

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



## **TÍTULO**

**CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE  
LAS MUJERES INMIGRANTES LATINOAMERICANAS QUE VIVEN EN  
LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE EL 2017.**

**Mirtha Zoraida Grande Muyón**

Tesis para optar al grado académico de  
Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile

**Profesores Guía:**

**Dra. Olivia Horna-Campos**

**2018**

# ÍNDICE

<b>Contenidos</b>	<b>Pag.</b>
Resumen	01
Capítulo I. Introducción	02
Planteamiento del problema	03
Capítulo II. Marco Teórico	05
2.1 Migración en España	05
2.2 La Mujer inmigrante	06
2.3 Crisis y Servicio Público Salud	08
2.4 La Salud de los y las inmigrantes	10
2.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN INMIGRANTES	11
Capítulo III. Objetivos y supuestos	15
Capítulo IV. Supuestos	16
Capítulo V. Metodología	17
V.1 Diseño	17
V.2 Selección de la muestra	17
V.3 Variables	18
V.4 Métodos de Recolección de Información	22
V.5 Actividades principales del trabajo en terreno	23
V.6 Técnicas de Procesamiento de Información	23
V.7 Análisis e interpretación de resultados	24
V.8 Limitaciones	24
Capítulo VI. Resultados	26
Capítulo VII. Discusión	51
Capítulo VIII. Conclusiones	63
Recomendaciones	64
Bibliografía	65
Anexos	66



## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar la salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid durante el 2017.

**Material y método:** El diseño del estudio fue descriptivo transversal, se entrevistaron a 475 mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid. El instrumento utilizado fue la encuesta, el cual fue diseñado y validado mediante juicio de expertas para este estudio. El tiempo promedio de la encuesta fue de 45 minutos.

**Resultados:** Las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid en su mayoría son ecuatorianas (24%). El 46,1% se encuentran entre los 25 a 34 años, el tiempo de permanencia en una de cada tres mujeres fue de cinco años (35.4%) y el motivo de viaje fue económico (79.4%). El 61.7% cuenta con tarjeta de residencia y el 80,2% tarjeta de sanidad. La edad de la primera relación sexual en un 62.7%) fue entre los 15 a 19 años y la primera maternidad mayormente fue en la etapa adulta (61.1%) y asistieron a controles prenatales el 82.9%.

Una de cada tres mujeres se había realizado un aborto. Sobre la prevención de cáncer ginecológico, el 38.3 y 51,4% respectivamente se realizaba autoexamen de mamas y el Papanicolaou. Más de la mitad de las entrevistadas no se había realizado la prueba de VIH (55.2%), y de las que si se realizaron el 7.4% no conocía sus resultados. Un 40.2% manifestó haber tenido presencia de flujo vaginal y un 10.7% ulcera genital. Por otro lado, El 30.7% de las mujeres manifestaron haber sufrido algún tipo de violencia. Sobre el acceso a los servicios de salud, la mayoría tenían acceso al sistema de salud público (76.4%), pero no conocían el centro especializado (80.2%), y de quienes si lo conocían el 57.4% asistían a dicho centro.

**Conclusiones:** Las mujeres inmigrantes latinoamericanas presentan mayor vulnerabilidad y se refleja en el tipo de trabajos que realizan, con limitadas condiciones laborales, las cuales podrían ser mayor en aquellas mujeres sin documentación. Además, el no contar con la tarjeta sanitaria, se les niega la cobertura de salud lo que podría aumentar el riesgo de contagio de ITS y el aumento de casos de ITS en este colectivo y en la población general, debido a la falta de tratamiento de los casos. Los problemas de salud en la población de mujeres inmigrante parecer ser similar en las españolas, pero la situación administrativa y las diferencias culturales pueden generar o profundizar desigualdades en este ámbito.

**Palabras clave:** Salud sexual y reproductiva, mujeres inmigrantes latinoamericanas

## Capítulo I: Introducción

La salud sexual y reproductiva, según la Organización Mundial de la Salud, es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y decidir cuándo procrear sin riesgo alguno, así como la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición conlleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia, tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, para la regulación de la fecundidad y recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, lo cual fue definido en la Conferencia de El Cairo.<sup>1</sup>

La población latinoamericana ha pasado a desempeñar un importante papel en el crecimiento del flujo migratorio en España, sobre todo después del apogeo migratorio que se dio entre 1996 al 2006, debido a que España se encontraba en un ciclo de expansión económica siendo la industria inmobiliaria la de mayor crecimiento del PIB. A raíz de ello, España tuvo un incremento poblacional del 3% al 14% en el año 2009, del cual 1.82 millones de personas de la población eran de procedencia latinoamericana.<sup>2</sup> A causa de la crisis financiera a finales del 2008, el número de inmigrantes disminuyó, si bien en el año 2016 España volvió a ser el país receptor de inmigrantes, y a principios del año 2017 España contaba con 46.53 millones de habitantes, de los cuales 4.42 millones (9.51%) eran inmigrantes.<sup>3</sup> En el caso de la Comunidad de Madrid, la población inmigrante representa el 13.10%.<sup>4</sup>

En los últimos años los principales colectivos latinoamericanos son ecuatorianos, colombianos, bolivianos y argentinos.<sup>5</sup> A la fecha, el 35,06% de todas las mujeres inmigrantes en Madrid, son latinoamericanas.<sup>6</sup> La situación laboral se convierte en un tema mediático de primer orden, entre otros motivos porque la falta de oportunidades amenaza una devaluación irreversible del capital humano. Por lo que respecta a los y las inmigrantes, su particular vulnerabilidad a los cambios de ciclo económico se debe a la precariedad de su inserción laboral, por un lado, y a la debilidad de sus redes sociales y familiares, por otro.<sup>7</sup> Ambas condiciones llevarían a experimentar y/o realizar actividades riesgosas que podrían empeorar su salud, específicamente los indicadores de salud sexual y reproductiva como el descenso del número de nacimientos, el retraso de la maternidad y el aumento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre otros.

La situación descrita se agravó debido a la modificación de la Ley de Sanidad 14/1986 por la crisis del país en el 2012, donde se deja fuera de la cobertura pública a los y las inmigrantes irregulares no empadronados, lo cual supuso una barrera en el uso de los servicios.<sup>8</sup> Por ello en este estudio, nos preguntamos: ¿Cuáles son las características de la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid? El objetivo es caracterizar la salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Madrid durante el año 2017.

## I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conceptualización de la salud sexual y reproductiva ha ido transformándose a lo largo del tiempo, sobre todo debido al ritmo político, económico y sociocultural. Estos cambios implícitos en la nueva definición de la salud reproductiva y sexual no son superficiales, sino que generan nuevas expectativas que exigen modificar el diseño de los servicios y los principios de promoción de la salud.<sup>9</sup> La salud sexual y reproductiva cobra especial significado porque en el campo de la salud pública por la significativa carga de morbilidad y mortalidad que se asocia con las principales enfermedades que afectan al aparato reproductor de hombres y mujeres.<sup>10</sup>

A pesar de la importancia que conlleva el acceso a la salud la evidencia muestra que existen diferencias en el acceso entre la población migrante y la autóctona. Se ha reportado que existe un menor uso de servicios especializados por parte de los inmigrantes, explicado en muchas ocasiones por las barreras socioeconómicas, así como un mayor uso de los servicios de urgencias que puede ser explicado por el horario laboral que ellas manejan.<sup>11</sup> Dentro de estas diferencias la salud sexual y reproductiva presenta una brecha aún mayor, debido a que la población inmigrante, en particular, subutiliza los servicios de planificación familiar, así como también muestran un mayor número de interrupciones voluntarias del embarazo y una mínima cantidad accede a los servicios prenatales y postnatales.<sup>12</sup> Los motivos de este fenómeno pueden estar asociados a las barreras lingüísticas, sociales, económicas o a las normas legales del país.

No todas las mujeres se ven beneficiadas del sistema de salud en sus países de origen; esta desigualdad de oportunidades y acceso suelen interactuar y complicar el ejercicio de sus derechos y protección a la salud.<sup>13</sup> La situación no cambia al emigrar pues las políticas de migración de los países desarrollados repercuten en las condiciones de vida que muchas mujeres inmigrantes tienen, además del desempleo debido a la severa crisis que vive España. Esto genera consecuencias negativas para la salud de las mujeres, poniendo de manifiesto las goteras del sistema de protección social español universal, pero desigual e insuficiente".<sup>14</sup>

La pérdida de dinamismo de la economía española desde finales de 2008 se manifestó en la incapacidad no sólo de generar empleo sino de mantener los puestos existentes. La tasa de desempleo se disparó afectando más fuertemente al colectivo de inmigrantes que nacionales, aunque surgen diferencias de acuerdo al nivel de vulnerabilidad de cada grupo migratorio: inmigrantes 32.2% y nacionales 23.0 % durante el año 2012.<sup>15</sup> Ese mismo año fue introducida una polémica reforma por el Real Decreto Ley (Nº 16/2012), donde condicionaba el aseguramiento por vía subsidiaria, el requisito de la residencia en España para nativos, y a la autorización de residencia para nacionales de terceros países, estableciendo como norma un límite de ingreso anual de 100 mil euros, garantizando que el Sistema Nacional de Salud este cubierto para los residentes legales en España, quedando así excluidos las y los

extranjeros sin residencia legal.<sup>16</sup> Desde este punto de vista, es claro que los y las inmigrantes están sufriendo la crisis con especial virulencia.

Dentro de este escenario, las necesidades sanitarias de las migrantes podrían diferir notablemente de las que presentan las poblaciones de los países receptores, ya que la crisis económica afecta directamente diversos determinantes de la salud tales como el desempleo, los ingresos y las condiciones de trabajo, los cuales son percibidos con mayor gravedad en la población inmigrante.<sup>17</sup> La austeridad y la exclusión generan que se ignoren aspectos importantes del derecho de atención, dificultando seriamente su acceso a la asistencia sanitaria, a la educación sanitaria y a otros servicios socio-sanitarios. Otros factores susceptibles de obstaculizar el acceso a la atención de salud son el costo de los servicios, las diferencias idiomáticas y culturales de los conceptos de salud/enfermedad, la discriminación, las trabas administrativas o la imposibilidad de participar en planes de seguro médico locales.<sup>18</sup> Todo ello establece una infratilización de los servicios, en especial el de salud sexual y reproductiva, dando como consecuencia una demora en la primera visita prenatal, así como un mayor número de interrupciones voluntarias de los embarazos y mayor número de embarazos no deseados por falta en la asesoría de métodos anticonceptivos.<sup>12</sup>

Consideramos que la situación de inmigrantes en esta población la hace especialmente vulnerable por las condiciones propias de su situación, por la falta de pertenencia a un lugar (tanto en su país de origen y al país receptor), sumado a esto el debilitamiento de sus redes sociales que pudieran dificultar, prevenir y tomar decisiones efectivas acerca de su salud, particularmente en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva con su pareja y/o compañeros sexuales.

Dado que es una situación de un grupo de población con un problema no resuelto como es su derecho a la atención de salud, es que se considera relevante estudiar las características de la salud sexual y reproductiva que enfrentan las mujeres inmigrantes en la Comunidad de Madrid para evidenciar un panorama que contribuya a desarrollar estrategias o programas específicos de salud.

## Capítulo II: Marco Teórico

### 2.1. MIGRACIÓN EN ESPAÑA

En las últimas décadas hasta el año 2010 América Latina y el Caribe se transformó en fuente de inmigración y de flujos vinculados a la más amplia geografía de destinos, sobre todo a Estados Unidos de Norte América y Europa Occidental. En el caso de Europa, la crisis económica ha llevado al extremo las condiciones de los colectivos más vulnerables, llevando la migración a nuevos matices, con un incremento de la proporción migratoria en busca de trabajo, desde España a países en Desarrollo y viceversa de otros países a España;<sup>19</sup> si bien es cierto, el fenómeno de la migración no es nuevo, adquiere mayor relevancia y atención ante la pobreza, la flexibilidad laboral, la inestabilidad económica, social y política que vive la región latinoamericana, originando grandes impactos en la vida de hombres y mujeres, especialmente en los más pobres, incentivando de esta manera a migrar en busca de mejoras que no encuentran en sus países de origen.<sup>20</sup>

Para entender dicha realidad, se debe de revisar diversos enfoques, los cuales puedan explicar las causas de la migración, uno de mayor relevancia e impacto es el análisis de Castells, et al., quienes atribuyen el fenómeno migratorio a la economía y a la política, los cuales son el resultado del desarrollo del sistema capitalista y de la división internacional de trabajo que atiende las demandas de los mercados laborales europeos.<sup>21</sup> Además, la globalización de la economía ha acentuado la división del trabajo a nivel mundial, ello es consecuencia de la polarización de los niveles de desarrollo alcanzados por las económicas mundiales y a la aparición de nuevas expresiones como “exclusión social” la cual se utiliza para manifestar las nuevas formas de desigualdad.<sup>22</sup> El crecimiento de dicha desigualdad debido al desarrollo capitalista, obliga que miles de trabajadores y trabajadoras salgan a buscar mejores oportunidades o simplemente buscar un trabajo que les permita sobrevivir de manera personal y/o familiar.<sup>23</sup>

Todo ello, hace creer que la migración seguirá siendo estimulada a nivel mundial, puesto que se harán más visibles las brechas económicas internacionales y los problemas estructurales de los países en vías de desarrollo. Los y las inmigrantes a pesar de las diversas barreras que tienen para su ingreso, igual se van desplazando poco a poco, pudiendo generar situaciones de conflicto en su libre circulación entre los países, esta inconsistencia es el responsable de gran aumento de inmigrantes en situación administrativa irregular.<sup>24</sup>

La recesión que ocurrió en España, influyó en la contratación de trabajadores y trabajadoras inmigrantes desde el año 2008, teniendo efectos a corto plazo como el retorno de los y las inmigrantes a sus países de origen, pero existió un porcentaje de inmigrantes que se quedó a soportar dicha crisis,<sup>25</sup> debido a que el idioma, la cultura, el conocimientos, la imagen que se maneja de España, son posibles factores que



favorecieron en la elección de este país, como el mejor lugar para la obtención de mejores oportunidades laborales y económicas, las cuales permitirán la sobrevivencia individual y familiar.<sup>26</sup>

El inicio del siglo XXI marca el comienzo de una nueva fase, la de migración latinoamericana. El grupo de inmigrantes documentados provenientes de América Latina pasaron de 61 mil en 1991 a 514, 485 a finales de 2014,<sup>27</sup> llegando a representar el 31,2% de la inmigración regularizada<sup>39</sup> y para otros suponía el 38,61% del total de inmigrantes.<sup>28</sup> Hoy hay 1,8 millones de inmigrantes.<sup>29</sup>

Una de las principales Comunidades Autónomas en España que concentra mayor población inmigrante es Madrid, y en ella las principales nacionalidades fuertemente representativas son ciudadanos y ciudadanas de países como Ecuador, Colombia, Argentina Republica Dominicana, Perú y Chile en su mayoría.<sup>29</sup> Aunque no se dispone todavía de una información detallada que permita describir los perfiles de la migración latinoamericana, se adelanta un panorama del crecimiento de la migración hacia España en el último año.

La inmigración en España es una mano de obra mayoritariamente asalariada, con una escasa estabilidad en lo que a permisos respecta, y que está empleada en sectores del mercado de trabajo poco “atractivos” para los españoles y las españolas. Es así que las mujeres se encuentran con una segregación ocupacional en empleos precarios y con alto riesgo de explotación, como la prostitución y el servicio doméstico, además de estar expuesta a una mayor vulnerabilidad durante todo el proceso que dura su proyecto migratorio.<sup>30</sup>

A estos datos debe agregarse un número importante de inmigrantes en situación administrativa irregular y la dificultad que tienen para regularizar su situación administrativa. Para un grupo de mujeres el comercio sexual es una forma de estrategia de supervivencia y para otras una forma de ganar dinero, presionadas, en poder satisfacer las expectativas de ganancias económicas que tienen con su proyecto migratorio.<sup>31</sup>

## 2.2. LA MUJER INMIGRANTE

El proceso de feminización ha sido muy rápido. Los grupos de mujeres latinoamericanas organizadas en España reportan que siguen llegando mujeres, principalmente para trabajar pese a las restricciones legales que han aumentado mucho en estos últimos años. Sin embargo, a nivel mundial, se estima que la proporción de mujeres inmigrantes internacionales ha permanecido estable alrededor del 48%.<sup>32</sup> En otras regiones como Asia, también hay evidencias de una clara tendencia a la feminización de la migración internacional, conjuntamente con una tendencia hacia una autonomización de estos movimientos; es decir, mujeres migrando por su propia cuenta y no solo como dependientes familiares.<sup>33</sup> Para

América Latina, subrayan el hecho que en nuestra región, las mujeres constituyeron durante las décadas de 70 y 80 los flujos migratorios internacionales predominantes.<sup>34</sup>

A pesar de su importancia y de su especificidad, la consideración de la migración femenina ha sido relegada a un segundo plano. Es una constante en la mayoría de estudios el subrayar que los procesos migratorios han tendido a ser analizados desde una perspectiva en que el género aparece como algo neutral y por tanto está ausente de la medición y especialmente del análisis de la migración. Esto ha llevado a hacer invisible el rol de las mujeres en este proceso, a pesar de que ellas, aun cuando no migren, tienen un rol clave como madres, esposas o hijas de hombres inmigrantes.

Por ejemplo, la revisión de los estudios de migración femenina en México,<sup>35</sup> señala que, no existiría una relación directa entre la mayor autonomía femenina y el incremento de la migración, así como tampoco existiría una relación directa entre migración femenina y una mejor posición relativa de las mujeres con posterioridad a esta. Otro estudio identifica varias situaciones que se considera deberían producirse para que la migración tenga un efecto positivo en la mayor equidad de género:<sup>36</sup> 1) Que la migración no sea indocumentada; 2) que las mujeres trabajen fuera de la casa en el lugar de destino y en el sector formal; 3) que las mujeres hayan migrado por su cuenta y no como dependientes familiares y 4) que la migración sea de tipo permanente y no temporal.

Otros factores que impiden que la migración se constituya en un factor para una mayor equidad de género son las limitaciones lingüísticas y la mirada patriarcal a los roles de género, que han sido señaladas como posibles barreras hacia el cambio de normas y valores porque ayudan a perpetuar patrones androcéntricos entre hombres y mujeres. Ejemplo, es que una parte significativa de la migración latinoamericana al interior de la región y de la que va con destino a Europa se emplea en el servicio doméstico.<sup>37</sup> En estas condiciones, las posibilidades de una mayor equidad de género serían más bien limitadas.

En los últimos 15 años el proceso migratorio implicó un cambio significativo y una cierta introducción de la mujer como nueva sujeta inmigrante,<sup>38</sup> la cual sugiere varios temas, entre ellos la magnitud de la migración femenina, la invisibilidad del tema de género, los riesgos de profundizar las desigualdades y la relación entre la salud y otros ámbitos de la vida. Un estudio hace referencia que las mujeres que emigran frecuentemente son responsables por buena parte del sustento económico de sus familias, debido a su mayor facilidad de inserción en el mercado de trabajo y ocupar huecos laborales que son rechazados por la población receptora: tareas de reproducción social, como el servicio doméstico y prostitución.<sup>39</sup> Asimismo, muchas se ven presionadas a ganar importantes cantidades de dinero para poder satisfacer las expectativas de ganancias económicas que tenían con su proyecto migratorio. Expresión que se traduce en formas de pensamiento y acción que no favorecen a la salud.<sup>40</sup>

Independientemente de su magnitud, existe consenso de que los movimientos migratorios tienen un impacto diferente en hombres y mujeres, especialmente cuando se realizan en condiciones de ilegalidad. No olvidemos que la migración internacional está manejada por actores que explotan la vulnerabilidad social, económica y política de estas personas, con riesgo evidente dadas las peores condiciones de trabajo y abuso sexual, por lo que su calidad de vida y salud, se ve afectada por las desigualdades sociales que enfrentan.<sup>41</sup> Todo lo anterior, plantea un conjunto de retos que deben ser abordados, especialmente en lo que se refiere al respeto de los derechos de las mujeres inmigrantes, a la necesidad de frenar y penalizar el tráfico de mujeres para fines sexuales, cuando sea el caso, y a mejorar las condiciones de acceso de estas a servicios de salud, dadas sus necesidades específicas derivadas, entre otros factores, de sus mayores niveles de riesgo.

De ahí que esta perspectiva nos lleve a entender la vinculación de la migración y la salud a pesar que en teoría los y las inmigrantes tienen acceso universal a la atención sanitaria.<sup>42</sup> Situación reflejada durante todo el proceso migratorio donde la persona inmigrante pasa por el desgaste de un viaje, de una adaptación, de un rechazo, de unas privaciones económicas, afectivas y sociales que la obligan a desarrollar estrategias de supervivencia que afectan a su capital de salud e impiden una integración normalizada en el sistema sanitario público.<sup>43</sup> Todas estas determinantes sociales interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual que ponen a una persona en situación de desprotección.<sup>44</sup>

### 2.3. CRISIS Y SERVICIO PUBLICO DE SALUD

El derecho a la salud es recogido en la Constitución Española de 1978 y desde 1986 se desarrolla toda la parte legislativa (Ley General de Sanidad), institucional y organizacional originando la creación de un Sistema Nacional de Salud que ofrecía prestaciones con carácter universal e igualitario. El Estado español tiene bajo su responsabilidad la financiación y gestión de todo el sistema y cuenta con tres niveles:

- Administración central. Comprende el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se encarga de proponer, coordinar y ejecutar las políticas de salud.
- Administración autonómica. Corresponde al servicio de salud en cada Comunidad Autónoma. Comprende todos los centros, servicios y establecimientos prestadores de salud en la localidad.
- Áreas de salud. Son las estructuras que agrupan un conjunto de centros sanitarios y de profesionales de atención primaria en la Comunidad Autónoma. Comprende centros de salud, un hospital para la atención especializada y un centro de especialidades.

Para acceder a los servicios de salud se realiza mediante la “tarjeta sanitaria individual”, documento administrativo que identifica a la persona frente a los diferentes prestadores de salud.

La atención primaria es el nivel básico de atención y esta se realiza en los centros de salud de su domicilio de forma programada o urgente. La atención especializada se presta a petición del facultativo de atención primaria. Los encargados de ofrecerla son los médicos y medicas especialistas, mediante consulta en los centros de especialidades o bien en los hospitales.

No obstante, los efectos de la crisis económica, iniciada en el 2008, generó el desarrollo de medidas para la reorganización del Sistema Nacional de Salud a través de la evolución en el financiamiento dentro del marco de las políticas de austeridad a través de los recortes de fondos públicos<sup>45</sup>, por lo que la universalidad del derecho a la salud fue afectada por el Real Decreto Ley 16/2012<sup>46</sup>. Esta norma supuso una ruptura con los principios de universalidad e igualdad que preestablece un cambio de modelo respecto al que se había venido desarrollando desde la Constitución. Este nuevo escenario implicó la negación del acceso sanitario a las y los inmigrantes en situación administrativa irregular y de personas españolas mayores de 26 años que nunca habían trabajado, introduciendo el copago a los usuarios y usuarias. Restringir el acceso sanitario supuso un impacto y mayor vulnerabilidad con respecto a la salud y un beneficio a las entidades privadas proveedoras de servicios de salud.<sup>47</sup>

Con la adopción de esta normativa, únicamente se reconoció asistencia sanitaria para personas inmigrantes irregulares en siguientes situaciones excepcionales en su artículo tercero.<sup>48</sup>

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la alta médica;
- De asistencia al embarazo, parto y postparto;
- En todo caso, las y os extranjeros menores de 18 años recibirían asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los y las españoles. Posteriormente, se amplió la atención sanitaria en casos de enfermedades infecciosas. Cada comunidad autónoma reguló, en función de sus competencias, con más excepciones.

La nueva normativa causó gran desconcierto y freno a la hora que las personas acudan a un centro sanitario, pues carecen de garantías de recibir asistencia sanitaria y temen por su condición administrativa irregular. Por otro lado, la aprobación de esta normativa supuso a la vez la modificación del artículo 12 de la Ley de Extranjería generando la estigmatización y criminalización de inmigrantes irregulares.

La nueva “ley de sanidad” afectó casi a todo lo fundamental del Sistema Nacional de Salud, apostando por un nuevo modelo de atención sanitaria, que según las organizaciones su intento a la larga es privatizar el sistema sanitario. Desde la aprobación de la ley se produjeron una elevada conflictividad social y un cuestionamiento de la sanidad pública y del estado del bienestar, basándose en la pérdida de derechos ciudadanos y una mayor desigualdad social.<sup>49</sup>

La aplicación de la normativa hizo que a un grupo de mujeres se les niega la realización de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los márgenes que ampara la actual legislación, implicando el riesgo de que decidan someterse a ello sin las debidas garantías sanitarias.

Con respecto a las víctimas de violencia sexual, la reforma de acceso a la atención sanitaria conlleva una discriminación directa a las mujeres inmigrantes en situación administrativa irregular, pues considera que obstaculiza el acceso a tratamientos fundamentales para la recuperación de ellas.<sup>50</sup>

Bajo el argumento de la crisis y el discurso que las personas que llegan a España vienen con el propósito de beneficiarse de la cobertura sanitaria española se realizaron cambios para la limitación al acceso de los servicios públicos de salud, sin embargo existen estudios que demuestran que la población inmigrante a su llegada suelen presentar un mejor estado de salud “efecto del inmigrante sano o sana”.<sup>51</sup> No obstante los trabajos científicos también han demostrado como esta buena salud de inicio va empeorando progresivamente con rapidez a medida que pasan mayor tiempo como si los determinantes sociales negativos a los que se ven sometidos/as fuera “destruyendo” el potencial de salud con el que las y los inmigrantes llegan.<sup>52</sup>

Determinantes de salud en el país de acogida, como condiciones de vida, de trabajo precario o el mayor riesgo de ser excluidos de los servicios de salud. Este riesgo se relaciona con el bajo nivel socioeconómico y barreras lingüísticas y culturales o restricciones legales de acceso.<sup>53</sup> Asimismo, se ha demostrado que la población inmigrante hace un menor uso del sistema sanitario que la población autóctona en general y para otros estudios la población inmigrante hace mismo uso de los servicios de medicina general que la autóctona y un menor o igual uso de los servicios de medicina especializada.<sup>54</sup>

## 2.4. LA SALUD DE LOS Y LAS INMIGRANTES

Desde la perspectiva de la “Salud de las poblaciones” se considera que en los antecedentes del estado de salud de las personas, las condiciones sociales y económicas son más importantes que los cuidados médicos o incluso los hábitos de salud. Paralelamente a ello, las políticas migratorias contribuyen a su vez en generar efectos diferenciados en la vida de hombres y mujeres inmigrantes.<sup>55</sup>

En otros estudios también se ha señalado “la experiencia migratoria” como uno de los determinantes de salud ya que relega a estos colectivos a situaciones de marginación y exclusión económica y social, privándoles de derechos humanos, como es en este caso la salud.<sup>56</sup> Junto a los factores culturales y socioeconómicos, otros determinantes como la xenofobia y el prejuicio social hacia las minorías étnicas y colectivos inmigrantes influyen negativamente en la salud de las inmigrantes. Siendo, la xenofobia un problema creciente, los y las inmigrantes a menudo son convertidos en culpables de los problemas económicos del país, desconociendo las contribuciones

potenciales de la migración a la prosperidad económica de las sociedades de destino.<sup>57</sup>

Los resultados de algunos estudios transversales señalan que los y las inmigrantes tienen mejor salud que sus pares en el país de origen e incluso mejor que sus pares en el país de acogida, aunque a medida que aumenta el tiempo de permanencia esta ventaja va desapareciendo o se invierte.<sup>58</sup> Este cambio se explica porque a menudo los y las inmigrantes presentan mayor vulnerabilidad que la población autóctona y sufren condiciones de vida y trabajo deficientes.<sup>59</sup> Para estos estudios el riesgo se debe a exposiciones perjudiciales y presentar enfermedades y lesiones de distinta naturaleza por las condiciones de trabajo, su situación irregular de residencia, dificultades de acceso a los servicios sanitarios<sup>60</sup> en comparación con la población autóctona.<sup>101, 102</sup>

## 2.5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN INMIGRANTES

Si ahondamos en la Salud Sexual y Reproductiva, este es un campo apropiado para visualizar las precarias condiciones de acceso a la salud de las mujeres inmigrantes en situación irregular e inmigrantes temporales. En ellas se suman los mayores riesgos potenciales derivados de esta situación. La violencia, la exposición a embarazos no deseados y, especialmente, el riesgo mayor de infección por ITS y /o VIH/SIDA se acrecientan.<sup>61</sup> Se observa tanto en hombres como en mujeres, el escaso o nulo acceso a servicios sanitarios y sociales, así como la escasa (o poca) utilización de la información sobre prevención. Estas son enmarcadas en un contexto de separación familiar y cultural, la cual puede ser un factor causante del aumento de relaciones sexuales no protegidas.

En España existen derechos básicos plenamente reconocidos a la población inmigrante o extranjera por su carácter de personas humanas y basadas en su dignidad. Tales como el derecho a la vida, derecho a la libertad personal y seguridad, derecho a la protección judicial de los derechos.<sup>62</sup> El que dichos derechos sean reconocidos a las y los extranjeros, no significa, que siempre hayan sido respetados. Pero los derechos, que, en la práctica, suscitan más preocupación entre las y los inmigrantes son los denominados "derechos sociales", como la educación (artículo 53.1 de la Constitución), vivienda, protección de la salud (artículo 53.4 de la Constitución), categoría ésta difícil de precisar desde el punto de vista jurídico.<sup>63</sup> Sin embargo, las diferencias de este tema surgen de la distinción de inmigrantes legales / "ilegales" (situación administrativa irregular).

El Programa de Acción del Cairo ha ido más allá y ha reconocido que los y las inmigrantes y personas desplazadas tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y que pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los derechos humanos de las mujeres inmigrantes, incluyen temas como ciudadanía, protección social, condición de salud, estatus legal. Para ello

contamos con un marco referencial que incluye entre sus requerimientos la eliminación de la discriminación basada en el género y convoca a los países a atender las necesidades específicas de las mujeres, señalando que el acceso a servicios de salud debe incluir la atención de la salud reproductiva para todas, incluso para aquéllas que no residen legalmente en el país.<sup>64</sup>

Esta situación no siempre ocurre, al contrario este colectivo de personas continúa teniendo una situación administrativa y condiciones laborales que las sitúan en una clara desventaja y las exponen a la exclusión social.<sup>65</sup> Si a esto le añadimos las últimas reformas en España de la Ley 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, estamos frente a la presencia de nuevos recortes a los derechos de los y las extranjeras extracomunitarias. Por otro lado, la situación crisis económica que todavía vive España ha generado que más de la cuarta parte de la población extranjera ocupada carezca de protección por parte de los sistemas de protección de la seguridad social.<sup>66</sup>

Entre las causas más importantes para no acceder a la asistencia sanitaria pública y/o especializada es debido a las dificultades que las mujeres inmigrantes irregulares encuentran para acceder a la tarjeta sanitaria, lo que contribuye a que estas personas aumenten su aislamiento social y las barreras para acceder a los servicios sanitarios, en especial a la salud sexual y reproductiva.<sup>67</sup> Sin embargo, los profesionales de la salud atribuyen un mayor uso del servicio de urgencias que a los propios servicios sanitarios a una serie de factores relacionados con la precariedad económica y a aspectos relacionados con la inclusión social de las inmigrante.<sup>68</sup>

La cruda realidad es que la subordinación social, económica y sexual que viven las mujeres en la mayoría de los países contribuye no solamente a la vulnerabilidad frente a la infección por el VIH, falta y uso de métodos anticonceptivos, además del condón, y embarazo no deseado. Estas situaciones se agravan al encontrarse en otro entorno y establecerse las desigualdades de poder. La desinformación, la dependencia, la falta de comunicación y la visión reprimida de la sexualidad obstaculizan la prevención al interior de las parejas.<sup>(129)</sup>

El perfil de enfermedades en población inmigrante es presentado para el conjunto en general y no se analiza el caso específico según su problemática particular basada en la mayoría de los casos en las condiciones de indocumentada, el precario acceso a las fuentes de trabajo y por ende a los servicios de salud a los que puede asistir.

Estudios en mujeres inmigrantes destacan que pese a que la atención de partos y planificación familiar, constituyen una de las principales demandas por estas mujeres, hay un escaso control y seguimiento médico debido principalmente a la ausencia de las propias mujeres a las citas y al desplazamiento que muchas de ellas realizan a otras partes del país como parte del proceso de inserción socio laboral que caracteriza a esta población. A pesar que la nueva Ley reconoce el derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita de todas las y los inmigrantes empadronados, aunque

residan en situación irregular en España, <sup>69</sup> el desconocimiento del propio sistema limita su acceso.<sup>70</sup>

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud planteó una primera definición de salud sexual como: “La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. La integralidad de este concepto sobrepasa los conceptos reproductivos o patológicos. Se centra en los componentes afectivos, placenteros y comunicativos que afectan de modo importante el estilo y la calidad de vida de las personas y contribuyen a mejorar la vida y las relaciones personales.

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, se habla de una visión distinta de la salud reproductiva, una visión que incorpora explícitamente la salud sexual: “La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental, social y psico emocional, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia y de su elección,<sup>71</sup> así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables,<sup>72</sup> el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos”.<sup>1</sup>

Dentro de este marco, el movimiento de mujeres ha enfatizado el tema de la calidad de atención de salud involucrando los valores culturales, así como facilitar el acceso a la información y los servicios para alcanzar el nivel más elevado posible de bienestar y salud sexual y reproductiva, cumpliendo así las reflexiones feministas que se hicieron con el Objetivo del Milenio N° 5.<sup>73</sup>

La gran mayoría de mujeres inmigrantes está entre los grupos de edad de entre 15-19 y 45-49 años<sup>74</sup>, en su gran mayoría estaban casadas o en pareja <sup>4</sup> y un 74,9% tenían hijos e hijas, aunque sólo un 25,3% vivían con ellas en España. <sup>91</sup>

En España la edad de la menarquia es de 12.4 años,<sup>105</sup> la primera relación sexual es a los 15.75±1.76 .<sup>106, 107</sup> y la edad media de la maternidad es de 32,58 años. <sup>110</sup>La edad media de la maternidad en inmigrantes fue de 20±4 años .<sup>109</sup> Un estudio del 2014 menciona que la contribución de la población inmigrante al índice de fecundidad de España ha sido relativamente modesta, el proceso reproductivo de las inmigrantes es más temprano que el de las españolas. Entre las autóctonas es 1,32 hijos por mujer y una edad media al primer hijo de 31,1 años y de 27,5 años entre las mujeres inmigrantes en general,<sup>113</sup> La presencia de altas tasas de fecundidad en inmigrantes adolescentes (menores de 20) es un rasgo característico de las pautas reproductivas en los países de origen, que se da también en el país de acogida.<sup>125</sup>



Con respecto al control prenatal, las mujeres inmigrantes acuden menos y más tarde a su seguimiento de embarazo en comparación con las mujeres autóctonas que cumplen en su totalidad, 75 % y 97% respectivamente.<sup>114</sup> Con respecto al aborto: Acevedo halló que entre las inmigrantes menores de 29 años el porcentaje de abortos voluntarios fue mayor (19,5%) que el de abortos espontáneos (12%); y que la mayoría de abortos provocados había sido practicado en España (más del 57%).<sup>125</sup>

Otro estudio revela que el 38% de las mujeres eran de origen sudamericano, promedio 25 años de edad, 87% casadas o conviviente y de ellas un 36,4% tenía más de dos hijos.<sup>75</sup> En este aspecto se esperaría que las mujeres inmigrantes (proceden de países con mayor tasa de fecundidad), tuvieran menor número de abortos voluntarios. Sin embargo, la situación económica o laboral no son compatibles con las atenciones que un embarazo o crianza que un bebe requiere. Es aquí donde la fecundidad de las inmigrantes se iguala con las autóctonas.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos las inmigrantes utilizan menos métodos o de forma inadecuada. Otro estudio señala que el preservativo es el más usado por la población inmigrante latinoamericana, seguido de los contraceptivos orales, y el DIU.<sup>127</sup> Sin embargo difiere a otro resultado donde el 75,1% usa algún método anticonceptivo.<sup>8</sup>

Con respecto al cáncer, las mujeres inmigrantes participan menos en los programas de detección precoz del cáncer ginecológico, aunque hay diferencias por edad (mujeres de 35 años o menos asisten más) y con el país de origen (mujeres de países con rentas bajas, asisten menos).<sup>76</sup>

Acerca de la violencia el 30% de las extranjeras que residen en España ha sufrido malos tratos a manos de su pareja en algún momento de su vida, tasa que casi triplica la que caracteriza a las víctimas españolas.<sup>77</sup> En el aspecto del VIH el 50% de los nuevos diagnósticos se da en mujeres y 43, 4% de las infecciones por vía sexual se produce en inmigrantes, siendo el 53% en mujeres provenientes de Latinoamérica.<sup>78</sup> La prevalencia auto-referida de ITS por la población inmigrante llegó al 14,9%, las más frecuentes vulvovaginitis inespecíficas en mujeres (25,2%).<sup>79</sup>

En torno a los servicios de salud existe una menor utilización de la atención especializada y mayor utilización del servicio de urgencias por parte de las inmigrantes, mientras no hay diferencia en el uso de los servicios de atención primaria <sup>11</sup>. Esto puede relacionarse con otro estudio que encontró que el horario laboral podría ser una limitación para acceder a los servicios de salud y eso hace que justifique el elevado uso de los servicios de urgencia. <sup>122</sup>

## **Capítulo III: Objetivos**

### **OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid durante el 2017.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- OE1. Describir las características sociodemográficas, de salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid.
  
- OE2 Identificar las prácticas de prevención en salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid.
  
- OE3. Conocer el uso de los servicios de salud de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid.
  
- OE4. Plantear hipótesis y recomendaciones para dar respuesta a sus necesidades de salud sexual y reproductiva desde las políticas y servicios públicos de salud.

## **Capítulo IV: Hipótesis/ supuestos**

Al ser un estudio meramente descriptivo, no se requiere formular hipótesis para la investigación. Sin embargo, nos planteamos el siguiente supuesto.

La salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid son similares a las descritas por otros estudios realizados en España.

## **Capítulo V: Metodología**

### **V.1 Diseño**

Transversal descriptivo.

### **V.2 Muestra:**

La muestra estuvo conformada por inmigrantes latinoamericanas de la Comunidad de Madrid durante el 2017.

Se realizó un muestreo de tipo no probabilística, por conveniencia. Las participantes se seleccionaron por facilidad de acceso para la investigadora.

#### **V.2.1 Selección de la Muestra:**

Seleccionadas de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión fueron:

1. Mujeres inmigrantes latinoamericanas con un periodo de estancia superior o igual a 6 meses.
2. Mujeres mayores de 18 años de edad.
3. Mujeres que deseen ser encuestadas y que firmen el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

Mujeres inmigrantes latinoamericanas que presentaron:

1. Trastornos psiquiátricos evidentes.
2. Efectos de alcohol o drogas en el momento de la aplicación de la encuesta.

#### **V.2.2 Tamaño de la Muestra**

La muestra estuvo conformada por 475 inmigrantes latinoamericanas que vivían en la Comunidad de Madrid durante el 2017.

Las mujeres fueron invitadas a participar cuando estaban en los lugares de socialización. Se les informó de la investigación y se realizó la revisión de los criterios de inclusión y exclusión de cada una de las participantes para ver si cumplían con los criterios, invitándose a 548 mujeres. Rechazaron participar 43 mujeres (7.8%). El principal motivo de rechazo fue no tener tiempo.

Las que aceptaron participar en el estudio firmaron una carta de consentimiento informado. Se cumplimentaron 505 cuestionarios, de las cuales se eliminaron 30 cuestionarios por estar incompletos, finalmente se estudiaron 475 mujeres.

### **V.3\_Variables de estudio**

#### **Variable de tiempo**

Tiempo de residencia en España

#### **Variables de lugar**

País de procedencia

Establecimientos de salud del último parto

#### **Variables de persona:**

Salud sexual y reproductiva.<sup>80</sup>

Antecedentes obstétricos

Planificación familiar

Aborto

Cáncer ginecológico

Violencia

Infecciones de transmisión sexual

VIH/SIDA

Uso de servicios de salud

#### **Sociodemográficas:**

Edad

Nivel de estudio

Tarjeta de residencia administrativa

Permiso de trabajo

Desempeño de una actividad laboral actualmente

Convive con la familia

### V.3.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	ESCALA	MEDICIÓN
<b>De persona:</b> Salud sexual y reproductiva	La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo. (OMS)	Salud Sexual y Reproductiva (antecedentes)	Edad de la primera relación sexual	Cuantitativa	Discreta Razón	En años
			Edad de la menarquia	Cuantitativa	Discreta Razón	En años
			Número de embarazos	Cuantitativa	Discreta Razón	Valor numérico
			Número de embarazos deseados	Cuantitativa	Discreta Razón	Valor numérico
			Número de nacidos vivos	Cuantitativa	Discreta Razón	Valor numérico
			Número de controles prenatales obstétricos	Cuantitativa	Discreta Razón	Valor numérico
		Planificación familiar	Uso de preservativo en su última relación sexual	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Uso de preservativo en su última relación sexual con su pareja	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Conocimiento sobre métodos de prevención del embarazo	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Uso de método anticonceptivo	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
		Aborto	Presencia de aborto	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
		Cáncer ginecológico	Realización del autoexamen de mamas	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Realización de citologías	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
		Violencia	Presencia de violencia	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No

			Tipo de violencia	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Física Psicológica Ambas
		Infecciones de transmisión sexual	Presencia de flujo vaginal	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Presencia de úlcera vaginal	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
		VIH/SIDA	Realizó prueba de VIH	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Conocimiento sobre su resultados	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
		Uso de servicios de salud	Acceso al sistema de salud	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Asistencia al centro de salud reproductiva	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Tipo de servicio utilizado	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Público Privado
			Asistencia alguna vez	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
<b>De persona:</b> Características sociodemográficas	Conjunto de características sociales, económicas y culturales que están presentes en una población de estudio, las cuales son medibles en cualquier sujeto.	Sociodemográfico	Edad	Cuantitativa	Discreta	Años
			Años de estudio	Cuantitativo	Discreta	Años
			Nivel de estudio	Cuantitativa	Nominal	Primaria Secundaria Superior Técnico Universitario
			Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Conviviente Separada Viuda
			Convive con la familia	Cualitativa	Nominal	Si No
			Motivo de llegada a España	Cualitativa	Nominal	Motivo

			Tarjeta de residencia administrativa	Cualitativa	Nominal	Si No
			Permiso de trabajo	Cualitativa	Nominal	Si No
			Presenta tarjeta sanitaria	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
			Personas que dependan económicamente de la inmigrante	Cualitativa	Nominal	Si No
			Número de personas dependientes económicamente	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico
			Desempeña una actividad laboral actualmente	Cualitativa	Nominal	Si No
			Tipo de actividad laboral	Cualitativa	Nominal	Actividad
<b>De tiempo:</b>	Variable temporal que determina el tiempo en que un sujeto se encuentra residido en un país.	Tiempo de residencia	Tiempo de permanencia	Cuantitativa	Discreta	En Meses
<b>De lugar</b>	Variable espacial que determina lugares de interés para el estudio.	Espacios geográficos	País de Procedencia	Cualitativa	Nominal	País
			Establecimiento de salud del último parto	Cualitativa	Nominal Politómica	Nombre del establecimiento



## **V.4 Métodos de Recolección de Información**

### **V.4.1. Instrumento de Medición**

Encuesta: Fue especialmente diseñada para el estudio y la población objetivo. Evaluó los aspectos socio demográfico y las características en salud sexual y reproductiva (antecedes de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, aborto, cáncer ginecológico, violencia, VIH/SIDA, ITS y uso de servicios de salud). (Ver ANEXO 1).

La encuesta fue validada en su contenido por juicio de expertas, en donde participaron profesionales del socio sanitario de Madrid y de la Universidad de Chile. Para su validación en campo se realizó un piloto con 5 personas de una población similar, a las afueras de Madrid.

Las mujeres fueron reclutadas en los espacios de socialización de inmigrantes como: centros de atención de inmigrantes, en las inmediaciones de los consulados, parques y locutorios. El periodo de reclutamiento fue de tres meses hasta alcanzar la muestra total prevista.

Se aseguró que cada participante cumpla con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal.

### **V.4.2 Reclutamiento**

Esta actividad estuvo a cargo de tres encuestadoras que se aproximaron a los lugares de su trabajo o lugares de socialización y se invitó a la participación del estudio. La información fue recolectada entre los meses de julio a setiembre del 2017, por personal de la “Asociación Lidera” como parte de los compromisos asumidos por un convenio de colaboración. Las encuestadoras fueron voluntarias y seleccionadas y capacitadas en la aplicación de la encuesta.

La aplicación de la encuesta y el procesamiento de datos involucraron a tres encuestadoras, una coordinadora, la investigadora y una persona dedicada al manejo de datos. Previo a este paso, se delimitó claramente las tareas y responsabilidades del equipo investigador.

La coordinadora de campo planificó en detalle las fechas de las encuestas y la localización de los espacios de socialización de la población de estudio. Además, de supervisar y controlar la revisión de las encuestas realizadas, se realizó el control de calidad de las encuestas.

Las inmigrantes que fueron invitadas a participar se les administró información sobre el propósito y contenido del estudio. Se aseguró la participación voluntaria por medio de preguntas para evaluar entendimiento de cada posible pregunta. Se obtuvo el

consentimiento individual por escrito, haciéndose énfasis en la confidencialidad y el anonimato de las participantes.

## **V.5 Actividades principales del trabajo en terreno**

El trabajo de terreno consistió en una serie de actividades para la recolección de los datos. Previo a las actividades se realizaron diferentes sesiones de capacitación a las encuestadoras. Entre las principales actividades que se realizaron fueron:

- Identificación y mapeo de los lugares de socialización de las inmigrantes latinoamericanas.
- Acercamiento a los lugares de socialización de la población de estudio.
- Validación del instrumento (cuestionario) para su ejecución.
- Aplicación de las encuestas previo consentimiento informado.  
La duración del cuestionario fue de 45 minutos, realizándose cinco encuestas al día como mínimo.
- El tiempo de la recolección de información cuantitativa fue de tres meses.

## **V.6 Técnicas de Procesamiento de Información**

La información obtenida fue codificada e ingresada al programa SPSS a doble captura para controlar uno de los sesgos de información; además, los datos se organizaron con exactitud y eficiencia. Su análisis se realizó en el programa estadístico SPSS 24 (Statistical Package Social Support).

Por el tipo de estudio y objetivos se desarrolló:

### **Limpieza y codificación de la información**

Previo a la investigación se organizó una base de datos independientes para todas las mediciones, identificándose a las participantes a partir de la construcción de un código con las iniciales de los apellidos y nombres de la participante y su año de nacimiento. Se realizó una lectura minuciosa de toda la información y se codificó de acuerdo a los objetivos del estudio, de tal manera que haya uniformidad de los datos tomados durante todo el proceso de seguimiento, según las etapas definidas desde el principio hasta su finalización.

### **Captura y organización de la información**

Con el fin de evitar errores durante el procesamiento de datos, se realizó en doble captura de toda la información.

## V.7. Análisis e interpretación de resultados

Completado el procesamiento de información, se llevó toda la información a una sola base de datos con todas las variables en estudio. Detallando los siguientes pasos:

1. Se realizó un análisis exploratorio de cada una de las variables para evaluar la calidad de la información.
2. Se realizó un análisis univariado de las características sociodemográficas, antecedente de salud sexual y reproductiva y de servicios de salud, a través de frecuencias relativas para las variables con nivel de medición nominal u ordinal y para variables cuantitativas, se analizó la media, mediana, desviación estándar y Rango Intercuartílico.
3. Para observar asociaciones entre las variables de estudio se usó la prueba Chi-cuadrado de acuerdo al tipo de variables y objetivo de estudio.
4. Los resultados se presentan en odds ratio (OR), y con un intervalo de confianza del 95%. Se consideraron asociaciones estadísticamente significativas, todas las asociaciones que muestran un  $p$ -valor $<0,05$ .
5. El paquete estadístico que se utilizó fue SPSS Versión 24.

## V.8. Limitaciones

Las limitaciones de este estudio pueden analizarse desde diferentes aspectos, en relación al tipo de diseño, a la factibilidad técnica de éste y por último en relación al instrumento.

Desde el punto de vista a la limitación asociada al tipo de estudio descriptivo este no permite una relación causal en una asociación de variables, pero si puede generar hipótesis y dar con ello apertura a estudios de tipo analítico en los que se pretenda probar. En esta línea otra limitación es la imposibilidad de generalización de los resultados, debido a que nuestra muestra es por conveniencia, no representativa de toda la población inmigrante ni de los diferentes colectivos de nacionalidades.

Aunque en el estudio se incluyen las nacionalidades con más representación en España, puede haber diversas realidades en otros grupos que no fueron considerados. Esto ocurre con la población venezolana, pues a pesar que los reportes indican que Venezuela es uno de los países con mayor solicitud de inmigrantes, incluyendo entre ellos los que solicitan un asilo político. El presente estudio no captó parte de esta población, posiblemente porque ellas se encuentran en otros espacios de socialización por sus características socio económicas, que llegan a ser de clase media o alta y con estudios superiores y/o empresariales.

Otra limitación gira en torno a las preguntas elaboradas para el presente estudio; si bien estas fueron objetivas y validadas por expertas en temas de inmigración y salud, algunas se limitaron a mostrar respuestas de un modo general (por ejemplo: lugar de atención del último parto), pero no permitieron conocer si el evento sucedió en su país de origen o en España, con lo cual no se pudo hacer un análisis con respecto al impacto de su permanencia en España.

En cuanto a la factibilidad técnica del instrumento, la limitación fue el tiempo de la aplicación del cuestionario que en promedio fue de 45 minutos lo que conllevó que un pequeño número de inmigrantes no llegase a responder todas las preguntas proporcionadas en el cuestionario. Sin embargo, dado el escaso número entre el total de participantes esta pérdida de información no afectó el estudio.

#### **V.9. Aspectos éticos**

Todas las inmigrantes latinoamericanas fueron invitadas a participar en el estudio, las que aceptaron firmaron un consentimiento informado previa información de los objetivos del estudio. En el caso que la participante fue analfabeta, se dispuso de otro miembro de la organización o alguna compañera de ella para que fuera testigo del proceso. Se evaluó el entendimiento por medio de preguntas al terminar cada sección del consentimiento. Se entregó a cada participante una copia firmada del formulario de consentimiento.

Se garantizó la confidencialidad de sus datos, asignándoles un número identificativo a partir de las iniciales de sus nombres y fecha de nacimiento. Además, se garantizó que la encuesta sería únicamente manejada por el equipo de investigación en forma anónima.

Los resultados son de beneficio para las organizaciones que abordan la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres inmigrantes, así como también brindan una referencia del perfil de las mujeres inmigrantes latinoamericanas.

Se espera que los resultados obtenidos se difundan en conferencias nacionales e internacionales, así como en revistas científicas indexadas de alto impacto.

## **Capítulo VI: Resultados**

### **6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO**

Se analizaron las respuestas de 475 mujeres inmigrantes latinoamericanas que vivían en Madrid en el año 2017. Las encuestas se realizaron el 48.4%(230) a las afueras de los consulados, el 28% (133) en los centros para inmigrantes, 19,2% (91) en los parques y el 4,4% (21) en los locutorios.

#### **6.1.1 ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS**

##### **6.1.1.1 SOCIODEMOGRÁFICOS**

La media de edad fue de 32.76 en las mujeres inmigrantes de Latinoamérica entrevistadas y el 46,1% pertenecían al rango de edad entre 25 a 34 años. La mitad de ellas tenían estudios secundarios y sólo un 14,5% estudios primarios. La mediana de tiempo de permanencia en España fue 39 meses (RIQ: 12 meses) y el motivo principal de la migración fue económico en un 79.4% (377). Las inmigrantes provenían mayoritariamente de Ecuador (24%) y, Bolivia (18.5%), seguido de Colombia, Perú y República Dominicana. El 78.3%(372) es casada o conviviente; de ellas, la mediana de la edad del inicio de la convivencia fue de 20 años (RIQ: 6 años), y el 43.3% inició su convivencia antes o cumplidos los 19 años. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

<b>Característica sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Rangos de edad</b>		
< 19 años	21	4.4
20-24 años	54	11.4
25-29 años	117	24.6
30-34 años	102	21.5
35-39 años	81	17.1
≥40 años	100	21.1
	<i>(Media, DS)<sup>†</sup></i>	<i>(32.76, 8.82)</i>
<b>Nivel de estudio</b>		
Primaria	69	14.5
Secundaria	237	49.9
Superior técnico	61	12.8
Universitario	108	22.7
<b>Tiempo de permanencia en España</b>		
< 1 años	125	26.3
1 -3 años	110	23.2
3 - 5 años	72	15.2
> 5 años	168	35.4
	<i>(Mediana; RIQ)<sup>†</sup></i>	<i>(39, 12)</i>
<b>País de procedencia</b>		
Ecuador	114	24.0
Bolivia	88	18.5
Colombia	67	14.1
Perú	63	13.3
República Dominicana	50	10.5
Argentina	32	6.8
Otros	61	12.8
<b>Motivo de viaje a España</b>		
Económico	377	79.4
Reagrupación	63	13.3
Estudiar	21	4.4
Otros (políticos y conocer)	14	2.9
<b>Casada o conviviente</b>		
Si	372	78.3
No	103	21.7
<b>Inicio de la convivencia</b>		
Menor o igual a 19 años	161	43.3
Entre 20 y 24 años	124	33.3
Entre 25 y 29 años	61	16.4
Entre 30 y 34 años	19	5.1
Entre 35 y 39 años	7	1.9
	<i>(Mediana; RIQ)<sup>†</sup></i>	<i>(20; 6)</i>

### 6.1.1.2 SITUACIÓN ADMINISTRATIVA Y ECONÓMICA

La Tabla 2, muestra que de las entrevistadas el 52,8% tiene permiso de trabajo, el 61.7% tiene tarjeta de residencia, y el 80.2% tienen tarjeta sanitaria.

El 77.3% de las mujeres se encontraba trabajando en el momento de la recogida de datos y más de la mitad de ellas (55,6%) trabaja como profesional no cualificado (264). El 79.2%(376) de las mujeres tienen a su cargo personas que dependen económicamente de ellas y la mayoría de las personas dependientes (60.9%) residían en el país de origen de donde provienen las mujeres.

**Tabla 2.** Características administrativas y económicas de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

<b>Característica administrativas y económicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Administrativas</b>		
<b>Permiso de trabajo</b>		
Si presenta	251	52.8
No presenta	222	46.7
<b>Tarjeta de residencia</b>		
Si presenta	293	61.9
No presenta	181	38.1
<b>Tarjeta sanitaria</b>		
Si presenta	381	80.2
No presenta	93	19.6
<b>Económicas</b>		
<b>Trabaja actualmente</b>		
Si	367	77.3
<b>Actividad u oficio</b>		
Prof. No Cualificado	264	55.6
Prof. Cualificado	72	15.2
Prostitución	31	6.5
No trabaja	108	22.7
<b>Depende económica familiar</b>		
Si	376	79.2
<b>Nº Personas que dependen</b>		
1 persona	79	21
2 personas	130	34.6
3 personas	89	23.7
4 personas	45	12.0
5 a + personas	33	8.8
<b>Lugar donde se encuentran las personas dependientes</b>		
Todos están en mi país	229	60.9
Algunos están aquí	70	18.6
Todos están aquí	77	20.5
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

## 6.1.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### 6.1.2.1. ANTECEDENTES SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

**Tabla 3.** Características de salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid en el 2017.

	N	%
<b>Edad de la menarquia *</b>		
9 años	2	0.4
Adolescencia temprana entre 10 y 14 años	421	88.6
Adolescencia tardía entre 15 y 19 años	52	10.9
(Media ; DS) <sup>†</sup>	(12.71; 1.493)	
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Edad de la primera relación sexual</b>		
< 14	41	8.6
15-19	298	62.7
20-24	113	23.8
>25	16	3.4
No responde	7	1.5
(Mediana; DS) <sup>†</sup>	(18; 4)	
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Número de embarazos</b>		
0	106	22.3
1	108	22.7
2	111	23.4
3 o más	150	31.6
(Mediana; DS) †	(2; 2)	
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Embarazo deseado</b>		
Si	224	60.7
No	144	39.0
No responde	1	0.3
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>100</b>
<b>Hijos nacidos vivos</b>		
pérdidas	40	10.8
1 hijo	130	35.2
2 hijos	108	29.3
3 hijos o más	91	24.6
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>100</b>
<b>Edad de primera maternidad</b>		
Adolescente	128	38.9
Adultos	201	61.1
(Mediana) <sup>†</sup>	(21; Min 18 y Max 24)	
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>
<b>Presencia de control prenatal</b>		
Si	306	82.9
No	61	16.5
No responde	2	0.5
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>100</b>
<b>Lugar de atención del ultimo parto</b>		
Institucionalizado	293	86.9
Otros	24	9.4
Domicilio	11	0.3
No responde	1	3.3
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

† Normalidad evaluada mediante la prueba kolmogorovsmirnov. (\*) Clasificación UNICEF, no considera 9 años.



La edad promedio de la menarquia fue de  $12.71 \pm 1.49$  años. La primera relación sexual se produjo en promedio a los  $18.25 \pm 4.91$  años, ocurriendo en un 71.3% antes de los 19 años. La mediana de edad de la primera maternidad fue de 21 años y un 38.9% fue madre en la adolescencia. El 23.4% tuvieron dos embarazos y el 31.6% tres embarazos o más.

Entre las mujeres que han gestado o se encontraban gestando, refirió que su embarazo fue deseado (60.7%), de ellas el 82.9% manifestó realizar los controles prenatales y un 16.5% no hizo ningún control prenatal durante su último embarazo. Al consultar por el lugar de atención del último parto, el 86.9% de las mujeres manifestaron que tuvieron parto institucionalizado. (Tabla 3)

#### 6.1.2.2. PRACTICAS DE PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

##### A) PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**Tabla 4.** Planificación Familiar en mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

Planificación familiar	n	%
<b>Conocimientos sobre métodos anticonceptivos</b>		
Si	452	95.2
No	23	4.8
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>		
Si	251	52.8
No	224	47.2
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Método anticonceptivo utilizado</b>		
Píldora	90	35.9
Preservativo	80	31.9
DIU	42	16.7
Métodos Naturales	16	6.4
Inyectables	14	5.6
Parche	9	3.6
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>100</b>
<b>Uso de preservativo en la última relación sexual</b>		
Si	135	28.4
No	327	68.8
No responde	13	2.8
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Uso de preservativo con pareja estable</b>		
Si	58	43.0
No	77	57.0
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

De las mujeres estudiadas, el 95.2% manifiesta tener un conocimiento de los métodos de planificación familiar. Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, el 52.8% manifiesta que los utiliza; de ellas el 35.9% (n=90) refiere como método de primera elección la píldora y como segundo método de uso destaca el preservativo (31.9%, n=80), seguido del dispositivo intrauterino (DIU) (16.7%).

Respecto al uso de preservativo en la última relación sexual, un 28.4 % confirmó su uso; de ellas el 43% lo uso con su pareja estable (Tabla 4).

## B) ABORTO

El 37.7%(179) manifestaron haberse realizado al menos un aborto, de ellas fue aborto espontaneo 35,7%(64) y provocado 64,2%(115). Ante la consulta de quién tomó la decisión de abortar, el 24.6% mencionó que la decisión fue tomada por otras personas (pareja o familiar cercano), tabla 5.

**Tabla 5.** Antecedentes de abortos en mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

<b>Aborto</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Presencia de aborto</b>		
Si	179	37.7
No	291	61.2
No responde	5	1.1
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Aborto provocado</b>		
SI	115	64.2
No	64	35.7
No responde	10	5.6
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
<b>Decisión de abortar</b>		
Decisión de la mujer	86	75.4
Decisión de otras personas	28	24.6
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Se observó que hubo una mujer inmigrante no respondió la decisión de aborto provocado

### C) CÁNCER GINECOLÓGICO

En la tabla 6. El 38.1% no conoce el autoexamen de mamas como método de prevención y detección del cáncer de mama; respecto al Papanicolaou, el 93.3% conoce el examen como un método de detección temprana de cáncer de cuello uterino y el 51.4% acude al médico regularmente para su realización. Un 24.4% nunca se ha realizado una citología vaginal.

**Tabla 6.** Conocimiento y control preventivo para Cáncer Ginecológico en mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

<b>Cáncer ginecológico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Conoce el autoexamen de mamas</b>		
Si se realiza	182	38.3
No se realiza	112	23.6
<b>No conoce el autoexamen de mamas</b>	181	38.1
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Conoce el Papanicolaou</b>		
Si	443	93.3
No	32	6.7
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Frecuencia que se realizan el Papanicolaou</b>		
Regular	244	51.4
Irregular	73	15.4
Esporádico	42	8.8
Nunca	116	24.4
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>

### D) VIOLENCIA

El 30.7%(146) manifestaron presenciar algún tipo de violencia por parte de su pareja; entre ellas tenemos: psicológica (12.4%), física (7.6%) y sexual (0.8%). Un 9.8% manifestó haber sufrido dos o más tipos de violencia al mismo tiempo.

**Tabla 7.** Tipos de violencia por parte de la pareja hacia las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

<b>Presencia de violencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	<b>146</b>	<b>30.7</b>
Psicológica	59	12.4
Física	36	7.6
Sexual	4	0.8
Más de uno	47	9.9
<b>No</b>	<b>329</b>	<b>69.3</b>
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>

## E) INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

La tabla 8, muestra que, el 57.7% de las mujeres consideran que las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) no generan síntomas. Las que consideraron que si presentan síntomas las ITS, señalaron: el descenso vaginal, ardor y/o dolor al orinar y la picazón en los genitales entre otros como los síntomas frecuentes.

**Tabla 8.** Conocimiento de síntomas de ITS en mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

ITS	Si		No		No sabe	
	n	%	n	%	n	%
<b>Síntomas</b>						
Descenso vaginal/ mal oliente	170	35.8	119	25.1	186	39.2
Ardor y/o dolor al orinar	139	29.3	149	31.4	187	39.4
Picazón en los genitales	132	27.8	154	32.4	189	39.8
Heridas o llagas en los genitales	74	15.6	207	43.6	194	40.8
Dolor en la parte baja del vientre	52	10.9	228	48.0	195	41.1
Otros	35	7.4	243	51.2	197	41.4
Verruga genital	29	6.1	256	53.9	190	40.0
Bulto a la altura del ingle	18	3.8	260	54.7	197	41.5
No da síntomas	2	0.4	274	57.7	199	41.9

Del total de mujeres inmigrantes entrevistadas el 40,2% manifestó tener solo flujo vaginal en el último año, el 7.8% presentó flujo vaginal y/o ulcera genital y el 10.7% indicó tener solo ulcera genital (tabla 9).

**Tabla 9.** Presencia de flujo vaginal y/o úlcera genital en mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

Presenta flujo vaginal en los últimos 12 meses	Presenta ulcera genital en los últimos 12 meses						Total	
	Si		No		No sabe		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	37	7.8%	149	31.4%	5	1.1%	191	40.2%
No	14	2.9%	266	56.0%	0	0.0%	280	58.9%
No sabe	0	0.0%	4	0.8%	0	0.0%	4	0.8%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>10.7%</b>	<b>419</b>	<b>88.2%</b>	<b>5</b>	<b>1.1%</b>	<b>475</b>	<b>100%</b>

## F) VIH/SIDA

La tabla 10, muestra que el 38.1% de las inmigrantes refirió haberse realizado la prueba de VIH. De las que se habían realizado la prueba VIH, el 91.7% fueron al centro a conocer sus resultados.

**Tabla 10.** Control preventivo de VIH/SIDA en mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

<b>VIH/SIDA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Realizó prueba de VIH</b>		
Si	181	38.1
No	262	55.2
No sabe	21	4.4
No responde	11	2.3
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100</b>
<b>Conoció el resultado</b>		
Si	166	91.7
No	15	8.3
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

### 6.1.2.3. SERVICIOS DE SALUD

La tabla 11 muestra que, el 84.6% refirió tener acceso a los servicios de salud, siendo el servicio público el de mayor demanda (76.4%).

El 80.2%(381) de ellas no conoce centros de salud especializados en salud sexual y reproductiva.

**Tabla 11.** Acceso a Servicios de Salud de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en Madrid durante el 2017.

<b>Servicio de Salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Acceso al sistema de salud</b>		
Publico	363	<b>76.4</b>
Privado	22	<b>4.6</b>
Otros	17	3.6
No	64	13.5
No responde	9	1.9
<b>Conocimiento de CS especializado</b>		
Si	92	19.4
No	381	<b>80.2</b>
No responde	2	0.4
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>100.0</b>
<b>Tipo de establecimiento</b>		
ONG en España	23	42.6
Centro de salud público en España	30	55.5
Centro en su país de origen	1	1.9
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

## ANÁLISIS BIVARIADO

### EMBARAZO Y PARTO

Al evaluar asociaciones del embarazo no deseado en inmigrantes y las características sociodemográficas, se encontró que, el grupo etario de 20 a 24 años y 25 a 29 años se asocian con el embarazo no deseado ( $p=0.01$ ). (Tabla 12)

**Tabla 12.** Embarazo no deseado y las características sociodemográficos en inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Madrid.

	Embarazo no deseado				p valor*	OR (IC 95%)
	Si		No			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	29	20.1	34	15.2	0.57	1.21 (0.62 - 2.38)
Secundaria	65	45.1	120	53.6	0.34	0.76 (0.44 - 1.33)
Superior técnico	19	13.2	26	11.6	0.92	1.04 (0.49 - 2.19)
Universitario	31	21.5	44	19.6	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	3	2.1	3	1.3	0.16	3.08 (0.58 - 16.36)
20-24 años	16	11.1	15	6.7	<b>0.01</b>	<b>3.29 (1.41 – 7.68)</b>
25-29 años	42	29.2	45	20.1	<b>0.01</b>	<b>2.88 (1.53 – 5.41)</b>
30-34 años	26	18.1	55	24.6	0.26	1.45 (0.75 - 2.83)
35-39 años	34	23.6	35	15.6	0.10	2.99 (0.15 – 5.83)
≥ 40 años	23	16.0	71	31.7	-	1
<b>Países Andinos</b>						
Si	75	52.1	137	61.2	0.08	0.69 (0.45 - 1.05)
No	69	47.9	87	38.8		
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100</b>	<b>224</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado//Odds Ratio (OR) IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se evaluó la asociación entre el nivel de estudio y la procedencia con la edad de la primera maternidad y se encontró que el nivel de estudio primario y secundario se asociaron con la primera maternidad en la adolescencia  $OR=4.08$  (IC95%:1.89-8.79) y  $OR=2.50$  (IC95%:1.32-4.74 respectivamente).

**Tabla 13.** Edad de la primera maternidad y el nivel de estudios y el país de procedencia en inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Madrid

	Edad de la primera maternidad				p valor*	OR (IC 95%)
	Adolescente <sup>†</sup>		Adultas			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	32	25	25	12.4	<b>&lt;0.01</b>	<b>4.08 (1.89 - 8.79)</b>
Secundaria	73	57	93	46.3	<b>0.01</b>	<b>2.50 (1.32 - 4.74)</b>
Superior técnico	7	5.5	32	15.9	0.47	0.69 (0.25 - 1.88)
Universitario	16	12.5	51	25.4	-	1
<b>Países</b>						
Andinos	82	64.1	114	56.7	0.18	1.36 (0.86 - 2.14)
No Andinos	46	35.9	87	43.3		1
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>201</b>	<b>100</b>		

<sup>†</sup> Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud

(\*) Prueba Chi cuadrado/Odds Ratio (OR)

En ésta tabla se observa una gradiente dónde a menor nivel de estudio existe mayor ausencia de controles prenatales (Tabla 14).

**Tabla 14.** Asociación entre los controles prenatales y nivel de estudios y país de procedencia en inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Madrid

	Controles prenatales				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	17	27.9	46	15	0.07	2.15 (0.92 - 5.02)
Secundaria	24	39.3	160	52.3	0.72	0.87 (0.40 - 1.88)
Superior técnico	9	14.8	36	11.8	0.44	1.45 (0.55 - 3.84)
Universitario	11	18	64	20.9	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	3	4.9	3	1.0	<b>&lt;0.01</b>	<b>10.7 (1.85 - 62.2)</b>
20-24 años*	7	11.5	24	7.8	<b>0.05</b>	<b>3.13 (1.03 - 9.52)</b>
25-29 años	18	29.5	69	22.5	<b>0.02</b>	<b>2.80 (1.15-6.83)</b>
30-34 años	13	21.3	68	22.2	0.13	2.05 (0.80 - 5.24)
35-39 años	12	19.7	56	18.3	0.08	2.30 (0.88 - 5.99)
≥ 40 años	8	13.1	86	28.1	-	1
<b>Países</b>						
Andinos	34	55.7	179	58.5	0.69	0.89 (0.51-1.55)
No Andinos	27	44.3	127	41.5		1
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>306</b>	<b>100</b>		

Al evaluar asociación entre el lugar de atención del último parto y el nivel de estudio, se encontró que el nivel de primario (p=0.02) se asoció al parto domiciliario. (Tabla 15)

**Tabla 15.** Lugar de atención del último parto y nivel de estudios y país de procedencia de inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Madrid

	Parto institucionalizado				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Control prenatal</b>						
No	6	17.7	25	85.6	0.08	2.28 (0.0.86 – 6.05)
Si	28	82.3	267	91.4		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	11	31.4	45	15.4	<b>0.02</b>	<b>3.85 (1.15 - 12.86)</b>
Secundaria	12	34.3	154	52.6	0.73	1.23 (0.38 - 3.95)
Superior técnico	8	22.9	31	10.6	0.05	4.06 (1.14 - 14.54)
Universitario	4	11.4	63	21.5	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	0	0.0	3	1.0	-	
20-24 años	0	0.0	22	7.5	-	
25-29 años	6	17.1	63	21.5	0.23	0.54 (0.19 - 1.49)
30-34 años	8	22.9	65	22.2	0.45	0.70 (0.28 - 1.77)
35-39 años	7	20.0	60	20.5	0.40	0.66 (0.25 - 1.75)
≥ 40 años	14	40.0	80	27.3	-	1
<b>Países</b>						
Andinos	23	65.7	172	58.5	0.42	1.34 (0.64 - 2.81)
No Andinos	12	34.3	121	41.5		
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>293</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado//Odds Ratio (OR)

## **ABORTO**

El haberse realizado un aborto se asoció con el nivel de estudio primario OR=2.80; IC:1.48-5.29) y secundario (OR=1.69;IC:1.03-2.79).(Tabla 16)



**Tabla 16.** Asociación entre la presencia de aborto y nivel de estudios y país de procedencia en inmigrantes latinoamericanas que viven en la Comunidad de Madrid.

	Presencia de aborto				p valor*	OR (IC 95%)
	Si		No			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	35	19.6	33	11.3	<b>0.01</b>	<b>2.80 (1.48 - 5.29)</b>
Secundaria	91	50.8	145	49.8	<b>0.03</b>	<b>1.69 (1.03 - 2.79)</b>
Superior técnico	24	13.4	37	12.7	0.09	1.76 (0.90 - 3.44)
Universitario	29	16.2	76	26.1	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	5	2.8	16	5.5	0.10	0.41 (0.14 - 1.21)
20-24 años	16	8.9	38	13.1	0.10	0.55 (0.27 - 1.13)
25-29 años	40	22.3	76	26.1	0.18	0.68 (0.39 - 1.19)
30-34 años	39	21.8	62	21.3	0.49	0.82 (0.46 - 1.44)
35-39 años	36	20.1	45	15.0	0.84	1.06 (0.58 - 1.91)
≥ 40 años	43	24.1	57	19.3	-	1
<b>Países</b>						
Andinos	109	60.9	156	52.7	0.08	1.39 (0.95 - 2.03)
No Andinos	70	39.1	140	47.3		
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100</b>	<b>291</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado/Odds Ratio (OR)

## **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)**

El uso de métodos anticonceptivos se asoció con el nivel de estudios primario OR: 2.26 (1.22 - 4.19) y a la edad de 20 a más. No se observó asociación con el hecho de tener la tarjeta sanitaria  $p=0.916$  (Tabla 17)

**Tabla 17.** Uso de métodos anticonceptivos y características sociodemográficas en inmigrantes latinoamericanas que residen en la Comunidad de Madrid.

	Uso de Métodos anticonceptivos				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	42	18.8	27	10.8	<0.01	<b>2.26 (1.22 - 4.19)</b>
Secundaria	104	46.4	133	53	0.58	1.13 (0.71 - 1.80)
Superior técnico	34	15.2	27	10.8	0.06	1.83 (0.97 - 3.45)
Universitario	44	19.6	64	25.5	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	11	4.9	10	4	0.11	0.47 (0.18 - 1.22)
20-24 años	25	11.2	29	11.6	<0.01	<b>0.36 (0.18 - 0.73)</b>
25-29 años	50	22.3	67	26.7	<0.01	<b>0.32 (0.18 - 0.56)</b>
30-34 años	31	13.8	71	28.3	<0.01	<b>0.18 (0.10 - 0.34)</b>
35-39 años	37	16.5	44	17.5	0.01	<b>0.36 (0.19 - 0.66)</b>
≥ 40 años	70	31.3	30	12	-	1
<b>Tarjeta Sanitaria</b>						
Si	48	80	249	81.4	0.804	0.916 (0.46 - 1.84)
No	12	20	57	18.6		
<b>Países</b>						
Andinos	8	55.7	172	58.5	0.84	1.03 (0.72 - 1.48)
No Andinos	3	44.3	121	41.5		
<b>Total</b>	<b>224</b>	<b>100</b>	<b>251</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado//Odds Ratio (OR)

## **VIOLENCIA**

Al analizar la asociación entre violencia con la pareja y nivel de estudios, así como con país de procedencia no se encontró ninguna asociación estadística. (Tabla 18)

**Tabla 18.** Presencia de violencia y características sociodemográficas en inmigrantes latinoamericanas que residen en la Comunidad de Madrid.

	Presencia de violencia				p valor*	OR (IC 95%)
	Si		No			
	n	%	n	%		
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	3	2.1	18	5.5	0.12	0.37 (0.10 - 1.35)
20-24 años	12	8.2	42	12.8	0.24	0.63 (0.29 - 1.37)
25-29 años	36	24.7	81	24.6	0.97	0.98 (0.55 - 1.76)
30-34 años	32	21.9	70	21.3	0.95	1.01 (0.56 - 1.84)
35-39 años	32	21.9	49	14.9	0.23	1.45 (0.78 - 2.68)
≥ 40 años	31	21.2	69	21	-	1
<b>Países</b>						
Andinos	87	59.6	178	54.1	0.26	1.25 (0.84 - 1.85)
No Andinos	59	40.4	151	45.9		
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>	<b>329</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado/Odds Ratio (OR)

## **CÁNCER GINECOLÓGICO**

La realización del autoexamen de mamas y las características sociodemográficas en inmigrantes latinoamericanas estudiadas y se asoció al nivel de estudio primario ( $p < 0.01$ ) y secundario ( $p < 0.01$ ). La edad muestra que todos los grupos etarios evaluados se asociaron significativamente a la no realización del autoexamen de mama, sin embargo, cabe señalar que este riesgo disminuye en función que aumenta el grupo de edad. (Tabla 19)

**Tabla 19.** Autoexamen de mama y características sociodemográficas en inmigrantes latinoamericanas que residen en la Comunidad de Madrid.

	Realiza autoexamen de mama				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	51	17.5	18	9.9	<0.01	<b>2.73 (1.41 - 5.26)</b>
Secundaria	164	56.2	73	40.1	<b>0.01</b>	<b>2.16 (1.35 - 3.45)</b>
Superior técnico	23	7.9	38	20.9	0.09	0.58 (0.30 - 1.10)
Universitario	55	18.8	53	29.1	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	17	5.8	4	2.2	<0.01	<b>6.93 (2.17 - 22.15)</b>
20-24 años	43	14.7	11	6.0	<0.01	<b>6.37 (2.93 - 13.85)</b>
25-29 años	85	29.1	32	17.6	<0.01	<b>4.33 (2.44 - 7.68)</b>
30-34 años	64	21.9	38	20.9	<0.01	<b>2.74 (1.55 - 4.85)</b>
35-39 años	46	15.8	35	19.2	<b>0.01</b>	<b>2.14 (1.18 - 3.89)</b>
≥ 40 años	38	13.0	62	34.1	-	1
<b>Trabaja actualmente</b>						
Si	229	78.4	64	35.2	0.56	1.14 (0.73 - 1.76)
No	138	47.3	44	24.2		
<b>Permiso de trabajo</b>						
No	146	50.0	76	41.8	0.11	1.35 (0.93 - 1.97)
Si	147	50.3	104	57.1		
<b>Tarjeta sanitaria</b>						
No	61	20.9	32	17.6	0.37	1.23 (0.77 - 1.99)
Si	231	79.1	150	82.4		
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100</b>	<b>182</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado // OR= Odds Ratio (OR)

Se estudió la asociación entre el conocimiento de citología vaginal (PAP) y las características sociodemográficas en inmigrantes latinoamericanas estudiadas y se encontró que: El nivel de estudio primario ( $p < 0.01$ ) y los grupos etarios  $< 29$  años ( $p = 0.01$ ) se asociaron al desconocimiento del Papanicolaou o Citología vagina. (Tabla 20)

**Tabla 20.** Conocimiento del Papanicolaou (PAP) y características sociodemográficas en inmigrantes latinoamericanas que residen en la Comunidad de Madrid.

	Conocimiento del PAP				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	11	34.4	58	13.1	<b>&lt;0.01</b>	<b>6.63 (1.78 - 24.75)</b>
Secundaria	15	46.9	222	50.1	0.16	2.36 (0.67 - 8.34)
Superior técnico	3	9.4	58	13.1	0.47	1.81 (0.35 - 9.25)
Universitario	3	9.4	105	23.7	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	4	12.5	17	3.8	<b>0.01</b>	<b>11.52 (1.95 - 67.94)</b>
20-24 años	8	25.0	46	10.4	<b>&lt;0.01</b>	<b>8.52 (1.74 - 41.7)</b>
25-29 años	12	37.5	105	23.7	<b>0.01</b>	<b>5.60 (1.22 - 25.65)</b>
30-34 años	5	15.6	97	21.9	0.26	2.52 (0.47 - 13.33)
35-39 años	1	3.1	80	18.1	0.68	0.61 (0.05 - 6.87)
≥ 40 años	2	6.3	98	22.1	-	1
<b>Trabaja actualmente</b>						
No	10	31.3	98	22.1	0.23	1.88 (0.94 - 3.76)
Si	22	68.8	345	77.9		
<b>Permiso de trabajo</b>						
No	20	62.5	202	45.6	0.06	1.97 (0.94 - 4.13)
Si	12	37.5	239	54.0		
<b>Tarjeta sanitaria</b>						
No	9	28.1	84	19.0	0.21	1.66 (0.74 - 3.73)
Si	23	71.9	358	80.8		
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>443</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

La no realización del Papanicolaou (PAP) se asoció a los grupos etarios  $\leq 34$  años ( $p < 0.01$ ) con una gradiente de mayor probabilidad de no hacerlo en edad menores y el hecho de no trabajar ( $p < 0.01$ ). (Tabla 21)

**Tabla 21.** Características sociodemográficas y frecuencia de la realización del Papanicolaou (PAP) en inmigrantes latinoamericanas que residen en la Comunidad de Madrid.

	Realización del PAP				p	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Rangos de edad</b>						
< 19	19	12.0	2	0.6	<b>&lt;0.01</b>	<b>69.66 (14.39 -337.18)</b>
20-24	35	22.2	19	6.0	<b>&lt;0.01</b>	<b>13.50 (5.93 - 30.73)</b>
25-29	54	34.2	63	19.9	<b>&lt;0.01</b>	<b>6.28 (3.10 -12.71)</b>
30-34	25	15.0 8.0	77	24.3	<b>0.02</b>	<b>2.38 (1.12 - 5.05)</b>
35-39	13	8.2	68	21.5	0.43	1.40 (0.60 - 3.26)
≥ 40 años	12	7.6	88	27.8	-	1
<b>Ocupación</b>						
Profesión no cualificado	82	51.9	182	57.4	0.09	1.71 (0.91 - 3.20)
Prostitución	12	7.6	19	6.0	0.06	2.40 (0.95 - 6.02)
No trabaja	49	31.0	59	18.6	<b>&lt;0.01</b>	<b>3.15 (1.59 - 6.25)</b>
Profesión cualificada	15	9.5	57	18.0	-	1
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100</b>	<b>317</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

## **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**

La edad mostró asociación estadística significativa en cuatro de sus dimensiones respecto al uso del condón ( $p < 0.05$ ). (Tabla 22)

**Tabla 22.** Características sociodemográficas y uso de preservativo en la última relación sexual en mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Madrid.

	Uso de preservativo en la última relación sexual				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	54	16.5	14	10.4	0.08	1.84 (0.90 - 3.77)
Secundaria	162	49.5	65	48.1	0.48	1.19 (0.72 - 1.96)
Superior técnico	38	11.6	21	15.6	0.67	0.86 (0.44 - 1.69)
Universitario	73	22.3	35	25.9	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	11	3.4	7	5.2	<b>0.01</b>	<b>0.28 (0.09 - 0.83)</b>
20-24 años	36	11.0	16	11.9	<b>0.02</b>	<b>0.40 (0.18 - 0.89)</b>
25-29 años	75	22.9	38	28.1	<b>&lt;0.01</b>	<b>0.35 (0.18 - 0.69)</b>
30-34 años	63	19.3	38	<b>28.1</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>0.29 (0.15 - 0.58)</b>
35-39 años	58	17.7	21	15.6	0.06	0.49 (0.23 - 1.03)
≥ 40 años	84	25.7	15	11.1	-	1
<b>Total</b>	<b>327</b>	<b>100</b>	<b>135</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

En la Tabla 23, se evaluó la asociación entre la presencia de úlcera o flujo vaginal y el nivel de estudio y el rango de edad, ninguna mostró asociación estadística.

**Tabla 23.** Asociación entre la presencia de úlcera o flujo vaginal y el nivel de estudio y el rango de edad en inmigrantes latinoamericanas que residen en la Comunidad de Madrid.

	Presencia de flujo y/o úlcera vaginal				p valor*	OR (IC 95%)
	Si		No			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	32	16.0	36	13.5	0.22	1.46 (0.79 - 2.71)
Secundaria	102	51.0	130	48.9	0.28	1.29 (0.80 - 2.07)
Superior técnico	26	13.0	34	12.8	0.47	1.26 (0.66 - 2.40)
Universitario	40	20.0	66	24.8	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	9	4.5	12	4.5	0.99	0.99 (0.38 - 2.57)
20-24 años	15	7.5	39	<b>14.7</b>	0.06	0.51 (0.24 - 1.04)
25-29 años	57	28.5	58	21.8	0.33	1.30 (0.76 - 2.23)
30-34 años	42	21.0	58	21.8	0.88	0.96 (0.54 - 1.68)
35-39 años	34	17.0	42	15.8	0.81	1.07 (0.58-1.95)
≥ 40 años	43	21.5	57	21.4	-	1
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

### **VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

La no realización de la prueba de VIH se asoció al grupo etario menor a 19 años OR=12.09; IC95%:1.54 - 94.39) (Tabla 24)



**Tabla 24.** Realización de la prueba de VIH según estudios realizados y edad en mujeres inmigrantes latinoamericanas que residen en la Comunidad de Madrid.

	Realización de prueba de VIH				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	N	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	43	16.4	22	12.2	0.06	1.87 (0.98 - 3.57)
Secundaria	136	51.9	83	45.9	0.06	1.57 (0.98 - 2.53)
Superior técnico	31	11.8	26	14.4	0.68	1.14 (0.59 - 2.19)
Universitario	52	19.8	50	27.6	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	19	<b>7.3</b>	1	0.6	<b>&lt;0.01</b>	12.09 (1.54 - 94.39)
20-24 años	34	13.0	16	8.8	0.41	1.35 (0.65 - 2.80)
25-29 años	59	22.5	50	27.6	0.32	0.75 (0.42 - 1.32)
30-34 años	52	19.8	44	24.3	0.33	0.75 (0.41 - 1.34)
35-39 años	43	16.4	35	19.3	0.43	0.78 (0.42 - 1.44)
≥ 40 años	55	21.0	35	19.3	-	1
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

Se evaluó el conocimiento de los resultados de la prueba de VIH con su nivel de estudio y la edad, y no existe asociación estadísticamente significativa. Cabe señalar que solo una mujer inmigrante menor de 19 años se hizo la prueba VIH y sí tuvo conocimiento de sus resultados. (Tabla 25)

**Tabla 25.** Prueba de VIH según estudios realizado y edad en mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Madrid.

	Conocimiento de resultados de la prueba de VIH				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	3	20.0	19	11.4	0.15	7.73 (0.75 - 79.06)
Secundaria	7	46.7	76	45.8	0.13	4.51 (0.53 - 37.82)
Superior técnico	4	26.7	22	13.3	0.08	8.90 (0.94 - 84.38)
Universitario	1	6.7	49	29.5	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	0	0.0	1	0.6	-	
20-24 años	1	6.7	15	9.0	0.94	1.1 (0.09 - 13.09)
25-29 años	5	33.3	45	27.1	0.47	1.83 (0.33 - 10.03)
30-34 años	5	33.3	39	23.5	0.63	2.11 (0.38 - 11.62)
35-39 años	2	13.3	33	19.9	0.99	1.00 (0.13 -7.52)
≥ 40 años	2	13.3	33	19.9	-	1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>166</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

## SERVICIOS DE SALUD

El no tener acceso al sistema de salud, no mostró asociación con ninguna de las variables evaluadas. (Tabla 26)

**Tabla 26.** Acceso al sistema de salud y características sociodemográficas en mujeres inmigrantes latinoamericanas de la Comunidad de Madrid.

	Acceso al sistema de salud				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	10	15.6	57	14.2	0.50	1.22 (0.50 - 2.98)
Secundaria	33	51.6	201	50.0	0.69	1.14 (0.57 - 2.28)
Superior técnico	8	12.5	53	13.2	0.90	1.05 (0.41 - 2.71)
Universitario	13	20.3	91	22.6	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	3	4.7	15	3.7	0.96	1.33 (0.34 - 5.26)
20-24 años	10	15.6	43	10.7	0.33	1.55 (0.63 - 3.83)
25-29 años	16	25.0	99	24.6	0.84	1.08 (0.49 - 2.37)
30-34 años	12	18.8	89	22.1	0.81	0.90 (0.39 - 2.08)
35-39 años	10	15.6	69	17.2	0.94	0.97 (0.40 - 2.34)
≥ 40 años	13	20.3	87	21.6	-	1
<b>Países Andinos</b>						
Andinos	6	9.4	107	<b>26.6</b>	0.51	1.19 (0.7 - 2.04)
No Andinos	25	<b>39.1</b>	59	14.7		
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>402</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

Tener tarjeta de residencia y permiso de trabajo se asoció con la propiedad de una tarjeta sanitaria. (Tabla 27)

**Tabla 27.** Tarjeta sanitaria y características sociodemográficas en mujeres inmigrantes latinoamericanas de la Comunidad de Madrid

	Presencia de tarjeta sanitaria				p valor*	OR (IC 95%)
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	16	17.2	52	13.6	0.82	0.92 (0.45 - 1.87)
Secundaria	41	44.1	196	51.4	0.09	0.62 (0.36 - 1.08)
Superior técnico	9	9.7	52	13.6	0.11	0.51 (0.22 - 1.19)
Universitario	27	29.0	81	21.3	-	1
<b>Rango de edad</b>						
< 19 años	5	5.4	15	3.9	0.59	1.62 (0.52 - 5.08)
20-24 años	12	12.9	42	11.0	0.42	1.39 (0.61 - 3.18)
25-29 años	26	28.0	91	23.9	0.33	1.39 (0.70 - 2.75)
30-34 años	19	20.4	83	21.8	0.76	1.11 (0.54 - 2.30)
35-39 años	14	15.1	67	17.6	0.96	1.02 (0.46 - 2.21)
≥ 40 años	17	18.3	83	21.8	-	1
<b>Países</b>						
Andinos	56	60.2	208	54.6	0.32	1.25 (0.79 - 1.99)
No Andinos	37	39.8	173	45.4		
<b>Tarjeta de residencia</b>						
Si	285	74.8	8	8.6	<b>&lt;0.01</b>	<b>31.98 (14.94 - 68.47)</b>
No	96	25.2	85	91.4		
<b>Permiso de trabajo</b>						
Si	245	64.6	5	5.4	<b>&lt;0.01</b>	<b>32.18 (12.76 - 81.18)</b>
No	134	35.4	88	94.6		
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>	<b>381</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

La regular/mala percepción de salud se asoció con no tener acceso a salud y el acceso al sistema de salud privado, así como el No disponer de tarjeta sanitaria ( $p < 0.01$ ). (Tabla 28)

**Tabla 28.** Percepción de la salud sexual y características administrativas de atención en salud.

	Percepción de su salud sexual y reproductiva				p valor*	OR (IC 95%)
	Regular/Mala		Buena			
	n	%	n	%		
<b>Tiene acceso al sistema de salud*</b>						
Privado/Otro	16	20.0	23	5.82	<0.01	<b>27.36 (10.91 - 68.60)</b>
No	49	61.3	15	<b>3.80</b>	<0.01	<b>128.48 (53.36 - 309.38)</b>
Publico	9	<b>11.3</b>	354	89.6	-	1
<b>Tarjeta sanitaria*</b>						
No	71	<b>88.8</b>	22	5.6	<0.01	133.39 (58.98 - 301.66)
Si	9	11.2	372	94.2		
<b>Trabajas actualmente</b>						
No	30	<b>37.5</b>	78	<b>19.7</b>	<b>0.01</b>	2.43 (0.1.4 - 0.41)
Si	50	62.5	317	80.3		
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>395</b>	<b>100</b>		

(\*) Prueba Chi cuadrado //OR= Odds Ratio (OR)

## Capítulo VII: Discusión

La muestra que se analizó en este trabajo se ajusta a las características de la población inmigrante femenina de Madrid y, en general, de España, tanto desde el punto de vista demográfico como educativo.

### **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Se analizaron las respuestas de 475 mujeres inmigrantes latinoamericanas que vivían en Madrid en el año 2017.

Respecto a la edad de las mujeres inmigrantes, se demostró que mayoritariamente pertenecían al grupo etario de 25 a 34 años; con una media de edad de 32.76 años, similar a los resultados obtenidos por otros estudios, por ejemplo la Comunidad de Madrid en el 2014 obtuvo una media de edad de 33.00 años<sup>129</sup> y Alcalde, obtuvo 33.10 años de media de edad a nivel nacional.<sup>130</sup> Estas descripciones conforman una población constituida mayoritariamente por personas adultas jóvenes en edad reproductiva y económicamente activas. Dicha caracterización demográfica unida a la feminización de la población inmigrante es un hecho que está dominando los flujos migratorios en España.<sup>24</sup>

La gran mayoría de las encuestadas tenía estudios secundarios (49.9%), seguido de estudios superiores (22.7%), lo cual se podría relacionar con la falta de oportunidades en el país de origen. Investigadores españoles como Alcaraz,<sup>71</sup> y Sordo,<sup>81</sup> han encontrado resultados similares. A la vez podemos hablar de una migración selectiva, coincidiendo que la migración cuando se va a países desarrollados tiende a ser más calificada.<sup>131</sup>

Con respecto al tiempo de permanencia en España se encontró que un tercio de las inmigrantes tienen un tiempo de permanencia mayor de 5 años, lo cual coincide con las oleadas desde algunos países latinoamericanos como Bolivia y Colombia,<sup>71</sup> países que han obtenido el ingreso al país europeo desde el 2007 y 2016 (respectivamente) por la entrada de vigor desde el 2016 del no requerimiento de visado<sup>82, 83</sup>. Esta variable es importante porque podría explicar cómo influye en el proceso de aculturación y lo que de ello se deriva determinará las condiciones diferenciales de las inmigrantes para el acceso a regularizar su estabilidad jurídica administrativa, nacionalidad, reagrupar a su familia o tener información y acceso a servicios.<sup>132</sup>

El 79,4% fueron migrantes por motivos económicos y provenían de Ecuador (24%), seguido por Bolivia (18.5%) y Colombia (14.1%). La inmigración de índole económica es el principal motivo de migración según López R y Bover A,<sup>91, 92</sup> que se traduce en la búsqueda de un mejor nivel de vida. La inmigración económica muchas veces está vinculada a la búsqueda de promoción personal, asegurar la subsistencia del grupo

familiar, conflictos de pareja, alcanzar nuevas oportunidades o a lograr una mayor autonomía y transformación personal. <sup>133</sup>

Respecto al país de origen el Instituto Nacional de Estadística (INE) al 2017 informó que la población de extranjeros que residían en España alcanzaban los 4 418 157 representando el 9.5% de la población total, dentro de los cuales Ecuador se encuentra entre las principales nacionalidades de residentes no españoles (3.6%).<sup>3</sup> Similares resultados fueron reportados por el Observatorio de Migración – Centro de Estudios y Datos de Madrid donde se menciona que la proporción de inmigrantes de origen latinoamericano mayormente proceden de Ecuador (4.8%), Colombia (4.3%), Perú (3.1%), República dominicana (3%), Paraguay (2.7%) y Bolivia (2.65%) similar a lo observado en este estudio excepto en la presencia de Bolivia.<sup>4</sup> Bolivia en esta investigación es el segundo país con mayor representación después de Ecuador, dicha diferencia podría estar relacionado con el lugar donde mayoritariamente se realizaron las encuestas, afuera de los consulados. También puede estar explicado debido a que los reportes de la Comunidad de Madrid corresponden a datos registrados antes del 2017, fecha anterior al levantamiento de datos del presente estudio.

El estado civil encontrado en las inmigrantes latinoamericanas que participaron del estudio mostró que gran parte de ellas referían ser casadas y/o convivientes (78.3%), lo cual coincide con lo reportado por González-Juárez en un estudio realizado a mujeres inmigrantes latinas (66.7%).<sup>93</sup> Existe un reporte realizado por Bover A,<sup>91</sup> que estima una proporción de convivientes del 41.4%, sin embargo esto puede deberse a la selección de la muestra que utilizó, al estudiar solo a cuidadoras del hogar que suelen ser internas o con cama adentro. Estos resultados podrían apuntar que el estado civil y situación familiar guardarían una estrecha relación o condicionarían los motivos de la migración.

Las características demográficas de la muestra, en su mayoría se ajustan a las características de la población inmigrante de Madrid, y en general, de España, tanto desde el punto de vista demográfico y educativo. Estas podrían explicar la repercusión que de ella se deriva a la vida social, reproductiva y económica en el país receptor. Poblaciones jóvenes formadas por mujeres en edad reproductiva y personas económicamente activas<sup>4</sup> manteniendo la estructura joven que caracterizó a las corrientes que formaron la migración en años anteriores a la crisis económica y que hoy continúa.

## **CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS**

El 38% de mujeres inmigrantes no tenían tarjeta de residencia, por lo que se encontraban en situación irregular en el país. La Unión Europea estima que el 0.4 a 0.8% de los inmigrantes son irregulares,<sup>90</sup> pero estudios realizados trabajadoras del hogar reportan un 40.5% de irregulares.<sup>91</sup> Ésta última cifra se ajusta más con nuestros datos analizados. Esta situación además revela las barreras existentes para regular su situación legal que puede deberse a la burocracia impuesta y los documentos requeridos que pueden llegar a generar una discriminación indirecta pues dicha situación las excluye socialmente.<sup>86</sup>

Con respecto al permiso de trabajo sólo el 52,8% de las mujeres inmigrantes lo tiene, lo que nos hace pensar que una de cada dos mujeres están más vulnerables a la precariedad laboral, dado que al no disponer de documentos, trabajan sin contratos y no tienen posibilidad de negociar las condiciones laborales.<sup>132</sup> Además el tener permiso laboral no es indicador de trabajo estable o que la actividad económica este en relación con su nivel de estudio.

Si bien, la mayoría de mujeres inmigrantes tiene acceso al sistema de salud público (80,2%) a través de la posesión de la tarjeta sanitaria, sin embargo, llama la atención que aproximadamente el 20% no tiene acceso en un país que tiene cobertura universal de servicios del sistema nacional de salud. Esta falta de cobertura podría deberse a los aspectos legales (Real Decreto Ley 16/2012),<sup>87</sup> que limitan el acceso a la tarjeta sanitaria y paralelo a ello se han endurecido los requisitos para la inscripción en el padrón municipal ("empadronamiento"), el cual es requisito previo para la obtención de la tarjeta sanitaria.<sup>88</sup> La no posesión de la tarjeta sanitaria constituyen la denegación del derecho a la protección a la salud, incluso en los supuestos en los que la asistencia está reconocida.

Sobre la actividad laboral de las inmigrantes latinoamericanas los resultados demostraron que el 77.3% de las mujeres trabajaban. Estos resultados coinciden con reportes oficiales, donde la tasa de desempleo giraba en torno al 25.5% en el 2017.<sup>95</sup> Para enero del 2018,<sup>97,98</sup> los valores son más cercano a lo encontrado en nuestro estudio.

No obstante, las mujeres inmigrantes se encuentran subempleadas en el sector de servicios, a pesar de que la mayoría de ellas tiene grados académicos medios y altos. Las mujeres se encuentran empleadas fundamentalmente en profesiones no cualificados (55.6%), profesiones cualificados (15.2%) y en prostitución (6.5%). Esto coincide con lo estudiado por Gil-Alonso<sup>99</sup> al referir que gran parte de las mujeres extranjeras que trabajan dentro del servicio doméstico presentan una cualificación mayor que las mujeres españolas que se dedican a esta actividad. Analizando con mayor detalle, la situación legal no determina el acceso al trabajo. Sin embargo, si influye en el sector profesional, y la actividad es cualificada si es que tiene una



situación regular administrativa. Otra explicación puede estar dado por la crisis económica que trajo como consecuencia que el trabajo doméstico, y en general los servicios, sean un sector de empleabilidad para mujeres inmigrantes de forma temporal o a manera de economía sumergida.<sup>100, 101</sup>

Con respecto a la dependencia económica, el 79.2% de las mujeres manifestaron que tenían familiares que dependían de ellas y que el 60.9 % se encontraban en su país de origen, valor que no concuerda con el estudio de Casado-Mejía R que reporta que más del 83.3% de los familiares dependientes se encuentran en el país de la inmigrante,<sup>102</sup> lo cual es característico de quienes emigran al país de acogida hasta que puedan tener una mejor condición económica y una situación regular para iniciar el proceso de reagrupación familiar.<sup>103, 104</sup> Este escenario implica que el proyecto migratorio de las mujeres tiene como prioridad trabajar y conseguir dinero para mantener a sus familiares dependientes que en su mayoría son en número de 2 a 3 personas (34.6% y 23.7% respectivamente). Las cifras nos dan una idea que la migración es una estrategia de mantenimiento o supervivencia familiar que funciona cuando los hijos e hijas se quedan en el país de origen. Las madres envían remesas y esto implica trabajar largas jornadas laborales, quedarse con lo mínimo de dinero para subsistir, paralelo a ello el no tener tiempo hacen que no pueden acceder a servicios regulares de atención social y sanitaria. En época de crisis, el desempleo, puede llevar a frustrar un proyecto, a caer en la exclusión social y a otras múltiples consecuencias incluida la salud y hacerlas más vulnerables.<sup>134</sup>

## **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

### **ANTECEDENTES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Respecto al inicio del ciclo ovulatorio en las mujeres inmigrantes latinoamericanas, se demostró que fue a los 12.71 años como promedio; sobre la edad de la primera relación sexual se halló que fue a los 18.25 años como promedio. Estos resultados se acercan a un estudio realizadas a usuarias (autóctonas e inmigrantes) de un centro de salud en España, donde demostraron que la edad media de la menarquia fue a los 12.4 años,<sup>105</sup> y la edad de la primera relación sexual en España fue de 15.75±1.76 años mientras que en Madrid fue de 16.70 años.<sup>106, 107</sup> Un estudio demuestra que el inicio precoz de las relaciones sexuales está relacionado con factores biológicos como la aparición temprana de la menarquía,<sup>108</sup> y otros factores sociales (la existencia de nuevos modelos familiares, la comunicación ineficaz existente en la familia; los factores socioeconómicos o presión del grupo acerca del sexo).

Al evaluar la edad de inicio de convivencia entre las inmigrantes latinoamericanas se observó que la mediana encontrada fue de 20 años. El inicio temprano a la convivencia en un alto porcentaje posiblemente implique una modificación del comportamiento reproductivo, la edad de maternidad, el número total de embarazos y el tamaño de la familia con independencia del comienzo del ciclo biológico fértil.

Sobre la primera maternidad, la mediana de edad encontrada fue de 21 años, habiendo mayor frecuencia de gestaciones en las mujeres adultas (61.1%), el número de embarazos promedio fue de 1.92, habiendo mayor frecuencia en 2 embarazos por mujer inmigrante (23.4%), considerando que la gran mayoría de dichas gestaciones eran embarazos deseados (60.71%); dichos resultados concuerdan con lo encontrado en otros estudio donde hallaron que la edad media de maternidad en las mujeres migrantes fue de  $20 \pm 4$  años,<sup>109</sup> muy diferente a la edad media de maternidad de las mujeres autónomas que se sitúa en 32,58,<sup>110</sup> todo esto se puede atribuir a los diversos cambios que se dan en los comportamientos sexuales y reproductivos, pudiendo estar relacionado con las diversidades socioeconómicas, culturales, entre otros, produciéndose diversificaciones en la convivencia, considerando que en América Latina la convivencia está determinada por factores culturales y sociales, al respecto existen estudios, que manifiestan que el nivel educativo de la mujer va a determinar la edad de la primera maternidad.<sup>111</sup>

El 77,7% de las mujeres han tenido uno o más embarazos y la mayoría (55%) han tenido entre 2 y 3 gestaciones, diferente al padrón reproductivo español que representa la tasa de fecundidad más baja en Europa; sin embargo, concuerda con la tasa global de fecundidad en América latina de 2,6 hijos. En los últimos años la tasa de fecundidad en España ha aumentado; y gran parte de este aumento se le atribuye a la feminización de la inmigración y la edad de la llegada de las mujeres inmigrantes - incluida las latinoamericanas - entre otros factores. No obstante, otros autores mencionan que las inmigrantes favorecerían su adaptación a las pautas de fecundidad en el país de destino debido a su proyecto migratorio y/o que su relación con el mercado de trabajo que condicionaría la decisiones de fecundidad.<sup>112</sup>

En la selección del total de la muestra que se ha estudiado (475 mujeres inmigrantes latinoamericanas que residen en la comunidad de Madrid), se evaluaron los posibles variables asociados al embarazo no deseado en estas mujeres inmigrantes, encontrando una asociación entre la edad, específicamente los intervalos de 20 a 24 años ( $p < 0.01$ ), 25 a 29 años ( $p < 0.01$ ) y 35 a 39 años ( $p < 0.01$ ), con el embarazo no deseado; En el caso de Gispert R., et al.,<sup>124</sup> hallaron que la edad de las gestantes inmigrantes guardaban una relación estadísticamente significativa con la gestación ( $p < 0.01$ ), habiendo mayor frecuencia entre las edades de 20 a 29 años; respecto a las demás características que se evaluaron como nivel de estudio y país de procedencia de las mujeres inmigrantes latinoamericanas, no se halló relación estadísticamente significativa, el cual concuerda con los resultados de la presente investigación. En esta línea la edad de la primera maternidad se asoció significativamente con el nivel de educación primaria y secundario (25%,  $p < 0.01$ ; 57%,  $p < 0.01$ ), ha menor nivel de educación la edad de la primera maternidad será menor, resultados similares encontró Acevedo P,<sup>125</sup> demostrando que a menor nivel educativa de la mujer inmigrante será menor la edad de su primera gestación, mientras que a mayor nivel educativo tenga esta la edad de su primera gestación será mayor ( $p = 0.01$ ).

El 89.1% entrevistada habían tenido hijos nacidos vivo en España-Madrid (lo que concuerda con las actuales tasas de natalidad percibidas en España, ya que se debe de considerar la cantidad o porcentaje de las mujeres inmigrantes que han tenido hijas o hijos españoles, al respecto se puede mencionar que España ha tenido 3 décadas de baja fecundidad (1,16 hijos/as por mujer, 1998), teniendo una pequeña recuperación en el 2008 (1,46 hijos/as por mujer), este incremento se puede atribuir al 35% del total de los nacimientos son de mujeres inmigrantes jóvenes con una fecundidad más alta que la población autóctona, elevando de esta manera la población española.<sup>112</sup> Al 2014 la fecundidad descendió (1,32 hijos/as por mujer) y volvió a situarse entre las más bajas del mundo.<sup>113</sup>

Referente al control y seguimiento del embarazo, se halló que el 82.9% de las gestantes inmigrantes latinoamericanas si tuvieron controles prenatales durante su gestación, y la atención del parto en sus mayoría fue de manera institucional, es decir en el hospital (79.6%); al respecto en una encuesta realizada para el estudio de Mujeres Informadas como Agentes de Salud (MIAS), encontraron que aproximadamente 1/3 de las atenciones ginecológicas y obstétricas eran para usuarias inmigrantes y la gestación, teniendo en consideración que el sistema sanitario español brinda facilidades para la atención de la gestación y para que los hombres inmigrantes se involucre en la atención, pero existen determinantes que no lo permiten como lo social y cultural; en un estudio demostraron que el control global de la gestación fue mala entre las gestantes inmigrantes, siendo un factor la inaccesibilidad al cribado del primer trimestre.<sup>114</sup>

## **PRACTICAS DE PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA METODOS ANTICONCEPTIVOS**

Al estudiar las prácticas respecto al uso de métodos anticonceptivos se observó que gran mayoría de las mujeres inmigrantes latinoamericanas tienen conocimientos sobre los métodos anticonceptivos (95.2%) y el 52.8% utilizaban alguno de ellos, siendo los más frecuentes la píldora y el preservativo (35.9% y 31.9% respectivamente). Paraíso B., et al.,<sup>116</sup> halló que el 58.9% de las mujeres inmigrantes que utilizaban métodos anticonceptivos eran latinoamericanas y el método más utilizado por estas mujeres fue el dispositivo intrauterino (DIU), estas diferencias podrían explicarse por el tiempo y el lugar donde se realizaron las entrevistas, así como la edad de las mujeres entrevistadas <sup>115</sup> En este estudio, se halló una asociación positiva entre el uso de anticonceptivos y la edad entre 30 a 34 (28.3%), ( $p < 0.01$ ) y de 35 a 39 años ( $p < 0.01$ ); resultados similares se fueron encontrados en el estudio realizado por Hernando V, et al.,<sup>127</sup>.

Más allá, de que las mujeres tengan conocimientos de los métodos de prevención del embarazo, resulta interesante conocer que más de la mitad de mujeres controlan su vida reproductiva espaciando más los embarazos o limitándolos a través del uso de un método anticonceptivo.

## ABORTO

El 37.7% de las mujeres inmigrantes latinoamericanas tuvieron dicho antecedente, resaltando el hecho que el 24.6% de estas mujeres refirieron que la decisión fue de otras personas y no de ellas, aquello puede indicar un tipo de coacción hacia estas mujeres para llevar a cabo el aborto; este resultado guarda relación con lo encontrado por Soriano y González, donde un grupo de inmigrantes creen que los hombres son los que deben tomar las decisiones que afectan a la pareja y al aborto.<sup>135</sup> Además, hay investigaciones que podrían explicar la posición de las mujeres inmigrantes que estarían relacionados con el machismo y los factores culturales de sus países de origen, donde los discursos masculinos a favor del aborto se asientan más en una forma de ejercer control sobre las mujeres y para reforzar su masculinidad.<sup>136</sup>

El 64,2% de los abortos fueron provocados. Se desconoce si el aborto fue en su país de origen o en el país de acogida, debido a que esta variable de lugar no se consideró. Sin embargo, este alto porcentaje puede indicar una mayor autonomía de la mujer en la toma de decisiones y a la vez un desconocimiento sobre otras alternativas de interrumpir un embarazo como el uso de la píldora de emergencia.

Las variables que se asocian a la presencia de aborto fue el nivel de escolaridad primaria y secundario estaban asociadas con la presencia de aborto ( $p < 0.01$ ;  $p = 0.03$ ), caso opuesto con los resultados obtenidos por Quintero E, et al.,<sup>126</sup> ya que no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de aborto con las características sociodemográficas de las pacientes inmigrantes, pero aclararon que la mayoría de dichas pacientes se encontraban en estratos socioeconómicos bajos y eran dependientes económicamente de otras personas.

Afirman Morete y López, que en el año 2012 el Ministerio de Sanidad de España halló 110.349 casos de interrupciones voluntarias de embarazos, de los cuales el 38% eran de mujeres inmigrantes, de los cuales 18.770 de estos abortos eran de mujeres de América del Sur<sup>13</sup>. Esta necesidad nos obliga diseñar programas educativos con un enfoque de igualdad de género y contemplar la diversidad cultural de las mujeres inmigrantes en España.

## CÁNCER GINECOLÓGICO

En el presente estudio se demostró que el 61.9% de las mujeres inmigrantes latinoamericanas tienen conocimiento sobre el autoexamen de mamas y de ellas solo el 38.3% lo realiza; referente a este dato, no se han encontrado investigaciones que hallan estudios este tipo de población, viendo la necesidad e importancia de considerarlo en futuras investigaciones, pero la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, manifiestan que el cáncer de mama es el segundo tipo de neoplasia más frecuente a nivel mundial entre las mujeres, en España, aproximadamente se diagnostican entre 40 y 75 casos nuevos de tumores malignos por cada 100 mil mujeres produciéndose 6 000 muertes anualmente,<sup>117</sup> basándose en dichos datos estadísticos, es necesario brindar e incorporar

conocimiento óptimo a las mujeres sobre la prevención del cáncer de mama, para ello el autoexamen de mamas es fundamental.

Respecto a la realización del autoexamen de mama en las mujeres inmigrantes latinoamericanas, los resultados demostraron que las mujeres con nivel primaria, secundaria y las edades menores a 40 años, están asociados a la no realización del autoexamen ( $p < 0.05$ ); referente a estos resultados, en el estudio de Rodríguez V, et al.,<sup>127</sup> hallaron que el cribado de cáncer de mama fue más frecuente en las mujeres inmigrantes entre 40 a 49 años de edad (68.1%), considerándose congruente con lo encontrado en el presente estudio. Esta práctica entre las mujeres es necesaria, porque la incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad y debería recomendarse como rutina el autoconocimiento temprano para ser conscientes de los cambios fisiológicos o patológicos en sus mamas.

Respecto a la toma del Papanicolaou, el presente estudio ha demostrado que el 93.3% de las mujeres inmigrantes latinoamericanas conocen sobre este procedimiento ginecológico; y del total de las mujeres que intervinieron en el estudio el 51.4% de estas mujeres se sometían a este procedimiento de manera regular. Sobre lo mencionado no se han encontrado datos estadísticos específicos en población de inmigrantes latinoamericanas que vivan en Madrid, pero si datos de mujeres inmigrantes en general donde se identifica menos participación a realizarse una citológica con respecto a la población autóctona.<sup>138</sup> Esto difiere a los resultados de Rodríguez V, que encontró que la población inmigrante en Cataluña tiene una cobertura citológica ligeramente superior en comparación a la población autóctona<sup>127</sup>.

En las 475 mujeres inmigrantes latinoamericanas que residen en Madrid, se halló la frecuencia de realización del PAP, donde a la edad menor a 19 años ( $p < 0.01$ ), entre 20 y 24 años ( $p < 0.01$ ), entre 25 y 29 años ( $p < 0.01$ ) y entre 30 y 34 años ( $p = 0.02$ ) se encuentran asociados a la falta de conocimiento del PAP, siendo congruente con los resultados hallados en el estudio de Rodríguez V, et al.,<sup>127</sup> donde demostraron que la mayor tasa de participación fue entre las edades de 20 a 34 años ( $p < 0.01$ ).

Siendo la citología del PAP la mejor estrategia de prevención y contención de la incidencia del cáncer de cuello uterino, debido a que ha demostrado ser un método eficaz, si se realiza de la manera adecuada y sistemática,<sup>118</sup> deberíamos analizar en futuros estudios no solo la variable edad, sino otras variables como el tiempo de residencia en España y acceso al sistema de salud pública que podría explicar la poca participación de mujeres de más edad en sus visitas regulares, paradójico cuando es una práctica frecuente anual en sus países de origen donde existen Programas de tamizaje con el fin de garantizar la cobertura.<sup>139</sup> Situación relativamente diferente en España, donde la edad de inclusión de la mujer en el programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino es un tema en discusión, y la decisión debería tener en cuenta la incidencia de la enfermedad por grupos de edad. En España se recomienda que los programas se dirijan prioritariamente a mujeres entre 35 y 65 años de edad, ya que son grupos en los que se concentra la mayor incidencia de la enfermedad.<sup>140</sup>

## VIOLENCIA

A partir de los hallazgos obtenidos, se evaluó la presunta asociación entre la presencia de violencia, con características sociodemográficas de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la comunidad de Madrid, al respecto se halló que no hubo asociación con la violencia ( $p > 0.05$ ); al respecto no se encontraron estudios relacionados con la presente investigación, viendo la necesidad de la realización de estudios relacionados con la violencia en mujeres inmigrantes. Sin embargo, datos oficiales del Instituto de la Mujer (2015) revela que del total de denuncias y víctimas mortales en España al menos un tercio son mujeres inmigrantes.<sup>141</sup>

En nuestra muestra el 30% ha sufrido algún tipo de violencia. Teniendo el consenso que la violencia es un problema de salud pública en la agenda internacional, las mujeres inmigrantes se sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad a la violencia de género en la pareja debido a las características propias del proceso migratorio como la escasez de redes sociales, la precariedad laboral y los problemas administrativos.<sup>141,142</sup> No obstante, los datos ponen de manifiesto que es necesario seguir profundizando en información de cómo la violencia podría relacionarse con otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.

## INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

La prevención y el tratamiento de las ITS constituyen un mecanismo de intervención que mejora la salud pública, dado el grado de morbilidad y mortalidad que causan este tipo de infecciones.

No existen estudios actuales en España sobre el conocimiento, aptitudes y prácticas en relación a las ITS (incluido el VIH) en inmigrantes, la única encuesta disponible sobre salud y hábitos sexuales de ámbito estatal fue realizada por Instituto Nacional de Estadísticas (2003) donde expresa que el conocimiento de ITS es bajo en población inmigrante.<sup>145</sup> En el presente estudio se pudo observar que gran parte de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que residen en Madrid no reconocían la mayoría de los síntomas asociados a ITS. Únicamente alrededor del 30% de mujeres describieron con precisión algunos síntomas asociados con las ITS como descenso vaginal mal oliente, ardor y/o dolor al orinar y picazón en los genitales. Mientras que cerca de 6 de cada 10 de mujeres fueron completamente incapaces de relacionar a las ITS con alguna sintomatología. Esta es una evidencia de que, lamentablemente, el conocimiento sobre ITS en las mujeres inmigrantes latinoamericanas que residen en Madrid no es suficiente. Esto último guarda relación con otros estudios realizados en Bangladesh y Chile sobre nivel de conocimientos en ITS en población femenina, donde expresaron que el aspecto en el que hubo mayor desconocimiento fue sobre los síntomas de las ITS.<sup>143,144</sup>

E El uso del preservativo en la última relación sexual no se asocia con el nivel de estudio, en cambio con la edad existe relación significativa. El mayor uso del preservativo entre las edades menores de 19 a 34 años de edad podría explicarse por su doble función profiláctica y anticonceptiva. Este escenario se corrobora con un estudio, donde la totalidad de jóvenes que usaron el preservativo en la última relación sexual lo hicieron para prevenir un embarazo y en menor medida para protegerse del VIH y otras ITS.<sup>146</sup>

Lo que cabría de esperar es que conforme avanza la edad biológica de las mujeres, deberían mejorar sus conocimientos de ITS y uso de preservativo para su protección en cada una de sus relaciones. Pero, aquí se encontró que a mayor de 35 años con parejas consideradas habituales estas prácticas preventivas disminuyen y se abandona el uso del preservativo en beneficio de otros métodos supuestamente más cómodos. Es posible que el desequilibrio de poder de género se acentúa en este tipo de relación, ya que son las mujeres las que ceden a determinadas presiones de sus parejas, a las que posiblemente no les satisface el uso de preservativo. De este modo, están expuestas a un embarazo no deseado y a una enfermedad de transmisión sexual (VIH incluido) y por falta de conocimiento de síntomas a un retraso en el diagnóstico y tratamiento de ITS.

#### VIH/SIDA

Este estudio ha demostrado que el 55.2% de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que residen en España no se realizaron la prueba de VIH, pudiendo atribuir a ello el incremento de los casos de VIH/SIDA positivos, en este tipo de poblaciones, además de las mujeres que si se han realizado la prueba de VIH (38.1%) el 82.2% de ellas si conoce sus resultados, pudiendo tomar las medidas que son necesarias para la adquisición de nuevas actitudes y comportamientos que son necesarios en su vida actual. Llama la atención de las que realizaron la prueba de VIH el 7.4% no volvieron para conocer sus resultados. La epidemia del VIH/SIDA en España, en la actualidad solo se concentra en ciertos grupos poblacionales, en el año 2014 el 32% de los diagnósticos de infección por VIH en España fueron en pacientes inmigrantes, siendo más del 50% diagnósticos realizados en mujeres; además se debe de considerar que el 15.1% de los diagnósticos fueron en pacientes procedentes de América Latina;<sup>119</sup> siendo congruente de manera parcial con los resultados obtenidos.

#### SERVICIOS DE SALUD

El acceso y uso de los servicios de salud por parte de las inmigrantes latinoamericanas ha concentrado mucho interés en esta investigación, encontrándose que un 84.6% de

la población si tuvo acceso a los servicios de salud, caso contrario con el 13.5% de inmigrantes que no tuvo acceso y el 1.9% que no respondió la pregunta. De los que accedieron al sistema de salud público (76.4%) todas utilizaron su tarjeta sanitaria que representa en el estudio un 80.2% requisito para la utilización de las consultas de atención primaria y especializada por la población inmigrante desde su incorporación del Real Decreto Ley 2012. Existe un grupo minoritario que teniendo tarjeta sanitaria no la utilizó y que puede deberse a que no requerían atención sanitaria o tuvieron barreras para su uso.

El centro de salud ha sido más utilizado por inmigrantes en un 57.4%, coincidiendo con otro estudio donde el centro de salud es más usado (78%) en comparación a los hospitales y los servicios de urgencia,<sup>120, 121</sup> caso contrario demostró Torno,<sup>122</sup> ya que los inmigrantes utilizaron con mayor frecuencia las instalaciones sanitarias especialmente el área de urgencias.

Al determinar cuáles eran los establecimientos a los cuales acudían las inmigrantes latinoamericanas se obtuvo que 42.6% acudían a ONG, 24.1% a C.S. Sandoval y 13% al C.S Montesa. Sin embargo, en Gonzales, Rodríguez y Lomas,<sup>123</sup> halló que un 5.2% de las inmigrantes no sabía cuál era su centro de salud y 73.7% de la población femenina inmigrante había visitado los servicios médicos durante el último año.

Se halló una relación significativa entre la tenencia de tarjeta sanitaria con la tenencia de tarjeta de residencia ( $p < 0.01$ ) al igual que la tenencia de tarjeta sanitaria con el permiso laboral ( $p < 0.01$ ); en otro ámbito la tenencia de tarjeta sanita y estar en un trabajo y de tener acceso al sistema de salud estaban asociados con la percepción de la salud sexual y reproductiva en las mujer inmigrantes latinoamericanas ( $p < 0.01$  respectivamente). Al respecto no se encontraron estudio relacionados con las variables mencionadas, considerando la necesidad y la importancia de mayor estudio en este ámbito.

En el estudio no hemos explorado en específico otros niveles asistenciales, como la atención de urgencias o la hospitalización, ni el motivo de la última consulta, ni tampoco los resultados de la atención (satisfacción y resolución del problema). Es necesario considerar estos aspectos para futuras investigaciones. Además, de tomar en cuenta si la ocurrencia de hechos o variables en torno a la salud sexual y reproductiva se realizaron en su país de origen o en el país de acogida, con el fin de entender el impacto de la migración en la vida de las mujeres y ver cómo afecta las limitaciones de acceso a la sanidad impuestas en los últimos años. No obstante el conocer las características de la población de estudio constituye una aproximación de la situación sexual y reproductiva a modo de prevenir y abordar con estrategias focalizadas en la población de mujeres inmigrantes latinoamericanas.



## Capítulo VIII: Conclusiones

- Las inmigrantes del estudio son jóvenes, en edad reproductiva y tienen un alto nivel educativo.
- El principal motivo para migrar a España para las mujeres es económico, éste motivo condiciona mayor vulnerabilidad de las mujeres, que se aprecia en el tipo de trabajos que realizan y con limitadas condiciones laborales, las cuales podrían ser mayor en aquellas mujeres sin documentación. Además, las mujeres en situación administrativa irregular, no cuentan con la tarjeta sanitaria y por lo tanto se les niega la cobertura de salud, salvo en casos de urgencia. Ello podría aumentar el riesgo de contagio de ITS y el aumento de casos de ITS en este colectivo y en la población general, debido a la falta de tratamiento de los casos.
- Las consecuencias sanitarias parecen tener una marcada connotación de género, como puede observarse en materia de violencia, salud sexual y reproductiva y conocimiento sobre las ITS/VIH/SIDA; siendo las mujeres las más afectadas y las que tienen menor capacidad de reacción o de autoprotección.
- Las mujeres inmigrantes latinoamericanas no pueden hacer uso del derecho a ejercer plena y satisfactoriamente la salud sexual y reproductiva, el cual está muy determinado por otras variables que condicionan o limitan su posibilidad de vivir la sexualidad con satisfacción y de decidir libre e informadas sobre todos los aspectos referidos a la reproducción.
- Los problemas de temas de salud en la población inmigrante parecen equiparables a los problemas de las españolas en un primer momento, sin embargo, la situación administrativa y las diferencias culturales pueden generar desigualdades en salud.

## Recomendaciones

- No se puede mirar a la salud como una variable independiente, menos en el caso de la salud sexual y reproductiva. En este sentido, los esfuerzos deben ser dirigidos a mejorar la situación de salud de las mujeres con un carácter integral, contemplando no sólo sus implicaciones sobre la salud de las mujeres, sino desarrollando e intensificando iniciativas -teniendo en cuenta los aspectos culturales y de género - que puedan consolidar la capacidad de las mujeres para decidir, proteger su salud y acceder a la prestación de servicios de atención de salud, en particular los servicios de salud sexual y reproductiva.
- También, es fundamental trabajar dentro de las políticas migratorias para atender a las especificidades de género de las poblaciones inmigrantes con el fin de garantizar mecanismos para la protección y promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Es necesario establecer programas de educación sexual y reproductiva en el colectivo de inmigrantes a través de la red de dispositivos con que cuenta la administración pública y con organizaciones no gubernamentales que tienen experiencia de trabajo con esta población.
- Los programas de educación deben ser específicos para cada uno de los géneros y han de ser también sensibles a las culturas y a las edades. Por ejemplo, las inmigrantes jóvenes tal vez, necesiten una mayor seguridad en sí mismas y capacidades de negociación para evitar el ejercicio del sexo no deseado o sin protección. Además, de conocer otras prácticas seguras o cuidados en el momento de ejercer su sexualidad a lo largo de toda su vida.
- Es imprescindible que las acciones dirigidas a las mujeres inmigrantes tengan en cuenta su concepción de la sexualidad, la maternidad o las prácticas anticonceptivas. Asimismo, es necesario que los y las profesionales socio-sanitarios dispongan de los conocimientos pertinentes y las habilidades necesarias para atender eficazmente a personas de otros países de origen.
- Por último, la demanda asistencial de mujeres inmigrantes, independientemente de su condición legal administrativa, requiere la puesta en marcha de servicios sanitarios y su adaptación, incorporando mediadores/as sanitarios/as que faciliten la cohesión sanitaria por medio del acceso a los servicios de salud y su atención como forma de garantizar la salud de todas y todos y disminuir así la desigualdad en salud.

## Bibliografía

1. Agencia española de Cooperación Internacional - AECID. Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva. España, 2015.
2. Vono D. La migración latinoamericana es decisiva en España. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Chile, 2010. Disponible: <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/8/41138/09MSoffiaLReboiras.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística. Notas de Prensa: Estadística de migraciones. 29 de junio de 2017, España. Disponible en: [http://www.ine.es/prensa/cp\\_2017\\_p.pdf](http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf)
4. Observatorio de Inmigración – Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Informe de Población Extranjera Empadronada en la Comunidad de Madrid 2017. 2017, España. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI\\_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052)
5. Datos Macro. Expansión: Inmigración en España. 2015. Disponible en: <https://www.datosmacro.com/demografia/migracion/inmigracion/espana>
6. Granados O. La Inmigración Latinoamericana Recupera el Brío. Revista Online BEZ. 15 de julio 2017, España. Disponible en: <https://www.bez.es/362881085/inmigracion-latinoamericana-Espana-recupera-brio.html>
7. Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones - Dirección General de Políticas Migratorias. El impacto de la Crisis Económica en la Situación laboral de los Jóvenes Inmigrantes. Junta de Andalucía. Diciembre 2012, España. Disponible en: [http://www.ikuspegi.eus/documentos/novedades/Tema\\_OPAM\\_7\\_Diciembre\\_2012.pdf](http://www.ikuspegi.eus/documentos/novedades/Tema_OPAM_7_Diciembre_2012.pdf)
8. Larrañaga I, Bacigalupe A. Salud Sexual y Reproductiva y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Revista Gaceta Sanitaria. Junio 2014. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.03.007. Disponible en: <https://goo.gl/jiPEd7>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Plan estratégico del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe del Director Ejecutivo 2014-2017. Estados Unidos, 2012.
10. Gutiérrez R. Hacia una reforma de la Salud: Género y Derechos Sexuales y Reproductivos. Forosalud. 2014. Disponible en: <https://www.forosalud.org.pe/GENERO%20Y%20REFORMA%20-%20FOROSALUD.pdf>
11. Llop-Gironés A, Vargas I, García-Subirats I, Aller MB, Vázquez M. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. RevEsp Salud

- Pública. 2014; 88: 715-734. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/revista\\_cdrom/vol88/vol88\\_6/RS886C\\_ALG.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/vol88/vol88_6/RS886C_ALG.pdf)
12. Otero-García L, Goicochea I, Gea-Sanchez M, Sanz-Barbero B. Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: midwives' perspectives. *Glob Health Action*. 2013; 6. Doi: 10.3402/gha.v6i0.22645. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3822087/>
  13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. La Salud y Los Derechos Reproductivos en tiempos de desigualdad. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.unfpa.org/es/swop>
  14. Alguacil J. 2012. La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2012, 25 (1). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/38434>
  15. Cerrutti M, Maguid A. Impactos de la Crisis sobre la situación laboral de los sudamericanos en España. *Migrantes Sudamericanos en España: Del apogeo a la crisis*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana. Disponible en: [http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2014\\_FINA\\_L143.pdf](http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINA_L143.pdf)
  16. Simó, J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2017. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1470](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470)
  17. Gotsens M, Malmusi D, Villaroel N, Vives-Cases C, Garcia-Subirats I, Hernando C, Borrell C. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*. 2015; 25(6):923-929. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/6/923/2467523>
  18. Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo. Promoción de la salud de los migrantes Informe de la Secretaría. Informe de la Secretaria. 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_24-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_24-sp.pdf)
  19. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. Movimientos migratorios en España y Europa. Dirección General de Migraciones. España, 2016. Disponible: <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2017/02/Informe-rutas-migratorias.pdf>
  20. Organización de los Estados Americanos (OEA). Migración Internacional en las Américas: Segundo Informe del Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas (SICREMI 2012). Pág 10. Estados Unidos, 2012. Disponible en: <https://goo.gl/wX3au2>
  21. Garay J, Feline L, Pérez M. Dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe (ALC), y entre ALC y la Unión Europea. Abad L. Gestión global y uso

- local de la fuerza de trabajo. Economía en red y políticas migratorias.OIM, 2015.Disponible en:<https://repository.oim.org.co/handle/20.500.11788/1402>
22. Sánchez A. Exclusión Social: Fundamentos Teóricos y de la Intervención. Trabajo Social Global. 2013, 3 (4): 133-156.
  23. Gámez A, Tamar D, Ivanova A. Las mujeres en la migración interna y el empleo informal en Baja California Sur, México. La ventana, Revista de Estudios de Género. Diciembre 2012, 4 (32). Disponible en: [www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n32/v4n32a8.pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n32/v4n32a8.pdf)
  24. Gonzalez R. Los proyectos migratorios de las mujeres: Un estudio multifactorial. Tesis doctoral, Universitat de les Illes Balears. 2016. Disponible en: [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/371160/trgb1de1\\_.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/371160/trgb1de1_.pdf?sequence=1)
  25. Instituto Nacional de Elecciones. España en cifras 2016. INE. Disponible en: [http://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2016/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2016/files/assets/common/downloads/publication.pdf)
  26. Texidó E, Gurrieri J. Panorama Migratorio de América del Sur 2012. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Buenos aires, 2012.
  27. Moneleon M. Hacia una visibilización de la crisis de los cuidados Arte social frente a nueva esclavitud poscolonial. Arte y políticas de identidad. 2010, 2. Disponible en: <http://revistas.um.es/api/article/view/117261>
  28. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Migraciones 2013. España, 2014.
  29. Artola J y col. Inmigrantes Sudamericanos en España: Panorama y Políticas". Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 2011.
  30. Aysa-Lastra M y Cachón L. Movilidad ocupacional segmentada: el caso de los inmigrantes no comunitarios en España. Revista Española de Investigación Sociológica. Diciembre 2013 (144): 23-47.
  31. Artola J y Col. "El impacto de las migraciones en Argentina". Cuadernos Migratorios N° 2. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 2012
  32. Sánchez MJ, Serra I. Ellas se van, Mujeres inmigrantes en Estados Unidos y España. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México, México. 2013. Disponible en: <http://ru.iis.sociales.unam.mx/dspace/handle/IIS/4422>
  33. Morales A, Kandel S, Ortiz X, Diaz O, Acuña G. Trabajadores inmigrantes y megaproyectos en América Central. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. El Salvador, 2011.

34. Valdés J, Espina M. América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto - Enfoques y experiencias. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO. Uruguay, 2011.
35. Petrozziello A. Género en marcha, Trabajando el nexo migración-desarrollo desde una perspectiva de género. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women - UNWOMEN. 2011. Disponible en: <https://goo.gl/bLpJZu>
36. Ciurlo A. Migración colombiana hacia Italia: un estudio exploratorio y de género sobre las familias transnacionales. Universidad Antonio Nariño. 2013. Disponible en: <https://goo.gl/7Xcv4c>
37. Organización de los Estados Americanos (OEA), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Nuestra democracia. España, 2010. Disponible en: [http://www.oas.org/es/sap/docs/Nuestra\\_Dem\\_s.pdf](http://www.oas.org/es/sap/docs/Nuestra_Dem_s.pdf)
38. Landry V. Mujer, migración intrarregional e invisibilidad. Revista Nomadía. Noviembre 2012 (16): 99-117. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/NO/article/view/24963>
39. Valverde A. Inmigración extranjera desde una perspectiva de género: El caso gallego. Tesina para optar el Máster Feminismo y Género, Instituto de Investigaciones Feministas - Universidad Complutense. 2013. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/329-2013-12-17-TFM%20Ana%20Valverde45.pdf>
40. Fernández M. Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución. Tesis Doctoral, Universidad de Oviedo. España, 2011. Disponible en: <https://goo.gl/qAnHNs>
41. Ríos A. Migración, Género y Salud: Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2014, 6 (1): 9-24. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21614>
42. Belmonte T. Servicios de Salud e Inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro. Revista Saúde e Sociedade. 2012, 21 (1). Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29819/31703>
43. Grande M. El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrante desde un enfoque de género. 2º Cuatrimestre 2011, Año XV - N.º 30. 2011. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/392/783>
44. Stuckler D y Basu S. El impacto de las políticas de austeridad en la salud. Rev. Esp. Investig. Sociol. ISSN-L: 0210-5233. Junio 2016. N.º 154, Abril – Junio: 161-176. Disponible en: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_154\\_111459938081811.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_154_111459938081811.pdf)

45. BOE. Ley Orgánica 4/2012, de 20 abril, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
46. González, S. G. (2018). El impacto del RDL 16/2012 en la población migrante irregular. Exclusión sanitaria y producción masiva de vulnerabilidad en España. Dilemata, (26), 179-187. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278556>
47. BOE. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, sobre Regulación de la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España. Sistema Nacional de Salud. Disponible en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477)
48. Serapioni M y Matos A. Ciências Sociais e Saúde. Desafios e temas críticos dos sistemas de saúde. ResearchGate. Octubre 2014. Edición N°7 ISBN ISSN 2192-908X  
<https://www.researchgate.net/publication/266850470>
49. Naredo M. Violadas y Expulsadas: Mujeres víctimas de violencia sexual en situación administrativa irregular. Fundación Aspacia, 2013. Disponible en: <https://violadasyexpulsadas.org/img/informe.pdf>
50. Ribera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los Servicios de Salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles-. GacSanit. 2008; 22: 86-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108760795>
51. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach J, & Mckee M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet. 2013. 381: 1235-1245. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612620868>
52. Gimeno L, García A, López-Vélez R. Salud e inmigración en el contexto de esta crisis económica y de valores: el ejemplo de España. Dossier En-topias. 2014. ISSN: 2174-8454 - Vol. 7: 121-130. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71034041.pdf>
53. Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarria-Santamera A, & Regidor E. (2014). Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública, 88, 135-155. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2014.v88n1/135-155/>
54. Juárez-Ramírez C, Marquez-Serrano M, Salgado N, Pelcastre-Villafuerte B, Ruelas-Gonzales M, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Revista Panamericana de la Salud Pública. 2014; 35(4): 284–90. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/08.pdf>

55. Herrera G. Más allá de los cuidados. Revisitando la relación entre género, migración y desarrollo a partir de la experiencia de la migración andina. E-DHC, Quaderns Electrònics sobre el Desenvolupament Humà i la Cooperación. 2013 (1): 22 – 37. Doi: 10.1038/415725a
56. Kinon D. An overview of Canadian research on immigration and Health, Ottawa, Canada. En Dunn JR. Dyck I. Social determinants of Health in Canada's immigrant population: result from the National Population Health Survey. Social Science & Medicine. 2010: 51: 1573 – 1593. 2010.
57. Llop-Gironés A, Vargas I, Garcia I, Aller M., & Vázquez, M. L. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Revista Española de Salud Pública, 88(6), 715-734. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n6/05revision3.pdf>
58. Vázquez M, Vargas I y Aller M. "Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014." Gaceta Sanitaria 28 (2014): 142-146. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000727>
59. Ronda-Pérez E, Agudelo-Suárez A., López-Jacob M, García M., & Benavides F. 2014. Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores inmigrantes en España: revisión bibliográfica. Revista Española de Salud Pública, 88(6), 703-714. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272014000600004&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272014000600004&script=sci_arttext&lng=pt)
60. Médicos del Mundo. Informe sobre Acceso a la Salud en Europa en tiempo de crisis y xenofobia creciente. 2013. Disponible en: [www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle\\_cn/re/menu.111/id.2986](http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/re/menu.111/id.2986)
61. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Seminario Taller sobre el Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales para la Gestión de la Migración Internacional: Nuevas tendencias, nuevos asuntos, nuevos enfoques de cara al futuro. 2010.
62. La Constitución del Reino de España. Artículo 53.1 y Artículo 53.4. <http://www.constitucion.es/constitucion/>
63. Leiva R, Quintino F. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Primera edición. UNFPA, AECID e Instituto Nacional de Salud Pública. 2011. Disponible en: [http://www.imumi.org/attachments/article/279/migracion\\_ssr.pdf](http://www.imumi.org/attachments/article/279/migracion_ssr.pdf)
64. Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El Derecho a la Salud. Folleto Informativo nro: 31. España, 2012.
65. Rodríguez A. Prostitución en España, Salud y Políticas. Informe de Médicos del Mundo. España, 2012.



66. Colectivo Loé, Organización Internacional de las Migraciones (OIM). Impactos de la crisis sobre la población inmigrante. España, 2013. Disponible en: <https://goo.gl/26faHP>
67. Grande M y Col. Migración y prostitución en España. Ponencia presentada en el 10th Encuentro Internacional de Mujeres y Salud. Nueva Delhi. India. Septiembre. Trabajo en revisión editorial. 2005
68. Llosada J, Vallverdy I, Miro M, Pijem C, Guarga A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrante: la voz de los profesionales". Revista Atención Primaria. 2012; 44 (2): 82–88. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000655>
69. Modrego A. Abstrat en DialoghiMediterranei, n.18, marzo. Migración y salud El proceso atención-salud-enfermedad como causa y consecuencia de conflicto. Italia, 2016. Disponible en: <https://goo.gl/ga5xii>
70. Alcaraz M y col. Atención a mujeres inmigrante en un programa de mediación intercultural en salud. Revista Española de Salud Pública. 2014; 88 (2). Disponible en: <https://goo.gl/EKxpPK>
71. Ugarte-Ubilluz O. Desarrollo y ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; 30 (3). Disponible en: <https://goo.gl/9yuTzP>
72. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300001&script=sci_arttext)
73. Instituto Nacional de Estadística (INE). 2015. Consultado en: <http://www.ine.es>
74. García L, López G, Hernández A, Osorio C, Lorenzo M, Maldonado P. Población inmigrante: Evaluación del Perfil de la paciente que solicita interrupción del embarazo. Junio 2012. Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: [https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/10/NP\\_embarazo\\_inmigracion.pdf](https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/10/NP_embarazo_inmigracion.pdf)
75. Delgado M. La salud de los inmigrantes en España. 2014. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000600001&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000600001&script=sci_arttext)
76. Álvarez S, Pérez J, & Lorence B. La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. PsychosocialIntervention. 2013; 22(1), 41-53. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592013000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592013000100006)
77. SIVES. Informe epidemiológico. Sistema de VigilànciaEpidemiològica de la infecciópel, VIH i la SIDA a Catalunya. CEEISCAT 2015. Documento Técnico N° 22. Agència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de

Catalunya.Disponible en:  
[http://www.ceeiscat.cat/documents/sives2015\\_CAST.pdf](http://www.ceeiscat.cat/documents/sives2015_CAST.pdf)

78. Hernando C, Ortiz G, Galán J, Sabidó M, & Casabona J. Infección VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España: revisión bibliográfica. Revista Española de Salud Pública. 2014; 88, 763-781. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000600009&script=sci\\_arttext&lng=en](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000600009&script=sci_arttext&lng=en)
79. Band A. Salud, cultura y género: ¿Cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural? Disponible en: <https://goo.gl/sbB3mf>
80. Sordo y col. Epidemiología del abuso de alcohol entre la población inmigrante en España. Revista Adicciones. 2015; 27 (2): 132 – 140. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/697/685>
81. Diario El País. Entra en vigor la exigencia del visado a los bolivianos que quieran entrar en España. Actualidad. España, 2007. Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2007/04/01/actualidad/1175415417\\_850215.html](https://elpais.com/elpais/2007/04/01/actualidad/1175415417_850215.html)
82. Diario El Mundo. La UE confirma la eliminación de la visa Schengen para Colombia y Perú. Internacional. España, 2013. Disponible en: <https://goo.gl/F1nySG>
83. Monge S, Ronda E, Pons-Vigués, Vives C, Malmusi D, Gil-Gonzalez D. Limitaciones y recomendaciones metodológicas en las publicaciones sobre salud de la población inmigrante en España. GacSanit. 2015; 29 (6). Disponible en: <https://goo.gl/bhANjr>
84. Red Acoge. III Informe de atención psicosocial a mujeres inmigrantes de red acoge: Echando raíces, echando de menos. 2017. Disponible en: <https://goo.gl/bA93Bi>
85. Lema M. La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. Revista en Cultura de la Legalidad. 2014, (5): 95 – 115. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2149>
86. Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales. Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado. 2012, España. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>
87. Repullo J. Cambios de regulación y gobierno de la sanidad: Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria. 2014; 28 (S1): 62 - 68. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000910>
88. Vasquez M, Vargas I, Marta-Beatriz A. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante: Informe SESPAS

2014. Gaceta Sanitaria. 2014; 28 (S1): 142 - 146. Disponible en: <https://goo.gl/DcKfVK>
89. Kovacheva V, Vogel D. The size of the irregular foreign resident population in the European Union in 2002, 2005 and 2008: aggregated estimates. Database on Irregular Migration. Hamburg Institute of International Economics. Disponible en: <https://goo.gl/MDwSoZ>
  90. Bover A y col. Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España. Gaceta Sanitaria. 2015; 29 (2): 123 - 126. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002441>
  91. Lopez R. La situación de las mujeres inmigrantes víctimas de la violencia de género desde la visión de las y los profesionales. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2017. Disponible: <https://goo.gl/RDjRXY>
  92. Gonzalez-Juárez L, Noreña-Peña A, Cibanal-Juan L. Experiencia de la inmigración de la mujer latina en Alicante, España: Un estudio etnográfico. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22 (5): 857-65. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es\\_0104-1169-rlae-22-05-00857.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00857.pdf)
  93. Esteve A, Bueno X. Tras el rastro estadístico de las uniones de inmigrantes en España. Estadística Española. 2010; 52(173): 91 - 125. Disponible en: <https://goo.gl/H4AMVR>
  94. Grande R, Paniagua T, Del Rey A. Inmigración y mercado de trabajo en España: del boom a la gran recesión. Panorama social: Retos demográficos. 2016; 23: 125 - 140. Disponible en: <https://goo.gl/Bouxr7>
  95. Instituto Nacional de Estadística. (a) Nota de prensa: Encuesta de población activa. Primer trimestre, 27 de abril del 2017. Disponible en: [www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0117.pdf](http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0117.pdf)
  96. Instituto Nacional de Estadística. (b) Nota de prensa: Encuesta de población activa. Tercer trimestre, 26 de octubre del 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0317.pdf>
  97. Instituto Nacional de Estadística. (c) Nota de prensa: Encuesta de población activa. Cuarto trimestre, 25 de enero del 2018. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0417.pdf>
  98. Gil-Alonso F, Vidal-Coso E. Inmigrantes extranjeros en el mercado de trabajo español: ¿Más resilientes o más vulnerables al impacto de la crisis? Migraciones. 2015; 37: 97 - 123. doi: mig.i37.y2015.005. Disponible en: <https://goo.gl/fhN5zm>
  99. Carrasco C. La vulnerabilidad laboral de los extranjeros en España. Revista Migraciones. 2015; 8 (2): 41-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/151/15141190002.pdf>

100. Unión General de Trabajadores. Trabajo doméstico en España: Hogar y Cuidados. Departamento Confederal de Migraciones. Junio 2017. Disponible en: <https://goo.gl/2adxSJ>
101. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E, Solano-Parés A. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. Revista Gaceta Sanitaria. 2012; 26 (6): 547-553. Disponible en: <https://goo.gl/CGFuKg>
102. Cerrutti M. Gender and Intra-Regional Migration in South America. Munich Personal RePEc Archive. April, 2009. Disponible en: <https://goo.gl/LFo7tq>
103. Salcedo G. Efectos del retorno de madres migrantes en la familia transnacional. Pontificia Universidad Javeriana. 2016. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/20563>
104. Marco Hernández M, Benítez I y Col. Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad del inicio puberal, edad de la menarquia y talla. Revista Anales de Pediatría. Agosto 2008; Vol. 69. Núm. 2: 103-245. Disponible en: <https://goo.gl/2GfCEY>
105. Yago T y Tomás C. Variables Sociodemográficas relacionadas con el embarazo no planificados en Jóvenes de 13 a 24 años. RevEsp Salud Pública 2014; 88:395-406. N. 03 Mayo-Junio. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09\\_original8.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf)
106. Europapress, Madrid. Los madrileños tienen su primera relación sexual a los 16 Años. Septiembre 2013. Disponible en: <https://goo.gl/r5aFmd>
107. Esquivel A y Martín M. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 2016. Trabajo de fin de Grado. Universidad Cantabria, España. Disponible en: <https://goo.gl/mREsv6>
108. Rodríguez Fernández E, Lorca T, López M, Gómez A. Mujer inmigrante: Motivo de consulta e historia gineco-obstétrica en una zona de salud. Revista SEMERGEN. Febrero 2008. Vol. 34. Núm. 2. 59-65. Doi: 10.1016/S1138-3593(08)71851-3. Disponible en: <https://goo.gl/oNzzw2>
109. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Fecundidad. Base de datos. Base de datos revisado en Julio 2018. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>
110. Hernández A y Gentile A. Entre muñecas y pañales. La maternidad adolescente en la España actual. Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud Nº 2. Junio 2015. Disponible en: <http://revistametamorfosis.es/index.php/metamorfosis/article/view/30>
111. Valverde, M., Ortiz, A., Martín, A., Ruiz, A., Jerónimo, I., Martínez, R., et al. Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente. Clin Invest

- Gin Obst. 2013; 42(2):50-55. Disponible en: <http://scihub.tw/10.1016/j.gine.2013.10.007>
112. Castro-Martin T y Castro-García T. La Fecundidad en España: Entre las más bajas del mundo y sin mucha perspectiva de recuperación. *Panorama Social*. Num 23, Primer Semestre. 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6371364>
113. Zornoza, V. Control de gestación y resultado perinatal en la población inmigrante de Ciudad Real. (Tesis doctoral) Universidad de Castilla – La Mancha. España, 2013. Disponible en: <https://goo.gl/2XS19L>
114. Morete, S; López, G. Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. 2015; (37): 455-466. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/202061/170211>
115. Paraíso, B; Maldonado, M; López, A; Cañete, M. Anticoncepción en la mujer inmigrante: influencia de los aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo. *Semergen*. 2013; 39(8):440-444. Disponible en: <https://goo.gl/muuFHj>
116. Castillo I., et al. Conocimientos actitudes y practicas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*. 2016; 19(1): 5-14. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n1/v19n1a02.pdf>
117. Torné, A., et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *RevEsp Patol*. 2014; 47(1):1-43. Disponible en: [http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2015/05/AEPCC\\_revista01.pdf](http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2015/05/AEPCC_revista01.pdf)
118. Monge, S., Pérez, J. infección por el VIH e inmigración. *EnfermInfeccMicrobiolClin*. 2016; 34(7):431-438 DOI: 10.1016/j.eimc.2016.02.027. Disponible en: <https://goo.gl/cNAtCZ>
119. Velasco C., Vinasco, A. M., & Trilla, A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. 2016. *Atención Primaria*, 48(3), 149-158.
120. Sanz B, Regidor E, Galindo S, Pascual C, Lostao L. et al. Pattern of Health Services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int. Journal Public Health*. 2011; 56:567-76.
121. Tormo M., Salmerón, D., Colorado, S., Ballesta, M., Dios, S., Martínez, C., et al. Resultados de dos encuestas dirigidas a inmigrantes y nativos del sureste español: salud, uso de servicios y necesidad de asistencia médica. *Salud pública de México*. 2015; 7(1), 38-49.
122. González J, Rodríguez M, Lomas M. Use of health services by adult Latin American immigrants residing in Seville. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(2): 347-355. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/12.pdf>

123. Gispert, R., Clot, G., del Mar, M., Bosser, R., Freitas, A. Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña. *GacSanit.* 2008; 22(6):574-577. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n6/breve1.pdf>
124. Acevedo P. Comportamiento reproductivo de una población de mujeres inmigrantes musulmanas en España. *Antropo.* 2006; 12: 27-34. Disponible en: <https://goo.gl/QBo3iX>
125. Quintero, E., Ortiz, R., Ochoa, M., Consuegra, M., Oliveros, C. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. *Rev. salud pública.* 2010; 12(4): 570-579. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a04.pdf>
126. Hernando V., Álvarez M., Arriola L., Arroyo S., Ballester E., Cante P., et al. Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Boletín Epidemiológica Semana.* 2005; 13(4): 37-48. Disponible en: <http://193.146.50.8/mono/pdf/bes0509.pdf>
127. Rodríguez, V., Ortiz, G., de Sanjosé, S. Revisión bibliográfica sobre la prevención del cáncer en personas inmigrantes residentes en España. *RevEsp Salud Pública* 2014; 88:735-743. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n6/06revision4.pdf>
128. Guerrero, S. Análisis de los conflictos asociados a las relaciones de pareja desde una perspectiva sistémica y de género en mujeres [Magister en terapia familiar sistémica y de pareja], Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas. Guayaquil. Ecuador, 2015.
129. Comunidad de Madrid. Consejería de Asuntos Sociales. Informe de la población de origen extranjero empadronada en la Comunidad de Madrid. Enero 2014. [http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe\\_de\\_poblacion\\_extranjera\\_enero\\_2014.pdf](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe_de_poblacion_extranjera_enero_2014.pdf)
130. Alcalde R. Mujeres latinoamericanas inmigrantes jefas de hogares monoparentales en España. *Migraciones internacionales*, 7(3), 165-190. 2014. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-89062014000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062014000100006)
131. Pellegrino A. La migración calificada en América Latina. *Foreign Affairs*, 8. 2013. Disponible en: [http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/6/2014/11/Distribucion\\_territorial\\_y\\_caracteristic.pdf](http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/6/2014/11/Distribucion_territorial_y_caracteristic.pdf)
132. Moreno-Colom S. & López-Roldán P. El impacto de la crisis en las trayectorias laborales de las mujeres inmigrantes en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 36(1), 65. 2018. Disponible:

<http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/download/59557/4564456546788>

133. Navaz L. Transformaciones de género en el campo transnacional. El caso de mujeres inmigrantes en España. Revista de Estudios de Género, La Ventana E-ISSN: 2448-7724, 2(20), 293-331. 2015. Disponible en: <http://www.revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php/LV/article/view/713>
134. Valero-Matas J. A., Coca J y Valero-Oteo I. Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. Papeles de población. 2014; 20(80), 9-45. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252014000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200002)
135. Soriano-Ayala E, González-Jiménez J, & Soriano-Ferrer M. Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto: Un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes. Perfiles educativos. (2014); 36(144), 105-119. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982014000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982014000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)
136. Pedone C. Rupturas y continuidades de los roles de género en contextos migratorios transnacionales: Relatos sobre sexualidad y salud reproductiva de los hijos e hijas de la inmigración ecuatoriana en Cataluña. Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research, (2). 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4842078>
137. Cardenas I, Vila-Belda J y Treviño-Siller S. TESIS DOCTORAL Migrantes latinoamericanos en Madrid: percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad. 2016. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/42556/1/T38944.pdf>
138. Barrera M. Adherencia a las recomendaciones de cribado del cáncer ginecológico de las mujeres inmigrantes en España. 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/9234>
139. Aranguren V, Burbano J, González J. et al., B. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2017; 19(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1452/145251406010/>
140. Garcia S, Dominguez-Gil M, Gayete, J. et al. Prevalencia de virus del papiloma humano en mujeres españolas de un programa de cribado poblacional. Revista Española de Quimioterapia. 201730(3).
141. Instituto para la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Personas enjuiciadas y condenadas por violencia contra la mujer según nacionalidad. 2015. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>

142. Alencar R, Cantera L, Moré O, et al. Investigación sobre violencia de género en la pareja: recomendaciones prácticas. *Temas em Psicologia*. 2014; 22(1), 79-91. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a07.pdf>
143. Villegas N, Cianelli R, Santisteban D, Lara L, Vargas J. Factores que Influencian la Adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Mujeres Jóvenes Chilenas que Participaron en la Intervención Online I-STIPI. *Hisp Health Care Int*. 2016; 14(1):47-56. Disponible en: <https://bit.ly/2KrtUKm>
144. Hossain M, Mani KK, Sidik SM, Shahar HK, Islam R. Knowledge and awareness about STDs among women in Bangladesh. *BMC Public Health*. 2014; 14:775. Disponible en: <https://bit.ly/2r20aL8>
145. Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, et al. Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 23(6), 533-538.
146. Solana Á, & González J. Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*. 2015; 14(37), 455-466. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000100020](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100020)

## **ANEXOS**

### **Anexo N°1: Encuesta**

### **Anexo N°2: Consentimiento informado**