

Mujer inmigrante: motivo de consulta e historia gineco-obstétrica en una zona de salud

E. Rodríguez Fernández, T.M. Lorca González, M.A. López Jordan y A. Gómez Moraga

Centro de Salud de Totana. Murcia.

OBJETIVO. Conocer en la mujer inmigrante de nuestra zona de salud el motivo de consulta y la historia gineco-obstétrica.

DISEÑO. Estudio descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO. Se realizó en tres consultas de Medicina Familiar y Comunitaria de la zona de salud.

PARTICIPANTES. Ciento ochenta y cinco mujeres inmigrantes mayores de 14 años que acudían a demanda. Ninguna rehusó la realización de la encuesta.

MÉTODO. Encuesta estructurada en variables sociodemográficas, historia gineco-obstétrica y motivo de consulta. Se calculó el porcentaje, la media y el intervalo de confianza.

RESULTADOS. De las variables sociodemográficas se obtiene que la mayoría son ecuatorianas, activas, de unos 30 ± 8 años de edad, en situación legal y con más de tres años de residencia en España. El nivel de instrucción es medio y la mayoría están casadas o con pareja estable. De la historia gineco-obstétrica se aprecia que el inicio de relaciones sexuales se situó en una media de 18 ± 4 años. La edad media del primer embarazo es de 20 ± 4 años, más precoz que en la mujer autóctona. Destaca que el 40,5% ($n = 75$) ha tenido hijos en España y que el número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) aumenta desde su estancia en España ($p < 0,005$). Conocen los métodos anticonceptivos, pero el 30% no los utiliza. El uso de la píldora postcoital es bajo (4,8%; $n = 9$). Los motivos de consulta más frecuentes son los gineco-obstétricos, sobre todo de planificación familiar (51,9%; $n = 96$).

CONCLUSIONES. Acuden fundamentalmente por motivos ginecológicos y obstétricos, en especial de planificación familiar. En su historia gineco-obstétrica destaca: una mayor tasa de embarazo, un aumento significativo de las IVE, la no utilización de métodos de regulación de la natalidad a pesar de su conocimiento y el bajo uso de la píldora postcoital.

Palabras clave: mujer inmigrante, historia gineco-obstétrica, Atención Primaria.

OBJECTIVE. Know the reason for consultation and gynecology-obstetrics background of the immigrant women in our health care area.

DESIGN. Cross-sectional descriptive study.

SITE. Three consultations were made in the Health Care Area Family Medicine and Community Medicine.

PARTICIPANTS. A total of 185 old immigrant women over 14 years of age who came on demand. None refused to take the survey.

METHOD. Structured survey in sociodemographic, gynecology-obstetrics background and reason for consultation variables. Percentage, mean and confidence interval were calculated.

RESULTS. A) Sociodemographic variables: Most were Ecuadorian, working, from 30 ± 8 years of age, legal condition and with more than three years of residency in Spain. Mean education levels, married or with stable partner. B) Gynecology-obstetrics background: The onset of sexual relationships occurred at a mean of 18 ± 4 years. Mean age of first pregnancy was 20 ± 4 years, earlier than in the native woman. It stands out that 40.5% ($n = 75$) have had children in Spain and that the number of voluntary interruptions of pregnancy (VIP) has increased since they have been in Spain ($p < 0.005$). They are aware of the contraceptive methods, but 30% do not use them. The use of the morning after pill is low (4.8%; $n = 9$). C) Reason for consultation: Gynecology-obstetrics reasons, above all family planning (51.9%; $n = 96$).

CONCLUSIONS. They basically come for gynecology and obstetrics reasons, especially for family planning. Standing out in the gynecology-obstetrics background is greater rate of pregnancy, significant increase of VIP, non-use of birth control regulation methods in spite of being aware of them and low use of the morning after pill.

Key words: immigrant woman, gynecology-obstetrics background, Primary Health Care.

Correspondencia: E. Rodríguez Fernández.
C/ Paraguay, 18, 1.º D. 30600 Archena. Murcia.
Correo electrónico: algomo@cajamurcia.es

Recibido el 20-02-07; aceptado para su publicación el 09-07-07.

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad es receptora de inmigrantes; de hecho, es el país que más inmigrantes ha recibido dentro de la

Unión Europea (a 30 de septiembre de 2005: 2.597.014; el 9% de la población)¹. Para el año 2025 se prevé que será el 20% de la población total². En el 2050 necesitaremos 44 millones de personas más en Europa para mantener el nivel económico y de pensiones³.

Los inmigrantes suramericanos, asiáticos y los procedentes de la Europa del Este forman el grupo que culturalmente más rápido está creciendo en España (actualmente un 24% de todos ellos proceden de suramérica). Se estima que para 2025 sean el 50% de todos los inmigrantes².

En el año 2000 en España había 24.644 nacidos de madre extranjera. En el 2020, la 2.^a generación significará el 9% del crecimiento de nuestra población². Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en el año 2004 eran mayores en la región de Murcia (10,5%) que en España (8,9%) cuando en 1990 era todo lo contrario (2,8% en la región de Murcia por 4,3% en España)⁴.

Este crecimiento de la población no va parejo a la asistencia sanitaria: son consultados con menor tiempo de duración (motivo por el que nos parece interesante conocer el motivo de asistencia sanitaria).

Es objetivo de la asistencia sanitaria en Atención Primaria (AP) conseguir una atención sensible y culturalmente competente debido al fenómeno de la inmigración. Por tanto, es imprescindible que el profesional de AP conozca y entienda la manera de pensar de sus pacientes.

Además, la idea que actualmente valora la sociedad es la de preservación de los valores y estilos de vida diferentes e incluso expectativas de cuidado de salud distintas, de ahí que la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) deba tender hacia la mediación transcultural, materia que no se enseña en la carrera de Medicina. De ello se deduce que será el sistema de salud el que deberá promover la competencia cultural de los profesionales sanitarios proporcionándoles conocimientos, actitudes y habilidades para atender las necesidades de estos nuevos usuarios.

Como objetivo principal propusimos conocer en la mujer inmigrante de nuestra zona de salud los motivos de consulta e historia gineco-obstétrica. Como objetivo secundario pretendimos aproximarnos al conocimiento de su situación sociodemográfica.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un estudio descriptivo transversal en 3 consultas de MFyC de la misma Zona Básica de Salud. Participaron 185 mujeres inmigrantes mayores de 14 años que acudían a demanda a tres consultas de MFyC desde el 1 de enero al 30 de mayo de 2006.

Se calculó el porcentaje y el intervalo de confianza (95%) y las medias y la desviación estándar de los resultados obtenidos.

Se realizó una encuesta estructurada que constaba de:

1. Variables sociodemográficas: edad, tiempo de residencia en España: mayor o menor de tres años, situación

legal, nacionalidad, nivel de instrucción, estado civil, ingresos económicos y situación laboral.

2. Historia gineco-obstétrica: fecha de la menarquia, ciclo menstrual, edad de inicio de relaciones sexuales, edad del primer embarazo, número de hijos en su país de origen y en España, hijos nacidos en España, fecha del último parto, edad del último parto, número de abortos, número de IVE en su país de origen y en España, información sobre métodos anticonceptivos, uso de métodos anticonceptivos, uso de píldora postcoital y hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otros.

3. Motivos de consulta.

Quedaban excluidas de este estudio las inmigrantes que se negaron a realizar la encuesta y/o aquellas a las que, por dificultad idiomática, les resultó imposible realizarlo.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

Edad

La edad media fue de 30,36 ± 7,98 años. El 75,7% (n = 140) tenía menos de 36 años.

Tiempo de residencia en España

El 15,7% (n = 29) se encontraba en España desde hacía menos de tres años, mientras que el 84,3% (n = 156) residía desde hacía tres o más años en nuestro país.

Situación legal

El 92,4% (n = 171) se encontraba en situación jurídica legal frente al 7,4% (n = 14), que estaba ilegalmente documentada en el país.

Nacionalidad

El 87,4% (n = 162) era de origen suramericano, y destacaba un porcentaje del 75,1% (n = 139) para las de origen ecuatoriano (tabla 1).

Nivel de instrucción

El 75,6% (n = 140) había cursado segundo grado (14 años) o tercer grado (18 años) (tabla 1).

Estado civil

Destacaba que el 48,6% (n = 90) estaba casada y el 41,1% (n = 76) convivía con pareja estable (tabla 1).

Ingresos económicos

El 89,2% (n = 165) de las mujeres encuestadas contaba con ingresos económicos propios obtenidos de su trabajo. Sólo el 10,8% (n = 20) no contaba con ingresos.

Situación laboral

La gran mayoría de mujeres (87,6%; n = 162) trabajaba a sueldo. Sólo el 4,9% (n = 9) se dedicaba a las labores domésticas (tabla 1).

Tabla 1. Nacionalidad, nivel de instrucción, estado civil y situación laboral de las mujeres encuestadas

Nacionalidad	n	%
Ecuador	139	75,1
Bolivia	20	10,8
Marruecos	9	4,3
Bulgaria	4	2,2
Rumanía	2	1,1
Portugal	2	1,1
Colombia	1	0,5
Brasil	1	0,5
Chile	1	0,5
Cuba	1	0,5
Nigeria	1	0,5
Ucrania	1	0,5
Polonia	1	0,5
China	1	0,5
Total	185	100,00
Nivel de instrucción	n	%
Analfabeta	4	2,2
Primer grado (leer y escribir)	32	17,3
Segundo grado (14 años)	85	45,9
Tercer grado (18 años)	55	29,7
Universidad	9	4,9
Total	185	100,00
Estado civil	n	%
Soltera	4	2,2
Casada	90	48,6
Viuda	2	1,1
Separada/divorciada	8	4,3
No convive con nadie	2	1,1
Pareja estable	76	41,1
Pareja esporádica	2	1,6
Total	185	100,00
Situación laboral	n	%
A sueldo	162	87,6
Estudiante	1	0,5
En paro	5	2,7
En busca del primer empleo	7	3,8
Sus labores	9	4,9
Otros	1	0,5
Total	185	100,00

Historia gineco-obstétrica

Menarquia

La media se situaba en $13,51 \pm 1,45$ años, con un mínimo de 9 años y un máximo de 18 años (tabla 2).

Ciclo menstrual

La mayoría de mujeres contestó tener un ciclo regular ($n = 159$; 85,9%) frente a un 13,5% ($n = 25$) que contestó que era irregular. Una no contestó.

Relaciones sexuales

El inicio de las primeras relaciones sexuales se situó en una media de $18,14 \pm 4,07$ años; con un mínimo de 12 y un máximo de 38 años.

Tabla 2. Edad de la menarquia, información sobre anticoncepción y método de regulación de natalidad en las mujeres encuestadas

Menarquia	n	%
No conoce	1	0,5
9 años	1	0,5
10 años	2	1,1
11 años	7	3,8
12 años	39	21,1
13 años	43	23,2
14 años	46	24,9
15 años	32	17,3
16 años	10	5,4
17 años	3	1,6
18 años	1	0,5
Total	185	100,00
Información	n	%
Ninguna	21	11,4
En su país, público	83	44,9
En su país, privado	27	14,6
En España, público	52	28,1
En España, privado	2	1,1
Total	185	100,00
Método	n	%
No utilizan	56	30,3
Anticonceptivos orales	49	26,5
Intramuscular	24	13,0
Barrera	16	8,6
Ligadura	15	8,1
DIU	10	5,4
Implantes	7	3,8
Naturales	5	2,7
Anillo vaginal	2	1,1
Parches	1	0,5
Total	185	100,00

Edad del primer embarazo

La edad media del primer embarazo fue de $20,64 \pm 4,00$ años; con una edad más temprana de 14 años y máxima de 39 años. El 51,4% ($n = 95$) había tenido el primer embarazo con 20 años.

Número de hijos: total, que viven en el país de origen, que viven en España y nacidos en España

El 85,9% ($n = 159$) tiene hijos. De ellas, el 46,5% ($n = 86$) tiene hijos que conviven con otros familiares en su país de origen y el 57,3% ($n = 106$) de las mujeres encuestadas convive con sus hijos en España. El 40,5% ($n = 75$) ha tenido hijos en España (tabla 3).

Fecha del último parto

El 51,9% ($n = 96$) ha tenido un embarazo a término entre 2000 y 2006 (teniendo en cuenta que el 2006 sólo abarca de enero a mayo). El 31,5% ($n = 58$) lo ha tenido entre 2003-2005.

Edad del último parto

El último parto se situó en una media de $25,32 \pm 5,90$ años. El 50,2% ($n = 93$) tuvo su último hijo con 25 años.

Tabla 3. Número de hijos: total, que viven en el país de origen, que viven en España y nacidos en España

Número de hijos	Total		Hijos en país de origen		Hijos en España		Hijos nacidos en España	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	26	14,1	99	53,5	79	42,7	110	59,5
1	65	35,1	44	23,8	67	36,2	74	40,0
2	48	25,9	24	13,0	21	11,4	1	0,5
3	26	14,1	10	5,4	11	5,9	–	–
4	11	5,9	7	3,8	2	1,1	–	–
5	3	1,6	–	–	–	–	–	–
6	2	1,1	–	–	2	1,1	–	–
7	4	2,2	1	0,5	3	1,6	–	–
Total	185	100,0	185	100,0	185	100,0	185	100,0
Media	1,82 ± 1,46		0,84 ± 1,18		0,98 ± 1,31		0,41 ± 0,50	

Tabla 4. Número de interrupciones voluntarias del embarazo: total, en el país de origen y en España

Número de IVE	Total		En su país de origen		En España	
	n	%	n	%	n	%
0	144	77,8	173	93,5	154	83,2
1	36	19,5	11	5,9	28	15,1
2	3	1,6	–	–	3	1,6
3	2	1,1	1	0,5	–	–
Total	185	100,0	185	100,0	185	100,0
Media	0,25 ± 0,53		0,07 ± 0,32		0,18 ± 0,42	

IVE: interrupciones voluntarias del embarazo.

Número de abortos naturales/espontáneos

La media se situó en $0,32 \pm 0,55$ abortos. El 71,4% (n = 132) de las mujeres encuestadas no había tenido ningún aborto; tuvo un aborto el 25,4% (n = 47); dos abortos el 2,7% (n = 5); y tres abortos el 0,5% (n = 1).

Número de interrupciones voluntarias del embarazo: total, en el país de origen y en España

El 22,2% (n = 41) ha tenido alguna vez una IVE. El 6,4% (n = 12) en su país de origen y el 16,7% (n = 31) en España (tabla 4).

Información sobre anticoncepción

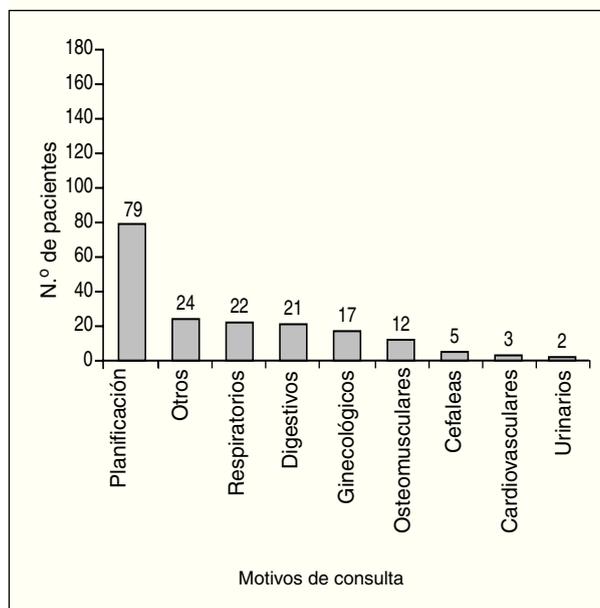
El 88,7% (n = 164) tiene información sobre anticoncepción desde su país o en España. El 59,5% (n = 110) ha recibido información sobre métodos anticonceptivos antes de su llegada a España (tabla 2).

Métodos de regulación de natalidad

El 69,7% (n = 129) de las mujeres utiliza métodos anticonceptivos: el 26,5% (n = 49) utiliza anticonceptivos orales y el 13,0% (n = 24) intramusculares. Llama la atención que el 8,1% (n = 15) viene con ligadura de trompas desde su país de origen (tabla 2).

Píldora postcoital

El 95,1% (n = 176) no la ha usado; la ha utilizado una vez el 4,3% (n = 8) y dos veces el 0,5% (n = 1). La edad me-

**Figura 1.** Motivo de consulta de las mujeres encuestadas.

dia de las mujeres que utilizaron la píldora postcoital fue de 30,22 años.

Hábitos tóxicos

La mayoría de mujeres inmigrantes (n = 158; 85,4%) no presentaba hábitos tóxicos. El 6,5% (n = 12) consumía sólo alcohol; el 4,9% (n = 9) solamente fumaba y el 2,7% (n = 5) fumaba y bebía al mismo tiempo.

Motivos de consulta

El 51,8% (n = 96) acudía por motivos gineco-obstétricos, sobre todo de planificación familiar (n = 79) (fig. 1).

DISCUSIÓN

Actualmente Europa representa el 20% de la población mundial y África el 9%; en 2050, África albergará el 20% de la población mundial y Europa el 7%. En consecuencia, los países en desarrollo (Suramérica, África y Asia)

contribuirán con el 98% en el futuro crecimiento de la población de la Tierra. Todo esto nos lleva a pensar que las migraciones son inevitables, como inevitable es que el médico de AP debe prepararse para este evento.

En España se cifra que el 2,5% de la población procede de países extranjeros, aunque pueda ser una subestimación por los procesos de regularización abiertos. La inmigración se distribuye en el sector productivo de forma que el 32% trabaja en la agricultura, el 15% en la construcción, el 15% en el servicio doméstico y el 15% restante en la hostelería.

Un sesgo que hay que tener en cuenta es que este estudio ha sido realizado solamente en tres consultas de MFyC, aunque estaba basado en una encuesta cuyos ítems habían sido consensuados previamente por los tres profesionales.

En nuestro trabajo hemos encontrado una edad media de $30,36 \pm 7,98$ años, que es una edad joven pero madura, parecida a otros trabajos^{5,6}. Por ello, el problema de consulta más frecuente era la planificación familiar y los problemas relacionados con ella, ya que se encuentran en edad fértil.

El 84,3% residía desde hacía tres o más años en nuestro país, con lo que se encontraba en fase de adaptación avanzada^{5,6}. Sin embargo, a pesar de estar adaptadas a nuestro medio, no utilizan métodos anticonceptivos el 30% ($n = 56$), y el uso de la píldora postcoital (4,8%; $n = 9$) era bajo.

En nuestro estudio destaca fundamentalmente la nacionalidad ecuatoriana. En esta zona básica de salud la población extranjera representa más del 3% del total de inmigrantes de la región de Murcia, siendo fundamentalmente ecuatoriana dicha población⁷.

Con respecto al nivel de instrucción, a pesar de la dificultad para poder evaluar este ítem por la diferencia de política educativa de cada país, observamos que el 80,5% tiene un nivel educacional medio con una tasa menor de analfabetismo que en otros estudios³. En otros trabajos, la tasa de inmigrantes universitarios es mayor, pudiendo estar relacionado con el diferente trabajo ofertado según el área sea rural o urbana⁶.

En el estado civil, el 41,1% vive con pareja estable. Puede estar relacionado con el modelo cultural, no desear lazos jurídicos que le eximan de responsabilidad o desestructuración familiar.

El 87,6% trabajaba a sueldo, cifra que contrasta con la población femenina autóctona, donde solamente el 40% trabaja. Hemos encontrado menos paro que en otros trabajos publicados, tal vez debido a que el mercado laboral en nuestra área no precisa de trabajo especializado⁶.

Al igual que en otros trabajos, el inicio de las relaciones sexuales se sitúa sobre los 18 años de edad^{8,9}.

El primer hijo lo tienen a una edad más precoz que las mujeres autóctonas. Esta edad precoz del primer embarazo, así como la capacidad reproductiva de las mujeres inmigrantes encuestadas, nos hace pensar en el efecto de sobrevaloración de la fertilidad existente en su cultura¹⁰.

El 46,5% de las mujeres inmigrantes tiene hijos que conviven con otros familiares en su país de origen, con la

desestructuración familiar y duelo que supone el abandono de los hijos y del propio país. Sin embargo, en los motivos de consulta no aparecen alteraciones relacionadas con este hecho (ansiedad, depresión, distimia, etc.). ¿Podría ser debido a déficit de conocimiento, por nuestra parte, de los signos y síntomas que ellas expresan? ¿Podría ser por desinterés (postura del avestruz)?

El 40,5% de encuestadas inmigrantes ha tenido hijos en España. Puede darnos a entender que lo deseaba y/o un motivo para regularizar su situación legal en España.

Destacamos que el 88,6% tiene información sobre métodos anticonceptivos y, sin embargo, el 30% no usa ningún método. En otros estudios se llega hasta el 50%⁹. ¿Es un problema cultural donde la fertilidad está sobrevalorada? ¿Son reticentes a la utilización de métodos anticonceptivos? Sin embargo, la mujer, sobre todo latinoamericana, tiene una formación liberal en referencia a las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos y, por tanto, debería ser más abordable desde AP^{8,9}.

Es importante recordar que para realizar las estadísticas sobre las IVE no se pide la nacionalidad de la paciente. Por ello, y salvo contadas excepciones como la Comunidad Autónoma de Madrid, no conocemos el número exacto de mujeres inmigrantes que solicitan IVE en nuestro país.

En nuestro trabajo, el número de IVE realizadas en nuestro país era estadísticamente significativo en relación con las realizadas en el país de origen. Puede estar motivado por una concepción cultural diferente, ya que como hemos comprobado, la mayoría tiene conocimientos de los métodos anticonceptivos y un 30% no los usa. También parece haber una dificultad para la accesibilidad a la píldora postcoital. A ello se une el riesgo significativo por parte de la mujer inmigrante de aumento de IVE por causas de marginación, trabajo y desestructuración familiar¹⁰. Llama la atención que, a pesar de que la planificación familiar sea el motivo de consulta más demandado, las IVE aumenten. Aquí sería conveniente realizar una intervención comunitaria sobre las mujeres inmigrantes en edad fértil en relación con este tema (sexualidad, métodos anticonceptivos y embarazos no deseados)¹¹.

Para el Ministerio de Sanidad, España tiene una de las tasas de IVE más bajas de los países europeos y explican que el aumento de IVE puede ser debido al aumento de su registro y también por el aumento de mujeres inmigrantes en nuestro país. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2005 el 15% de los nacimientos (70.000) fueron de mujeres inmigrantes. Esto refleja, como hemos comentado anteriormente, diferentes actitudes culturales ante las relaciones sexuales y la anticoncepción, así como barreras en la accesibilidad a los servicios de salud reproductivos y un entramado sanitario demasiado complejo para la población extranjera^{3,12}. Las IVE para la mujer española se mantienen en un 6%, mientras que en mujeres inmigrantes las tasas serían más altas que las de las españolas, hasta un 30%¹³⁻¹⁵.

Además, la mujer inmigrante tiene un menor apoyo social y familiar y son muchas menos las que disfrutan de baja laboral por maternidad; así como su incorporación al

patrón ginecológico de occidente, según la realidad del país del que proceden^{5,16}.

El número de mujeres inmigrantes con hábitos tóxicos, alcohol y tabaco fundamentalmente, es muy bajo si comparamos con los inmigrantes varones⁶.

En nuestro estudio, el motivo más frecuente de consulta ha sido el gineco-obstétrico y sobre todo la planificación familiar; circunstancias parecidas reflejadas en otros trabajos^{8,17}. La mujer latinoamericana, debido a las intensas campañas realizadas en sus países para disminuir la elevada prevalencia de cáncer de cérvix, acude a AP solicitando una revisión ginecológica y/o Papanicolau⁹. Aunque no hemos detectado trastornos de salud mental, a pesar de que el 84,3% residía desde hacia 3 años en España, éstos podrían estar ocultos en los problemas de cefalea y trastornos osteomusculares.

La inmigración en sí misma no es un problema; el problema es la integración. El médico de AP puede tener miedo al "otro" llamado inmigrante, por desconocimiento o por racismo/xenofobia. Desde AP, puerta de entrada al sistema sanitario, debemos hacer el esfuerzo de realizar esta integración, conociendo a los usuarios desde el punto de vista de sus motivos de consulta y cultura. El médico de AP no debe tener una actitud de avestruz porque sería suicida; debe favorecer "mirar al otro". El mestizaje no tiene por qué diluir ninguna identidad, sino que puede ampliarla y enriquecerla¹⁸. El profesional de AP está inmerso dentro de la competencia cultural de forma voluntaria/involuntaria y se establecería una barrera si la actitud del trabajador sanitario fuera reconocer a la población inmigrante como una población sin derecho³.

El modelo Campinha-Bacote de competencia cultural en los profesionales de la salud es un proceso constante que va desde el deseo o el acercamiento culturalmente responsable, es decir, las diferencias mutuamente aceptadas, hasta el encuentro cultural que anima a los profesionales a comprometerse en la interacción multicultural. Para ello, ha sido necesario el desarrollo de un conocimiento cultural sobre el concepto del mundo y los sistemas de creencias, sobre la enfermedad de otras culturas y de una habilidad cultural del profesional para entender las percepciones del paciente sobre su enfermedad. La implicación de los médicos de AP permitirá obtener un valor añadido, obteniendo como resultado: un servicio sensible y culturalmente implicado (disponible, accesible, económico, aceptable, apropiado y adaptable)¹⁹.

La sociedad camina hacia un pluralismo cultural que, como decía Anthony Giddens, premio Príncipe de Asturias 2002 de Ciencias Sociales, "significa dos cosas: integración en un marco más amplio, pero también, aceptación de las diferencias culturales"; "se concibe como un diálogo entre culturas, y eso significa reconocer normas y valores que están por encima de cada grupo y que se comparten [...] culturas diferentes pero en un marco de compromiso, compuesto por normas, valores, ideales democráticos [...]".^{20,21} Tal es la importancia de esta situación que desde el Proyecto de Estrategias para la Atención Primaria del XXI, que trata de elaborar un conjunto de estra-

tegias destinadas a mejorar y potenciar el primer nivel asistencial en España, más conocido como AP21, se recoge la emigración como una de las situaciones especiales para estudio²².

La inmigración es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud. Hay autores que verían conveniente la realización de un protocolo inicial a inmigrantes hasta su adaptación en el país de acogida²³. Este hecho debería ser estudiado previamente para que no suponga un modo de marginación.

En conclusión, las mujeres inmigrantes acuden fundamentalmente por motivos ginecológicos y obstétricos, en especial de planificación familiar. En su historia gineco-obstétrica destaca una mayor tasa de embarazo, un aumento significativo de las IVE, la no utilización de métodos de regulación de la natalidad a pesar de su conocimiento y el bajo uso de la píldora postcoital.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Manuel Canteras Jordana, Catedrático de Estadística de la Facultad de Medicina de Murcia por su disponibilidad y colaboración en éste y otros estudios.

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez-Villegas J. Editorial semFYC. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria*. 2006;37:249-50.
- Importancia de la Competencia Cultural en la asistencia sanitaria. En: Curso on-line Atención al inmigrante. Medicina transcultural (N.º de expediente: 99009805/0003A).
- Díaz Olalla JM. Situación actual de la inmigración. En: Alonso A, Huerga H, Morera J. Guía de atención al inmigrante. 2.ª edición. SMMFyC. Madrid: Novartis; 2006. p. 9-24. ERGON.
- Interrupción voluntaria del embarazo. Centro Regional de Estadística. Disponible en: <http://www.carm.es/econet/sicrem/ps3>
- Díaz Olalla JM. ¿Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud? En: XXV Congreso Nacional semFYC 2005. Mesa redonda: la inmigración, una realidad no homogénea. ¿Somos competentes culturalmente en Atención Primaria? *Aten Primaria*. 2005;36 Suppl 1:38-9.
- Sánchez García R, Soto García M, Pérez Villaverde N, Alonso Moreno FJ, De Castro Mesa C, García Bajo MC. Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del Área de Salud de Toledo. *SEMERGEN*. 2005;31:408-12.
- Gómez Fayrén J, Pellicer Balsalobre CM, Monllor Domínguez CM. Familia e inmigración en la región de Murcia. Una mirada a través de la encuesta. *Papeles de Geografía*. 2002;0336:105-31.
- Salud e inmigración. Salud reproductiva y diferencias de género en la población inmigrante. El Médico: formación acreditada *on-line*, mayo 2005/mayo 2006. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_ace2005/temas/tema33-34/sry7.htm
- Valdivia Altamirano H, Fernández García M. Latinoamérica. En: Alonso A, Huerga H, Morera J. Guía de atención al inmigrante. 2.ª edición. SMMFyC. Madrid: Novartis; 2006. p. 260-286. ERGON.
- Morato Agustí ML, Sánchez Belmonte S. Examen de salud de la mujer. En: López Vélez R, editor. La salud del inmigrante con especial referencia a la población pediátrica. Madrid: colaboración de GSK 2006. p. 229-31.
- Barroso García P, Lucerna Méndez MA, Parrón Carreño T. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el periodo 1988-2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:493-501.
- Demografía y población. Instituto Nacional de Estadística. Base de datos INEbase. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>
- Del Águila C. Crónica sanitaria al día: ¿aumentan las interrupciones voluntarias del embarazo? *JANO*. 2006;1619:16-7.

14. Noticia en *20 Minutos* (Actualidad). Casi la mitad de abortos se practican a inmigrantes. Viernes 28 julio 2006; p. 8.
15. Noticia en *Nueva Línea*. Más de 1265 abortos voluntarios en la región en 2004. Viernes 28 julio 2006; p. 3.
16. Pérez Cuadrado S, Muñoz Avalos N, Robledo Sánchez A, Sánchez Fernández Y, Pallás Alonso CR, de la Cruz Bértolo J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *Anales de Pediatría*. 2004;60:3-8.
17. Nogués Melendez B, Baro Gonzalo J. El médico de familia ante el fenómeno migratorio. Atención al inmigrante en Atención Primaria. Un enfoque integral. *FMC*. 2004;11 Suppl 3: 6-11.
18. Leguina Herran J. Proyecciones demográficas y de los flujos migratorio. Disponible en: <http://www.instituto.cajamar.es/mediterraneo/revista/me00109.pdf>
19. Campinha Bacote J. The process of cultural competence in health care: A culturally competent model of care. (2nd edition). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates; 1994.
20. Ridaio JM. Entrevista a Anthony Giddens "Hacia dónde va el mundo". *El País Semanal*, domingo 15 de octubre de 2006; n.º 1568. p. 28-32.
21. García Rodríguez F. Multiculturalismo y pluralismo. En: García Rodríguez F, Giménez Sánchez F, López Vélez R, Morato Agustí ML, Navarro Alonso JA, Ruiz Contreras J, et al. La salud del inmigrante con especial referencia a la población pediátrica; 2006. p. 6-13.
22. Atención a la Primaria. *Revista Medical Economics*, edición española. 2006;(III)33.
23. Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Gámez Gámez E. Asistencia inicial a inmigrantes en atención primaria. *FMC*. 2003;10 Suppl 4:83-97.