



ORIGINAL

Métodos anticonceptivos utilizados por población inmigrante y condicionantes que influyen en su elección en un área sanitaria de Zaragoza

R. Sanjuán Domingo^{a,*}, M.V. Villaverde Royo^b, M.P. Elías Villanueva^c,
M.L. Rodríguez Sanz^d, M.M. Yagüe Sebastián^e y M. Blasco Valle^f

^a Medicina de Familia, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

^b Medicina de Familia, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad Docente Medicina de Familia y Comunitaria, Sector III Zaragoza, Zaragoza, España

^c Medicina de Familia y Psiquiatría, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^d Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^e Medicina de Familia, Centro de Salud Bombarda, Zaragoza, España

^f Medicina de Familia, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, Profesor Asociado de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Recibido el 21 de octubre de 2011; aceptado el 7 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 26 de enero de 2012

PALABRAS CLAVE

Inmigración y emigración;
Anticoncepción;
Atención primaria;
Sexología;
Encuesta

Resumen

Introducción: En los últimos años el porcentaje de mujeres inmigrantes ha aumentado provocando el surgimiento de necesidades específicas referentes a su salud sexual y reproductiva. El objetivo fue conocer los métodos anticonceptivos utilizados por ellas y los condicionantes que influyen en su elección. Estimar como indicadores de alerta: uso de píldora poscoital y prevalencia de abortos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta realizada en el primer trimestre del año 2011 en el Centro de Salud Delicias Sur (Zaragoza). La población diana fueron mujeres inmigrantes en edad fértil (15-45 años) que acudieron al centro, previo consentimiento informado. Muestreo accidental por cuotas.

Resultados: La edad media fue de 29,35 años (IC al 95% = 27,95-30,75 años). El país de origen mayoritario fue Ecuador. Casi la mitad de las mujeres estaban solteras y trabajaban por cuenta ajena, y su nivel de instrucción era medio. La media de años de residencia en España fue de 5,68 años (IC al 95% = 4,99-6,37 años). Un 42% de las mujeres (IC al 95% = 32,62-51,83) no utilizaba ningún método anticonceptivo. El método más utilizado fue el preservativo, seguido de la píldora. Más de la mitad de las mujeres habían sido informadas en atención primaria. Un 32% (IC al 95% = 23,42-41,60) de ellas tenían un antecedente de aborto. Respecto al uso de la píldora poscoital (PPC), había recurrido a ella el 19,39% (IC al 95% = 12,46-28,10).

Conclusiones: El 42% no utilizaba ningún método anticonceptivo y los indicadores de alerta sobre el fracaso de medidas preventivas en salud reproductiva son elevados.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanjuanraquel@hotmail.es (R. Sanjuán Domingo).

KEYWORDS

Emigration and immigration;
Contraceptive agents;
Primary Health Care;
Sexology;
Survey

Contraceptive methods used by immigrant populations and conditions that influence the choice in a health area in Zaragoza

Abstract

Background: The percentage of women immigrants in Spain has increased in these last years, resulting in the emergence of specific needs related to sexual and reproductive health. The objective of this article was to define the contraceptive methods used by immigrant women and the determining factors that influence their choice. To estimate the use of emergency post-coital contraception and prevalence of abortion.

Methods: A descriptive cross-sectional study using a survey was carried out in the first quarter of 2011 at the "Centro de Salud Delicias Sur" in Zaragoza, Spain. The target population were immigrant women of childbearing age between 15 and 45 years who attended the clinic. Non probability sampling was used.

Results: The mean age was 29.35 years (95% confidence interval (CI) = 27.95 to 30.75 years). The majority country of origin was Ecuador. Almost half the women were single and worked in paid employment. The educational level was considered as average. The average duration of residence in Spain was 5.68 years (95% CI = 4.99 to 6.37 years) and 42% of them (95% CI = 32.62 to 51.83) did not use any contraceptive method. The most used contraceptive method was the condom, followed by oral hormonal contraceptives. More than half of the women had been informed in Primary Care. Almost one third (32%) (95% CI = 23.42 to 41.60) of the women had a history of abortion.

More than 19% of women (95% CI = 12.46 to 28.10) had used the emergency contraceptive method.

Conclusion: Contraceptive methods were not used by 42% of women. The alert indicators on the failure of preventive measures in sexual health are still too high.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

En nuestro país la inmigración ha experimentado un notable incremento en la última década presentando una de las mayores tasas del mundo, siendo el décimo del planeta que más inmigrantes posee en números absolutos¹ y el primero dentro de la Comunidad Económica Europea². En el año 2000 el Instituto Nacional de Estadística (INE) registró 923.879 extranjeros en España (el 2,28% de la población total), mientras que el registro actual de población inmigrante ha aumentado hasta alcanzar los 5.708.940 (12,2% del total)¹.

La experiencia migratoria se señala como uno de los determinantes de salud, ya que puede suponer una situación de marginación y exclusión económica y social, con privación de derechos fundamentales³, por lo que se trata de una población especialmente vulnerable que requiere una atención específica desde un punto de vista social y sanitario^{4,5}. La evidencia disponible, tanto nacional como internacional, señala el alto riesgo de exclusión de los servicios sanitarios debido a tanto a la confluencia de peores determinantes de salud (bajo poder adquisitivo, condiciones de vida y laborales precarias como a sus propias idiosincrasias (idiomáticas, culturales, religiosas, desconocimiento del sistema, etc.)⁶.

En los últimos años el porcentaje de mujeres procedentes de otros países también ha aumentado considerablemente provocando así la denominada «feminización de la inmigración» motivada, en algunos casos, por el reagrupamiento familiar (inmigrantes pasivas), y por un número cada vez mayor de mujeres que inician su aventura migratoria en solitario (inmigrantes activas)⁷.

Hay que tener en cuenta que la población inmigrante es mayoritariamente joven y en edad fértil, y que proviene de países con elevadas tasas de natalidad, lo que ha aportado a nuestro país datos positivos de fecundidad.

Este incremento trae como consecuencia el surgimiento de necesidades específicas en atención sanitaria, especialmente en lo referente a su salud sexual y reproductiva⁸, entendida como «la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear involuntariamente o de contraer enfermedades de transmisión sexual, así como la libertad de hacerlo y no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia»⁹. El concepto de salud sexual y reproductiva así definido, tiene importantes implicaciones de género al ampliar los límites de la salud reproductiva de las mujeres, reconociéndoles derechos relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos y a la protección de la maternidad, entre otros¹⁰.

A pesar de esta nueva realidad son todavía pocos y con metodologías muy distintas los estudios que muestra los resultados en salud de este colectivo, que permitan a los sistemas sanitarios orientarse hacia esta nueva realidad, por lo que el objetivo principal de nuestro trabajo fue conocer el uso de los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres inmigrantes de nuestro entorno en edad fértil. Como objetivo secundario se trató de conocer los aspectos y condicionantes que influyen en la elección de los distintos métodos anticonceptivos y si su uso puede estar relacionado con factores demográficos, educativos y culturales.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal. La población incluida en el estudio fueron mujeres inmigrantes en edad fértil (entre 15 y 49 años), excluyéndose aquellas que presentasen enfermedades mentales grave o deterioro cognitivo que imposibilitase la comprensión de la encuesta, o aquellas que por dificultad idiomática les resultó imposible realizarla. Nuestra zona básica de salud atiende a 27.819 personas con una población inmigrante que alcanza 6.681 personas (23,30%)¹¹, de las cuales 3.305 son mujeres. El tamaño de la muestra mínimo que se estimó para alcanzar una muestra significativa fue de 79 mujeres (prevalencia esperada de uso de anticonceptivo del 70%, una precisión de 10% y un nivel de confianza del 95%).

De las 120 mujeres invitadas a participar en el estudio, 8 de ellas fueron excluidas por no cumplir los criterios de inclusión y 12 por su negativa a participar. El muestreo realizado fue no probabilístico o accidental, tomándose para el mismo las mujeres que acudieron durante el primer trimestre del año 2011 al Centro de Salud Delicias Sur (Zaragoza) por cualquier motivo médico.

La información fue recogida mediante el cuestionario elaborado por el grupo de expertos en ginecología y anticoncepción DAPHNE¹², anónimo y autoadministrado por personal médico que trabajaba en el centro. El presente estudio se adhiere a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki sobre aspectos éticos en investigación biomédica. En todas las ocasiones se realizó la correspondiente petición verbal de consentimiento informado así como se aseguró la confidencialidad de todas las pacientes que participasen en el mismo.

El cuestionario DAPHNE está estructurado en 2 bloques bien diferenciados que recogen distintas variables.

- El primero: corresponde a datos administrativos: edad, nacionalidad, años de residencia en España, estado civil, nivel de estudios, situación laboral actual y tipo de empleo que desempeña, si ha sido madre con anterioridad, si ha sufrido algún aborto y si ha tomado la píldora poscoital (PPC) en alguna ocasión.
- El segundo consta de 7 preguntas todas ellas con respuesta cerrada de varios ítems y algunas de las mismas con respuestas concatenadas según la elección inicial. Se interroga sobre el uso o no de métodos de contracepción. Si no se usa ninguno se pregunta cuál es la causa. Nos interesamos también sobre la fuente de obtención de información para utilizar uno u otro método y la satisfacción con el método utilizado.

Las últimas preguntas van dirigidas específicamente según la encuestada utilice anticoncepción hormonal oral, anillo vaginal, DIU o preservativo, centrándonos principalmente en la píldora y el preservativo por ser los métodos más utilizados.

Los datos fueron analizados mediante programa estadístico STATA 9SE. Se realizó estadística descriptiva básica para variables cualitativas (proporciones) y cuantitativas (medias, desviaciones estándar [DE] y percentiles); así mismo se hallaron los intervalos de confianza poblacionales

Tabla 1 Descripción de la muestra (nacionalidad, nivel de instrucción, estado civil y situación laboral de las mujeres encuestadas)

Nacionalidad	Porcentaje (%)	IC al 95%
<i>Sudamérica</i>	38	28,89-47,79
<i>África</i>	27	18,99-36,3
<i>Centroamérica</i>	16	9,77-24,17
<i>Europa del Este</i>	10	5,19-17,09
<i>Asia</i>	5	
<i>Países de la CCEE</i>	2	0,37-6,45
<i>Norteamérica</i>	2	0,37-6,45
TOTAL	100	
ESTADO CIVIL		
Soltera	49	39,30-58,75
Casada	47	37,37-56,80
Divorciada/Separada	3	0,77-7,94
Viuda	1	0,05-4,83
TOTAL	100	
Nivel de instrucción		
Leer y escribir	14	8,19-21,86
Estudios básicos	36	27,05-51,83
Bachillerato/ FP	42	32,62-51,83
Diplomatura/Licenciatura	8	3,78-14,62
TOTAL	100	
SITUACIÓN LABORAL		
Trabaja por cuenta ajena	45	35,46-54,82
Trabaja por cuenta propia	2	0,33-6,45
Desempleo	17	10,57-25,31
Tareas domesticas no remuneradas	23	15,54-31,99
Sus labores	6	2,46-12,05
Estudiante	6	2,46-12,05
Jubilada/pensionista	1	0,05-4,83
Total	100	

en función de la distribución de las variables y del tamaño muestral.

Resultados

La muestra finalmente fue de 100 mujeres. La edad media era 29,35 años (IC al 95% = 27,95-30,75 años), con una DE de 7,23 años. El 5% del total eran menores de 18 años. El grupo de edad mayoritario fue el de 26 a 30 años (que representa un 25%), y el menos representado fue el de mayor edad, de 41 a 45 años (8%).

La descripción de la muestra se encuentra en la [tabla 1](#), como datos a destacar respecto al origen migratorio, predominan los países sudamericanos que representan el 38% (IC al 95% = 28,89-47,79), seguido de África (27%, IC al 95% = 18,99-36,3), Centroamérica (16%, IC al 95% = 9,77-24,17) y Europa del Este (10%, IC al 95% = 5,19-17,09). Los

inmigrantes de origen norteamericano, al igual que los de la Comunidad Económica Europea (CCEE), suponían un 2% (IC al 95% = 0,37-6,45%). El país de origen mayoritario fue Ecuador (20%, IC al 95% = 13,02-28,69), seguido de Marruecos y Rumanía.

El 49% de las mujeres inmigrantes eran solteras, y hasta un 47% casadas (IC al 95% = 37,37-56,80). La media de años de residencia en España fue de 5,68 años (IC al 95% = 4,99-6,37 años) (DE = 3,57), el 95% de las mujeres inmigrantes tenían una estancia media entre 5 y 10 años.

El nivel de estudios predominante fue Bachillerato/Formación Profesional (FP) en un 42% de las mujeres encuestadas (IC al 95% = 32,62-51,83), seguido de estudios básicos con un 36% (IC al 95% = 27,05-45,75). Respecto a la situación laboral, un 45% (IC al 95% = 35,46-54,82) trabajaba por cuenta ajena, un 23% (IC al 95% = 15,54-31,99) realizaban tareas domésticas no remuneradas, y un 17% (IC al 95% = 10,57-25,31) se encontraba en situación de desempleo.

Centrándonos en los indicadores de salud reproductiva, hasta un 32% (IC al 95% = 23,42-41,60) de las mujeres tenían un antecedente de aborto y de este porcentaje había sufrido más de un aborto un 20%. Un 10% de los abortos totales fueron interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Respecto al uso de la PPC, había recurrido a ella el 19,39% (IC al 95% = 12,46-28,10) y, de este porcentaje, hasta un 44,45% la habían utilizado en más de una ocasión.

Un 42% de las mujeres (IC al 95% = 32,62-51,83) no utilizaba ningún método anticonceptivo. La principal razón para no utilizar ningún método anticonceptivo fue el deseo gestacional o que estuviese la mujer ya embarazada (tabla 2). El método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo (21%, IC al 95% = 13,86-29,80), seguido de la píldora 16%, IC al 95% = 9,87-24,18) y el dispositivo intrauterino (DIU) (8%, IC al 95% = 3,78-14,62) (tabla 3). La mayor parte de las mujeres estaba satisfecha con el método anticonceptivo que utilizaban (62,79%, IC al 95% = 47,72-76,19).

El 52,7% (IC al 95% = 37,83-66,25) de las mujeres recibían su asesoramiento en salud sexual en su centro de salud, y un 23,91% (IC al 95% = 13,27-37,75) en ginecólogo de área o planificación familiar (tabla 4).

Profundizando en la forma de uso de los distintos métodos anticonceptivos, se observó cómo un 55% de las mujeres que empleaban el preservativo lo utilizaban siempre que mantenían relaciones sexuales. Respecto a los anticonceptivos orales (ACO), el 94,12% la utilizaba con fines anticonceptivos, y hasta un 25% de las mismas referían emplearlas por el beneficio adicional de regulación del ciclo menstrual. Un 41,18% de las usuarias reconocía haber sufrido algún olvido de la toma de la misma.

Discusión

Nuestro estudio sugiere que en la actualidad, el perfil de la mujer inmigrante en edad fértil que acude a nuestras consultas es una mujer de origen sudamericano o centroamericano, que no presenta dificultad idiomática. Su edad se sitúa en torno a los 30 años, soltera o casada y con más de 3 años de residencia en nuestro país. La mayoría con estudios de formación profesional o bachillerato. Podríamos definir las como madres trabajadoras, que hasta en un 45%, lo hacen

por cuenta ajena. Estos datos concuerdan con los publicados en otros estudios en población inmigrante^{2,5}.

Dada que la selección de pacientes se realizó en la sala de espera de un centro sanitario la principal limitación de este estudio es la selección de la muestra y su representatividad respecto al colectivo inmigrante total, ya que nuestras conclusiones únicamente son extrapolables a inmigrantes que son usuarios del sistema público de salud.

Es importante destacar cómo hasta un 42% de estas mujeres referían no utilizar ningún método anticonceptivo, cifra bastante superior a las publicadas para población española que oscilaban entre un 10 y un 20%¹³. Si lo comparamos con estudios realizados en población inmigrante en nuestro país, la diferencia no es tan llamativa, siendo esta de un 30,3% en un estudio publicado en el año 2008 en Murcia² y solo de un 33,86% en la encuesta realizada en el año 2010 en nuestro país dentro del programa MIAS (Programa de Asistencia Sanitaria a la Mujer Inmigrante)⁵. Esta diferencia encontrada se podría deber a que en nuestro estudio hasta un 21,8% de las mujeres que no utilizaban método anticonceptivo referían claramente su deseo gestacional o incluso estaban ya embarazadas, por lo que su no uso obedecía a su planificación familiar. No obstante, esta comparativa de cifras resulta compleja ya que son pocos los estudios publicados, y con metodologías y métodos de selección de la muestra distintos.

Respecto al método anticonceptivo empleado, resalta que el preservativo es el más utilizado, seguido de la anticoncepción hormonal, al igual que sucede en la población española¹³, en contraste con lo publicado por Rodríguez Fernández et al.², que señalaban como el método más empleado en inmigrantes los anticonceptivos orales con un 26,5%, seguido por los métodos de barrera que se empleaban en un 8,6%. La utilización de métodos quirúrgicos (vasectomía, ligadura de trompas, etc.) y los DIU se ha mostrado semejante a la publicada en dicho estudio.

Esta diferencia encontrada con los datos publicados en 2007¹³ es congruente con la hipótesis de que al estabilizarse el fenómeno migratorio, los usos de métodos tienden a sufrir la misma evolución temporal que la población de acogida donde la utilización del preservativo se ha incrementado desde un 21,0% en el año 1997 hasta un 37,3% en el año 2009, mientras que la utilización de la anticoncepción hormonal ha permanecido estable, aumentado de un 14,3% (1997) a un 17,9% en el año 2009¹³. Otra de las causas que podría explicar este fenómeno es que las mujeres inmigrantes varían el método anticonceptivo durante su estancia en nuestro país, disminuyendo drásticamente el uso de inyectables y DIU, adoptando el uso de métodos anticonceptivos más populares en España, lo cual puede derivar a la no adaptación a un uso correcto del nuevo método en un embarazo no deseado¹⁴.

Es importante resaltar cómo nuestros resultados de salud reproductiva siguen siendo claramente mejorables, destaca así una prevalencia de un 3,2% de interrupciones voluntarias del embarazo, cifra que, aunque similar a las publicadas en otro estudio realizado en población inmigrante (3%), contrasta con el 0,6% de la población española². Y respecto al uso de la PPC, había recurrido a ella casi el 20% de las mujeres, de las cuales casi la mitad la había utilizado en más de una ocasión, cifra similar a la publicada en un estudio realizado en un centro de salud de Barcelona

Tabla 2 Razones por las que las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos

Razón para no usar métodos anticonceptivos	Porcentaje (%)	IC al 95%
No tener relaciones sexuales	40,00	30,75-49,82
Deseo gestacional/embarazo	21,82	13,85-29,80
Temor a efectos secundarios	14,55	8,19-21,86
Mi pareja no quiere/Vergüenza/ Miedo	9,09	4,47-15,87
No sabe/ No contesta	7,27	3,11-13,35
Todos me sientan mal	3,64	0,77-7,94
Economía (son caros)	1,82	0,33-6,45
Otros	1,81	0,32-6,44
Total	100	

Tabla 3 Descripción de métodos utilizados por las mujeres inmigrantes

Método anticonceptivo	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-49 años	Total
Preservativo	0,00	29,63	32,00	13,64	13,33	0,00	21,00
ACO	0,00	22,22	8,00	27,27	13,33	0,00	16
DIU	0,00	3,70	8,00	0,00	6,67	44,44	8,00
Doble método	0,00	3,70	4,00	0,00	0,00	0,00	2,00
Otros (anillo, parche, etc.)	0,00	7,41	8,00	0,00	0,00	0,00	4,00
Quirúrgico	0,00	0,00	4,00	4,55	20,00	22,22	7,00
NO	100,00	33,33	36,00	54,55	46,67	33,33	42
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

donde un 25% de las mujeres tenían un antecedente previo de toma de PPC¹⁵. Este dato nos obliga a reflexionar sobre la idea de que el hecho de que vayan a la consulta a solicitar la PPC es una oportunidad que debe aprovechar el sistema sanitario para profundizar en las causas que provocan el fallo de la prevención primaria respecto la planificación familiar^{16,17} y prevención de enfermedades de transmisión sexual, y aprovechar este momento para tratar de reforzar nuestros mensajes respecto a la salud sexual y reproductiva.

A pesar de que más del 75% de las mujeres referían recibir información desde un centro sanitario, bien por su médico de atención primaria o ginecólogo, el 42% no utilizaba ningún método anticonceptivo, cifra algo superior a la de la encuesta MIAS donde el 63% recibía información desde el ámbito sanitario⁵. Esto nos debería llevar a preguntarnos si estamos garantizando el derecho de la mujer a elegir libremente el método anticonceptivo, o si hacemos una prescripción basada en nuestras creencias y concepto de

sexualidad. Comprender dónde está el abismo que separa la prescripción o el consejo médico respecto al auténtico uso del mismo, es ahora el reto de la atención primaria.

Aunque nuestros resultados son congruentes con la poca bibliografía publicada respecto a la salud sexual en inmigrantes, tras la observación de los mismos, nos llevan a tratar de proseguir investigando sobre las causas que conllevan lo alejado entre los resultados en salud y la recepción del consejo médico, así como a tratar de investigar sobre estrategias que permitan reducir el número de mujeres en las que este consejo nunca se ha producido. Ampliar el estudio a mujeres españolas en edad fértil puede llevarnos a discernir algunas de las causas o motivos que pueden provocar desigualdades en salud producidas desde el propio sistema sanitario.

Conocer mejor los actuales parámetros y características, así como su evolución en el tiempo respecto a indicadores de salud sexual y reproductiva, permite a la Administración planificar y elaborar políticas de actuaciones específicas para

Tabla 4 Lugar de información de las mujeres sobre los métodos anticonceptivos

Lugar de información	Porcentaje (%)	IC al 95%
Médico de atención primaria (MAP)	50,00	35,77-64,22
Enfermera/o de atención primaria	2,70	0,11-10,25
Ginecólogo	13,04	5,46-25,17
Centro de planificación familiar	10,87	4,09-22,45
Entorno social y familiar	19,31	9,99-32,87
Medios de comunicación	4,08	0,73-3,63
Total	100	

mejorar y disminuir las desigualdades en salud de estos colectivos de mujeres.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística. Base de datos INE-base. Encuesta nacional de inmigrantes 2007 [consultado 1/6/2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319&file=inebase&L=0>
- Rodríguez E, Lorca TM, López MA, Gómez A. Mujer inmigrante: motivo de consulta e historia gineco-obstétrica en una zona de salud. *Semergen*. 2008;34:59-65.
- Berrera S, Elorza-Ricart JM, Bartolomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2004.
- García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Mental health in immigrants: the new Challenger. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:187-91.
- Calbet D. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Informe de resultados. Barcelona: Saatchi and Saatchi Healthcare; 2010. Informe de resultados 25/02/2010 [consultado 2/11/2011]. Disponible en: <http://www.programamias.com/index.php/si.html>
- Terraza R, Vargas I, Rodríguez D, Lizana T, Vázquez M.L. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2010;24:115.e1-e7.
- Serrano I. Mujeres inmigrantes: una realidad desconocida. Madrid: Aula Médica; 2001, Equipo Daphne Noticias. Boletín Informativo sobre salud de la mujer, nº 1 [consultado 1/6/ 2011]. Disponible en: <http://www.equipo-daphne.es/archivos/29e72d70633823f13c1940035f62a170.pdf>
- López-García S. Mujer inmigrante y salud sexual y reproductiva. *Revista Diálogos de la FPFE*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2004.
- Lete I, Martínez-Étago M. La salud reproductiva: datos y reflexiones. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl:170-4.
- Oliver F M.I. et al. La salud y la mujer inmigrante. En: Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2007. p 79-84.
- Dirección de Atención primaria Sector III. Zaragoza. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo 2011 [consultado 1/6/2011]. Disponible en: http://www.areas.org/Gerencia/Poblacion/piramide_area.htm
- Serrano I. Contraception attitudes among Spanish women. 6th DAPHNE survey, 2009. The Netherlands: European Society of Contraception; 2010.
- Menéndez E, Deza J, Torrents M, Tamargo A, Touris J. Uso de métodos anticonceptivos en un centro de planificación familiar. *Prog Obstet Ginecol*. 2007;50:675-81.
- Ornat Clemente L. El aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón: estudio descriptivo de la población española e inmigrante [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2009 Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/4148/files/TESIS-2009-083.pdf>
- Serra-Torres A, Montaner-Amorós M, Sitjar-Martínez de Sas S, Sisó-Almirall A, Espanyol-Navarro M, Devant-Altimir M. Emergency contraception: evaluation of women's understanding of it, a requisite for the effectiveness of the treatment. *Aten Primaria*. 2007;39:87-92.
- Ruiz S, Güell E, Herranz C, Pedraza C. Anticoncepción poscoital. Características de la demanda. *Aten Primaria*. 2002;30:387-91.
- Glazier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med*. 1998;339:1-4.