



Trabajo Fin de Máster
Master Amaierako Lana
Curso 2024/2025 Ikasturtea

Lazos entre madres y mujeres: explorando las perspectivas del seguimiento de embarazo, parto y postparto en personas migrantes (estudio de caso en Bizkaia)

Celia Valderrama Álvarez

Tutoría / Tutorea
Zesar Martínez García

Esta publicación ha recibido financiación de eLankidetza - Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad.
Argitalpen honek eLankidetza - Garapenerako Lankidetzaren Euskal Agentziaren finantziazioa jaso du.



Máster Universitario en Desarrollo y Cooperación Internacional /
Garapena eta Nazioarteko Lankidetza Univertsitate Masterra

Trabajo Fin de Máster / Master Amaierako Lana
Curso 2024/2025 Ikasturtea

**Lazos entre madres y mujeres:
explorando las perspectivas del seguimiento de embarazo, parto y postparto en personas migrantes
(estudio de caso en Bizkaia)**
Celia Valderrama Álvarez

Tutoría / Tutorea: Zesar Martínez García
Hegoa. Trabajos Fin de Máster, n.º 127 / Master Amaierako Lanak, 127. zkia.

Fecha de publicación: noviembre de 2025
Argitalpen data: noviembre de 2025



Hegoa
Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional
Nazioarteko Lankidetza eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutua

www.hegoa.ehu.eus
hegoa@ehu.eus

EHU
Zubiria Etxea
Lehendakari Agirre, 81
48015 Bilbao
Tel. (34) 94 601 70 91

EHU
Koldo Mitxelena Biblioteca
Nieves Cano, 33
01006 Vitoria-Gasteiz
Tel. (34) 945 01 42 87

EHU
Carlos Santamaría Zentroa
Elhuyar Plaza, 2
20018 Donostia-San Sebastián
Tel. (34) 943 01 74 64



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0
Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
Agiri hau Aitortu-EzKomertziala-PartekatuBerdin 4.0 Nazioarteko (CC BY-NC-SA 4.0) Creative
Commons-en lizenziapean dago.

«Pour changer le monde, nous devons d'abord changer la façon dont naissent les enfants».

(*«Para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma de nacer».*)

– *Michel Odent (Obstetra francés)*

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación está dedicada a todas las personas que se han visto obligadas a migrar y, en particular, a las mujeres de Gaza y el personal humanitario que sostiene la vida y acompaña maternidades rotas y destruidas por un estado genocida.

Ojalá encuentren profesionales sanitarios y matronas que acojan desde el respeto, la formación y el cuidado que merecen.

*A las personas que se sentaron conmigo para compartir una conversación,
gracias por su tiempo, sus reflexiones y sus vivencias.*

*A mi abuelo Juan,
por construir este TFM de mi mano entre llamadas y refranes.*

*A mi familia, mis padres e Irene,
porque he llegado hasta aquí gracias a su compromiso y apoyo.
Por su respeto por esta cabecita loca.*

*A Sandra,
por ayudarme en el día a día a que mi curiosidad incansable no se quede
en una esquina y florezca con su perseverancia y cariño.
Sin ella, esto no se parecería ni un poquito al resultado final.*

RESUMEN

El racismo en la atención sanitaria tiene consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo en la salud materno – infantil. Diversos estudios han confirmado esta realidad que, junto con el aumento de los procesos migratorios y la diversidad cultural de la población de Bizkaia, trae consigo la necesidad de explorar cómo se está desarrollando la atención obstétrico – ginecológica en esta provincia.

El *objetivo principal* de esta investigación es conocer cuáles son las perspectivas en la atención obstétrica desde una doble mirada: la visión de las personas migrantes y de las matronas. Para ello, se adoptó un *diseño metodológico* mixto. Se han revisado fuentes bibliográficas para construir un marco teórico y contextual que después se ha verificado, contrastado y ampliado con un trabajo empírico.

El *trabajo empírico* ha consistido en la realización de 16 entrevistas (7 a mujeres migrantes y 9 a matronas) durante los meses de abril, mayo y junio de 2025, gracias a la colaboración de la asociación Médicos del Mundo y de la fundación Itaka - Escolapios. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas siguiendo la metodología del análisis discursivo.

Los principales *resultados* encontrados se agruparon en las categorías de «barreras», «aspectos positivos» y «propuestas de mejora»; además, en el caso de las mujeres migrantes emergió una categoría adicional: «contexto, acogida y alianzas». Tras el análisis, las mujeres migrantes destacan la necesidad de una atención más empática, una mejora en la comunicación -especialmente ante la barrera del idioma- y disminuir los límites que la barrera legal impone, así como las consecuencias de la barrera cultural. Destacan, además, la importancia de las redes de apoyo y sitúan a la matrona como una figura referente en la facilitación de su acogida. Por su parte, las profesionales, demandan formación específica y una mejora en el sistema de comunicación; proponiendo adaptar los protocolos de manera sensible a la cultura y facilitar los circuitos de seguimiento para aumentar el acceso al sistema sanitario.

Este informe *concluye* que son numerosas las limitaciones en el acceso a una salud integral para las personas migrantes. Además, los aspectos que lo facilitan son escasos o poco utilizados. Parece que existen numerosas posibilidades para mejorar la atención que se presta, pero todas ellas pasan por un compromiso de las profesionales y de la administración pública. Un debate y una actualización continua son alternativas necesarias para promover cuidados transculturales y ejercer una atención obstétrica sensible a los cambios sociales.

PALABRAS CLAVE:

Migración, matrona, cultura, acceso a la salud.

ABSTRACT

Racism in healthcare has both immediate and long-term consequences for maternal and child health. Various studies have confirmed this reality which, together with the increase in migration and the cultural diversity of the population of Bizkaia, brings with it the need to explore how obstetric and gynecological care is developing in this province.

The main objective of this research is to understand the perspectives on obstetric care from two different points of view: that of migrants and that of midwives. To this end, a mixed methodological design was adopted. Bibliographic sources were reviewed to construct a theoretical and contextual framework, which was then verified, contrasted and expanded upon with empirical work.

The empirical work consisted of conducting 16 interviews (7 with migrant women and 9 with midwives) during the months of April, May and June 2025, thanks to the collaboration of the *Médicos del Mundo* association and the *Itaka - Escolapios* foundation. The interviews were transcribed and analyzed using discourse analysis methodology.

The main findings were grouped into the categories of ‘barriers’, ‘positive aspects’ and ‘proposals for improvement’. Moreover, in the case of migrant women, an additional category emerged: ‘context, reception and alliances’. Following the analysis, migrant women highlight the need for more empathetic care, improved communication—especially in the face of language barriers—and a reduction in the limitations imposed by legal barriers, as well as the consequences of cultural barriers. They also emphasize the importance of support networks and identify midwives as key figures in facilitating their reception. For their part, professionals demand specific training and an improvement in the communication system, proposing to adapt protocols in a culturally sensitive manner and facilitate follow-up circuits to increase access to the healthcare system.

This report concludes that there are numerous limitations on migrants' access to comprehensive healthcare. Furthermore, the aspects that facilitate this access are scarce or underutilized. There appear to be numerous opportunities to improve the care provided, but all of them require commitment from professionals and the public administration. Ongoing debate and updating are necessary alternatives for promoting cross-cultural care and providing obstetric care that is sensitive to social changes.

KEYWORDS:

Migration, midwife, culture, access to healthcare.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	9
1.1.	Formulación y acotamiento del tema	9
1.2.	Justificación del tema.....	10
1.3.	Objetivos, preguntas de investigación y/o hipótesis	11
1.4.	Metodología	12
1.5.	Estructura del trabajo	12
2.	MARCO TEÓRICO: DERECHOS Y CONCEPTOS CLAVE	13
2.1.	Del derecho a la salud y el derecho a la vida.....	13
2.2.	De los derechos sexuales y reproductivos.....	14
2.3.	De la importancia ineludible de la interseccionalidad.....	14
2.4.	Del derecho a migrar.....	15
2.5.	Del racismo y su conceptualización.....	16
2.6.	Del incremento de efectos adversos perinatales derivados del racismo, racismo obstétrico y violencia obstétrica	18
2.7.	De la situación normativa actual	19
2.8.	De los determinantes de la salud	20
2.9.	De la equidad en salud	22
3.	MARCO CONTEXTUAL: MATRONAS, BIZKAIA E INVESTIGACIONES PREVIAS	24
3.1.	De la profesión de matrona	24
3.2.	De la satisfacción profesional	24
3.3.	Del avance de la profesión	25
3.4.	De las características de la población de Bizkaia.....	27
3.5.	Del sistema de salud en el Estado Español y la estructura organizativa de Osakidetza - Servicio Vasco de Salud	28
3.6.	De los recursos para personas migrantes.....	29
3.7.	De qué nos aportan investigaciones previas	32
4.	TRABAJO EMPÍRICO	34
4.1.	Metodología.....	34
4.2.	Perfil de las personas entrevistadas: gestantes migrantes y matronas	34

4.3. Descripción de la sistemática del análisis discursivo	37
4.4. Análisis discursivo de las entrevistas de las mujeres migrantes.....	38
4.4.1. Barreras en la atención detectadas por el grupo de personas migrantes.....	38
4.4.2. Contexto, acogida y alianzas	46
4.4.3. Aspectos positivos de la atención detectados por el grupo de personas migrantes ...	49
4.4.4. Propuestas de mejora planteadas por el colectivo de personas migrantes.....	50
4.5. Análisis discursivo de las entrevistas de las matronas.....	51
4.5.1. Barreras en la atención detectadas por el colectivo de matronas	52
4.5.2. Aspectos positivos de la atención detectados por el colectivo de matronas	61
4.5.3. Propuestas de mejora planteadas por el colectivo de matronas.....	65
4.5.4. Diferencias significativas en los estilos discursivos dentro del colectivo de matronas.....	71
4.6. Intersecciones de los discursos. Ahora sí: los lazos entre las mujeres migrantes y sus matronas.....	73
5. CONCLUSIONES.....	75
6. BIBLIOGRAFÍA	79
7. ANEXOS	84
Anexo 1. Visto Bueno del Comité Ético	84
Anexo 2. Mapeo de Organizaciones	85
Anexo 3. Folleto de contactación para matronas y ONG	89
Anexo 4. Documento de consentimiento informado: matronas y mujeres migrantes	90
Anexo 5. Guion de la entrevista semiestructurada a las personas migrantes	94
Anexo 6. Guion de la entrevista semiestructurada a las matronas.....	97

ABREVIATURAS

CAV	Comunidad Autónoma Vasca
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras
DD.HH.	Derechos Humanos
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
EE.UU.	Estados Unidos
MGF	Mutilación Genital Femenina
ONG	Organización No Gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
RAE	Real Academia Española
SNS	Sistema Nacional de Salud
TFM	Trabajo de Fin de Máster
WAS	World Association for Sexual Health (Asociación Mundial para la Salud Sexual)

*Palabras del texto completo: 27.957**
**Corresponden a pies de página y extractos: 7.880*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Formulación y acotamiento del tema

La salud sexual y reproductiva de las mujeres constituye un subapartado de mucho interés en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad. Además, es pertinente señalar la complejidad en la atención a colectivos de mujeres migrantes¹ en una época vital especialmente delicada como es la etapa reproductiva. Se conoce de esta problemática por distintos artículos revisados que abordan la complejidad del respeto de los derechos humanos (DD.HH.) y los derechos sexuales y reproductivos para personas migrantes (Jorge Martínez-Pizarro y Leandro Reboiras-Finardi, 2010). La población del Estado Español y, en particular, de Bizkaia ha aumentado su heterogeneidad en cuanto a lugar de origen o procedencia; por lo que parece lógico plantear la necesidad de adaptar la atención sanitaria, entre otras, a las características particulares de la población.

«El racismo perjudica gravemente la salud» es la propuesta que varios equipos de investigación han planteado con el objetivo de evidenciar el impacto en el aumento de la morbi-mortalidad en los grupos racializados. En *Raza, salud y sistema sanitario* (Yolanda González Rábago et al, 2024) se hace hincapié en la falta de investigaciones que demuestren que los procesos de racialización impactan negativamente en la atención sanitaria y la calidad de esta. Se expone la existencia de riesgos como un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico, una falta de confianza en el sistema de salud y sus profesionales y diferencias en la prescripción farmacéutica o la derivación a especialistas, así como en el manejo del dolor. Además, se hacen referencias clave para nuestro estudio como considerar al sistema sanitario como un sistema que reproduce procesos de racismo estructural y acciones opresoras y asevera que «la ciencia no está exenta de posicionamientos ideológicos».

La inclusión de los profesionales en la mejora de la atención prestada, es decir, como se recogía en una de las entrevistas del trabajo consultado, «escuchar las propuestas de los profesionales por parte de los jefes», junto con la implementación de programas de formación continuada han demostrado generar un impacto positivo en la satisfacción laboral y personal (Ignacio Pérez-Ciordia et al., 2013). Se ha evidenciado que la satisfacción de los profesionales de la salud con su trabajo asistencial tiene una repercusión directa, al ser un indicador que condiciona de manera ineludible la calidad asistencial (M.^a Isabel Fernández San Martín et al., 1995).

¹ Al inicio de la elaboración de este proyecto se decidió el uso del término «mujeres/personas migrantes» haciendo alusión a aquellas personas que hayan vivido el proceso migratorio desde otros países y la acogida en el país receptor. Sin embargo, resulta preciso indicar que «mujeres/personas racializadas» es un concepto más amplio que alude a aquellas que nacieron en Bizkaia pero también son tratadas desde estereotipos y prejuicios relacionados con su color de piel o rasgos fenotípicos y, por tanto, sufren discriminaciones y comportamientos racistas.

Al confirmarse la falta de estudios sobre las consecuencias de la discriminación racial y la necesidad de replantear de forma global las estrategias y políticas públicas de salud, se pretende a través de este Trabajo de Fin de Máster (TFM) luchar contra los discursos de odio que perpetúen desigualdades en salud y reconfigurar la biblioteca científica y colonial.

El presente proyecto de investigación aborda la complejidad de la asistencia para mujeres migrantes en el servicio de obstetricia en el territorio de Bizkaia durante el proceso de seguimiento de embarazo, parto y postparto, buscando líneas de mejora con la aportación de las dos visiones: mujeres migrantes y matronas (enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología). Además, se pretende conocer el abordaje que realizan las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de acogida y el acompañamiento en lo relativo al embarazo, parto y postparto.

1.2. Justificación del tema

Cabe destacar que, al encontrarse en activo la investigadora principal en el servicio público de salud de Bizkaia, este momento es ideal para indagar en posibles puntos de mejora y proponer un diálogo entre las distintas personas implicadas gracias a su proximidad a este colectivo y el ámbito de trabajo en particular. La realización de este proyecto de investigación se justifica por la necesidad subjetiva percibida y el deseo de mejorar la atención a las mujeres migrantes en relación con el seguimiento del embarazo, parto y postparto en nuestra área de atención.

En un mundo globalizado, las políticas públicas deben adaptarse a las nuevas sociedades en las que convivimos, buscando la acogida y la satisfacción de todas las personas que vivimos en un mismo territorio. Entendiendo como colectivo vulnerable el de mujeres migrantes sin redes de apoyo, falta de recursos económicos y, en ocasiones, dificultades con el idioma o la situación legal; se hace indispensable dar voz a aquellas necesidades existentes, pero no percibidas y, en consecuencia, no demandadas por estos colectivos y dar la oportunidad de reestructurar el modelo de atención para poner en valor la autonomía del paciente y fomentar la agencia de las mujeres, dueñas de sus propias decisiones en torno a sus cuerpos y los cuidados que de ellos deriven.

Perspectiva de género, diversidad sexual y enfoque de derechos humanos

A lo largo de este trabajo se ha priorizado la inclusión de autores y autoras, indicándose el nombre completo la primera vez que se menciona para visibilizar el espacio que ocupan las mujeres en la investigación. Además, se han revisado documentos en castellano, inglés y francés, buscando recoger las máximas miradas posibles.

Se intercalarán a lo largo del trabajo el término «mujeres gestantes» y «personas gestantes» con el objetivo de mostrar un reconocimiento a que son las personas quienes tienen la capacidad de gestar (o no hacerlo ni desearlo) y parir, entendiendo que nuestros tiempos implican un reconocimiento a los avances sociales y una apertura de espacios institucionales, como el sistema de salud, a todas las disidencias y diversidades.

Respecto al enfoque de derechos, es interesante señalar que el objetivo de la investigación gira en torno al reconocimiento del derecho a una vida digna y el derecho a la salud y la vida, todos ellos reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH).

1.3. Objetivos, preguntas de investigación y/o hipótesis

Objetivos

- Objetivo general: Proponer espacios de mejora en la atención a las mujeres migrantes durante el seguimiento del embarazo, parto y postparto en el área de atención de las Enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas).
- Objetivos específicos:
 - a) Analizar las perspectivas actuales, desde la mirada de las matronas, sobre la atención y seguimiento del embarazo, parto y posparto en las mujeres migrantes.
 - b) Identificar las necesidades específicas de las mujeres migrantes gestantes y puérperas.
 - c) Reflexionar sobre un nuevo modelo de atención por parte de las profesionales implicadas en el proceso.

Preguntas de investigación

Las principales cuestiones de las que parte esta investigación se relacionan con averiguar cuál es la situación actual del seguimiento del embarazo, parto y postparto de las mujeres migrantes. Para ello, se pretende conocer cuáles son las experiencias de mujeres gestantes migrantes en el acceso al servicio de salud sexual y reproductiva de Osakidetza - Servicio Vasco de Salud y, en contraposición, cuál es la perspectiva de las matronas en la atención a dichas mujeres. Además, se quiere indagar sobre el modelo de comunicación y derivación por parte de las ONG de acogida y el servicio público de salud.

Hipótesis

En base a la bibliografía consultada, se espera que las principales conclusiones de la parte empírica deriven en barreras de tipo administrativo (disponibilidad de residencia legal), barreras lingüísticas y barreras relacionadas con los prejuicios por parte del equipo de obstetricia (barreras culturales). Además, se espera que las mujeres relaten experiencias más positivas o

negativas en función del manejo o no del castellano, de su situación legal y de la disponibilidad o no de una red de apoyo.

1.4. Metodología

Para la elaboración de este proyecto se ha realizado una metodología mixta. Se ha revisado bibliografía para completar tanto el marco teórico como el contextual y se ha realizado una aproximación empírica cualitativa para recabar vivencias y testimonios de las mujeres y de las matronas.

En la revisión bibliográfica se han empleado bases de datos y buscadores como *Web of Sciences*, *Google Scholar*, *PubMed*, *Cochrane Library*, TOPA (Biblioteca Virtual de Salud de Euskadi) y el repositorio del Instituto Hegoa. Además, se han consultado documentos legales de organismos tanto nacionales como internacionales y documentos de interés disponibles en las páginas web de ONG relacionadas con el proceso migratorio. También se han consultado los archivos disponibles para ampliar la información relativa al sistema de salud de Bizkaia y los recursos del Gobierno del País Vasco.

En paralelo al trabajo anteriormente descrito, se ha diseñado una investigación cualitativa a través de la realización de entrevistas semiestructuradas a mujeres y a matronas. Se ha pretendido el acercamiento a esta fase cualitativa con la implementación de herramientas de la Investigación Acción Participativa, de gran utilidad en estudios sociales como el que se presenta en este escrito.

1.5. Estructura del trabajo

Para el correcto desarrollo de este trabajo y la exposición coherente de los principales hallazgos, se ha planteado una división en cinco puntos principales. En primer lugar, puede leerse la introducción para conocer de forma sintética los principales aspectos del contenido expuesto. Después, se desarrolla el marco tórico mediante subapartados relativos a derechos y aspectos clave de la atención sanitaria. Posteriormente, se realiza una aproximación a Bizkaia con un marco contextual que incluye información sobre dicho sistema de salud, la profesión de matrona e ideas sobre investigaciones previas. Tras el desarrollo de este grueso teórico, se proporciona información sobre el procedimiento empírico y los principales resultados obtenidos del análisis cualitativo. Este trabajo termina con la presentación de las principales conclusiones.

2. MARCO TEÓRICO: DERECHOS Y CONCEPTOS CLAVE

2.1. Del derecho a la salud y el derecho a la vida

«La salud es un derecho, no un privilegio».

– Tedros Adhanom Ghebreyesus²

A lo largo de los años, varios organismos nacionales e internacionales han propuesto en sus documentos legales más importantes apartados que hacen referencia de una u otra manera al derecho que toda persona tenemos a la salud y a la vida. Aunque seamos conscientes de que muchas veces los documentos jurídicos distan de la realidad social o son promulgados por personas con más privilegios que la mayoría social, se presentan a continuación declaraciones que amparan una de las ideas principales que se plantea en este trabajo: la asistencia sanitaria digna y universal a todas las personas, independientemente de su origen o procedencia.

La DUDH fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 en su resolución 217 A (III). En ella, es interesante hacer referencia al artículo 2 «Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición» y al artículo 3 «Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona».

«Conforme al derecho internacional de los derechos humanos, toda persona tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, entendida ésta como bienestar físico, mental y social, que le permita vivir dignamente. Es un derecho interdependiente y estrechamente vinculado con otros DD.HH., tales como el derecho a la seguridad social, a la alimentación y a la educación, entre otros.» (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2022). Las características principales de este derecho incluyen: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) también reconoce este derecho. Además, las actividades sustentadas van en camino a la protección de este derecho, la integración de estas normas en los distintos países y la emisión de recomendaciones de carácter sanitario para la capacitación de los distintos sistemas de salud, entre otras (OMS, 2023).

En el artículo 43 de la Constitución Española, dentro del Título I de los deberes y derechos fundamentales, se reconoce de forma textual el derecho a la protección de la salud y se emplaza a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública, así como fomentar la educación sanitaria.

² Director General de la OMS

2.2. De los derechos sexuales y reproductivos

«Negar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva es una forma de violencia».

– Aministía internacional

La maternidad es una situación de especial vulnerabilidad y con especial trascendencia y, por ello, distintos organismos le han dotado de un espacio especial. Así, cabe mencionar de nuevo la DUDH que en su artículo 25 sentencia que «la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales».

La salud sexual se define como «estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad» (OMS, 2006).

La Asociación Mundial para la Salud Sexual, WAS por sus siglas en inglés, es una organización internacional multidisciplinar que trabaja en la creación de espacios de debate, redes de apoyo, programas de investigación, etcétera, para la mejora de la sexualidad y el respeto por los derechos sexuales. La Declaración de los Derechos Sexuales de WAS fue proclamada en el 13er Congreso de Sexología celebrado en Valencia (España) en 1997. La WAS declara que los derechos sexuales se fundamentan en los DD.HH. que ya están reconocidos y reafirma que la sexualidad es un aspecto fundamental del ser humano y que la igualdad y la no-discriminación son fundamentales para la protección y promoción de todos los derechos.

2.3. De la importancia ineludible de la interseccionalidad

«El género no se puede separar de la raza y la clase, debemos abordar las causas sistémicas de la explotación».

– Angela Davis³

En 1989, Kimberlé Williams Crenshaw, acuñó el término de «interseccionalidad». Este concepto surgió como un cuestionamiento al feminismo blanco por parte de mujeres negras que defendían la necesidad de teorizar el concepto de mujer más allá de la feminidad de las mujeres blancas burguesas (María José Magliano, 2015). Crenshaw la definió como «el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales». Se puso sobre la mesa la necesidad de introducir realidades muy diversas frente a ese feminismo hegemónico que era eminentemente blanco y con características muy definidas (Carmen Valiña, 2019).

³Activista política estadounidense

El enfoque de interseccionalidad propuesto por el feminismo ayuda a las ciencias sociales a proponer una metodología de análisis que aporte una «visión más integral y completa de las condiciones de marginalización y su impacto en la sociedad» (Eva Rubio Guzmán et al, 2024).

Como se recoge en el *Informe de feminización de la pobreza* (2024), la interseccionalidad según el Instituto Europeo para la Equidad de Género se trata de una «herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el sexo y el género se cruzan con otras características/identidades y cómo estas intersecciones contribuyen a experiencias complejas y únicas de discriminación». De esta manera, podemos estudiar un grupo tan heterogéneo como el de las personas que acceden al servicio de obstetricia y ginecología teniendo en cuenta que pueden ser víctimas de opresiones de diversa índole y, en ocasiones, únicas; al tratarse de características personales e individuales.

Por ello, realizar un abordaje adecuado implicaría tener en cuenta numerosos determinantes sociales como son: género, racialización u origen étnico-lingüístico, clase, nivel de educación, edad, discapacidad, orientación sexual... Este concepto nos proporciona una visión más crítica, a la vez que compleja de la realidad que queremos estudiar, sin embargo, nos asegura un acercamiento más plural y diverso y nos mantiene alerta para descubrir e investigar sobre distintos factores o ejes de opresión en las personas que acceden al sistema de salud.

2.4. Del derecho a migrar

«*Ningún ser humano es ilegal*».
– Inor ez da ilegal⁴

Como ya se ha mencionado en puntos precedentes, la DUDH (1948) reconoce derechos y deberes que son de especial interés para la problemática planteada en esta investigación. En relación con este subapartado, es interesante presentar los artículos 13, 14 y 15:

- 13.1 Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
- 13.2 Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país.
- 14.1 En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

⁴ Ningún Ser Humano es Ilegal es una campaña que nace en el año 2020 en Chile, desde la articulación de organizaciones antiracistas, feministas, de refugio y de migración, para contraponerse a las diversas injusticias desde la denuncia, visibilidad, construyendo una plataforma de voces y experiencias de resistencia (Organización Migrantes). Además, se trata de un lema traducido al euskera por la asociación de ayuda a migrantes llamada Mbolo Moye Doole.

- 15.1 Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
- 15.2 A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

No cabe duda de que independientemente del motivo que esté detrás del proceso migratorio, toda persona tiene derecho a un trayecto seguro y una acogida digna y respetuosa, en todos los ámbitos, incluyendo y priorizando el ámbito sanitario.

2.5. Del racismo y su conceptualización

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) define el racismo como la «creencia que sostiene la superioridad de un grupo étnico sobre los demás, lo que conduce a la discriminación o persecución social».

Mireya Cidón en 2024 afirma que el racismo, fundamentado en cuestiones como el color de piel, el lugar de nacimiento o el idioma, se traduce en actitudes y acciones que segregan, discriminan y producen un rechazo hacia culturas y valores de otros grupos étnicos, afectando a millones de personas cada día en todo el mundo. Además, para el blog de Amnistía Internacional define los siguientes tipos de racismo:

- **RACISMO AVERSIVO:** «Forma sutil de discriminación y xenofobia adoptada por personas que se declaran abiertamente en contra del racismo tradicional». En este caso, no se trata de manifestaciones directas, sino que son acciones encubiertas y, a menudo, inconscientes. Este tipo de acciones, igualmente dañinas que aquellas abiertamente racistas, derivan de nuestra convivencia en una sociedad estructuralmente racista.
 - Este apartado reviste una relevancia superior para nuestro trabajo de investigación ya que uno de los objetivos de esta es conocer qué acciones desarrolla el colectivo de madronas y que, en ocasiones, podrían tener un componente racista. Barreras que se pretenden a través del debate, la reflexión y la formación continuada, deconstruir y erradicar.
- **RACISMO ETNOCENTRISTA:** Defiende la supremacía cultural de unas etnias sobre otras. En este caso, se ataca de manera especial a otras prácticas culturales, religiones, lenguas o creencias.
 - Este racismo, quizá más explícito que el previo, puede también estar en la práctica sanitaria. Al desaprobar diferentes tradiciones en torno a la maternidad e impedir su realización, con todas las implicaciones que pueden suponer para las personas afectadas.

- RACISMO SIMBÓLICO: Menciona la disonancia de abogar por una igualdad únicamente en determinados ámbitos o en circunstancias específicas. Se respeta que cada grupo vive de acuerdo con sus preferencias, pero con determinadas limitaciones, provocando la distancia entre grupos y la segregación.
- RACISMO BIOLÓGICO O CIENTÍFICO: Defiende la existencia de una raza superior intentando su justificación por medio de razones pseudocientíficas; se intenta promover la superioridad de una raza por motivos biológicos.
- RACISMO SISTÉMICO O ESTRUCTURAL: Incluye las políticas públicas y las diferentes prácticas institucionales que provocan una continua desventaja para determinados colectivos.
 - Este aspecto resulta interesante en el acceso a la salud ya que determinadas políticas han sido más o menos excluyentes con determinados grupos. Además, también se recogen en esta investigación testimonios sobre racismo institucional en el que las barreras administrativas y los impedimentos para el acceso al reconocimiento de una residencia legal son limitaciones enfrentadas a diario por este colectivo.

Un informe del Gobierno de España sobre el Impacto del Racismo en España en el 2024 ha analizado la percepción de las posibles víctimas en relación con diversos ámbitos y espacios públicos. Entre otros, se han realizado preguntas que abordan la discriminación percibida en el ámbito sanitario y/o por parte del personal de los centros. El 14.3% (de una muestra de 2.200 personas) refiere haber sufrido algún tipo de discriminación por motivos de origen racial y/o étnico. Algunas de las circunstancias discriminatorias recogidas en dicho informe son:

- Mal trato recibido personalmente o por alguien de su familia.
- Más trabas para adquirir la tarjeta sanitaria.
- Negar atención o dar citas.
- Obligación de quitarse algún símbolo religioso o cultural.

Además, en el informe se ha incluido de manera específica una pregunta en relación con la atención en consultas de ginecología y obstetricia. En este caso, el 11% de las mujeres encuestadas ($N = 1219$) afirman haber sufrido, en al menos uno de los ítems analizados, una situación de discriminación por origen étnico o racial relativa a consultas ginecológicas. Los motivos pueden verse en la Tabla 1.

Tabla 1*Motivos de discriminación en el ámbito de ginecología y obstetricia*

MOTIVO	% EN 2024
Se han negado a atenderle o darle cita con la matrona, ginecología u obstetricia	0'7
Le han tratado mal en una mamografía, en una citología o revisión ginecológica	4'5
Le han tratado mal en la atención a un embarazo, su desarrollo o su interrupción	3'6
Le han tratado mal en la atención al parto y posparto, lactancia	2'6

Nota. Elaboración propia a partir del citado informe del Gobierno de España.

2.6. Del incremento de efectos adversos perinatales derivados del racismo, racismo obstétrico y violencia obstétrica

«La violencia obstétrica es una forma de violencia de género institucionalizada».
– Anónimo

En base a lo visto en los apartados anteriores, parece haber evidencias de sufrimiento entre las mujeres gestantes migrantes, derivado de un trato discriminatorio o no igualitario. Además, existen otros trabajos científicos que identifican un aumento de los resultados perinatales adversos (a nivel clínico) en mujeres migrantes.

Varias publicaciones hacen referencia directa a las consecuencias de la discriminación en el ámbito de la salud. En un estudio de Emily A. Doherty et al (2023) se analizaron resultados en Estados Unidos (EE.UU.), recogiendo datos como que el doble de bebés de personas negras muere e incluso el triple de mujeres negras mueren durante la gestación, comparado con el grupo de personas blancas. En este caso se abordaron los resultados perinatales teniendo en cuenta la discriminación percibida y además se hizo hincapié en la interseccionalidad (recogiendo datos sobre nivel de estudios, lugar de nacimiento, estado civil, edad...). Este estudio constata que resultados adversos como el aumento de la depresión postparto o el menor peso al nacer, se asocian con aquellas mujeres que han percibido una mayor discriminación durante el embarazo. Además, lo constituye como un problema de salud pública y propone abordar la discriminación interseccional para reducir los efectos negativos en la salud materno-infantil.

Tyan P. Domínguez y sus compañeros también evidenciaron en 2008 la existencia de distintos resultados al nacimiento en función del racismo percibido. En este caso, se detectaron diferencias en el peso al nacimiento y en la edad gestacional en el momento del parto.

Otra investigación desarrollada en Brasil⁵, se planteó correlacionar los aspectos clave del racismo obstétrico y los indicadores principales de opresión social. En ella, se cita el primer caso en el que un país tuvo que responder ante un tribunal internacional por una muerte materna, una mujer negra llamada Alyne da Silva Pimentel Teixeira que murió por complicaciones obstétricas derivadas de una deficiente atención médica. Tras el análisis de las entrevistas, las autoras pudieron establecer cómo el racismo obstétrico está profundamente arraigado en la práctica médica. Además, se desarrolló otra técnica de investigación, la observación participante, que arrojó información sobre el comportamiento de los profesionales sanitarios (también a nivel de sus discursos) en función de la estética corporal de las mujeres negras (por ejemplo, uso de trenzas sintéticas al ingresar al centro). En los relatos que se recogieron pudo evidenciarse la violencia sistémica ejercida sobre estas mujeres por su color de piel, también se detectó el sentimiento de invisibilidad y la percepción de los procedimientos considerados como violencia obstétrica como humillantes y negligentes (Ariane T. Santana et al, 2024).

Algunos de los datos que evidencian la violencia obstétrica y el aumento consecuente de los resultados perinatales adversos estudiados en Brasil son que las mujeres negras tienen más probabilidades de recibir atención prenatal inadecuada (62%), de no tener acceso a la sala de maternidad (23%), de no contar con acompañante durante el parto (67%) y de tener un parto prematuro (33%). Además, la analgesia epidural se aplica con mayor frecuencia en mujeres blancas de alto nivel educativo y, en el caso de las mujeres negras, la episiotomía se aplicó sin analgesia local en un 49% de los casos en los que se realizó (María C. Leal et al, 2017).

2.7. De la situación normativa actual

«*La sanidad no se vende: se defiende. ¡Por una sanidad pública digna!*»
— Marea blanca⁶

En las últimas décadas nuestro país ha sufrido consecuencias fatales por legislaciones que han mermado derechos y recursos públicos. Uno de los hitos más lamentables fue el que afectó directamente a la garantía del derecho a la salud, cuando en el 2012 se aprobó y se puso en marcha el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la*

⁵ Este escrito habla de «personas con útero» evidenciando la necesidad de un cambio en el lenguaje en el ámbito obstétrico que se adapte a los cambios sociales.

⁶ Numerosas manifestaciones se sucedieron en el Estado Español, lideradas en numerosas ocasiones por personal sanitario, en lucha por una sanidad pública universal.

sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Algunas medidas claves de dicha modificación de la ley comprenden la limitación de la cobertura sanitaria pública⁷, la introducción de copagos y la modificación de la cartera de servicios. Aunque ha sido derogada en parte, dicha ley modificó enormemente el espíritu universal de nuestra sanidad y ha dejado latente algunas de las propuestas que se promulgaron.

Con el objetivo de hacer frente a la vulneración del derecho del acceso a la salud, el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*, modificó al previo para conseguir una cobertura universal, incluyendo a las personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España. Dicho decreto pretende garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español.

Sin embargo, a pesar de los avances que supuso la derogación del Decreto de 2012 en el año 2018, el acceso universal a la salud no está garantizado. El *II Informe de Barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas* de Médicos del Mundo (2023) habla de numerosos obstáculos, entre los que cabe señalar las barreras administrativas que incluyen el no disponer de un documento de identidad acreditado, la no posibilidad de demostrar tres meses de residencia o las trabas para el empadronamiento. Esto último ya desmonta la cobertura universal que pretendía el Real Decreto de 2018.

Las barreras administrativas que ofrecen límites al empadronamiento y al acceso a una Tarjeta Sanitaria provocan que no se tenga un padrón actualizado y verificado. La no existencia de un registro exacto sobre cuántas personas cubre un centro de salud o un área de atención sanitaria provoca que las políticas de salud no se adapten a las necesidades reales. Esto trae consigo la falta de recursos apropiados para ofertar una atención adecuada y sobrecarga a los profesionales sanitarios, impidiendo un correcto ejercicio de la profesión y disminuyendo la satisfacción profesional.

2.8. De los determinantes de la salud

En 1948 entró en vigor la Constitución de la OMS en la que se definió la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Son numerosos los factores que determinan el estado de salud del individuo.

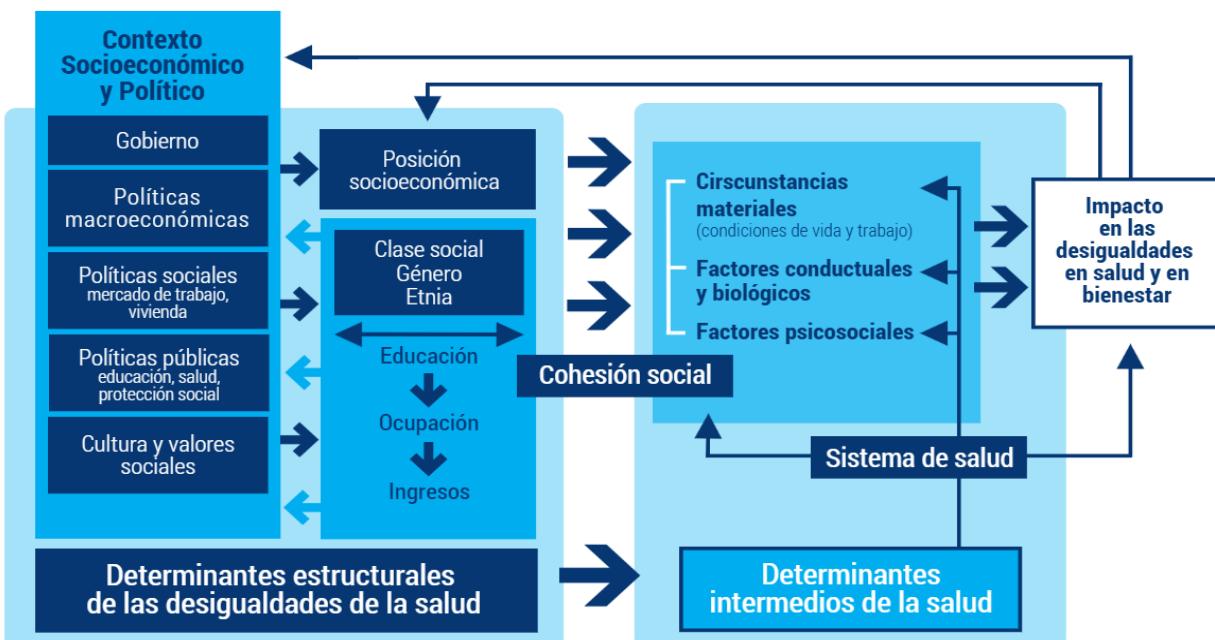
⁷ El seguimiento del embarazo, el parto y el postparto siempre estuvieron cubiertos por la sanidad pública. Sin embargo, fruto del racismo de nuestra sociedad y en particular del racismo institucional, las personas migrantes siempre han enfrentado resistencias a la atención aún en estos servicios obstétricos.

En 1974, el ministro de sanidad canadiense Marc Lalonde propuso un modelo que establecía cuatro grupos de factores principales que interactúan entre sí: el medio ambiente (medio natural y entorno social), los estilos y hábitos de vida (conductas personales y aquellas influenciadas por el grupo social), el sistema sanitario (recursos humanos y medios materiales/organizacionales) y la biología humana (factores genéticos y hereditarios).

En 2008, la OMS puso en valor la importancia de los aspectos sociales en el nivel de salud de las personas y amplió el concepto de los determinantes, indicando que los Determinantes Sociales de la Salud son «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud». Además, se amplió la mirada y se establecieron dos tipos de determinantes: estructurales e intermedios (Figura 1).

Figura 1

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud según la OMS



Nota. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Toda la información recogida en la imagen es crucial para entender que las características de las personas entrevistadas poseen una gran variabilidad e implica tener una perspectiva global de las circunstancias que determinan la salud más allá del propio sistema sanitario desde el que se enuncia este proyecto.

Cuidados centrados en la persona: elemento crucial para la práctica de la matrona

Los Cuidados Centrados en la Persona plantean un modelo de cuidados que enfatiza comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados con un enfoque biopsicosocial, integrando los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, así como las expectativas de los pacientes. Además, en este modelo se destaca el valor que se aporta a la interacción médico-paciente durante el proceso, con el objetivo de establecer un plan conjunto para fomentar la toma de decisiones compartida (Fernando Coppolillo, 2013). Escoger este modelo de cuidados nos permite comprender a la persona en su totalidad, plantear un campo de tratamiento común y mejorar la relación entre el profesional y la persona receptora de cuidados. Además, nos ayuda a humanizar nuestra práctica diaria y a prestar atención a todos los determinantes sociales mencionados. El fortalecimiento del vínculo con las mujeres nos ayuda a fomentar espacios de interacción para un intercambio apropiado de información, así como nos brinda la oportunidad de apoyar la toma de decisiones (Patricio Cacace y Gustavo Giménez – Lascano, 2022).

En 2018, la OMS emitió un informe con recomendaciones para una experiencia de parto positiva en la que basaba las actuaciones de los profesionales en cuidados centrados en las personas gestantes y que incluyeran prácticas con mayor aceptabilidad por su parte. Estudios que han explorado experiencias de las mujeres a partir de este concepto han reforzado la importancia de interacciones respetuosas y del intercambio de experiencias entre mujeres y profesionales (Ai Miyauchi et al, 2022).

Esto ha sido abordado en investigaciones previas como la realizada en 2022 por Yvonne J. Kuipers y Eveline Mestdagh en la que se abordó el conocimiento experiencial de mujeres migrantes en relación con la vulnerabilidad durante el embarazo. Este estudio planteó la necesidad de comprobar si el concepto de vulnerabilidad con el que los propios profesionales etiquetamos a este grupo de personas se alinea con su vivencia personal. Además, se pretende visibilizar la importancia de acceder al conocimiento de las mujeres para fomentar un plan de cuidados centrado en las personas y asegurarse de su traslado a la práctica clínica. Algunos de los temas que emergieron de la realización de los grupos focales fueron: la petición de comprensión por parte de las mujeres, el deseo de apropiarse de sus experiencias, el miedo a ser juzgadas o la implementación de estrategias para afrontar las etiquetas. Las autoras concluyeron que es fundamental incorporar la experiencia de las mujeres para asegurar una relación mujer-matrona de calidad y sensible a nivel cultural.

2.9. De la equidad en salud

La ausencia de justicia social provoca la existencia de inequidad en salud, lo que implica que aparecen diferencias evitables en resultados de salud entre grupos de personas debido a sus

circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La Ley de cuidados inversos

En 1971, Julián Tudor Hart dictó la conocida como *Ley de Cuidados Inversos* que hace referencia a la disparidad entre la atención que se presta a los colectivos más vulnerables y las necesidades reales de dichos grupos poblacionales: necesitan más atención, pero reciben menos. En la actualidad, el cómo se han diseñado los sistemas sanitarios y la falta de adaptación a las necesidades de determinados grupos, determinan la existencia de inequidades en la provisión de servicios. Existen algunos comportamientos y actitudes que pueden mitigar los efectos de esta ley como pueden ser el ser conscientes como profesionales de su existencia, el respeto por la dignidad de todo paciente, el dar crédito a su sufrimiento y algo especialmente relevante y significativo: tener en cuenta determinados aspectos socioeconómicos en la toma de decisiones clínicas. En el ensayo que aborda todo lo anteriormente mencionado (Juan Simó Miñana y Juan Gérvias Camacho, 2024), también se plantea la importancia de evaluar nuestra práctica y de ofrecer una longitudinalidad en la asistencia para reducir los aspectos negativos del sistema.

3. MARCO CONTEXTUAL: MATRONAS, BIZKAIA E INVESTIGACIONES PREVIAS

3.1. De la profesión de matrona

«La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida.» (Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)). Las competencias otorgadas a la profesión incluyen la asistencial, docente, investigadora y gestora.

El programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico - Ginecológica, en adelante, «matrona», se ha estructurado de manera que da respuesta a preocupaciones de varios ámbitos; entre las que es preciso señalar:

- Confederación Internacional de matronas.
- Directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre.
- Necesidades del SNS.
- Evolución de los conocimientos científicos.
- Demandas de la sociedad actual.

3.2. De la satisfacción profesional

La satisfacción laboral es un indicador de calidad de vida laboral, estando demostrado que personas motivadas y satisfechas con su trabajo y con la organización, aumentan el rendimiento y la calidad de los servicios que prestan (Mónica Robles-García et al, 2005). Edwin Locke estableció en 1976 que los principales factores que influyen en la satisfacción laboral son un trabajo mentalmente estimulante, recompensas equitativas, el grado de apoyo de las condiciones de trabajo y el grado de apoyo de los compañeros.

En el contexto sanitario, además de influir en la práctica laboral y en la calidad de servicio, la satisfacción laboral del profesional también es un factor determinante en la satisfacción de los pacientes (José María García de Diego et al, 2010). Los profesionales demandan estrategias que permitan una mayor fluidez en la comunicación entre gestores y profesionales, involucrando en las decisiones a los trabajadores y analizando rutinariamente los factores que afectan a su

satisfacción laboral para así identificar y diseñar acciones de mejora por parte del equipo gestor (César Carrillo-García et al, 2015).

3.3. Del avance de la profesión

«La enfermería es un arte progresivo, de modo que quedarse quieto es retroceder».
– Florence Nightingale⁸

Código deontológico

La RAE define la deontología como el conjunto de deberes relacionados con el ejercicio de una determinada profesión. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Deontológico en 1953, documento que se ha ido revisando a lo largo de los años (CIE, 2012) y que aporta indicaciones sobre varios aspectos que pueden ser justificativos de la realización de este trabajo. En el Estado Español, el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería creó su propio Código Deontológico en 1989 y en 2024 se ha sometido a consulta para abarcar los cambios sociales que se están produciendo y que implican también a la profesión enfermera (Comisión Deontológica Nacional de Enfermería, 2024).

El Código menciona los compromisos que deben adoptar las enfermeras en aspectos como la sexualidad y la reproducción, la investigación y los cuidados basados en la evidencia o la toma de decisiones y responsabilidad. Además, este borrador ha propuesto un apartado de cooperación y catástrofes, así como de medio ambiente, desarrollo sostenible, optimización de recursos, salud pública y relación con la comunidad. En especial, cabe destacar el artículo 87 de Cooperación al Desarrollo que dicta: «La Enfermera colaborará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de poblaciones vulnerables, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida. La Enfermera que intervenga en proyectos de cooperación o voluntariado deberá aplicar un cuidado transcultural.» (Comisión Deontológica Nacional de Enfermería, 2024).

Principios de la bioética

«Primum non nocere»⁹

En 1974 se creó en EE.UU. una comisión para debatir en torno a la protección de los sujetos de investigación biomédica. Se identificaron tres principios básicos que debe seguir la

⁸ Considerada precursora de la enfermería moderna.

⁹ Del latín: «lo primero es no hacer daño»

investigación con seres humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia; publicados en 1978 en el Informe Belmont. Más adelante, se planteó la necesidad de replantear estos principios para que fuesen aplicados a la ética asistencial. Así fue como en 1979, Tom Beauchamp y James Childress, publicaron su libro *Principios de ética biomédica* en el que describen, esta vez, cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia (Juan Carlos Siurana, 2010).

Conocer qué implica cada uno de estos principios nos obliga a replantearnos nuestra atención y cuestionarnos las particularidades de cada individuo, para proporcionar la atención de la manera más ética posible en consonancia con los avances de la profesión y los cambios sociales que derivan de la globalización:

- AUTONOMÍA: «El individuo autónomo es el que actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido». Aúna condiciones esenciales clave como libertad y agencia.
- NO MALEFICENCIA: Obligación de no hacer daño de manera intencionada.
- BENEFICIENCIA: Prevenir el daño o eliminarlo y hacer el bien a otros.
- JUSTICIA: Tratamiento equitativo y apropiado en relación con lo que es debido a una persona. En el ámbito sanitario, el concepto más apropiado es el de «justicia distributiva» (distribución equitativa e imparcial de los recursos de nuestro sistema sanitario).

Con el objetivo de ejemplificar estos principios bioéticos tan teóricos, en la Tabla 2 puede verse una interrelación entre los mismos y algunas circunstancias reales de atención a las personas migrantes en el servicio de obstetricia y ginecología.

Tabla 2

Ejemplos de los principios de la bioética relacionados con la atención a las personas migrantes

PRINCIPIO DE LA BIOÉTICA	EJEMPLO RELATIVO A LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MIGRANTES
Autonomía	Información adecuada (entendible y adaptada culturalmente) sobre el proceso de parto para fomentar las decisiones informadas y promover la agencia de las mujeres.
No maleficencia	No aplicable (hacer daño intencionadamente es negligencia médica o violencia obstétrica).
Beneficencia	Conocer los factores de riesgo que pueden estar asociados a diferentes circunstancias sociales o étnicas particulares (por ejemplo, aumento del riesgo de problemas psicológicos por la ausencia de un control de embarazo adecuado) y que así puedan disminuirse los resultados adversos derivados de los mismos.
Justicia	Defensa de una sanidad pública de calidad que incluya la atención universal y haga especial incidencia en los colectivos más vulnerables. Lucha activa contra la barrera administrativa que impide el acceso no justificado a personas en edad reproductiva al servicio público de salud.

Nota. Elaboración propia.

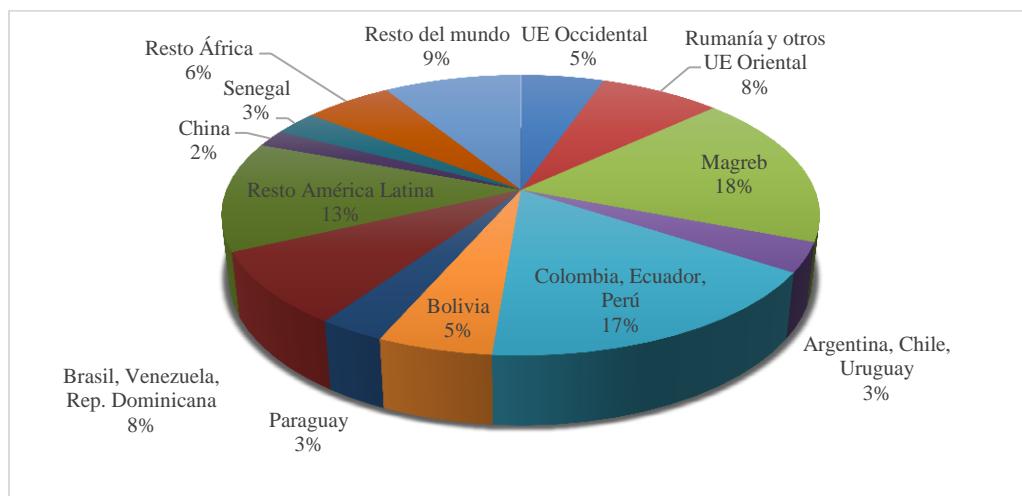
3.4. De las características de la población de Bizkaia

La pluralidad y diversidad de nuestras comunidades es evidente. Sin embargo, justificar la necesidad de un avance en la formación de los profesionales de instituciones públicas como es el sistema de salud nos exige aportar una visión general de la casuística actual.

El Instituto Vasco de Estadística (Eustat) ofrece datos anuales sobre los cambios en la estructura de la población de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV). En 2024, la población total de la CAV era de 2.208.007 habitantes, de los cuales 298.422 habitantes son de origen extranjero (149.040 habitantes en Bizkaia: 78.760 mujeres y 70.280 hombres; Figuras 2 y 3).

Figura 2

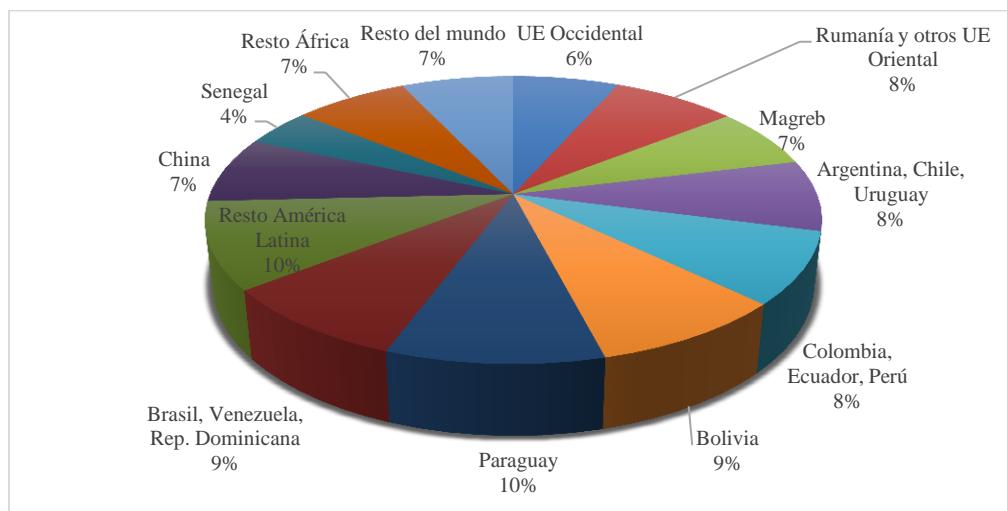
Población extranjera de Euskadi según su lugar de origen



Nota. Elaboración propia a partir del Eustat, (marzo de 2025).

Figura 3

Lugar de origen en el caso de las mujeres extranjeras en la C.A. de Euskadi



Nota. Elaboración propia a partir del Eustat, (marzo de 2025).

3.5. Del sistema de salud en el Estado Español y la estructura organizativa de Osakidetza - Servicio Vasco de Salud

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que el SNS es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las CC.AA., e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Junto a ello, la Ley General de Sanidad establece la universalidad de la cobertura como una de las características básicas del sistema español, aunque es interesante mencionar que nuestro sistema público de salud es descentralizado, es decir, cada CC.AA. cuenta con las competencias sanitarias previstas en la ley.

Nuestro sistema sanitario está estructurado de diferentes maneras. Por un lado, encontramos los niveles asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria (Ministerio de Sanidad, 2024); y, por otro lado, se habla de estructuras organizacionales como las áreas de salud y las zonas básicas de salud (Ministerio de Sanidad, s.f.). Consultense Tabla 3 y Figura 4 para ver los recursos concretos de la CAV.

- Área de salud: circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional.
- Zona Básica de Salud: delimitación geográfica sanitaria más básica que sirve de referencia para la planificación y organización del trabajo de los Equipos de Atención Primaria, conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que, en esencia, tienen a su cargo la atención de la población de la Zona Básica.

Tabla 3

Recursos físicos del País Vasco

RECURSOS FÍSICOS	Nº
Centros de Salud y consultorios	333
Hospitales	25
Zonas básicas de salud	136
Organizaciones sanitarias integradas	13
Áreas de salud	3

Nota. Elaboración propia a partir del Informe Anual del SNS del año 2023 y el Sistema de Información de Atención Primaria 2021 (Ministerio de Sanidad).

Figura 4*Desglose de las OSI en el País Vasco por provincias*

PROVINCIA	COMARCA/ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA (OSI)				
	2004	2012	2014	2015	2016
Álava	Comarca Araba				
Gipuzkoa	Comarca Gipuzkoa Oeste Comarca Gipuzkoa Este	OSI Alto Deba OSI Debabarrena OSI Bidasoa OSI Goierri-Alto Urola Comarca Gipuzkoa			
Vizcaya	Comarca Interior Comarca Ezkerraldea-Enkarterri Comarca Uribe Comarca Bilbao	OSI Barrualde-Galdakao OSI Barakaldo-Sestao Comarca Ezkerraldea-Enkarterri (2014) OSI Bilbao-Basurto	OSI Donostialdea OSI Tolosaldea	OSi Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces OSi Uribe	

Nota. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria 2021 (Ministerio de Sanidad, 2022).

3.6. De los recursos para personas migrantes

Dentro de la revisión bibliográfica, se ha buscado recoger los recursos disponibles para personas migrantes por parte del Gobierno Vasco y, en particular, de Osakidetza. Cabe señalar que esta información encontrada no es numerosa o, si lo es, no tiene una correcta difusión.

El Gobierno Vasco, dentro del Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico cuenta con un Servicio de Acogida para Migrantes (harreraGUNE, 2025) que ofrece una primera atención para información y servicios específicos como traducción, orientación jurídica y sociolaboral, así como acciones grupales y comunitarias. Este departamento también dispone de un Foro Vasco de Migración y Asilo que, textualmente, *es un órgano colegiado plural de consulta, información y asesoramiento cuyo objeto será el de contribuir a desarrollar una política activa integral de inmigración basada en la integración social y en el acceso a los derechos de las personas inmigrantes de origen extranjero*. Este foro emite recomendaciones de interés como el informe: *Orientaciones para una atención integral a mujeres migradas desde la perspectiva de género interseccional*.

De forma más específica se han encontrado algunos documentos aislados en Osakidetza. En 2021 se creó un tríptico en varios idiomas (castellano, euskera, portugués, inglés, francés, árabe, chino, rumano y ruso) que recoge información sobre el *Acceso para personas inmigrantes*

al sistema sanitario de Euskadi (Figura 5) y de otro tríptico más relacionado con este trabajo de investigación, que aborda de manera concreta la salud reproductiva y sexual (Figura 6). Además, se dispone de documentación para la Asistencia Médica al Adulto Inmigrante y centrada fundamentalmente en la atención a patología infecciosa.

Figura 5

Tríptico informativo sobre el Acceso para personas inmigrantes al sistema sanitario de Euskadi

1. SOY PERSONA EXTRANJERA Y NO TENGO PERMISO DE RESIDENCIA, ¿puedo recibir asistencia sanitaria pública?

Sí, si estás empadronada/o en un municipio de Euskadi, debes solicitar la TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA (TIS), con la que tienes derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que el resto de la población.

Cuando no estás empadronada/o en un municipio de Euskadi y DISPONES de informe de ONG, tienes que solicitar la TIS PROVISIONAL.

2. SOY PERSONA EXTRANJERA Y TENGO AUTORIZACIÓN DE ESTANCIA TEMPORAL (Dispongo de visado no caducado o no han transcurrido 90 días desde que entré en España), ¿puedo recibir asistencia sanitaria pública?

Sí, en caso de que:

- a) Dispongas de informe favorable de los servicios sociales de base.
- b) Seas una persona embarazada y/o menor de edad y carezcas de seguro médico privado (de viaje o cualquier otro), o público (Tarjeta Sanitaria Europea, por ejemplo).

Cuando concurren cualquiera de las dos opciones anteriores tienes derecho a asistencia sanitaria pública. Si no concurren ninguna de estas opciones podrás recibir asistencia sanitaria, pero te será facturada.

3. SOY SOLICITANTE DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL, ¿puedo recibir asistencia sanitaria pública?

Sí, siempre que dispongas de:

- a) Tarjeta Roja (documento acreditativo de la condición de solicitante en tramitación de protección internacional) o de Tarjeta Verde (solicitante del estatuto de apátrida en España).
- b) Resguardo de presentación de solicitud de protección internacional.

¿Tengo que estar empadronado/a en un municipio de Euskadi?

No necesariamente.

EN CASO DE TENER DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA:

- **¿Tengo los mismos derechos de acceso al sistema sanitario de Euskadi y a las mismas prestaciones que el resto de personas?**
Sí.
- **¿Dónde puedo solicitar que se me reconozca la asistencia sanitaria pública?**
En el centro de salud de Osakidetza más cercano a tu domicilio.
- **¿Tengo derecho a elegir médico/a?**
Sí. En el centro de salud te informarán del personal médico para que tú elijas.
- **Si tengo hijas o hijos menores de edad que se hallen en mi misma situación, ¿tienen derecho a la asistencia sanitaria pública?**
Sí. Además, hay programas de salud específicos para la infancia y la juventud: control y seguimiento de la niña y del niño sanos, calendario vacunal, salud buco-dental...
- **Si necesito medicinas, ¿tengo que pagarlas?**
Sí. Tienes que pagar el 40% de su precio.

RECUERDA:

- ➔ Puedes acudir con tranquilidad a tu centro de salud o servicio de urgencias de Osakidetza para cualquier necesidad de atención sanitaria. **Siempre te van a atender.** Si no puedes acudir por tus propios medios, llama al teléfono 112.
- ➔ Si no tienes formalizada la solicitud del derecho a la asistencia sanitaria pública, **hazlo en el centro de salud de Osakidetza más próximo a tu domicilio.**
- ➔ **Tus datos personales y de tu salud son confidenciales.** Sólo los conocerá el personal sanitario que te atiende.

Edición: 1º marzo 2021 • Tirada: 1.220 • © Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Salud • Edita: Servicio Central de Publicaciones • Diseño: Paradero • Impresión: GRÁFICAS INGUGOM, S.L. • www.osakidetza.eus



Figura 6

Salud reproductiva y sexual para personas inmigrantes en el sistema sanitario de Euskadi

Uno de los principios rectores del Sistema Sanitario de Euskadi es la universalidad de la asistencia sanitaria y el acceso a los servicios asistenciaños disponibles en condiciones de igualdad efectiva. En particular, todas las **personas inmigrantes**, estén en situación de residencia regular o irregular, tienen los mismos derechos sanitarios que las demás personas.

Este principio está recogido en la "Declaración sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi" que, entre otros muchos, contiene:

DERECHOS ESPECÍFICOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las personas pacientes y usuarias del sistema sanitario de Euskadi, en relación con la salud sexual y reproductiva, tienen los siguientes derechos:

- **Recibir atención y educación sexual adecuadas** a lo largo de las diferentes etapas de su ciclo de vida, que incluye la obtención de la información y asesoramiento necesario sobre enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar, reproducción (asistida o natural), interrupción voluntaria del embarazo, así como sobre la menopausia y postmenopausia.
- **Recibir una atención sanitaria** a lo largo del proceso asistencial del embarazo, parto y puerperio.
- **Que se le facilite su participación activa como protagonista de su embarazo y parto** y a presentar en el centro sanitario sus preferencias sobre el parto, incluyendo el rechazo de intervenciones que pueden olvidarse sin perjuicio para su salud o la del niño o niña, tales como: intervenciones tendentes exclusivamente a acelerar o retardar el parto, aplicación de analgesia, enema, ralasado, episiotomía, posición para la fase de dilatación y del expulsivo, etc.
- **Estar acompañada** por su pareja o la persona de su confianza **durante la estancia en el hospital**, antes, durante y después del parto, siempre que sea posible.

• **Tener a su lado al niño o niña durante su estancia en el hospital**, así como cuando, con posterioridad, acuda a cualquier centro o servicio sanitario.

• **Ser informada y formada en materia de lactancia materna** con objeto de fomentar su utilización en la alimentación infantil, respetando su libre elección.

• **Ejercer el derecho a amamantar** a los hijos e hijas en cualquier espacio público.

• **Acceder a las técnicas de reproducción asistida**, en condiciones de igualdad, cuando exista indicación y se cumplan los requisitos para ello.

• **Obtener la información y el asesoramiento para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo** en las condiciones y con los requisitos legalmente establecidos, garantizando la máxima rapidez, seguridad y confidencialidad en todo el proceso.

Además, para el ejercicio de todos estos derechos se respetarán las miradas culturales diversas de cada persona, sin discriminación alguna en razón de edad, origen racial, étnico o nacional, identidad y orientación sexual, creencias o ideologías, situación socio-económica, capacidad funcional, etc.

También se respetarán las diferentes maneras de vivir la sexualidad y se tendrá derecho a recibir apoyo y orientación para conseguir una sexualidad plena.

PARA RECIBIR INFORMACIÓN, FORMACIÓN Y/O ATENCIÓN PUEDES DIRIGIRTE A:

- Tu médico o médica de cabecera en tu centro de salud.
- Cualquier matrona de referencia en los centros de atención a la mujer, sin necesidad de cita previa.

Edición: 1º marzo 2021 • Tirada: 1.250 • © Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Salud • Edita: Servicio Central de Publicaciones • Diseño: Paradero • Impresión: GRÁFICAS INGUGOM, S.L. • D.L.: LG G 86-2021

Departamento de Salud
del Gobierno Vasco

Salud reproductiva y sexual para personas inmigrantes en el sistema sanitario de Euskadi.

Euskadi, bien comiso

Osakidetza

EUSKADI
GOBIERNO VASCO

Junto a todo lo mencionado, es interesante plasmar otro recurso como es Ikuspegi, el Observatorio Vasco de Inmigración, que aúna investigaciones y documentos, además de poseer un banco de datos que podría ayudar a la actualización de conocimientos en la práctica diaria de las matronas y a la monitorización de los cambios sociales y sus impactos. Además, en 2021, Emakunde (Instituto Vasco de la Mujer) publicó una guía de asociaciones de mujeres en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Para finalizar con la contextualización de algunos de los recursos disponibles en esta comunidad y que es interesante conocer para entrelazar las distintas administraciones y prestar una mejor atención, es necesario mencionar el Servicio Vasco de Integración y Convivencia Intercultural (Biltzen). Un servicio que contribuye a la integración y el disfrute de los derechos de la ciudadanía por parte todas las personas residentes en Euskadi, con independencia de su origen racial y/o étnico, lengua, adscripción religiosa, etc., así como la gestión positiva de la diversidad cultural y la convivencia, luchando contra la discriminación, el racismo y la xenofobia.

3.7. De qué nos aportan investigaciones previas

Stella Maris Orzuza (2016) planteó en su revisión la necesidad de construir indicadores de acceso al sistema sanitario sensibles a la cultura. Aspectos clave como una visión distinta del estado de salud-enfermedad, provocan un desequilibrio entre los servicios ofertados y la población destinataria. Se menciona el aumento de la diversidad cultural en nuestras sociedades y de la importancia de implementar estudios que indaguen en estos fenómenos. En esta revisión puede leerse el concepto de «cultura» desde diversas dimensiones. En ocasiones, se plantea como propiedad de la población, incluyendo aspectos como contexto sociocultural – cultural, elementos lingüísticos, hábitos – actitudes culturales o relaciones de resistencia. Otras veces, se representa como propiedad de los servicios de salud, atribuyendo a los profesionales la competencia intercultural o la sensibilidad cultural y demandando a los servicios de salud el abordaje transcultural, la mediación cultural y las intervenciones culturalmente sensibles. Por último, el concepto de cultura en los estudios de accesibilidad al sistema de salud puede abordarse desde la propiedad de la relación intercultural, interpretando la cultura como organizador social (capital cultural/déficit cultural) o la cultura como diferencia (barreras culturales, discriminación cultural o comunicación intercultural).

En 2017, Iratxe Pérez-Urdiales e Isabel Goicolea, plantearon una investigación en la que se analizaron las barreras y facilitadores en el acceso de mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios públicos basándose en la percepción de profesionales sanitarias que trabajaban en centros sanitarios alternativos¹⁰ al sistema sanitario público. Partiendo de las conversaciones con las sanitarias, las investigadoras concluyeron que:

- Existen diferencias en el acceso de las mujeres inmigrantes dependiendo de su origen.
- Tener trabajo, el miedo al rechazo por parte del personal, la red social de apoyo y la violencia de género son circunstancias comunes que afectaban al acceso a los servicios sanitarios de todas las mujeres pertenecientes a este colectivo.
- El mayor tiempo de residencia y la disposición de red social, aumenta el conocimiento sobre el funcionamiento de las instituciones.
- La atención a este colectivo demanda mayor empatía, mayor tiempo y supone un cambio de rutina.
- La existencia de profesionales sensibilizados y formados sobre este tema facilita su acceso.
- El personal administrativo fue considerado la principal barrera en el acceso a las consultas sanitarias.
- La escasez de personal y la excesiva carga de trabajo dificultan atender las necesidades específicas de este grupo de población.

¹⁰ Conocidos en inglés como *free clinics* y que dispensan atención sanitaria gratuita a las personas no incluidas en el sistema sanitario público.

- La escasa proactividad del sistema sanitario público en la promoción de la salud sexual y reproductiva entre las mujeres más vulnerables.
- Se señaló la barrera legal como el mayor impedimento en el acceso al sistema sanitario público.
- El miedo a ser reconocidas como inmigrantes ilegales en las instituciones públicas y sus consecuencias.

Una de las limitaciones fundamentales que destacaron las autoras de su propia investigación fue que recogió las barreras y facilitadores del acceso no directamente de la experiencia de las mujeres migrantes sino de las profesionales sanitarias, limitación que pretende abordarse con este estudio.

4. TRABAJO EMPÍRICO

4.1. Metodología

El trabajo empírico que se ha desarrollado ha incluido la realización de entrevistas semiestructuradas individuales a madronas y mujeres migrantes. Este trabajo de investigación ha sido aprobado por el comité ético de la universidad del País Vasco (Anexo 1). Además, se ha contado con la colaboración de las organizaciones Médicos del Mundo e Itaka-Escolapios.

Para el desarrollo de la investigación se realizó un muestreo intencional a partir de un mapeo de asociaciones del Tercer Sector y ONG de Bizkaia (Anexo 2). Tras el contacto con varias de las ONG seleccionadas (Anexo 3) se inició la recogida de información a través de entrevistas en las sedes de dichas organizaciones.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de abril, mayo y junio del año 2025. Todas ellas cuentan con el documento de consentimiento informado firmado (Anexo 4), custodiado por la investigadora principal. Las entrevistas se desarrollaron siguiendo un guion de entrevista semiestructurada, se grabaron en formato de audio y se transcribieron para su análisis posterior.

4.2. Perfil de las personas entrevistadas: gestantes migrantes y madronas

Gestantes migrantes

La selección fue a través de las dos ONG colaboradoras: Médicos del Mundo y la Fundación Itaka-Escolapios. Se solicitó a dichas ONG que las mujeres dominaran el castellano (pudiéndose hacer una excepción con el inglés o el francés). Se les pidió variabilidad en cuanto a la procedencia, aunque no se definió como requisito. No se definió como excluyente la edad ni el tiempo de residencia en Bilbao. Sin embargo, sí se definió como indispensable haber consultado por alguno de los procesos de estudio (seguimiento de embarazo, parto y postparto) en el sistema público de salud de Bizkaia.

Se entrevistó a un total de siete mujeres migrantes. Se analizaron variables como el lugar de procedencia (Figura 7), logrando una gran representación al entrevistar a mujeres cuyo origen es Colombia, Honduras, Marruecos (2 mujeres), Sáhara, Argelia y Nepal. Además, se buscó variedad en cuanto a los años de residencia en el País Vasco, encontrándose una muestra en la que dos de las entrevistadas residen en la comunidad vasca desde hace menos de 2 años, una entre 3 y 5 años, 2 mujeres entre 6 y 10 años y, por último, dos de las entrevistadas con más de 11 años de residencia.

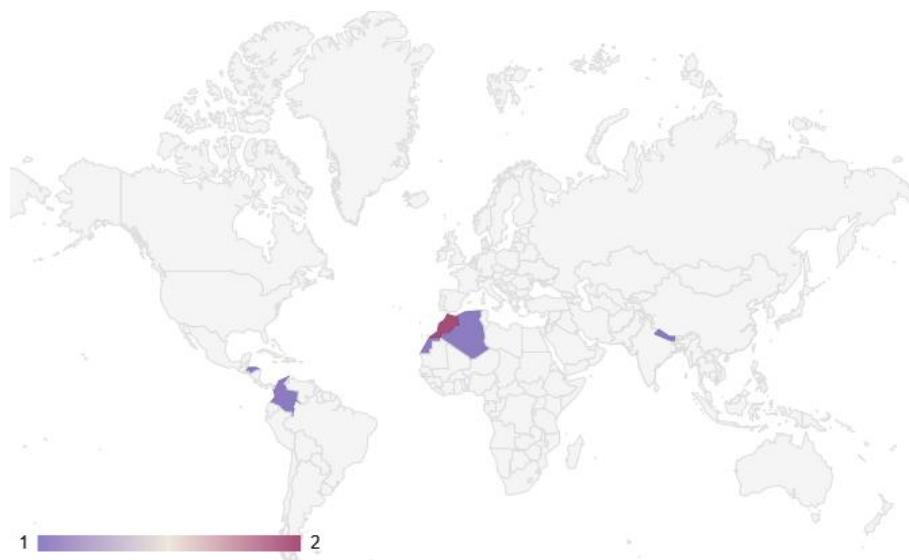
En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de las entrevistadas posee estudios universitarios en su lugar de origen (5 mujeres), una de ellas refiere haber iniciado los estudios universitarios sin haberlos finalizado y solo una de las entrevistadas posee Educación Primaria como mayor nivel educativo.

La percepción subjetiva de grupo de apoyo o red social¹¹ se valoró como indispensable para describir el perfil entrevistado. Todas las mujeres respondieron si percibir poseer un grupo de apoyo o red social, excepto uno de los casos.

Cuatro mujeres afirmaron pertenecer a alguna asociación de mujeres o movimiento social.

Figura 7

Perfil de las mujeres migrantes entrevistadas en función de su lugar de procedencia



Nota. Elaboración propia.

Matronas

Se entrevistó a un total de nueve enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, seleccionadas por medio de un muestreo intencional en base a su experiencia profesional y sus características formativas; y por bola de nieve, a partir de las recomendaciones que surgían durante las entrevistas. Se escogió a las participantes buscando obtener los discursos más plurales y diversos posibles.

¹¹ Las mujeres consideraron que vivir con su pareja e hijos/as ya es contar con un grupo de apoyo y así se ha reflejado en los datos. Sin embargo, una de las técnicas de las organizaciones refirió la complejidad en la creación de redes sociales para este grupo de población.

Respecto la edad, la mayoría corresponde al tramo entre los 25 y 35 años (44,4 % del total, 4 participantes). Le sigue el grupo de 46 a 55 años, con 3 participantes, lo que indica una presencia significativa de profesionales con experiencia. Además, hay una en el rango de 36 a 45 años y otra profesional jubilada, lo cual aporta una perspectiva intergeneracional.

Las matronas entrevistadas presentan trayectorias laborales variadas. Un 33,3 % cuenta con entre 6 y 15 años de experiencia, y otro 33,3 % con entre 16 y 25 años, evidenciando una representación importante de profesionales con recorrido consolidado. Asimismo, el 22,2 % de las participantes tiene entre 0 y 5 años de experiencia, lo que permite incorporar también una visión más reciente de la práctica profesional. Solo dos matronas acumulan más de 25 años de experiencia.

Al escoger el perfil a entrevistar en función de los destinos en los que han trabajado se incluyó el periodo formativo del EIR (Enfermera/o Interno Residente), pero no las experiencias de voluntariado. De esta selección, se obtuvo que más de la mitad de las matronas entrevistadas (55,6 %) ha desarrollado toda su trayectoria profesional dentro de la CAV, lo que permite conocer en profundidad la realidad local del sistema. Un 33,3 % ha trabajado también en otras comunidades del Estado Español, aportando una visión comparativa con otros contextos autonómicos. Además, una de las entrevistadas cuenta con experiencia laboral en otros países dentro de Europa, pero ninguna ha trabajado en países fuera de nuestro continente.

En cuanto a formación se vio que la mayoría de las matronas entrevistadas (66,7 %) declaró no haber recibido formación específica en transculturalidad ni atención a colectivos vulnerables durante su formación académica, ya fuera en la carrera de enfermería o en la especialidad. Dos de las matronas afirmaron haber recibido este tipo de contenidos únicamente durante la especialidad de matrona, mientras que una lo hizo solo en la carrera de enfermería. Ninguna de las participantes manifestó haber recibido formación en ambas etapas.

Por último, en cuanto a la formación adicional voluntaria, relacionada con los intereses educativos individuales de atención a perfiles vulnerables, solo un caso respondió que no había buscado esta formación de manera autónoma fuera de la carrera y/o especialidad.

La variable de género no se valoró como relevante al tratarse de una profesión mayoritariamente femenina. Además, se consiguió un equilibrio entre residentes en zonas urbanas y rurales. En cuanto a comunidad étnica y cultural, todas las matronas comparten la misma residencia en el País Vasco, pero sí hubo una entrevistada procedente de un país africano.

4.3. Descripción de la sistemática del análisis discursivo

El cómo nos comunicamos importa. El cómo se emplea el lenguaje y las perspectivas de nuestro discurso tienen un alcance que llega a modular el cómo construimos nuestro mundo social y las interacciones personales.

Para realizar el análisis se releyeron y se escucharon de nuevo todas las entrevistas. Se prestó atención a los silencios, se anotaron los gestos y algunas respuestas emocionales como el llanto. Además, se usó un código de colores ya que los bloques de la entrevista, aunque estaban definidos, contenían aspectos de distintos apartados ya que las entrevistadas saltaban de un apartado a otro.

Con el objetivo de facilitar la comprensión de los extractos y asegurar que se transmite de manera literal lo que las entrevistadas desean, se han empleado algunos códigos ortográficos:

(...) → Cuando hay dos partes que se refieren a la misma idea pero que entremedias hay un rato de conversación que se omite para facilitar la lectura del informe.

... → Representa los silencios durante la conversación.

[] → Incluye preguntas de la entrevistadora, señala emociones o gestos de la entrevistada y el contexto.

XXX → Omisión de nombres para asegurar el anonimato.

Para facilitar la lectura se han intercalado las citas literales siguiendo estos códigos y, además, para mostrar la pluralidad de discursos, se ha indicado a quién pertenece cada cita gracias al siguiente patrón de anonimato:

- En el caso de las mujeres: «MUJ» seguido por las tres letras de su país de origen en castellano. Por ejemplo: *MUJ_COL* se corresponde con extractos de una mujer procedente de Colombia.
- En el caso de las matronas: «MAT» seguido por el día y el mes en que se realizó la entrevista. Por ejemplo: *MAT_2904* se corresponde con extractos de una matrona entrevistada el día 29 de abril.

En algunos apartados varias de las entrevistadas se refirieron a un mismo aspecto, en esos casos se ha conservado únicamente el extracto que mejor expresa o representa dicha idea.

4.4. Análisis discursivo de las entrevistas de las mujeres migrantes

Se planteó un guion de entrevista estructurado en diferentes bloques (Anexo 5). Se recogió información relacionada con su contexto, sus redes de apoyo y su acogida en País Vasco, para a continuación centrar la recogida de información en el acceso al servicio de salud, al servicio de obstetricia en particular y un apartado de salud integral. También se les preguntó por propuestas de mejora y se ofreció la oportunidad de relatar experiencias personales.

En base a todo lo anterior, el análisis se ha estructurado en las siguientes categorías:

- BARRERAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA.
- CONTEXTO, ACOGIDA Y ALIANZAS. Esta categoría se creó con el objetivo de aunar todas las ideas relativas a las relaciones en la sociedad de acogida, las redes y otros aspectos del entorno que no encajan en el apartado de atención sanitaria.
- ASPECTOS POSITIVOS PARA MANTENER EN LA ATENCIÓN SANITARIA.
- PROPUESTAS DE MEJORA.

4.4.1. Barreras en la atención detectadas por el grupo de personas migrantes

En general, en relación con la información, existe un importante desconocimiento sobre qué es la figura de la matrona y cuáles son sus funciones, impidiendo a las mujeres migrantes disfrutar de lo que se puede ofertar desde nuestro servicio. El primer motivo de consulta suele ser por un embarazo, algo que confirma que la figura de la matrona es desconocida y que el resto de las competencias no se tienen en cuenta.

«Creo que casi los nepalíes que conozco, nadie sabe qué es matrona, qué trabajo hacen. Creo que es que no llega esa información a la gente». – MUJ_NE

Parece que podría haber una falta de información o de oferta de determinados servicios a las mujeres migrantes. Por ejemplo, las mujeres no conocen en general qué es un plan de parto; solo aquellas que han acudido a las clases de preparación al parto, por haber sido informada en pisos de acogida y estar respaldadas por el Tercer Sector (lo que demuestra que el Tercer Sector constituye un apoyo adicional durante el seguimiento de embarazo). En el siguiente extracto se visualiza lo descrito y, además, se aborda la disparidad en la valoración de distintas culturas.

«Yo estoy segura de que muchas veces a las mujeres no se les ofrece el tema de ir a las clases posparto. Yo me encantaría un grupo de mujeres embarazadas igual de aquí, de allá, de Nepal, del Sáhara, de no sé qué, porque creo que esa es la realidad de la sociedad. Y la realidad de la sociedad se tiene que reflejar en Osakidetza, en educación, en todos los sentidos. (...) Es que eso es revolucionario. Sí, porque tu cultura también puede aportar. Y la sabiduría blanca no está por encima». – MUJ_SA

Otro ejemplo de falta de información es una consulta en la que la mujer refirió que deseaba obtener más información sobre su proceso y le respondían que estaba todo en el sistema. En el

transcurso de esta entrevista se le explicó la existencia de la «Carpeta de Salud» en la que toda persona puede acceder a la información relativa a su salud y los resultados de las pruebas; lo cual ella desconocía y podría tratarse de un déficit.

En determinados procesos la información es valorada como insuficiente y, por determinadas circunstancias, puede no lograrse una comunicación efectiva. Algo alarmante es que las mujeres entrevistadas apenas conocen ninguna ONG, asociación de mujeres o red de apoyo a la que recurrir, ni espacios específicos en los barrios que ofrezcan recursos para dar respuesta a la necesidad de pertenencia. La matrona es una fuente de resolución de dudas, pero la red de apoyo supone para muchas mujeres algo indispensable para esta tarea.

«Yo salí con las manos vacías en todos los sentidos. Salí desinformada con las manos vacías, pero no solo con ese embarazo, con ese niño». – MUJ_SAH

En relación con la barrera lingüística, las mujeres procedentes de países de habla no hispana refieren esta como importante. El desconocimiento del idioma les genera una experiencia negativa y aumenta el riesgo de recibir una atención no adecuada y de no obtener el máximo desarrollo de salud posible. Es posible que la mala comunicación provocada por una falta de comprensión del idioma sea tan solo la punta del iceberg de una actitud discriminatoria o racista por parte de los profesionales.

«No, mi embarazo tiene mucha historia. Y cuando vivía en Santurce no sabía que estaba embarazada y yo fui a la ginecóloga. (...) Ella... no sé cómo decir. Igual no me entendía o no sé, yo no la entendí, pero no teníamos buena relación». – MUJ_NEPE

La opción que da Osakidetza del uso de Dualia¹² resultó controvertida. Hay quien lo considera positivo y otras lo consideran como un sistema incompleto que sólo traduce lo importante y que no lo hace desde el corazón. La alternativa de una mediación intercultural ganaría peso desde la argumentación de las mujeres.

«Me hubiera gustado que viniera una persona en vez de por teléfono. (...) Y muchas mujeres racializadas no van a hablarte de sus problemas vaginales. O todo lo que tiene que ver con el sexo (...) con un hombre. Yo creo que deberíamos tener una figura nuestra aquí hecha que contemplara eso». – MUJ_SAH

Las mujeres relatan que acuden acompañadas por personal no formado o desconocido a las consultas de las matronas, algo que merma su autonomía y que supone, en muchas ocasiones, una intromisión en su intimidad.

¹² Se conoce como «Duala» a un teléfono de traducción, aunque, en realidad, es el nombre de una empresa de interpretación de idiomas con la que Osakidetza tiene un contrato formalizado. Dentro de los servicios de salud, se puede teclear un código asociado a un idioma concreto, el teléfono está conectado a dos salidas de auriculares (una para el paciente y otra para la profesional que le atiende), al otro lado de la línea responde una persona que traduce.

«Yo sola nunca he ido. Había una amiga donde vivía yo. Ella hablaba castellano, inglés, francés. Así que siempre le llevaba a ella para hacer las traducciones». – MUJ_NEP

En una de las entrevistas se relataron las consecuencias más límite de esta barrera. Se trata de un caso en el que ningún profesional usó un traductor y esto tuvo consecuencias fatales. Es el testimonio de una mujer que estaba secuestrada en su casa por su expareja y la familia de este y sufría maltratos. Ella, acompañada por su expareja y la familia, consultó en repetidas ocasiones por crisis/ataques de ansiedad, aunque le llevaban a propósito a distintos hospitales/centros. Nadie le ofreció ningún método de traducción ni le preguntó por las causas de dicha crisis. Ella refiere no culpar al personal sanitario porque en la atención, delante del personal, la expareja le acariciaba y le trataba muy bien. Sin embargo, no se detectó un caso de violencia de género agravado por la barrera lingüística.

«Yo no hablaba castellano. Él decía, ah, no sé, estaba tranquila y venía este crisis... [Cuando le explico que los profesionales tenemos la responsabilidad de detectar casos de violencia y de dar respuesta a la barrera lingüística] ... para mí es un poco negativo, pero para una cosa, cuando ver este exparejo cómo hablar conmigo, ah, es una persona perfecta. Yo cada vez, para este crisis, venía una semana, venía dos veces, en cuatro meses, pero venía muchas veces... Pero no ir a un hospital, cada vez cambiaba el hospital». – MUJ_MAR (1)

A veces, los profesionales que hablan inglés o francés optan por comunicarse directamente con la mujer, habría que evaluar si esta es la mejor opción en cuanto a cercanía y/o calidad en la atención. Sin lugar a duda, es prioritario ofrecer una alternativa que garantice la comunicación efectiva.

Ninguna de las mujeres migrantes entrevistadas sabía hablar euskera independientemente de los años de residencia en País Vasco, esto me llevó al planteamiento de las dificultades que se encuentran para aprender un idioma que no es hegémónico y ha sido minorizado y, por lo tanto, no es indispensable para vivir en este entorno. Además, el acceso al tiempo o los recursos que te permiten manejar una lengua no está disponible para este grupo de mujeres por la situación de precariedad y vulnerabilidad que les atraviesa. También reflexioné sobre la importancia de la educación ya que había diferencias muy significativas en el manejo del castellano según el nivel de estudios, pasando por un manejo parcial en el caso de una mujer con estudios de primaria y 7 años de residencia a un manejo muy avanzado en el caso de una mujer con estudios universitarios y solo un año de residencia. Algo tan sencillo como el idioma ponía de manifiesto a lo largo de las entrevistas la gran interrelación entre distintos factores sociales.

El no dominio del idioma se ha utilizado por los profesionales del servicio público para mermar, de manera discriminatoria, el acceso a los servicios de salud y el cumplimiento de los derechos de las personas. Podríamos decir que la falta de conocimiento del idioma o su manejo imperfecto detona en ocasiones actitudes y respuestas de menosprecio, abuso y racismo en el sistema de atención institucional.

«Desde ese momento, con ese DUST [documento que acredita el derecho de atención a la salud de manera temporal], tú ya puedes pedir cita con un médico de cabecera. Y le decía la chica: no, es que no... Y dio la casualidad de que yo estaba (...) Y encima, claro, cuando tú tienes la baza del idioma y no sabes llegar a las personas, ya lo difícil que es el mundo. (...) sentirte en una oficina como que te miran por encima del hombro, es horrible. Y es horrible cómo tratamos a veces a la gente que sabemos que no sabe defenderse». – MUJ_SAH

Pasando ahora a la dimensión cultural, cabe señalar que existen diferencias culturales determinantes en la atención, en la creación de grupos y en la vivencia de los diferentes procesos sobre los que se ha preguntado.

«Es que hay unas mujeres que vienen con sus maridos o parejas. Nosotros tenemos unas palabras que nos vienen difíciles para decir cuando hay hombres. Pero no los conocía, no me importa... Pero si hay alguien que lo conocía, que a veces lo veo en el barrio o algo, eso me viene difícil». – MUJ_MAR (2)

Las diferencias entre culturas podrían suponer pedir ayuda demasiado tarde y, por el desconocimiento, no estar pendiente de que puede haber ese problema no manifestado por cuestiones culturales. A veces, esas diferencias se manifiestan en un inicio tardío del control gestacional, una manera diferente de gestionar una pérdida perinatal o de vivir una depresión postparto. Ritos religiosos o tradiciones culturales diversas son perfectamente válidos y necesarios, el planteamiento aquí es cuando se necesita acompañamiento especial en el caso de un postparto que se salga de la normalidad.

«El tema de tener una depresión postparto no lo contemplan [las mujeres saharauis]. Hay que estar agradecida con Dios. Tú estás bien, tu hijo está bien, cállate la boca. ¿Me entiendes? Es como constantemente lo llevan todo a la religión, porque muchas veces culpamos la religión musulmana de ser tan... Y es la cultura». – MUJ_SAH

Por otro lado, la falta de información por parte de las mujeres de cuáles son sus derechos, impidiendo el correcto reconocimiento de estos, fue un argumento recurrente en las entrevistas. Casi por unanimidad la respuesta al conocimiento sobre cuáles eran los derechos de acceso a la salud cuando llegaron a Bizkaia es negativa. El conocimiento de los derechos supuso un beneficio en el cumplimiento de estos y parece determinar el acceso a la atención.

«Pero sí que es verdad que recuerdo que cuando llegamos aquí sí se nos respetó. Pero claro, teníamos todo en regla también. (...) he ido mucho de traductora también y sí que he visto esas bazas con personas que no tienen... son personas irregulares. [Ya, sí. Nadie es irregular, pero sí.] Exacto, sí. Pero te llaman así, te ponen esa etiqueta y sí que he visto esa baza como... aquí no te podemos atender». – MUJ_SAH

Al recibir la información del entorno, excluyente y racista, las mujeres asumen que tienen que estar agradecidas y no consideran el acceso a la salud como un derecho sino como un «regalo no merecido».

«Pues el buen trato, sí, porque siendo migrante sin pagar seguridad social me trajeron muy bien, sí. Sí, estoy muy contenta». – MUJ_HON

La deshumanización del sistema sanitario fue mencionada por las mujeres. En varias entrevistas se mencionó que recurrentemente se recetan medicamentos antes que explorar adecuadamente y de manera holística de dónde vienen los síntomas. Este aspecto resulta más crítico en el ámbito de la salud mental.

*«Es que algunas veces el médico de cabecera solo está concentrado... Si me duele la cabeza, bueno, te doy paracetamol. Pero no preguntan más cosas sobre ti, que está feliz o qué está pasando, por qué estás... enfermas tantas veces, ¿no?». – MUJ_NE*P

Hay mujeres que, sin ponerle nombre, hablaron también de la sobrecarga que existe en el sistema ya que vivieron las consecuencias sobre ellas mismas. El primer extracto menciona la sobrecarga relacionada con la falta de cobertura de los centros de salud en el periodo estival y la segunda, la experiencia negativa derivada de la sobrecarga asistencial que se vive a menudo en los hospitales. Este relato también se analizó desde la perspectiva antirracista, valorando si pudiera tratarse de una minusvaloración del dolor en personas migrantes o incluso considerarse un caso de violencia obstétrica al no cumplir con el deseo de alivio del dolor expresado por la paciente, aunque esto segundo es muy improbable ya que los casos de sobrecarga asistencial los sufren todas las mujeres a diario por culpa de un sistema no previsor.

«Es que el primero nació en septiembre... y están de vacaciones las matronas del ambulatorio, no he hecho esas clases. Pero el segundo, sí». – MUJ_MAR (2)

«A mí me ingresaron en la UFO con el balón y tenían ya como que programado pasarme a la segunda planta (...) y yo, claro, yo me retorcía de los dolores y así fueron como tres o cuatro veces que ya había habitación para mí y de repente lo ocupaban. (...) díganme si me van a pasar porque entonces en ese orden de ideas cada vez que venga alguien que esté más adelantada que yo, yo voy a quedar al final de la cola entonces me puedo ir a otro hospital porque ya yo no aguento más el dolor (...) creo que la capacidad no da basta para el número de mujeres que llegan ahí (...). – MUJ_COL

Es habitual que la falta de citas se detecte como un problema importante y una barrera en el acceso, no tanto en el caso de las consultas de matrona sino en la medicina de familia. Algo que supone un problema en la obtención de determinadas acciones como recetas o derivaciones que podrían realizarse por la matrona si se explotaran más sus capacidades y competencias.

Al hilo de este aspecto, una limitación importante puede suponer el que las matronas no desarrollen sus competencias al máximo. Varias mujeres migrantes relataron haber sufrido depresión postparto o riesgo de sufrirla y consideraron que el apoyo y el seguimiento prestado durante el postparto por parte de la matrona fue crucial. Esto se interpreta como la ineludible responsabilidad de desarrollar lo máximo posible las funciones de las matronas, asegurando una cobertura adecuada en los centros de salud y limitando las barreras que impiden a las mujeres migrantes beneficiarse del servicio postparto.

Otras mujeres relataron la deshumanización de los servicios por la inflexibilidad en los horarios de visita y la rigidez de algunos protocolos. El sistema es rígido y la falta de empatía de algunos profesionales lo hace aún menos accesible.

«Era la primera cita. Yo me perdí por el hospital porque no sabía dónde era. (...) A ver, que llegué tarde como siete minutos. Pero fue tan cruel, tan de... Siéntate aquí, no sé qué, de hacerte daño, además. A la próxima no te voy a atender si llegas a esta hora». – MUJ_SAH

Los usuarios también comprenden la situación de amenaza que enfrenta nuestra sanidad pública y la falta de recursos que se sufre en muchos territorios. Sin embargo, ni la sobrecarga asistencial ni nada puede justificar un maltrato al paciente.

«También yo a veces soy muy comprensiva. Y sé que Osakidetza no está en su mejor momento. Y a veces también las personas tienen mucho detrás. Mucho cansancio, mucho curro. (...) Y sé que es muy difícil y muy complejo. Y muchas veces dices tú, jo, es que seguramente tenga un mal día. Pero el tema de los embarazos me parece heavy». – MUJ_SAH

Otros aspectos a destacar

En todas las entrevistas la salud mental supuso un aspecto clave de la atención. Algunas mujeres relataron haberse sentido acompañadas en el proceso y haber percibido que se tenía en cuenta su salud mental; mientras que, en otros casos, esto se señaló como una profunda debilidad del sistema.

Las personas migrantes perciben la discriminación y son conscientes cuando sufren acciones racistas. Perciben los prejuicios, el trato diferente y, todo ello, determina su percepción del paso por el Servicio de Salud.

«[¿En general te has sentido a gusto y bien tratada en el servicio?] (...) en algunos sitios me trataban bien y en otros sitios ni querían escuchar qué quiero decir». – MUJ_NEP

En alguno de los relatos falta más información para conocer exactamente qué ocurrió, aunque la simple demanda (mía, mientras analizo estas entrevistas) de esa información me hace plantearme por qué cuestiono la verdad de la mujer que me comparte su experiencia. En algunos casos relatados, aunque no podemos asegurar que se trate de racismo o de una mala praxis por parte de los profesionales, la mujer no ha accedido a los mejores servicios posibles.

Parece que la experiencia en lo relativo al apoyo durante la lactancia varía de unas mujeres a otras, existen casos en los que se ha percibido una falta de apoyo, mientras que otras mujeres relatan que encontraron apoyo en su matrona e incluso hay quienes han acudido a grupos de apoyo a la lactancia.

«Luego cuando me metieron en la habitación... Venía muy pocas veces a mirar cuánto estoy sangrando o cómo estoy... y cómo tenía que dar el pecho. Yo no sabía cómo dar el pecho. Entonces me chupaba y me hinchaba mi pezón (...) Sí, yo hablaba bien castellano en ese tiempo, pero nadie me explicó. Y luego yo

tuve que darle a ella la leche de botella en vez de leche materna¹³. Yo tenía mucha leche, tenía que tirar por no saber cómo darla». – MUJ_NEP

«Bueno, eso como que no tuve como ese apoyo para el tema de la lactancia, me tocó a mí sola. Ese acompañamiento como de: Mira, ven, te ayudo con el bebé. De hecho, las matronas que me colocaron eran como que eso lo tienes que saber tú o para eso está tu madre, para que te ayude». – MUJ_COL

En relación con la valoración del dolor, debate que se verá más adelante en el grupo de las matronas y que ha sido contextualizado por el marco teórico, se recogen algunos testimonios en los que no se valora el dolor adecuadamente y solo se pauta medicación, sin buscar la causa y sin reconocer el impacto psicológico que ese dolor físico puede dejar en las personas. Relatos como el que se presenta a continuación plantean si el motivo es la sobremedicalización del sistema, si es cuestión de racismo, mala praxis, por ser mujer o si falta información sobre el caso.

«Porque me tardaron casi siete u ocho años que tenía hernia discal. Eso con dolor tan largo te deja un rastro de dolor o depresión emocional y en el cuerpo también te deja. Porque todo el rato con dolor...».

– MUJ_NEP

Una de las mujeres entrevistadas reflexionó sobre la interiorización de los prejuicios. Los prejuicios que tenemos preestablecidos al momento de atención podrían hacer que tengamos acciones o comentarios racistas de los que no somos conscientes. Podríamos plantearnos que vivir en una sociedad racista hace que por la socialización y la información que recibimos del medio, tengamos interiorizadas acciones racistas también dentro del mundo sanitario.

«Eso cuando tú ya tienes algo en tu cabeza, lo automático que te sale es rechazo. Y la gente nota el rechazo. La gente lo nota». – MUJ_SAH

La diferencia en el trato a las mujeres migrantes frente a las autóctonas se percibe y supone una fuente de actividades discriminatorias con gran impacto sobre la salud física y emocional de la madre, el bebé, la familia y la comunidad. Existe un respeto por la blanquitud y una exclusión de las personas que racializamos que probablemente, y al leer los relatos de las matronas, tengamos profundamente interiorizado.

«A veces me gustaría sacar vídeo de esas situaciones y decir, ¿ves como si hay diferencia? Porque yo se lo contaba a mis amigas y mis amigas han tenido embarazos y son súper blancas y nadie ha tenido mis experiencias (...) Muchas veces la gente así de características europeas tiende a pensar que todo lo que es diferente a ellos es peor. Es el miedo al diferente (...) Y en esa ocasión recuerdo que era desagradable la gine y la que la ayuda, (...), tocándome incluso con cara de asco. Yo sé cuándo una persona no quiere tocar a una persona y sé perfectamente cuando una persona está... (...) Y está muy estigmatizado que la persona negra racializada es una persona guarra, es una persona que no se limpia». – MUJ_SAH

¹³ El optar por leche artificial supone una clara desventaja y un riesgo para la diada maternofilial al perder los beneficios altamente reconocidos por la evidencia científica de la lactancia materna.

Experiencias de trato discriminatorio llegaron también gracias al boca a boca. Las mujeres entrevistadas contaron en su círculo que iban a participar en esta investigación y gracias a las entrevistadas llegaron también sus experiencias.

«Tú imagínate, una senegalesa el otro día me dijo que vino en una patera embarazada de siete meses. O sea, es que es un temazo el embarazo en las mujeres racializadas migradas. Que es heavy. Es que empiezas a... Y dice que no la trajeron bien. Me dice, pero XXX yo estar en una cama con mi hijo bien para mí eso era todo. Yo ya no quería que me quisieran, ni que me respetaran, ni que nada. Yo había logrado venir aquí y mi hijo ha nacido aquí. (...) Dice, yo he cruzado el desierto del Sáhara. Imagínate una persona que te dice, me da igual todo. (...) mi hijo está en un hospital digno y yo he parido de manera digna. Con lo poco que tú te puedes llegar a conformar. O sea, me da igual que me miren mal, que piensen, que no piensen. Me la bufa. Yo, para mí eso era un logro y lo he logrado. He visto a gente morir. Para yo llegar aquí he visto a gente morir...». – MUJ_SAH

Existe la responsabilidad individual de cada profesional de cortar estas acciones racistas y de luchar por un espacio libre de actitudes racistas, también enfrentándonos a nuestros compañeros y compañeras.

«[Tras relatar una historia sobre la comedia que un enfermero pretendió hacer en relación con la posibilidad de embarazo en una mujer de 41 años] Y el otro se quedó planchadísimo. Yo creo que buscaba un poco la complicidad de la doctora en plan, nos reímos juntos y no la encontró. No la encontró». – MUJ_SAH

De alguna manera, se recogió también en las entrevistas el racismo institucional. Varias mujeres señalaron que no creen que sufrieran acciones racistas en el ámbito sanitario, pero si en otros espacios públicos institucionales y se puso sobre la mesa el negocio del empadronamiento.

«Solo para hacer empadronamiento tienen que pagar 200, 300 euros. No pueden vivir en esta casa, pero solo hacen empadronamiento. Han hecho un negocio. Y eso, yo no veo esto control desde ningún sitio».
– MUJ_NEV

La mayoría de las mujeres desconocen qué es la violencia obstétrica, pero cuando se les aporta la definición de organismos internacionales como la OMS, relatan situaciones que son ejemplos claros. Además, llama la atención que las mujeres conservan esas experiencias y las rescatan inmediatamente en su memoria al hablar de este tema, sin haberlas almacenado con la categoría de «violencia obstétrica» y habiendo pasado muchos años.

«Bueno, en mi primer parto, que me recuerdo que no podía empujar, que me faltaba la respiración y una enfermera o un ayudante, que me presionó tanto aquí [se señala la zona superior del abdomen, a la altura de las costillas] que después del parto, casi para un mes o dos meses yo tenía dolor en costillas porque ella presionó desde ahí. Me podía romper mi... Eso lo comenté a mi ginecólogo. Que te dolía y no dijo nada». – MUJ_NEV

La maniobra de Kristeller está prohibida por todos los organismos internacionales y es considerada violencia obstétrica. Se ha demostrado que los riesgos superan a los beneficios, pero

hoy en día sigue practicándose. Esta violencia puede ser tan traumática que en el caso de este relato se recuerda con detalles desde el desconocimiento de ser una práctica prohibida y reconocida como violencia obstétrica habiéndose producido 8 años antes.

En el caso de otras entrevistadas, sí conocen el concepto de violencia obstétrica al haber buscado información tras haberla sufrido y ellas mismas verbalizan que se mantiene el recuerdo independientemente del tiempo que pase. Además, con perspectiva cargan con un sentimiento de culpa por no haber sido capaces de reaccionar de otra manera.

«[¿Y tú crees, entiendo que es difícil de saber, pero es un poco lo que quiero ver yo con el estudio, ¿crees que hubiese cambiado esa forma de comunicar si tú...?] ¿Una mujer blanca? Sí, sin duda ninguna. Y sintiéndolo mucho, muchas veces me ha pasado con el personal de Osakidetza que siento rechazo. Siento como que, no sé, como esa poca empatía, esa tal, eso, que te miran así, incluso con asco. Sí, lo siento, porque tú eres sanitaria. [No, no, di tú todo lo que quieras decir]. (...) A veces noto como que piensan que somos como conejas, o como que no ven más allá de la persona, o no ven más allá de un velo. (...) A veces en vez de pensar: ¡ojalá que todo vaya bien!, vas con la idea de ¡ojalá me encuentre a alguien que me trate bien!». – MUJ_SAH

4.4.2. Contexto, acogida y alianzas

La mayoría de las mujeres que se entrevistaron posee un alto nivel formativo (Grado Universitario), aunque en el otro extremo, se cuenta con una entrevista en el que la mujer no posee el título de educación primaria. Sin embargo, las mujeres migrantes con estudios superiores no pueden ejercer su profesión por problemas en el reconocimiento de sus grados y en la convalidación de los títulos dentro del Estado Español.

«Es que yo quería estudiar, pero en principio era muy difícil hacer los documentos de... La convalidación». – MUJ_NEP

Las mujeres migrantes parecen sufrir doblemente el peso de la conciliación, reduciendo su acceso al mercado laboral y, al carecer, de una red de apoyo, soportando el peso del cuidado de los y las menores. Parece que podría tratarse de algo interseccional y una reivindicación de todas las mujeres.

«El tema de escuela y el trabajo, no hay apoyo del gobierno para las mujeres que trabajan y manejan los niños. No hay alternativas. (...) Es que creo que todo el mundo piensa lo mismo, en todo el mundo, África, América, Europa, Asia, toda la gente lo piensa que las mujeres somos superhumanos. Podemos hacer todo el trabajo. Sí, estar en 27 sitios a la vez». – MUJ_NEP

A lo largo de las entrevistas, se suceden en varias ocasiones relatos de acciones racistas en distintos ámbitos (sociales, administrativos...) pero, en general, las mujeres refieren una buena acogida en el País Vasco, aunque todas relatan los primeros meses como una época «muy dura»,

«difícil» y «complicada». Parece que sería interesante poner énfasis también desde el sistema sanitario en el impacto de esos primeros meses.

En alguno de los relatos se ha logrado un sentimiento de pertenencia a ambas culturas, sin perder el origen y disfrutando del destino actual. Se trata de un sentimiento de equilibrio entre ambas culturas, en el que todas ganamos gracias a nutrirnos de las vivencias que se comparten y las ventajas de ser diferentes.

«Ya, pero es que la integración quiere decir dejar a un lado su cultura, dejar a un lado lo que son ellos, su realidad. No hay que estar integrado, hay que ser parte de. Ser parte con todo lo que tú tienes. Con todo lo que tú tienes, porque yo no puedo dejar a un lado mis vivencias en los campamentos, porque eso también soy yo. Pero yo aporto a la sociedad mis experiencias y son válidas como las tuyas, por supuesto». – MUJ_SAH

Parece que las ONG de acogida del Tercer Sector son de gran importancia para el reconocimiento de derechos, sin embargo, una parte de las mujeres relata que fueron familiares, amigos o grupos de su misma procedencia quiénes les ayudaron a resolver los papeles administrativos. Estos grupos, además, parecen tener importancia en la conservación de la propia cultura, lo que supondría una continuidad en la propia identidad de las personas.

Varias mujeres relataron el papel fundamental de las ONG en relación con el ocio, la creación de red de apoyo y el aspecto más social, así como el soporte de necesidades básicas, la gestión de la burocracia o el aprendizaje del castellano.

«Entonces, digamos que conocer personas que de pronto se pudieran sentir igual que tú, hacer actividades que te ayudaban a despejarte. Eso pues realmente a mí en particular me ayudó muchísimo». – MUJ_COL

Uno de los principales retos de estas organizaciones es la creación de redes y grupos entre las personas migrantes. Las diferencias culturales o religiosas pueden suponer un desafío para la creación de estos espacios.

«Somos amigas, pero cada uno tiene que organizar su vida, su religión». – MUJ_MAR (2)

Independientemente de los motivos que dificulten la creación de redes, estas son muy valiosas y necesarias ya que las personas necesitamos una red de apoyo que nos acompañe en el día a día y nos sirva de desahogo.

«Pero a veces entre nosotras chicas hablamos como me pasa, como te pasa a ti. Cada una dice que... Lo que ha vivido. Su experiencia, los negativos y los positivos». – MUJ_MAR (2)

Uno de los principales objetivos de la realización de las entrevistas era la recogida de información sobre recursos para las mujeres con el fin de crear un directorio que pudiese ser consultado por las madronas para dar ese soporte adicional. Los que se consiguieron se han recogido en la siguiente lista, que se ampliará gracias al mapeo de activos:

- Mujeres del Mundo.

- Torre de Babel.
- Médicos del Mundo.
- Fundación EDE.
- Hijos de las Nubes.

La barrera informativa, también señalada en el apartado de barreras en la atención, busca en esta ocasión hacer referencia a la información relativa a otros aspectos. En algunas entrevistas se habló de la necesidad de recibir la información oficial proveniente exclusivamente de instituciones avaladas.

«...pero hay falta de información cuando llegan los inmigrantes aquí. A mí me pareció que la información auténtica no hay». – MUJ_NEP

Además, es urgente que las administraciones públicas prioricen la defensa del derecho de acceso a la salud. Se ha delegado este cometido en el Tercer Sector, al que solo se accede por el boca a boca o de manera fortuita.

«Visité Ongi Etorri y una mujer me dijo que debía ir al médico para hacer el seguimiento de embarazo». – MUJ_HON

Una de las hipótesis que surgía durante las conversaciones entre el grupo de matronas es que las mujeres migrantes podrían tener un concepto de salud/enfermedad diferente al nuestro. Sin embargo, se pudo ver como salud es salud en cualquier parte del mundo. Parece que el significado de qué es «estar sana» es muy similar para las mujeres entrevistadas y no dista mucho de la definición aceptada por organizaciones internacionales, definición que va más allá de lo físico y pone en relieve la importancia de un contexto socioeconómico favorable.

«Para estar sana es no estar con enfermedad. O sentir feliz de ti misma. Sentir paz. Si estás feliz, algunas veces los gripes y esto te desaparece solo». – MUJ_NEP

La salud mental tiene un peso importante en las distintas entrevistas y se articula como un aspecto clave en el logro de un máximo desarrollo de salud integral.

Si aparecen diferencias en la mirada a la salud sexual y reproductiva en las distintas culturas, esto hace necesario un compromiso por adaptar nuestros servicios.

«Hace falta un poco de inclusión y también entender otra manera de embarazos porque las mujeres racializadas, en mi caso, por ejemplo, como saharaui, como árabe y musulmana incluso, veo muchas diferencias como yo veo el parto a como lo ve mi amiga XXX. Sí, lo veo muy diferente». – MUJ_SAH

Las mujeres relatan experiencias en las que han tenido que renunciar a una vida en su país de origen para empezar de nuevo en un lugar totalmente desconocido y alejadas de sus redes de apoyo. Este aspecto del duelo migratorio fue expuesto en varias entrevistadas, lo que le dota de relevancia para tener en cuenta este proceso en la valoración integral que se haga desde nuestro servicio.

En el momento del parto y el postparto, la falta de esa red de apoyo se hace más significativa. En este caso, el papel de los profesionales sanitarios adquiere una mayor importancia y necesita de una perspectiva que se aleje de lo meramente clínico.

«Sí, porque, como sabes, no tengo familia aquí. [llora durante la entrevista] Tú, hay otra persona contigo. Con el uniforme rosa. Sí, ayúdeme mucho, porque mi madre no estaba conmigo... Y cuando me ayudó la gente, las madres tenían familia, tenían alguna visita, y yo sola. (...) Muy difícil por esa parte de no tener a alguien». – MUJ_ARG

Uno de los mayores retos es la creación de un grupo en el que apoyarse. Una barrera incrementada en estos colectivos, pero que se acrecienta en una sociedad cada vez más individualista.

«Tengo amigas en Francia y en Argelia, pero aquí no». – MUJ_ARG

Con el objetivo de realizar una valoración integral, cabe mencionar el impacto de la migración en las personas y en las infancias atravesadas por este proceso. Así como esa mochila que se agranda por todo ese proceso y la falta de convivencia provocada por bulos y desinformación provenientes de una sociedad racista.

«Porque mi madre lo pasó muy mal. Y yo al final...lo vives con ella. Porque tú no tienes la vida que tienen tus compañeros. (...) Y ese momento... ver a mi madre tan preocupada y tan ahogada y tal, y tú eres consciente con 8 o 9 años... Yo creo que eso es una carga mental para un niño muy heavy».

– MUJ_SAH

«O cuando me siento en el parque, el comentario es de... (...). Sí, pero tienes que justificar constantemente eso. Entonces yo, para callarle la boca, le digo, ahora hagamos la lectura al revés. ¿Por qué esas personas vienen? Tu continente saquea. (...) Entonces se quedan así como diciendo... (...) Tú tienes que pensar qué es lo que yo estoy haciendo para mejorar la situación de las personas. Absolutamente nada. Lo único que haces es tirar más bulos. (...) Tenemos que tener respeto por el resto de seres vivientes. No somos tan importantes por el simple hecho de ser blancos». – MUJ_SAH

4.4.3. Aspectos positivos de la atención detectados por el grupo de personas migrantes

Este apartado no fue muy desarrollado a lo largo de las entrevistas porque las mujeres solían responder que la atención había sido muy buena y que no había nada que mejorar. Existe cierta conformidad y agradecimiento por los servicios recibidos. Queda la duda de si esto fue por el contexto de la conversación, el miedo a represalias o la falta de autonomía para demandar cambios.

A pesar de esta notable falta de ejemplos específicos sobre buenas prácticas a mantener hay alguna que supuso una gran valoración de nuestro trabajo.

En el caso de una de las mujeres se abordó la soledad en el momento del parto. El acompañamiento durante el parto por una persona de confianza ha demostrado tener beneficios sobre los resultados materno – infantiles y sobre la experiencia de parto. Las mujeres migrantes en ocasiones no cuentan con acompañante o bien porque no tienen una red de apoyo en la sociedad receptora o bien porque no pueden dejar los hijos con nadie diferente a su pareja. La sensibilidad especial de los profesionales sanitarios a esta serie de circunstancias puede determinar la valoración final.

«La matrona muy buena persona. Porque antes tengo... Tengo miedo para el parto... Como sabes, estoy sola, no conozco a nadie aquí, no conozco cómo pasar el parto. El idioma. Porque aquí en Argelia es muy diferente. No son igual». – MUJ_ARG

Pequeños detalles como dedicar el tiempo suficiente y acciones que faciliten la comunicación son especialmente valorados por las mujeres migrantes.

«Nos dan tiempo. Nos explican mucho. No puedes decir que no entiendo. Te puede explicar con otras cosas para entender o te hace de traductor en internet o algo para entender». – MUJ_MAR (2)

También se puso en valor el importante papel de la matrona como referente de salud y el privilegio al constituir una vía de entrada al sistema sanitario y poseer la capacidad de acompañar en los procesos de enfermedad en los que las personas son más vulnerables.

«Yo creo que el enfermo es la persona más vulnerable. O la persona que está necesitando de tu trabajo, de tu profesionalidad, de tu capacidad». – MUJ_SAH

Se valoró positivamente demostrar buena coordinación dentro del hospital y la multidisciplinariedad.

«Y me gustó también otra cosa que estaban como informados también de mi historial. Estaban informados de mi historial, sí. Y fue súper bonito». – MUJ_SAH

4.4.4. Propuestas de mejora planteadas por el colectivo de personas migrantes

De manera similar a los aspectos positivos a mantener, este apartado quedó significativamente desierto en determinadas entrevistas. A pesar de intentar trasladar a las mujeres toda posibilidad de decisión y de propuesta, parece que no sentían en esos momentos la capacidad, el derecho o simplemente la curiosidad por plantear mejoras. Algunas de las que se han recogido tras interpretar los extractos se presentan a continuación.

Se valora enormemente una atención empática, en la que se trate con respeto y se escuche con más atención. Procurar una comunicación desde el corazón y limitar que las interferencias del idioma disminuyan la calidad y la calidez. Es importante no tener miedo de abordar aspectos

como la tristeza o la depresión postparto, evitando que preguntar por esto sea consecuencia de una limitación con el idioma.

«*Atención al cliente, escuchar, no pensar antes. (...) No des el consejo antes de saber qué está pasando a esta persona. (...) Detrás de este dolor hay muchas cosas*». – MUJ_NEП

«*O con el simple gesto de que te toquen y te digan...*». - MUJ_SAГ

«*Y yo creo que cuando tú a una mujer le insistes en decirle, oye, tú puedes hablar conmigo si estás bien, si tal. Es normal a veces después del embarazo.. (...) Porque ellas no pueden entender, quizás no entiende toda la frase. Y sabes que a veces cuando formulamos una frase, según lo que pilles, el mensaje es uno u otro. Pero cuando tú le hablas de manera fácil, con palabras que ellas llevan a entender [empieza a gesticular durante la entrevista], tú, ¿estás bien? ¿Tú bien? No el bebé, no la leche. Tú, ¿tú estás bien? ¿Tranquila? ¿No preocupada? Eso es llegar muchas veces a las mujeres también y decirle, ¿y dormir? ¿Duermes bien? ¿Puedes descansar? ¿Qué tal la cabeza? (...) Simplemente que a veces después del embarazo las mujeres tristes. Podemos estar tristes. Y es normal, no pasa nada. A veces pasa. (...)*».

– MUJ_SAГ

También sugirieron conseguir aportar recursos como redes de apoyo desde la consulta de la matrona.

«... sí como una red de apoyo, como informar de pronto si ustedes tienen conocimiento de lo que me dice, de red de apoyo a mujeres migrantes, como para que uno tenga un poco más de información, porque tú llegas a un país donde eres nuevo y no conoces los recursos que tienes. Entonces, pues sí sería bueno en el caso si las mujeres, vamos, reciente su llegada y su embarazo». – MUJ_COL

Otra propuesta urgente que surgió de las entrevistadas fue la necesidad de replantear cómo hacer llegar a más personas recursos como el plan de parto o la preparación al parto. Planificar el parto fue valorado positivamente, aunque se pensó como algo difícil de alcanzar.

La matrona, en coordinación con otras áreas del servicio público, podría ayudar a facilitar la visibilización de las comunidades que predominan en nuestra área de salud y su participación en los espacios públicos, incluyendo el ámbito sanitario.

«*Porque yo para mí personalmente ver a una mujer negra o a una mujer con rasgos que claramente ves que es árabe o ves que es tal, para mí es un orgullo. Sí, hay que ocupar sitios, hay que estar, porque es importante*». – MUJ_SAГ

4.5. Análisis discursivo de las entrevistas de las matronas

El análisis de las entrevistas se planteó en diferentes bloques de contenido (Anexo 6). Se inició con una aproximación a la trayectoria profesional y formativa de las matronas entrevistadas para continuar después por el grueso de la entrevista que fue el análisis del Servicio de Obstetricia y Ginecología y de nuestro Sistema de Salud en general.

El modelo DAFO se escogió para basar el análisis del Servicio de Obstetricia y Ginecología en función de aquellos factores internos que dependen de las matronas (debilidades y fortalezas) y los factores externos del sistema que no dependen directamente de las matronas pero que determinan en gran medida el modelo de atención (amenazas y oportunidades). También se dio un gran espacio a las propuestas de mejora y se priorizó el relato de experiencias personales de la práctica laboral.

Este planteamiento de la entrevista es el que ha llevado, en su análisis posterior, a mostrar los resultados en las siguientes categorías y subcategorías:

- BARRERAS EN LA ATENCIÓN: «déficits», «necesidades», «aspectos negativos», «riesgos potenciales».
- ACCIONES PARA MANTENER: «aspectos positivos», «capacidades y fortalezas del colectivo de matronas», «programas que no se estén rentabilizando al máximo».
- PROPUESTAS DE MEJORA.
- DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS: aspectos considerados de gran relevancia para la investigación y en los que no había una posición clara o había tendencias en el discurso con diferentes miradas.

4.5.1. Barreras en la atención detectadas por el colectivo de matronas

El acceso para el colectivo de personas migrantes depende de un complejo circuito en el que hay muchos factores determinantes. A lo largo de las entrevistas y conforme a la experiencia, quedó palpable el espejismo de la sanidad universal.

Las entrevistadas refieren que menores de edad y embarazadas, por norma general, no tienen problemas en el acceso al sistema sanitario; pero el resto de las personas solo pueden acceder en casos de urgencia.

Las funciones de la matrona incluyen, entre otras, el cribado de cáncer de cérvix, anticoncepción, seguimiento de la menopausia, educación del suelo pélvico; y las mujeres migrantes no pueden acceder a ninguno de estos servicios ya que la ley solo contempla el embarazo, el parto y el postparto inmediato.

Además, el acceso a fármacos no está al alcance de todas las mujeres. Las dificultades económicas de las personas migrantes limitan que puedan permitirse medicamentos no financiados y, en ocasiones, también aquellos financiados.

«Por ejemplo, la mujer está vomitando, esto me pasa mucho con las mujeres musulmanas en Ramadán. (...) El medicamento de elección es el Caribán. (...) no está dentro de la prescripción que está cubierta (...). Tiene un precio bastante alto (...) Entonces, económicamente hay muchas mujeres que no se lo pueden permitir. Y que al final requiere que tengas que pedirle al ginecólogo ... que le ponga Primperan, las pastillas... no es el de elección porque tiene más contraindicaciones de cara al embarazo. Pero luego, además, claro, las mujeres que tú no tienes en cuenta que no se van a poder pagar el Caribán, porque tú

puedes decirles tómate el Caribán y se lo pautas y te olvidas. Y la realidad es que no se lo va a tomar (...). Entonces, si esto lo obvias, esta mujer, hasta que tú la veas en un mes, va a estar vomitando sin comer y te va a venir con una pérdida de peso y con una afectación a su salud». – MAT_2205

La salud mental no se valora adecuadamente en el migrante. En un momento en el que el sistema sanitario español ha ampliado los recursos destinados a la salud mental estos no incluyen a las personas migrantes sin tarjeta sanitaria.

Otro determinante del acceso es el trabajo de las personas. La pertenencia a profesiones con escasos derechos laborales puede limitar el acceso. Las personas migrantes a menudo trabajan como internas, disminuyendo enormemente la posibilidad de acudir a las consultas de seguimiento requerido. Esto está relacionado con el estigma del «no acude», ya que las matronas refieren que es más sencillo prejuzgar la inasistencia de estas personas a las consultas frente al caso de las mujeres autóctonas.

«Interesarte por la situación de la persona que tienes delante, no dar las horas. Como si la gente no tuviera otra cosa o como si creyeras que están como tú, que tienes derecho a pedirte en el trabajo las horas (...). Eso es un privilegio ahora mismo (...). Y si tú no lo tienes en cuenta, la mujer no va. Y entonces empiezas a poner aquí [señala el ordenador], <no acude>. Y ese <no acude>, está generando un estigma sobre esa persona, sobre que no se interesa por su salud, sobre que es una dejada, sobre no sé qué. Y la siguiente profesional que ve todo lo que es <no acude>, ya empieza a tratarla como mal.

Porque es como, estás gastando recursos y luego encima no vienes». – MAT_2205

La violencia institucional también queda reflejada en el acceso. La burocracia y los circuitos para obtener los documentos necesarios se complejiza de tal manera que perpetúan el aislamiento y la exclusión, así fue relatado por una matrona de orígenes migrantes.

«Sí, pues que no te faciliten el simple hecho de tener una cita para poder tramitar tus papeles, (...). Hoy en día en muchos puestos de extranjería las citas se dan de forma automática o tú las pides por internet. Y extranjería las pone visibles a partir de cierta hora. Pues hay mafías, y esto extranjería ya lo sabe, pero no hace nada, que lo que hacen es estar un montón atentos al ordenador y cuando aparecen esas citas las cogen todas y luego las van vendiendo». – MAT_0605

La disposición de los profesionales sanitarios determina si se produce o no la asistencia. La atención en el caso de no disponer de la tarjeta sanitaria parece depender de la voluntad de los profesionales. Además, lograr el cumplimiento de las citas más importantes parece ser un logro suficiente en este grupo de población lo que conlleva que la atención a este colectivo suele ser más básica y superficial.

«Yo nunca he tenido problema porque, aunque sea, la veo sin citar en la agenda. Que no me importa que venga y ya está, a mí me da igual». – MAT_1305

La totalidad de las entrevistadas reconoció una carencia formativa específica en la atención a colectivos vulnerables y señaló que es crucial recibirla. Además, existe un consenso general de falta de formación al respecto tanto en la carrera de enfermería como en la especialidad de matrona y la oferta formativa posterior en este ámbito es escasa y la información existente es difícil de obtener.

«Para mí una de las principales necesidades es la formación, entonces muchas veces trabajamos desde mi creencia, desde mis sesgos, y creo que eso hace que no demos una buena atención. Y nos falta mucha, mucha formación». – MAT_1305

Algo a subrayar es que la formación de las matronas suele ser autodidacta o surgir de un interés individual en relación con sus inquietudes, lo que genera desigualdades en la atención de las pacientes según el compromiso con la mejora asistencial de las trabajadoras.

«No podemos dejar que todo dependa de la suerte que tengamos de encontrarnos con una matrona u otra». – MAT_2904

El cómo debe ser la formación crea dudas. Aumentar la formación sobre las diferentes culturas podría ser perjudicial al facilitar la generalización de clichés culturales. Sin embargo, prevalece el pensamiento de que cuanta más formación, mejor atención.

Pasando a otra dimensión, el personal administrativo supone una barrera en sí misma ya que constituye la primera persona que se encuentran y, siendo el único que puede dar cita, las matronas lo han descrito como la mayor barrera en este ámbito.

«Atención Primaria tiene un placaje administrativo a la hora de registrar. (...) Parece ser que esta asistencia gratuita... la experiencia que tengo no es tan real como la venden. (...) O no están bien formados a nivel administrativo o no se les dan los recursos necesarios». – MAT_1205

La complejidad de los circuitos puede aumentar por la burocracia. Incluso cuando la asistencia sanitaria está reconocida, la burocracia supone una dificultad añadida para el colectivo de mujeres migrantes.

«Me quiere sonar que una vez de residente (...) que nos trajo una mujer un papel que ponía que puede acceder a la atención sanitaria porque estaba embarazada, porque aún no tenía una tarjeta física, y entonces esa matrona le echó la bronca por haber venido y le dijo que hasta que no tuviese la TIS que no volviera». – MAT_0605

El Tercer Sector defiende el derecho a la salud. Las ONG de acogida tienen una gran implicación en los trámites relacionados con la obtención de la tarjeta sanitaria, aunque se destacó que es necesario que a las mujeres se les informe de la existencia de dichas ONG para beneficiarse de dicho servicio. Sería necesario, en este sentido, plantear cómo generar un circuito de comunicación y derivación entre este sector y las consultas de las matronas.

La principal barrera detectada fue la lingüística, señalada en las nueve entrevistas. Frente a ella, el sistema Dualia generó mucha controversia. En algunos casos se defendió ya que es la única herramienta de traducción de la que se dispone a nivel corporativo; sin embargo, una gran mayoría argumentó que podría tratarse de una barrera más por la incomodidad percibida o manifestada en ocasiones por las mujeres y por aumentar la distancia (física y emocional) entre la paciente, la matrona y el/la intérprete.

«El Dualia me parece muy interesante. O sea, yo cuando lo he usado me ha ido siempre súper bien. Pero es verdad que algunas mujeres en nuestros temas, pues tampoco se sienten cómodas hablando con una persona ajena. (...) Al final se pierde un poco esa intimidad. Entonces muchas mujeres prefieren utilizar el traductor (...) Me parece que es un recurso muy muy bueno. Pero bueno, también tiene sus fallos, su límite». – MAT_1605

Por otro lado, el uso de herramientas externas a Dualia crea conflictos morales y legales con relación a la protección de datos. En muchas ocasiones, mujeres y matronas optan por utilizar otros recursos o aplicaciones no reconocidas por Osakidetza, como *Google Traductor*, por su facilidad de uso y las limitaciones descritas en el anterior apartado.

Aun así, lo que es palpable es que las consecuencias de una falta de comunicación eficiente pueden ser fatales. El desconocimiento del idioma conlleva una atención más superficial y limitada por parte de las sanitarias y un menor acceso a determinados servicios de Osakidetza por parte de las pacientes. Todo ello, supone riesgos para la salud de la madre y del bebé. Algunas de las problemáticas enunciadas por las matronas en las entrevistas incluyen: no detección de casos de violencia de género, no seguimiento adecuado de las recomendaciones sobre cuidados en el embarazo o no transmisión de la importancia del tratamiento pautado.

«Y a veces yo lo que veo es que muchas de sus citas están muy atadas a su disponibilidad de cuando puede ir su pareja. Y a veces tampoco sabes si la traducción de su pareja es la correcta, (...), porque claro, partes de que tiene una buena relación de pareja, ¿y si no?, no puedes detectar nada».

– MAT_1305

A nivel cultural, la coexistencia de dos o más culturas en el momento de la atención supone que haya que valorar qué implicaciones tienen tanto para las personas que son atendidas como para las profesionales.

Una barrera detectada en este sentido fue la falta de adaptación cultural de las recomendaciones de salud. El desconocimiento de las diferentes culturas conlleva la transmisión de recomendaciones de salud generalizadas, sin una visión más individual o adaptada a la realidad social de cada persona; incluso cuando las tradiciones que las personas llevan a cabo no tienen ningún perjuicio para madre o recién nacido. Estas diferencias culturales mal gestionadas también pueden suponer un aumento de la desconfianza en los profesionales ya que, de estas, derivan creencias de que no podemos comprenderles ni ayudarles.

«Hemos tenido un caso concreto de una mujer, por ejemplo, que ha tenido su tercer bebé, ha dado lactancia a los dos anteriores durante tres años, una lactancia diferida porque ella ha querido y se lo ha estado dando con cuchara, que es un método de suplementación que está reconocido, pero en la planta le decían que sí o sí con dedo jeringa, (...) o sea que un sacaleches no necesitaba ni lo quería, pues en cada turno le decían que usase tal y encima se hablaba mal de ella, de que no hace caso, es que tal, es que cual... Pero ¿tú qué le vas a enseñar a una mujer que ha dado tres años a dos niños y están sanos? (...) Si es una práctica cultural que no hace daño ni a madre ni a bebé, ¿por qué la vamos a cambiar si es su cultura? Evidentemente, si es algo dañino para bebé y madre, pues ahí sí que tenemos que hacer hincapié en que se deje de hacer, pero si no hace daño, más daño es hacerle unos pendientes a una niña».

– MAT_0605

Muchas veces, al formar parte del sistema heteropatriarcal, algunos servicios se enfocan en un perfil muy excluyente, como es la mujer blanca, europea, de clase social media-alta y heterosexual. Se cuestionó la necesidad de asumir que existen servicios inadaptados a la multiculturalidad de la sociedad actual ya que en varias ocasiones se hizo referencia al estilo de las preparaciones al parto, como orientadas a población local y sin una perspectiva más inclusiva e interseccional; planteándose la necesidad urgente de cambiar el contenido de dichas sesiones y renovar su estilo.

«Yo intento, pues, en esas preparaciones, claro, tener mucho cuidado con las generalizaciones que hacemos, (...) cuando pones simplemente en la diapositiva de qué llevar al hospital, ¿no? La documentación, pues el DNI y la tarjeta sanitaria. Entonces ya estás diciéndoles a muchas mujeres que no pueden ir al hospital, porque no tienen ni DNI ni tarjeta sanitaria. (...) Yo ahora en mi preparación cuando hablo de la documentación a llevar, hablo de la cartilla de embarazo que todo el mundo la tiene, un documento acreditativo de tu identidad, el que sea, el pasaporte, o sea, lo generalizo mogollón y lo abro muchísimo para que todo el mundo sienta que tiene cabida ahí». – MAT_2205

Se planteó la dificultad en el abordaje de temas complejos como el duelo perinatal, que puede ser muy diferente según la cultura de la familia que vive este proceso. La sensibilidad cultural del profesional es urgente e indispensable, pero en algunas ocasiones se convierte en determinante para la buena consecución de un proceso como puede ser el duelo.

«Creo que muchas veces se sienten presionadas para interrumpir cuando ellas, por costumbre, cultura o religión no quieren hacer eso porque les supondría mucho más duelo y más dolor el interrumpir que el seguir con el proceso». – MAT_0605

Se valoró que las diferencias respecto a su entorno sanitario pueden suponer un shock para las mujeres. La atención sanitaria de nuestro sistema, medicalizado y paternalista, hace que en el entorno médico se hayan priorizado las pruebas y se haya centrado la atención en máquinas diagnósticas, perdiendo la parte más humana de la relación terapéutica.

«Pues yo creo que muchas veces lo que ellas traen de sus países, de cómo se vive allí, este momento de la maternidad, el embarazo, el parto y posparto, no tiene nada que ver con cómo lo planteamos aquí, que puede sentir como que todo está muy medicalizado, ¿no?». – MAT_1305

Surgió el cuestionamiento sobre qué ocurre si el profesional que atiende es un hombre. Este hecho no está contemplado en Osakidetza y, en general, supone algo muy violento en determinadas culturas. Un problema que no se ha planteado con suficiente contundencia y que cuando se ha hecho en el entorno sanitario, ha dado lugar a comentarios racistas como que deberían adaptarse a la cultura del lugar de acogida o que son aspectos de su religión que disminuyen la autonomía de las mujeres.

Desde un punto más informativo, la falta de información real y adecuada puede tener graves consecuencias. En ocasiones, la falta de conocimientos sobre el derecho de atención a la salud supone una barrera en el acceso, ya que las mujeres tardan más en consultar y esto acarrea consecuencias para la salud materno-infantil. Por ejemplo, se ha demostrado el aumento de efectos adversos perinatales ante embarazos de captación tardía.

La difusión de la información de que el seguimiento del embarazo está incluido independientemente del estado de la tarjeta sanitaria, además de insuficiente, es distinta, no llega siempre con exactitud y varía mucho según qué grupos y qué culturas.

«Creo que no se hace suficiente propaganda. Creo que el boca a boca funciona en algunos colectivos. Quiero decir, las mujeres, por ejemplo, de Latinoamérica sí que lo controlan más y, además, claro, no tienen barrera idiomática, con lo cual ese acceso ellas yo creo que lo encuentran más fácil. Y además ... están bastante interconexionadas entre ellas. Enseguida tejen ya como red. Pero colectivos más pequeños, pues de África subsahariana, con barreras idiomáticas, Nigeria, Senegal, por ejemplo, pues son mujeres que encima vienen más aisladas, se relacionan poco, no contactan con ONG, con lo cual se enteran cuando dicen tengo que hacer algo con esto. Hay colectivos que son más vulnerables dentro de los vulnerables». – MAT_2205

Pasando a hacer referencia al contexto de las personas migrantes y del propio sistema en el que se desarrolla la atención, se detectó la necesidad de redes de apoyo. La falta de redes de apoyo dificulta el seguimiento de circuitos administrativos y disminuye el conocimiento sobre cuáles son sus derechos y qué recursos pueden obtener. Las redes de apoyo también disminuyen el riesgo de depresión postparto.

«...muchas de ellas que no tienen apoyo y lo mal que lo pasan en el posparto, que les falta esa red de apoyo y que muchas han llegado recién embarazadas. (...) Y les vas viendo que según va evolucionando el embarazo se les va cambiando la cara, les ves como más tristes. Y el posparto muchas veces les mata, ¿no? Porque tienen a su familia allí, ellas están solas aquí, no tienen red, no tienen entorno. Nosotras educamos y criamos desde nuestra manera, ellas desde la suya. Y creo que hay muchas veces que ellas tampoco se sienten identificadas». – MAT_1305

El sistema parece ser inflexible y poseer normas rígidas. En ocasiones, se dificulta la atención por la falta de comprensión de las circunstancias individuales de cada persona y las responsabilidades familiares que acarrea.

«Quizás a veces el hecho de tener que venir con más niños a las consultas porque no tienen con quién dejarlos. Nosotras normalmente yo creo que nadie les pone pegas, pero a la hora de ir al ginecólogo no es la primera vez que me dicen que el ginecólogo me ha dicho que no lleve a los niños. Entonces claro, dices, ¿y dónde los deja? O sea, que quizás el propio sistema de las consultas cada vez es menos amable de cara a sus circunstancias». – MAT_2205

Cabe destacar, a nivel contextual, el cambio en el perfil de las mujeres atendidas en Osakidetza. La mirada de la matrona jubilada aportó la evidencia de que los cambios en la sociedad eran notorios y trasladados a la atención sanitaria. Se reconoce que, ahora, los deberes pendientes son la adaptación del sistema a esos cambios.

Las matronas aseguraron que el entender de manera diferente determinados conceptos puede suponer una limitación. Aspectos como la organización del sistema y la información sobre cómo se gestionan los recursos puede ser totalmente desconocida para la sociedad. Este aspecto también tiene una enorme relación con el conocimiento de las funciones y competencias de las matronas, ya mencionadas anteriormente.

«Muchas veces no nos damos cuenta de que estas mujeres, por sus situaciones de falta de conocimiento del idioma, de falta de acompañamiento, no pueden venir y acaban siendo mujeres usuarias del sistema de urgencias. Y claro, muchas veces del sistema de urgencias luego les echan la bronca porque no es el medio de utilizar el control del embarazo. Y yo creo que a veces nos falta esa flexibilidad de entender su situación (...). Es como que nosotros funcionamos mucho desde la prevención, pero ellas no funcionan así. Muchas veces en su país de origen ni existen controles de embarazo. Entonces nos falta ese poder adaptarnos un poco más a su realidad y no ver todo desde nuestra realidad y nuestra perspectiva que tenemos de la salud». – MAT_1305

Otra diferencia conceptual podría ser la percepción de qué es salud y enfermedad. Determinadas recomendaciones pueden estar sujetas a creencias culturales y suponer una barrera en la consecución de estas, además de dificultar la creación de una relación terapéutica. Incluso cuando la barrera lingüística no es un problema, se ha visto que las mujeres migrantes definen de manera distinta las cosas. Además, el control del embarazo está muy protocolizado y puede suponer una gran diferencia con respecto a su lugar de origen.

«Yo creo que [un riesgo potencial] es la vinculación con la matrona que tengas delante. Si ellas no sienten que a la persona que tienen delante le pueden contar, pues eso, que no le vas a hacer caso a nada de lo que te esté diciendo. Eso ya empieza a generar una fractura. Porque ella piensa que donde va no siente que le esté diciendo nada que tenga relación con su vida. (...) No podemos dar recomendaciones en vacío, generalizadas, como quien suelta una lista de la compra». – MAT_2205

Se consideró indispensable otorgar una categoría específica que recoja todo lo referente al tiempo y los espacios de atención, así como los recursos humanos y materiales de los que dispone/carece el sistema sanitario.

Una de las principales limitaciones actuales de este sistema es la falta del tiempo y del personal necesario para proporcionar una atención de calidad. Se plantea la necesidad de asegurar una cobertura asistencial adecuada conforme a los estándares internacionales, siendo aún más grave en época estival. Esta sobrecarga asistencial agrava la situación de determinados colectivos, como aquellos que poseen una barrera lingüística que aumenta el tiempo requerido de atención.

«Bueno, pues yo creo que probablemente la primera de todas y más importante es el tiempo que tenemos para dedicarles a cada mujer. Al final eso es una limitación que tenemos con todas las mujeres, pero precisamente igual las migrantes necesitan un poquito más de tiempo por las barreras culturales y del lenguaje también. Entonces a lo mejor necesitan un poquito más de espacio que no tenemos». – MAT_2904

Estas ideas se unen con otra relativa a la inestabilidad de plantillas. La ausencia de una plantilla estable impide fomentar el trabajo en equipo y la revisión crítica de los protocolos de atención actuales.

«Pero a mí me parece que desde hace ya bastantes años tiene un problema de un equipo de trabajo. Se trabaja en equipo, pero no hay un equipo de trabajo estable... Sí, de los contratos, que es muy cambiante. (...) Un equipo de trabajo estable fortalece y ve más las necesidades que se van creando y los cambios que pueden ser precisos». – MAT_2805

Se describieron los espacios de atención como deshumanizantes, aludiendo a una falta de amabilidad en las infraestructuras y una ausencia de espacios que aseguren la intimidad.

«...los paritorios están llenos de aparatos... yo ya estoy acostumbrada a un hospital terciario, pero entrar a este paritorio... me asusta. ¡Dios mío! ¿qué me van a hacer con esta cuna? Me van a hacer una reanimación a lo bestia...». – MAT_0505

La enorme dispersión de población y servicios sanitarios en algunas regiones de la CAV complica el seguimiento de las citas y aumenta la desigualdad entre estamentos y entre las mujeres.

Surgió un complejo debate sobre los recursos que se pueden ofertar desde el servicio de salud cuando se detectan casos de violencia de género. Además, parece que varios de los puntos mencionados en la barrera estructural podrían tener como consecuencia la no actualización periódica de determinados protocolos (como el de Mutilación Genital Femenina, MGF).

«Y me he ido dando cuenta, a medida que preguntaba o no preguntaba, que la capacidad de después dar respuesta a las necesidades que podías tener, aparte de acompañar, pues eran escasas. Entonces, muchas veces, abrir melones con los que no puedes trabajar, deja a la gente peor de lo que estaba». – MAT_2205

«Tenemos un protocolo de mutilación genital femenina que se hizo ya hace muchos años, pero que se ha quedado muy obsoleto. (...) ... es simplemente preventivo. (...) Y nuestro protocolo no contempla absolutamente ninguna forma de reparación o recuperación». MAT_2205

Se observó cómo la falta de una identidad dentro del colectivo de matronas supone también una merma en la atención a determinados colectivos.

Se ha detectado una ausencia de liderazgo y de gestoras dentro de la profesión. En una de las entrevistas se habló de falta de líderes y del reconocimiento del nivel A1¹⁴. Se resaltó la importancia de comprender las particularidades de esta especialidad de enfermería y de desarrollar al máximo sus competencias. Esta falta de desarrollo de competencias, ya mencionada en barreras previas, supone una complejización del circuito de atención, agravada en el caso de quien posea barreras burocráticas y lingüísticas.

«Falta de gestión, falta de líderes de nuestra especialidad. O sea, no hay un liderazgo que gestione todo esto. (...) Hay en alguna zona de atención primaria, sí que hay coordinadoras, que han nacido ahora las coordinadoras, pero a nivel de dirección no hay matronas gestoras. Y yo creo que eso debería haber.

Porque es una especialidad que no tiene nada que ver con ninguna otra». – MAT_0505

Racismo, prejuicios y exclusión sanitaria

El debate en torno a la existencia o no de acciones racistas en la atención sanitaria fue una parte esencial de las entrevistas. Más adelante se hace un análisis sobre los distintos perfiles/discursos detectados, aunque hay un punto en común de que todas han presenciado (y posiblemente formulado) comentarios/acciones racistas.

Los prejuicios sobre las personas determinan la atención. La esencia racista de los profesionales tiene su expresión en la atención, mientras que el trato humano, la formación y el conocimiento de otras culturas combaten el racismo.

«Nosotros los que vemos es, jolines, es que viene a la urgencia y esto no es urgente, jolines, viene en ambulancia... también hay que entender que no sabemos cómo está organizada la sanidad en su país». – MAT_1205

«Se prejuzga mucho cuando el marido es árabe o musulmán... realmente si el marido no está o no te fías de él, puedes usar el traductor perfectamente». – MAT_0605

¹⁴ El grupo A1 se otorga a aquellas profesiones que son grado universitario. Sin embargo, la profesión de enfermería aún no tiene ese reconocimiento a pesar de llevar años siendo un grado. Esta reclasificación supondría el reconocimiento de las competencias y un posible acceso a puestos de mayor responsabilidad. Actualmente, las enfermeras siguen clasificadas dentro del grupo A2 en la Administración Pública.

«Y los microrracismos, que también... Que tampoco, ¿eh? No son micro, pero... Digo micro porque parece que está como normalizado el decir ha ingresado una negrita tal, o que le hables como infantilizándola o... No sé». – MAT_0705

Como se leyó en otras investigaciones incluidas en el marco teórico de este informe, el racismo se manifiesta, entre otros, en la minusvaloración del dolor en personas migrantes. Además, el trato desigual a las mujeres autóctonas/migrantes es palpable y es una consecuencia más del racismo inserto en el sistema y nuestra sociedad.

«Yo lo que recuerdo y lo que he visto es que muchas veces se dice, ¡bah!, si se toman el dolor de otra manera o si aguantan mucho, o sea, es como que minimizan su dolor (...), y muchas veces no se les pregunta porque ellas no se quejan, porque se sienten indefensas ante un entorno hostil o desconocido o lo que sea, el concepto de indefensión aprendida». – MAT_0605

Nuestra mirada a su cultura es, en ocasiones, racista. Cuando consideramos que «lo otro» no es correcto aumentamos la vulnerabilidad, menospreciando algo fundamental para las personas y nos arriesgamos a que la confianza de las personas que atendemos en el personal sanitario disminuya radicalmente.

«Yo creo que muchas veces está nuestra perspectiva de cómo vemos su cultura, su vida y que hacemos juicios de valor sin tener en cuenta. Entonces eso hace ya que ella no empaticé contigo, que tú no empatices con ella y que mi trato sea como desde una superioridad y que ella se sienta que le estás menospreciando. Entonces para mí hay un riesgo muy importante, es que ella pierde ese contacto contigo, esa confianza y entre comillas somos las únicas que podemos acompañarles». – MAT_1305

El racismo puede llegar en ocasiones a constituir casos de negligencia médica y violencia obstétrica que evidencian el camino que queda por recorrer.

«Pues una mujer árabe que no hablaba castellano y que, a las tres de la mañana, como su bebé no bajaba (...) la matrona llamó a una de las gines de guardia, como estaba alto, la iba a meter en quirófano, pero cuando se dio cuenta de que no la entendía, dijo, yo no voy a entrar en un quirófano por una mala que no se ha molestado en aprender mi idioma. Intentó ventosa, llamó a su compañera de guardia, que la miró con una cara... al ver el instrumental tan alto, intentó ventosa - fórceps, al final el bebé nació, pero mal, fue una hemorragia postparto que hubo que llamar a anestesia, y ese bebé acabó ingresado en la neonatal, con secuelas de por vida, por lo que me dijeron los pediatras. Esa mujer acabó con un desgarro 3C, y la pena que me da es que no sabe que lo que le estaban haciendo no estaba bien». – MAT_0605

4.5.2. Aspectos positivos de la atención detectados por el colectivo de matronas

Una de las principales ventajas identificadas en este trabajo es que el colectivo de matronas posee una altísima formación teórico-práctica y está en continua actualización. La necesidad de

formación detectada como barrera se traduce en el deseo formativo mencionado en todas las entrevistas.

Otra aproximación a la formación podría realizarse gracias al acercamiento a las mujeres migrantes, valorándoles como informantes expertas y fomentando el intercambio de saberes. Preguntar a las mujeres sobre particularidades de su cultura y acercarse a sus experiencias con un deseo de aprendizaje continuo es algo que caracteriza a las profesionales entrevistadas.

«Hay que tener muchísimo en cuenta la cultura de cada uno... te enseñan un montón de matronería fisiológica y de fisiología del parto». – MAT_0505

Por otro lado, otro punto positivo es la capacidad de empatía y la disposición para la ayuda existente en el colectivo de matronas. La empatía se destacó prácticamente en todas las entrevistas en primer lugar y se definió al colectivo de matronas como cercano y sensible a las necesidades de las pacientes.

«Es que yo creo que al final esa capacidad que tenemos, esa humanidad que tenemos, lo hace como más fácil todo, ¿no? Siempre intentamos informar y eso se debería mantener. Muchas veces informamos lo que nos toca a nosotras y lo que nos toca al resto de especialidades o de médicos». – MAT_0705

«La verdad es que, a ver, yo creo que contamos eso, con una posición de privilegio total. O sea, tenemos el espacio, tenemos el sitio, tenemos la empatía. Yo creo que en general somos un colectivo que es muy empático, que se interesa por las situaciones de la gente, que nos gusta mirarles». – MAT_2205

En la mayoría de los casos, parece que la voluntad de todos los profesionales es la de ayudar y resolver los problemas administrativos que pueda haber.

«Generalmente nunca ponen ninguna pega ni para hacer analíticas ni para hacer las ecos ni nada de nada. No suele haber problema». – MAT_1305

Al hilo de la capacidad formativa y empática, se considera que las matronas son resilientes y con cultura de autocritica hacia los avances de la profesión y de adaptación a los cambios.

«(...) tenemos mucha capacidad de autocritica y creo que eso nos beneficia para poder afrontar futuros retos o retos más bien actuales de un mundo cada vez más diverso. Creo que eso sí que nos ayuda porque no somos un colectivo estático en cuanto a rigidez de no formarnos o de no querer abrir la mirada». – MAT_0605

También se desarrolló el conjunto de oportunidades dentro del SVS. Osakidetza cuenta con una plataforma de formación ya desarrollada y con los recursos necesarios para promover una formación continuada de calidad y que llegue a una gran audiencia de profesionales: Jakinsarea. Además, se ha mencionado en algunas entrevistas que cursos sobre atención a colectivos vulnerables ya han sido impartidos dentro de dicha plataforma, algo que podría retomarse y aprovecharse/actualizarse.

El aumento de la formación ha supuesto, en algunos casos, el germen de la mejora de protocolos. En una de las entrevistas se planteó que la formación impartida por Osakidetza en relación con la atención a colectivos migrantes supuso el germen para el desarrollo del protocolo de MGF. La formación estimula la curiosidad profesional de mejorar los protocolos de atención.

Osakidetza cuenta con programas específicos que mejoran la atención de las personas migrantes. Existe la figura de los *mediadores culturales* en otros servicios, parece que se podría estimular su presencia en el servicio de obstetricia y ginecología aportando los relatos tanto de las mujeres migrantes como de las matronas entrevistadas sobre los beneficios que se obtienen de este recurso.

«Yo lo que veo es que el sistema vasco de salud en los últimos años sí que le veo una apertura para intentar dar una mejor atención, una mejor calidad en la atención a diversos grupos de pacientes». –

MAT_0605

Existen algunos programas y recursos a nivel local y de Bizkaia que podrían ser de interés para la mejora en la atención. Cabe señalar que en general hubo un importante desconocimiento sobre qué oferta Osakidetza para el colectivo migrante. Algunos programas son *Mujer, Salud y Violencia*¹⁵, *Sartu Taldea*¹⁶ u *Osasun Eskola*¹⁷ (la posibilidad de tener online muchos recursos de información sobre la salud permite traducirlo al instante). En otras ocasiones, algunas matronas comentaron que ofrecen información sobre asociaciones del Tercer Sector, como Médicos del Mundo, al desconocer otras opciones que puedan aportar sobre redes de apoyo.

Se ha destacado la particular capacidad de las zonas rurales. A nivel local, parece que es más sencillo iniciar colaboraciones con asociaciones y ayuntamientos. En el caso de una de las entrevistas, se habló de una colaboración con una Escuela de Empoderamiento de Mujeres que aprovecha el grupo de aprendizaje de castellano para realizar una charla informativa sobre salud de la mujer para la resolución de los temas de interés solicitados por las mujeres. Este tipo de iniciativas locales generan que la matrona salga del centro de salud y se convierta en un agente más de la comunidad, aumentando la confianza en el sistema y acercándose a las mujeres, creando comunidad y apoyo mutuo. Parece que sería interesante universalizar esta propuesta en las distintas OSI para la creación de grupos de intercambio de vivencias.

«[Al relatar su experiencia con el grupo de mujeres de la Escuela de Empoderamiento]...está guay porque ellas también rompen mogollón de tabúes. Yo también aprendo mogollón de sus cosas porque les

¹⁵ Impartido en el módulo de Ausolan y que lleva a cabo sensibilización para la prevención de MGF en el caso de que el recién nacido tenga genitales femeninos.

¹⁶ Red de asociaciones y cooperativas sin ánimo de lucro en el País Vasco que lucha contra la marginación y la exclusión social.

¹⁷ Servicio de Osakidetza y Departamento de Salud que ofrece información y formación a la ciudadanía, con el fin de lograr una actitud responsable y activa en torno a la salud y enfermedad.

digo, vale, tú me dices esto, pero ¿por qué me dices esto? No, porque en mi país hacemos esto y esto. Ah, vale. Entonces está guay porque es un aprendizaje mutuo». – MAT_1305

La identidad de las profesionales y el sentimiento de pertenencia al colectivo es también una ventaja que destacar. Las matronas, como profesionales sanitarios, poseemos un código deontológico que rige nuestros derechos y deberes y que debe guiar la ética asistencial.

En general, la percepción de las personas entrevistadas es que las matronas poseen una destacada capacidad comunicativa, tanto verbal como no verbal; siendo ambas esenciales para brindar el apoyo emocional y técnico que necesitan las mujeres. Emplear un lenguaje amable y claro, un tono empático y gestos tranquilizantes en la consulta y el paritorio generan confianza y fortalecen la relación con la paciente. El lenguaje no verbal (miradas, expresiones faciales, contacto físico adecuado, etc.) cobra aún más importancia en los casos en que el idioma hablado no es el mismo.

«Yo, por ejemplo, intento la primera vez que les veo preguntarles de dónde vienen y cuál es su lengua materna. (...) Entonces les suelo preguntar por él y me lo apunto... Cuál es el saludo y es una forma muy... es como una llave muy potente de conectar. O sea, yo he visto unas transformaciones muy bonitas cuando estás con una persona, una pareja o una persona que viene de fuera y que de repente buscas una palabra para saludarle en su idioma, de estar ahí como un poco asustado... Las caras que ponen cuando están ahí y les saludas en su idioma, (...) Y luego ya me lo apunto y cuando vienen pues intento... Y luego ya a partir de ahí vemos cómo nos comunicamos. (...) O sea, de verdad es que he visto unas transformaciones de la postura, de la cara, la expresión, las ganas de hablar contigo, de entendernos. Es tan loco esa transformación tan básica como el saludo que me parece impresionante». – MAT_2205

El seguimiento del embarazo y sus numerosos controles estimula que las matronas sean una figura referente en el ámbito de la salud para las mujeres y nos pone en una posición privilegiada para realizar intervenciones, como por ejemplo la sensibilización contra la MGF. La matrona en Atención Primaria tiene la posibilidad de un acercamiento y seguimiento continuo y más individualizado de la paciente.

«Yo creo que eso en el hospital igual a veces puede ser un poco más difícil, pero yo creo que en primaria sí que siempre intentas llegar como a hacer una relación con ella para que venga a los controles, para que se enganche, para que siga. Y aunque sea un inicio tardío, pues para que pueda obtener el mejor resultado de los controles que le podamos ofrecer». – MAT_1305

«Un contacto amable, no sé. Creo que estamos en un sitio donde podemos generar red para ellas y dirigirlas a diferentes sitios, ¿no? (...) Para eso tenemos que conocerlos». – MAT_2205

La relación que se crea con las mujeres tras los numerosos contactos y por las circunstancias tan particulares del embarazo, el parto y el postparto, determina que la matrona se convierta en ocasiones en el pegamento del sistema o el hilo conductor de la atención. La sensibilidad de relatos como el de a continuación nos hace reflexionar sobre la importancia de

los profesionales que están implicados desde Atención Primaria y que facilitan los circuitos y dotan de una calidad y calidez añadida a la atención.

«Y me pasa mucho... cuando tienen que ir a otro sitio, a otro especialista, vienen aquí. Antes, vienen aquí para saber dónde, para saber con quién o porque les ha fallado no sé qué. Entonces dejan de usar a los administrativos de abajo, vienen aquí a ver si yo les puedo hacer. Entonces te vas dando cuenta de que vas siendo su recurso. Porque les miras(...) Y eso dices, hostias, está fallando el resto, está claro, está fallando el resto. Pero al menos tienen un sitio donde ir. Y que, no sé, a mí eso me parece bonito». – MAT_2205

4.5.3. Propuestas de mejora planteadas por el colectivo de matronas

A lo largo de las conversaciones se plantearon numerosas ideas que podrían suponer una mejora sustancial en la atención. En ocasiones, se plantearon mejoras que requieren la participación total del sistema, más relacionadas con la estructura; pero en otros casos, bastaría con la reflexión individual de las profesionales y la creación de conciencia para estimular la mejora continua de nuestras prácticas.

Un aspecto que enriqueció esta parte de las entrevistas fue el plantear las ideas que se generaban en conversaciones previas, logrando nutrir una idea inicial de la experiencia de todas las entrevistadas y optando por valorar la aceptación que esa idea tendría si se pone en marcha (por ejemplo: el debate en torno a añadir un apartado de «particularidades culturales en el plan de parto»).

A continuación, se describen las propuestas y demandas del colectivo de matronas.

Osakidetza debería, como mínimo, plantearse una alternativa a Dualia. Este sistema de traducción no ha recibido una valoración positiva ni por las mujeres ni por las matronas. Opciones como una App corporativa que facilite la traducción a los diversos idiomas pero que asegure el anonimato y disminuya barreras como la pérdida de contacto podría suponer una mejora. Sin embargo, la implementación de los mediadores culturales que se ha desarrollado en otros servicios debería ser prioritaria en nuestro Servicio de Obstetricia y Ginecología, ya que con ellos se asegura, junto a la traducción literal, la conversión cultural del mensaje que se desea transmitir. El objetivo es conseguir una comunicación bidireccional y un acercamiento de entornos. Sería positivo conocer más sobre esta figura y acercarse a la trayectoria de esta en otras Comunidades Autónomas como Cataluña.

«Si tú haces una traducción pura y dura hay algo que se pierde... hay que intentar comprender más allá de las palabras... todo eso que va por detrás del lenguaje no lo entiendes». – MAT_1205

Junto a la idea previa, plantear algunos recursos que acorten la barrera lingüística y que universalicen la atención desde el punto de vista del lenguaje. La disponibilidad de los

documentos de mayor importancia como son los consentimientos informados (que deben ser firmados únicamente tras su correcta comprensión) en la mayoría de los idiomas o la facilidad para traducirlos en el momento si fuese necesario, es algo prioritario para el colectivo. Sobre todo, aquellos con grandes implicaciones como el documento de identificación materno – filial con huellas maternas y sangre del bebé o el consentimiento para realizar la Prueba del Talón.

«Cuando estaba en Inglaterra, recuerdo que una de las matronas propuso hacer una especie de tarjetitas de bienvenida en todos los idiomas que se le iban ocurriendo, pues diciendo: Ya estamos aquí para lo que quieras. No estás sola. Te vamos a ayudar, aunque no tengamos el idioma. O intentando acortar un poquito las distancias que la barrera idiomática ya te impone». – MAT_2904

La dificultad con el idioma también precisa de una responsabilidad individual por parte de las profesionales. La cercanía y la disposición de ayuda son dos herramientas básicas que no puede olvidar el colectivo de matronas.

«Con respecto a la comunicación, yo creo que lo más importante es mirarles. O sea... ¿No? O sea, es pasar un poco de esto [señaló el ordenador] y establecer... O sea, que vean una voluntad de mirar. Es que además en el sistema sanitario cada vez hay menos gente que te mira. Entonces es como... Cuando ellos ya ven que hay alguien que los mira, ya ahí ya dicen aquí hay algo distinto. Pero vamos, eso con cualquier ser humano que te venga. Me da igual de dónde sea». – MAT_2205

«... las matronas entre la oscuridad damos luz... no necesito hablar un idioma perfectamente con otra persona para entenderme con ella en un paritorio... no necesito nada... no necesito grandes palabras». – MAT_0505

Algunas propuestas dependían del sistema y de los profesionales. Este es el caso de la facilitación de los circuitos de seguimiento. El servicio de salud tiene la obligación de simplificar estos circuitos y de derribar las barreras, a menudo administrativas, que complican el acceso al sistema. Al hilo de esta facilitación, los profesionales deberían asegurar la comprensión de las citas requeridas y reservar el tiempo (también dependiente del sistema) de ofertar la información necesaria.

La comunicación es importante, así como el espacio en el que se produce. Revalorar la disposición de las consultas y el paritorio para amabilizar las infraestructuras y reducir el ruido ambiental que dificulta la interacción. Esta limitación del sistema puede reducirse si se plantean algunas cosas sencillas como sistematizar la acogida en la unidad de partos de una manera más sensible a la cultura.

Una tarea pendiente de la sanidad es el abordaje integral de las personas. En este caso, preguntar por el proceso migratorio, explicar el funcionamiento de los distintos recursos del sistema, asegurar la continuidad asistencial (no usar la urgencia como un parche) y preguntar por disposición de redes de apoyo; se convierten en indispensables para asegurar un trato humano y

holístico. Es necesario plantear si Atención Primaria es el nivel adecuado para cuestionar durante el seguimiento del embarazo con qué recursos cuenta para gestionar el traslado al hospital o el cuidado de los hijos durante el ingreso, pero este planteamiento en sí mismo me hace pensar en si es excluyente o dependiente de prejuicios.

«No veo que la atención a estos colectivos deba hacerse en un servicio de urgencias... ni veo que sea justo que se haga por una ONG... Tendría que haber una conciencia social y tendría que ser algo mucho más establecido en la sanidad pública, porque ellos son también una parte de la sanidad pública». – MAT_1205

«Por ejemplo, muchas mujeres, vienen al hospital en ambulancia porque no tienen otra forma de transporte para llegar. Y es verdad que muchas vienen en ambulancia... No sé cómo se podría gestionar esto ya, las cabezas pensantes... me llama la atención porque son muchas las que llegan en ambulancia por cosas que no son urgentes». – MAT_0705

Las matronas también reconocieron sus carencias y plantearon la necesidad de escuchar más a las personas migrantes, de conocer más sobre las distintas culturas y aproximarse a aspectos diversos sobre determinadas prácticas. Aparece aquí un trabajo crucial sobre concienciación, empezando por familiarizarnos nosotros mismos con las diferentes culturas e ir transmitiéndolo en el equipo, proceso en el que tienen un rol muy importante las supervisoras y las jefas de servicio.

«... intenta no quitarle los amuletos... si realmente lo necesitas, se los quitas. Dile hasta qué punto es importante para ella eso y de qué manera lo puedes solucionar». – MAT_0505

Junto con ese «escuchar más», surgió la idea de crear un anecdotario con las principales culturas que convivimos en Bizkaia. Se asumió como indispensable un trabajo conjunto entre personas migrantes y matronas que permita reconocer algunas características indispensables de cómo se vive el embarazo, el parto y el postparto en otras partes del mundo.

«Las mujeres de algunas zonas de África escupen en un bote, no porque les haga gracia, sino porque realmente piensan que no hacerlo es dañino para el hijo.... Entonces lo que hay que hacer es facilitarles un botecito, no reírte ni decir qué asco... porque al fin y al cabo es su cultura». – MAT_0505

«En el islam, cuando un bebé nace, para que esté bendecido, el padre tiene que leer un poco el Corán en la cabeza o en el oído. Entonces, si para unos padres, si no se hace eso, nada más nacer, o sea, creen que va a enfermar, que no va a sobrevivir, que no va a estar bendecido para toda su vida, y sí que les supone un estrés el no poder hacer eso. Entonces, más de una familia me ha dicho que, o sea, estando piel con piel, el padre lo ha cogido un poco o se ha acercado hacia la cabeza para decir, o sea, esta oración del Corán, que igual son 30 segundos o ni un minuto, o sea, es algo cortito, y la matrona le ha echado la bronca por haberle cogido a su hijo o haberse acercado...». – MAT_0605

«Yo creo que no debería ser a través de nuestra experiencia, creo que debería ser a través de ellas. O sea, a través de ellas hacer una recopilación, un estudio, un... cómo impacta la cultura y sus creencias y

valores en el seguimiento de sus procesos y que eso lo tengamos en cuenta. Pero no que yo tenga que ponerle voz, porque yo, bueno, pues me suena, me recuerda..., vamos a perdernos muchísima información, yo creo que hay que ir a la fuente». – MAT_2205

Gracias a ese hipotético trabajo en conjunto, podría plantearse la realización de Educación para la Salud desde la interculturalidad o adaptar la preparación al parto y los grupos postparto, entre otros, para que sea más inclusiva. Este trabajo podría incluir la elaboración conjunta de vídeos o visitas guiadas del paritorio para que conozcan el espacio antes de llegar, un vídeo en varios idiomas que tendría una gran difusión y sería positivo al permitir que nos vieran al equipo. Además, sería una herramienta que podría utilizarse en Atención Primaria y que nos permitiría romper con la falta de información y los miedos que eso implica.

Esta mejora en la atención también pasaría por incluir un apartado específico dentro del plan de parto en el que se puedan expresar otras inquietudes que se salen de lo más «clínico». Valorar incluir la explicación y las implicaciones del plan de parto en la semana 32 para las mujeres que no acuden a la preparación al parto.

«... culturalmente, ¿qué necesitas?». – MAT_0505

«... hacer un poco de esfuerzo por orientar a la gente que se salga un poco del modelo... proponer vídeos en los idiomas mayoritarios.... Y quizás haya centros de salud que tengan una población mayoritaria inmigrante de X sitio, a lo mejor se podría hacer un grupo, unirlos, ponerles el vídeo, que se conozcan, que puedan comentar entre ellas y darles un poco la oportunidad de tener esa experiencia». – MAT_2904

La individualización de los cuidados supone ser sensible a las circunstancias de cada persona. Adaptar las recomendaciones higiénico – dietéticas a la situación personal, económica y cultural de cada persona y aumentar la flexibilidad de las citas pueden reducir varias de las barreras que enfrenta el colectivo de personas migrantes al acceder al servicio de obstetricia.

Una de las propuestas más repetidas y mejor aceptadas, así como más solicitada fue la creación de un repositorio/directorio de redes de apoyo (asociaciones de mujeres migrantes, ONG de acogida, grupos de barrio, espacios de encuentro...) para facilitar desde la consulta de la matrona este recurso, visto como indispensable para el desarrollo del más alto nivel de salud. Sería entender que el ocio, las redes de apoyo, los eventos culturales... son también «píldoras que recetar». Fomentar la creación de grupos de apoyo y subcomunidades que traten de poner en contacto a unas mujeres con otras, aunque también surgió el dilema de si la existencia de estos espacios supone encasillar a gente en un grupo que en realidad no tiene nada más en común que el proceso migratorio. Este proyecto, ambicioso, podría realizarse junto a las especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, un grupo de personas expertas en el mapeo de activos en salud y encargadas de acercar el sistema sanitario a la comunidad.

Además, se podrían crear alianzas entre Osakidetza y determinados centros, para poder impartir Educación para la Salud e incluir todos los servicios que queden excluidos por no ser seguimiento de embarazo (menopausia, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual...).

Se plantearon varias actividades de encuentro. Por un lado, se estimó necesario la creación y fomento de jornadas entre mujeres migrantes y matronas. Jornadas que nos permitirían acercarnos a su realidad y obtener un *feedback* sobre la atención que se está prestando. Y, por otro lado, la elaboración periódica de sesiones que relacionen el trabajo de Atención Primaria con el desarrollado en Atención Hospitalaria. Fomentar esta interconexión y que nos permita intercambiar experiencias e inquietudes. Las reuniones de equipo deberían ser multidisciplinares y la perspectiva migratoria ser transversal, junto a otras como el género y el enfoque de derechos, a todos los planteamientos.

El déficit estructural con una grave falta de matronas y que se ha agravado en los últimos años debe convertirse en una prioridad para el servicio de gestión de personal. Esto podría traducirse en propuestas de gestión preventiva como la creación de un protocolo de crisis para el periodo estival.

Fomentar las funciones de investigación y gestión de las matronas para mejorar la atención. Se valoró muy positivamente la realización de este tipo de investigaciones ya que se fomentó el intercambio de experiencias entre las matronas y se generaron reflexiones y autocrítica. Trabajos de investigación como este TFM pueden lograr «enganchar» a la gente y sembrar la semilla para un cambio más profundo.

«Trabajos como el tuyo debería haber todos los años, por lo menos que alguien lo haga y que nos mueva, que nos mueva el sentimiento... (...) A parte de que me enseñan, me dan fuerza... es importante seguir moviendo cosas, este tipo de investigaciones y de grupos porque llegarás a la gente». – MAT_0505

«...te lo agradezco mucho que como persona que me atraviesan todo lo que estamos hablando, que haya una persona autóctona que no haya tenido que emigrar a otro país [se refiere la matrona a la entrevistadora], que esté tan sensibilizada, a mí me llena el corazón, la verdad». – MAT_0605

Todo lo anterior solo puede lograrse si se da respuesta a la demanda de formación específica por parte del colectivo de matronas. Esta formación debería incluirse como una parte indispensable del currículum formativo del Grado en Enfermería y de las distintas especialidades. Sería necesario que estas actividades formativas incluyeran la perspectiva de las mujeres donde éstas sean partícipes principales de la formación impartida y que la formación se lleve a cabo por instituciones con larga trayectoria y experiencia en el acompañamiento de personas migrantes.

Además, el alcance de las jornadas de sensibilización y las actividades formativas sería mayor si se utiliza la vía del Colegio de Enfermería para su difusión.

¿Podría plantearse que, además de la formación específica, el personal sanitario necesita de un soporte emocional en determinadas circunstancias?

«Casi siempre las mujeres cuando se han ido, de alguna manera te han expresado su gratitud. Con un apretón de manos o con un abrazo. He visto cosas muy feas, porque han entrado muchas chicas africanas

que han llegado de sitios muy, muy conflictivos, que las han requejado y llegan aquí en malas condiciones. Siempre han venido acompañadas por un trabajador social o alguien que ya viene desde el albergue. Y bueno, pues eso que sobrecoge, ¿no?». – MAT_2805

Esta formación, junto a la investigación, nos ayudaría a crear conciencia dentro del equipo y traer de los márgenes a los discursos más extremistas y racistas. Esta conciencia también pasa por reevaluar nuestros privilegios y ver cómo impactan en la atención que prestamos. Es responsabilidad de cada una de nosotras el confrontar a quienes tienen acciones y discursos racistas, aunque también se reconoce como necesario la creación de un comité/canal de denuncia para los casos de violencia obstétrica o racista que sea oficial, confidencial y seguro.

«Yo creo que es muy importante el concienciar a nuestro colectivo sobre esta problemática porque el primer paso para poder mejorar las cosas es ser conscientes de qué hacemos mal... O sea, somos conscientes de que hay, y muy bien hecho, o sea, problema de violencia de género, por ejemplo, y otro tipo de problemas, pero de que haya racismo, o sea, nadie lo tiene en cuenta». – MAT_0605

«Hoy en día mi estrategia es que, si alguien dice algo negativo, como el responderle como: Ah, ¿tú crees? (...) Una mujer que está de parto, que es de Latinoamérica, que son unas quejicas, es que se queja por nada [se refiere a comentarios que ha oído]. Pero si está con dinámica, si tiene tres contracciones en diez minutos, cosas así. ¿Crees que no tiene dolor? Y la gente ya se queda callada porque mi estrategia está siendo como responder con otra pregunta». – MAT_0605

Cabe concluir que es indispensable que todas las propuestas de mejora señaladas en este punto requieren del soporte institucional necesario y deben ser avaladas por las instituciones públicas.

4.5.4. Diferencias significativas en los estilos discursivos dentro del colectivo de matronas

Racismo en el sistema sanitario

Una parte de las matronas afirmó no considerar nuestro sistema sanitario como racista, frente a otro grupo de matronas que lo señaló como uno de los principales problemas. Sin embargo, parece que todas las matronas habrían presenciado comentarios racistas y podrían asegurar que existe una exclusión a este grupo de personas, aunque no lo englobaran dentro del concepto de racismo. Se destacó que en una de las entrevistas el racismo fue el hilo conductor y el eje vertebrador tanto de las barreras como de las posibles soluciones.

«... el ningunear a una parte de la población pues igual no es racismo, pero bueno, desde luego que es exclusión». – MAT_1205

«... no puedo decir que no lo haya habido, porque eso se oye y se seguirá oyendo, desgraciadamente. Pero no creo que Basurto sea un sitio donde realmente haya un ataque contra el migrante». – MAT_0505

«Un poco eso o en el control o en los cambios, si oyes cosas que a ti te suenan mal. Ocasionalmente he podido oír alguna cosa, no voy a decir que no, pero mayoritariamente no». – MAT_2805

En algún caso, se manifestó el racismo como un complejo mecanismo que atraviesa todas las vidas y todas las instituciones, entendiendo que este carácter «estructural» hace que nuestra sociedad racista se refleje en nuestro lugar de trabajo.

«... trabajamos en un contexto racista, sí. Porque nuestra sociedad es racista, entonces trabajamos en un mundo racista». – MAT_0705

Además, se visibilizó que creencias que se interiorizan en el proceso de socialización no pueden ocultarse a la hora de establecer la atención.

«...comentarios que se escuchan fuera de las habitaciones en el control entre nosotras...que al final, si lo estás comentando fuera de la habitación, ya sin querer estás entrando con ese prejuicio, ¿no? Dentro. Que vas a actuar de forma diferente, aunque tú pienses que no». – MAT_0705

Violencia obstétrica y migraciones

En el caso de la violencia obstétrica también hubo diferencias en su conceptualización. A pesar de que en la totalidad de los casos las matronas concluyeron que una barrera en la comunicación y un conjunto de prejuicios preexistentes al momento de la atención pueden aumentar el riesgo de violencia obstétrica, hubo un grupo de matronas que entendía que es preciso que la mujer lo perciba como violencia para poder considerarla como tal.

«... no tengo esa vivencia en el hospital, pero entiendo que ellas lo puedan haber tenido». – MAT_1205

Acciones derivadas de una falta de sensibilidad hacia otras culturas podrían ser valoradas como violencia obstétrica.

«...cuantas más barreras, más violencia vas a tener de cualquier cosa, por desconocimiento ¿eh?... por ejemplo, quitas el pañuelo para pasar a quirófano, digo, bueno, si yo te digo quítalo, así sin más, sería una especie de violencia obstétrica, ¿no? Es decir, quitale un pañuelo, pero ponle un gorrito verde... Es buscar alternativas». – MAT_0505

La oferta de una atención diferenciada en función del origen podría determinar un nivel de atención menor, incluso se sospechó que la falta de herramientas de denuncia por parte de las mujeres ya sea por el idioma, la clase social o la falta de información, entre otros, aumenta la posibilidad de ser víctimas de violencia obstétrica.

«Porque he visto a personas, ya no solo, o sea, no te digo matronas, ¿eh? Personas que ante una misma situación... Actúan diferente. Pero muy diferente. Y porque saben que una le puede denunciar y la otra, vamos, ni se le pasa por la cabeza que esa opción existe». – MAT_0605

«Yo creo, no por regla general y no todo el mundo, pero sí que se aprovecha un poquito el que no tengan armas para defenderse». – MAT_2904

«Primero porque ellas yo creo que se sienten menos legitimadas para reivindicar nada. O sea, entonces es más fácil ejercer violencia porque la posición está más desnivelada. Es decir, la violencia obstétrica para mí el principal problema que tiene es que estamos en una posición de poder los sanitarios frente al usuario, pero no lo hablamos. Entonces, como negamos nuestra situación de poder, lo ejercemos sin la conciencia de que lo estamos ejerciendo». – MAT_2205

Aspectos como la minusvaloración del dolor o la deficiente trasmisión de información de los que ya se ha hablado y que se han recogido en el marco teórico son constituyentes de violencia obstétrica.

«Que una mujer migrante, que no te entienda, que diga que está con dolor o que la escuches gritar, o una mujer del centro de Bilbao te lo esté diciendo, seguro que se le pone el bolo [de anestesia] antes a ella que a la migrante». – MAT_0705

«O una persona que venga... Es que no empuja nada bien. Le voy a hacer una ventosita. Igual con otra mujer te lo hubieras currado más. Te esfuerzas más para que te entienda. Igual la ventosa estaría bien indicada, pero bueno, pues igual le hubieras dado más tiempo». – MAT_1605

4.6. Intersecciones de los discursos. Ahora sí: los lazos entre las mujeres migrantes y sus matronas

A lo largo del análisis de las dos perspectivas expuestas se han relacionado varios aspectos en común. Además, se ha dedicado un apartado en ambos casos para la exposición de las propuestas de mejora. Sin embargo, se desea por medio de este espacio de análisis exponer aquellos puntos que más se han interrelacionado y que han destacado tanto durante la realización de las entrevistas como en su análisis posterior. Puntos en los que matronas y mujeres migrantes iban abordando las barreras y los aspectos positivos desde distintas miradas, argumentando posibles cambios desde ambas partes. A continuación, se enuncian alguno de los principales puntos:

1. Las mujeres dan importancia a las redes de apoyo que proceden del Tercer Sector y las matronas detectan que es fundamental dicha red. Parece oportuno plantear un directorio de asociaciones que aúne ambos puntos detectados y que ponga en contacto a las mujeres migrantes que lo precisen con grupos que puedan suponer un soporte socio – emocional y parece oportuno, además, que la matrona cuente con este directorio y sea una pieza clave, al estar en contacto durante un largo periodo de la vida de estas mujeres y en un momento de vulnerabilidad como el seguimiento del embarazo, el parto y el postparto.
2. Las matronas relataron que es frecuente que las mujeres no acudan solas a la consulta (siempre con un familiar o con alguien que hable su idioma), reflejaron esto como una merma en la autonomía de las mujeres. En el caso de las mujeres esto también se mencionó y sería interesante buscar la manera en la que se fomente que la mujer pueda acudir sola a la consulta si ese es su deseo y que no sean barreras del sistema las que lo impiden.
3. Matronas y mujeres migrantes han recogido que existe una falta significativa de conocimiento sobre cuáles son las competencias de una matrona. Sería interesante profundizar en cuál es la mejor manera de promocionar las funciones de las matronas y así ofertar la cartera de servicios y asegurar que todas las personas, también las migrantes, se benefician más allá del seguimiento del embarazo, el parto y el postparto.
4. Algunas matronas detectaron que se debe mirar más en un contexto en el que se mira más al ordenador que a las pacientes y hablaron de que en este colectivo de mujeres existe riesgo de recibir una atención más superficial; ambos relatos también los contaron algunas mujeres.
5. Se ha visto que matronas y mujeres migrantes coinciden en no considerar a Dualia como la mejor solución a la barrera lingüística y se plantea la necesidad urgente de buscar otra alternativa que supla este déficit en la comunicación.
6. Otra diferencia significativa fue la percepción de la existencia de racismo en el sistema de salud. La mayoría de las matronas si detectaron racismo en la salud, mientras que las mujeres señalaron haber sufrido más acciones racistas fuera del sistema de salud aunque también dentro de él.

7. La barrera administrativa y la complejidad de los circuitos fue recogida en ambas muestras. Las mujeres migrantes lo habían vivido en primera persona y las matronas han relatado casos concretos.
8. La ausencia de conocimiento de las mujeres del plan de parto correlata la versión de las matronas de una deficiencia en la comunicación/información sobre este recurso a este colectivo. En el debate con las matronas ha quedado patente el beneficio del plan de parto y la posibilidad de crear un apartado específico de aspectos culturales, idea que no tendría mucho alcance si no se aumenta la difusión del plan de parto. De la misma manera, personas migrantes y matronas valoraron la necesidad de replantear las clases de preparación al parto y de adaptar las recomendaciones higiénico-dietéticas desde un prisma cultural.
9. Las mujeres desconocen qué es la violencia obstétrica, lo que supone la imposibilidad de denunciar/reclamar estas acciones y correlata con el mensaje de las matronas de que podría existir una mayor vulnerabilidad de los derechos de estas mujeres por el simple hecho de desconocer que existe.
10. El caso de la disparidad en las experiencias de lactancia se correlaciona con el riesgo que se había detectado en las entrevistas de las matronas que relaciona la calidad de la atención con la implicación individual de cada profesional.
11. El duelo migratorio fue relatado en algunas entrevistas por las mujeres y fue señalado como un aspecto relevante a valorar e historiar en el caso de las matronas.
12. La sobrecarga asistencial por falta de tiempo y de profesionales se ha mencionado en los dos grupos entrevistados.

5. CONCLUSIONES

Esta investigación se ha planteado con el objetivo de visibilizar las distintas perspectivas en el modelo de atención sanitaria en el Servicio de Obstetricia y Ginecología para personas migrantes. Se ha identificado la existencia de numerosas barreras, así como se han recogido los puntos fuertes de la atención y las posibles propuestas de mejora.

El planteamiento de este análisis desde la perspectiva de las personas migrantes, usuarias del servicio, y de las matronas, profesionales que trabajan dentro del sistema, ha evidenciado la existencia de varios puntos clave de análisis y ha permitido recoger numerosos relatos para el planteamiento de un amplio debate. Se puede, por todo ello, concluir que la atención de calidad se ve condicionada por numerosos factores que comprometen el acceso, la efectividad de los cuidados y la satisfacción total con el proceso.

En el apartado de análisis discursivo se han ido recogiendo las experiencias directas en distintos grupos de categorías. A continuación, se presentan dos mapas conceptuales para concluir de manera esquemática con las principales subcategorías encontradas.

En la Figura 8 pueden verse los puntos que priorizan las personas migrantes. Este esquema pretende servir para visualizar la macroestructura que aúna las categorías principales que se han visto durante el análisis discursivo y comprender de manera sencilla las subcategorías que se han diseñado gracias a la argumentación de las mujeres entrevistadas. Además, puede analizarse cómo emerge un espacio adicional para la categoría de «contexto, acogida y alianzas», hecho que enfatiza en los aspectos que se han desarrollado a lo largo de este informe, recogiendo la importancia de las relaciones sociales y del contexto socio – laboral en el alcance de un máximo desarrollo de salud y bienestar.

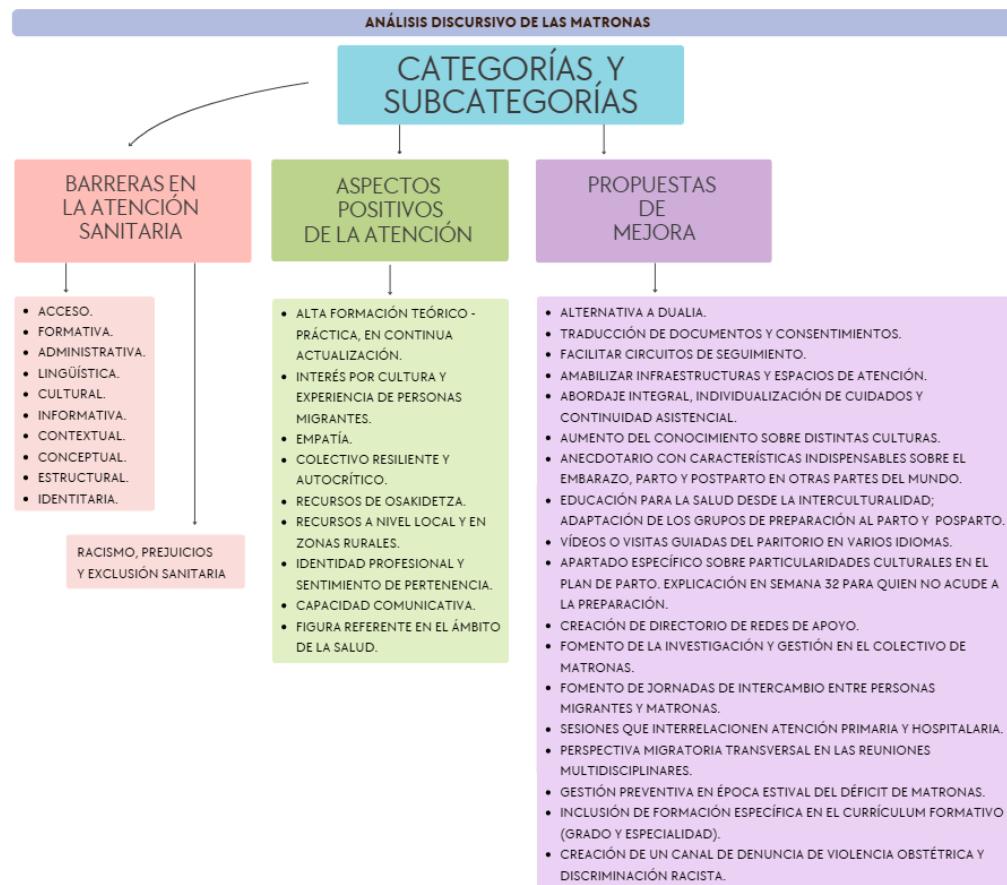
Figura 8

Categorías y subcategorías del análisis discursivo de las entrevistas a personas migrantes



De igual manera, la Figura 9, pretende facilitar la comprensión de cuáles han sido las categorías y subcategorías expuestas en el análisis discursivo del grupo de madronas entrevistadas. Se destaca en este mapa las numerosas propuestas y contribuciones del colectivo de madronas desarrolladas a lo largo de todo el punto de resultados de este trabajo.

Figura 9
Categorías y subcategorías del análisis discursivo de las entrevistas a madronas



Como hemos visto, la situación actual de las personas migrantes que acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva posee varias limitaciones. Desde una disminución de la transmisión de información por barreras lingüísticas hasta un aumento de la violencia obstétrica o el racismo percibidos por la intersección de las barreras desglosadas en puntos previos.

Por otro lado, la percepción de las mujeres en relación con la participación en este tipo de estudios fue muy positiva. La recogida de las barreras y los facilitadores en el acceso directamente de los relatos de las mujeres fomenta la autonomía y la capacidad reivindicativa; así como nos acerca de manera más exacta y veraz a la realidad percibida por ellas mismas.

En el caso de las matronas, se han destacado la existencia de límites impuestos por el propio sistema y sus características, barreras de tipo estructural como la sobrecarga asistencial o la limitación en el desarrollo de las competencias recogidas por el Ministerio de Sanidad e impartidas durante la formación de la especialidad. Sin embargo, también ha sido de especial relevancia el reconocimiento de un entorno de trabajo en el que predomina una cultura racista, con límites en la denuncia de acciones constituyentes como violencia obstétrica y una falta de formación específica en cuidados transculturales a lo largo del currículum formativo. Además, es interesante cómo esta investigación pone en valor el alcance que tiene nuestra profesión en el contexto social-global.

A nivel del sistema, la disminución de las barreras detectadas mejora la relación terapéutica, aumenta la satisfacción personal y profesional, mejora la adherencia a las recomendaciones disminuyendo los efectos adversos y reduciendo, en global, el gasto sanitario.

A lo largo de las entrevistas surgieron varios debates que implicaron una reflexión que permite concluir que la realización misma de esta investigación ha facilitado la creación de conversaciones que no han dejado indiferente al colectivo de matronas. Además, las explicaciones que se han dado a las mujeres sobre qué es el plan de parto, la preparación maternal, cuáles son las funciones de las matronas, recursos de asociaciones para duelo perinatal o qué es la violencia obstétrica, han demostrado la capacidad de construir y generar aprendizajes mientras se hace investigación social.

Al hilo de esta capacidad de aprendizaje, sería deseable el fomento de espacios de encuentro en los que monitorizar las propuestas planteadas y reevaluar algunos conceptos que se repiten y que generan debate: personas vulnerables, personas migrantes, cultura... En estos espacios pueden plantearse actividades investigadoras que aporten nuevas perspectivas sobre las implicaciones que tiene la racialización de las personas que atendemos.

Este estudio permite arrojar evidencia desde el grupo de personas migrantes sobre cuáles son los próximos pasos que se deben dar en la lucha antirracista y en la mejora en la calidad asistencial de nuestro servicio de salud. Además, pretende sembrar la curiosidad para la implementación de acciones formativas y la promulgación de protocolos y recursos que limiten las barreras que enfrentan las personas migrantes y que sitúen al servicio de salud como un espacio de refugio y acogida. Se busca, además, crear conciencia tanto en los profesionales que atienden directamente a las mujeres como en los gestores que tienen la capacidad de reducir varias de las barreras presentadas.

La principal limitación de este trabajo es la falta de análisis de las relaciones entre el Tercer Sector y Osakidetza. Se han recogido las actuaciones de las ONG directamente de las mujeres y las matronas entrevistadas, sin conversar con las personas de contacto de las ONG que derivan a los servicios de salud y que constituyen con gran frecuencia el primer contacto de las personas migrantes para la defensa del derecho de acceso a la salud.

En futuros estudios sería interesante la creación de grupos de discusión que aúnen varias culturas y de grupos en los que se intercambien las experiencias directamente entre los profesionales sanitarios y las personas usuarias del sistema de salud. Además, la creación de espacios formativos conjuntos y de jornadas que planteen debates sobre los avances propuestos supondría la posibilidad de contrastar todos los resultados aportados y de seguir avanzando en los nuevos retos que se planteen en la sociedad y en la profesión de matrona.

6. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2015). *Declaración de los derechos sexuales.* https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_62c774146e144f13900d8ee96d4ca98d.pdf

Biltzen – Servicio Vasco de Integración y Convivencia Intercultural. <https://biltzen.org/>

Cacace, P.J. y Giménez-Lascano, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: evolución de los conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9 (2), 63-72. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>

Carrillo-García, C.; Ríos-Rísquez, M. I.; Fernández-Cánovas, M.L.; Celdrán-Gil, F.; Vivo-Molina, M. C. y Martínez-Roche, M. E. (2015). La satisfacción de la vida laboral de los enfermeros de las unidades móviles de emergencias de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 14(40), 266-275. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400011&lng=es&tlang=es

Cidón, M. (2024). ¿Qué es el racismo? Tipos y significados. *Amnistía Internacional*. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/que-es-el-racismo-tipos-y-significados/>

Comisión Deontológica Nacional de Enfermería. (2024). Borrador Código ético y deontológico de la enfermería española. *Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería*

Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. <https://enfermeria.top/doc/codigo-deontologico-cie.pdf>

Constitución Española. Art. 43. 31 de octubre de 1978 (España).

Coppolillo, F. E. (2013). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar y General de España*, 10 (1), 45-50. https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/Borrador_Código_Deontológico.pdf

Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico. (14 de julio de 2025). *Acogida e integración*. <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/migracion-asilo/inicio/>

Doherty, E.A.; Cartmell, K.; Griffin, S.; Heo, M.; Chen, L.; Britt, J.L. y Crockett, A.H. (2023). Discrimination and Adverse Perinatal Health Outcomes: A Latent Class Analysis. *Preventing chronic disease*, 20, E96. <https://doi.org/10.5888/pcd20.230094>

Domínguez, T.P.; Dunkel-Schetter, C.; Glynn, L.M.; Hobel, C. y Sandman, C.A. (2008). Diferencias raciales en los resultados del nacimiento. *Psicología de la Salud*, 27 (2), 194-203. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.194>

Emakunde. (2021). Guía de Asociaciones de Mujeres en la C.A. de Euskadi. *Emakunde / Instituto Vasco de la Mujer.* [guia_asoc_mujer_euskadi.pdf](#)

European Antipoverty Network. (2024). Feminización de la pobreza. Estereotipos de género y atención sociosanitaria: por un análisis de la pobreza y la exclusión social en las mujeres. [1734352146_informe_feminizacin-pobreza_eapn-es.pdf](#)

Euskal Estatistika Erakundea - Instituto Vasco de Estadística. (2024). Euskadi en cifras. https://es.eustat.eus/euskadi_en_cifras.html

Fernández, M.I.; Ferrer, J.R.; Gamo, M.F.; Gallego, J.V.; Cañas, E.; Trigo, M. y Aragonés, V.A. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Española De Salud Pública*, 69, 487-497. Recuperado de <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:70609648>

Fontein-Kuipers, Y. J. y Mestdagh, E. (2022). The experiential knowledge of migrant women about vulnerability during pregnancy: A woman-centred mixed-methods study. *Women and Birth*, 35 (1), 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.004>

García de Diego, J.; Ranchal, J.; Biedma, L. y Serrano del Rosal, R. (2010). Preferencias en expectativas de los médicos residentes en Andalucía. *Córdoba: Instituto de Estudios Sociales Avanzados.*

<https://digital.csic.es/bitstream/10261/24225/1/Preferencias%20y%20expectativas.pdf>

González-Rábago, Y.; La Parra-Casado, D.; Jacques-Aviñó, C.; Bee Nchama, M. y Manzano Lorenzo, J. (2024). Raza, salud y sistema sanitario: la necesidad de abordar el racismo institucional en España. *Gaceta sanitaria*, 38, 102425. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102425>

Iglesias P.; Fernández P.; Aburto A. e Ibáñez E. (2023). *II Informe de Barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas.* Médicos del Mundo. https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/old/sites/default/files/informe_barreras_2023.pdf

Ikuspegi - Observatorio Vasco de Inmigración. <https://www.ikuspegi.eus/es/>

Leal, M.D.C.; Gama, S.G.N.D.; Pereira, A.P.E.; Pacheco, V.E.; Carmo, C.N.D. y Santos, R.V. (2017). The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de saude publica*, 33Suppl 1(Suppl 1), e00078816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 2000, 10 (España). *Boletín Oficial del Estado*.

Locke E.A. (1976) *The nature and causes of job satisfaction. Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally.

Magliano, M.J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 691-712. <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>

Martínez-Pizarro, J. y Reboiras-Finardi, L. (2010). Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. *Papeles de población*, 16 (64), 09-29. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200002&lng=es&tlang=es

Ministerio de Sanidad. (2022). Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2021. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_sanitaria_2024.pdf

Ministerio de Sanidad. (2024). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSN_S.htm

Ministerio de Sanidad. (s.f.). Cartera de servicios del SNS. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>

Ministerio de Sanidad. (s.f.). Sistema de información sanitaria. Definiciones y aclaraciones.

Miyauchi, A.; Shishido, E. y Horiuchi, S. (2022). Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 19(3), e12475. <https://doi.org/10.1111/jjns.12475>

Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas (2022). *El derecho humano a la salud*. Naciones Unidas. <https://acnudh.org/>

Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). (2009) *BOE* núm. 129, 28 de mayo de 2009, p. 44.699.

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001) Glosario de Términos de Promoción de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Definiciones temas de salud*. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Nota de prensa: Derechos Humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Temas: Equidad en Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. *World Health Organization. WHO-RHR-18.12-spa.pdf*

Pérez-Ciordia, I.; Guillén-Grima, F.; Brugos, A. y Aguinaga Ontoso, I. (2013). Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(2), 253-262. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000200008>

Pérez-Urdiales, I. y Goicolea, I. (2017). ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. *Elsevier*. 50(6), 368-376. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-download-S0212656717303098>

Real Academia Española (2024). Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/>

Real Decreto - Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Real Decreto - Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Robles, M.; Dierssen, T.; Martínez, E.; Herrera, P.; Díaz, A.R. y Llorca, J. (2005) Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir de modelo EFQM. *Gac Sanit*, 19(2): 127-34. <https://doi.org/10.1157/13074368>

Rubio Guzmán, E.M.; Pérez Viejo, J.M.; García-Castilla, F.J. y Martín de la Peña, L. (2024). *La interseccionalidad. Un enfoque clave para el trabajo social*. Dykinson.

Santamaría, J.M. (2008). Recomendaciones para la Asistencia Médica al Adulto Inmigrante. Plan Vasco de Inmigración. *Gobierno Vasco / Departamento de Sanidad*. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/RecomendacionesAsistenciaMedicaAdultoInmigrante.pdf

Santana, A.T.; Couto, T. M., Lima, K.T.R.D.S.; Oliveira, P.S.; Bomfim, A.N.A.; Almeida, L.C.G. y Rusmando, L.C.S. (2024). Obstetric racism, a debate under construction in Brazil: perceptions of black women on obstetric violence. *Ciencia & saude coletiva*, 29(9), e09952023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.09952023>

Simó Miñana, J. y Gérvias Camacho, J. (2024). Cómo combatir la “Ley de Cuidados Inversos” en la consulta de atención primaria. *Formación Médica continuada en Atención Primaria*, 31(6), 305-306. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.10.006>

Siurana Aparisi, J.C. (2010). The principles of bioethics and the growth of intercultural bioethics. *Veritas*, (22), 121-157. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>

Stella Maris Orzuza. (2016). Construcción de indicadores de accesibilidad al sistema de salud sensibles a la cultura. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*.

Suso Araico, A.; Morel Rioseco, M.J.; Robles Sánchez, J.; Guilló Girard, C. y Mamán Schwartz, D. (2025). El impacto del racismo en España. Percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas en 2024. *Consejo para la eliminación de la discriminación racial o étnica*. https://igualdadynodiscriminacion.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/2025/05/ESTUDIO_El-impacto-del-racismo-en-SP_ESP_Accesible_2024.pdf

Valiña, C. (2019). Interseccionalidad: definición y orígenes. periféricas. *Escuela de Feminismos Alternativos*. <https://perifericas.es/blogs/blog/interseccionalidad-definicion-y-origenes>

7. ANEXOS

Anexo 1. Visto Bueno del Comité Ético



IKERKETA SAILEKO ERREKTOREORDETZA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

GIZAKIEKIN ETA HAUEN LAGIN ETA DATUEKIN EGINDAKO IKERKETEI BURUZKO ETIKA BATZORDEAREN (GIEB-UPV/EHU) TXOSTENA

Astrid Beascoa Tomás andreak, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitateko (UPV/EHU) GIEBeko idazkari gisa,

ZIURTATZEN DU

Ezen gizakiekin egindako ikerkuntzaren etika batzorde honek, GIEB-UPV/EHU, (2014/2/17ko 32. EHA)

Balioetsi duela ondoko ikertzailearen proposamen hau:

Celia Valderrama Álvarez andreak, M10_2025_015, honako ikerketa proiektu hau egiteko: "Lazos entre enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia)"

Eta aintzat hartuta ezen

1. Ikerketa justifikatuta dago, bere helburuel esker jakintza areagotu eta gizarteari onura ekarriko baitio, ikerlanak lekartzakeen eragozpen eta arriskuak arrazoizko izanik.
2. Ikerzaile taldearen gaitasuna eta erabilgarrir dituzten baliabideak aproposak dira proiektua gauzatzeko.
3. Ikerketaren planteamendua bat dator era honetako ikerkuntza egin ahal izateko baldintza metodologiko eta etikoekin, ikerkuntza zientifikoaren praktika egokien irizpideei jarraiki.
4. Indarreko arauak betetzen ditu, ikerketa egin ahal izateko balmenak, akordioak edo hitzarmenak barne.

Aldeko Txostena eman du 2025ko otsailaren 20an egin duen bilieran (02_2025 akta) alpatutako ikerketa proiektua ondoko ikertzaileek osatutako taldeak egin dezan:

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LAS INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS, SUS MUESTRAS Y SUS DATOS (CEISH-UPV/EHU)

Astrid Beascoa Tomás como Secretaria del CEISH de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

CERTIFICA

Que este Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos, CEISH-UPV/EHU, BOPV 32, 17/2/2014,

Ha evaluado la propuesta del investigador:

D. Celia Valderrama Álvarez, M10_2025_015, para la realización del proyecto de Investigación: "Lazos entre enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia)"

Y considerando que,

1. La investigación está justificada porque sus objetivos permitirán generar un aumento del conocimiento y un beneficio para la sociedad que hace asumibles las molestias y riesgos previsibles.
2. La capacidad del equipo Investigador y los recursos disponibles son los adecuados para realizarla.
3. Se plantea según los requisitos metodológicos y éticos necesarios para su ejecución, según los criterios de buenas prácticas de la investigación científica.
4. Se cumple la normativa vigente, incluidas las autorizaciones, acuerdos o convenios necesarios para llevarla a cabo.

Ha emitido en la reunión celebrada el 20 de febrero de 2025 (acta 02_2025), **INFORME FAVORABLE** a que dicho proyecto de investigación sea realizado, por el equipo investigador:

CELIA VALDERRAMA ÁLVAREZ
AMAI AIZAOLA ARGÜESO

ASTRID MARÍA BEASCOA TOMÁS
- 14956218P


GIEB-UPV/EHUko idazkari teknikoa
Secretaria Técnica del CEISH-UPV/EHU

Anexo 2. Mapeo de Organizaciones



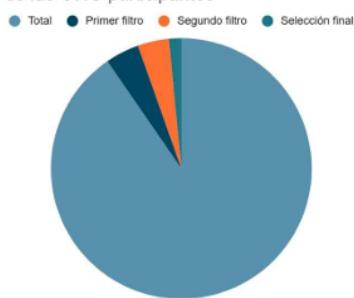
Proyecto de investigación: *Lazos entre enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia).*

PROCEDIMIENTO PARA EL MAPEO Y SELECCIÓN DE LAS POSIBLES ONG PARTICIPANTES

Para la selección de las ONG participantes en el estudio de investigación se accedió a los datos disponibles para la ciudadanía en el apartado de estadísticas de www.euskadi.eus. La "Guía de Asociaciones de Bilbao" procede de los datos facilitados por el Ayuntamiento de Bilbao y que pueden descargarse en <https://www.euskadi.eus/guia-asociaciones-bilbao/web01-a3estand/es/>

En el documento de Excel puede verse que las diferentes asociaciones no tienen como única demarcación geográfica Bilbao, sino todo Bizkaia (objetivo de nuestro estudio de investigación). El número de entidades registradas en dicha base de datos es 1769 y tras aplicar como filtros en el sector de población: mujeres, población inmigrante, personas refugiadas y personas en riesgo de exclusión; y en el ámbito de actuación: inmigración, intervención y acción social, igualdad, cooperación internacional, salud y apoyo mutuo; el número de entidades totales se reduce a 82. Tras aplicar los filtros, se seleccionaron únicamente las asociaciones, desecharon las fundaciones o federaciones de asociaciones, reduciendo a 76 las entidades.

Selección de las ONG participantes



Tras ello, se ha valorado la inclusión de ONG con población destinataria de distintos países para lograr una muestra de mujeres más variada e inclusiva. La selección final se realizó tras la consulta de la página web de las ONG y la información allí disponible, pretendiendo incluir aquellas más aptas para el objeto de estudio. La decisión se ha tomado escogiendo aquellas ONG que recogieran como objetivo la acogida de población inmigrante y mediación con la administración pública; rechazando en una primera selección aquellas destinadas a la inserción laboral (que eran la gran mayoría) o aquellas sin página web u opción de contacto sencilla.

El número total de entidades seleccionadas fue: 30. Al tratarse de una selección en parte subjetiva no se desecha la posibilidad del contacto por "bola de nieve", asumiendo la posibilidad de contactar con ONG recomendadas por cualquiera de las personas que participen a lo largo de la investigación y aumentar así la mirada.

A continuación, se detalla el listado con las posibles ONG participantes.

Tipo de organización	Nombre	Ámbito territorial	Sector de población	Ámbito de actuación
ASOCIAACION	ASOCIACION CULTURAL EMAYS	DISTRITO 5 IBAIONDO	MUJERES	INTERVENCIAÑ Y ACCION SOCIAL,CULTURA,IGUALDAD
ASOCIAACION	ASOC. ECUATOGUINEANA PARA LA INTEGRACION EN EUSKADI "EFULAN"	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	HARRESIAK APURTUZ COORDIN.DE ONGS DE EUSKADI DE APOYO A INMIGRANTES	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION ZEHAR-ERREFUXIATEEKIN	CAE	PERSONAS REFUGIADAS	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION DE APOYO AL INMIGRANTE "ETORKILAN"	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. ANGOLEÁ A DE AYUDA PARA TRAMITES DE ASUNTOS CONSULARES Y DE RESIDENCIA "PROGRESSO ANGOLANA"	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACIÁ N DE ECUATORIANOS RESIDENTES EN BIZKAIA-ASOECUABIZKA -PACCHA-MAMA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC.DE RESIDENTES BOLIVIANOS EN BIZKAIA "ARBOL-BI"	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	NIGERIAN PROGRESSIVE UNIÁ N ASOC.EMIGRANTES Y REFUGIADOS EN EL P.VASCO	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	OGANIHU ASOC. DE LA COMUNIDAD DE IGBO'S EN EL P.VASCO	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	XENOFOBIAAREN AURKA TALDEA BERDINAK GARA	DISTRITO 7 REKALDE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	OSCARTE-OFCINA DE SOLIDARIDAD DE LOS CARMELITAS TERESIANOS	BIZKAIA	PERSONAS RIESGO DE EXCLUSION	COOPERACIÁ N INTERNACIONAL
ASOCIAACION	AHISLAMA ASOCIACIÁ N HISPANO-LATINOAMERICANA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACIÁ N DE INMIGRANTES FULFULDE-DIOCREENDAM ONGD	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	CASA URUGUAY-EUSKADI	CAE Y NAVARRA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. DE INMIGRANTES MARROQUINES EN EUSKADI AL KHAIMA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. ARGENTINA EN EL PAÍS VASCO ARVAS	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC CASA ARABELIBIA ALRABETAH	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	SOS RACISMO BIZKAIKO SOS ARRAZAKERIA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION GUINE-VIZCAYA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	BIZILUR - ASOC. PARA LA COOPERACIÁ N Y DESARROLLO DE LOS PUEBLOS	CAE Y NAVARRA	PERSONAS RIESGO DE EXCLUSION	COOPERACIÁ N INTERNACIONAL
ASOCIAACION	CITE CENTRO DE INFORMACION PARA TRABAJADORES Y TRABAJADORAS INMIGRANTES	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	CARE ASOCIACION COMUNIDAD AFRICANA RESIDENTE EN ESPAÑA	ESTADO	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	BLISHIE ASOCIACION SOCIOCULTURAL DE APOYO A INMIGRANTE DE EUROPA DEL ESTE	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC.EMIGRANTES DE GHANA EN EL PAÍS VASCO "ASUMDWE NE NKABOM"	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION CULTURAL DE PARAGUAYOS GUARANI TETAGUA	DISTRITO 5 IBAIONDO	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. CULTURAL NUEVO CIUDADANO	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	UNION DE MARFILEÁ OS DE BIZKAIA CULTURAL Y PARA LA SOLIDARIDAD	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. CULTURAL ONDA EUSKADI-ORGANIZACIÁ N NACIONAL PARA DIALOGO Y PARTICIPACION	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. SOCIOCULTURAL ISLAMICA AL FORKAN	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. CONGOLEÁ A PARA LA SOLIDARIDAD EN EUSKADI LIMEMIA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION ETORKINEKIN BAT POR LA INCLUSION SOCIAL ELKARTEA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION INTERCULTURAL PANGEA	BILBAO	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. PARA LA INTEGRACION OSATU	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. CENTROAMERICANA DE DESARROLLO INTEGRAL ACEDI	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION DE CAMERUNESES/AS DE EUSKADI	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. UGASKO PARA LA ACOGIDA DE PERSONAS PARA SU INSERCIÁ N SOCIAL	BILBAO	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION DIASPORA SAHARAUI EN BIZKAIA DISABI	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION HERMANAMIENTO MAURITANO VASCO	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC NAHUATL ELKARTEA DESARROLLO E INICIATIVAS NICARAGUENSES	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. PARA LA INTEGRACION DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES EDO CLUB DE NIGERIA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC. PARA EL DESARROLLO NDIAMBOUR VIZCAINA	CAE	POBLACION INMIGRANTE	COOPERACIÁ N INTERNACIONAL
ASOCIAACION	ASOCIACION UNION DE LOS SENEGALESES DE BIZKAIA TERRANGA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOCIACION DE INMIGRANTES PAKISTANIES PAK-VIZCAYA	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC PARA LA AYUDA A LA COMUNIDAD AFRICANA EN EL PAÍS VASCO - LAMANNE -CACHEE-	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC DE INTEGRACION Y DE SOLIDARIDAD DE LOS SENEGALESES QUE VIVEN EN EUSKADI SUNU MAKAA	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC SOCIOCULTURAL PUERTA DE PAZ TSHUKE BOMPETSHI	DISTRITO 6 ABANDO	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC DE DOMINICANOS UNIDOS EN EN PAÍS VASCO	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC CULTURAL DE PAKISTANIES EN EUSKADI -PANYAB-	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC DE LA ETNIA BAMILEKE (CAMERUN) DE BIZKAIA AS-KA-BI	CAE	POBLACION INMIGRANTE	COOPERACIÁ N INTERNACIONAL,IN MIGRACION

ASOC CULTURAL POR COLOMBIA E IBEROAMERICA-EUSKADI ACULCO EUSKADI DE BILBAO	CAE	POBLACION INMIGRANTE	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL,IN MIGRACION
ASOC DE AYUDA A LAS PERSONAS MAS NECESITADAS LOGOS RHEMA	BILBAO	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRATION
ASOC PARA UNION DE LOS AFRICANOS EN EL PAIS VASCO ELIKYA	CAE Y NAVARRA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRATION
ASOC PARA LA COOPERACION AL DESARROLLO Y LA PROMOCION DE LAS MUJERES Y EL COLECTIVO INMIGRANTE PAREKIDE	CAE	MUJERES,POBLACION INMIGRANTE,PERSONAS RIESGO DE EXCLUSION,POBLACION EN GENERAL	INTERVENCIÃ“N Y ACCION SOCIAL,CULTURA,SO CIEDAD,COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL,PROFESIONALES Y EMPRESARIOS/AS,I GUALDAD,INMIGRA CION
ASOC ACCION EDUCATIVA Y CULTURAL NOMADAK MUNDUTIK	BIZKAIA,INTERNACIONAL	INTERVENCIÃ“N Y ACCION SOCIAL,CULTURA,COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL,IGUALDAD,IN MIGRATION,MEDIO AMBIENTE Y SOSTENIBILIDA	1
RED DE CONSUMO SOLIDARIO	INTERNACIONAL	PERSONAS RIESGO DE EXCLUSION	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL,CO NSUMO,MEDIO AMBIENTE Y SOSTENIBILIDA
ASOC SOCIO CULTURAL NUEVO AMANECER	CAE	PERSONAS RIESGO DE EXCLUSION,POBLACION EN GENERAL,MADRES / PADRES / FAMILIAS	INTERVENCIÃ“N Y ACCION SOCIAL,CULTURA,IN MIGRATION
ASOC DE MUJERES EFULAN/LA UNION	BILBAO	MUJERES	CULTURA,IGUALDA D,INMIGRATION
ASOC DE AYUDA A LA INMIGRATION BEKEA CASAMENCE	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRATION
ASOC COMITE ESPAÃ‘OL DE LA UNRWA	INTERNACIONAL	PERSONAS REFUGIADAS	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL
ASOC NICARAGÃœNSE DEL PAIS VASCO EL GUEGUENSE	BIZKAIA	POBLACION INMIGRANTE	SOCIEDAD,COOPER ACIÃ“N
			INTERNACIONAL,IG UALDAD,CULTURA
ASOC ESPAÃ‘A CON ACNUR	ESTADO	PERSONAS REFUGIADAS	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL
ASOC JORGE ADOLFO FREYTER ROMERO ESTUDIOS SOBRE VIOLENCIA POLITICA EN AMERICA LATINA Y EN SU ESPECIALIDAD UNIVERSIDADE	DISTRITO 5 IBAIONDO	POBLACION INMIGRANTE	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL,IN MIGRATION
ASOC CULTURAL IRUDI BERRIA - IMAGENES VIVAS	CAE	MUJERES,POBLACION INMIGRANTE,POBLACION EN GENERAL,INFANCIA Y ADOLESCENCIA,JUVENTUD	SALUD Y APoyo MUTUO,CULTURA,E DUCACIÃ“N Y EMPLEO,IGUALDAD, INMIGRATION,EUSK ERA
ASOC CULTURAL AL MOUANA	DISTRITO 3 OTXARKOAGA-TXURD.	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRATION
ASOC HALDI FOTTY DEBATIMOS Y ACORDAMOS	BILBAO	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRATION
ASOC CULTURAL CENTRO AFRICANA ACCA	CAE	POBLACION INMIGRANTE	INMIGRATION
ASOCIACION PARA LA COOPERACION Y EL DESARROLLO ENTRE SENEGAL Y EUSKADI SUNU GAAL	CAE,ESTADO,INTERNACION AL,BILBAO	MUJERES,POBLACION INMIGRANTE,PERSONAS RIESGO DE EXCLUSION	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL
SAMURRAK ANIZTASUN SUSTAPENA ELKARTEA	CAE	POBLACION INMIGRANTE,DIVERSIDAD SEXUAL O DE GENERO,MADRES / PADRES / FAMILIAS	IGUALDAD,INMIGRA CION,EDUCACIÃ“N Y EMPLEO
SALUGANDA ELKARTEA	BIZKAIA,CAE,INTERNACIONAL,DISTRITO 6 ABANDO,BILBAO	MUJERES,PERSONAS RIESGO DE EXCLUSION,JUVENTUD	INTERVENCIÃ“N Y ACCION SOCIAL,COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL,IG UALDAD
HOSANNA DE AYUDA HUMANITARIA Y COOPERACION AL DESARROLLO EN GUINEA BISSAU	BILBAO	POBLACION INMIGRANTE	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL
SOLIDARIDAD, EDUCACION, DESARROLLO	ESTADO,INTERNACIONAL	MUJERES,PERSONAS RIESGO DE EXCLUSION,INFANCIA Y ADOLESCENCIA	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL
ASOC GOLDEN SISTERS DE APOYO A LAS MUJERES NIGERIANAS EN EL PAIS VASCO	BIZKAIA	MUJERES,POBLACION INMIGRANTE,PERSONAS SOCIAS	SALUD Y APoyo MUTUO,IGUALDAD,IN MIGRATION

ASOCIAACION	ENTRE AMIGOS LAGUN ARTEAN	BIZKAIA,CAE Y NAVARRA,INTERNACIONAL, BILBAO	MUJERES,POBLACION INMIGRANTE,DIVERSIDAD SEXUAL O DE GENERO	COOPERACIÃ“N INTERNACIONAL,PA RTICIPACION CIUDADANA,IGUAL DAD
ASOCIAACION	ASOC ARIANA AFGANA DE APOYO A MIGRANTES Y REFUGIADAS/OS DE BILBAO	BIZKAIA	MUJERES,POBLACION INMIGRANTE,MADRES / PADRES / FAMILIAS	CULTURA,IGUALDA D,INMIGRACION
ASOCIAACION	ASOC SOCIO CULTURAL AFRICAN VIBES DANCE	BIZKAIA,CAE,CAE Y NAVARRA,BILBAO	POBLACION INMIGRANTE,POBLACION EN GENERAL,JUVENTUD	CULTURA,IGUALDA D,INMIGRACION

Anexo 3. Folleto de contactación para matronas y ONG

LAZOS ENTRE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (MATRONAS) Y LAS MUJERES: EXPLORANDO LA PERSPECTIVA DEL SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO EN MUJERES MIGRANTES (ESTUDIO DE CASO EN BIZKAIA)

1 ¿Por qué este proyecto?

Mi nombre es Celia Valderrama Álvarez y soy alumna del máster de Desarrollo y Cooperación Internacional en la UPV/EHU. Como alumna del máster estoy realizando mi Trabajo Fin de Máster por medio de un estudio de investigación.



4 ¿Cómo va a obtenerse la información?

Se ha planteado un estudio cualitativo que combina dos herramientas metodológicas para el análisis discursivo:

- Entrevistas semiestructuradas.
- Grupos Focales.

2 Objetivo General

Mejorar la atención de las matronas a las mujeres migrantes a lo largo del seguimiento del embarazo, parto y postparto. En el área de atención de las matronas, las políticas públicas tienen un relevante papel en el que deben ser conscientes de los cambios sociales y culturales que se están produciendo en las últimas décadas. En este contexto es, además, fundamental el papel que tienen aquellas personas implicadas en la acogida desde las ONG.

3 ¿Quién participa?

Debido a que se pretende realizar una aproximación al panorama de la atención a las mujeres migrantes gestantes y puérperas, queremos una triple perspectiva: la visión de las mujeres, la visión de las matronas y la del personal de las ONG.



5 Echa un vistazo a la metodología..



6 No me ha quedado claro del todo...

Tanto para resolver dudas de la investigación, como para conocer los resultados y las conclusiones, me puedes contactar en el correo:

celiava.cooperacion@gmail.com

Anexo 4. Documento de consentimiento informado: matronas y mujeres migrantes

Mujeres migrantes



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MUJERES

Investigadora principal: Celia Valderrama Álvarez

Alumna del máster de Desarrollo y Cooperación Internacional de la Universidad del País Vasco.

Email de contacto: celiava.cooperacion@gmail.com

Profesora encargada de la tutorización: María Amaya Izaola Argüeso

Identificación del proyecto: Lazos entre enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia).

Desde mi condición de matrona y con el pretexto de realizar el Trabajo de Fin de Máster, se va a realizar una investigación cuyo objetivo general es el de proponer áreas de mejora en la atención a las mujeres migrantes durante el seguimiento del embarazo, parto y postparto en el área de atención de las enfermeras especializadas (matronas), donde las políticas públicas tienen un relevante papel en el que deben ser conscientes de los cambios sociales y culturales que se están produciendo en las últimas décadas. En este contexto es, además, fundamental el papel que tienen aquellas personas implicadas en la acogida desde las ONG.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Analizar la perspectiva actual, desde la mirada de las matronas, sobre la atención y seguimiento del embarazo, parto y posparto de las mujeres migrantes.
2. Identificar las necesidades específicas de las mujeres migrantes gestantes.
3. Analizar la existencia o no de diferencias en las dificultades que puedan darse en cuanto a la situación de las mujeres autóctonas y migrantes.
4. Tratar de conocer las dificultades en el proceso de coordinación con el servicio de salud desde la perspectiva de las ONG en el proceso de seguimiento de embarazo, parto y postparto.

Para ello te invitamos a participar en una entrevista semiestructurada, en la que desde tu experiencia como mujer que ha accedido al servicio de obstetricia de la sanidad pública puedes aportar cómo ha sido o es esta atención.

Esta entrevista tendrá una duración aproximada de una hora, será grabada si nos lo permites y la realizaremos en el lugar, el día y a la hora que te venga bien y únicamente se realizará una sesión.

Previamente a la realización de la entrevista te haremos llegar un breve resumen de las cuestiones que abordaremos.

Agradeciéndole tu atención, recibe un cordial saludo.

Celia Valderrama Álvarez

Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia, en activo en el Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

Alumna del máster de Desarrollo y Cooperación Internacional de la Universidad del País Vasco

Email de contacto:

celiava.cooperacion@gmail.com

La/el abajo firmante, , doy mi **CONSENTIMIENTO** para participar en la investigación “**Lazos entre enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia)**” dirigida por la alumna de la UPV/EHU Celia Valderrama Álvarez, tras haber sido informada/o por escrito de los objetivos del proyecto y haber podido solicitar cuanta información complementaria fuera necesaria.

La entrevista será grabada y tendrá una duración estimada de una hora o bien el tiempo que la persona considere oportuno y únicamente se realizará una sesión.

Además, he sido informada/o de que:

- a) mi participación en el proyecto es voluntaria y altruista, y que la negativa a hacerlo no supondrá ningún perjuicio o medida en mi contra;
- b) puedo conocer los resultados de la investigación solicitándolo por correo electrónico a la investigadora responsable del proyecto: celiava.cooperacion@gmail.com
- c) puedo revocar este consentimiento, en cualquiera de sus puntos, en cualquier momento, sin dar explicaciones, simplemente remitiendo una petición en este sentido a la investigadora responsable del proyecto por correo electrónico, celiava.cooperacion@gmail.com
- d) el responsable del tratamiento de datos Identidad es la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B. Dirección Postal: Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia). Página web: www.ehu.eus. Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos: dpd@ehu.eus.

Doy mi consentimiento a la grabación de voz	Sí	NO	Marcar lo que proceda
---	----	----	-----------------------

Este proyecto ha recibido el Vº Bº del Comité de Ética en investigación con seres humanos (CEISH) de la UPV/EHU

INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

Código del tratamiento	TI0740
Nombre del Tratamiento	MATRONAS Y MUJERES MIGRANTES: SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO EN MUJERES MIGRANTES

Responsable del tratamiento de datos

Identidad: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B.

Dirección Postal: Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia). Página web: www.ehu.eus

Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos: dpd@ehu.eus

Finalidad del tratamiento de datos

Analizar la relación y el seguimiento entre las matronas y las mujeres migrantes durante el proceso del embarazo, parto y postparto

Período de conservación de los datos:

Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.

Legitimación del tratamiento de datos	- Consentimiento de las personas interesadas
Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos	No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán transferencias internacionales

Datos de carácter personal del tratamiento

Datos de características personales: grabación de voz

Datos de circunstancias sociales: SANIDAD, RELACIONES DE ATENCIÓN EN EL PARTO Y POSPARTO

Derechos: ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la UPV/EHU estamos tratando datos personales que les conciernen, o no. Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.

En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

Especialmente, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Para el ejercicio de los derechos que le asisten dispone de formularios en el sitio web: www.ehu.eus/babestu

Asimismo, dispone de información de la Agencia Vasca de Protección de Datos en el sitio web:

<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu> <http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es>

Información adicional: Disponible en <http://www.ehu.eus/babestu>

Identificación y firma de la persona que informa

Consentimiento y firma de la persona que participa

Matronas



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS A MATRONAS

Investigadora principal: Celia Valderrama Álvarez

Alumna del máster de Desarrollo y Cooperación Internacional de la Universidad del País Vasco.

Email de contacto: celiava.cooperacion@gmail.com

Profesora encargada de la tutorización: María Amaya Izaola Argüeso

Identificación del proyecto: *Lazos entre enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia).*

Desde mi condición de matrona y con el pretexto de realizar el Trabajo de Fin de Máster, se va a realizar una investigación cuyo objetivo general es el de proponer áreas de mejora en la atención a las mujeres migrantes durante el seguimiento del embarazo, parto y postparto en el área de atención de las enfermeras especializadas (matronas), donde las políticas públicas tienen un relevante papel en el que deben ser conscientes de los cambios sociales y culturales que se están produciendo en las últimas décadas. En este contexto es, además, fundamental el papel que tienen aquellas personas implicadas en la acogida desde las ONG.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Analizar la perspectiva actual, desde la mirada de las matronas, sobre la atención y seguimiento del embarazo, parto y posparto de las mujeres migrantes.
2. Identificar las necesidades específicas de las mujeres migrantes gestantes.
3. Analizar la existencia o no de diferencias en las dificultades que puedan darse en cuanto a la situación de las mujeres autóctonas y migrantes.
4. Tratar de conocer las dificultades en el proceso de coordinación con el servicio de salud desde la perspectiva de las ONG en el proceso de seguimiento de embarazo, parto y postparto.

Para ello te invitamos a participar en una entrevista semiestructurada en la que desde tu experiencia como profesional que trabaja con mujeres migrantes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva desde áreas de atención obstétricas puedes contribuir al análisis de las distintas perspectivas de esta atención. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de una hora, será grabada si nos lo permites y la realizaremos en el lugar, el día y a la hora que te venga bien y únicamente se realizará una sesión.

Previamente a la realización de la entrevista te haremos llegar un breve resumen de las cuestiones que abordaremos.

Agradeciéndole tu atención, recibe un cordial saludo.

Celia Valderrama Álvarez

Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia, en activo en el Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

Alumna del máster de Desarrollo y Cooperación Internacional de la Universidad del País Vasco

Email de contacto:

celiava.cooperacion@gmail.com

La/el abajo firmante, , doy mi **CONSENTIMIENTO** para participar en la investigación “**Lazos entre enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia)**” dirigida por la alumna de la UPV/EHU Celia Valderrama Álvarez, tras haber sido informada/o por escrito de los objetivos del proyecto y haber podido solicitar cuanta información complementaria fuera necesaria.

La entrevista será grabada y tendrá una duración estimada de una hora o bien el tiempo que la persona considere oportuno y únicamente se realizará una sesión.

Además, he sido informada/o de que:

- a) mi participación en el proyecto es voluntaria y altruista, y que la negativa a hacerlo no supondrá ningún perjuicio o medida en mi contra;
- b) puedo conocer los resultados de la investigación solicitándolo por correo electrónico a la investigadora responsable del proyecto: celiava.cooperacion@gmail.com
- c) puedo revocar este consentimiento, en cualquiera de sus puntos, en cualquier momento, sin dar explicaciones, simplemente remitiendo una petición en este sentido a la investigadora responsable del proyecto por correo electrónico, celiava.cooperacion@gmail.com
- d) el responsable del tratamiento de datos Identidad es la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B. Dirección Postal: Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia). Página web: www.ehu.eus. Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos: dpd@ehu.eus.

Doy mi consentimiento a la grabación de voz	Sí	NO	Marcar lo que proceda
---	----	----	-----------------------

Este proyecto ha recibido el Vº Bº del Comité de Ética en investigación con seres humanos (CEISH) de la UPV/EHU

INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

Código del tratamiento	TI0740
Nombre del Tratamiento	MATRONAS Y MUJERES MIGRANTES: SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO EN MUJERES MIGRANTES

Responsable del tratamiento de datos

Identidad: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B.

Dirección Postal: Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia). Página web: www.ehu.eus

Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos: dpd@ehu.eus

Finalidad del tratamiento de datos

Analizar la relación y el seguimiento entre las matronas y las mujeres migrantes durante el proceso del embarazo, parto y postparto

Periodo de conservación de los datos:

Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.

Legitimación del tratamiento de datos	- Consentimiento de las personas interesadas
---------------------------------------	--

Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos	No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán transferencias internacionales
---	--

Datos de carácter personal del tratamiento

Datos de características personales: grabación de voz

Datos de circunstancias sociales: SANIDAD, RELACIONES DE ATENCIÓN EN EL PARTO Y POSPARTO

Versión 3. Fecha: 28/03/2025

Derechos: ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la UPV/EHU estamos tratando datos personales que les conciernen, o no. Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.

En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

Especialmente, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Para el ejercicio de los derechos que le asisten dispone de formularios en el sitio web: www.ehu.eus/babestu

Asimismo, dispone de información de la Agencia Vasca de Protección de Datos en el sitio web:

<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu> <http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es>

Información adicional: Disponible en <http://www.ehu.eus/babestu>

Identificación y firma de la persona que informa

Consentimiento y firma de la persona que participa

Anexo 5. Guion de la entrevista semiestructurada a las personas migrantes

PRESENTACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO: *Lazos entre enfermeras especialistas (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia).*

Investigadora principal: CELIA VALDERRAMA ÁLVAREZ

OBJETIVO GENERAL

Se pretende plantear mejoras en la atención a las mujeres migrantes en su etapa reproductiva, desde el embarazo, el parto y el posparto; con la finalidad de mejorar la satisfacción personal e implementar actividades que fortalecen la toma de decisiones y la autonomía en sus cuidados. Para ello, se están haciendo entrevistas a mujeres y matronas, con el objetivo de conocer a través de su experiencia cómo poder mejorar algunos aspectos.

ESTRUCTURACIÓN DEL GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA - BLOQUES DE CONTENIDO

Vamos a estructurar esta conversación en 6 partes y el tiempo previsto será de aproximadamente 70 - 90 minutos. Si en cualquier momento necesitas parar la entrevista o finalizarla, podemos hacerlo sin problemas. Es necesario grabar la entrevista para no perder detalles. Nosotras la transcribimos después y eso nos permite analizarla mejor. Es una metodología que se emplea en investigación social y que es totalmente anónima y confidencial.

BLOQUE 1. CONTEXTO

- a) ¿Cuál es tu lugar de origen?, ¿cuántos años llevas viviendo en el País Vasco?
- b) ¿Cuál es tu lengua materna?, ¿manejás el castellano sin problemas?, ¿y el euskera? (¿manejabas el castellano cuando llegaste a País Vasco?)
- c) ¿Cuáles son tus estudios?
- d) ¿A qué te dedicas?

BLOQUE 2. ACOGIDA EN EL PAÍS VASCO

- a) ¿Cómo recuerda tus primeros meses en el País Vasco?
- b) ¿Cómo contactaste con la ONG que te acogió?
- c) ¿Qué papel tuvo la ONG en tu integración en el País Vasco?, ¿qué relación mantienes ahora con esta ONG?

BLOQUE 3. ALIANZAS, CONTEXTO RELACIONAL, GRUPOS DE APOYO

- a) ¿Con quién vives?
- b) ¿Consideras que cuentas con un grupo de apoyo o red social?
- c) ¿Formas parte de alguna asociación de mujeres o de algún movimiento social?

BLOQUE 4. ACCESO AL SERVICIO DE SALUD. RELACIÓN CON EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

- a) ¿Cómo accediste al servicio público de salud?
- b) ¿Cuál fue el primer motivo de consulta?
- c) ¿Cuándo contactaste por primera vez y cómo con el servicio de obstetricia y ginecología del servicio de salud?
- d) ¿Conocías cuando accediste cuáles son tus derechos?, ¿se respetaron?

BLOQUE 5. EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Ahora me gustaría preguntarte sobre cómo fue la atención en el servicio de obstetricia y ginecología; también puede ser interesante que añadas la percepción que tienes tras escuchar experiencias de amigas suyas, por lo que puede hacer referencia a las mismas si así lo desea.

- En general, ¿te sentiste a gusto y bien tratada?
- ¿Qué es para ti una matrona o partera?
- ¿Qué significa para ti estar sana o enferma?
- ¿Cuáles crees que son obstáculos o barreras en la atención en este servicio?
- ¿Cuáles crees que son los principales riesgos a los que te has enfrentado durante la atención en el servicio?
- ¿Conoces qué es el plan de parto?
- ¿Has oído hablar de violencia obstétrica?
- ¿Qué aspectos positivos recuerdas de tu atención en el servicio y consideras que deberían mantenerse?
- ¿Consideras que hay recursos del entorno que no se están aprovechando?, ¿conoces algún programa específico que no se difunda suficiente? Por ejemplo, grupos de apoyo en alguna ONG o barrio de la ciudad, programas de salud sexual y reproductiva específicos para mujeres migrantes...
- ¿Dónde y cómo resolvías dudas de tu embarazo?
- ¿Conoces alguna manera de acceder a información sobre embarazo, parto y postparto de manera sencilla?

BLOQUE 6. SALUD INTEGRAL

- a) ¿Consideras que el servicio de salud tiene en cuenta a la persona en su conjunto?
- b) ¿Consideras que detectamos las necesidades particulares de cada persona?
- c) ¿Consideras que se tiene en cuenta la atención a la salud emocional?
- d) ¿Ha faltado algo en relación con la atención a la situación anímica o tus circunstancias particulares durante el proceso de atención?
- e) ¿Cómo valorarías tu salud a nivel global (física y emocional)? (Señalar gráfico)

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
----------	------	---------	-------	-----------

BLOQUE 7. PROPUESTAS DE MEJORA

Me gustaría que añadieras alguna propuesta de mejora si no lo has hecho anteriormente.

BLOQUE 8. ESPACIO PARA EXPRESIÓN DE EXPERIENCIAS CONCRETAS QUE DESEE COMPARTIR

¿Te gustaría relatar alguna experiencia personal que te parezca importante?

BLOQUE 9. CONCLUSIONES

¿Hay algún aspecto que crees que debemos tener en cuenta y que no hemos nombrado?, ¿te has sentido a gusto en esta entrevista?, ¿crees que puedo mejorar en algo?

DESPEDIDA Y CIERRE

Muchas gracias por participar de forma voluntaria en la entrevista. Cuando termine el trabajo me gustaría invitar a todas las personas que habéis participado para así contaros todo lo que he recogido durante estos meses y agradeceros vuestra fundamental colaboración.

FIRMA DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 6. Guion de la entrevista semiestructurada a las matronas

PRESENTACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO: *Lazos entre enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas) y las mujeres: explorando la perspectiva del seguimiento del embarazo, parto y postparto en mujeres migrantes (estudio de caso en Bizkaia).*

Investigadora principal: CELIA VALDERRAMA ÁLVAREZ

OBJETIVO GENERAL

Se pretende plantear mejoras en la atención a las mujeres migrantes en su etapa reproductiva, desde el embarazo, el parto y el posparto; con la finalidad de mejorar su satisfacción personal e implementar actividades que fortalecen la agencia de estas mujeres. Mejoras que deseamos plantear desde una triple mirada, desde las mujeres y desde las y los profesionales que las atienden, así como desde el apoyo que proporcionan ONG cercanas a ellas.

El objetivo general del que se ha partido es el de plantear posibles áreas de mejora en la atención a las mujeres migrantes durante el seguimiento del embarazo, parto y postparto gracias a la creación de conciencia crítica y un debate entre las matronas que les atienden sobre las prácticas desarrolladas hasta el momento.

Además, es relevante plantear el papel de las ONG que acogen a estas mujeres y que impulsan el conocimiento de sus derechos, facilitando que las mujeres tengan conciencia de estos y sean sujetos con agencia durante todo el proceso.

Es por ello por lo que queremos conocer tu mirada y acercamiento al tema para poder reforzar el papel de las mujeres en su proceso.

ESTRUCTURACIÓN DEL GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA - BLOQUES DE CONTENIDO

En cuanto a la entrevista, estará estructurada en seis bloques de contenido y tendrá una duración estimada de unos 70 – 90 minutos.

Vamos a usar una grabadora de voz para poder transcribir y analizar nuestra conversación. Esto forma parte de la metodología de trabajo en la investigación social. Es un proceso totalmente anónimo y confidencial.

BLOQUE 1. Primero vamos a empezar hablando de manera general sobre ... TU TRAYECTORIA PROFESIONAL.

- a) Edad.
- b) ¿Dónde te formaste?, ¿crees que recibiste formación específica sobre la atención a colectivos vulnerables o transculturalidad?
- c) Años de trabajo como matrona en el sistema público de salud.
- d) Destinos en los que haya trabajado: distintos hospitales, comunidades, países...

- e) Formación adicional en atención a personas migrantes y transculturalidad.

BLOQUE 2. ANÁLISIS DEL ÁREA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Ahora vamos a hablar de la atención a las mujeres migrantes en nuestro sistema de salud... Son preguntas generales que se amoldan de alguna manera al análisis DAFO que ya conoces...

- a) ¿Cuáles crees que son los principales déficits o necesidades actuales de la atención a estas mujeres?, ¿cuáles has detectado como principales limitaciones del sistema de salud?
- b) ¿Cuáles crees que son los principales riesgos potenciales a los que se enfrentan estas mujeres en el proceso de atención con la matrona?, ¿qué elementos o aspectos negativos del entorno deberían prevenirse, aunque no dependan directamente de la matrona?
- c) ¿Qué aspectos positivos de la atención a estas mujeres consideras que deberían mantenerse?, ¿con qué capacidades cuenta el colectivo de matronas para adecuar la atención a estas mujeres?
- d) ¿Consideras que hay factores del entorno que no se están aprovechando en su totalidad?, ¿conoces algún programa específico al que no se le esté sacando la máxima rentabilidad en términos de atención de calidad a estas mujeres?

BLOQUE 3. NECESIDADES ESPECÍFICAS/INDIVIDUALES DE TU ÁREA DE TRABAJO

Este apartado es diferente en función de si ejerces tu trabajo en atención primaria o en atención especializada. Con él, pretendo conocer algunas necesidades específicas de tu área de intervención, tanto a nivel asistencial como geográfico.

- a) ¿Consideras que tu nivel asistencial (primaria o especializada) posee unas necesidades específicas en relación con la atención a este colectivo?
- b) ¿Consideras que tu centro de salud concreto o el área hospitalaria en el que ejerces tu labor posee unas necesidades específicas?
- c) ¿Percibes un contexto de racismo o racismo institucional en tu área de trabajo?
- d) ¿Piensas que las barreras de las que hemos estado hablando pueden aumentar el riesgo de violencia obstétrica en este colectivo?

BLOQUE 4. PROPUESTAS DE MEJORA

Además de todo lo que me has contado, ¿añadirías alguna propuesta de mejora?

BLOQUE 5. ESPACIO PARA EXPRESIÓN DE EXPERIENCIAS CONCRETAS QUE DESEES COMPARTIR

En relación con este tema, ¿te gustaría relatar alguna experiencia personal (anonimizada, por supuesto) que aporte valor al análisis realizado o lo ejemplifique?

BLOQUE 6. CONCLUSIONES

¿Quieres comentar algo más que no hayamos tenido en cuenta?

DESPEDIDA Y CIERRE

Muchas gracias por dedicarme este tiempo. Creo que ha sido muy enriquecedor y que nos ayudará a proponer mejoras en la atención a mujeres migrantes y mejorar la satisfacción individual del personal que atiende. Además, me gustaría enviarte los resultados que se obtengan y, si tienes interés, os convocaré para conocer las conclusiones que saquemos de este análisis.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

www.hegoa.ehu.eus