

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 sanitari català.*



© Farmamundi 2021

Edita Farmamundi Catalunya 2021
C/ Erasme de Janer, 8 08001 Barcelona
Telf: 93 244 44 55
www.farmaceuticosmundi.org

Amb el suport de l'Agència Catalana
de Cooperació al Desenvolupament

Coordinació: Elisabet Llamas i Cecília Garcia
Textos: Elisabet Llamas
Col·laboració: Grup d'Estudis sobre Reciprocitat
(GER) de la Universitat de Barcelona
Revisió d'estil: Eva Julien Jolis
Disseny i maquetació: Estudio con-tacto
Fotografia: Pexels

El contingut d'aquesta publicació
és responsabilitat exclusiva de
Farmamundi i no reflecteix
necessàriament l'opinió de l'ACCD.

Un projecte de:



Amb el suport de :



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 sanitari català

Coordinació:
Farmamundi
Elisabeth Llamas Reinero
Cecília Garcia Albareda

Col·laboració del Grup d'Estudis
sobre Reciprocitat (GER)
de la Universitat de Barcelona.

01

Introducció

P. 07

02

Marc contextual

P. 08

05

Objectius

P. 12

04

Metodologia

- P.13 4.1 Tècniques d'investigació i configuració de la mostra
 - P.15 4.2 Perfil de les persones informants
 - P.15 4.2.1. Perfil professionals sanitàries
 - P.17 4.2.2. Perfil professionals entitats socials
 - P.18 4.2.3. Perfil dones usuàries
 - P.20 4.2.4 Grup mixt i entrevistes en profunditat
 - P.21 4.3. Fases de la recerca
-

P. 13

05

Resultats

- P.23 5.1. Percepció del personal sanitari
 - P.32 5.2. Percepció de les professionals d'entitats socials
 - P.38 5.3. Percepció de les dones usuàries
-

P. 23

07

Propostes de millora

P. 58

06

Conclusions

P. 56

08

Fonts bibliogràfiques

P. 59

Expressem el nostre agraïment a totes les persones, personal sanitari i d'entitats socials, que desinteressadament han participat al nostre estudi i que han volgut expressar el seu testimoni.

Molt especialment agraïm a les dones immigrants d'origen estranger, usuàries dels serveis de salut, que han compartit amb nosaltres experiències íntimes i personals, sense les quals aquest estudi no hauria estat possible.

01

Introducció

A finals del segle XX es van intensificar els fluxos migratoris a Catalunya, cosa que ha comportat, fins a dia d'avui, una transformació i enriquiment de la societat. La multiculturalitat resultant, que es pot apreciar als carrers de les ciutats i pobles, suposa un repte per a les administracions públiques, que malgrat el esforços per adaptar-se a aquesta realitat obté resultats lents i, en alguns casos, pot arribar a vulnerar el dret a la salut de les persones migrades.

Des de l'any 2000 fins a l'actualitat, la població estrangera que viu a Catalunya ha augmentat d'un 2,9 % a un 14,2 %. L'any 2018 els infants nascuts vius de mares estrangeres representaven el 29,6 % del total de naixements (Idescat, 2019). Les tres majors representacions de població estrangera amb targeta de residència el 2018 a Catalunya (Idescat, 2019), segons procedència són d'Europa de l'Est, Àsia, Àfrica i Amèrica Llatina.

TAULA 1

Representació de les tres majors poblacions estrangeres amb targeta de residència per província a Catalunya

Barcelona Total = 802.741	Marroc 15,4 %	Xina 6,4 %	Romania 6,2 %
Lleida Total = 88.271	Romania 37,4 %	Marroc 17,8 %	Senegal 4,4 %
Tarragona Total = 146.245	Marroc 27,1 %	Romania 23,7 %	Pakistan 2,8 %
Girona Total = 157.690	Marroc 25,4 %	Romania 12,8 %	Gàmbia 5,1 %

Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat 2019.

Aquestes dades demostren l'augment progressiu del flux migratori al territori català en els darrers anys, i per tant, la necessitat –també creixent– de donar assistència sanitària a una població cada cop més diversa des del punt de vista de l'idioma, la cultura, l'adscripció religiosa o les condicions socioeconòmiques (Carratalà 2010), fet que genera noves demandes en el procés d'atenció i, al seu torn, es tradueix en una major complexitat a l'hora de la interacció assistencial entre el personal sanitari i les usuàries novingudes.

A més a més, és important destacar factors com la feminització dels fluxos migratoris i el fet de que la major part de dones migrants a Espanya siguin joves i, per tant,

en edat fèrtil, fet que comporta un augment de la seva presència en els serveis d'obstetrícia i ginecologia. Al 2019, el 48,61 % del total de la població migrant eren dones i el 56 % tenien entre 20 i 44 anys. La feminització dels fluxos migratoris a Catalunya és la conseqüència de dos principals motius: per una banda, la reagrupació familiar i, per l'altra, depèn de qüestions intrínseques amb el mercat laboral, els seus canvis i l'economia invisible (Bermudez i Oso 2019; Oso 2018). Totes dues tenen un impacte en la salut integral de les dones i estan directament relacionades amb qüestions de gènere.

Un dels principals propòsits d'aquest document és contribuir al desenvolupament del coneixement sobre la percepció dels

diferents agents implicats en l'atenció a la salut sexual i salut reproductiva de les dones migrades als serveis de salut públics de Catalunya. Per fer-ho hem compilat diferents mirades, des de les dones migrades i/o racialitzades ateses pel sistema, passant per les professionals socials que les acompanyen, fins a les professionals de salut que conformen el sistema públic sanitari i que les atenen. De manera general, les percepcions d'aquestes professionals són desconegudes, ja que des del sistema sanitari s'acostumen a fer més estudis biomèdics i estadístics, i no tants de qualitatius.

Ara bé, aquest estudi pretén posar el focus en la necessitat d'una assistència sanitària culturalment competent que contempla, amb estratègies concretes, la complexitat i la perspectiva de gènere, per a usuàries de diferents orígens culturals perquè tinguin "un lloc d'enunciació" (Adbi Sibai 2006: 57).

Aquest document parteix de l'estudi realitzat per Farmamundi l'any 2018, en col·laboració amb l'Ajuntament de Barcelona, titulat "Atendre l'embaràs i part a Barcelona" (Farmamundi, 2018) que tenia per objectiu donar veu i reflectir l'experiència del personal del sistema sanitari de la ciutat, amb relació a l'atenció a l'embaràs i el part a dones migrades d'origen estranger. Aquest treball ja va posar de manifest la problemàtica, que posteriorment vam decidir abordar de manera específica, amb més profunditat, i extensiva a tot el territori català: les dificultats dels serveis sanitaris públics per atendre correctament les necessitats d'atenció a l'embaràs i el part de les dones migrades d'origen estranger.

La hipòtesi que sostenim és que aquestes dificultats –constatades i analitzades aquí– tenen com a conseqüència una atenció sovint inadequada o no del tot adequada,

cosa que pot suposar la vulneració dels seus drets sexuals i reproductius. Així ho constata també la bibliografia consultada sobre la temàtica, on es posen de manifest les conseqüències que poden tenir concepcions culturals diferents sobre la salut i la malaltia, les dificultats idiomàtiques d'alguns col·lectius de dones o la manca de seguiment previ d'alguns embarassos que arriben al centre de salut (vegeu Berra et al. 2004; Carratalà 2010). En definitiva, manca una perspectiva d'atenció a la salut sexual i reproductiva **intercultural i interseccional**, és a dir, dotada dels recursos i dels coneixements experts necessaris per respondre adequadament a les necessitats d'atenció derivades de circumstàncies culturals, socioeconòmiques, administratives, religioses i/o lingüístiques específiques. La nostra recerca mostra fins a quin punt és necessari incorporar progressivament aquesta perspectiva.

Legalment la llei que dicta l'accés a la sanitat és el Reial decret llei 7/2018, del 27 de juliol, sobre l'accés universal al Sistema Nacional de Salut. D'acord amb la llei, totes les persones amb nacionalitat espanyola i totes les persones estrangeres amb residència certificada a l'Estat espanyol tenen dret a l'assistència sanitària, de manera que quedi garantit el dret a la protecció de la salut. Aquest Reial decret aboleix l'anterior: el Reial decret llei 16/2012, que només garantia l'assistència a la població estrangera en cas d'accident o malaltia greu fins a l'alta mèdica i en situació d'embaràs, part i postpart.

Pel que fa a l'atenció a la salut sexual i reproductiva a Catalunya, val la pena fer un seguit de consideracions de

caràcter històric, per situar el model d'atenció a l'embaràs i al part actual i els possibles desacords o mancances que les dones immigrants d'origen estranger, però també les dones autòctones, poden percebre.

D'acord amb les antropòlogues *García i Díaz (2010)*, la llevadoria va ser una pràctica portada a terme entre dones, un coneixement après mitjançant l'atenció a l'embaràs, part i postpart transmès de generació en generació. No va ser fins a mitjans del segle XX que aquesta pràctica es va començar a traslladar de l'àmbit privat de les cases a l'àmbit públic dels hospitals, on va ser "expropiada" pel personal sanitari, convertint aquesta atenció en un procés homogeneïtzat a totes les dones i basat en el seu caràcter biològic, deixant de banda, en certa mesura, altres aspectes com l'emocional.

D'acord amb *Biurrun (2017)*, professional vinculada a la infermeria, la llevadoria va passar de ser una feina manual i femenina –fins el moment sense prestigi social– a ser un assumpte controlat des de l'esfera pública que comença a adquirir prestigi. És aleshores quan el procés reproductiu es posa progressivament sota control de l'estament mèdic, en particular, dels metges gineco-obstetres. Amb l'arribada a l'hospital, l'embaràs i el part es medicalitzen, en la mesura que un fet que fins al moment havia estat considerat fisiològic esdevé objecte de tractament mèdic.

Una de les conseqüències d'aquest procés va ser l'intervencionisme tecnològic generalitzat, que si bé es valora positivament per l'estament mèdic, és vist amb cert escepticisme per altres grups com les usuàries i llevadores, ateses les conseqüències, de vegades no prou tingudes en compte, que tenen sobre els processos d'embaràs i part.

D'acord amb la sociòloga *Lázzaro (2017)*, la medicalització del procés d'embaràs i part va donar lloc a un control excessiu del cos de les dones, ja que, donada la seva condició fisiològica per a la reproducció, es converteixen en focus d'interès per a les institucions modernes, i reben el suport científic de la biomedicina.

En aquesta línia *Sánchez et al. (2012: 227)*, experts vinculats en l'àmbit de la salut, afirmen que el "control excessiu del cos" desposseeix les dones del coneixement del seu cos i les limita a una posició de "dona malalta", en situació de risc i subordinació davant del model i saber mèdic, el qual s'imposa com a absolut. Això, lligat a un cert "discurs de la por" davant del procés d'embaràs, part i postpart, reforçaria la posició de desconexença i, en certa mesura, de "subordinació" davant dels experts i expertes (*Cardús 2015*).

Aquests autors sostenen que aquestes condicions estarien propiciant algunes pràctiques "abusives", especialment en el procés del part, en la mesura que s'estan portant a terme pràctiques rutinàries sense suport per l'evidència científica i que, tal com ja s'ha comentat, suposarien un intervencionisme excessiu, fins i tot en els parts de baix i baix-mig risc. Això és reconegut per l'Organització de les Nacions Unides (2019) com a **violència obstètrica**, i engloba pràctiques com ara: imposar la litotomia durant el part, és a dir, la posició horitzontal; no respectar el temps de la mare, a la qual se li indueix el part amb oxitocina sintètica; l'episiotomia rutinària, incisió practicada al perineu de la dona durant el part; la manobra de Kristeller, que consisteix a fer força sobre la panxa de la mare durant el període expulsiu; la separació de l'acabat de néixer; fer la mare durant el part; treure el nadó de manera instrumental; fer cesàries inne-

cessàries i utilitzar un llenguatge agressiu, entre d'altres (*Rigol 2018*). L'absència total o parcial d'informació consisteix en una dada que passa també amb dones autòctones, tot i que assumeix major violència en situacions en què es creuen eixos vivencials com l'edat, el lloc de naixement, els idiomes, etc. (*Brigidi i Busquets 2019*).

D'acord amb *Bellón (2015)*, especialista en estudis de gènere, en la mesura que l'obstetrícia és un camp sanitari que implica la maternitat i la sexualitat de la dona, cal incorporar la **perspectiva de gènere** en l'anàlisi de les pràctiques exercides en aquest camp. Això és la manera en què aquestes pràctiques es duen a terme poden o bé apoderar la dona protagonista del seu procés o, pel contrari, incrementar i reproduir els estereotips de gènere. La mirada crítica que alguns sectors del camp de la salut han generat sobre aquest model d'atenció a l'embaràs i el part, compartit per altra banda amb algunes usuàries autòctones, ens parla d'un model d'intervenció i tractament de l'embaràs i el part que no necessàriament és percebut de la mateixa manera per les usuàries, ja siguin autòctones o immigrants. En el cas de les dones immigrants, a més, sovint s'hi afegeixen altres esferes de dificultat o diferència que cal subratllar.

En aquest sentit, cal tenir en compte, com la mateixa *Bellón* apunta (2015: 97), que un dels problemes principals que trobem quan mirem la medicina biomèdica amb perspectiva de gènere és la sensació generalitzada que es presenta com a "objectiva" i homogènia.

Tanmateix, igual que altres camps de la ciència, el model biomèdic inclou uns valors que, si bé en termes generals són beneficiosos, poden també reproduir pràctiques discriminatòries i excloents. Prendre en consideració o, si més no, tenir en compte i ser sensible a les diferents expectatives, experiències i coneixements adquirits de les dones és part essencial de l'enteniment mutu i l'atenció sanitària satisfactòria.

És precisament en aquesta interacció, i en les dificultats que sovint se'n deriven, on resideix la base d'aquesta investigació. Partim de la premissa que les dones immigrants d'origen estranger –usuàries dels serveis sanitaris– tenen una sèrie de condicionants específiques, afegides a les de les usuàries autòctones, que cal tenir en compte. Algunes relacionades amb altres models culturals d'entendre i viure l'embaràs i el part; altres relacionades amb circumstàncies socioeconòmiques i/o lingüístiques específiques. D'acord amb estudis ja realitzats, algunes d'aquestes dificultats serien "la barrera de la llengua, diferències no verbals (gestos, contactes físics, etc.), diferència en l'expressió del dolor i de problemes de salut (p.e. somatització de problemes), diferents conceptes del cos, diferent coneixement de malalties, diferents significats associats a diagnòstics específics, diferents expectatives d'una consulta mèdica (p.e. relativa a experiències prèvies amb els sistemes sanitaris en els països d'origen), confrontacions possibles amb estereotips i xenofòbia per part del personal sanitari, experiències traumàtiques causades pel fons migratori que es manifesten en la consulta, condicions de pobresa i marginació i condicions laborals difícils" (*Berra et al. 2004: 37*).

Objectius

03

/3.1

Objectiu general

Oferir una anàlisi prospectiva de l'atenció socio sanitària que el sistema català de salut ofereix en els processos d'embaràs i part a dones immigrants d'origen estranger (en situació administrativa regular i no-regular), des d'una perspectiva intercultural, interseccional i de gènere.

/3.2

Objectius específics



Identificar les barreres específiques que els agents socials involucrats detecten en l'atenció socio sanitària a dones immigrants d'origen estranger.



Recollir i analitzar la percepció del personal sanitari (CAP i hospitals públics).



Recollir i analitzar la percepció dels i les professionals de l'àmbit social.



Recollir i analitzar la percepció de les dones immigrants d'origen estranger usuàries dels serveis sanitaris.

Metodologia

04

/4.1

Tècniques d'investigació i configuració de la mostra

Les dades que presentem a continuació formen part d'una investigació que es va dur a terme en Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i entitats socials de les quatre províncies de Catalunya, entre el març de 2019 i el maig de 2020. L'enfocament metodològic de l'estudi és qualitatiu i documental, combinant les entrevistes semiestructurades amb la revisió bibliogràfica.

Pel que fa a la primera part de la recerca, la revisió documental ha permès entendre, per una banda, el context sanitari general en què actua el sistema públic de salut català i l'atenció que en fa de la salut sexual i reproductiva, ambdós des d'una mirada occidental imperant i, per l'altra, documentar el funcionament, prioritats, accions principals i legislació de les institucions que s'encarreguen de garantir l'atenció sanitària integral.

Pel que fa als resultats, s'han dut a terme entrevistes semiestructurades en profunditat als diferents agents socials implicats, emprant eines pròpies del mètode etnogràfic com ara les històries de vida, d'on s'han extret relats més íntims i personals, i les converses obertes.

L'objectiu d'aquesta metodologia ha estat comprendre una sèrie de comportaments i fenòmens socials des de la perspectiva de les persones analitzades, fent èmfasi en les interaccions comunicatives interculturals en l'àmbit de la salut reproductiva i determinant les barreres que dificulten una comunicació òptima. És important destacar que la recerca s'ha fet des d'una perspectiva holística, tenint en compte el punt de vista de les diferents interaccions, on cada participant és analitzada des del seu marc de referència/context. Les persones participants pertanyen, per una banda, a diferents categories professionals implicades en l'atenció a la salut reproductiva i, per l'altra, als col·lectius de persones migrants més nombrosos a les ciutats d'aquest estudi.

En primer lloc, s'ha entrevistat **professionals sanitàries** (llevadores, ginecòlogues i coordinadores) i **professionals de l'àmbit social** (treballadores socials, educadores socials i mediadores interculturals), les quals fan un acompanyament a les dones usuàries del sistema sanitari durant el procés d'embaràs i part.

En segon lloc, s'han entrevistat dones immigrants d'origen estranger usuàries del sistema sanitari català que han viscut com a mínim un procés d'embaràs i part en algun dels centres sanitaris del territori català.

A continuació detallem com s'ha concretat la mostra:

A — ENTREVISTES

10 **Entrevistes a professionals de la salut:**
4 llevadores, 1 ginecòloga, 3 coordinadores de llevadoria i 2 coordinadores de ginecologia.

5 **Entrevistes a professionals d'entitats socials i serveis socials en l'àmbit local.**

16 **Entrevistes en profunditat a usuàries**
(dones migrades d'origen estranger) dels serveis de salut.

B — SESSIONS DE GRUP

5 **Sessions de grup mixt** conformat per 4 llevadores i 4 mediadores interculturals (observació de camp).

C — ENTREVISTES

3 **Entrevistes en profunditat**
amb una mediadora intercultural i 2 llevadores.

La selecció de la mostra s'ha realitzat amb la intenció de diversificar al màxim el perfil de les persones informants.

En el cas del **personal sanitari** i social s'ha intentat diversificar d'acord amb les trajectòries professionals i la variabilitat dels llocs on treballen o han treballat.

En el cas de les **dones usuàries** s'ha intentat diversificar la mostra d'acord amb l'origen, l'edat, la situació administrativa i la residència. En qualsevol cas, ha estat determinant la disponibilitat de les informants.

Les **mediadores interculturals** sanitàries són de quatre nacionalitats: Xile, el Marroc, Romania i la Xina, les tres últimes són nacionalitats majoritàries entre la població estrangera de Catalunya.

/4.2

Perfil de les persones informants

Detallem a continuació els perfils específics de les informants¹



/4.2.1 — Perfil professionals sanitàries

Professional sanitària	Any d'arribada al centre	Centre on treballa	Càrrec	Perfil dones usuàries ateses al sistema de salut segons les professionals sanitàries	Província
Montserrat	2004	CAP Sarrià de Ter	Llevadora	Un 30 % aprox.: dones llatinoamericanes, magrebines, del Senegal i de Gàmbia; també hindús i xineses, però en menor mesura.	Girona
Antònia	2017	CAP Sant Pere	Coordinadora Llevadora	Majoria de dones del Marroc, d'Amèrica Llatina i d'Europa de l'Est. En menor mesura dones xineses, hindús i subsaharianes.	Tarragona
Ana	2013	CAP Sant Pere	Ginecòloga	Majoria de dones del Marroc, d'Amèrica Llatina i d'Europa de l'Est. En menor mesura, dones xineses, hindús i subsaharianes.	Tarragona
Emma	2009	CAP Balaguer	Llevadora	Dones marroquines, d'Europa de l'Est, de l'Àfrica subsahariana, xineses i pakistaneses. La majoria són àrabs; forta presència de dones gitanes.	Lleida
Fani	1982	CAP Mollerussa	Llevadora	El 50 % de les dones ateses són del Marroc (zones urbanes i rurals) i d'Algèria. En menor mesura, de Gàmbia i Mali. També atenen romaneses, russes, xineses i poloneses, entre d'altres.	Lleida

¹ Tots els noms han estat substituïts per noms ficticis per tal de preservar l'anonimat de les informants. Per una atenció centrada en la perspectiva integral i de gènere en el sistema sanitari català

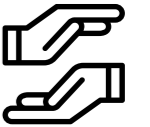
/4.2.1 — Perfil professionals sanitàries



Professional sanitària	Any d'arribada al centre	Centre on treballa	Càrrec	Perfil dones usuàries ateses al sistema de salut segons les professionals sanitàries	Província
Vanessa	2013	CAP Mollerussa	Llevadora	El 50 % de les dones ateses són del Marroc (zones urbanes i rurals) i d'Algèria. En menor mesura, de Gàmbia i Mali. També atenen romaneses, russes, xineses i poloneses, entre d'altres.	Lleida
Natalia	2009	CAP Granollers	Coordinadora (des de 2011) i ginecòloga	Majoria immigrant: magrebines, de l'Àfrica subsahariana, d'Europa de l'Est i també xineses.	Barcelona
Alba	1984	CAP Granollers	Coordinadora llevadora	Majoria immigrant: magrebines, de l'Àfrica subsahariana, d'Europa de l'Est i també xineses.	Barcelona
Júlia	2005	CAP Osona	Coordinadora (des de 2012) i llevadora assistencial	Un 50 % de les dones ateses són magrebines, índies i també, en augment, de Ghana, Nigèria i el Senegal.	Barcelona
Sergi	2007 (Combina amb hospital)	CAP Osona	Coordinador mèdic	Un 50 % de les dones ateses són magrebines, índies i també, en augment, de Ghana, Nigèria i el Senegal.	Barcelona

16

/4.2.2 — Perfil professionals entitats socials



Professional i entitat social	Càrrec	Centre on treballa	Procedència de les dones amb les quals treballen	Circuit pel qual arriben a l'entitat/programa	Província
Nasha	Mediadora i traductora de formació autodidacta	Associació Legki Yakaru	Majoria de dones marroquines i subsaharianes.	Boca-orella	Girona
Irene	Pediatra i voluntària	Associació Jokkere Edam	Majoria de dones subsaharianes (context urbà o rural).	Boca-orella	Girona
Pilar	Treballadora Social	Centre Espanyol d'Ajuda als Refugiats	Majoria de dones georgianes, nigerianes i llatinoamericanes.	De la Policia a la Creu Roja i d'aquí al centre.	Tarragona
Ester	Educadora de Salut Pública	Programa matern-infantil	Majoria de dones de religió catòlica; també dones marroquines i algerianes.	Gran majoria derivades de Serveis Socials, també de Ginecologia, Pediatria i Salut Mental.	Lleida
Mariona	Educadora Social	Serveis Socials de l'Ajuntament de Canovelles	Dones de diferents orígens i edats.	Derivades de Serveis Socials.	Barcelona

17



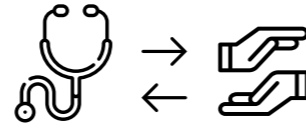
/4.2.3 — Perfil dones usuàries

Dones usuàries	Edat	Formació/Estudis	País d'origen	Estat civil	Fills/es	Data d'arribada	Situació administrativa	Província
Awa	35	Llicenciatura en Economia al Marroc, Casablanca. Formacions de català, formació d'aeronàutica a Barcelona, de quatre mesos, per poder treballar a l'aeroport.	Mali, zona urbana.	Casada	2	2009	Regular a partir de 2012	Girona
Mikhaela	23	Secundària	Romania, zona urbana.	Casada	3	2018	Regular, va arreglar els papers una vegada arribada.	Girona
Florentina	26	Secundària	Romania, zona rural.	Casada	2	2012	Va arreglar els papers una vegada arribada, actualment regular.	Girona
Bianca	46	Economia i Especialitat en Màrqueting a Romania i Grau Superior en Integració a Catalunya.	Romania, zona urbana.	Amb parella	2	1999	Arribada amb permís de turista, és regular des del 2002.	Girona
Gianina	34	Carrera a Romania, Màster d'advocacia a Catalunya.	Romania, zona urbana.	Soltera	1	2008	Regular	Tarragona
Ioana	44	Dret a Romania i Dret a Catalunya.	Romania, zona urbana.	Casada	2	2002	Regular	Tarragona
Fatou	42	No en té.	Senegal, zona rural.	Casada	4	2001	Va arribar amb papers regulats fins al 2006, quan es va trobar en situació irregular fins al 2009, que ho va tornar a tenir reglamentat.	Tarragona
Nicoleta	34	Batxillerat a Romania i Grau Superior en Administració i Finances a Catalunya.	Romania, zona urbana.	Casada	1	2005	Va arreglar els papers una vegada arribada.	Tarragona
Lola	24	ESO (col·legi privat) i Batxillerat (col·legi públic).	Colòmbia, zona urbana.	Soltera	1	2007	Regular	Lleida
Naima	28	Es va quedar al darrer curs de Secundària.	Marroc, zona urbana	Casada	3	2000	Regular	Lleida
Nasha	38	Secundària	Benín	Casada	3	2001	Regular	Lleida
Joy	43	Secundària	Nigèria	Casada	4	1996	Regular	Lleida
Defne	35	Enginyeria Mecànica	Algèria	Casada	3	2009	Disposa de NIE	Barcelona
Samira	35	No en té.	Marroc, zona urbana	Casada	2	2009	Disposa de NIE	Barcelona
Mariama	33	Primària	Senegal, zona rural	Casada	4	2005	Regular	Barcelona
Aida	36	Bàsica	Senegal	Casada	4	2000	Regular	Barcelona

18

19

/4.2.4 — Grup mixt i entrevistes en profunditat



Mediadores interculturals	País d'origen	Àmbit on treballa	Càrrec	Perfil dones usuàries segons les professionals	Província
Lin	Xina	Sociosanitari	Mediadora intercultural	Xineses i tailandeses	Barcelona
Cosmina	Romania	Sanitari	Mediadora intercultural	Romaneses i hongareses	Barcelona
Najat	Xile	Sociosanitari	Mediadora intercultural	Llatinoamericanes	Barcelona

Llevadores ASSIR	Any d'arribada al centre	Centre on treballa	Càrrec	Perfil dones usuàries ateses segons les professionals sanitàries	Província
Laia	2008	ASSIR Dreta	Llevadora	Dones migrades de diverses nacionalitats, de regions subsahariana, nord-africanes, asiàtiques i llatinoamericanes.	Barcelona
Meritxell	2014	ASSIR Esquerra	Gestora	Dones migrades de diverses nacionalitats, de regions subsahariana, nord-africanes, asiàtiques i llatinoamericanes. Forta presència de dones romaneses.	Barcelona
Carmen	2012	ASSIR Badalona Sant Adrià	Llevadora i docent	Majoria dones pakistaneses i magrebines.	Barcelona
Agnès	2007	ASSIR Muntanya	Llevadora i docent	Dones migrades de diverses nacionalitats, de regions subsahariana, nord-africanes, asiàtiques i llatinoamericanes.	Barcelona
Remei	2013	ASSIR Esquerra	Llevadora	Dones migrades de diverses nacionalitats, de regions subsahariana, nord-africanes, asiàtiques i llatinoamericanes. Forta presència de dones romaneses.	Barcelona

20

/4.3

Fases de la recerca

FASE
01

Confecció de la mostra i contacte amb les persones informants

La primera fase va consistir en el procés de sol·licitud d'entrevistes a les professionals de salut. L'Institut Català de la Salut (ICS) va facilitar a Farmamundi una base de dades de les coordinadores dels diferents ASSIR del territori català, a través dels quals vam concretar entrevistes tant a coordinadores i gestores com a professionals en ginecologia i llevadoria. Paral·lelament vam fer diferents llistats d'associacions de persones migrants i de serveis socials de les quatre províncies catalanes, cercant a través d'internet i mitjançant contactes previs de Farmamundi en l'àmbit social i de la migració. A través de la base de dades i de contactes previs es van organitzar les entrevistes. Per tal de contextualitzar i extreure els ítems de més interès, es va fer una revisió bibliogràfica i una anàlisi documental de fonts d'interès per a l'estudi, incloent la recerca de Farmamundi sobre aquesta temàtica².

FASE
02

Recollida de dades

Un cop identificats els ítems que calia estudiar, es van dissenyar els guions de les entrevistes, adaptats als diferents perfils que entrevistàrem. Un cop rebudes les diferents notificacions i dates específiques per a la realització de les entrevistes, es va iniciar la fase de recollida de camp, centrada a desenvolupar entrevistes semiestructurades i en profunditat. Es van realitzar un total de 31 entrevistes que van ser gravades en àudio i transcrites literalment en una matriu de descàrrega, amb l'objectiu de facilitar l'anàlisi posterior. Seguidament, es va crear una base de dades quantitativa que recollia les barreres, bones pràctiques i recomanacions diferenciades per perfils. D'aquesta manera, si es detectava que en algun col·lectiu dels entrevistats es repetia una barrera específica, com per exemple la vulneració de la intimitat de les dones quan anaven acompanyades a les visites per familiars i parelles, es comptabilitzava el nombre d'ocasions que un mateix col·lectiu expressava aquest mateix impediment, fet que va permetre calcular-ne les freqüències.

21

² http://www.dretalasalut.org/portfolio_page/atendre-lembaras-i-el-part-a-barcelona-imatges-i-veus-de-professionals-de-la-ciutat/

Així mateix, es va crear un grup mixt³ conformat per quatre mediadores interculturals expertes en l'àmbit sanitari i cinc llevadores d'ASSIR, que ens van permetre aprofundir en temes que havien quedat ambigus. Principalment, es va poder observar de més a prop la importància de la cultura a l'hora de tractar la salut reproductiva i què s'hi entén, i les dificultats amb què es troben les professionals de salut. Ens vam centrar principalment en experiències, tant de les mediadores com de les llevadores, obrint debats per identificar temes importants que calia treballar conjuntament, però principalment per les titulars de responsabilitats com són el

personal de salut del sistema públic. A més es van enregistrar tres entrevistes: a una de les mediadores i a dues llevadores. Aquest procés va permetre extreure altres punts de vista i continuar aprofundint en l'atenció que reben les dones migrades pel que fa a la salut reproductiva. Un cop finalitzat el grup mixt, es va dur a terme una avaluació del procés conjunt i es va demanar que omplissin una entrevista amb preguntes obertes, que ha servit per corroborar dades ulteriorment. De la mateixa manera que les entrevistes, l'avaluació conjunta es va gravar en àudio i es va transcriure de manera sintètica.

FASE

03

Anàlisi de les dades

La tercera fase va consistir a contrastar les dades obtingudes i triangular-les amb les dades recollides durant el treball de camp. Un cop triangulades, les dades obtingudes es van comparar amb els resultats de les dues recerques anteriors realitzades per Farmamundi⁴, així com d'altres de la mateixa temàtica, amb l'objectiu d'analitzar les qüestions plantejades a l'inici de la recerca.

³ Aquesta tècnica de grup mixt es va fer servir també per identificar el contingut d'una formació per a professionals de salut, que inclou la mirada intercultural i de gènere.

⁴ Farmamundi, (2018). Estar embarazada y parir en Barcelona: Imágenes y voces de mujeres de la ciudad. Farmamundi, (2019). Atendre l'embaràs i el part a Barcelona: Imatges i veus de professionals de la ciutat. Es poden consultar a <http://raisa.dretalasalut.org/es/informes/>

05

Resultats

En aquest apartat presentem les percepcions de les professionals sanitàries, **professionals d'entitats socials i de les usuàries**, respecte al model d'atenció sociosanitari en l'embaràs i el part a dones immigrants i d'origen estranger.

Organitzem aquest apartat en **Taules** amb l'objectiu que la informació quedi clara, assequible i el més organitzada possible. Les taules recullen, de manera sintètica, les **dificultats** percebudes per cadascun d'aquests tres grups, incloent-hi citacions literals (tes-

timonis) que il·lustren etnogràficament les idees exposades. Inclouen també les **bones pràctiques i les propostes de millora** que assenyalen les informants.

Cadascun dels tres apartats ve encapçalat pel **testimoni d'una informant** que ens exposa un cas particular. Els testimonis escollits exposen casos que hem considerat especialment il·lustratius de les especificitats i dificultats que volem subratllar, alhora que mostren de manera més holista la interrelació entre les dificultats assenyalades.

/5.1

Percepció del personal sanitari



Les **dificultats que el personal sanitari identifica** pel que fa a l'atenció a les usuàries immigrants d'origen estranger són aquelles associades a:



Així com es mencionen les **bones pràctiques** i les **propostes de millora** que assenyalen les persones informants.



Encapçalem aquest apartat amb el testimoni d'una de les professionals, la qual ens explica el cas d'una dona magrebina que van atendre al seu centre. Tal com comentàvem en l'apartat anterior, el cas posa de manifest de manera clara com **el seguiment d'un embaràs pot ser un bon moment per detectar les violències masculines que pateixen les dones.**

Antònia (coordinadora llevadora):

“Una dona magrebina de dinou anys amb un matrimoni concertat amb un home de seixanta... La dona no volia estar amb ell i no volia tenir relacions perquè a més ella deia que li feia mal. Això ens ho va explicar ella; la tancava a casa i l'única manera de defensar-se era no menjar, perquè es volia morir. A nosaltres això ens ho va explicar quan la vam ingressar. Es va quedar embarassada i com que no menjava ni res, va venir a urgències i la vam tenir ingressada per malnutrició, la vam tenir un temps i aleshores ella ja es va obrir amb nosaltres i ens va explicar la situació. Nosaltres vam postergar l'ingrés tot el que vam poder, però al final se li va donar l'alta. El senyor continuava fent el mateix, ja amb el coneixement de l'assistenta social i de tots, però a l'home li era igual. Ella el que volia era marxar d'allà i l'home el que feia era tancar-la. Total que aquesta noia va anar ingressant en repetides ocasions perquè és clar, l'única manera de sortir d'allà per a ella era estar ingressada i llavors ho tenia claríssim; no menjava. Vam passar tot l'embaràs amb l'Ajuntament i l'assistenta treballant-hi, i al final vam aconseguir portar-li per reagrupació una germana dos anys més gran que ella. Li van donar un pis, la van ajudar que se separés d'aquest senyor i se'n van anar a Barcelona. Ella ara crec que és mediatra, va estudiar, es va preparar i ara viu amb la seva germana. Són casos que dius... val la pena que mirem una miqueta més enllà”.

TAULA 1

Dificultats percebudes en l'atenció a les dones

Quines són?

Testimonis



Associades a la situació administrativa de les usuàries

Es detecta un accés sense complicacions per motius d'origen i una derivació a serveis d'assistència social i/o ONG com Creu Roja que ajuden a tramitar la targeta sanitària en cas que la usuària en qüestió no en tingui.

Alhora d'altres professionals mostren desconeixement i fins i tot contradicció dels circuits d'accés a la salut de dones migrades amb situacions irregulars.

Antònia (coordinadora llevadora): “Elles mateixes arriben mitjançant el sistema sanitari, de vegades també arriben per l'assistència social... Altres cops les porten ONG, treballem molt conjuntament amb la Creu Roja. Ens faciliten temes burocràtics perquè tothom hi pugui accedir, les ajuden a fer la targeta, etc.”

Júlia (coordinadora llevadora): L'altre dia hi havia un cas d'una noia que havia de fer un avortament i que no es podia empadronar aquí no tenia la targeta sanitària i la vam enviar a la Creu Roja, i a la Creu Roja després els gestionen una targeta perquè la puguem atendre. Si no està empadronada no pots fer res. Una embarassada encara que no tingui targeta sanitària pot accedir a urgències i amb avortaments també. Si no té la targeta ni es pot empadronar ens van dir que havia d'anar com a mínim tres cops a Barcelona, i si no té recursos no podrà, i perquè avorti a una cantonada condicionant la seva salut doncs no! Llavors si estan empadronades sí, els poden fer una targeta sanitària de primer nivell a través del CATALUT.



Associades a la situació econòmica de les usuàries

S'especifiquen dificultats econòmiques de les dones migrades que tenen a veure amb el procés d'embaràs i part, principalment com la manca d'accés a certs aliments o l'impediment de poder assistir a les visites per falta de recursos econòmics per accedir al transport públic o privat.

No es té en compte, de manera directa, encara que sí de manera indirecta, el context vital de les dones.



Fani (llevadora ASSIR). No només és la barrera idiomàtica, l'incompliment també és molt dur... l'hora d'arribada... no fan els tractaments... no s'ho han pres... no s'han fet les proves... has de reprogramar... és “durillo”, eh! Pobres, és veritat que penses que hi ha moments, a vegades sí que és per passotisme, però a vegades no, eh! No poden complir perquè els falten recursos, la part econòmica, social... “que si el marido”... a vegades veus que no passen del tot...

Fani (llevadora ASSIR): A vegades penso: pobres, com les veus, quant al control d'embaràs, eh, que tenen tantes dificultats, que m'expliquen que a vegades dels pobles no poden venir i no es poden venir a fer la prova del sucre, els hauríem de fer un control d'embaràs més simple, més simplificat per a elles. Realment hi ha pobles on estan allunyades, hi ha pobles de Mollerussa com Poalt, no tenen cotxes de línia i les han de venir a deixar en cotxe, i la prova del sucre es fa a Mollerussa capital.

Antònia (coordinadora llevadora): “Ens trobem amb situacions socioeconòmiques molt complicades, un exemple són les treballadores del sexe, que canvien els carrers on treballen cada setmana i se'ns fa molt complicat fer un bon seguiment del seu embaràs.”

TAULA 1



Dificultats percebudes en l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
 <p>Associades al desconeixement dels circuits administratius i sanitaris per part de les usuàries</p>	<p>Cinc de les deu professionals mencionen el fet que les usuàries arriben tard o no s'assabenten de l'hora i dia assignades per la consulta.</p>	<p>Emma (llevadora): "A vegades has d'acompanyar-les al taulell a programar-los visites... Perquè si no, no se n'assabentarà, que al final dius... això també cansa."</p>
 <p>Associades a la comunicació i la llengua</p>	<p>Nou de les deu professionals comenten que la major dificultat en l'atenció a les dones migrades és la idiomàtica i que se'n deriva en altres dificultats com la de no respectar el dret a la intimitat, ja que han d'anar a consulta acompanyades d'una tercera persona que farà de traductora esporàdica.</p>	<p>Emma (llevadora): "A vegades venen amb nens, que fan de traductors, i els temes de violències masclista són temes que no es poden tocar. No els preguntes: '¿qué método anticonceptivo usas?', no li pots preguntar sobre això a un nen de 8 anys.</p> <p>Alba (coordinadora llevadora): A vegades venen acompanyades de la filla petita de 10 o 12 anys, que sap parlar català o castellà, normalment català i ja els ho tradueixen, però és clar què els tradueixen?"</p>

26

TAULA 1




Dificultats percebudes en l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
 <p>Associades a l'ordre cultural (com es gestiona la diferència cultural i religiosa)</p>	<p>Set de les deu professionals, quan són preguntades per la diferència cultural i religiosa, l'associen amb una major incidència de violència de gènere (de parella) i, alhora, comenten la complicació de detectar-la de manera efectiva tenint en compte la dificultat anterior, és a dir, el fet que les usuàries vagin acompanyades i que, aquest acompanyament, es doni generalment per la parella.</p>	<p>Emma (llevadora): "Es que acostumen a venir acompanyades per ell [el marit], precisament perquè ell és el traductor. Llavors no pots fer una pregunta sobre això. És difícil entrar en aquest tema, és més fàcil dir-li que vingui sola..."</p> <p>Natàlia (ginecòloga ASSIR): "Potser sí que elles (dones migrades) és com més una violència de gènere, més acceptada pel context cultural, potser la dona amb violència de gènere d'aquí, no és una acceptació de context cultural sinó pròpia, per submissió, per por. És un treball personal propi d'ella per vergonya, per por, per síndrome d'Estocolm, però culturalment no s'accepta. Però elles en canvi venen d'un entorn en què és cultural, ja no és ella!"</p>
	<p>Totes les professionals de salut, de manera directa i indirecta, generalitzen sobre les actituds de les usuàries, vinculant-ho amb aspectes culturals, i generant estereotips, segons els seus orígens.</p>	<p>Alba (coordinadora llevadora): "Tu veus una magrebina i no saps mai què pensa. No sé... tu veus una persona i saps el que està pensant, et transmet si el que li estàs dient li agrada o no, amb les magrebines és com molt...(es refereix a distant o fred), saps? com un posat que costa molt de tractar-les, no saps si li estàs fent bé, si no li agrada o si el que li estàs dient li està suant o realment t'està escoltant. És com una barrera que tens d'elles, és com si les haguessin maltractat totes col·lectivament i quan venen aquí... diuen aquest em maltractarà! És com una barrera i això és el que més costa."</p> <p>Natàlia (ginecòloga ASSIR): "En general les dones migrades no es mouen del llit, les dones d'aquí demanen pilotes, dutxar-se, són més proactives, però amb elles les has d'estirar perquè s'aixequin. Suposo que el concepte és un altre, i llavors retorçant-se de dolor llavors demanen l'epidural."</p> <p>Sergi (ginecòleg ASSIR): "Jo diria que des del punt de vista ginecològic per a les africanes tenir fills és capital, el no tenir fills és un càncer, quasi bé. O sigui, com més fills tenen, més riquesa, en general, eh... Llavors les marroquines és una cosa normal, un dels seus sentits de la vida és tenir fills. I les sud-americanes, no. Llavors les xineses no ho sabem, perquè ens entenem molt poc, són una població molt críptica."</p>

27

TAULA 1



Dificultats percebudes en l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
 <p>Associades a la manca de recursos dels serveis (amb intersecció amb les altres dificultats)</p>	<p>Totes les professionals assenyalen la falta de personal derivada de la manca de recursos, entenent aquest personal com a llevadores en dos dels casos i com a mediadores en la resta.</p>	<p>Ana (ginecòloga): "A veces es muy difícil hacer llegar la información, yo creo que es el mayor problema que hay ahora mismo, la mediación es muy importante no solo para traducir, sino para traducir e interpretar. Hacen falta mediadoras."</p> <p>Sergi (ginecòleg): "La mediadora, totalment d'acord si està al mig, perquè dir la paraula 'mediadora' és que hi ha com una balança comprènent un cantó i l'altre, per tant els mecanismes de comprensió, de les mediadores o mediadors, haurien de d'estar molt ben estudiats i garantir veritablement aquesta equanimitat, perquè si no, a vegades, això pot tenir un efecte contraproduent."</p> <p>Alba (coordinadora i llevadora): "El problema és que no hi ha professionals, ginecòlogues ni llevadores, no és perquè no els puguem posar, és que no n'hi ha."</p>

28



Associades a la manca de formació dels professionals

<p>La meitat de les professionals mencionen que serien necessaris cursos formatius en aspectes culturals sobre les ètnies de les usuàries més freqüents en els seus centres de treball.</p> <p>D'altres n'han fet en coordinació amb els Ajuntaments, però s'identifica que han anat disminuint en els últims anys.</p>	<p>Júlia (coordinadora i llevadora assistencial): "Falta coneixement de les diferents cultures perquè ens puguem adaptar més. Elles s'han d'adaptar, però també nosaltres ho hem de fer, sobretot per fer els plans de parts."</p> <p>Alba (llevadora coordinadora): "I, des de l'ICS i l'Ajuntament, perquè també tenen molts problemes, es fan cursos mixtes, la part de sanitat, la part socioeconòmic la part de no sé... de la policia per exemple. Ara fa temps que no en fem perquè amb les retallades això sí que es va notar. Coses d'aquestes de formació, però crec que ho hem fet totes (tot el personal de l'ASSIR), i les estudiants que surten ara com que nosaltres ja estem formades en aquests temes, també les formem indirectament."</p>
---	--

TAULA 1



Dificultats percebudes en l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
 <p>Associades al model de gestió</p>	<p>Set professionals de salut fan al·lusió a la falta de temps de visita associada a cobrir les necessitats de les dones migrades, que pel seu context cultural, en requereixen més.</p> <p>Quatre professionals expressen que la falta de professionals fa que hi hagi menys temps disponible per atendre les usuàries, en alguns casos es parla de tenir un 30 % menys dels professionals que tocarien per ASSIR.</p>	<p>Júlia (coordinadora i llevadora assistencial): "Una cosa és que tinguis un control d'embaràs amb una dona que t'hi entens, o d'una ètnia diferent que no t'hi entens, és diferent. Que hi hagi o no dificultats lingüístiques és molt diferent. Què passa? Explicar-li les coses, fer-li una exploració, que a vegades ho viuen com una agressió. Què me vas a fer ara, no?. És difícil. I ara tenim 20 minuts per un control d'embaràs normal, per una dona amb la que t'hi entens i per una amb la que no t'hi entens, el temps que tens és el mateix!"</p> <p>Sergi (ginecòleg): "Amb poc personal si jo posés que estem en un 10 ja no caldria que féssim res. Si ara tenim un 30 % menys de professionals a totes les activitats públiques, és una meravella, és un miracle que es mantingui."</p> <p>Alba (coordinadora llevadora): "El problema és que no hi ha professionals, ginecòlogues ni llevadores no és perquè no els puguem posar, es que no n'hi ha. Vam passar una època que teníem de tot, i ara hem passat una època en què no tenim de res (es refereix a professionals de salut). I no és per les retallades, perquè si a tu te'n toquen 25 i en tens 23, te'n falten 2 i els pots posar, però no pots perquè no n'hi ha... Jo ara tinc 7 persones de baixa, i no puc posar ningú, perquè no trobo ningú."</p>
 <p>Associades als efectes de la crisi econòmica</p>	<p>No es fa al·lusió directa als efectes de la crisi econòmica més que en una ocasió, en què s'utilitza com a pretext per augmentar les retallades.</p>	<p>Sergi (coordinador mèdic): "El problema és que hi ha molta política i la sanitat s'ha instrumentalitzat per als polítics. Com que la qüestió de sous i habitatge és una merda, llavors la sanitat! Malgrat que hi ha hagut unes retallades importants. Aquestes retallades també s'han de tenir en compte. Això té la seva repercussió, llavors és clar, els polítics tenim el millor sistema de salut, però si hi inverteix França. La gent es pregunta primer perquè les coses han anat malament i el que ens hem de preguntar primer és per què ha anat bé. Perquè si les coses van bé i no saps per què, el moment en què hi hagi una variable, què passa?"</p>

29

TAULA 1



Dificultats percebudes en l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
Bones pràctiques	En tres ocasions es parla de l'empatia de les professionals com d'una qualitat fonamental per al bon tracte cap a les usuàries.	Montserrat (llevadora): "Al servei nostre jo crec que tenim molt clar que treballem per a la dona. Jo penso que en general sí que hi ha empatia."
	Augment del temps de les visites o del nombre de visites a alguns ASSIR per atendre dones migrades amb què s'identifiquen problemes de comunicació.	Alba (llevadora coordinadora): "Ara fem una visita més per fer tots els qüestionaris: mental, maltractaments, nosaltres hem fet això, posar una visita més. Que també va bé perquè el que no han entès, poden aprofitar per acabar-ho d'entendre, saps?" Nosaltres hem fet això, hi ha gent que ha augmentat el temps de visita, abans tenien 30 minuts i ara en tenen 45, i nosaltres hem augmentat a una visita només si ho creiem necessari, si no, no.
	Traducció del pla del part als idioms més majoritaris segons els col·lectius atesos.	Júlia (llevadora coordinadora): "El pla de part només el teníem en català, aquí a Osona però l'estem traduïnt."
	Es realitzen activitats específiques per col·lectius de migrades en alguns ASSIR amb finançament del Catsalut per projectes que ofereixin serveis fora de cartera.	Júlia (llevadora coordinadora): "Les marroquines són el col·lectiu més majoritari, el que hem fet és prepart per a elles i postpart per a elles (...) són quatre sessions de prepart i postpart. Han sigut molt interessants aquestes sessions, tenen molt d'èxit, elles creien que eren unes sessions en què les dones hi anaven pagant i si les fan per a elles soles, les marroquines, van a les sessions (...) les imparteix una llevadora, una psicòloga i a més a més hi ha una mediadora pel tema de l'idioma que es el fet que comporta també moltes barreres."

30

TAULA 1



Dificultats percebudes en l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
Propostes de millora	En tres ocasions es destaca la necessitat:	Alba (llevadora coordinadora): "Disposar de més espai i de més professionals."
	1. de més professionals de salut.	Ana (ginecòloga): "Hace falta más mediación y hace falta más accesibilidad para mejorar la atención y eso se traduce en un mayor número de profesionales."
	2. d'un servei de mediació professionalitzat en l'àmbit sanitari.	Sergi (ginecòleg): La mediadora, totalment d'acord si està al mig, perquè dir la paraula "mediadora" és que està com una balança estigui comprenent un cantó i l'altre, per tant els mecanismes de comprensió, de les mediadores o mediadors, haurien d'estar molt ben estudiats i garantir veritablement aquesta equanimitat, perquè si no, a vegades, això pot tenir un efecte contraproductiu.
	3. de desenvolupar projectes de prepart i postpart especialitzats i atenent a les necessitats específiques dels col·lectius migrants.	Júlia (llevadora coordinadora): "Poder fer projectes de prepart i postpart, no només amb dones així separades (es refereix per orígens) sinó més integrades entre totes. Així ens podrem enriquir d'altres cultures, tant per elles com per nosaltres. Perquè elles també són racistes... no sabia que entre elles fossin racistes (des del projecte anterior m'ha quedat gravat)."
	Nou de les professionals coincideixen en la necessitat de tenir més temps per atendre dones migrades.	Montserrat (llevadora): Més temps i flexibilitat en l'horari d'atenció.

31

/5.2

Percepció de les professionals d'entitats socials



Les **dificultats que el personal d'entitats socials** que acompanya usuàries immigrants durant l'atenció al seu embaràs **identifica** pel que fa a l'atenció a les usuàries immigrants d'origen estranger són aquelles associades a:



La situació administrativa de les usuàries



La situació econòmica de les usuàries



El desconeixement dels circuits administratius i sanitaris per part de les usuàries



La comunicació i la llengua



La cultura (com es gestiona la diferència cultural i religiosa)



La manca de recursos dels serveis (amb intersecció amb les altres dificultats)



La manca de formació dels professionals



El model de gestió



Els efectes de la crisi econòmica

Inclouen també les **bones pràctiques i les propostes de millora** que assenyalen els i les informants.

Encapçalem aquest apartat amb el testimoni d'una de les professionals en l'àmbit social, que posa de manifest el **to prejudicial i estereotipat envers les dones immigrants. Es posa així clarament de manifest la necessitat de reforçar la competència cultural dels professionals socio-sanitaris.**

Ester (Programa matern-infantil):

“Sí que ens expliquen que n'hi ha [les usuàries] expliquen que han estat objecte d'actituds racistes per part de les professionals sanitàries. Nosaltres procurem minimitzar-les. De fet, no només els ho fan amb elles, sinó que a mi també me'n fan, d'actituds que no són les correctes. Elles ho tenen molt clar: 'lo que pasa es que soy negra'. Però elles són racistes amb els gitanos; elles no porten els seus fills on hi ha molts gitanos, i les gitanes on hi ha negres. Intentem relativitzar-ho i no ficar llenya al foc. Potser que no sigui racisme. Potser és que has trobat un professional amb mal caràcter... i ho fa amb tothom, no ho sé...”

TAULA 2



Dificultats percebudes durant l'acompanyament en relació amb l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
<p>Associades a la situació administrativa de les usuàries</p>	<p>Quatre de les cinc professionals socials diuen que no es posen pegues a l'accés al seguiment de l'embaràs i part. Tanmateix, una d'elles sí que explica un cas en què no es va voler atendre una dona.</p>	<p>Pilar (Centre Espanyol d'Ajuda als Refugiats): "Amb aquesta noia georgiana el que ens va passar, el que ens va doldre des de l'atenció, va ser que no la van voler atendre en una urgència i allà sabien que ella estava embarassada... Ella es trobava malament, tenia mal de cap i mal d'estómac i la persona d'administració del CAP no la va voler atendre, van dir que no perquè no disposava de targeta sanitària, que estava en tràmit. [...] I a més, és que no la van voler atendre a ella ni al seu fill petit, que té dos anys."</p>
<p>Associades a la situació econòmica de les usuàries</p>	<p>No es fa al·lusió directa a la situació econòmica com a una de les dificultats, però totes les professionals de l'àmbit social mencionen la precarietat d'algunes d'elles de manera indirecta.</p>	<p>Pilar (Centre Espanyol d'Ajuda als Refugiats): "Quan arriben al país amb situació irregular o visat de turista, es dirigeixen a la comissaria de policia i allà sol·liciten asil, protecció internacional. Quan se'ls revisa la situació econòmica, des de Creu Roja es revisen les places del Ministeri i obre places a través d'entitats com CEAR o Creu Roja, qui les gestiona a Catalunya; a comissaria es decideix qui compleix els requisits i qui no per entrar al programa d'acollida."</p> <p>Ester (Programa matern-infantil): "Aquí els homes venen a treballar per tasques agrícoles i a les granges... amb contractes la majoria... Les dones a finals de maig comencen a treballar a les cooperatives de fruites al magatzem, empaquetant i així, i entre elles s'ajuden, una cuida els fills de 4 i li paguen i així."</p>
<p>Associades al desconeixement dels circuits administratius i sanitaris per part de les usuàries</p>	<p>Es detecta que, degut al boca-orella i/o al contacte amb associacions, no hi ha problema per saber on han d'anar en cas d'embaràs.</p>	<p>Nasha (Associació Legki Yakaru): "De vegades arriben a l'associació pel boca-orella i jo ja les redirigeixo al metge o a l'ASSIR, d'altres, pel boca-orella mateix ja hi acudeixen directament."</p>

34

TAULA 2



Dificultats percebudes durant l'acompanyament en relació amb l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
<p>Associades a la comunicació i la llengua</p>	<p>Quatre de les cinc professionals fan al·lusió a aquesta dificultat com la major de totes i afirmen que en diferents ocasions les usuàries afirmen haver entès el que se'ls ha dit i després resulta no ser així.</p>	<p>Irene (Associació Jukkere Edam): "Jo recordo, per exemple, una cesària que es va fer d'urgència a Olot i [...] era una dona molt i molt joveneta que no ens entenia gens ni sabia què li estaven fent i va estar plorant tota la cesària... A mi allò em va doldre en l'ànima..."</p>
<p>Associades a l'ordre cultural (com es gestiona la diferència cultural i religiosa)</p>	<p>Es fa referència en dues ocasions a la mutilació genital femenina i, en dues ocasions més, a la preferència de les dones per ser ateses per altres dones.</p> <p>També dues de les professionals socials associen el masclisme com una característica que moltes dones migrades pateixen per les seves religions o cultures.</p>	<p>Nasha (Associació Legki Yakaru): "Nadie les toca los genitales hasta el día del parto y en todo caso lo hacen mujeres, los hombres lo tienen totalmente prohibido" [Referint-se a dones magrebines]</p> <p>Ester (programa matern infantil): Elles van a allò que els va bé a elles segons la seva cultura, al que els dona un valor afegit, tenir fills els dona un valor afegit molt important, desgraciada de la que no en té... i és important tindre un mascle... és com un oferiment a l'home.</p>
<p>Associades a la manca de recursos dels serveis (amb intersecció amb les altres dificultats)</p>	<p>En quatre de les cinc entrevistes es comenta la falta de mediació i la consegüent falta de temps d'atenció a les usuàries migrades.</p>	<p>Mariona (Serveis Socials de l'Ajuntament de Canovelles): "Tenemos una chica administrativa que es marroquina y que nos ayuda mucho como mediadora e intérprete, pero ella está con un plan de ocupación. [...] Con la chica marroquina administrativa, cuando ella puede y va, todo es mucho más rápido, va muy bien y sí, ayudaría mucho la figura de mediadora."</p>

35

TAULA 2



Dificultats percebudes durant l'acompanyament en relació amb l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
 <p>Associades a la manca de formació dels professionals</p>	<p>En quatre de les cinc ocasions es fa referència a la falta de formació en diversitat cultural de professionals de salut, s'arriba a situacions de menyspreu en l'atenció a dones migrades.</p>	<p>Nasha (Associació Legki Yakaru): "Davant la petició de ser ateses per dones, se'ls diu que aquí hi ha igualtat i que ho han d'acceptar com els toca. Davant el fet de no explicar detingudament certes coses durant les consultes i en el moment que es posen de part, no fiar-se que estan sentint contraccions i que elles saben que estan de part, enviant-les a casa, on acaben parint acompanyades d'altres dones de la seva xarxa social."</p> <p>Pilar (Centre Espanyol d'Ajuda als Refugiats): "Hi ha una clara falta de formació dels professionals per a la sensibilització en racisme i vulnerabilitat."</p>
 <p>Associades al model de gestió</p>	<p>En intersecció amb l'anterior, totes les professionals socials en diferent mesura fan referència a la falta de temps, de professionals, de formació en acompanyament emocional i a la falta de sensibilització en diversitat cultural, incapacitat de comunicació adequada.</p>	<p>Irene (Associació Jokkere Edam): "S'ha de coordinar l'atenció a la dona de manera més holística: mediatra, psicòloga, sexòloga, ginecòloga, llevadora... però sobretot s'ha d'impartir formació emocional, cultural i de gènere des de la universitat."</p>
 <p>Associades als efectes de la crisi econòmica</p>	<p>En dues de les cinc ocasions es comenta la falta de mediació com a conseqüència de la crisi econòmica.</p>	<p>Nasha (Associació Legki Yakaru): "La figura de la mediatra està gairebé desapareguda i la qualitat d'atenció ha baixat considerablement, abans les dones estaven tres dies ingressades al postpart, ara només un."</p>

36

TAULA 2



Dificultats percebudes durant l'acompanyament en relació amb l'atenció a les dones	Quines són?	Testimonis
<p>Bones pràctiques</p>	<p>S'identifiquen dues bones pràctiques aïllades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'esforç de parlar un idioma que no és el matern per dirigir-se a les usuàries i de traduir material a altres llengües 2. l'intent de suplir les carències formatives amb el bagatge personal. 	<p>Irene (Associació Jokkere Edam): "S'intenten suplir carències de la formació amb el bagatge personal de cadascú i cadascuna. També que cada cop hi ha més guies que tenen en compte la diversitat que s'atén."</p>
<p>Propostes de millora</p>	<p>En tres ocasions es menciona la formació en interculturalitat i gènere (en una ocasió es parla de feminisme) i el servei de mediació professionalitzada i de qualitat, com a canvis necessaris per a la millora de la cartera de serveis.</p> <p>En un cas, es menciona el fet d'educar en maternitat i en planificació familiar.</p>	<p>Pilar (Centre Espanyol d'Ajuda als Refugiats): "S'ha de formar en sensibilitat i culturalitat les professionals".</p> <p>Irene (Associació Jokkere Edam): la mediatra és clau, imprescindible (com a mínim itinerants), sobretot però han de tenir educació antiracista i antimasclista, pel sol fet de ser d'origen estranger no necessàriament han de treballar correctament.</p>

37

/5.3

Percepció de les dones usuàries



Les **dificultats les dones usuàries identifiquen** en el processos d'atenció a l'embaràs i part són aquelles associades a:



Inclouen també les **bones pràctiques i les propostes de millora** que assenyalen els i les informants.

Exposem prèviament el cas d'una dona que explica com de malament ho va passar com a conseqüència de no haver entès bé el que li estaven intentant comunicar. Les dificultats associades a la comunicació i la llengua són una de les majors dificultats que sovint expressen.

Naima (marroquina):

“Yo con el tercero quiero una niña, pero en la ecografía yo no entiendo a la llevadora, ella me dijo que firmara esta hoja para mirar que el bebé está bien o si tenía deformación de algo y yo pensaba que mi bebé estaba con la boca así, los ojos así [es refereix a deformats], que no estaba bien y yo estaba llorando mucho. Cuando he entrado, la ginecóloga, ella me estaba mirando que yo lloraba mucho y cuando me ha dicho que todo bien yo le ha dicho que no está bien el bebé porque la llevadora me ha dicho que no está bien y ella me ha dicho que ‘no, no, que está bien’. Yo estaba hablando con mi madre, diciéndoles que seguro que el bebé va a nacer así, mmm... algo con discapacidad en la cara y mira al final ‘no, tranquila, todo tienes bien’. Y yo pensaba que no, que es mentira y hasta que ha nacido cuando me ha dado aquí el pecho estaba mirando los dedos las piernas y al final ya... Por los nervios a veces no entiendo bien, y me han dicho solo firmar para mirar y yo entendí firmar para prueba para ver si estaba mal... [riu]”.

TAULA 3



Dificultats percebudes en l'atenció rebuda	Quines són?	Testimonis
 <p>Associades a la seva situació administrativa</p>	<p>A excepció d'una, les usuàries afirmen no haver estat denegades d'accés pel fet de no tenir els papers en regla. Totes es refereixen a l'atenció a l'embaràs i part.</p> <p>Una d'elles comenta que com a conseqüència de no tenir els papers en regla, va haver de fer alguns tràmits amb notari i va haver de pagar un tractament de vacunes i pastilles consegüent al seu embaràs d'alt risc.</p>	<p>Mikhaela (romanesa): "Sí, al principio sí [va tenir dificultats], me pidieron unos papeles de mi país y para mí era muy difícil llevar estos papeles porque no tenía a nadie en mi país. Tuve que hacerlo con un notario, me hizo todos los papeles, me los trajo de mi país. Me lo busqué yo sola, en el CAP no me dijeron nada. Ahora, después del parto, me ha llegado la tarjeta sanitaria, pude ir igualmente a hacer el seguimiento pero..., pero he tenido que pagarlo todo, yo lo pagué todo."</p>
 <p>Associades a la seva situació econòmica</p>	<p>Quatre de les setze usuàries afirmen que han hagut de continuar treballant durant el seu embaràs per dificultats econòmiques. Una d'elles es trobava en una situació personal complicada degut que el seu marit es trobava pres en el moment del primer embaràs i ella va haver d'estar a un pis de Càrites amb altres dones rebent 150 euros al mes per subsistir.</p>	<p>Awa (maliana): "Cuando llegué aquí [Girona], él [el seu marit] tenía problemas con la justicia y cuando llegué aquí le vi una sola vez, cuando quedé embarazada, a la semana mi marido quedó preso, tres largos años... He sufrido bastante aquí, ¿eh? A veces me pregunto cómo lo he hecho, sin depresión, ni nada... Una amiga, una conocida me ha traído a Cárites, ellos me dieron un piso compartido con mujeres [...]. Me quedé allí un año, llegué allí cuando el embarazo tenía dos meses, siempre había una educadora conmigo, se ocuparon muy bien de mí. [...] Me daban un poco de dinero para mantenerme, el piso no se pagaba y los gastos tampoco y me daban creo que 150 euros para poder comer y las facturas de farmacia las pagaban ellos."</p>
 <p>Associades al seu desconeixement dels circuits administratius i sanitaris</p>	<p>No es fa referència directa a cap dificultat associada al desconeixement dels circuits administratius i sanitaris, però només una de les dones afirma que coneixia els seus drets com a usuària del sistema sanitari.</p>	<p>Gianina (romanesa): "Sí, conozco los derechos que tengo porque como digo soy una persona que ha estudiado. Pero sé que hay personas que no lo saben...".</p>

TAULA 3



Dificultats percebudes en l'atenció rebuda	Quines són?	Testimonis
 <p>Associades a la comunicació i la llengua</p>	<p>Sis de les setze usuàries detecten una falta d'informació durant el seu procés d'embaràs o al part degut a la dificultat idiomàtica.</p>	<p>Samira (marroquina): "La comadrona del Hospital de xxxx, no se explicaba, yo no lo entiendo, de verdad... pero si tu hablas un poquito con el francés mejor. ¡No expliques más, tú tienes la cabeza de Rayan está acá [señala su estómago], no puede saliendo, no entiende eso! A ver, va a explicar otra vez arriba porque yo llamar, vale explícamelo, pero yo no entiendo qué le pasa."</p> <p>Joy (nigeriana): Con mi última hija la llevadora me dijo que no sabía si la bebé estaba bien y como la mujer me hablaba yo no sabía si la bebé estaba bien. Entonces yo llegué a mi casa hablé con mi marido y le dije si la bebé no está bien me voy a un clínico con mi dinero a quitarme la bebé. Yo llegué llorando a casa.</p>
 <p>Associades a l'ordre cultural *Aquesta dificultat queda reflectida i interrelacionada amb la de la falta de formació dels professionals.</p>	<p>Es troben casos concrets i diferents entre si, però que responen en un mateix sentit: no entendre o no respectar la cultura de la dona migrada i sumats els casos concrets representa el 25 % de les dones entrevistades. A continuació exposem les diferents situacions:</p> <p>Una va trobar a faltar la xarxa que es fa entre les dones a Mali durant el seu procés d'embaràs, part i postpart.</p> <p>Una altra, no va tenir opció halal a l'hospital.</p> <p>Una tercera, va rebre un comentari inadequat per part d'un professional al dir-li que per escollir el nom del seu fill havien d'esperar que arribés el seu marit.</p> <p>Una darrera afirma que li van insistir molt a ser esterilitzada quan ella i el seu marit van deixar clar que no ho volien.</p>	<p>Fatou (senegalesa): "Y después, nosotros tenemos diferente cultura, para poner el nombre del niño, allí en Senegal los hombres deciden el nombre que quieren poner, si tú estás de acuerdo, estás de acuerdo, o lo eligen entre los dos, cuando me preguntaba ¿qué nombre le ponemos? Yo le decía: espera, que llamamos mi marido que venga a ver qué nombre le vamos a poner, entonces él me dice: ah, entonces ¿tú qué pintas en esto? Estas cosas no..., no le tocaba decir."</p> <p>Aida (senegalesa): Me he sentido bien de momento, pero tengo una duda de la pequeña cuando nació, ellos (es refereix al metges) me han dicho que no tenga más hijos. Entrevistadora: ¿Esterilizarte?</p> <p>Aida: Sí, exactamente! Yo le he dicho que no, fírmalo, yo le he dicho no, no quiero y mi marido tampoco. Porque nosotros somos diferentes que vosotros. Nosotros tenemos más hijos; si tu no tienes, tu marido puede buscar una segunda mujer para tener más hijos. ¡Yo no voy a firmar! ¡Entonces llamaron a mi marido y él dijo que no! Yo le he dicho que no firme nada de eso, pero tengo mi duda desde entonces, no estoy tomado nada, estoy con mi marido pero no me puedo quedar y mi hija tiene 5 años ahora. ¡No sé que me ha hecho! Tengo mi duda de esto.</p>

TAULA 3



Dificultats percebudes en l'atenció rebuda	Quines són?	Testimonis
<p>Associades a la manca de recursos dels serveis (amb intersecció amb les altres dificultats)</p>	<p>De les 16 dones, només una va rebre un servei de traducció, la mediació és inexistent en tots els casos.</p> <p>Set de les setze usuàries, una vegada en coneixença de què és el servei de mediació, afirmen que els hauria agradat tenir-lo.</p>	<p>Joy (nigeriana): hay una mujer que habla inglés, pero no es de Nigeria... ayuda, pero poco.</p> <p>Mikhaela (romanesa): "Sí [creu que hagués anat bé el servei de mediació], sería más relajante para mí..."</p>
<p>Associades a la manca de formació dels professionals</p>	<p>Nou de les usuàries fan menció directa o indirecta a algun tracte que les va fer sentir incòmodes ja fora per la falta de tacte comunicant certes coses (dues d'elles), com per actituds o comentaris racistes (set usuàries).</p>	<p>Nasha (beninesa): "Con mi primera hija no me han tratado bien, cuando llevaba 9 meses de embarazo sentí dolor y me fui al hospital xxx porque tenía contracciones, pero me dijeron: todavía no te toca, vete a casa [...]. Un día llegué a xxx i un hombre ahí le dice, deja a esta mujer porque no la quieres atender a ella, hasta este día me han provocado este bebé. Estuve en la cama desde las 4 de la tarde al otro día, mi bebé estaba tragando agua casi 12 horas en mi barriga, cuando ya salía ya tiene problemas mi niña [...]. Solo me deja ver la cara de mi hija y se la llevó directamente al piso 5 de l'Arnau donde los dejan en la incubadora."</p>
<p>Associades al model de gestió</p>	<p>Tres d'elles detecten una falta de temps a les visites per ser ben informades.</p> <p>Cinc d'elles van patir canvis de professionals de salut durant el seu seguiment d'embaràs (una de ginecòloga perquè el seu embaràs era de alt risc) i les altres quatre de llevadores. Totes menys la dona que li van canviar de ginecòloga, mostren descontentament, ja que es perd el vincle i la història mèdica i personal es veu afectada.</p> <p>Una darrera es queixa que el seu part fou provocat per dos metges residents.</p>	<p>Defne (algeriana): Las visitas eran cortas no explicaban mucho, la verdad. Si no lo preguntaba no me lo explican. Siempre que pasa algo yo pregunto, pero siempre dicen que va todo bien. La ginecóloga habla con la enfermera y apunta, pero a mi no me explican nada.</p> <p>Joy (nigeriana): En cada embarazo tenía diferentes comadronas y en un embarazo tenía varias llevadoras.</p> <p>Gianina (romanesa): "A ver, no lo veo bien, que seas primeriza y que te dejen que te provoquen el parto dos estudiantes residentes [de ginecología], no lo veo bien. Que lo hagan ellos vale, pero que no esté un médico con ellos no lo veo bien. [...] Como ellas eran estudiantes, creo que no se dieron cuenta de que la niña estaba enganchada y querían que yo pariera, pero cuando vieron que no, fueron a llamar a los médicos. [...] No te da seguridad, yo lo he pasado mal, mal, mal, porque tú te das cuenta que no saben lo que están haciendo..."</p>

42

TAULA 3



Dificultats percebudes en l'atenció rebuda	Quines són?	Testimonis
<p>Associades als efectes de la crisi econòmica</p>	<p>No es fa menció directa a la crisi econòmica, una d'elles comenta que ara són necessaris molts més papers per accedir al sistema sanitari.</p>	<p>Ioana (romanesa): "Me parecía mejor cuando se podía acceder más rápido al sistema sanitario y ahora tienes que traer un montón de papeles y antes no, antes ibas al CAP y te hacían la tarjeta con el empadronamiento, ahora te piden que les traigas el NIE y no sé qué..."</p>
<p>Bones pràctiques</p>	<p>Cinc de les usuàries comenten la continuïtat del seguiment de l'embaràs amb una mateixa llevadora com a bona pràctica del sistema sanitari.</p> <p>Cinc d'elles comenten que s'han sentit molt ben informades en tot moment i molt ben ateses, fins i tot, quan demanaven visites extres per situacions especials durant l'embaràs.</p> <p>Tres han rebut atenció postpart al seu domicili.</p>	<p>Aida (senegalesa): "En los tres primeros embarazos me ha visitado Núria, la última la han cambiado, [...] me ha visitado una comadrona, la misma, luego la cambiaron, vino otra, pero también, las dos son muy buenas, ¡eh! ¡Son muy buenas, sí!"</p> <p>Aida (senegalesa): "Sí que me informan de todo, por eso no he tenido nunca ningún problema."</p> <p>Mariama (senegalesa): "La comadronas muy bien, cuando viene el parto de Said me visitaron a mi casa y me miraron bien. Son buenas, eh, cuando me llaman porque yo no puede ir o estoy cansada vienen a mi casa, sí, de verdad! Cuando vino a casa yo le dije '¿Ah, tu vienes aquí?' (sorpresa). Eso me gusta, porque no pensaba que iba a llegar allí."</p>
<p>Propostes de millora</p>	<p>Una dona comenta que seria important que l'hospital oferís opció halal a la dieta.</p> <p>En dues ocasions es diu que s'ha de millorar la llei de protecció laboral amb les embarassades.</p> <p>No es fa referència directa a cap millora del sistema sanitari, mostra que no tenen clars els seus drets). Les altres recomanacions són de dones migrades organitzades.</p>	<p>Awa (maliana): "En el hospital para adaptarte la dieta directamente no te dan carne, podrían tener carne halal, es la lucha también en el colegio de mi hijo."</p>

43

Discussió

D'acord amb els testimonis exposats pel personal sanitari, del personal d'entitats socials que acompanyem les dones en el seu embaràs i de les usuàries, detallarem cadascuna de les dificultats/barreres identificades i les bones pràctiques per a la seva gestió.

/5.4

Barreres / dificultats Comunicació intercultural

Primera convé esmentar que la dificultat que surt en primer lloc en la majoria de casos és la **idiomàtica i la comunicació intercultural entre les dones migrades gestants i les professionals de salut. Segons el nostre estudi, aquestes dificultats estan causades principalment per les diferències lingüístiques i culturals d'ambdues parts, així com la seva actitud davant de la diversitat.**

En primer lloc, és indispensable mencionar que quan existeix un acte comunicacional entre persones de diferents orígens i cultures, hi entren moltes variables en joc, sistemes culturals i valors, diferents percepcions del temps i espai, llengua i models conversacionals. (Nevado, 2014: 281). El 90 % de les professionals sanitàries d'aquest estudi assenyalen com a primera barrera de la interacció **la llengua**, referint-se al fet de no parlar la mateixa llengua o parlar-la amb un vocabulari diferent, en casos de persones llatinoamericanes (Brigidi 2009; Vázquez, Terraza i Vargas 2007). En la mateixa línia, també les autores membres del Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut del

Consorci Hospitalari de Catalunya; Vázquez, Terraza i Vargas (2007: 31) afirmen que és la principal dificultat i que ho és, fins i tot, amb el col·lectiu de parla hispana. Les professionals de salut es concentren en la llengua i no fan menció de manera directa a la comunicació intercultural ni de les seves pròpies competències en interculturalitat. Un 30 % de les professionals de salut expressen la necessitat d'exigir a les usuàries aprenentatge de la llengua vehicular del país d'acollida com a solució efectiva i directa; mentre que en altres casos es fa menció a la necessitat de la mediació.

El 80 % de les professionals d'entitats socials afirmen que la dificultat lingüística és la principal, a més de la primera que et trobes, barrera. Ja hem vist en l'apartat de resultats com una d'elles subratlla que a la seva entitat arriben dones a l'organització que durant la consulta afirmen davant de les professionals de salut haver-ho entès tot, però que a l'arribar en un entorn de més confiança pregunten el significat de determinats termes o frases que no han acabat d'entendre a la consulta. Aquesta mentida social es dona molt freqüentment en cultures col·lectivistes

on el més valorat és la interdependència de totes les persones que conformen la societat i tendeixen a no contradir o posar en una posició incòmoda el seu interlocutor (Rimer et Shavitt, 2010:159), i per tant s'eviten les reaccions i opinions contràries. També és un aspecte que es pot reproduir freqüentment en cultures on s'estableix jerarquització del poder dins de la societat que atorgaria a professionals de salut un estatus superior (To et al. 2020; Omura et al. 2018). En el nostre estudi hem pogut observar com algunes professionals de salut perceben aquesta forma de comunicar-se o reaccionar com una actitud de "passotisme" o de sortir de la situació incòmoda d'una manera "fàcil".

Pel que fa al models conversacionals, en les cultures col·lectivistes, el silenci representa respecte i sensibilitat, mentre que en cultures individualistes s'espera que l'interlocutor sigui actiu i el silenci s'interpreta com a mostra de desinterès (Jandt, 2010: 119). Aquestes diferències poden portar a malentesos en la interpretació de les converses (Brigidi 2009).

D'altra banda, el 37,5% de les usuàries entrevistades afirmen que no han entès bé algunes de les explicacions de les professionals sanitàries mentre eren ateses i haver-ho expressat directament. Això ha portat a situacions en què s'han vist realment preocupades per casos com no saber per què se'ls estava fent una cesària o no entendre què és el que li passa al seu fill acabat de néixer i per què se l'emporten a una incubadora. La dificultat idiomàtica ha estat la tercera dificultat més esmentada durant les entrevistes a dones migrades, associada a la manca d'informació rebuda durant el procés d'embaràs i part.

Tanmateix, també hem detectat que algunes professionals responsabilitzen les dones migrades d'aquesta manca de coneixement de la llengua i autonomia, afirmant que elles en el seu lloc farien el possible per aprendre-la. I és que, tal com afirma Carratalà (2010: 36), "Cal tenir en compte que alguns dels principals prejudicis que hi ha a la nostra societat envers l'immigrant extracomunitari també són presents en una part del personal sanitari. En aquests casos, l'asimetria de la relació clínica s'intensifica, ja que en diverses ocasions el personal sanitari pressuposa la ignorància dels usuaris."

Donades aquestes realitats, en moltes ocasions el personal sanitari **es veu obligat a interactuar amb acompanyants de les gestants migrades que fan la traducció. En la majoria de casos són familiars, i per tant l'atenció deixarà de preservar la intimitat de la dona, entre altres inconvenients que perjudica directament el control de l'embaràs (Bischoff, Loutan i Garcia, 2009: 39).**

Les professionals sanitàries exposen que, en la majoria dels casos, aquesta situació d'acompanyament es dona majorment en el cas de **dones magrebines**, i ho associen a la situació d'aïllament social a la qual les aboca la seva cultura, al fet que surtin poc de casa i que tinguin una xarxa social feble. Segons les professionals, això dificulta alhora l'aprenentatge de l'idioma. En la participació del grup mixt les llevadores tenen una percepció similar amb les dones d'origen pakistanès.

Directament vinculat a la barrera lingüística, trobem l'escassa presència i reconeixement de la figura de la mediadora intercultural, entenent que la mediació no és únicament la traducció lingüística, sinó que també és una eina per apropar l'univers de significació cultural. Així mateix, la mediació que es demana des de les professionals de salut, són figures de mediació professionalitzades en salut, i com a requisit imprescindible la neutralitat de la persona alhora de fer la mediació. En casos concrets s'ha parlat de la influència que de vegades algunes persones mediadores poden tenir amb les pacients, en què en casos específics han pogut avantposar dogmes religiosos i/o culturals. En 5 de 15 professionals de salut mostren certa desconfiança amb la figura de la mediació, que en algunes ocasions és rebutjada per les pròpies professionals, si no són mediadores professionalitzades. En la narrativa de les dones usuàries entrevistades es pot apreciar, en alguns casos, 3 dels 16, la desconfiança cap a la mediació, malgrat que la resta de dones, la troben important i útil. Segons l'acadèmia especialitzada en mediació, la neutralitat és un aspecte importat i en continu debat, entre el binomi neutralitat/involucració, malgrat que la neutralitat és un aspecte imprescindible en la mediació, s'ha anat matisant al llarg dels anys, fent èmfasis en les qualitats a què tradicionalment s'associa la neutralitat, que són la imparcialitat i l'equidistància; i cal tenir en compte la importància dels components emotius i socioafectius implicats en la mediació i la necessitat d'aprofundir què vol dir neutralitat i quan i com s'hi podria involucrar (Gimeno, 1997:148).

El 80 % de les professionals de la salut i també el 80 % de les professionals d'entitats socials afirmen que caldria reforçar la figura de la mediadora intercultural en l'atenció sanitària i especialment en l'atenció a la salut sexual i salut reproductiva. D'altra banda, el 43,75 % de les usuàries, un cop se'ls ha parlat de què és i què representa aquesta figura, afirmen que els hagués agradat poder comptar amb aquest suport. L'antropòleg Carratalà (2010) assenyala que la presència de la mediadora intercultural sembla que afavoreix la relació entre usuàries i professionals sanitaris, ja sigui a hospitals com a centres d'atenció primària, donat que disminueix el sentiment de soledat de la dona i apropa i propicia un espai de confiança en la relació entre els diferents individus. A més, tal com il·lustra el cas de les dones llatinoamericanes, aquesta dificultat no només va associada al desconeixement de la llengua, sinó que té a veure amb els models conversacionals i comunicatius.

Tot això, ens porta a remarcar la importància de la comunicació intercultural i a no centrar-nos únicament en el coneixement de la llengua.

L'estil comunicatiu del país d'acollida és directe, i en l'atenció a la salut reproductiva es pregunta per temes de sexualitat, avortaments, parts anteriors, es parla dels aparells reproductors i genitals, aspectes que en cultures de diferents orígens poden suposar un tabú. La percepció general de les professionals de salut és que l'abordatge d'aquestes temàtiques són estrictament d'interès mèdic i que malgrat que en algunes ocasions les usuàries han afirmat que se senten incòmodes, consideren indispensable continuar fent aquestes preguntes.

Aquesta percepció de les titulars de responsabilitats ens deixa veure que hi ha una manca d'habilitats comunicatives amb perspectiva intercultural i de gènere. Si a tot l'anterior hi sumem que existeix de partida una asimetria inevitable en la relació professional-usuàries, degut que les professionals sanitàries disposen dels coneixements en la temàtica, arribem a la conclusió que és en

aquest col·lectiu on recau la necessitat de desenvolupar habilitats de comprensió cap a les dones ateses.

Les dificultats associades a la comunicació i la llengua provoquen disfuncions en el sistema, com ara que les usuàries no arribin a les consultes assignades o que arribin tard.

Ordre cultural

Racisme

(...) insistir només en les històries negatives suposa simplificar la meua existència i passar per alt moltes històries que també m'han format. El relat únic crea estereotips i el problema amb els estereotips no és que siguin falsos, sinó que són incomplets, converteixen un relat en l'únic relat.

Adlbi Sibai 2020: 22

Totes les professionals de salut de manera directa o indirecta generalitzen les actituds de les usuàries vinculant-ho amb aspectes culturals, així com generen estereotips en funció dels seus orígens. Tenint en compte que cada cultura crea el seu propi concepte de malaltia i de salut i construeix al voltant d'aquests els seus sistemes de salut, fa que sigui indispensable posar en valor les creences i concepcions que en tenen les dones migrades. (Roca, 2001:684).

Les diferents cosmovisions de pacients i professionals sanitaris **es mostren com un element que distancia tant professionals com les dones gestants**. Per ambdues bandes, es comenten constantment les diferències que existeixen en la manera d'entendre l'embaràs, el part, així com el sentit final de la reproducció. La posició majoritària per part dels professionals de salut i socials, és la necessitat d'inculcar la planificació familiar i la necessitat de reduir la natalitat entre les dones migrades. Mentre que en totes les

entrevistes almenys 10 de les usuàries reconeixen la diferència en la concepció i es remarca la valorització cultural de mantenir una alta natalitat, en alguns casos fins i tot posant en perill la pròpia vida de la gestant. Segons les dades oficials de l'Idescat mencionades en apartats anteriors, les dones migrades donen a llum a més aviat quant a una edat que les autòctones, i tenen un nombre més elevat de filles i fills. Aquestes dades poden estar relacionades amb la importància de la fecunditat i al rol atribuït a les dones en la majoria de cultures, en les quals es valora el paper reproductiu i es relaciona amb el nombre de filles i fills i es valora negativament la infertilitat.

En aquest sentit, és imprescindible comprendre que el concepte de cultura sanitària, i les creences i actituds davant el procés reproductiu són una barreja que genera distanciament i desconfiança. I a més, malgrat que l'embaràs, part i puerperi són processos biològics, estan estereotipats culturalment, fent que a cada societat i en cada grup tingui un model específic a seguir. (Blázquez, 2005; Brigidi, 2016). Malgrat això, és important tenir en compte que les cultures es van transformant i són internament heterogènies, no tots els membres que pertanyen a la mateixa cultura pensen exactament igual. Cada persona és un cas particular amb identitats i condicionants socioeconòmics específics i únics. Així mateix, i tal com es comenten en algunes entrevistes a professionals de salut i a dones migrades, les cultures de persones migrades van de mica en mica adquirint i combinant aspectes de la cultura majoritària del país d'acollida.

Actualment, sembla un repte per a les professionals de salut i per tant titulars de responsabilitats del sistema de salut, l'adquisició de les competències en interculturalitat.

Malgrat que des de l'ICS s'estan incorporant formacions en interculturalitat i eines per oferir una atenció integral, bona part de la societat no accepta o rebutja la població migrant, presentant actituds racistes i xenòfobes. Les professionals sanitàries entrevistades no es declaren obertament persones amb actituds racistes, però totes mostren prejudicis i estereotips que són assumits sense posar-ho en dubte o bé indirectament fan generalitzacions de les actituds de les usuàries vinculant-ho amb aspectes culturals, així com generen estereotips en funció dels seus orígens.

Totes les professionals de salut en els seus relats, expressen obertament que tenen menys dificultat a atendre una dona autòctona que una dona d'un altre origen. Cosa que denota que la migració és percebuda com un problema i no com un fenomen social més, davant del qual hem de fer adaptacions mútues. Així i tot, cal ressaltar que tant si l'atenció a les dones migrades resulta més o menys dificultosa, el dret a la salut i a una assistència de qualitat, equitativa i integral han d'estar garantits per a totes les dones, independentment del seu origen i/o de les seves característiques personals, tal com s'estipula en tractats internacionals mundials com la Declaració de Drets Humans (1948:art.25), la Carta Social Europea(1996: 6) o en l'àmbit català en la Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la salut i atenció sanitària (CatSalut, 2015), per citar-ne alguns.

Malgrat que en un primer moment sembla que el fet de no parlar el mateix idioma és la problemàtica principal, observem a mesura que anem analitzant els diferents testimonis, que el problema de fons té a veure amb la diferència cultural.

En el moment que a les professionals de salut i socials se'ls planteja la idea d'incorporar les mediadores interculturals, veuen alleugerida la pressió d'interpretar allò que la pacient pot necessitar i ajuda a poder tenir en compte les característiques culturals que inherentment ajuden a fer un millor diagnòstic, tractament i una millor adherència. Per tant, es podria afirmar que és prioritari entendre les diferències culturals i generar un ambient de confiança i comprensió a la pacient, deixant de banda els sistemes de valors i culturals. A les entrevistes, la majoria de les professionals valoren més positivament la mediació que les traduccions en si mateixes.

En aquest sentit, és important remarcar que el personal de salut genera estereotips i prejudicis vinculats a la cultura en general, que fan referència a la religió, als hàbits alimentaris, als rols de les dones i dels homes, a les cultures i, sense conèixer ni plantejar-se la diversitat de conceptes com la salut, la malaltia o el seu abordatge. D'altra banda, tal com observen altres estudis, aquesta visió etnocèntrica arrelada en un pensament colonial i monocultural hegemònic (Adlbi Sibai 2020; 2018; Nevado 2015; Sousa Santos 2014; Brigidi 2009) està més o menys ancorada a la consideració de superioritat dels principis biomèdics occidentals. Cosa que significa que la major part de les professionals de salut no es plantejen la existència de diferències substancials en la manera d'entendre i d'abordar no només el procés de salut, malaltia i atenció, sinó el cos; com per exemple, el tema del hijab (Adlbi Sibai 2020; Lamrabet 2020), el concepte de prevenció i de família o parentiu.

A tall d'exemple: durant una entrevista, una llevadora explica la història d'acompanyament d'una noia: "era negreta, nascuda aquí, parlant un català perfecte i educada aquí, i

la van casar adolescent (...)". La dona ha tingut dues històries d'avortaments tràgics per malformacions de fetus als 16 i 17-18 anys. La professional no aconsegueix entendre per què "una noia nascuda aquí" pot acceptar d'estar casada amb un home més gran que no ha triat: "(...) una nena que ha tingut l'oportunitat... ha estat escolaritzada aquí, (...) que té l'oportunitat de quedar-se aquí, com pot ser que l'enviïn cap allà -àrea subsahariana, NdT⁵-, la cases que li facin tot això, que passi per aquests tràngols, lo primer que et surt és de jutjar aquests pares, especialment aquesta mare que permet que a la seva filla li estiguin fent això". La construcció del vincle de parentiu i sobretot el que la professional s'espera que facin els pares s'elabora a partir de pre-conceptes: "la mare l'estimava molt, la mare la va venir a vetllar, durant els dos parts va estar tota l'estona per ella, tota l'estona plorava" o que "estava súper preocupada per la seva filla o sigui plorava, ho va passar fatal va estar tota l'estona amb ella". El pare està descrit gairebé com un home "súper educat, cortès" (Natàlia, ginecòloga) "però que ha permès que la filla es casés als 16 anys".

Així mateix, la idea del pensament únic (Ngozi Adichie 2018), és a dir, quan no es contempen altres possibilitats i diversitats, infal·liblement determina el poder que té una història o una paraula, el com s'ha ensenyat la realitat, fet que es tradueix en la superioritat de coneixements de la cultura del país d'acollida envers a la cultura de les dones migrades.

Així mateix, la idea de visió etnocèntrica que implica de manera subtil i intrínseca l'hegemonia de coneixements de la cultura del país d'acollida envers la cultura de les dones migrades, ens porta a situacions en què el personal social i de salut valoren algunes

maneres de relacionar-se i de prendre decisions en el procés de part desenvolupant judicis de valors, com per exemple el que es considera adequat o inadequat, injust o just, bo o dolent, sense tenir en compte com se senten les dones que responen al seu propi ordre cultural. Així, quan una dona expressa la necessitat de consultar o compartir la presa d'una decisió (administració de l'epidural, la necessitat de consultar el nom del nounat, o d'altres identificades en l'estudi), sembla que estan d'acord, sempre que es garanteixi la salut i el respecte als drets de les dones, en que cal comprendre i respectar les cultures, evitant fer judicis de valor, basats en la cultura de les professionals.

En el mateix ordre d'idees, hem vist que quan preguntem a les professionals sanitàries per les dificultats associades amb les identitats culturals, relacionen les dones immigrants amb una major taxa de violència masclista.

Sis de les deu entrevistades, parlen també de la càrrega psicològica que el fet d'escoltar les experiències, així com haver de fer front a les conseqüències que això té sobre les dones ateses, suposa per a les mateixes professionals. És fonamental, d'altra banda, que hi hagi la relació de confiança i la comunicació necessària entre professional-llevadora i usuària com per fer aflorar la violència viscuda. La confiança passa també per la possibilitat de comunicar-se. Les professionals destaquen les dificultats que tenen per detectar les violències masclistes associades a processos d'embaràs, que per la seva experiència són elevades. Tal com Payá-Sánchez et al. (2019) assenyalen, és important que la usuària tingui l'oportunitat de revelar la situació de violència de la qual és objecte, i s'hi pugui intercedir amb el procediment corresponent.

Les professionals sanitàries detecten que el fet que les dones –especialment magrebines– vinguin acompanyades pels seus marits, per superar la barrera idiomàtica, dificulta encara més la detecció d'aquestes violències.

Seguint amb aquestes dificultats, i analitzant el discurs de les persones entrevistades, s'observa la **presència de prejudicis i estereotips** també quan associen la violència masclista dins de la parella que pateixen algunes d'aquestes dones amb l'origen cultural i el seu rol de submissió. En un 30 % les professionals de salut han expressat de manera directa una incapacitat d'atendre els casos de violència masclista especialment de dones migrades, degut a la falta de comprensió dels rols que exerceixen homes i dones en les relacions de parella. Afirmen desconeixement i poca comprensió de les relacions que s'estableixen entre parelles a diferents cultures i diuen que aquesta incomprensió les ha dut a no implicar-s'hi i no voler aprofundir en els casos de violència masclista, fins arribar al punt de demanar a la usuària que no expliquessin el que els estava passant. Un 40 % de les professionals de salut han expressat que en moltes ocasions no se senten acompanyades quan inicien un procés de denúncia de violència masclista i consideren que, en alguns casos, la resposta per part de les institucions públiques són poc clares i dificultoses. D'altra banda, un 60 % de les professionals sanitàries opinen que existeixen uns protocols que cal seguir, que requereixen implicació per part del personal però que és força clar i efectiu.

D'altra banda, en el discurs de les professionals sanitàries es pot observar una manca de comprensió i formació en els cicles de violència masclista i el seu abordatge, ja que en quatre ocasions es parla de la manca de determinació de les dones migrades de mantenir-se allunyades de les seves exparelles en un procés de separació, responsabilitzant la dona que enfronta la violència sense considerar que aquesta actitud forma part del cicle de la violència, essent en aquests moments quan les dones requereixen de major suport i comprensió.

És en aquest context que donem rellevància al fet que la major dificultat que hagin expressat les dones usuàries –9 de les 16 dones entrevistades ho han fet explícita-

ment– sigui l'associada a la falta de formació i sensibilitat envers la diversitat cultural per part de les professionals. Hem vist com les dones usuàries afirmen que han sentit comentaris i/o han viscut actituds del tot inadequades, cosa que els provoca malestar i desconfiança. Analitzant les entrevistes, podem afirmar que les dones consideren que les professionals de salut generen estereotips per cultures on veuen totes les dones d'una cultura per igual i on no consideren que la planificació familiar o el nombre de filles i fills que desitgen pot ser diferent per a cada dona i per a cada cultura (Brigidi 2016). Malgrat això, totes valoren positivament l'atenció rebuda i consideren que les seves experiències han estat positives, exceptuant tres casos específics.

Funcionament del sistema sanitari

Accés al sistema

La major part de les professionals entrevistades mostren claredat (60 %) en la cobertura total de dones gestants. Altrament, sí que es mostra desconeixement i contradicció en els circuits d'accés a dones migrades, no gestants, amb situacions irregulars. Totes les professionals de salut tenen clar que sense l'empadronament les dones no poden accedir a la targeta sanitària que els oferiria l'accés al sistema de salut. Un altre 60 %, expressa que té coneixements que la Creu Roja és l'encarregada de gestionar els expedients de persones sense empadronament per a l'obtenció de la targeta. És important destacar que una de les professionals sanitàries expressa la dificultat de

les dones migrades a fer aquestes gestions, ja que bona part dels tràmits es fan a ciutats grans, principalment a Barcelona, i que en algunes ocasions han de viatjar fins a tres vegades. A més, expressa que en interrupcions d'embarassos voluntaris el temps hi juga en contra i en algunes ocasions no es pot fer res des dels ASSIR per accelerar aquesta situació ni tampoc poden atendre la dona.

Per part de les professionals socials el 80 % té una percepció d'accés universal en casos de dones migrades gestants. Només hi ha una professional que comenta la negació per part del sistema a atendre una dona migrada en situació irregular. En general co-

neixen aquesta cobertura, però cap mostra un domini del circuit d'atenció. En aquest aspecte, és important tenir en compte que les professionals socials entrevistades no es dediquen a l'acompanyament de les usuàries a les visites mèdiques com a tasca principal, aspecte que pot condicionar aquests resultats.

En estudis futurs i d'aprofundiment en la temàtica, seria indispensable entrevistar les treballadores socials que acompanyen dones migrades als centres de salut. Segons hem pogut identificar en la present recerca, les treballadores socials dels serveis d'Atenció Primària serien el perfil més interessant per a la realització de les entrevistes en qüestió.

Desconeixement del sistema sanitari de salut per part de les usuàries

El 70 % de les professionals sanitàries afirma que les gestants migrades arriben tard a les visites, a més es parla de l'incompliment i irregularitat. En part, segons la seva percepció (60 % de les professionals), es deu a la diferència entre els sistemes sanitaris d'origen i d'acollida i les dinàmiques que els caracteritzen. En algunes ocasions s'ha comparat el sistema de salut d'anys enrere a Catalunya, en què no existien les cites i hores concertades sinó que s'atena les persones conforme anaven arribant als centres mèdics. D'altra banda, si analitzem els relats de les dones migrades observem que el 43,75 % valoren molt positivament el sistema i expressen que hi ha més personal mèdic, fan referència a les instal·lacions i equips i en la majoria de casos, afirmen que han assistit a les cites de manera regular. Malgrat això, podem afirmar que algunes de les dones migrades, amb menys accés a la salut que les dones entrevistades en aquest estudi (un 90 % hi van tenir accés directe), poden no assistir de manera regular degut a les barreres anteriorment mencionades que el sistema de salut reproduceix.

Així mateix, a banda de les barreres del sistema sanitari, influeix novament el desconeixement de les cultures que hi interactuen. Com s'ha mencionat en aquest document anteriorment, els controls d'embaràs i part a la medicina occidentalitzada estan altament medicalitzats (Chaves, 2015:203), fet que es pot associar als diferents conceptes de salut o malaltia. Per a moltes cultures l'assistència mèdica és sinònim de malaltia, en d'altres l'origen de les malalties són supernaturals i/o dirigides, i no naturals o genètiques (Clavijo, 2011: 8) i és per això que una assistència mèdica per a un procés natural com és un embaràs sense risc manca de sentit en moltes cosmovisions.

En conclusió, la medicalització de l'embaràs i del part i de la salut sexual i reproductiva de les dones en general, porta a al menyspreu dels aspectes culturals sobre els que es fonamenten totes les societats (Juan, 1991: 44).

Actualment des del sistema públic de salut s'ofereixen programes relacionats amb la salut sexual i salut reproductiva, així com tallers de prepart i postpart. Sembla significatiu que les dones immigrants assisteixen molt poc a les classes de preparació al part (només 4 de 16 hi assistiren i només la meitat en van ser informades), així com l'escassa realització del pla de part (només dos el van fer i cinc en van ser informades) seguint la mateixa tendència d'estudis anteriors (Pardo et al. 2006; de la Torre et al. 2006). Pensem que això té relació també amb certs prejudicis, alhora que aquests recursos s'adreçarien fonamentalment a la usuària blanca autòctona. En una ocasió una professional de salut esmenta que quan es va fer un estudi breu mitjançant enquestes, moltes de les dones migrades entrevistades, desconeixien que els tallers de preparació de part i postpart fossin un servei gratuït del sistema. Un altre aspecte que denota la manca d'inclusió de la interculturalitat i de les necessitats de les dones migrades és la falta de dietes adequades als preceptes culturals (ex. dieta halal) als hospitals, demanda sovint expressada per les dones.

En el context d'una societat cada cop més diversa i amb un percentatge creixent de població estrangera, cal formar els i les professionals davant aquesta diversitat i destinar els recursos necessaris per reforçar figures com la de la mediatra cultural. En la línia del que assenyalen la infermera i doctora en Antropologia de la Salut; Antonín i l'infermer especialitzat en salut mental i llicenciat en Filosofia i Ciències de l'Educació; Tomás-Sábado (2006), i sense qüestionar en cap cas la vàlua professional, la nostra recerca deixa constància de l'encara **escassa competència**

cultural que tenen els professionals socio-sanitaris. Les mateixes professionals sanitàries, concretament la meitat de les entrevistades i les cinc que van formar part del grup mixt, demanen més formació al respecte, formulant aquesta demanda com una de les propostes centrals de millora del servei d'atenció socio-sanitària. També les professionals d'entitats socials destaquen la necessitat de més formació en competències culturals i en sensibilització per a les professionals de la salut.

La recerca també posa de manifest la **necessitat d'abordar des d'una perspectiva interrelacionada les dificultats d'atenció**, en la mesura que generalment unes remetent a les altres, o bé són la causa d'altres dificultats associades, o bé reforcen d'altres que ja hi són. Per exemple, dificultats associades als entorns en què viuen les dones migrades. En alguns casos els serveis públics disponibles poden esdevenir un obstacle pels habitants en general que habiten aquesta zona. En aquest sentit, en zones rurals s'han observat dificultats per accedir als ASSIR per part de dones migrades, degut a la manca de xarxes de transport públic. Així mateix, hi ha evidències que ens porten a afirmar que arriben menys serveis d'atenció a dones en zones rurals que en ciutats. Això, sumat a les altres barreres que ha d'enfrontar una dona migrada, fa que s'agregui la possibilitat de marginació i aïllament. El 30 % de les professionals expressen les dificultats econòmiques de les dones migrades a l'accedir a certs aliments o la falta de mitjans per anar a les visites de control d'embaràs programades. El 100 % de les professio-

nals de salut expressen les dificultats socioeconòmiques que presenten les dones migrades com a un punt central per poder fer un control d'embaràs tal com es planteja des del sistema de salut. Per altra banda, tant les professionals de salut com les ma-

teixes dones, el 56,25 %, expressen la falta de xarxa social, suport de les seves famílies i dificultats en l'accés a feines ben remunerades, que han sigut un motiu essencial que ha dificultat els processos i les assistències a les visites.

Gestió del sistema

Majoritàriament, tant professionals socials com professionals sanitàries expressen la necessitat de millorar i d'incrementar els recursos dels serveis. D'una banda el 20 % de les professionals sanitàries expressa la necessitat d'ampliar personal sanitari especialitzat en llevadoria i un 80 % expressa la necessitat d'incorporar la mediació professionalitzada com a part de la plantilla dels equips mèdics o disposar del servei d'una manera constant que permeti acompanyar els processos d'embaràs i part. És important dir que cap de les dones entrevistades en aquest estudi va rebre servei de mediació ni en el primer part, cas en què la majoria, el 62,5 %, no parlava l'idioma d'acollida. De la mateixa manera, un 43 % de les dones entrevistades consideren molt útil o imprescindible la mediació intercultural per poder rebre una atenció integral.

En conjunt, tant la falta de personal sanitari, com de llevadores i de mediació porta que les visites de control siguin més breus i en

algunes ocasions que no s'arribi a donar el missatge correcte a les gestants. El 70 % de les professionals de salut afirma que la manca de temps per visita genera disfuncions en el control de l'embaràs. El 18,7 % de les dones opina que caldria allargar les visites per tal de poder fer una atenció més acurada, i un 31,3 % es queixa de la rotació de llevadores en el control d'embaràs i fan èmfasi en el vincle de confiança que es crea amb la professional que facilita una major comprensió del control d'embaràs.

nals de salut expressen les dificultats socioeconòmiques que presenten les dones migrades com a un punt central per poder fer un control d'embaràs tal com es planteja des del sistema de salut. Per altra banda, tant les professionals de salut com les mateixes dones, el 56,25 %, expressen la falta de xarxa social, suport de les seves famílies i dificultats en l'accés a feines ben remunerades, que han sigut un motiu essencial que ha dificultat els processos i les assistències a les visites.

/5.5

Bones pràctiques

Les professionals de salut expressen les bones pràctiques que es duen a terme en els dels seus llocs de treball. El 30 % destaca la feina que s'ha fet amb el personal per desenvolupar l'empatia amb les dones migrades. Ens expliquen en diversos casos que la comunicació i escolta activa és un aspecte que es treballa dins de les formacions de l'ICS com a aspectes principals i transversals. Una segona acció de millora plantejada per el 30 % dels ASSIR ha estat la decisió d'augmentar el temps de visites de control d'embaràs per a dones migrades amb què s'identifiquen problemes de comunicació. En un cas es va destacar l'acció de traduir el pla de part a l'àrab i altres idiomes com l'anglès i francès, que es corresponen als col·lectius majoritaris atesos.

D'altra banda, novament en un ASSIR s'explica que es van realitzar activitats específiques per a col·lectius migrats, específicament per a dones gestants magrebines, a través de la formulació d'un projecte per a la seva incorporació als cursos de part i postpart, un cop detectada la baixa participació de dones migrants en general als cursos. Aquest projecte va ser proposat per treballadores de l'ASSIR i amb finançament del Catsalut en una convocatòria que promovia la realització d'activitats de fora de cartera dels serveis de l'ICS.

Les professionals socials esmenten i valoren com a bones pràctiques que les professionals de salut es dirigeixin en altres llengües que puguin conèixer i compartir amb les usuàries, com l'anglès i el francès majoritàriament. La traducció dels documents, com el pla de part i les receptes, és una proposta per tal d'acostar-se als col·lectius atesos. Per últim, les professionals socials valoren positivament, però consideren insuficient el bagatge cultural i les competències en interculturalitat de les professionals de salut. També consideren important que tota la responsabilitat no recaigui sobre les professionals de salut, sinó que sigui el mateix sistema qui ho absorbeixi per tal de generar més i millors competències interculturals i amb perspectiva de gènere, entre les professionals.

El 31,3 % de les dones migrades valoren positivament que el control d'embaràs es faci sense canvi de llevadora, ja que d'aquesta manera s'arriba a una millor comprensió. D'altra banda, cinc de les entrevistades expressen que s'han sentit molt ben informades en totes les visites, i fins i tot expressen que han demanat visites extres per aclarir dubtes i sentir-se més segures durant el control d'embaràs. D'altra banda, el 19 % han rebut seguiment postpart a les seves llars, aspecte que consideren molt important, ja que la majoria d'elles estaven en recuperació de cesàries i amb infants a càrrec. És important destacar que la manca de xarxes de suport de les dones migrades fa que en moltes ocasions se sentin soles.

Conclusions

06

D'acord amb l'anàlisi dels testimonis exposats per professionals sanitàries, professionals de d'entitats socials que duen a terme l'acompanyament a les dones en el seu embaràs i les usuàries, podem afirmar que les dones migrants que accedeixen als serveis es troben amb una sèrie de barreres concretes en relació amb aquest acompanyament.

Així, destaquem **tres dificultats transversals** que es repeteixen en diferents experiències que agrupen altres dificultats i barreres en elles mateixes, si bé amb diferents èmfasis:

a La dificultat idiomàtica i la comunicació intercultural

b L'escassa presència i reconeixement de la figura de mediació intercultural

c La manca de competència cultural del personal sanitari i eventualment els prejudicis que se'n deriven, conseqüència principalment de la manca de formació específica rebuda

En primer lloc, la barrera idiomàtica no es dona només pel fet de no tenir un idioma en comú, sinó per les diferències en els models conversacionals. Les titulars de

responsabilitat per la manca de competències interculturals i pel propi funcionament del sistema de salut, implementen un únic model comunicatiu que respon al del país d'acollida. En el context d'interculturalitat en què viu Catalunya, podem evidenciar amb l'estudi que no és eficient per a una part de les usuàries gestants, sinó que cal introduir noves concepcions i maneres d'interaccionar que s'han de considerar vàlides i han de ser respectades. El model conversacional majoritari a Catalunya és directe i individualista, mentre que en moltes altres cultures que assisteixen als serveis sanitaris, els models són indirectes i col·lectivistes. Aquestes diferències poden comportar males interpretacions i disfuncions en l'acte comunicacional.

En segon lloc, que la mediació intercultural sigui una figura que actualment el sistema no incorpora d'una manera integral, ni sostinguda en els seus serveis, o que sigui insuficient –tal com expressen les professionals entrevistades– perpetua la barrera comunicativa. Aquesta manca té una implicació directa en el bon funcionament del sistema sanitari, que afecta negativament tant l'organització, com el seu finançament, comportant l'augment per una banda, de les cites que es necessiten per una mateixa consulta, i per l'altra, de les proves diagnòstiques. Així, la manca de mediació intercultural afecta el circuit assistencial; des de la diagnosi, a la cura i a l'adherència al tractament, reduint els canals relacionals i la confiança entre professionals i pacients.

En tercer lloc, l'existència de barreres relacionades amb la cultura sanitària i específicament en les actituds vers el procés reproductiu adaptat per cada cultura. Les professionals de salut i del sistema sanitari com a titulars de responsabilitats i d'obligacions respectivament haurien de ser conscients de les diferències culturals que hi poden haver i de les identitats intrínseques de cada persona atesa, fugint dels prejudicis i dels estereotips. Aquest apropament es pot aconseguir adquirint actituds i habilitats en interculturalitat i gènere, deixant de comparar models culturals d'acollida amb els dels d'origen, sense sobreposar-ne un sobre els altres. Sabedores que les creences culturals i religioses determinen una sèrie de comportaments durant l'embaràs, el part i el puerperi, cal que els tinguem en compte per no generar disfuncions evitables.

La comprensió i acceptació dels aspectes esmentats poden dur a una comunicació i interacció intercultural més òptimes, vers una atenció integral en l'àmbit de la salut reproductiva, i conseqüentment en una considerable millora en l'assistència sanitària a dones migrants en el seu procés de gestació, part i puerperi.

D'altra banda, i de manera transversal és destacable com en zones rurals o més llunyanes de les grans ciutats capital hi ha una clara manca de recursos i serveis, xarxes de transport, i de programes en interculturalitat o migracions que afecten de manera molt accentuada les usuàries, i per tant és un aspecte que el sistema sanitari també ha de tenir en compte. Les xarxes de salut comunitària, que l'estudi identifica com a poc desenvolupades, podrien ser una bona eina per acostar-se a diferents col·lectius culturals, i per treballar de manera conjunta el coneixement mutu i la confiança.

A més a més, és molt important que des del sistema sanitari es treballi i doni informació sobre els circuits d'accés a la salut, ja que al llarg de l'estudi s'ha evidenciat la confusió que existeix respecte al coneixement sobre la cobertura sanitària de les persones migrades, especialment d'aquelles que no disposen de padró o disposen de CIF provisional i no definitiu.

Finalment cal destacar la necessitat expressada d'augmentar el temps per consulta a les dones migrades.

En definitiva, considerem que cal que el sistema sanitari apliqui plantejaments i formulacions i polítiques, des d'una vessant antropològica, que incloguin de manera transversal la interculturalitat i el gènere, degut que els comportaments i creences dels sistemes reproductius estan íntimament associats als rols de gènere de cada cultura.

Som conscients de les limitacions d'aquest estudi, i per això proposem per al futur la pertinència de realitzar estudis en profunditat sobre les pautes associades a la salut reproductiva disgregats per nacionalitats, amb l'objectiu d'identificar necessitats específiques i poder desenvolupar una atenció als drets sexuals i reproductius amb una mirada intercultural i de gènere.

Propostes de millora



A partir de la recerca duta a terme, fem les següents propostes de millora i recomanacions:

1

Fomentar la investigació intersectorial per tal de donar veu a les professionals de la salut i a les usuàries ateses, i continuar treballant per suplir les necessitats que exposen.

2

Promoure les estratègies per disminuir la dificultat associada a la comunicació i a la llengua, per exemple, amb material didàctic informatitzat i traduït a diverses llengües, amb tríptics, amb serveis de traducció com el de Sanitat Respon però amb total disponibilitat horària.

3

Establir un servei de mediació intercultural fix, adaptat a les necessitats de cada territori i de cada centre en particular.

4

Reforçar la formació a professionals de l'àmbit sanitari en matèria de competències culturals i en sensibilització envers la diversitat cultural.

5

Reforçar la formació a professionals de l'àmbit sanitari en relació amb les maneres d'actuar i procedir davant les violències de gènere.

6

Implementar noves estratègies per difondre informació sobre el funcionament del sistema sanitari per a dones usuàries immigrants d'origen estranger.

7

Fomentar l'accés de les usuàries immigrants als cursos de preparat i lactància, afavorir i fomentar que elaborin el seu pla de part.

Fonts bibliogràfiques



Bibliografia

ADLBI SIBAI, S. (2006) *La cárcel del feminismo. Hacia un pensamiento islámico decolonial*. Madrid: Akal.

ANTONÍN, M.; TOMÁS-SÁBADO, J. (2006) "Actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería. Valoración antes y después del 11-M". *Educación Médica*, 9(1), pp.17-20.

BRIGIDI, S. - *El Hiyab en la obra de Fátima Mernissi o la paradoja del silenciamiento. Hacia un pensamiento islámico decolonial*. En Grosfoguel, R. (ed) *Feminismo islámico*. Bellaterra: Barcelona

BERMUDEZ, A. i OSO, L. "Kites" and "anchors": The (im)mobility strategies of transnational Latin American families against the crisis in Spain. *Popul Space Place*. 2019; 25:e2221. doi: 10.1002/psp.2221

BELLÓN, S. (2015) "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica". *Revista Dilemata*, 18. Consultada a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>

BELORGEY, J.M. (2007). *La carta social europea del consejo de Europa y su órgano de control: el comité europeo de derechos sociales*. *Revista de Derecho Político*, 0(70). doi:10.5944/rdp.70.2007.9036

BERRA S., et al. (2004) *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica.* Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, Barcelona.

BLÁZQUEZ, M.(2005): "Aproximación a la Antropología de la Reproducción", Revista AIBR Revista de Antropología Iberoamericana, 42. <https://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.php>

BRIGIDI, S. i BIROSTA, J. (2020) "La sensibilización en temas de violencias de género en estudiantes de Enfermería". *Index de enfermería*, 29, pp.69-73

BRIGIDI, S. i BUSQUETS, M. (2019). "Interseccionalidades de género y violencias obstétricas". *Musas*, 4 (2), pp. 37-52.

BRIGIDI, S. (2009) *Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova.* Tesis doctoral, URV, Tarragona.

BRIGIDI, S. (2016) "Haec ornamenta sunt mea. Reflexiones en torno al universo (in)material de la maternidad". *Femeris*, 1 (1-2), pp.148-165.

BIURRUN, A. (2017) *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol (tesi de doctorat),* Universitat de Barcelona, Barcelona.

CARDÚS, L. (2015) "Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología". *Revista Dilemata*, 18, pp.129-145. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106938.pdf>

CARRATALÀ, P.(2010) *Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya.* Generalitat de Catalunya, Barcelona.

CATSALUT, 2015. *Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la salut i atenció sanitària.* Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/drets-deures/carta-drets-deures.pdf>

CHAVES, S. D. C., CECATTI, J. G., CARROLI, G., et al. (2015). "Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37, pp.203-210.

DE LA TORRE, J.; COLL, C. COLOMA, M.; MARTÍON J.L.; PADRÓN, E.; y GONZÁLEZ, N.L. (2006). "Control de gestación en inmigrantes" *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), pp.49-61.

FARMAMUNDI. (2018) *Estar embarazada y parir en Barcelona: imágenes y voces de mujeres de la ciudad.* Barcelona: Farmamundi Catalunya.

FARMAMUNDI. (2019) *Atendre l'embaràs i part a Barcelona. Imatges i veus de professionals de de la ciutat.* Barcelona: Farmamundi Catalunya.

GARCÍA, D.; DÍAZ, Z. (2010) "Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio". *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), pp.330-336. <https://fund-encuentro.org/index.php/revistamigraciones/article/view/4888>

GRANDE M.L., LINARES M., ÁLVAREZ C., PASTOR G. (2011). "El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género". *Cultura Cuidados*, 30, pp.45-51.https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18695/1/cultura_cuidados_30_07.pdf

INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. (2019a) *Estrangers amb certificat de registre o targeta de residència en vigor. 2018. Per país de nacionalitat.* Províncies. 30/12/19, Generalitat de Catalunya. Disponible en <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es>

INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. (2019b) *Evolució de la població total i estrangera. 2000-2018 Catalunya.* 30/12/19, Generalitat de Catalunya. Disponible en <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es>

INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. (2019c) *Indicadors de natalitat. 2014-2018 Catalunya.* Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es>

JANDT, E. (2010): *Intercultural Communication. Introduction (6.ª ed.).* Londres: SAGE Publications.

LAMRABET, A. (2020) *El velo (Hiyab) de las mujeres musulmanes: entre la ideología colonialista y el discurso islamico: una visión decolonial.* En Grosfoguel, R. (ed). *Feminismo islámico.* Bellaterra: Barcelona

LÁZZARO, A.I. (2017). "Cuerpos 'al natural': la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado". *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 20(3), pp. 82-94.

NEVADO-LLOPIS, A. (2012). "¿Por qué no nos entendemos, doctor?: Dificultades de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes inmigrantes. La mediación intercultural como puente para reducir dichas dificultades" *Traducir en la frontera*, pp. 313-328.

NEVADO-LLOPIS, A. (2014) "Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva" *Panace*, 15(40), pp.278-289.

NGOZI ADICHIE, C. (2018). *El peligro de la historia única*. Barcelona: Random House

OMURA, M., STONE, T. E., & LEVETT-JONES, T. (2018). "Cultural factors influencing Japanese nurses' assertive communication: Part 2 - hierarchy and power". *Nursing & Health Sciences*.

ONU (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 217 A (III).

OSO, L. (2018) "Mujeres migrantes en España bastiones de resistencia tras la crisis económica", en Arango **J. MAHÍA R., MOYA D. Y SÁNCHEZ-MONTIJANO E.** (eds) «Inmigración y asilo, en el centro de la arena política». *Anuario CIDOB de la Inmigración 2018*, Barcelona: Fundació CIDOB, pp.130-143.

PAYÁ-SÁNCHEZ, M., GÓMEZ-FERNÁNDEZ, A., MARTÍN-BADIA, J., i GOBERNA-TRICAS, J. (2019). "Formación para la detección de la violencia de género durante el embarazo: evaluación de una propuesta contextualizada" *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), pp.22-38.

PARDO, G.; ENGEL, J.L.; AGUDO, S. (2006) "Acercamiento a las características sociosanitarias de las mujeres subsaharianas de dos programas de atención a inmigrantes de Madrid" *Enfermería Clínica*, 16(5), pp.264-267.

REIAL DECRET LLEI 7/2018, de 27 de juliol, sobre l'accés universal al Sistema Nacional de Salut. *Botlletí Oficial de l'Estat*, 183, de 30 de juliol de 2018, 76258 a 76262. 30/12/19. Adreça electrònica: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>

RIEMER, H., & SHAVITT, S. (2011). "Impression management in survey responding: Easier for collectivists or individualists?" en *Journal of Consumer Psychology*, 21(2), pp.157-168.

SÁNCHEZ, M.I.(2019) "Public service interpreting and cultural mediation in the region of Valencia: strengths, weaknesses and recommendations for improvement in the healthcare setting" *FITISPos International Journal*, 6, pp.156-167.

SÁNCHEZ, J.A. (2012) "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), pp.225-247.

SOUSSA SANTOS, B. (2006) *Renovar la teórica crítica y reinventar la emancipación social*. Buenos Aires: Clacso.

TO, C., LESLIE, L.M., TORELLI, C.J., STONER, J.L. (2020). "Culture and social hierarchy: Collectivism as a driver of the relationship between power and status" *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 157, pp.159-176.

ÚSUGA, C. R. C. (2011). "Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos" *Iatreia*, 24(1), pp.5-15.

VÁZQUEZ, M. L.; TERRAZA, R.; VARGAS, I. (2007) *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya: Barcelona.

*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 sanitari català.*

Un projecte de:



Amb el suport de :



Agència Catalana
de Cooperació
al Desenvolupament



Generalitat
de Catalunya