



TRABAJO FIN DE MÁSTER INVESTIGADOR

Máster Universitario en Traducción Médico-Sanitaria

**PERSPECTIVA DE LAS MATRONAS
SOBRE LA ATENCIÓN EN SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA A
MUJERES MIGRANTES EN ESPAÑA:
ESTUDIO FENOMENOLÓGICO**

Carmen Barrio Ruiz de Viñaspre

Tutor: Francisco Raga Gimeno

(2021-2022)

Resumen: La globalización y la intensificación de las corrientes migratorias ha propiciado que vivamos en sociedades multilingües y multiculturales. En España, las mujeres migrantes, por amplio y diverso que sea este colectivo, son una población especialmente vulnerable, con problemas específicos relacionados con la salud sexual y reproductiva (SSR). Beneficiarse de los cuidados sanitarios en materia de SSR se ha asociado con una mejor nutrición, salud mental, el progreso en resultados sociales y económicos, así como con beneficios clínicos como tasas reducidas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planificados. Sin embargo, las mujeres migrantes presentan una menor tasa de acceso, uso y permanencia en los servicios de SSR. El presente trabajo de investigación busca explorar la perspectiva de las matronas de Cantabria, País Vasco y La Rioja sobre las barreras y facilitadores que encuentran las mujeres migrantes para recibir una atención a la SSR equitativa y de calidad. Para ello, se han llevado a cabo 10 entrevistas en profundidad siguiendo la metodología fenomenológica hermenéutica. Como resultado se encontraron tres tipos de barreras: (i) lingüísticas, que causan la pérdida de información en el intercambio comunicativo entre las sanitarias y las mujeres; (ii) culturales, que ocasionan desencuentros entre las costumbres y expectativas de cuidados entre las comunidades de origen y acogida; (iii) organizativas, que evidencian las carencias de los sistemas de salud públicos para adaptarse a las necesidades diversas de profesionales sanitarios y pacientes. Asimismo, se exploraron y propusieron (iv) facilitadores para paliar las barreras identificadas anteriormente.

Palabras clave: salud sexual y reproductiva, matronas, mujeres migrantes, comunicación, barreras, facilitadores, mediación, interlingüístico, intercultural.

Abstract: Globalisation and the intensification of migratory flows have led us to live in multilingual and multicultural societies. In Spain, migrant women, as large and diverse as this group is, are a particularly vulnerable population, with specific problems related to sexual and reproductive health (SRH). Benefiting from SRH care has been associated with better nutrition, mental health, improved social and economic outcomes, as well as clinical benefits such as reduced rates of sexually transmitted infections (STIs) and unplanned pregnancies. However, migrant women have lower rates of access, use and stay in SRH services. This research aims to explore the perspective of midwives in Cantabria, the Basque Country and La Rioja on the barriers and facilitators that migrant women face in receiving equitable and quality SRH care. To this end, 10 in-depth interviews were carried out following the hermeneutic phenomenological methodology. As a result, three types of barriers were found: (i) linguistic, which cause the loss of information in the communicative exchange between health professionals and women; (ii) cultural, which provoke discrepancies regarding the customs and expectations of care between the communities of origin and host communities; (iii) organisational, which show the shortcomings of public health systems in adapting to the diverse needs of health professionals and patients. In addition, (iv) facilitators were explored and proposed to alleviate the barriers identified above.

Key Words: sexual and reproductive health, SRH, midwives, migrant women, communication, barriers, facilitators, mediation, interlinguistic, intercultural.

ÍNDICE:

1.	Introducción.....	7
1.1.	Justificación del objeto de estudio	7
1.2.	Motivación	8
1.3.	Objetivo	9
2.	Marco Teórico	11
2.1.	Situación migratoria.....	11
2.2.	Marco legislativo	13
2.3.	Mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario.....	14
2.4.	Revisión de la literatura	15
3.	Metodología.....	19
3.1.	Diseño	19
3.2.	Muestra	20
3.3.	Recogida de datos	20
3.4.	Análisis de los datos	21
3.5.	Consideraciones éticas	22
4.	Presentación y análisis de los resultados	24
4.1.	Barreras lingüísticas.....	25
4.1.1.	Dominio limitado del idioma.....	25
4.1.2.	Falta de servicio presencial de interpretación profesional.....	26
4.1.3.	Baja alfabetización en salud	29
4.2.	Barreras culturales	30
4.2.1.	Idea y expresión de la enfermedad	30
4.2.2.	Discrepancia y confrontación cultural.....	31
4.2.3.	Cuerpo, sexualidad y género	33
4.2.4.	Desconocimiento sobre cuidados transculturales	34
4.3.	Barreras organizativas.....	35
4.3.1.	Tiempo de consulta.....	35

4.3.2.	Disonancias entre sistemas de salud.....	35
4.3.3.	Inequidad en los cuidados	35
4.4.	Facilitadores.....	36
4.4.1.	Continuidad en los cuidados.....	36
4.4.2.	Lenguaje no verbal	37
4.4.3.	Incorporación de experto en comunicación e interculturalidad.....	37
4.4.4.	Autonomía de las mujeres	37
5.	Conclusiones.....	39
6.	Bibliografía.....	44

1. Introducción

1.1. Justificación del objeto de estudio

El siglo XXI no puede entenderse sin la palabra «globalización», vivimos en un mundo hiperconectado gracias a las tecnologías de la información y de la comunicación. A nivel sociodemográfico, nos encontramos con comunidades que cambian rápidamente y entre las que individuos de diversas culturas se desplazan con mayor facilidad. Consecuentemente, las instituciones del estado de bienestar social deben dar cobertura a personas con perspectivas del mundo y sistemas de creencias cada vez más heterogéneos.

En los servicios de salud, esto se ha teorizado, entre otras muchas y muy diferentes aportaciones, bajo el modelo de atención transcultural (Leininger, 2002) y en el enfoque de cuidados integrados que analiza Goodwin (2016). La comunicación y la colaboración entre los integrantes y beneficiarios del sistema de atención sanitaria es fundamental para que los profesionales de la salud lleven a cabo su función asistencial. La atención transcultural evidencia la necesidad de proporcionar cuidados basados en las creencias, valores y prácticas culturales de una persona o grupo para promover o restablecer la salud (Leininger, 2002). Los cuidados integrados deben suponer la unión de aspectos clave en el diseño y la prestación de sistemas asistenciales que están fragmentados para paliar el impacto adverso que esto tiene en las experiencias de atención de las personas y en sus resultados (Goodwin, 2016). No obstante, aunque las instituciones de formación de profesionales sanitarios han llevado a cabo, en los últimos años, [quitaría las comas] un esfuerzo proactivo por incluir este enfoque en su currículo, en la práctica, los facultativos siguen encontrando una brecha comunicativa en el cuidado de una población culturalmente diversa.

Las mujeres de origen migrante o refugiado son las personas más vulnerables y entre las que se recogen peores resultados de salud (Lebano et al., 2020). Los factores que contribuyen a dichas disparidades sanitarias son multifacéticos, pero pueden incluir riesgos relacionados con procesos patológicos, por ejemplo, enfermedades infecciosas y anemia (Boyle et al., 2018), o riesgos basados en la población, como la talasemia, la diabetes, la mutilación genital femenina o la violencia sexual (Rademakers et al., 2005).

No obstante, muchos de estos condicionantes están relacionados con cuestiones más amplias, como el acceso y uso de los servicios de salud o la alfabetización sanitaria (G. M. Higginbottom et al., 2015) (Mladovsky et al., 2012) y cómo estos interactúan con la

complejidad de las diversas religiones, antecedentes culturales, niveles educativos, historias de migración, condiciones de vida actuales y estatus legal de las migrantes.

La investigación en salud es una indagación sistemática destinada a generar un cuerpo de evidencia que contribuya a generar un modelo de atención sanitaria más seguro, accesible, equitativo y de mayor calidad. En las ciencias de la salud, el método cualitativo se considera la forma más humanista y centrada en la persona de descubrir los pensamientos y acciones de los seres humanos (Renjith et al., 2021). Como señalan Wandschneider et al. (2020), en la investigación sanitaria el género y la migración se analizan generalmente por separado. Por ende, la disponibilidad de datos específicos de los efectos sobre la salud que se producen cuando confluyen estos dos determinantes sociales es limitada. Una perspectiva de género explícita en la investigación en salud relacionada con la migración contribuye a analizar, evaluar e interpretar adecuadamente la situación sanitaria de las mujeres migrantes.

1.2. Motivación

El presente estudio se produce como una continuación natural del Trabajo Fin de Grado (Barrio, 2018) en el que se exploraba el acceso de mujeres migrantes a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Para su desarrollo, se realizó la traducción inversa (ES>EN) de varios documentos legales e informativos con el propósito de generar un texto meta que mantuviese un tono neutral y objetivo, salvando así los prejuicios que existen en torno a la IVE y propiciando un ambiente donde las mujeres se sintiesen cómodas para tomar una decisión libre e informada dentro del marco de sus derechos. Consecuentemente, se estableció la funcionalidad como característica principal del discurso meta. Se eligió el inglés por su carácter vehicular, entendiendo que, en la gran mayoría de los casos, no sería la lengua materna del receptor, pero establecería unas bases comunes desde donde comenzar a trabajar. Asimismo, se realizó un proceso de desteminologización para que el texto resultase familiar y fácilmente entendible.

Las entrevistas que conforman el cuerpo de evidencia de este TFM se desarrollaron de forma paralela a una revisión sistemática de la literatura sobre las barreras y facilitadores lingüísticos y culturales que encuentran las mujeres migrantes en países europeos para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR a partir de ahora). Durante la realización del presente trabajo, la autora estuvo trabajando, a través de una asociación, como mediadora entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes. Queda

mucho camino por recorrer, pero, desde el trabajo en el campo hasta el esfuerzo investigador por evidenciar y denunciar la inequidad existente en nuestro sistema de salud, hay personas valiosísimas allanando el sendero.

En el futuro, se propone un plan de investigación-acción que se fundamente en tres pilares: (i) recoger evidencia sobre proyectos de educación transcultural en el ámbito sanitario en contextos comparables al sistema de salud español, (ii) implementar aquellos que han demostrado mejores resultados y (iii) medir su eficacia en nuestro entorno. La intención última de esta línea de trabajo es que toda mujer, sin importar su origen, lengua materna o contexto cultural, se beneficie de un acceso y utilización equitativo, libre e informado de los servicios de salud.

1.3. Objetivo

El presente trabajo busca explorar las experiencias de las matronas en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes e identificar las barreras y facilitadores en la comunicación con estas pacientes. Se espera que el cuerpo de evidencia resultante ponga de manifiesto oportunidades de mejora en la calidad asistencial. Para su desarrollo, se han articulado las siguientes secciones:

- ❖ El marco teórico. Se trata de una imagen fija para describir el contexto en el que se lleva a cabo la investigación; cuál es la situación migratoria actual, qué bases jurídicas rigen el acceso a la sanidad, dónde se sitúa la figura del mediador interlingüístico e intercultural y qué evidencia se ha recogido anteriormente sobre esta cuestión.
- ❖ La metodología diseñada para conformar el cuerpo de evidencia. Se realizó un estudio cualitativo con una recogida de datos basada en entrevistas en profundidad y notas de campo. Las participantes fueron 10 matronas de planta hospitalaria, atención primaria y servicios específicos de SSR de Cantabria, País Vasco y La Rioja. Se diseñó un guion de entrevista para recoger información sobre sus percepciones sobre el acceso y el uso de las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios que prestan. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con el consentimiento informado de las participantes. Los datos se analizaron siguiendo los principios de la metodología fenomenológica hermenéutica y la triangulación de los resultados se estableció con las notas de campo y la revisión sistemática de la literatura.
- ❖ Los resultados obtenidos tras el análisis temático. Estos se organizaron en cuatro temas y catorce subtemas: (i) barreras lingüísticas, que identifica el obstáculo del dominio

limitado del idioma, la falta de servicio presencial de interpretación profesional y la baja alfabetización en salud; (ii) barreras culturales, que entrañan las diferencias en la idea y expresión de la enfermedad, prácticas conflictivas, los constructos alrededor del cuerpo, la sexualidad y el género y el falta de formación en interculturalidad; (iii) barreras organizativas, relativas al tiempo de consulta, las disonancias entre los sistemas de salud y la inequidad en los cuidados; y (iv) facilitadores, identificados como la continuidad en los cuidados, el lenguaje no verbal, la incorporación de un mediador interlingüístico e intercultural sanitario (MILICS a partir de ahora) y la autonomía de las mujeres.

- ❖ Las conclusiones pretenden aunar todos los elementos anteriores: ponderar la calidad de la evidencia recogida y compararla con la literatura existente, analizar las limitaciones y fortalezas del trabajo y reflexionar sobre el grado de consecución en la respuesta de las siguientes preguntas de investigación:
 - ¿Qué barreras comunicativas encuentran las matronas para proporcionar una atención equitativa y de calidad a las mujeres migrantes en los servicios de SSR en Cantabria, País Vasco y La Rioja?
 - ¿Qué facilitadores podrían mejorar el acceso y uso de estos servicios?

2. Marco Teórico

2.1. Situación migratoria

Entendemos la migración como el «desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales» (Real Academia Española, 2022). Desde la perspectiva comunitaria, González-López et al. (2010) definen la migración como una concatenación de diferentes fases o etapas que van desde los procesos de adaptación inicial hasta los problemas de identidad en la fase de asentamiento, siendo el conocimiento de la realidad y formas de vida de los inmigrantes un elemento imprescindible para fomentar y promocionar su salud.

Europa, como emplazamiento geográfico y potencia económica, tiene una larga historia de acogida de inmigración. En 2020 fue la región con mayor número de migrantes internacionales: 87 millones (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2020), lo cual supone el 11.6% del total de la población europea, con un incremento mantenido que se estima en un 3.8%. entre 2000 y 2020. El 51.6% eran mujeres (McAuliffe, 2022).

Con el fin del siglo XX, España se convirtió en país receptor de inmigración. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (2022), la población extranjera residente en España a 1 enero de 2022 ascendía a 5.417.883, lo que supone alrededor del 11% de la población total (porcentaje muy superior en ciertas comunidades autónomas y grandes ciudades) con un crecimiento anual relativo a nivel estatal del 0,9 %. El colectivo inmigrante más numeroso es de origen marroquí, con más de 776.000 personas (14,3 %). La diferencia por sexo no es significativa, el número de mujeres extranjeras que residen en España en 2021 fue de 2.714.996 frente a 2.725.152 varones.

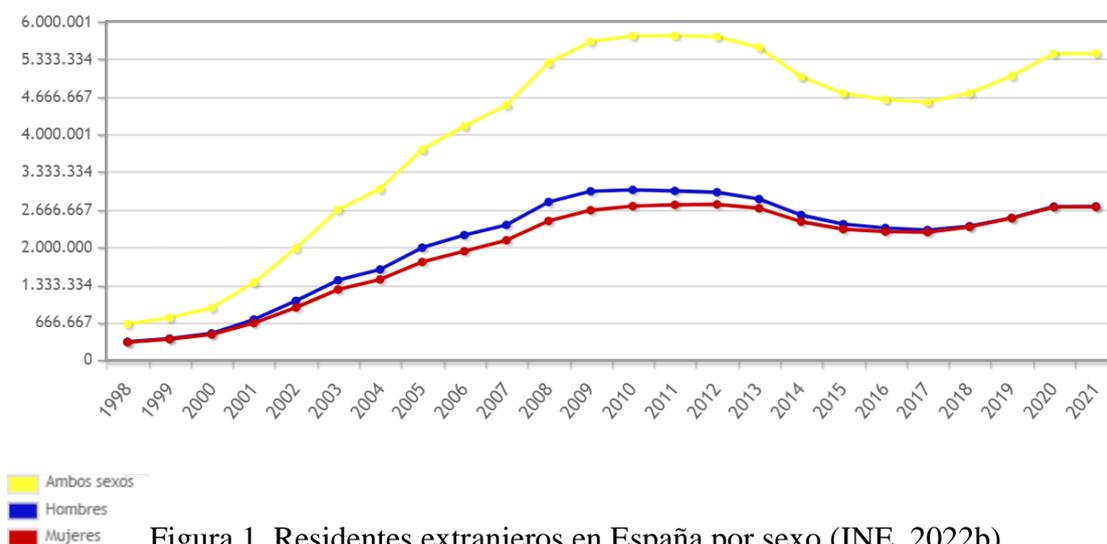


Figura 1. Residentes extranjeros en España por sexo (INE, 2022b)

No obstante, sí es destacable la transformación y la feminización de los flujos migratorios económicos que ha acontecido en estas dos últimas décadas. En el contexto socioeconómico actual, se observa una alta concentración de mujeres migrantes en ocupaciones que tienen que ver con el trabajo doméstico y el cuidado a la dependencia. Las mujeres inmigrantes presentan peculiaridades y necesidades distintas, tanto de los hombres inmigrantes, como de la población femenina nacional. En España, el 46% de la población inmigrante son mujeres, mientras que suponen poco más del 40% de las personas extranjeras afiliadas a la Seguridad Social (Instituto de las Mujeres, 2022).

Hace ya más de dos décadas que el crecimiento poblacional se debe a la llegada de mujeres de nacionalidad extranjera, ya que la demografía española presenta una tendencia de natalidad descendente con una población cada vez más envejecida. De los 336.811 bebés venidos al mundo en 2021, el 21,4% son hijos de madres extranjeras. La tasa de natalidad en este grupo poblacional duplica aquella de las mujeres nacionales (Figura 2). Además, la edad media de maternidad en España es más temprana en mujeres migrantes (30,7) que en nacionales (33,0). No obstante, esta tendencia es ascendente en ambos grupos (Figura 3).

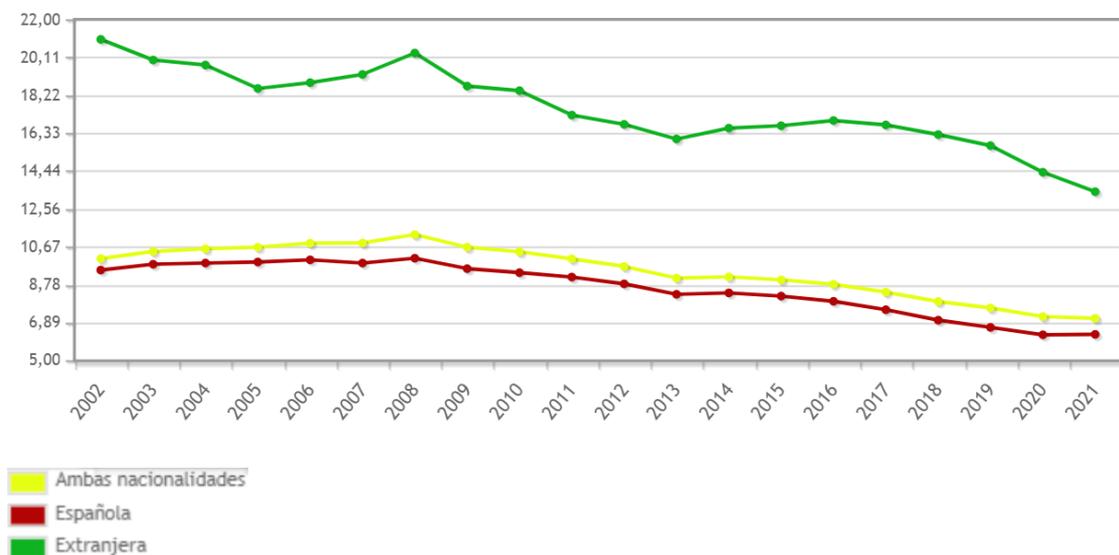


Figura 2. Tasa de Natalidad según nacionalidad de la madre (INE, 2022c)

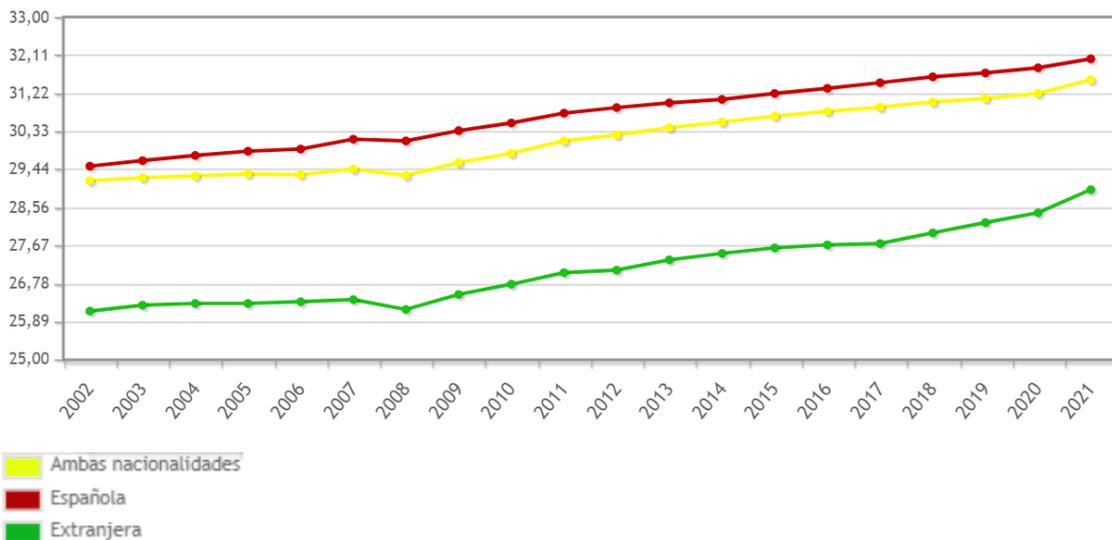


Figura 3. Edad media de las madres primerizas según nacionalidad (INE, 2022a)

2.2. Marco legislativo

Según el Art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar [...] en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios». Asimismo, la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) afirma que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».

Como sostienen Torres Corredor y Colorado (2020), a nivel internacional, «las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen». La OMS (2017) aboga por un enfoque de la salud que ofrece estrategias y soluciones para afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas. El objetivo es que las políticas, estrategias y programas sanitarios se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Para ello, se asienta en los principios de (i) no discriminación (por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición), (ii) disponibilidad, (iii) accesibilidad, (iv) aceptabilidad (los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados), (v) calidad, (vi) rendición de cuentas y (vii) universalidad.

Es decir, la atención sanitaria global e individualizada reconoce los derechos humanos a la salud y, especialmente en el caso de las mujeres, el derecho a la SSR. Esto incluye la autonomía y la seguridad de las mujeres para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción y para recibir un trato justo, equitativo e imparcial (OMS, 2008).

En España, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de La Interrupción Voluntaria del Embarazo decreta que todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva, nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (Art. 3). Asimismo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica establece que: «La información y la documentación clínica serán verdaderas y se comunicarán al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades» (Cap. 2, Art. 4).

2.3. Mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario

Es imposible que una mujer ejerza el derecho a decidir de forma libre e informada sobre su SSR y dé su consentimiento informado a una intervención sanitaria, sin una comunicación adecuada. El profesional sanitario debe proporcionar la información legal y clínica para que la paciente entienda, valore y consienta, en su caso, una intervención preventiva, de tratamiento o rehabilitadora en un ambiente seguro donde la mujer pueda resolver sus dudas al respecto. Cuando existe una barrera comunicativa entre los interlocutores implicados, el MILICS representa un pilar fundamental para la consecución de esta garantía legal.

La mediación interlingüística e intercultural es una especialidad comunicativa que se enmarca en el ámbito de la traducción y la interpretación. De acuerdo con Pena (2015) el objetivo es crear un marco común de convivencia entre personas de culturas y lenguas diferentes a los de los profesionales que trabajan en lugares públicos tales como los ámbitos de la salud. De esta manera, se fomenta la cohesión social y se promueve la autonomía e inserción social de las minorías en el país de acogida.

El éxito de la comunicación intercultural es muy difícil de conseguir, ya que en ella intervienen un gran número de factores que difieren de una cultura a otra, como el lenguaje (comunicación verbal), los gestos corporales (comunicación no verbal), el uso del tiempo, el espacio o el silencio. Por todo ello, salvar las barreras de comunicación entre dos o más personas que, además de no hablar el mismo idioma, provienen de situaciones socioculturales muy diferentes es una tarea muy delicada. La labor del MILICS va más allá de la traducción, este profesional incluirá claves culturales y contextuales, no solo interpretando el acto lingüístico sino adaptándolo a la situación y a las necesidades de los participantes (Sales Salvador, 2005).

Ozolins (2000) confeccionó una clasificación en la que se distinguen cuatro modelos de respuesta ante las barreras comunicativas entre las instituciones públicas y las minorías lingüísticas a nivel internacional: (i) negación de la necesidad de servicios de interpretación públicos (ISP), (ii) provisión de servicios *ad hoc*, (iii) creación de servicios lingüísticos genéricos e (iv) implantación de soluciones integrales. Dentro de esta escala, Abril Martí (2006) sitúa a España «a medio camino entre la negación de las necesidades ISP y la provisión de soluciones *ad hoc*». Este emplazamiento responde a muchos factores. Primeramente, España es muy recientemente un país de acogida. Asimismo, la diferencia de circunstancias socioeconómicas de la población extranjera es abismal, desde migrantes sociales, provenientes de países de altos ingresos, migrantes económicos, provenientes de países en vías de desarrollo, hasta refugiados. Sin embargo, todos los análisis que profundizan en la falta de profesionalización de la figura del MILICS, señalan a la administración como responsable del mantenimiento de unas instituciones del estado del bienestar laceradas por una ideología etnocéntrica y asimilacionista (Raga, 2017), (Giménez, 2019).

2.4. Revisión de la literatura

El lenguaje verbal puede definirse como un instrumento puramente humano y no instintivo de comunicar ideas y deseos por medio de símbolos producidos voluntariamente (Sapir, 1939). La cultura se describe como los patrones de comportamientos e interacciones, construcciones cognitivas y comprensión afectiva que se aprenden a través de un proceso de socialización (The Center for Advanced Research on Language Acquisition (CARLA), 2019). Estos patrones identifican a los miembros de un grupo cultural, aunque la delimitación geográfica nítida de estos grupos es algo muy

complejo, a la vez que los distinguen de otro. Asimismo, integran y condicionan todos los aspectos de la vida de un individuo (Marshall & Department of Health, 2005).

La salud es un concepto cultural porque la cultura enmarca y da forma a la manera en que percibimos el mundo y nuestras experiencias (Hui & Barozzino, 2013). Por tanto, la cultura influye en los puntos de vista dominantes sobre las causas y el tratamiento de la enfermedad. Cuando los profesionales sanitarios y los pacientes proceden de culturas diferentes, sus respectivas concepciones de la enfermedad o el tratamiento pueden variar considerablemente (Priebe et al., 2011). Esto ha sido ampliamente examinado y discutido por el Grupo CRIT (2009), en su *Guía para la comunicación y la mediación intercultural*. Esta obra, además de centrarse en las culturas de origen más habituales entre la población extranjera del estado español, aúna dos líneas de investigación de la antropología médica: la primera detalla las características culturales de la atención sanitaria en los diferentes países de origen de los usuarios extranjeros, la segunda estudia las consecuencias que estas diferencias culturales tienen para la atención sanitaria en los países de acogida.

Una barrera para la atención sanitaria es todo aquello que restringe el uso de los servicios de salud dificultando a algunas personas el acceso, el uso o los beneficios de la atención sanitaria y provocando segregación (Caulford & Centre, 2014). Como señala el Grupo CRIT (2009), la primera y más evidente barrera que se encuentra en la atención a personas migrantes es la lingüística. Sin embargo, otras barreras relacionadas con la alfabetización sanitaria o las diferencias culturales, discutidas anteriormente, perjudican en igual medida la comunicación efectiva o satisfactoria. En consecuencia, una barrera comunicativa puede especificarse como una circunstancia u obstáculo que aleja a las personas o impide la comunicación o el progreso. Entendiendo, en el presente caso, el progreso en SSR como la posibilidad de beneficiarse de la atención sanitaria en condiciones de equidad.

Las barreras comunicativas dificultan la prestación de asistencia sanitaria y el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria. (Esscher et al., 2014). La literatura muestra que estas barreras tienen un impacto significativo en la atención sanitaria tanto para el paciente como para el sistema y pueden conducir a desigualdades sanitarias (Akhavan, 2012), riesgos para la seguridad del paciente (Divi et al., 2007), un aumento de los costes relacionados con los diagnósticos erróneos, la repetición de las visitas y el uso ineficiente de los recursos (Jacobs et al., 2011), un acceso limitado a los diagnósticos, las pruebas de detección y los tratamientos (Ramirez et al., 2008; Ventriglio et al., 2014),

y estancias más largas en los servicios de urgencias (Mahmoud et al., 2013; Njeru et al., 2015). Es probable que los pacientes migrantes reciban menos explicaciones y seguimiento (Ramírez et al., 2008).

Este problema es especialmente acusado en el área de la SSR. La complejidad que entraña la diversidad religiosa y cultural, de niveles educativos, contextos migratorios, condiciones de vida y estatutos legales de las de pueden influir en su SSR, en particular en su vulnerabilidad a la violencia sexual y en el mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) (Rademakers et al., 2005b).

En comparación con el resto de mujeres europeas, las mujeres migrantes extracomunitarias se benefician en menor medida de los programas de detección precoz de cáncer ginecológico (Marques et al., 2020) de los servicios de planificación familiar y anticoncepción (Raben & Van Den Muijsenbergh, 2018) y de revisiones ginecológicas (Baroudi et al., 2022). Además, tienen un peor diagnóstico y tratamiento de las ITS (Bil et al., 2019) y el control obstétrico muestra importantes deficiencias que incrementan la morbi-mortalidad materna y fetal (Id et al., 2020). La literatura muestra que las barreras comunicativas son un factor de riesgo para las patologías ginecológicas y obstétricas. Una comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y las mujeres es esencial para unos buenos resultados gineco-obstétricos (Lippke et al., 2021; Schrot-Sanyan et al., 2021).

Los facilitadores son las oportunidades, los recursos, el estímulo y el apoyo para que un grupo tenga éxito en la consecución de sus propios objetivos y lo haga permitiendo que los primeros asuman el control y la responsabilidad en su forma de proceder (Bentley, 1994). Es decir, un facilitador constituye cualquier intervención que mitigue parcial o totalmente las barreras a la salud descritas anteriormente (Czapka et al., 2019). En el presente campo de estudio, esto se centra en el reconocimiento y la aplicación de los derechos en materia de SSR.

El acceso a una información de calidad sobre la SSR afecta a la medida en que todas las personas pueden controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su sexualidad; permanecer libres de violencia, coacción o intimidación en su vida sexual; acceder a la educación y los servicios de SSR; y protegerse contra la discriminación basada en su sexualidad (World Health Organization, 2017). Sin embargo, la SSR está condicionada por factores socioculturales que pueden actuar como barreras al conocimiento e influir en el acceso a la asistencia sanitaria. Un estudio cualitativo

canadiense (Metusela et al., 2017) detectó que, en todos los grupos culturales, muchas mujeres tenían un conocimiento inadecuado de la SSR, debido a los tabúes asociados a las construcciones y experiencias alrededor de la menstruación y la sexualidad. Esto repercutía en la capacidad de las mujeres migrantes y refugiadas para acceder a la educación e información en materia de SSR.

Asimismo, Alvarez-Nieto et al. (2015) sugieren que el comportamiento a la hora de buscar y recibir atención sanitaria de las mujeres está significativamente influenciado por los preceptos de sus sociedades de procedencia, lo que les impide explicar los problemas de salud y ser comprendidas adecuadamente (Esscher et al., 2014). Esto influye en el estigma que conllevan algunas enfermedades o la aceptabilidad de ciertos tratamientos. La brecha cultural evidencia la contraposición de pautas de atención a la SSR normalizadas en el país de acogida e inadmisibles en el país de origen, como la interrupción voluntaria del embarazo o la detección de ITS, y, del mismo modo, pone de manifiesto prácticas inaceptables en el país de acogida, normalizadas en el país de origen, como la poligamia o la violencia contra las mujeres.

Revisiones anteriores se han centrado en las barreras para el acceso y uso de los servicios de salud en la población migrante. Las barreras identificadas han sido: determinantes sociodemográficos (Gray et al., 2021; Id et al., 2020; Marques et al., 2020), coste y localización de los servicios sanitarios (Id et al., 2020; Rade et al., 2018) factores psicológicos (Gray et al., 2021; Marques et al., 2020), relacionados con su estado de legalidad (p. ej. miedo a la deportación) (Id et al., 2020), historia de migración (Marques et al., 2020), soporte socio-familiar (G. M. A. Higginbottom et al., 2015; Id et al., 2020) o tipo de cobertura sanitaria del país de acogida (G. M. A. Higginbottom et al., 2015; Id et al., 2020; Marques et al., 2020), entre otros, pero de manera unánime todos los estudios consultados destacan la relevancia que las barreras lingüísticas y cultural tienen en el acceso y uso de los servicios de salud. Una revisión sistemática reciente (Id et al., 2020) centro su foco de interés sobre las barreras en comunicación intercultural. Los autores observaron que la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud fue especialmente complicada cuando se abordaban temas de salud sexual.

3. Metodología

3.1. Diseño

Para llevar a cabo este estudio se seguirá la metodología fenomenológica hermenéutica (Cohen, Zach & Steeves, 2000). Se combina el pensamiento descriptivo de Husserl, con la fenomenología interpretativa de Gadamer. La importancia de la investigación cualitativa es su capacidad para examinar e interpretar las experiencias de los sujetos. Es decir, como proponen Smith & Fieldsend (2021), «la investigación fenomenológica es una reflexión sistemática y atenta sobre todo lo vivido». Es decir, se pone el foco de investigación tanto sobre el lenguaje como sobre el usuario individual del lenguaje.

Las fases mediante las cuales se articula el método (Vellone et al., 2012) son las siguientes:

1. La técnica de reflexión crítica o *bracketing*. Antes de la recogida de datos se analiza y redacta en qué medida las características personales del investigador (experiencia, formación, creencias, prejuicios o relación con los sujetos y los demás investigadores) pueden influir sobre el fenómeno a estudio para acotarlas y evitar que interfieran en su análisis.
2. Entrevistas semiestructuradas a los participantes hasta la saturación de datos. Grabación de las sesiones y recogida de notas de campo para reproducir y captar el ambiente de la entrevista.
3. Transcripción de las entrevistas y verificación de su precisión (programa de transcripción verbal p.ej. a texto).
4. Inmersión de los datos mediante la lectura y relectura de las transcripciones y las notas de campo.
5. Extracción de los temas mediante procesos deductivos e inductivos.
6. Validación de los temas y triangulación con la revisión sistemática de la literatura y las notas de campo tomadas durante las entrevistas. El texto acordado se revisa de nuevo teniendo en cuenta el *bracketing* de la primera fase.
7. Presentación de los temas extraídos a los participantes del estudio para su confirmación.

Este estudio siguió las recomendaciones de la Norma para la presentación de informes de investigación cualitativa (SRQR) (O'Brien et al., 2014).

3.2. Muestra

Las participantes se incorporaron al estudio entre los meses de mayo y julio de 2022 en las CCAA de Cantabria, País Vasco y La Rioja. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (i) Ser una matrona que trabaja en el servicio público de salud de una de las tres CCAA mencionadas. (ii) Trabajar con un porcentaje significativo de población migrante. (iii) Ser originario del país en el que se lleva a cabo el estudio. Tener nacionalidad española. (iv) Haber firmado el consentimiento informado para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión comprendieron: (i) Haber sido objeto de una denuncia de mala praxis a una mujer migrante. (ii) Negarse a participar en el estudio.

3.3. Recogida de datos

Previamente al análisis de los datos se redactó el resultado individual del proceso de *bracketing* (primera fase). De esta manera, se mejora la credibilidad; se disminuye las posibilidades de que se pueda sesgar el análisis de los datos y se favorece la perspectiva de las entrevistadas (Cohen, Zach & Steeves, 2000).

A continuación, se llevó a cabo toda la recogida de datos (segunda fase). Se contactó con cada una de las participantes para presentarles el estudio y pedir su colaboración. Se acordó el lugar, la fecha y la hora para realizar la entrevista personal. Durante las entrevistas se grabó el audio y se tomaron notas de campo en las que se recogían tanto las percepciones y reflexiones del investigador como todo lo referente al ambiente de la entrevista y al lenguaje no verbal.

Las entrevistas se llevaron a cabo en dos espacios: en el caso de las matronas de atención primaria y de los centros especializados en SSR, se acudió a su consulta; para reunirse con las tres matronas que trabajan en planta hospitalaria, se recurrió a una sala de trabajo en grupo de la Universidad de La Rioja. En todas las localizaciones se contaba con una mesa donde se apoyó la grabadora y el cuaderno para la toma de notas. La entrevistadora y la entrevistada se colocaron frente a frente. Antes de comenzar la grabación de audio, la investigadora se presentó a sí misma y al proyecto, se resolvieron todas las dudas que las participantes pudieran tener. Se rellenó un formulario con sus datos sociodemográficos: género, edad, área de trabajo, años de ejercicio de la profesión, formación en cuidados transculturales y nivel de lengua extranjera de acuerdo con el

marco común europeo de referencia para las lenguas (MCERL). Finalmente, se firmó el consentimiento informado.

De acuerdo con el método escogido, las entrevistas se desarrollaron a través de preguntas abiertas, para garantizar que las participantes tuvieran la máxima libertad de expresión. De esta manera, el relato del entrevistado se convierte en el centro de la investigación (Polit & Beck, 2014). Las preguntas para explorar cada una de las cuatro áreas de interés se formularon de la siguiente manera:

1. ¿Podrías describir tu experiencia cuando asistes a mujeres migrantes cuya lengua materna no es el español? ¿Cómo te comunicas con estas mujeres? ¿Me puedes dar algún ejemplo? ¿Cómo afecta a tu trabajo?
2. ¿Qué te podría ayudar a mejorar la comunicación? (por ejemplo, contar con más tiempo de consulta, contar con ayudas visuales, textos traducidos, figura de intérprete profesional...) ¿Qué obstáculos idiomáticos o culturales encuentras? ¿me puedes dar algún ejemplo? ¿Qué barrera te parece más difícil de superar las idiomáticas o las culturales?
3. ¿Has recibido alguna formación para trabajar con estas mujeres? ¿Se contempla el componente de interculturalidad en tu formación? ¿Cómo podrías mejorar tu competencia cultural? (por ejemplo, herramientas de cuidados interculturales como la gestualización...)
4. Respecto al consentimiento informado, ¿crees que estas mujeres pueden ejercer su pleno derecho a la autonomía del paciente?

Durante las entrevistas, la investigadora intentó mantener un ambiente amable y respetuoso, en el que las participantes se sintieran libres de expresar sus vivencias y opiniones (Simeone et al., 2022). Se llevaron a cabo dos entrevistas de prueba para testar la idoneidad de las preguntas. La duración de las entrevistas fue de entre 30 y 60 minutos, sin ningún receso. Al final de estas, se les leyó a las participantes un breve resumen de las notas a modo de recapitulación. Algunas entrevistadas quisieron aclarar algún punto. Cuando se mostraron conformes con el resultado, se dio por concluida la entrevista y se paró la grabación.

3.4. Análisis de los datos

Se transcribieron las entrevistas y se comprobó su precisión (tercera fase) a través del control por muestreo (*spot-checking*) (MacLean et al., 2004), tomando una parte de

las transcripciones y corroborando su coincidencia con los audios. Cuando existía alguna duda a causa de la baja calidad del audio o por alguna interrupción, se consultó con la participante para completar los huecos en el discurso. El análisis se efectuó mediante la lectura y relectura de las transcripciones y las notas de campo siguiendo el método descrito por Cohen, Zach & Steeves (2000) (cuarta fase).

Se ejecutó, de forma independiente, la extracción de temas (quinta fase). Los resultados se triangularon con las notas de campo y los estudios paralelos identificados en una revisión de la literatura para aclarar conceptos y establecer la fiabilidad de los temas, siguiendo el criterio de Lincoln & Guba (1986) revisado por Gunawan (2015) (sexta fase).

El rigor del estudio cualitativo se evaluó mediante los criterios de fiabilidad, credibilidad, transferibilidad, replicabilidad y autenticidad (Cope, 2014). Para avalar la fiabilidad, un investigador externo, que no participó en el análisis, evaluó la idoneidad de los temas extraídos y la validez de los resultados. Mediante la discusión y acuerdo entre los investigadores sobre los temas extraídos se estableció la credibilidad. Durante este procedimiento se volvió a repasar la parcialidad del investigador, articulada en el proceso de *bracketing*, y las experiencias de los sujetos de estudios, recogidas a través de las entrevistas. La transferibilidad se garantiza por la presencia de matronas de tres CCAA con sistemas sanitarios específicos, representativos del sistema nacional de salud español. Para respaldar la replicabilidad, se han detallado de forma transparente las etapas de la investigación, desde la creación del protocolo de investigación hasta el desarrollo, análisis y presentación de los resultados. Finalmente, la autenticidad se refiere a la capacidad y el grado en que el investigador expresa los sentimientos y las emociones de las participantes de manera fiel (Polit & Beck, 2012). Como se indica en el diseño de la metodología, la fenomenología hermenéutica implica un enfoque descriptivo, es decir, se transmite la experiencia de los sujetos a través del contenido y la forma de sus relatos.

3.5. Consideraciones éticas

El estudio se ajusta a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptados por la Asociación Médica Mundial (AMM) en Helsinki en 1964 y revisados en Edimburgo en 2000. Antes de comenzar el estudio se obtuvo la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEImLAR). Antes de cada entrevista, se envió a los participantes el documento de consentimiento informado.

Este archivo se recogió firmado al inicio de cada entrevista. Para garantizar el anonimato, los datos personales y sociodemográficos de las participantes se recogieron en un documento separado de la grabación, la transcripción y las notas de campo. Asimismo, se garantizó la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento.

4. Presentación y análisis de los resultados

Las 10 matronas que componen la muestra son mujeres españolas de entre 33 y 57 años. Todas cuentan una carrera profesional de, al menos, 8 años de recorrido. Tres trabajan en planta hospitalaria, dos en centros especializados de atención a la SSR y cinco en consultas de atención primaria. Los centros de salud de estas últimas atienden a población diversa: (i) área urbana de nivel socioeconómico alto, (ii) medio/bajo, (iii) área rural, (iv) zona costera y (v) núcleo de población en barrio industrial. Su labor se centra en los cuidados de la SSR: salud materno infantil, programas de detección de cáncer ginecológico (de cérvix y de mama), atención sanitaria a problemas ginecológicos, vacunaciones (VPH), planificación familiar (atención anticonceptiva e IVE), detección y tratamiento de ITS, programas contra la violencia de género y asesoramiento en salud sexual.

Ninguna de las participantes refería haber recibido formación institucional sobre atención a mujeres migrantes. Sin embargo, la mayoría se mostraba interesada; algunas de ellas, de forma voluntaria, habían buscado este tipo de formación a través de asociaciones u ONG; otras habían ejercido su profesión en el extranjero y eso les permitía tener una visión intercultural. Solamente una participante tenía un nivel de «usuario independiente» de inglés reconocido por el MCERL.

A lo largo de las entrevistas, se pedía a las matronas que especificaran cuál era la procedencia de la mujer sobre la que estaban hablando. Se reconocía con franqueza que, muchas veces, no distinguían la procedencia y por la tanto el contexto cultural de cada una y las encasillaban en grandes grupos por religión (musulmanas), por idioma (árabes) o incluso por grandes zonas geográficas: (i) asiáticas, para referirse a la zona de Asia oriental; (ii) pakistanís, sinécdoque relativa al subcontinente indio; (iii) africanas, del África subsahariana; (iv) europeas del este, procedentes de Europa Oriental de las cuales las más aludidas eran las rumanas. En los fragmentos de las entrevistas, cuando no se señala el origen de la mujer migrante, es del África Septentrional. Esto se debe, simplemente, a que las mujeres de esta procedencia residen en mayor número en las tres CCAA incluidas.

Los resultados de las percepciones de las matronas se han organizado en cuatro temas y catorce subtemas.

4.1. Barreras lingüísticas

4.1.1. Dominio limitado del idioma

Todas las matronas refieren el impacto de la dificultad que tienen para entender y hacerse entender con las mujeres no hispanoparlantes. Esta dificultad para comunicarse provoca en las profesionales ansiedad, impotencia, inseguridad y, en general, una percepción de que la calidad de los cuidados proporcionados es menor a la deseada. La brecha idiomática dificulta la obtención de información sobre el estado de salud de la mujer, lo cual es esencial para llevar a cabo la anamnesis y optar por un tipo de tratamiento, técnica o servicio al que derivar. Pero, sobre todo, impide que las mujeres sean sujetos activos participantes de esta elección.

Adelantarte a posibles complicaciones si ella empieza a encontrarse mareada, por ejemplo, la toma de la tensión arterial es seriada, pero cada 5 minutos, pero si acaban de tomarle la tensión y empieza a notarse mareada hasta que nosotros lo vemos reflejado en el monitor y ella está teniendo unas sensaciones [...]. Puede que haya situaciones que se demore su tratamiento. (Matrona 1)

[...] tuvimos una afgana que sí o sí se tenía que llevar un método anticonceptivo por su situación. [...] Entonces el objetivo era que se llevara uno de larga duración y hay veces que dices no sé si ha entendido muy bien, pero es que algo se tiene que poner, entonces te quedas como con sensación de que a veces es un poco dictatorial, que con otras mujeres es más que ellas han elegido. (Matrona 2)

A pesar de no ser lo deseable, en muchas ocasiones, las profesionales tienen que adaptar la comunicación con las pacientes a una mera transferencia de información unidireccional, en lugar de entablar un diálogo. De forma generalizada, manifiestan tener que limitar o simplificar la información que se quería transmitir a la paciente: «Se intenta [...] dar información más concreta, no expandirse mucho» (Matrona 7). La incapacidad para establecer un puente comunicativo altera otros componentes de la oralidad, como la intensidad o la cadencia. Así lo expresaba la Matrona 4: «También a veces yo me observo a mí misma y a mis compañeros [...]. Y es que alzamos más la voz, como si estuvieran sordas y el problema no es de audición, claro, o incluso, que hables más despacio o [...] intentando abreviar el mensaje».

De acuerdo con los datos recogidos, esta barrera del lenguaje se hace especialmente significativa a partir de la pandemia de Covid-19, cuando las visitas presenciales fueron sustituidas por consultas telefónicas, se incrementa la sensación en las matronas de mantener una comunicación ineficaz con las pacientes con bajo dominio del castellano. Las participantes expresan incertidumbre en torno a la comprensión de la información transmitida por teléfono. Señalan que algunas mujeres pudieron haberse sentido solas, sin un correcto asesoramiento para tomar decisiones durante su embarazo: «Por teléfono era mucho peor [...], dejaron de acudir a las citas de asesoramiento que hacíamos en forma de llamada o hablabas con la pareja, con familiares, conocidos..., un tercero [...]. Perdimos el contacto directo con ellas» (Matrona 10).

No obstante, alegan que esta situación les hizo reflexionar sobre la enorme barrera que enfrentan cuando se elimina el contacto visual. Por ejemplo, la experimentan con la incorporación de las mascarillas a las consultas presenciales. Las matronas que trabajan en planta hospitalaria son las más afectadas en este aspecto.

Una de las dificultades [...] es la propia posición de la paciente, en la camilla, sin que tenga un buen acceso visual. La comunicación no es cara a cara porque su posición es tumbada, con los brazos abiertos, que es muy incómoda. Entonces el acceso nuestro hacia su cara, a que pueda entender, más la limitación de la mascarilla, complica todo este proceso de comunicación. (Matrona 1)

4.1.2. Falta de servicio presencial de interpretación profesional

Sólo 1 de las 10 matronas entrevistadas se había encontrado a lo largo de toda su carrera profesional un intérprete profesional, experto en el área de salud, que acudía a una institución sanitaria pública. Los tres servicios de salud de las CCAA incluidas cuentan con un sistema de interpretación telefónica. Las entrevistadas recurren a él muy raramente, 5 de las participantes, al conocer el formato por experiencias en otros sistemas de salud, no lo habían usado nunca en su actual puesto de trabajo. Cuando los utilizan, manifiestan que no es demasiado útil: «Se supone que había un teléfono al que podíamos llamar y se conectaba un traductor online, podríamos decir, pero su servicio que funciona muy mal, de hecho, yo no llamo por que tardan un montón» (Matrona 2); «Disponemos de traductores simultáneos a través del teléfono [...], que la verdad es que no lo utilizamos

mucho porque es un poco engorroso, a veces no te cogen» (Matrona 9). O que sirve como parche, como una solución puntual.

Sé que existe, que además tienes acceso a cantidad de idiomas, lo cual, bueno, pues en determinados momentos me parece que puede ser una herramienta súper útil, [...] para una situación de urgencia puede servir. Ya para [...] hacer un seguimiento de una evolución, creo que se pierden muchos aspectos de la atención de los pacientes. (Matrona 1)

La baja calidad de las herramientas de interpretación proporcionados por los sistemas públicos de salud es especialmente llamativa, cuando para ciertos procedimientos parece una condición *sine qua non*. La Matrona 7 cuenta el caso de una mujer ucraniana que no hablaba nada de castellano y estaba sola, acude a la consulta derivada de un primer servicio donde se le niega la asistencia si no trae un acompañante que pueda hacer esta labor de puente comunicativo: «Allí que sí le han dicho que si no va con alguien que entienda no le iban a atender [...] Nos hemos puesto en contacto con la trabajadora social para ver si puede ir con alguien que le pueda traducir o... algo así» (Matrona 7).

En las narraciones de las matronas, se evidencia que las mujeres con un dominio limitado del castellano acceden al servicio de salud acompañadas de un intérprete *ad hoc*. En la mayoría de los casos, describen al acompañante como una persona del entorno de la mujer, suele tratarse de su pareja, pero también puede ser un familiar, conocido e incluso sus hijos. La Matrona 5 señala que «estas cuestiones tan delicadas realmente tendrían que ser que con el paciente únicamente [...], si la paciente quiere, pues que [...] esté su pareja o la persona que desee, pero siempre con su consentimiento..., aquí va a tener que estar obligatoriamente».

La imperatividad de la presencia de un acompañante se critica por varios motivos. En primer lugar, alegan la dificultad de hablar de temas íntimos con un allegado presente. Esto no solamente genera pudor en las mujeres, sino que en muchas ocasiones significa tener que comprometer datos privados. La matrona 9 relata un suceso en el que estaba tratando a una mujer de vaginismo y esta venía acompañada de su pareja.

Ahora estoy teniendo a una mujer con vaginismo y no entiende nada y viene acompañada de su marido. Claro, yo a él le tengo que sacar de la consulta porque yo sé que cuando está

él evidentemente no te va a contar lo mismo porque es un problema que viene de [...] muchos factores de su vida pasada y que a lo mejor él desconoce. (Matrona 9)

Las sanitarias experimentan esta dificultad como una imposibilidad cuando se trata de temas que incriminan a una de las dos partes: «Para el tema de la violencia de género, por ejemplo, pues es que [...] no les puedes preguntar ese tipo de cosas porque no te van a ser sinceras o si es la pareja la que la acompaña no lo puedes hacer directamente» (Matrona 9); o que impactan directamente en la vida sexual de la pareja.

Entró en el cribado de cáncer de cérvix y dio positivo en virus de papiloma humano, cuando acudió a la consulta con su marido le pedí que saliera y le intenté explicar a ella [...]. No quería que él lo supiera, pero era muy difícil explicarle cómo proceder porque el que hablaba español era él. (Matrona 10)

Otro problema que aparece en las entrevistas de forma recurrente es la sensación de que se limita la información, de forma intencionada o por incompreensión, por parte del intérprete *ad hoc*: «Se da una situación un poco extraña porque tú le explicas a la mujer, [...] y ves que la pareja, en 3 palabras, lo ha resumido todo, dices, cómo es posible que haya resumido en 3 palabras todo lo que le he dicho yo» (Matrona 4).

Tres matronas relatan que personas residentes en el área de atención sanitaria, cuya lengua materna es diferente al castellano, les propusieron hacer de traductor voluntario en caso de necesidad: «Alguna paciente que ha venido que habla árabe, pero sabe muy bien castellano, se ha prestado voluntaria y me ha dicho, bueno, pues si hay algún caso importante que tú veas que necesita entender lo que le estás diciendo, pues me llamas» (Matrona 9). De ellas, solo una era personal sanitario: «Una médico de familia que ella se prestó voluntaria y me dijo, mira aquí tienes mi teléfono, si tienes alguna mujer rumana con la que no te entiendes, pues me llamas» (Matrona 5).

Se reporta la existencia de una figura de acompañamiento dentro de comunidades específicas: «Las mujeres marroquíes siempre acudían con una misma persona [...] no tenía nada que ver con el sistema sanitario ni con el ayuntamiento, pero [...] hacía de intérprete, pues no oficial pero casi casi oficial» (Matrona 4). Las sanitarias alaban la buena disposición individual ante una carencia del sistema, pero dudan de la idoneidad de incluir, sin garantías institucionales, a un tercero.

Volvemos a lo de antes, estás tratando con información confidencial [...] de la mujer. No sabes hasta qué punto ella ha consentido que haya alguien delante cuando es un asunto de necesidad. Se necesita esa figura, pero que sea profesional, presencial, [...] avalado por el sistema de salud y sujeto al secreto profesional. (Matrona 10)

4.1.3. Baja alfabetización en salud

Se describe que, con frecuencia, las mujeres, incluso aquellas con cierto dominio de la lengua de país de acogida, desconocen la terminología médica en el nuevo, e incluso en el propio, idioma: «Toda la educación sanitaria que quizá darías a la mujer, pues, es que a veces ves que no, que es muy difícil» (Matrona 2).

Esta carencia afecta también a los acompañantes que interpretan para ellas. Las matronas piensan que estos intérpretes *ad hoc* pueden no ser competentes para traducir en un entorno médico: «A veces vienen con niños muy pequeños que ellos todavía tampoco saben, [...] tú a ellos les haces ciertas preguntas y ellos entienden castellano, pero tampoco saben lo que les quieres preguntar, porque ellos, igual todavía en el colegio no lo han estudiado» (Matrona 9); «Me di cuenta de que la amiga, al traducirle lo que yo le había explicado, estaba señalando la zona incorrecta» (Matrona 10).

Así, incluso cuando cuentan con material médico traducido, informativo o legal, las matronas arguyen que este utiliza un lenguaje difícil de entender para las mujeres y sus familiares: «Tú se lo das al marido [el documento traducido] que a lo mejor sabe algo de español, pero leer... [hace gesto de duda y niega con la cabeza]. Entonces, a lo mejor dentro de su círculo, en el barrio, alguien..., pero yo estoy convencida que eso lo firman sin leer» (Matrona 8). Denuncian que, durante la pandemia, cuando no había oportunidad de asesorar de manera presencial, las instituciones habían confiado en la autoeducación a través de libros o páginas web que dejó a aquellas que no sabían leer o tenían una baja alfabetización en salud sin la posibilidad de resolver sus dudas: «Se dio por hecho [...] que con traducir un documento a su idioma está todo hecho, pero no se piensa en la dificultad del contenido [...], en la diferencia con las prácticas a las que las mujeres pueden estar acostumbradas» (Matrona 10).

4.2. Barreras culturales

4.2.1. Idea y expresión de la enfermedad

Durante las entrevistas, las matronas narran experiencias que habían vivido a lo largo de su labor profesional y que les habían sorprendido sobre nociones y manifestaciones, en diferentes grupos culturales, de la enfermedad: «A medida que vas trabajando y vas viendo situaciones parecidas, ves que es una cuestión cultural, el cómo diferentes culturas, se enfrentan a lo que te decía, a la enfermedad o los procesos de forma diferente» (Matrona 1). Entender estos preceptos es observado como un aspecto esencial, equiparable a la comprensión lingüística, para comunicarse correctamente con las mujeres a las que atendían.

Una de las diferencias culturales más señalada es la expresión del dolor: «Quizás las mujeres musulmanas son muy, muy reservadas en cuanto al dolor. Entrás en la habitación y las ves ahí, echas una bolita y eres tú la que tienes que interpretar aquello como con mucho dolor» (Matrona 1). De acuerdo con la Matrona 8, desde aquellas mujeres que llevan el dolor de forma muy discreta hasta las que son más elocuentes, «en la parte de África subsahariana [...] eran como mucho más expresivas, gritaban...», o exigentes, «las mujeres del este de Europa eran más frías, demandantes», «entender estos perfiles y saber cuáles eran nuestras afinidades [de las matronas] [...] cómo tratarlas..., ayudaba mucho».

En la asistencia al parto, la gestión y la resistencia al dolor se ejemplifica a través de la relación con la epidural. Las matronas son conscientes de que existe un espectro que va desde aquellas que intentan esperar y no tener que ponérsela, hasta las que tienen claro que cuanto antes mejor. No entran en juicios de valor, pero sí expresan que entender cuándo esta decisión tenía una base cultural les ayuda en el proceso comunicativo y, por ende, con la asistencia: «Ellas le llamaban vacuna [a la epidural]. Le pones o no la vacuna y es cuestión de ir viendo lo que ella hace y cómo va evolucionando el parto, pero sabes por qué lo han elegido y eso te ayuda en la asistencia» (Matrona 8).

También se relata cómo a través de culturas muy diferentes observan una idea fatalista sobre la enfermedad. La matrona 10 recuerda que «una mujer china no quería pronunciar la palabra cáncer [...] dijo “lo que sale por la boca se queda en el cuerpo”». Este tipo de temor, la reticencia a hablar sobre la enfermedad y la vergüenza de ser diagnosticada o de que lo sea un familiar hacen muy difícil convencer a las mujeres de que acudan a los programas de cribado. Esto se veía complicado por la noción, en ciertas

culturas, de la enfermedad una voluntad divina ineludible: «Creen que si van a enfermar no se puede hacer nada para evitarlo» (Matrona 6).

4.2.2. Discrepancia y confrontación cultural

Dentro de esas diferencias culturales, se refieren prácticas que causan un importante choque entre los valores culturales del país de acogida y el de origen. Las matronas encuentran de forma muy recurrente que las mujeres muestren vergüenza o reticencia a acudir a los profesionales sanitarios. Observan que en nuestro sistema de salud se condenan, en ocasiones sin conocer el contexto de la paciente, algunas prácticas culturales como la circuncisión femenina: «La mutilación genital, pues es un problema que les a ellas les cuesta mucho hablar. Si les preguntas [...] a veces no te quieren contestar si no te conocen, sobre todo la primera vez que las ves» (Matrona 4); y que no se respeta que las mujeres no den su consentimiento a la cesárea: «No hablaba nuestro idioma, [decía] “¡cesárea, no! ¡cesárea, no!” [...] creo que tendría miedo [...] no creo que ninguna persona pida una cesárea, pero en el caso de las mujeres marroquíes creo que tiene que ver con una creencia religiosa o cultural» (Matrona 8). La Matrona 2, en un encomiable ejercicio de autocrítica, plantea las diferencias de puntos de vista sobre el rol de la mujer y sus derechos sexuales y reproductivos: «No quieren ver las opciones de anticoncepción porque en algún país la valía de las mujeres es cuántos hijos tienes y poco más, entonces, claro, enfocar todo esto desde ese prisma, para mí es un reto, a mí me cuesta muchísimo».

Se relata la importancia de cumplir con los rituales y costumbres en torno al nacimiento. Un ejemplo repetido es la práctica del contacto piel con piel. Las matronas de planta hospitalaria cuentan que, antes de saber la explicación, les resultó chocante que la madre “rechazara” el primer contacto con el recién nacido.

Hay mujeres que yo me he encontrado en las que rechazan ese momento [el contacto piel con piel] y rechazan el bebé, incluso no lo quieren mirar. A priori, sin conocer nada tú ves que algo está pasando y que no entiendes muy bien qué [...], no sabes si rechaza el bebé porque no quiere ese bebé [...] asistí a unas jornadas de una matrona que nos iba dando unos conceptos esenciales sobre la salud sexual o reproductiva de las mujeres en tal país [...] entonces comprendes un poco más el comportamiento de esa mujer en esa situación. (Matrona 4)

Llego con su bebé de 4 kg y digo mira, tu bebé, y ella “¡no, no, no!” me quedé muerta [...] yo pregunté a mis compañeros que por qué había pasado eso, nadie sabía [...] pregunté a las mujeres marroquíes y me explicaron que cuando nace el bebé es impuro, entonces, lo primero que tiene que hacer el hombre es rezarle en el oído derecho una oración al bebé, entonces ahí se purifica y ya las madres los puede coger. (Matrona 8)

Además, para asesorar a las mujeres, experimentan contradicciones importantes entre los cuidados de la maternidad que las mujeres practican siguiendo los consejos de sus allegadas (figuras maternas, amigas y otras familiares) y las recomendaciones de las guías de buenas prácticas del sistema occidental: «Insistía a las mujeres en el postparto en que salieran a pasear, en la medida de lo posible, [...] su madre me dijo, tiene que estar en casa, tapada, ahora es débil [...] Llegamos al acuerdo de que tenía que ir saliendo poquito a poquito [...]» (Matrona 10).

También, se menciona la IVE como una práctica clínica con muchas implicaciones culturales, sociales y psicológicas. Sin embargo, se reitera la idea de que esto ocurre en nuestra propia sociedad. Curiosamente, el sentimiento más generalizado es que la diferencia entre las mujeres españolas y migrantes radica más en la falta de una red de apoyo, por haber migrado y haber sido separada de tu entorno, que por una diferencia cultural.

El cómo cada cultura vive este tema [la IVE] que bueno, pues es tabú, y crea bastante estigma [...]es muy individualizado en nuestra propia cultura... cada mujer lo vive de una manera y tienen una circunstancia, pero luego, si quisiéramos extrapolar a diferentes culturas, hay en otras culturas que aún hay más culpa o vergüenza. (Matrona 2)

No, no es fácil, pero tampoco lo es con las mujeres españolas, la administración no ayuda [...] aquí tanto unas como otras deben pasar por un procedimiento difícil, más o menos doloroso, pero difícil [...] tener una red de apoyo, del contexto cultural que sea, pero de apoyo, creo que es clave. (Matrona 10)

4.2.3. Cuerpo, sexualidad y género

Las matronas significan y ponen en valor el trabajo de educación sanitaria alrededor de la fisiología femenina. Detallan algunas nociones culturales que llevan a las mujeres a mitificar procesos fisiológicos normales. La menstruación es un ejemplo de esto.

También lo que significa para ellas la regla, muchos métodos anticonceptivos a veces dan, pues como el implante, todos los de progesterona..., un patrón de sangrado irregular [...] que lleguen a entender por qué eso se da y que no es ni malo ni bueno, simplemente es un efecto secundario del método pues cuesta, cuesta un poquito más. (Matrona 2)

Se preocupan mucho por el hecho de si no les va a bajar la regla, es verdad que cuando se utilizan métodos hormonales se deja de tener la regla natural, el ciclo se detiene, una vez que lo dejan, por eso vuelve a la normalidad [...] entonces, hay métodos, como puede ser un implante o un DIU hormonal que no te produce un sangrado mensual, puede ser que unos meses sangres que otros no, entonces a muchas mujeres no tener la regla ese mito de que tengo que limpiarme, sí que está todavía presente y es falso. (Matrona 7)

Las sanitarias manifiestan como una barrera inicial al explorar a las mujeres de diferentes culturas el pudor que estas experimentaban al mostrar su cuerpo o al hablar de sus problemas ginecológicos y su sexualidad: «Ellas no han recibido la misma educación sexual que hemos podido recibir nosotros y entonces, pues sí que resulta a veces bastante complicado, [...] una simple exploración ginecológica, pues a ellas muchas veces les cuesta muchísimo esfuerzo» (Matrona 9). No obstante, creen que, debido a su género (todas las integrantes de la muestra son mujeres), esta barrera era más fácil de superar. Refieren que el hecho de que el profesional de la salud sea hombre puede provocar, en algunas mujeres migrantes, vergüenza e incomodidad y en unos casos es la causa de que no acudiesen o se marcharan de una institución sanitaria: «Era musulmana y venía con su marido. Algo pasaba, algo le pasaba a la mujer porque la traía el marido [hace un gesto de que la empujaba en silla de ruedas]. Entonces vino y se le informó que solamente había ese día ginecólogos hombres. Y la señora dijo que se marchaba [...] estaba muy mal y se marchó» (Matrona 1).

Sin embargo, se coincide en que no siempre la presencia de hombres en los servicios de salud es una barrera. Las mujeres migrantes prefieren ser atendidas por otras mujeres,

pero conforme se van integrando en el país de acogida, se habitúan a encontrar a hombres en los servicios de SSR. Las matronas expresan que, finalmente, en la elección del profesional sanitario, las mujeres le dan más importancia a que sea competente y respetuoso que a que sea mujer.

La influencia cultural en los roles de género resulta especialmente impactante en las dinámicas de pareja: «Solo había una silla en la consulta [...] ella estaba embarazada [...], cansada [...], el que se sentó fue él. Le pedí que se levantara y le dejara la silla a ella» (Matrona 10). Se adujo que mucha parte de su trabajo en el cuidado de la SSR se veía subyugada al consentimiento del marido. La impresión general es que, en muchas ocasiones, ellos deciden por ellas: «Ella quería algo, pero tenía que tener permiso del marido entonces [...] pues gestionar todas esas cosas al final pues eso para profesional tienes que tener una gran sensibilidad para que reciban el mismo trato que cualquier otra mujer» (Matrona 2); «Les pregunto a ellas, habla la pareja y sé que pueden contestar, yo prefiero a veces que vengan solas» (Matrona 3).

4.2.4. Desconocimiento sobre cuidados transculturales

Durante la recogida de datos, especialmente en la parte final de las entrevistas, cuando se leía una breve recapitulación de lo expuesto, las participantes mostraban un admirable espíritu crítico. Se declaraban conocedoras de que la barrera cultural crea importantes tensiones y desencuentros entre mujeres y profesionales sanitarios. Se coincidía en que todo lo que habían ido aprendiendo era a través de la experiencia, «somos totalmente autodidactas» (Matrona 2), pero se lamentaba que tuvieran que recurrir al ensayo y error, puesto que algunas experiencias podían resultar muy desagradables tanto para las mujeres como para las propias profesionales sanitarias y empeoraba los resultados sanitarios.

Un ejemplo sencillo, para nosotros una manera habitual y cordial de saludar es dar la mano, pero para algunas mujeres migrantes este contacto físico es incómodo [...], pero cuando te pasa con algo como la ablación la falta de conciencia... la insensibilidad, puede provocarles experiencias muy traumáticas en el parto. (Matrona 6)

4.3. Barreras organizativas

4.3.1. Tiempo de consulta

Todas las matronas, cuando describen el trabajo en consulta (atención primaria y centros especializados) mencionan una o varias veces la falta de tiempo para gestionar todos los obstáculos expuestos anteriormente. Las participantes coinciden en que es esencial que las visitas programadas sean acogedoras, un espacio donde se escuchen y consideren las circunstancias específicas de cada mujer. Como apunta la Matrona 6, un aspecto limitante para comprender y cubrir las necesidades de las mujeres migrantes es el requerimiento de ajustarse a la agenda: «Con todo, empezar a entenderte... pierdes mucho, que no es perdido, pero ves que tienes más mujeres esperando, entonces las citas de nuevo [...] es el pez que se muerde la cola».

4.3.2. Disonancias entre sistemas de salud

Las mujeres que proceden de países con una organización del cuidado de la SSR diferente al de los países europeos encuentran una barrera añadida para entender las pautas de toma de medicación, los programas de cribado y las citas de seguimiento. Se refiere que en sus países de origen solo acudían al médico cuando estaban enfermas, pero no para planes o pruebas de prevención: «No entienden los cribados [...] cuando no estás enfermo, la posibilidad de estarlo... es entender ese concepto» (Matrona 2). Las matronas observaban que las prácticas clínicas con las que no estaban familiarizadas les provocaba incompreensión y miedo: «No querían las exploraciones en las que se introduce instrumental en la vagina [...] les da miedo abortar o que dañe al bebé» (Matrona 4)

Tenemos muy poca población [china], tardé entender que la experiencia contraceptiva obligatoria que habían vivido algunas, [...] el uso mayoritario de DIU en su país les ha creado reticencias hacia los métodos hormonales [...] consideran [...] que afectan al equilibrio de su cuerpo. (Matrona 7)

4.3.3. Inequidad en los cuidados

Las matronas notan que las mujeres recurren a servicios donde sienten que reciben un trato profesional, respetuoso y amable. La respuesta más recurrente cuando se les preguntó cómo establecer una comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y las mujeres migrantes, es «la empatía». Señalan que las dificultades comunicativas

propiciaban malentendidos y problemas en la relación con los profesionales: «Algunas mujeres piden muchas veces que se les explique algo [...] yo he visto que en algunos compañeros esto causa malestar [...], fastidio» (Matrona 6).

El sistema yo creo que no las cuida lo suficiente [...] no es amable con ellas. Se les juzga generalmente y se les critica, puesto a [...] que no acuden a las citas o cuando acuden igual no cumplen todos los requisitos... luego les explicas algo que no entienden, parece que son tontas. No, no lo son, simplemente es que no entienden bien el idioma. Están haciendo un esfuerzo a muchos niveles y lo que necesitarían es todo lo contrario, que les allanáramos el camino. (Matrona 2)

Durante las entrevistas, las matronas estaban tan inmersas en el ejercicio de desentrañar problemas que subyacen a la construcción de nuestro modelo de cuidados, que no se paraban a cuestionar problemas más evidentes como la falta traducción de documentos básicos como, por ejemplo, el consentimiento informado. Cuando se les preguntó si creen que las mujeres entienden lo que firman se arguye que este tipo de documento ni las españolas lo leen, sin embargo, cuando se les señaló que al menos estas últimas tenían la posibilidad de hacerlo, coinciden en que esto constituía una coerción flagrante de sus derechos: «No el consentimiento para el IVE no está traducido, está en castellano, [...] es verdad, claro, les quitas esa posibilidad [...], que está en la ley» (Matrona 8); «Hasta qué punto es informado el consentimiento informado es un debate interesante, pero muy espinoso [...], pero al menos que las herramientas más básicas las tengan» (Matrona 10).

4.4. Facilitadores

4.4.1. Continuidad en los cuidados

Las matronas de planta hospitalaria echan de menos el progreso paulatino que habían experimentado en atención primaria con las mujeres migrantes. Se identifica de forma unánime que esto se debe a la continuidad del cuidado. El conocimiento mutuo, la confianza y la buena comunicación que se establece en las consultas, se relaciona con una comunicación más efectiva, una calidad mayor en los cuidados proporcionados y mejores resultados en salud: «Al final ves que ellas te buscan, que acuden a ti para resolver dudas, incluso de otras áreas [se ríe], eso es gratificante [...] y tranquilizante, sabes que puedes

ayudarlas» (Matrona 5); «Ya me conocía y cuando me vio en el hospital se le cambió la cara, aunque era una situación de urgencia creo que ella se sintió parte del proceso [...], fluyó la oxitocina [sonríe]» (Matrona 9).

4.4.2. Lenguaje no verbal

Ante una situación de miedo, malestar o incomodidad de las mujeres, agravada por un problema comunicativo, las matronas coinciden en la importancia del lenguaje no verbal para mitigar esas malas sensaciones: «El lenguaje no verbal es tan importante como el verbal, el que tú le sonrías, incluso» (Matrona 7); «Me acerco y le tiendo la mano [...] la mayoría la coge, te mira y te sonríe» (Matrona 3). Asimismo, con los medios disponibles, crear un ambiente sosegado, incluso bajar el tono de voz es un consejo repetido: «A veces incluso imitar de forma sutil sus gestos, intentar repetir algunas palabras de su idioma y ver cuáles le relajan [...], todo eso ayuda» (Matrona 8).

4.4.3. Incorporación de experto en comunicación e interculturalidad

La inclusión de una figura profesional, gestionada por el sistema de salud público, que lleve a cabo las labores de traducción de la información escrita, interpretación de la comunicación oral y mediación intercultural es la mejora instrumental más demandada por las matronas: «Yo creo que es necesario, alguien que esté en el centro, estaría fenomenal [...], seguro que es necesario en todas las consultas, que esté y nos ayude» (Matrona 9). Entre las competencias asociadas a este puesto se identifican: la construcción de puentes comunicativos entre los sanitarios y los pacientes, la formación para mejorar la competencia cultural de los profesionales y la defensa de los derechos del paciente.

En atención primaria, al principio necesitaríamos que estuviera en las consultas [...], creando las bases, luego quizá conforme nos vaya formando en los requerimientos específicos de la paciente y ese puente esté creado [...] ya podemos seguir nosotras, pero que haya alguien a quien recurrir. (Matrona 10)

4.4.4. Autonomía de las mujeres

Las entrevistadas animan a las mujeres que atienden a apuntarse a escuelas para adultos donde aprender la lengua del país de acogida o a centros culturales donde crear redes de apoyo: «Les empujo a que sean independientes, que decidan por ellas que puedan

hablar con los profesores [de la escuela de adultos], para eso que el idioma es muy importante, tiene mucho peso para poder defenderse en la sociedad» (Matrona 3).

Como ideal, se proponen programas de educación sanitaria grupal impartidos en su idioma, por personas con formación sanitaria de su comunidad y en lugares accesibles como centros de salud, centros sociales o, incluso, religiosos. Se plantea la necesidad de incluir información sanitaria pero también aquella relativa a sus derechos en salud y a cómo moverse por el sistema sanitario. Las matronas reiteran la importancia de un espacio donde las mujeres hablen libremente y resuelvan sus dudas y temores. Involucrar a otras mujeres mayores de la comunidad, «que alguien experimentado, alguien que para ellas sea referente en su comunidad, hable [...] como un promotor de salud» (Matrona 1), es observado como un paso muy útil para crear un ambiente de confianza donde se animen a utilizar los servicios de salud y expongan sus demandas de mejora.

Tienen una asociación, pero van los hombres, ellas no están y tienen que estar, [...], esta sería una propuesta que no es descabellada, que se empuje un espacio solo para ellas, con sus referentes mujeres de su comunidad [...] donde puedan escucharse y ser escuchadas» (Matrona 8)

5. Conclusiones

Este trabajo de investigación ha explorado las barreras y facilitadores de comunicación que experimentan las matronas para atender a las mujeres migrantes en los servicios de SSR de Cantabria, País Vasco y La Rioja. Los tres temas generales y los subtemas relativos a las barreras han permitido dilucidar las dificultades que existen en comunicación interlingüística e intercultural entre sanitarios y pacientes en el marco de nuestro sistema de salud. Estos tres temas están intrínsecamente relacionados pero los subtemas aportan matizaciones que profundizan en el impacto de cada barrera de manera independiente y en interacción con el resto. Los facilitadores, enunciados por las sanitarias, aluden, en primer lugar, a las habilidades comunicativas de los profesionales y su entrenamiento en competencia cultural. Asimismo, pretenden evidenciar la necesidad de apoyo lingüístico y mediación intercultural, para crear puentes entre el idioma y la cultura del país de acogida y aquellos del país natal de la mujer, garantizando su derecho a recibir asesoramiento en materia de SSR y empoderándolas en el acceso y uso de los servicios en la comunidad de acogida.

La barrera lingüística descrita por las entrevistadas evita, por un lado, que las sanitarias transmitan toda la información que desearían a las mujeres que atienden. Esta pérdida de información coincide con otros estudios. Raben y Van Den Muijsenbergh (2018) constataron que el uso de anticonceptivos se discute con menos frecuencia con las mujeres inmigrantes que con las nativas y, consecuentemente, estos medicamentos son menos prescritos en el primer grupo de población. La pobre comunicación y el suministro de información insuficiente repercuten en la vida de las mujeres, en su capacidad para elegir las opciones de atención adecuadas y dar su consentimiento informado (Id et al., 2020), algunos médicos confían en sus propias habilidades de interpretación, no siempre suficientes, o tienden a evitar la comunicación si creen que no les entenderán (Divi et al., 2007).

Por otro lado, impide a las mujeres migrantes saber cómo manejarse en el sistema de salud, poder pedir ayuda o dar el consentimiento a las pruebas. Esto explica el menor acceso y uso de los servicios de SSR de las mujeres migrantes con respecto al resto de mujeres europeas que se demuestra en la literatura (Leinonen et al., 2017; Sudbury & Robinson, 2016). Las dificultades son mayores cuanto menor es el tiempo de estancia y más limitado es su dominio del idioma (Brzoska & Abdul-Rida, 2016; Leinonen et al., 2017).

Sin embargo, el nivel de fluidez oral no es la única barrera lingüística. Con frecuencia, los médicos utilizan un lenguaje más complejo del que comprenden sus pacientes y la brecha entre el lenguaje coloquial y la terminología médica es aún más profunda en la población migrante (Divi et al., 2007; Small et al., 2014). Comprender la información escrita, entender lo que se escucha y hablar son habilidades distintas y provocan diferentes grados de dificultad en la comunicación. En algunas mujeres a todo lo anterior se une una baja alfabetización en su propio idioma (Sudbury & Robinson, 2016).

La evidencia recogida subraya la barrera que genera la falta de profesionales para el apoyo lingüístico presencial a las mujeres migrantes. La evidencia muestra que cuando los intérpretes profesionales son reemplazados por un intérprete *ad hoc* se incrementa el número de errores al malinterpretar u omitir información y los resultados en salud son peores (Boylen et al., 2020). Además, la presencia de un familiar puede cohibir a la mujer y atentar contra su derecho a la intimidad y a la confidencialidad (Juckett & Unger, 2014). Otro aspecto relevante es la dependencia de sus familiares, maridos principalmente, y la posible distorsión, intencionada o no, de los mensajes al ignorar la información vergonzosa o las cuestiones culturalmente conflictivas (Krupic et al., 2016). También se desaconseja que los menores actúen de intérpretes, porque carecen de vocabulario médico y pueden sentirse avergonzados o abrumados (Rainey et al., 2014)

Las matronas participantes coincidían en que la prestación de cuidados en SSR de las mujeres es más compleja que otro tipo de atención sanitaria debido a que aborda temas altamente sensibles, muy mediatizados por las creencias culturales y religiosas e íntimamente relacionado con los conceptos de corporalidad, género, intimidad e identidad. (Billett et al., 2022; Dune, 2015). En este trabajo de investigación, de acuerdo con la evidencia científica se ha identificado la confrontación cultural como una razón importante de desmotivación para el acceso y uso de los servicios de SSR (Billett et al., 2022; Gray et al., 2021; G. M. A. Higginbottom et al., 2015; Id et al., 2020; Marques et al., 2020; Rade et al., 2018; Zhao, 2021).

Asimismo, las integrantes de la muestra indicaban que no todas las mujeres que comparten etnia o religión piensan y actúan igual con respecto a los anticonceptivos o el cribado de cáncer. Las creencias y prácticas culturales no son fenómenos estáticos y existe una diversidad considerable respecto a la adhesión a tradiciones o creencias particulares. Para practicar un cuidado centrado en la mujer y culturalmente competente, no es

imprescindible tener un conocimiento exhaustivo de la cultura de cada mujer, pero si es necesario preguntarle por sus necesidades y preferencias con relación a la SSR y tratar de adaptarse a ellas (Foronda et al., 2016; McGregor et al., 2019; Small et al., 2014).

Los datos de este trabajo apoyan la literatura que muestra la alta dificultad que tienen las mujeres migrantes para ejercer su derecho a la autonomía y al consentimiento informado (Billett et al., 2022; Patel et al., 2016). Es imposible que las mujeres migrantes con dominio limitado del idioma y sin mediación lingüístico-cultural entiendan el propósito de las pruebas o procedimiento, las alternativas, los beneficios y los riesgos que conllevan. Por otro lado, algunas mujeres supeditan sus decisiones a la voluntad del marido o de los médicos y no discuten las decisiones que sobre ellas se toman. En estos casos hablar de consentimiento informado resulta inadecuado (Cocanour, 2017). Sin embargo, la experiencia de las matronas es que, cuando se les apoya, las mujeres migrantes quieren decidir por sí mismas y demandan información para tomar el control, si se les niega, se estará infringiendo la ley (Sood & Gupta, 2018).

La exposición de las sanitarias incluidas en este trabajo, evidencia que la mayor parte de la comunicación humana ocurre en un nivel no verbal, a través de gestos, miradas, posturas o silencios. En la comunicación con las mujeres que tienen limitaciones en el idioma de acogida, el lenguaje no verbal y la forma en que son tratadas adquiere suma importancia. Los estudios muestran que, si bien es importante el respeto a sus creencias y prácticas culturales, es más importante para ellas recibir una atención respetuosa, centrada en sus necesidades individuales de comunicación y una mejor información sobre cómo navegar en el sistema de salud (Small et al., 2014; Vogel et al., 2018).

En ocasiones, los desencuentros entre la cultura predominante en el país de acogida y la cultura minoritaria de las mujeres llevan al menosprecio y la discriminación de esta última, sobre todo cuando se afrontan cuestiones fuertemente criticadas, rechazadas e incluso penadas en los países europeos como es la mutilación genital femenina. Muchos médicos y enfermeras europeos no tienen un conocimiento amplio de la misma, no ha recibido formación ni saben cómo actuar (González-Timoneda et al., 2018). Lo que explicaría la narrada reticencia de las mujeres con MGF a hablar con sanitarios. La discriminación racial, percibida o real, explícita e implícita hacia la población migrante, es un hecho constatado en Europa (Rodríguez-Álvarez et al., 2017) e incide negativamente en la salud de las mujeres (Prather et al., 2016). Esta discriminación se

manifiesta con una actitud de recelo hacia ellas, pero también con un trato excesivamente paternalista tendente a decidir por ellas (Grande Gascón et al., 2011).

Los datos cualitativos recogidos corroboran que existen mujeres de diferentes culturas que cuando consultan por cuestiones relacionadas con su SSR se sienten más cómodas y hablan con mayor libertad si les atiende una mujer (Riaz et al., 2021). Esta preferencia por las mujeres parece tener un componente cultural, pero no siempre es el más importante, la competencia y el estilo comunicativo del profesional pueden ser decisivos (Aboalshamat et al., 2020). Las médicas muestran con más frecuencia, un mayor compromiso en la comunicación centrada en el paciente, mayor empatía y un enfoque de comunicación más socioemocional caracterizado por una comunicación no verbal y una mayor expresión de emociones y sus tiempos de consulta son más largos (Nolen et al., 2016). Estas características de atención son ampliamente demandadas por las mujeres migrantes y corrobora la importancia de estilo comunicativo en la comunicación efectiva.

Por último, los facilitadores recogidos en este trabajo de investigación ratifican el cuerpo de conocimiento que ya existe sobre el tema (Gray et al., 2021; Id et al., 2020; Marques et al., 2020; Rade et al., 2018). Un buen mediador interlingüístico e intercultural crea puentes de comunicación y una mirada empática rompe barreras lingüísticas y culturales, por tanto, el trabajo conjunto y culturalmente competente de profesionales sanitarios y MILICS se ha mostrado altamente eficaz para lograr la comunicación efectiva con la mujer (Theys et al., 2020). La aprobación y el respeto hacia un rito cultural o religioso, que no atente a los derechos humanos o la salud de las personas, establece relaciones de confianza que animan a las mujeres a acudir a los profesionales cuando se le invita a ello o lo necesitan (Billett et al., 2022).

En definitiva, las matronas que han participado en el presente trabajo refieren importantes dificultades para las mujeres migrantes en el acceso y uso de los servicios de SSR relacionadas con el déficit de idioma, las disensiones culturales y los problemas en la organización de nuestro sistema sanitario. La disponibilidad de intérpretes profesionales y la adaptación del mensaje a la capacidad comprensiva del paciente; la atención continuada y la empatía para incrementar la confianza de las mujeres en los profesionales, mayores habilidades comunicativas de los profesionales y un entrenamiento en interculturalidad son propuestas que deben guiar la práctica clínica de los profesionales y las políticas sanitarias de España. Investigaciones futuras deberían,

por un lado, explorar las opiniones de MILICS y de las mujeres migrantes y, por otro lado, proporcionar pruebas sólidas sobre la eficacia de cada facilitador implementado para evitar las barreras comunicativas y su impacto en el cuidado de la SSR.

El presente trabajo de investigación proporciona evidencia cualitativa actualizada, fiable, transferible, replicable y transparente que responde satisfactoriamente a las preguntas de investigación planteadas. Los datos recogidos se ven reforzados por la inclusión de participantes de diferentes servicios de SSR ubicados en tres CCAA que atienden a mujeres migrantes de una amplia gama de países de origen. Sin embargo, no existe entre las sanitarias un consenso en el uso del término «mujer migrante» en algunos casos se refieren a mujeres no nacidas en España, en otros se incluyen mujeres nacidas en España, pero cuya primera sociabilización se ha llevado a cabo siguiendo costumbres extranjeras o a mujeres de minorías étnicas. Las características demográficas específicas de las mujeres migrantes de las que se habla tampoco están claras.

Existe una sobrerreferenciación a mujeres procedentes del África Septentrional por lo que algunas cuestiones discutidas pueden ser más pertinentes para este grupo mientras que otros grupos de mujeres migrantes en España han podido estar infrarrepresentados. Sin embargo, el discurso de las matronas que se recoge en este trabajo es bastante homogéneo, indiferentemente del área dónde trabajasen y las características sociodemográficas de la población a la que atendiesen. Esto lleva a pensar que las dificultades en comunicación expresadas y las posibles ayudas que se les podrían brindar serían extensivas a una amplia mayoría de sanitarios que atienden a mujeres migrantes en cualquier CCAA de España, e incluso de Europa. Para asegurar la aplicabilidad local sería necesaria una comprensión más profunda sobre las barreras y facilitadores específicos del sistema sanitario comunitario o de las características sociodemográficas, lingüísticas y culturales de la población migrante.

6. Bibliografía

- Aboalshamat, K., Aljrary, D., Damanhuri, R., Alnafisah, A., Alghuraybi, S., Aljifry, S., Turkustani, H., & Mohamed, K. (2020). Preferred Obstetrician-gynaecologist Gender among Female Residents in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Umm Al-Qura University for Medical Sciences*, 6(1), 21-25. <https://doi.org/10.54940/ms31138609>
- Abril Martí, M. Isabel. (2006). *La interpretación en los servicios públicos: caraterización como género, contextualización y modelos de formación: hacia unas bases para el diseño curricular*. [Tesis de doctorado, Universidad de Granada].
- Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 47. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-47>
- Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L., & Linares-Abad, M. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 12(1), 79. <https://doi.org/10.1186/S12978-015-0071-2>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. 217 (III) A. Paris. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> [consultado el 6 de agosto de 2022].
- Baroudi, M., Kalengayi, F. N., Goicolea, I., Jonzon, R., Sebastian, M. S., & Hurtig, A. K. (2022). Access of Migrant Youths in Sweden to Sexual and Reproductive Healthcare: A Cross-sectional Survey. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(3), 287-298. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.123>
- Barrio, C. (2018). *Traducción y adaptación de un texto médico-jurídico hacia el inglés: La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad Complutense de Madrid].
- Bentley, T. (1994), "Facilitation: Providing Opportunities for Learning", *Journal of European Industrial Training*, 18 (5), 8-22. <https://doi.org/10.1108/03090599410058953>
- Bil, J. P., Zuure, F. R., Alvarez-Del Arco, D., Prins, J. M., Brinkman, K., Leyten, E., Van Sighem, A., Burns, F., & Prins, M. (2019). Disparities in access to and use of HIV-related health services in the Netherlands by migrant status and sexual orientation:

- A cross-sectional study among people recently diagnosed with HIV infection. *BMC Infectious Diseases*, *19*(1), 906. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4477-2>
- Billett, H., Vazquez Corona, M., & Bohren, M. A. (2022). Women from migrant and refugee backgrounds' perceptions and experiences of the continuum of maternity care in Australia: A qualitative evidence synthesis. *Women and Birth*, *35*(4), 327-339. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.08.005>
- Boyle, J., Willey, S. M., & Abbasova, G. (2018). Supporting better outcomes for migrant and refugee women. *O&G Magazine*, *20*(1), 1. <https://www.ogmagazine.org.au/20/1-20/better-outcomes-migrant-refugee-women/> [consultado el 16 de mayo de 2022]
- Boylen, S., Cherian, S., Gill, F. J., Leslie, G. D., & Wilson, S. (2020). Impact of professional interpreters on outcomes for hospitalized children from migrant and refugee families with limited English proficiency: a systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, *18*(7), 1360-1388. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00300>
- Brzoska, P., & Abdul-Rida, C. (2016). Participation in cancer screening among female migrants and non-migrants in Germany: A cross-sectional study on the role of demographic and socioeconomic factors. *Medicine*, *95*(30), e4242. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000004242>
- Caulford, P., & Centre, S. A. F. H. (2014). Helping newcomers overcome barriers to health care. *Paediatrics & Child Health*, *19*(8), 400. [/pmc/articles/PMC4220518/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24220518/)
- Cocanour, C. S. (2017). Informed consent—It's more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery*, *214*(6), 993-997. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.09.015>
- Cohen, M. Z., Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (2000). *Hermeneutic Phenomenological Research: Guide for Nurse Researchers*. California, SAGE Publications, Inc., <https://dx.doi.org/10.4135/9781452232768>
- Cope, D. G. (2014). Methods and meanings: Credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, *41*(1), 89-91. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.89-91>
- Czapka, E. A., Gerwing, J., & Sagbakken, M. (2019). Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish

- migrants in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(7), 755-764. <https://doi.org/10.1177/1403494818807551>
- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 60-67. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl069>
- Dune, T. (2015). African Migrant Women's Understanding and Construction of Sexuality in Australia. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 2(2), 38-50. <https://doi.org/10.14738/assrj.22.830>
- Esscher, A., Binder-Finnema, P., Bødker, B., Högberg, U., Mulic-Lutvica, A., & Essén, B. (2014). Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 141. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-141>
- Foronda, C., Baptiste, D.-L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural Humility. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- Giménez, C. (2007). ¿Por qué estamos aquí y cómo hemos llegado? Sobre las etapas, retos, oportunidades y riesgos de la mediación intercultural. *De @cuerdo. Revista para la divulgación de la mediación*, 4, 5-14.
- González-López, J. R., Lomas-Campos, M. de las M., & Rodríguez-Gázquez, M. de los A. (2010). Evolución de la inmigración en Europa y España durante los siglos XX y XXI. *Revista Cuidarte*, 1(1), 73-81. <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.V1I1.76>
- González-Timoneda, A., Ruiz Ros, V., González-Timoneda, M., & Cano Sánchez, A. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research*, 18(1), 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- Goodwin, N. (2016). Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>
- Grande Gascón, M. L., Linares Abad, M., Álvarez Nieto, C., & Pastor Moreno, G. (2011). El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. *Cultura de Los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, 15(30), 45-51. <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.30.07>

- Gray, C., Crawford, G., Maycock, B., & Lobo, R. (2021). Socioecological Factors Influencing Sexual Health Experiences and Health Outcomes of Migrant Asian Women Living in ‘Western’ High-Income Countries: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2469. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052469>
- Grupo CRIT (2009). *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural*. Barcelona, Octaedro.
- Gunawan, J. (2015). Ensuring trustworthiness in qualitative research. *Belitung Nursing Journal*, 1(1), 10-11. <https://doi.org/10.33546/bnj.4>
- Higginbottom, G. M. A., Morgan, M., Alexandre, M., Chiu, Y., Forgeron, J., Kocay, D., & Barolia, R. (2015). Immigrant women’s experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Systematic*, 4, 13.
- Higginbottom, G. M., Morgan, M., Alexandre, M., Chiu, Y., Forgeron, J., Kocay, D., & Barolia, R. (2015). Immigrant women’s experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Systematic reviews*, 4(1), 1-30. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-13>
- Hui, C. P., & Barozzino, T. (2013). Caring for Kids New to Canada. *Paediatrics & Child Health*, 18(4), 179. <https://doi.org/10.1093/pch/18.4.179>
- Id, F. F., Raben, L., Id, H. W., Vivilaki, V., Den, M. Van, & Id, H. S. (2020). Migrant women’s experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS ONE*, 5(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Instituto de las Mujeres (2022). *Mujeres migrantes*. <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/multiDiscriminacion/mujeresMigrantes/home.htm> [consultado el 22 de julio de 2022]
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2022). *Cifras de Población (CP) a 1 de enero de 2022 Estadística de Migraciones (EM). Año 2021*. https://www.ine.es/prensa/cp_e2022_p.pdf [consultado el 22 de julio de 2022]
- INE (2022a). *Edad Media a la Maternidad según nacionalidad (española/extranjera) de la madre*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579#!tabs-grafico> [consultado el 22 de julio de 2022]

- INE (2022b). *Población extranjera por Sexo y Año*.
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=02005.px#!tabs-grafico> [consultado el 22 de julio de 2022]
- INE (2022c). *Tasa de Natalidad según nacionalidad (española/extranjera) de la madre*.
<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1382#!tabs-grafico> [consultado el 22 de julio de 2022]
- Jacobs, E. A., Leos, G. S., Rathouz, P. J., & Fu, P. (2011). Shared Networks of Interpreter Services, At Relatively Low Cost, Can Help Providers Serve Patients with Limited English Skills. *Health Affairs*, 30(10), 1930-1938.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0667>
- Juckett, G., & Unger, K. (2014). Appropriate use of medical interpreters. *American Family Physician*, 90(7), 476-480.
- Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11-12), 1721-1728.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13226>
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
<https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Leinonen, M. K., Campbell, S., Ursin, G., Tropé, A., & Nygård, M. (2017). Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway. *European Journal of Public Health*, 27(5), 873-879.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx093>
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 55, del 4 de marzo de 2010.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín*

- Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 1986(30), 73-84.
<https://doi.org/10.1002/EV.1427>
- Lippke, S., Derksen, C., Keller, F. M., Kötting, L., Schmiedhofer, M., & Welp, A. (2021). Effectiveness of Communication Interventions in Obstetrics—A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2616. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052616>
- MacLean, L. M., Meyer, M., & Estable, A. (2004). Improving Accuracy of Transcripts in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14(1), 113-123.
<https://doi.org/10.1177/1049732303259804>
- Mahmoud, I., Hou, X., Chu, K., & Clark, M. (2013). Language affects length of stay in emergency departments in Queensland public hospitals. *World Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 5. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2013.01.001>
- Marques, P., Nunes, M., Antunes, L., Heleno, B., & Dias, S. (2020). Factors associated with cervical cancer screening participation among migrant women in Europe: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 160.
<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01275-4>
- Marshal, S., & Department of Health, N. S. (2005). *Cultural Competence Guide for Primary Health Care Professionals in Nova Scotia*.
https://novascotia.ca/dhw/diversity/documents/CulturalCompetenceGuidelines_Summer08-Nova-Scotia.pdf [consultado el 6 de agosto de 2022]
- McAuliffe, M., Freier, L. F., Skeldon, R., & Blower, J. (2022). McAuliffe M. y Triandafyllidou A. (eds.). El gran perturbador: Impacto mundial de la COVID-19 en la migración, la movilidad y los migrantes. En: *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*, 1-69. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- McGregor, B., Belton, A., Henry, T. L., Wrenn, G., & Holden, K. B. (2019). Improving Behavioral Health Equity through Cultural Competence Training of Health Care Providers. *Ethnicity & Disease*, 29(Supp2), 359-364.
<https://doi.org/10.18865/ed.29.S2.359>

- Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., & Monteiro, M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 836-845. <https://doi.org/10.1007/S12529-017-9662-3>
- Mladovsky, P., Rechel, B., Ingleby, D., & McKee, M. (2012). Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 105(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2012.01.007>
- Njeru, J. W., St. Sauver, J. L., Jacobson, D. J., Ebbert, J. O., Takahashi, P. Y., Fan, C., & Wieland, M. L. (2015). Emergency department and inpatient health care utilization among patients who require interpreter services. *BMC Health Services Research*, 15(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0874-4>
- Nolen, H. A., Moore, J. X., Rodgers, J. B., Wang, H. E., & Walter, L. A. (2016). Patient Preference for Physician Gender in the Emergency Department. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 131-142.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos*. 48.^a edición, con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf> [consultado el 2 de agosto de 2022]
- Ozolins, U. (2000). Roberts, R., Carr, S., Abraham, D., and Dufour, A. (eds.) Communication Needs and Interpreting in Multilingual Settings: the international spectrum of response. En: *The Critical Link 2*, 19-23. John Benjamins, Amsterdam.
- Patel, D. N., Wakeam, E., Genoff, M., Mujawar, I., Ashley, S. W., & Diamond, L. C. (2016). Preoperative consent for patients with limited English proficiency. *Journal of Surgical Research*, 200(2), 514-522. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.09.033>
- Pena, C. (2015). Mediación interlingüística e intercultural: coordinación y seguimiento de mediadores sanitarios en Madrid. *Tonos Digital, Revista de Estudios Filológicos*, 28(0) 1-27.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* /. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prather, C., Fuller, T. R., Marshall, K. J., & Jeffries, W. L. (2016). The Impact of Racism on the Sexual and Reproductive Health of African American Women. *Journal of Women's Health, 25*(7), 664-671. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5637>
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health, 11*(1), 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Raben, L. A. D., & Van Den Muijsenbergh, M. E. T. C. (2018). Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women: a retrospective study in Dutch general practice. *Family Practice, 35*(4), 468-474. <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/CMX133>
- Rade, D. A., Crawford, G., & Brown, G. (2018). Sexual Health Help-Seeking Behavior among Migrants from Sub-Saharan Africa and Southeast Asia living in High Income Countries: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(7), 1311. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071311>
- Rademakers, J., Mouthaan, I., & de Neef, M. (2005). Diversity in sexual health: Problems and dilemmas. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 10*(4), 207-211. <https://doi.org/10.1080/13625180500279847>
- Raga, F. 2019. Interlinguistic and intercultural mediation at a standstill. Causes and effects. En Di Maria (ed.) *Health right across the Mediterranean. Tackling inequalities and building capacities*. Génova, Genova University Press. [pp.69-82.]
- Rainey, V. R., Flores, V., Morrison, R. G., David, E. J. R., & Silton, R. L. (2014). Mental health risk factors associated with childhood language brokering. *Journal of Multilingual and Multicultural Development, 35*(5), 463-478. <https://doi.org/10.1080/01434632.2013.870180>
- Ramirez, D., Kirsten G. Engel, & Tricia S. Tang. (2008). Language Interpreter Utilization in the Emergency Department Setting: A Clinical Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19*(2), 352-362. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0019>

- Real Academia Española (2022). *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es>
- Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J., Ladd, E., & George, A. (2021). Qualitative Methods in Health Care Research. *International Journal of Preventive Medicine*, 12(1), 20. https://doi.org/10.4103/IJPVM.IJPVM_321_19
- Riaz, B., Sherwani, N. Z. F., Inam, S. H. A., Rafiq, M. Y., Tanveer, S., Arif, A., Abdullah, M., & Jamil, H. (2021). Physician's Gender Preference Amongst Females Attending Obstetrics/Gynecology Clinics. *Cureus*, 13(5), e15028. <https://doi.org/10.7759/cureus.15028>
- Rodríguez-Álvarez, E., González-Rábago, Y., Borrell, L. N., & Lanborena, N. (2017). Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 31(5), 390-395. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2016.12.014>
- Sales Salvador, D. (2005). creación de una base de datos bibliográfica sobre mediación intercultural y traducción e interpretación en los servicios públicos. *Rev. Esp. Doc. Cient*, 28(4), 519-528.
- Sapir, E. (1939). *Language: An introduction to the study of speech*. Chelmsford (MA), Courier Corporation.
- Schrot-Sanyan, S., Kolanska, K., Haimeur, Y., Varlas, V., Parisot-Liance, L., Daraï, E., & Bornes, M. (2021). Language barrier as a risk factor for obstetric anal sphincter injury – A case-control study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(8), 102138. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102138>
- Simeone, S., Ambrosca, R., Vellone, E., Durante, A., Arcadi, P., Cicolini, G., Simonetti, V., Alvaro, R., & Pucciarelli, G. (2022). Lived experiences of frontline nurses and physicians infected by COVID-19 during their activities: A phenomenological study. *Nursing and Health Sciences*, 24(1), 245-254. <https://doi.org/10.1111/nhs.12920>
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., McCourt, C., & Gagnon, A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 152. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152>

- Smith, J. A., & Fieldsend, M. (2021). Interpretative phenomenological analysis. In P. M. Camic (Ed.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 147–166). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000252-008>
- Sood, A., & Gupta, J. (2018). Patient counselling and consent. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 46, 43-47. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.10.002>
- Sudbury, H., & Robinson, A. (2016). Barriers to sexual and reproductive health care for refugee and asylum-seeking women. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 275-281. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.275>
- The Center for Advanced Research on Language Acquisition (CARLA) (2019). *Culture*. <https://carla.umn.edu/culture/definitions.html> [consultado el 21 de abril de 2022]
- Theys, L., Krystallidou, D., Salaets, H., Wermuth, C., & Pype, P. (2020). Emotion work in interpreter-mediated consultations: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.006>
- Torres Corredor, H., & Colorado, D. P. (Eds.) (2020). *El derecho fundamental a la salud: retos de la Ley Estatutaria: Algunas miradas a la salud en el posconflicto*. Bogotá, Universidad de Colombia, (Spanish Edition) (1ª).
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs (2020). *International Migration 2020 Highlights*. (ST/ESA/SER.A/452). New York, UN.
- Vellone, E., Piras, G., Venturini, G., Alvaro, R., & Cohen, M. Z. (2012). The Experience of Quality of Life for Caregivers of People with Alzheimer’s Disease Living in Sardinia, Italy. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(1), 46-55. <https://doi.org/10.1177/1043659611414199>
- Ventriglio, A., Baldessarini, R. J., Iuso, S., la Torre, A., D’Onghia, A., la Salandra, M., Mazza, M., & Bellomo, A. (2014). Language proficiency among hospitalized immigrant psychiatric patients in Italy. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 299-303. <https://doi.org/10.1177/0020764013487653>
- Vogel, D., Meyer, M., & Harendza, S. (2018). Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Medical Education*, 18(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1260-9>

Wandschneider, L., Batram-Zantvoort, S., Razum, O., & Miani, C. (2020). Representation of gender in migrant health studies-a systematic review of the social epidemiological literature. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01289-y>

World Health Organization, (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Ginebra, WHO.