. Otro de los factores que subyacen al reciente aumento de la fecundidad son los intensos flujos migratorios que ha recibido España en la última década⁴.

España se ha convertido en destino migratorio de millones de mujeres jóvenes que inician o continúa su vida reproductiva una vez incorporadas al país⁵. Cataluña y la Comunidad Valenciana son, después de Madrid, las comunidades autónomas con mayor número de nacimientos de madre extranjera, recogiendo entre ambas más del 35% del total de estos nacimientos que tienen lugar anualmente en toda España⁶.

El nivel de fecundidad de la población inmigrante es, en promedio, más elevado que el de la población española⁷. De ahí el interés que suscita el tema de la fecundidad de los inmigrantes, tanto por sus repercusiones demográficas a corto, medio y largo plazo, como por sus implicaciones económicas y sociales.

En la literatura especializada coexisten múltiples hipótesis para explicar y predecir la compleja interrelación entre migración y fecundidad⁸.

El aumento del número de mujeres procedentes de otros países está cobrando relevancia, al provocar la denominada «feminización de los flujos migratorios»⁹. Las mujeres inmigrantes, procedentes de países en vías de desarrollo, conforman una población joven, sana y mayoritariamente

en edad fértil. Esta feminización de la inmigración se debe básicamente a 2 motivos. Por un lado, a la existencia de un creciente número de mujeres que inician en solitario, y de manera autónoma, su proyecto migratorio, y por otro lado, al fenómeno conocido como reagrupamiento familiar, consecuencia del asentamiento previo de varones inmigrantes¹⁰. La reunificación familiar se ha visto favorecida por la legislación española, Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, que reconoce el derecho a la vida en familia¹¹.

La desigualdad entre ambos sexos está presente también en la inmigración al igual que en otras facetas de la sociedad y de fenómenos cotidianos. Desde el punto de vista de la salud, las mujeres pueden verse sometidas a una doble marginalidad: una como reflejo de las desigualdades existentes en el país de origen y otra, la sufrida en el país de acogida, en este caso, España. Cuando hablamos de desigualdades sociales en salud nos estamos refiriendo a aquellas diferencias entre los grupos de población que se consideran importantes, sistemáticas, evitables e injustas¹².

Las desigualdades son variaciones injustas y evitables de salud derivadas de la desigual distribución de poder por clase social, género, etnia u otras circunstancias que limitan el acceso de individuos y grupos a recursos clave para su salud¹³. De manera que las personas más desfavorecidas socialmente tienen peores niveles de salud y enferman más y mueren antes que aquellas situadas en posiciones más aventajadas. Para entender estas diferencias en salud (injustas y evitables) hay que considerar los contextos sociopolíticos y socioeconómicos como determinantes estructurales de la desigualdad y su interacción con los determinantes sociales. Esto da lugar a exposiciones y vulnerabilidades diferenciales en los estilos de vida, en las condiciones de vida y trabajo, y en el acceso al sistema sanitario, entre otros, e inciden en un impacto desigual en la salud. Por este motivo, tiene especial importancia estudiar las desigualdades sociales de las mujeres inmigrantes, porque en esta figura confluyen muchos determinantes sociales que pueden provocar esta inequidad¹².

Las desigualdades de género confluyen con otros factores estructurales. Así, son las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas y con menor nivel de estudios las que se enfrentan a mayores dificultades laborales y a trabajos más estresantes, con peores garantías para su salud. Así, el peso del trabajo fuera de casa se añade al de dentro del hogar, con la consiguiente «doble carga» de trabajo y de responsabilidades, que tiene como resultado una peor salud. Soportan las peores condiciones de vida y aún así, se produce una gran invisibilidad de su papel, ya que no existen censos fiables de la población inmigrante femenina. A esto se añade la falta de reconocimiento de las actividades económicas que realizan puesto que no están formalizadas¹⁴.

El concepto de salud es un término no solo biológico o somático, sino psicológico y social. Debemos comprender que tanto las prácticas individuales como sociales vienen enmarcadas dentro de un contexto histórico, cultural, social y económico. Es en esta área donde los profesionales sanitarios debemos reflexionar para lograr un enfoque adecuado en la práctica diaria, dado el momento histórico en el que nos encontramos y apreciando las diferencias en cuanto a valores, normas morales, problemas relacionados con la inmigración, diferencias sobre el concepto de familia, hábitos alimenticios, barreras ante el desconocimiento, etc.

El avance en las distintas disciplinas sanitarias, la evolución producida a lo largo de los años en el conocimiento y saber sanitario nos hacen pensar que la población utiliza los medios a su alcance con el fin de conseguir un estado de salud óptimo pero, erróneamente, esta situación no siempre es así, lo que provoca frustración en los profesionales que apuestan día a día con su esfuerzo y trabajo para ayudar a los usuarios.

La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes supone una preocupación importante en el campo de la salud pública, con relación a su preparación al parto, al uso de distintos métodos anestésicos (epidural, intradural, general, etc.) y a un seguimiento adecuado del embarazo. En otros países se asume que los procesos migratorios llevan aparejados riesgos para la salud y, en el caso de las mujeres, tales riesgos pueden tener una especial repercusión sobre la salud reproductiva y perinatal^{15,16}.

El país de procedencia es importante, puesto que cada cultura tiene sus costumbres y creencias. El concepto de salud, al igual que el de enfermedad, viene determinado culturalmente¹⁷. Existen países donde las mujeres no han tenido contacto con el sistema sanitario y otros donde no existen programas de atención a la mujer. Por esta razón, en los países receptores de inmigrantes, disponer de información sobre la procedencia de las madres es de particular importancia, ya que permite el cálculo diferenciado de indicadores en estas poblaciones y su comparación con los de las poblaciones autóctonas. Sin duda, este es un paso necesario para incorporar el concepto de inmigración al estudio de las desigualdades en salud¹⁸. Todo esto determinará el abordaje del seguimiento y control del embarazo.

En los últimos años, se ha evidenciado la importancia de incluir la variable «nacionalidad de la madre», entre la información estadística de los nacimientos proveniente de los registros civiles. En lo que respecta a los registros de metabolopatías, los de Cataluña y la Comunidad Valenciana incorporan la información sobre el origen de las mujeres de 2003 y 2004, respectivamente. Esta información de ámbito autonómico abre la posibilidad de realizar amplios estudios en el tiempo y el espacio acerca de la salud perinatal y reproductiva de los principales colectivos de inmigrantes⁵.

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Motril, al igual que en otros hospitales similares, la dinámica de trabajo ha sufrido un giro importante. El gran movimiento migratorio producido en la costa granadina nos lleva a la necesidad de replantear el trabajo y a dejar a un lado las propias convicciones, así como a ampliar los conocimientos culturales. Se debe estar preparado para atender las necesidades de la sociedad actual, donde existen aún muchas

lagunas ante un cambio reciente en el que las Administraciones Públicas están tomando medidas aún por desarrollar¹⁹.

Material y métodos

Se ha diseñado un estudio descriptivo transversal y analítico. Se ha incluido a todas las mujeres inmigrantes que han acudido al Hospital Santa Ana de Motril para ser atendidas en el parto durante el año 2011, lo que supuso un total de 232 mujeres inmigrantes de distintos países de procedencia.

El ámbito de estudio fue la planta de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Motril durante los meses de enero a diciembre del año 2011. Se les distribuyó un cuestionario, elaborado previamente para este estudio, el cual fue pilotado antes del inicio para corroborar que se comprendían todas las preguntas.

Todas las mujeres incluidas en el estudio recibieron la hoja de información al paciente y firmaron el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Asistencial e Investigación del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada.

Los objetivos del estudio fueron:

- Objetivo principal
 - Identificar las diferencias de las características obstétricas en las mujeres gestantes inmigrantes.
- Objetivos secundarios
 1. Conocer el seguimiento del embarazo en las mujeres inmigrantes que acuden al hospital de Motril para ser atendidas durante el parto.
 2. Determinar si existe relación entre las revisiones obstétricas y el país de procedencia.
 3. Determinar si existe relación entre el tipo de anestesia elegida y el país de procedencia.
 4. Averiguar cómo las mujeres inmigrantes se preparan para el parto según su nacionalidad.
 5. Analizar la relación entre la edad y el seguimiento del parto.
 6. Conocer la satisfacción de las mujeres inmigrantes durante la atención sanitaria recibida en el parto en el Hospital de Motril.

Se han seleccionado las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: edad, estado civil, nacionalidad, nivel de estudios, categoría profesional, puesto de trabajo.
- Otras variables relacionadas con el parto:
 1. Número de partos.
 2. Número de abortos.
 3. Control de embarazo adecuado.
 4. Asistencia a clases de educación maternal.
 5. Satisfacción con la UGC.
 6. Problemas de comunicación con los profesionales de la UGC.
 7. Lactancia materna.

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas o categóricas recogidas y medias, desviaciones típicas,

Tabla 1 Descripción de las mujeres a estudio

| Valores de la variable | n | $p/\bar{x} \pm DE$ | IC 95% | |
|---------------------------------|-----|--------------------|--------|------|
| Latinoamericanas | 28 | 13,1 | 7,8 | 18,8 |
| Este de Europa | 100 | 46,9 | 41,3 | 52,6 |
| Magrebíes y subsaharianas | 85 | 39,9 | 34,2 | 45,6 |
| Casadas | 186 | 87,3 | 81,6 | 93,0 |
| Asistencia a educación maternal | 41 | 19,2 | 13,5 | 24,7 |
| Seguimiento del embarazo | 202 | 94,8 | 90,1 | 97,6 |
| Lactancia materna | 205 | 96,2 | 91,2 | 98,4 |
| Anestesia epidural | 101 | 47,4 | 41,7 | 53,1 |
| 1.ª gestación | 104 | 48,8 | 43,1 | 54,5 |
| 2.ª gestación | 75 | 35,2 | 29,5 | 40,9 |
| Más de 3 gestaciones | 34 | 15,9 | 11,3 | 21,6 |
| Edad | 7 | 28,5+5 | 24,8 | 32,2 |

IC: intervalo de confianza.

Tabla 2 Salud reproductiva según procedencia de las mujeres

| Nacionalidad | N | Asistencia educación maternal | Seguimiento del embarazo | Lactancia materna | Anestesia epidural |
|------------------------|-----|-------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|
| Latino-americana | 28 | 37,5* | 96,4* | 92,6* | 77,8* |
| Europa del Este | 100 | 11,7* | 96,0* | 97,0* | 52,0* |
| Magreb y subsaharianas | 85 | 10,9* | 94,1* | 97,6* | 32,9* |

* $p < 0,05$.

máximos y mínimos para las variables cuantitativas, asumiendo en estas últimas normalidad en su distribución por ser $n > 30$. Se calcularon sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, tanto para medias como para proporciones.

Se realizó un análisis bivalente para estudiar las relaciones entre las variables dependientes y las independientes 2 a 2 (tablas de contingencia). Para estudiar la asociación entre 2 variables cualitativas el estadístico usado fue el Chi-cuadrado por ser tablas 2x2 ($r > 2$). Se utilizó la t-Student cuando se relacionó la edad con el resto de variables dicotómicas. Se asumió normalidad de la variable edad por estar ante una muestra superior a 30 sujetos (teorema central del límite). Se asumió significación estadística para valores $p < 0,05$.

Resultados

Participaron en el estudio un total de 223 gestantes inmigrantes (que suponían el 16,9% de los partos atendidos en el Hospital de Motril). La media de edad de las mujeres gestantes inmigrantes estaba en los 28,51 años con una desviación $\pm 5,79$ años. El 80,2% de ellas estaba casada; el 66% tenía estudios primarios o secundarios y cerca del 18% no tenía estudios (tabla 1).

En cuanto al país de origen de las mujeres inmigrantes el 43% procedía de Europa del Este, el 36% del África subsahariana y el 12,1% proceden de América Latina (tabla 2).

El 93,5% de las mujeres encuestadas ha realizado un adecuado seguimiento del embarazo (más de 6 visitas), no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente

significativas entre unas nacionalidades y otras. Aun así, es más bajo en las mujeres procedentes del Magreb y África subsahariana.

La asistencia a clases de educación maternal es muy baja en las mujeres inmigrantes: tan solo han asistido el 20,3% de ellas. Las gestantes africanas y de los países de Europa del Este son el colectivo que asiste en menor medida a las clases de educación maternal (13 y 21% respectivamente). Las mujeres procedentes de Latinoamérica y Europa occidental acuden con mayor frecuencia (36 y 32% respectivamente). Si se aplica el test de Chi-cuadrado ($p < 0,05$) a las variables: educación maternal y nacionalidad, se evidencia que el hecho de participar en las sesiones de preparación al parto durante el embarazo depende de la nacionalidad de la mujer de manera estadísticamente significativa.

En el momento del estudio el 48,3% eran primíparas, el 35,3% secundíparas, el 10,3% tercióparas y el 4,7% múltiparas con más de 3 hijos.

Entre los motivos que alegan para no asistir a las clases de educación maternal se encuentran: desconocimiento (28,4%), carecer de tiempo (16,4%) o no existir en su localidad dicha asistencia (11%).

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre el uso de anestesia epidural y el país de procedencia. Cerca del 80% de las mujeres procedentes de Latinoamérica hace uso de este tipo de anestesia, siguiéndole las mujeres de Europa del Este (50%). Por el contrario, el uso de anestesia epidural entre las mujeres africanas y de Europa occidental es muy inferior: el 32,9 y el 21,4% respectivamente. El principal motivo de no uso de este tipo de anestesia fue porque no querían (26%) seguido de «no ha dado tiempo» (15%).

Para finalizar, se compara la lactancia materna con el país de procedencia. El porcentaje es alto (media de 96%) y muy similar entre las distintas nacionalidades.

Respecto a la atención prestada a las mujeres inmigrantes, casi el 97% resalta que ha recibido una asistencia adecuada por parte de los profesionales que la han atendido, el 98% muestran satisfacción con el trato recibido y el 88% afirman haberse comunicado correctamente con los profesionales. El principal motivo de una mala comunicación ha sido la barrera lingüística.

Discusión

La media de edad de las mujeres gestantes inmigrantes es 28,51 años con una desviación de $\pm 5,79$ años, menor que la media española (32,06 años).

Destaca el bajo nivel educativo de la mujer inmigrante que acude a la sala de paritorio. El 60% de ellas o no tienen ningún estudio o tienen estudios primarios; tan solo el 12% de las mujeres inmigrantes tienen estudios universitarios. Este dato es de especial relevancia, puesto que el nivel educativo influye en todos los aspectos de la atención sanitaria: control y seguimiento del embarazo, educación sanitaria pre- y posparto, dificultad de integración, barreras idiomáticas y diferencias culturales⁶.

La asistencia a clases de educación maternal es muy baja en la población inmigrante, afirmando haber asistido tan solo un 20% de ellas. Dato muy inferior a los de otros estudios, donde el porcentaje de gestantes que acuden a dichos programas, aun siendo bajo, oscila entre el 39 y el 40%²⁰. El colectivo que asiste con menor frecuencia son las gestantes africanas y de los países de Europa del Este (13 y 21% respectivamente). Las mujeres procedentes de Latinoamérica y Europa occidental acuden con mayor frecuencia (36 y 32% respectivamente) aunque siguen por debajo de la media española.

Tanto el bajo nivel educativo como la baja asistencia a las clases de educación maternal de la población analizada pueden ofrecernos la clave de que nos enfrentamos con un colectivo que está en clara desigualdad social en salud. Como se ha mencionado anteriormente, el hecho de pertenecer a grupos étnicos minoritarios se relaciona con desigualdades específicas en salud, no solo debidas a las variables socioeconómicas, sino también a las barreras de acceso a los servicios sanitarios y a la utilización poco efectiva de los mismos por falta de adaptación o incluso por discriminación. Por tanto, la baja asistencia a las clases de educación maternal de las mujeres inmigrantes puede ser una de las consecuencias de la falta de integración de la población inmigrante.

Los procesos de exclusión social y marginación social tienen mayor incidencia en aquellos grupos que, por su condición de minoría, no participan activamente en los distintos espacios y ámbitos de la vida pública.

Para comprender este hecho, también se deben comprender las diferentes culturas de esta población. Un gran número de mujeres en sus países de origen no tienen acceso a estos programas y, al sentirse sanas, puede ser que no perciban esta necesidad. Y no se pueden olvidar las barreras laborales, en cuanto a horarios, miedo al despido e incompreensión por parte de sus superiores.

Las grandes diferencias existentes entre unos colectivos y otros se pueden deber a que el proceso de integración tanto de las mujeres de Europa occidental como de Latinoamérica es menos traumático, por las semejanzas culturales y, en el caso de las mujeres latinoamericanas, también por el conocimiento del idioma. Esto permite una mejor relación con la población autóctona, con la posibilidad de expresar sus necesidades y de comprender, así mismo, normas y modelos a seguir. A pesar de no intentar reproducir la estructura social de su país²¹, poseen una mayor familiarización con las medidas de prevención, mayor costumbre en cuanto a revisiones ginecológicas.

La población de Europa del Este que asiste a los cursos de educación maternal en un 21,6% no suele conocer el inglés, se encuentra aún más aislada y, como consecuencia, tiene más dificultades para la integración. Su escala de valores es más parecida a la nuestra pero se ve influida por la actividad laboral, que les lleva a cambiar de población con frecuencia y, en el caso de la mujer gestante, dificulta un buen seguimiento y control de su estado de salud. Normalmente priorizan mucho más su estabilidad laboral, dejando de lado el resto de las actividades que las puedan perjudicar²².

Las mujeres procedentes de África provienen de sociedades donde el respeto que una mujer recibe se basa en gran medida en el número de hijos que tiene, por ello la fecundidad es elevada. Las tasas de analfabetismo son altas, la sociedad es mayoritariamente patriarcal, la mujer tiene un estatus inferior al del hombre y los matrimonios precoces exponen a las jóvenes a la violencia sexual y doméstica, y a embarazos a edades tempranas que amenazan su salud.

Dependiendo de la colonia de origen, son conocedoras de otro idioma (inglés o francés), pero no todos los profesionales estamos preparados para poder entenderlas y mantener una conversación fluida que nos permita hacer un buen diagnóstico de su situación. Además, en general, no están acostumbradas a las revisiones ginecológicas, ni a las medidas de prevención por la falta de asistencia sanitaria en sus países de origen. Se da el caso de gestantes que jamás han tenido una exploración ginecológica²³.

Con referencia a la anestesia epidural, se observa que las mujeres latinoamericanas y las de Europa del Este la solicitan más de lo esperado mientras que las subsaharianas y magrebíes lo hacen menos. Se puede deducir que una gran mayoría de la población inmigrante hace uso de las ventajas que supone un parto sin dolor. Es un amplio porcentaje si tenemos en cuenta que en muchos de los países de origen no es una práctica habitual. Este logro puede atribuirse en su gran mayoría a la comunicación entre comunidades (una buena experiencia hace que se extiendan entre la población las ventajas que supone), además de al aumento de la educación sanitaria que hacen los profesionales (explican detalladamente ventajas e inconvenientes de la práctica sanitaria).

Conclusión

Las características sociodemográficas de las mujeres inmigrantes que acuden al Hospital de Motril, para ser atendidas en el parto, corresponde en su mayoría a población inmigrante «trabajadora», procedentes en su gran mayoría de Europa del Este (43%) y África subsahariana (36%).

El 96% ha tenido un control y seguimiento del embarazo adecuado (más de 6 visitas), lo que nos indica que existe una adecuada accesibilidad al sistema sanitario.

Sin embargo, se ha detectado una baja asistencia a las clases de educación maternal (20%). Estos resultados nos hacen replantearnos una mejor captación para estos programas.

En cuanto a las clases de educación maternal, impartidas a partir de la 28 semana de gestación en el centro de salud de referencia, no siempre pueden ser seguidas con la asiduidad necesaria. Recordemos el estado avanzado en que se encuentra la gestante, las carencias que presenta la infraestructura de los centros y los numerosos acontecimientos que dificultan su realización (formación continuada de los profesionales en el día prefijado, días festivos, falta de suplencias...), lo que provoca un pequeño conflicto en aquellas mujeres que deben cambiar turnos o pedir permiso para asistir a las mismas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Garvi M. La población inmigrante desde la perspectiva asistencial. *Enferm Cientif.* 2003;256-257:26-30.
2. Reher D, Requena M, editores. *Las múltiples caras de la inmigración en España.* Madrid: Alianza Editorial; 2009.
3. Castro T, Rosero L. La inmigración en España: perspectivas innovadoras. *Rev Intern Sociol.* 2011; Monográfico nº1:105-37.
4. Cebolla H, González A. *La inmigración en España (2000-2007). De la gestación de flujos a la integración de los inmigrantes,* l84. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales: Madrid; 2008.
5. Río I, Castelló A, Jané M, Prats R, Barona C, Más M, et al. Calidad de los datos utilizados para el cálculo de indicadores de salud reproductiva y perinatal en población autóctona e inmigrante. *Gaceta Sanitaria.* 2010;24:172-7.
6. Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento natural de la población. Nacimientos de madre extranjera por comunidad autónoma de inscripción.* 2007.
7. Roig M, Castro T. *Childbearing patterns of foreign women in a new immigration country. The case of Spain.* *Population.* 2007;62:419-46. English edition 2007;62(3):351-380. Édition française 2007;62(3):419-446.
8. Milewski N. First child of immigrant workers and their descendants in West Germany: Interrelation of events, disruption, or adaptation? *Demograp Res.* 2007;850-96, 17-29.
9. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Observatorio Permanente de la Inmigración.* España 2008.
10. Paz M. Efectividad de una intervención socio-sanitaria dirigida a disminuir las desigualdades en salud reproductiva de las mujeres inmigrantes marroquíes en Cantabria. *Reeduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas.* 2011;3:1-23.
11. Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. (BOE núm. 10 de 12 de enero de 2000).
12. Solas O, Ugalde A. *Inmigración, salud y políticas sociales.* Escuela Andaluza de Salud Pública. 1995;4:165-6.
13. Castillo S. *Mujeres inmigrantes hablando de su salud.* *Index Enfermería.* 2001;34:9-14.
14. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 128 de 29 de mayo de 2003).
15. *Estado de la población mundial 2006. Hacia la esperanza: las mujeres y la migración internacional.* Ginebra: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2006.
16. Alderliesten ME, Stronks K, van Lith JM, Smit BJ, van der Wal MF, Bunsel GJ, et al. Ethnic differences in perinatal mortality. A perinatal audit on the role of substandard care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;138:164-70.
17. Fritjof C. Distintos conceptos de salud. Concepto de sano y enfermo, de normal y anormal varía de una cultura a otra. *Ciencia, sociedad y cultura naciente.* Barcelona: Barcelona integral; 1985.
18. Borrelli C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Púb.* 2008;82:245-9.
19. Torres Chamorro S. El cuidado del otro. *Diversidad cultural y enfermería transcultural.* *Gaceta de Antropología.* 2001;17:15-7.
20. Martínez JM. *Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido.* (Tesis doctoral). Granada: Facultad de Medicina de Granada; 2012.
21. Bermúdez EM. *Mujeres inmigrantes y salud.* Valencia: Servicio de publicaciones, Universidad de Valencia; 2007.
22. Maslow A. A theory of human motivation. *Psychological Review.* 1943;50:370-96.
23. Spector E. *Cultura y cuidados de salud y enfermería.* *Cultura de los Cuidados.* 1999;6:66-72.