

CULTURES I DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS DE LES DONES MIGRANTS A CATALUNYA. PER UNA ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSPECTIVA INTEGRAL I DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

Cultures and Sexual and Reproductive Rights of migrant women in Catalonia. For a care focused on the comprehensive and gender perspective in the Catalan Health System

Culturas y Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña. Por una atención centrada en la perspectiva integral y de género en el Sistema Sanitario Catalán

**Elisabeth Llamas¹
Serena Brigidi²**

ellamasreiner@gmail.com

¹ Farmacéuticos Mundi (Farmamundi).

² Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili.

RESUM

Aquest article forma part d'una recerca més àmplia que s'ha realitzat en el marc d'una intervenció de justícia global duta a terme per l'ONG Farmamundi. L'estudi evidencia la necessitat d'una assistència sanitària culturalment competent, és a dir, amb estratègies concretes per abordar la complexitat del sistema. La finalitat consisteix a millorar el servei social i sanitari per a usuàries de diferents orígens culturals a partir de la introducció d'una perspectiva integral i de gènere al sistema sanitari català (SSC). En específic, des del març del 2019 al maig del 2020, a partir de l'ús de tècniques de recerca tant qualitatives i quantitatives, s'han analitzat diferents mirades presents al sistema sanitari català: la de les dones migrants ateses per el SSC, la de les professionals socials que els acompanyen i la de les mediadores culturals que estableixen un pont entre les ordres de significacions culturals, i la de les professionals de salut que conformen el sistema sanitari català. L'objectiu consisteix en comprendre les necessitats dels agents esmentats per millorar i enriquir el sistema sanitari català, així com aprofundir comportaments viscuts com a ambigus -com, per exemple, la presència de fill/a a la consulta per a traduir o la manca d'una resposta activa a la violència masclista- i fenòmens socials -és a dir, prejudicis i discriminacions- que es produeixen en el procés de salut sexual-reproductiva, des de la perspectiva de les persones analitzades.

Els resultats fan èmfasi en les interaccions comunicatives interculturals com a element determinant per a reduir les barreres que dificulten la relació entre agents.

PARAULES CLAU: Dones migrants; salut sexual i reproductiva; gènere i salut; atenció integral.

ABSTRACT

This article is part of a broader investigation that has been carried out within the framework of a global justice intervention carried out by the NGO Farmamundi. The study highlights the need for culturally competent health care, that is, with specific strategies to address the complexity of the system. The purpose is to improve the social and health service for users of different cultural origins by introducing a comprehensive and gender perspective in the Catalan Health System (SSC). Specifically, from March 2019 to May 2020, based on the use of both qualitative and quantitative research techniques, different perspectives present in the Catalan health system have been analyzed: migrant women served by the SSC, social professionals who They accompany and the cultural mediators that establish a bridge between the orders of cultural meanings, and the health professionals that make up the Catalan health system. The objective is to understand the needs of the agents mentioned in order to improve and enrich the Catalan health system, as well as to deepen behaviors experienced as ambiguous -such as, for example, the presence of a child in the query to translate or the lack of an active response to sexist violence- and social phenomena -that is, prejudice and discrimination- that occur in the process of sexual-reproductive health, from the perspective of the people analyzed. The results emphasize intercultural communicative interactions as a determining element to reduce the barriers that hinder the relationship between agents.

KEY WORDS: Migrant women; sexual and reproductive health; gender and health; comprehensive care.

RESUMEN

Este artículo forma parte de una investigación más amplia que se ha realizado en el marco de una intervención de justicia global llevada a cabo por la ONG Farmamundi. El estudio evidencia la necesidad de una asistencia sanitaria culturalmente competente, es decir, con estrategias concretas para abordar la complejidad del sistema. La finalidad consiste en la mejora del servicio social y sanitario para usuarias de distintos orígenes culturales a partir de la introducción de una perspectiva integral y de género en el Sistema Sanitario Catalán (SSC). En específico, desde marzo de 2019 a mayo de 2020, a partir del empleo de técnicas de investigación tanto cualitativas y cuantitativas, se han analizado diferentes miradas presentes en el sistema sanitario catalán: la de las mujeres migrantes atendidas por el sistema sanitario catalán, la de las profesionales sociales que las acompañan y la de las mediadoras culturales que establecen un puente entre las órdenes de significaciones culturales, y la de las profesionales de salud que conforman el sistema sanitario catalán. El objetivo consiste en comprender las necesidades de los agentes mencionados para mejorar y enriquecer el SSC, así de profundizar comportamientos vividos como ambiguos -como, por ejemplo, la presencia de hijo/a en la consulta para traducir o la falta de una respuesta activa a la violencia machista- y fenómenos sociales -o sea, prejuicios y discriminaciones- que se producen en el proceso de salud sexual-reproductiva, desde la perspectiva de las personas analizadas. Los resultados ponen énfasis en las interacciones comunicativas interculturales como elemento determinante para reducir las barreras que dificultan la relación entre agentes.

PALABRAS CLAVE: Mujeres migrantes; salud sexual y reproductiva; género y salud; atención integral.

Culture e diritti sessuali e riproduttivi delle donne migranti in Catalogna. Per l'assistenza focalizzata sulla prospettiva globale e di genere nel sistema sanitario catalano.

RIASSUNTO

Questo articolo fa parte di un'indagine più ampia realizzata in materia di giustizia globale condotta dall'ONG Farmamundi. Lo studio evidenzia la necessità di un'assistenza sanitaria culturalmente competente, ovvero con strategie specifiche per affrontare la complessità del sistema sanitario. La finalità è migliorare il servizio sociale e sanitario per le utenti di diverse origini culturali introducendo una prospettiva globale e di genere. Nello specifico, da marzo 2019 a maggio 2020, sulla base dell'utilizzo di tecniche di ricerca sia qualitative che quantitative, sono state analizzate diverse prospettive presenti nel sistema: le donne migranti assistite, le figure sociali che le accompagnano e le mediatrici culturali che stabiliscono un ponte tra gli ordini di significati culturali e gli operatori sanitari che compongono il sistema sanitario catalano (SSC). L'obiettivo è comprendere le esigenze degli agenti citati al fine di migliorare e arricchire il SSC, nonché approfondire sia comportamenti vissuti come ambigui -come, ad esempio, la presenza di un/a bambino/a durante la visita per tradurre o la mancanza di una risposta attiva di fronte alla violenza sessista - che fenomeni sociali -pregiudizi e discriminazioni- che si verificano nel processo di salute sessuale-riproduttiva, sempre dal punto di vista delle persone analizzate. I risultati sottolineano le interazioni comunicative interculturali come elemento determinante per ridurre le barriere che ostacolano la relazione tra gli agenti.

PAROLE CHIAVE: donne migranti; salute sessuale e riproduttiva; genere e salute; attenzione integrale.

1. INTRODUCCIÓ: FEMINITZACIÓ DEL FLUX MIGRATORI

“La dona subalterna no pot parlar (no en el sentit estricte que no sigui capaç de fer-ho) sinó que no se li permet, no té un lloc d'enunciació o una veu des de la qual fer-ho. I a més, la seva veu és irrecuperable perquè, en realitat, mai ha existit, només hi ha hagut designacions en els textos. La dona subalterna no pot parlar perquè no és un subjecte, ja que el subjecte es construeix subjectivament com a tal, en la noció occidental, a través de la paraula”. (Adlbi Sibai, 2006: 57).¹

Aquest article forma part d'una investigació més àmplia que s'ha realitzat en el marc d'una intervenció de justícia global duta a terme per l'ONG Farmamundi. En aquest context la definim com a "projecte mare" i ha estat finançada per l'Ajuntament de Barcelona (Cover, 2018; Farmamundi, 2019). L'objectiu va ser donar veu i reflectir tant l'experiència de dones migrades com la del personal del sistema sanitari de la ciutat, en l'atenció a l'embaràs i el part. Així mateix, s'analitzava el model sociosanitari vigent d'atenció a la salut sexual-reproductiva. Els

¹ La traducció al català és de les autores.

resultats de l'estudi van posar de manifest les dificultats dels professionals sanitaris i de l'organització del serveis sanitaris públics per atendre integralment i des d'una perspectiva de gènere les necessitats de l'embaràs i el part de les dones migrades a la ciutat de Barcelona (Farmamundi, 2017). A causa d'això, l'estudi que es presenta pretén ampliar la investigació a les quatre províncies catalanes i incloure la visió d'altres dones migrades, a més dels professionals socials i dels assistencials que ofereixen l'atenció.

Es van realitzar entrevistes semiestructurades i en profunditat així com grups de reflexió amb quaranta informants corresponents a usuàries migrades, professionals sanitàries i socials. L'examinació qualitativa de les dades es va realitzar mitjançant l'observació i l'anàlisi de contingut, sistematitzant recurrències i redundàncies presents en les transcripcions per a la construcció de categories com a línies d'interpretació. També arran dels resultats previs del "projecte mare" (Cover, 2018; Farmamundi, 2019), s'han observat les interaccions comunicatives interculturals en l'àmbit de la salut sexual-reproductiva per determinar les barreres que dificulten una comunicació òptima. A partir de la tècnica d'anàlisi de contingut consolidem les instàncies específiques entorn de la: 1) situació administrativa de les usuàries 2) situació econòmica de les usuàries 3) desconeixement dels circuits administratius i sanitaris 4) comunicació, llengua i cultura (com es gestiona la diferència cultural i religiosa) 5) manca de recursos dels serveis (amb intersecció amb les altres dificultats) 6) manca de formació de les professionals, el model de gestió i els efectes de la crisi econòmica.

A continuació, amb la finalitat de reflexionar sobre la salut com fenomen complex i els drets sexuals reproductius de les dones migrants, s'introdueixen dades de la població estrangera que viu a Catalunya per explicar i contextualitzar el marc de la investigació. Des de l'any 2000 fins l'actualitat, el col·lectiu migrant ha augmentat d'un 2,9% a un 14,2%. Concretament, el 2018 les mares estrangeres que han parit filles/fills nascudes vives representaven el 29,6% del total de naixements (IDESCAT², 2019c). En el mateix any, les quatre majors representacions de població estrangera, amb targeta de residència o número d'identificació estrangera (NIE), procedien d'Europa de l'Est, Àsia, Àfrica i Amèrica Llatina (IDESCAT, 2019a). Aquestes dades demostren l'augment progressiu del flux migratori al territori i, per tant, la necessitat creixent de donar una assistència sanitària de qualitat i culturalment competent. És a dir, una atenció centrada en una perspectiva integral de la salut i de gènere, on es desenvolupa i fomenta un coneixement vinculat amb la diversitat i complexitat. Així mateix, on s'inclou la percepció de diferents agents (o sigui, professionals sanitaris i administratius, professionals socials i dones) implicats en l'atenció a la salut sexual i salut reproductiva (SSR) de les persones migrades als serveis de salut i socials públics de Catalunya. Igualment, les demandes d'aquest col·lectiu es tradueixen en una major complexitat en la interacció assistencial entre elles i el personal administratiu, sanitari i social. A més, cal destacar que la feminització dels fluxos migratoris - un 48,61% dels migrants són dones - ha comportat un augment de la seva presència i necessitats en els serveis d'obstetrícia i ginecologia. Especialment, pel fet que la majoria estan en el període -presumiblement- fèrtil de les seves vides. De fet, el 56% tenen entre els 20 i 44

² Institut d'Estadística de Catalunya a partir d'ara IDESCAT.

anys (IDESCAT, 2019b). Resumint, la presència d'aquesta feminització dels fluxos migratoris a Catalunya és la conseqüència de dos principals motius: per una banda, de la reagrupació familiar i, per l'altra, de qüestions intrínseques del mercat laboral, dels seus canvis i l'economia invisible (Bermúdez i Oso, 2018; Oso, 2018). Totes dues tenen un impacte en la salut integral de les dones i estan directament relacionades amb qüestions de gènere. Al mateix temps, s'observa com també els serveis d'atenció estan caracteritzats per una presència significativa de dones professionals de la salut i socials.

Ara bé, aquest estudi pretén posar el focus en la necessitat d'una capacitat d'assistència sanitària culturalment competent, és a dir, amb estratègies concretes per abordar la complexitat a través de la perspectiva de gènere. La finalitat consisteix en la millora del servei social i sanitari per a usuàries de diferents orígens culturals perquè tinguin “un lloc d'enunciació” (Adlbi Sibai, 2006:57). Cal subratllar que un dels pilars teòrics i ideològics que ha mogut aquesta investigació consisteixen que totes les dones disposen del dret a la salut i a l'assistència de qualitat, equitativa i integral, independentment de les característiques personals, culturals i econòmics. Tal com s'estipula als tractats internacionals mundials com la Declaració de Drets Humans (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1948) o, a l'àmbit català, la Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la salut i atenció sanitària (CatSalut, 2015).

2. METODOLOGIA

Les dades presentades a continuació es refereixen a la investigació realitzada a les unitats d'atenció a la SSR (ASSIR)³ i a entitats socials de les quatre províncies de Catalunya, entre març 2019 i maig 2020. Les tècniques d'investigació emprades han estat: entrevistes semiestructurades i en profunditat, grups de discussió, revisió bibliogràfica i documental, i anàlisi estadístic. Concretament, es van realitzar entre una i tres entrevistes a cadascuna de les quaranta informants de l'estudi. A més de les entrevistes en profunditat, s'han dut a terme vuit grups de discussió amb 4 llevadores i 4 mediadores interculturals (definit durant l'estudi com “grup mixt”) amb la finalitat d'aprofundir qüestions sorgides durant les entrevistes. Les entrevistes en profunditat i els grups de discussió van ser gravades en àudio i transcrites literalment en una matriu de descàrrega, per facilitar l'anàlisi posterior.

Pel que fa a les professionals sanitàries procedien de diversos centres ASSIR de: a) Sarrià de Ter (Girona), b) Sant Pere (Tarragona), c) Balaguer i Mollerussa (Lleida), i de d) Granollers, Vic, Dreta l'Eixample, Esquerra de l'Eixample, Badalona Sant Adrià i Muntanya (Barcelona).

Per a les professionals de la salut i socials s'han utilitzat les següents informacions per a l'anàlisi estadístic: professió; any d'arribada al centre; centre on treballa; càrrec; perfil de dones usuàries ateses segons les professionals, i província. Per a les dones usuàries: edat; formació/estudis al país d'origen; estat civil; fills/es; data d'arribada; situació administrativa i

³ Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva a partir d'ara ASSIR.

província de residència. Per cada entitat, s'ha desenvolupat una taula extensa (no inclosa en aquest article) amb les característiques de cada informant, que resumim més endavant.

Específicament, la recerca ha estat elaborada en diverses fases:

1. Una exhaustiva revisió documental d'estudis i articles que ha permès comprendre: a) el context sanitari i, en específic, l'atenció a la SSR hegemònica present al servei sanitari públic català b) les institucions que s'encarreguen de garantir l'atenció sanitària integral, així com el seu funcionament, les prioritats i les accions principals c) el marc legal sobre l'accés a la sanitat⁴.
2. L'elaboració i re-definició del camp. Per a l'elaboració de les entrevistes, d'una banda, l'Institut Català de Salut (ICS) ha facilitat una base de dades de les coordinadores dels diferents ASSIRs del territori català, amb la que s'han concretat entrevistes amb les coordinadores i gestores, i amb les professionals en ginecologia-obstetrícia i llevadoria. D'altra banda, s'ha realitzat un llistat d'associacions de persones migrants i de serveis socials de les quatre províncies catalanes⁵.
3. L'elaboració d'un guió per la realització d'entrevistes semiestructurades i en profunditat a partir del "projecte mare" (Farmamundi, 2017; Cover, 2018). El contacte previ amb aquestes associacions i l'ICS (entrevistes informals) ha permès individualitzar algunes idees d'interessos que han servit de base per a l'elaboració dels guions d'entrevistes adaptats als diferents perfils i context.
4. Seguidament, l'anàlisi de les dades es va realitzar mitjançant l'observació i l'estudi de contingut, sistematitzant recurrències i redundàncies en les respostes per a la construcció de categories.
5. Per l'última part, s'han contrastat i triangulat les dades obtingudes i recollides a camp. En aquesta fase s'ha relacionat amb el "projecte mare" (Cover, 2018; Farmamundi 2019) i d'altres que tracten la mateixa temàtica, amb l'objectiu de contrastar les qüestions plantejades a l'inici de la recerca.

2.1. Informants, entrevistes i grup mixt

La selecció de la mostra per les entrevistes semiestructurades s'ha realitzat amb la intenció de diversificar el màxim el perfil dels i les informants. En el cas del personal sanitari i social, s'ha intentat realitzar d'acord amb les trajectòries professionals i la variabilitat dels llocs on treballen i/o han laborat. És a dir, per personal sanitari set dones eren llevadores, tres mèdiques dels quals dues ginecòlogues, per un total de deu professionals sanitàries, i portaven mitjanament uns 16 anys en actiu, des del 1982 fins al 2017. Els perfils de les professionals socials eren més heterogenis: mediadora i traductora de formació autodidàctica; pediatra i voluntària; treballadora social i dues educadores expertes en Salut Pública i Social.

⁴ Reial decret llei 7/2018, del 27 de juliol, sobre l'accés universal al Sistema Nacional de Salut (BOE, núm. 183, de 27 de juliol de 2018).

⁵ La majoria d'aquestes associacions responen a entitats amb què Farmamundi treballa.

Pel que fa a les setze dones usuàries, s'ha intentat matisar la mostra segons l'origen, l'edat, la situació administrativa i la residència. De les informacions que disposem, s'observa que tenen mitjanament 34,75 anys (28-44), i 2,54 fills/es per dona (1-4) i que totes estaven en una situació administrativa regular. Destaquem, a més, que quatre d'elles són llicenciades en Dret, Economia o Enginyeria, i les altres tenen batxillerat o títols secundaris. En qualsevol cas, la investigació ha estat determinada per la disponibilitat de les informants.

També s'ha realitzat vuit sessions de grup de discussió conformat per cinc llevadores d'ASSIRs i quatre mediadores interculturals expertes en l'àmbit sanitari provinents de Xile, Marroc, Romania i Xina, més tres entrevistes en profunditat amb la mediadora intercultural romanesa i dues llevadores. En aquesta ocasió també s'ha dut a terme un treball d'observació de camp. Principalment, es va poder observar de més a prop la importància de la mediació intercultural en la SSR i el que s'entén per ella, i les dificultats amb les quals es troben les professionals de salut. Ens vam centrar principalment en experiències tant de les mediadores com de les llevadores, obrint debats per identificar temes importants a treballar conjuntament, però principalment per les titulars de responsabilitats com són el personal de salut del sistema públic. Addicionalment, vam realitzar unes entrevistes a una de les mediadores i a dues llevadores per captar punts de vista que no emergien clarament en el grup mixt. Finalitzat el grup mixt, s'ha avaluat el procés conjunt mitjançant una entrevista escrita amb preguntes obertes.

3. CATEGORIES INDIVIDUALITZADES

A continuació, mostrarem els principals resultats de l'estudi. Aquests han estat dividits en les categories de 3.1) comunicació intercultural, ja que s'ha observat que les dificultats associades a la comunicació i la llengua provoquen disfuncions en el sistema (per exemple, que les usuàries no arribin a les consultes assignades o que arribin tard); 3.2) dificultat d'ordre cultural en referència a les diferències que existeixen en la manera d'entendre l'embaràs, el part, així com el sentit final de la reproducció. En ella, s'han analitzat les subcategories de diferències culturals, violències de gènere, i equivocs i prejudici; 3.3) les barreres en l'accés, el desconeixement del sistema i la seva gestió. En aquests resultats es presenten algunes dades estadístiques i els fragments de les entrevistes als agents implicats.

3.1. Comunicació intercultural

Sens dubte, la primera dificultat identificada per les informants és la idiomàtica i la comunicació intercultural entre les dones migrades gestants i les professionals de salut. Aquestes són causades principalment per les diferències lingüístiques i culturals d'ambdues parts, així com l'actitud/idees prèvies davant de la diversitat. Cal recordar que quan existeix un acte comunicacional entre persones de diferents orígens i cultures, convergeixen qüestions com els sistemes culturals i els valors, les diferents percepcions del temps i de l'espai, la llengua i els models conversacionals que generen barreres de tipus lingüístic (Nevado-Llopis, 2014). Segons Nevado-Llopis aquests models encarnen "formes d'expressió més o menys directes,

poden oferir una quantitat determinada d'informació i inclouen o eviten esmentar alguns temes, recorren al que es coneixen com a mentides socials i presenten uns usos no verbals - distribució dels torns de paraula, solapaments, silencis, etc. concrets i, sovint, diferents dels que emprava el seu interlocutor, la qual cosa freqüentment dona lloc a malentesos i incomprendiments" (2014:2869). En detall, el 90% de les professionals sanitàries assenyalen com a primera barrera de la interacció la llengua, referint-se al fet de no parlar el mateix idioma, i fins i tot, en casos de dones llatinoamericanes, de parlar-ho amb un vocabulari diferent (Brigidi, 2009; Vázquez, Terraza i Vargas, 2007). S'hi destaca com les professionals de salut es concentren en la llengua i no fan menció de manera directa a la comunicació intercultural ni de les seves pròpies competències en interculturalitat que, en les entrevistes, afirmen tenir.

Un 30% de les professionals de salut expressen la necessitat d'exigir a les usuàries aprenentatge de la llengua vehicular del país d'acollida com a solució efectiva i directa; mentre que en altres casos es fa menció a la necessitat de la mediació. Mentre que el 80% de les professionals d'entitats socials afirmen que la dificultat lingüística n'és la principal a més de la primera barrera.

Una de les entrevistades subratlla que les dones davant de les professionals de salut afirmen haver-ho entès tot, però que al sortir de la consulta els hi pregunten el significat de termes que no han comprès. Un aspecte que es pot reproduir freqüentment en cultures on s'estableix una jerarquització del poder dins de la societat, que atorgaria a professionals de salut un estatus superior (To, et al., 2020; Omura, et al., 2018). A l'estudi, s'ha pogut observar com algunes professionals de salut perceben aquesta forma de comunicar-se o reaccionar com a una actitud de "*passotisme*" (Fani, llevadora, 2019)⁶ o de sortir de la situació incòmoda d'una manera "*fàcil*" (Vanessa, llevadora, 2019).

3.2. L'univers de significació cultural

D'acord amb les informants, directament vinculat a la barrera lingüística trobem l'escassa presència i reconeixement de la figura de mediació intercultural, establint que la mediació no és únicament la traducció lingüística, sinó que també és l'encarregada d'apropar l'univers de significació cultural. En efecte, la mediació que es demana des de les professionals de salut té com a requisit la neutralitat de la persona a l'hora de realitzar la mediació. En casos concrets, s'ha observat la influència d'algunes mediadores i com, en casos específics, han pogut avantposar dogmes religiosos i culturals a la neutralitat. Cinc professionals de l'Àmbit social i sanitari sobre quinze mostren certa desconfiança amb la mediació i són rebutjades per les mateixes professionals si no es tracta de mediació professionalitzada. Mentre que per part de les dones entrevistades, només el 19% mostra desconfiança cap a la mediació. Segons l'acadèmia especialitzada en mediació, la neutralitat és un aspecte importat que es troba en continu debat la neutralitat/involucració. Malgrat que la neutralitat és un aspecte

⁶ Les entrevistes han estat realitzades el 2019. Les entrevistades seran assenyalades amb un nom fictici o el seu lloc de naixement si aquestes són dones migrades. Les entrevistades professionals de salut són el 100% autòctones, per aquest motiu no fem la menció al origen.

imprescindible en la mediació, aquesta s'ha anat matisant al llarg dels anys, fent èmfasis en les qualitats a les quals tradicionalment se li associen, que són la imparcialitat i l'equidistància. També cal tenir en compte la importància dels components emotius i socioafectius implicats en la mediació i la necessitat d'aprofundir què vol dir neutralitat i quan i com podria involucrar-se (Sánchez, 2019; Nevado-Llopis, 2012). De totes maneres, tant el 80% de les professionals de la salut com de les professionals d'entitats socials afirmen que caldria reforçar la figura de la mediadora intercultural en l'atenció sanitària i especialment en l'atenció a la SSSR.

L'antropòleg Carratalà (2010) assenyala que la presència de la mediadora intercultural sembla afavorir la relació entre usuàries i professionals sanitaris, ja sigui a hospitals com a centres d'atenció primària, donat que disminueix el sentiment de soledat de la dona i apropa i propicia un espai de confiança en la relació entre els diferents individus. A més, com il·lustra el cas de les dones llatinoamericanes, aquesta dificultat no només va associada al desconeixement de la llengua, sinó que té a veure amb els models conversacionals i comunicatius.

Tot això ens porta a remarcar la importància de la comunicació intercultural i no centrar-nos únicament en el coneixement de la llengua. L'estil comunicatiu del país d'acollida és directe i en l'atenció a la SSSR es pregunta per temes de sexualitat, avortaments, parts anteriors, es parla dels aparells reproductors i genitals, aspectes que en cultures de diferents orígens poden suposar un tabú. La percepció general de les professionals de salut és que l'abordatge d'aquestes temàtiques és estrictament d'interès mèdic i que malgrat que en algunes ocasions han afirmat sentir la *"incomoditat de les usuàries"* (Vanessa, llevadora, 2019), consideren *"indispensable continuar fent les preguntes"* (Natàlia, ginecòloga, 2019).

Aquesta percepció de les titulars de responsabilitats ens deixa veure que existeix una manca d'habilitats comunicatives amb perspectiva intercultural i de gènere. Si a tot l'anterior sumem que existeix de partida una asimetria inevitable en la relació professional-usuàries, ja que les professionals sanitàries disposen dels coneixements en la temàtica, ens porta al fet que les titulars de responsabilitats (professionals sanitàries) estiguin més obligades a desenvolupar habilitats de comprensió cap a les dones ateses.

3.3. Ordre i diferències culturals

"Vaig demanar hora amb l'oftalmòleg, per fer ulleres. El metge m'ha dit: '¿Per a què necessites les ulleres?' i jo li vaig contestar: 'Com, com per a què ulleres?! Per llegir!' i el metge em va contestar: 'Ah sí? Saps llegir?' (...) ah és que a mi em semblen que totes les dones àrabs treballen de mestressa de casa". (Defne, dona d'Argèlia, 2019).

La major part de les professionals sanitàries entrevistades no es declaren obertament persones amb actituds racistes, però mostren prejudicis i estereotips cap a l'alteritat que són assumits sense cap qüestionament. De la mateixa manera, generalitzen actituds i comportaments de les usuàries vinculants amb aspectes culturals, així com generen estereotips i equívocs culturals en funció dels seus orígens (Brigidi, 2009). De fet, en els seus relats expressen obertament tenir menys dificultat en atendre a una dona autòctona que a una dona de diferent origen. Així mateix, la migració és percebuda com un problema i no com un fenomen social més, davant del que s'ha de buscar estratègies d'atenció. Cada cultura crea el

seu propi concepte del procés de salut, malaltia i atenció, i construeix al voltant d'aquests els seus propis models mèdics i els conceptes de prevenció i cura/autocora; per tant, és indispensable posar en valor les creences i concepcions que tenen les dones migrades per evitar distanciament i desconfiança. Les diferents cosmovisions de pacients i professionals sanitaris es mostren com a un element que les distancia. La posició majoritària per part dels professionals de salut i socials és la *“necessitat d’inculcar la planificació familiar”* (Ester, treballadora social, 2019) i la necessitat de reduir la natalitat entre les dones migrades. En canvi, un 70% de les dones migrades entrevistades en aquest estudi remarca la valorització cultural de mantenir una alta natalitat, en alguns casos fins i tot posant en perill la pròpia vida de la gestant. En efecte, les dones migrades tenen els seus primers fills en una edat més primerenca respecte a les autòctones i presenten un número més elevat de filles i fills (IDESCAT, 2019c). Ara bé, l'embaràs, part i puerperi són processos fisiològics modelats culturalment (Brigidi, 2016), fent que cada societat tingui un model específic a tenir en compte segons les cultures tot i que són internament heterogènies. Un tema argumentat perfectament pels agents entrevistats: les cultures de persones migrades van de mica en mica adquirint i combinant aspectes de la cultura majoritària del país d'acollida.

Malgrat que en un primer moment sembla que el fet de no parlar el mateix idioma és la problemàtica principal, a mesura que anem analitzant els diferents testimonis, observem que la dificultat de fons té a veure amb la gestió de la diferència cultural. En el moment en que a les professionals de salut i socials se'ls planteja la idea d'incorporar a les mediadores interculturals, veuen alleugerida la pressió d'interpretar el que la pacient pot necessitar. En aquest sentit, ajuda a tenir en compte les característiques culturals, millora l'elaboració dels diagnòstics, així com del tractament i augmenta l'adherència al tractament. Per tant, es podria afirmar que és prioritari entendre les diferències culturals i generar un ambient de confiança i comprensió a la pacient en concret, deixant de banda els sistemes de valors i culturals.

3.4. Més allà del estereotips i prejudicis

“(…) insistir només en les històries negatives suposa simplificar la meua existència i passar per alt moltes històries que també m'han format. El relat únic crea estereotips i el problema amb els estereotips no és que siguin falses, sinó que són incomplets, converteixen un relat en l'únic relat”. (Adlbi Sibai, 2014:22).

Segons les dades analitzades, les professionals generen estereotips i prejudicis entorn de la religió, els hàbits alimentaris i els rols de dones i homes en les seves cultures, i no es plantegen directament com aquests es relacionen amb l'atenció sanitària de qualitat. D'altra banda, com observen altres estudis, aquesta visió etnocèntrica arrelada en un pensament colonial i monocultural hegemònic (Adlbi Sibai, 2014; Nevado-Llopis, 2014; Brigidi, 2009; Sousa, 2006) està més o menys ancorada a la consideració de superioritat dels principis biomèdics occidentals. El que significa que la major part de les professionals de salut no es plantegen l'existència de diferències substancials en la manera d'entendre i d'abordar no només el procés de salut, malaltia i atenció, sinó el cos, com és el cas del hijab (Adlbi Sibai, 2014; Lamrabet, 2020), i del concepte de prevenció i de família o parentiu. Per exemple, durant una entrevista, una ginecòloga explica la història d'acompanyament d'una noia ex-presca:

“era negreta, nascuda aquí, parlant un català perfecte i educada aquí, i la van casar adolescent (...)”.
(Natàlia, ginecòloga, 2019).

La dona ha tingut dues històries d'avortaments tràgics per malformacions de fetus als 16 i 17-18 anys. La professional no aconsegueix entendre perquè

“una noia nascuda aquí pot acceptar d'estar casada amb un home més gran que no ha triat. (...) una nena que ha tingut l'oportunitat...escolaritzada aquí, (...) que té l'oportunitat de quedar-se aquí, com l'envies cap allà -àrea sub-sahariana, [NdT]⁷ la cases que li facin tot això, que passi per aquests tràngols, el primer que et surt és de jutjar a aquests pares, especialment a aquesta mare que li permet que a la seva filla li estiguin fent això”. (Natàlia, ginecòloga, 2019).

La construcció del vincle de parentiu i sobretot el que la professional s'espera que facin els pares s'elabora a partir dels seus pre-conceptes:

“la mare l'estimava molt, la mare la va venir a vetllar durant els dos parts va estar tota l'estona per ella, tota l'estona plorava” o “estava super preocupada per la seva filla o sigui plorava, ho va passar fatal va estar tota l'estona amb ella”. (Natàlia, ginecòloga, 2019).

El pare està descrit gairebé com una persona *“super educat, cortès”* (Natàlia, ginecòloga, 2019), però que ha permès que la filla es casés als 16 anys.

Així mateix, la idea del pensament únic (Adichie, 2018), és a dir, quan no es contempen altres possibilitats i diversitats, infal·liblement determina el poder que té una història o una paraula, el com s'ha ensenyat la realitat, el que es tradueix en la superioritat de coneixements de la cultura del país d'acollida envers la cultura de les dones migrades. Es deriva a uns judicis de valors i restriccions en el procés d'embaràs, part i criança que no es justifiquen per raons mèdiques, on les professionals socials i de salut estimen les maneres de relacionar-se i de prendre decisions com a adequat o inadequat, injust o just, bo o dolent, sense tenir en compte a l'ordre cultural, les necessitats i desitjos d'aquestes dones. En aquest sentit, cal remarcar els estereotips postcoloniais, infantilitzadors i d'alteritat, que la professional ha fet servir i ens mostra en aquest relat.

3.5. Els temes prohibits: les violències de gènere

“Els temes de violències masclista són temes que no es poden tocar” (Emma, llevadora, 2019)

“Aquest tema jo no el tocaré, perquè totes les dones immigrades estan en situacions de violència. Tinc la mirada bruta...L'altre dia mateix, un blau aquí -es senyala el braç, no vull investigar ni vull saber...” (Fani, llevadora, 2019)

S'ha vist que quan es pregunta a les professionals sanitàries per les dificultats associades amb l'ordre cultural, aquestes relacionen les dones migrants amb una major taxa de violència masclista. Sis de les deu entrevistades parlen també de la *“càrrega psicològica”* (Ana, ginecòloga, 2019) que això suposa per les mateixes professionals, el fet d'escollir les històries i haver de fer front a les conseqüències que això té sobre les dones ateses. És fonamental, per altra banda, que hi hagi una relació de confiança i comunicació necessària entre professional/llevadora i usuària per a fer aflorar la violència viscuda. I la confiança passa també

⁷ En el *verbatim* qualsevol aclariment utilitzada serà assenyala amb nota de les traductores: NdT.

per la possibilitat de comunicar-se. Les professionals destaquen les dificultats que tenen per detectar les violències de gènere associades a processos d'embaràs, que, per la seva experiència, són elevades (Payá-Sánchez, et al., 2019). Tal com s'assenyala a moltes recerques és important que la usuària tingui l'oportunitat de revelar la situació de violència de la qual és objecte i s'hi pugui intercedir amb el procediment corresponent. Les professionals sanitàries destaquen que les dones, especialment les magrebines, venen acompanyades pels seus marits a causa de la barrera idiomàtica, i això dificulta encara més la detecció d'aquestes violències. En un 30% les professionals de salut han expressat de manera directa una incapacitat d'atendre els casos de violència masculista especialment de dones migrades a causa de la falta de comprensió dels rols que exerceixen homes i dones en les relacions de parella. Dades confirmades també per altres estudis (Brigidi i Birosta, 2020) afirmen desconeixement i poca comprensió de les relacions que s'estableixen entre parelles de diferents cultures i diuen que aquesta incomprensió les ha dut a *“no implicar-se i no voler aprofundir en els casos de violència masculista”* (Montserrat, llevadora, 2019), fins a arribar al punt de demanar a la usuària *“que no expliquessin el que els hi estava passant”* (Emma, llevadora, 2019).

Un 40% de les professionals de salut han observat que en moltes ocasions no es senten acompanyades quan inicien un procés de denúncia de violència masculista i consideren que les respostes per part de les institucions públiques són poc clares i dificultoses. Tot i així, un 60% de les professionals sanitàries senyalen l'existència d'uns protocols a seguir, que si bé requereixen la implicació per part del persona, són força clars i efectius.

Igualment, es destaquen alguns prejudicis que relacionen violències, lloc de procedència i cultura amb rol de submissió. Natàlia, ginecòloga de l'ASSIR, observa que les dones migrades accepten majoritàriament la violència masculista perquè *“venen d'un entorn en el qual – la violència és cultural”* (Natàlia, ginecòloga, 2019). D'altra banda, en el discurs de les professionals sanitàries es pot observar una manca de comprensió i formació en els cicles de violència masculista i el seu abordatge, ja que en quatre ocasions es parla de la *“manca de determinació de les dones migrades de mantenir-se allunyades de les seves ex-parelles en un procés de separació”* (Marta, llevadora, 2019), culpant a la dona que enfronta la violència sense entendre que forma part dels cicles de violències. I és just en aquests moments on les dones requereixen més recolzament i comprensió.

Donem rellevància al fet que la dificultat més gran que han expressat les dones usuàries –nou de les setze entrevistades ho han fet explícitament– sigui l'associada a la falta de formació i sensibilitat envers la diversitat cultural per part de les professionals. Les dones usuàries afirmen haver escoltat comentaris i/o haver viscut actituds del tot inadequades, cosa que els provoca malestar i desconfiança. Analitzant les entrevistes, podem afirmar que les dones consideren que les professionals de salut generen estereotips culturals: veuen a totes les dones d'una cultura igual i no entenen que la planificació familiar o el nombre de filles i fills desitjats pot ser diferent per cada dona i per cada cultura (Brigidi, 2016). Malgrat això, la majoria d'elles valoren positivament l'atenció rebuda.

3.6. Barreres associades al servei, funcionament i accés al sistema sanitari

La major part de les professionals entrevistades mostren claredat sobre la cobertura total en el Sistema Sanitari Català (SSC) per a dones gestants. D'altra banda, sí que es mostra desconeixement i contradicció en els circuits d'accés a dones migrades, no gestants, amb situacions irregulars. Totes les professionals de salut tenen clar que sense l'empadronament les dones no poden accedir a la targeta sanitària que els oferiria l'accés al sistema de salut. Un 60% expressen tenir coneixements que la Creu Roja és l'encarregada de gestionar els expedients de persones sense empadronament per a l'obtenció de la targeta. És important destacar que una de les professionals sanitàries expressa la dificultat de les dones migrades en fer aquestes gestions, ja que bona part dels tràmits es fan principalment a Barcelona i que en algunes ocasions *"han de viatjar fins a tres vegades"* (Antònia, coordinadora llevadora, 2019). A més, expressa que en interrupcions d'embarossos voluntàries el temps hi juga en contra i en algunes ocasions no es pot fer res des dels ASSIRs per accelerar aquesta situació ni tampoc poden atendre a la dona.

Per part de les professionals socials, el 80% té la percepció que hi ha un accés universal. Només hi ha una professional que comenta la negació per part del sistema a atendre una dona migrada en situació irregular. En general coneixen aquesta cobertura, però cap mostra un domini del circuit. En aquest aspecte, és important destacar que les professionals socials entrevistades no es dediquen a l'acompanyament de les usuàries a les visites mèdiques com a tasca principal, aspecte que pot condicionar aquests resultats.

3.7. Desconeixement del sistema sanitari de salut per part de les usuàries

El 70% de les professionals sanitàries afirmen que les gestants migrades arriben tard a les visites. A més, es parla de l'incompliment i irregularitat en les mateixes. En part, segons la seva percepció es deu a la diferència entre els sistemes sanitaris d'origen i d'acollida i les dinàmiques que els caracteritzen. En algunes ocasions, s'ha comparat el sistema de salut d'anys enrere a Catalunya, a on no existien les cites i hores concertades, sinó que s'arribava i anaven atenent a les persones en ordre d'arribada als centres mèdics. D'altra banda, si analitzem els relats de les dones migrades observem que un 56,25% valoren positivament el sistema i un 62,5% expressen que hi ha més personal mèdic que al seu país d'origen i fan referència a les instal·lacions i equips disponibles al sistema català. En la majoria de casos, comenten haver assistit a les cites de manera regular. Malgrat això, podem afirmar que algunes de les dones migrades amb menor accés a la salut que les dones entrevistades en aquest estudi poden no assistir de manera regular a causa de les barreres anteriorment mencionades que el sistema de salut i administratiu reproduceix i perpetua.

Així mateix, influeix novament el desconeixement de les practiques socioculturals que estan involucrades en el procés. Com s'ha mencionat, els controls d'embaràs i part a la medicina occidentalitzada estan altament medicalitzats (Chaves, et al., 2015). Per a moltes cultures

l'assistència mèdica és sinònim de malaltia, i en d'altres, l'origen de les malalties són supranaturals i o dirigides, i no naturals o genètiques (Clavijo, 2011:8). Per tant, una assistència mèdica per un procés fisiològic com és un embaràs sense risc, manca de sentit en moltes cosmovisions generant desconfiança en el sistema biomèdic, amb el resultat de no acudir als controls d'embaràs (Cover, 2018).

Actualment des del sistema públic de salut s'ofereixen programes relacionats amb la SSR, així com tallers de prepart/postpart. Sembla significatiu el fet que les dones migrants assisteixen molt poc a les classes de preparació al part (només quatre de setze hi assistiren i només la meitat en foren informades) i desconeixien que els tallers són un servei gratuït del SSC, així com l'escassa realització del pla de part (només dos el feren i cinc en foren informades) (Pardo, et al., 2006; de la Torre, et al., 2006). Algunes professionals sanitàries afirmen que això té relació també amb certs prejudicis, perquè aquests recursos s'adreçarien fonamentalment a la usuària autòctona i els tallers es realitzen únicament en català o castellà.

Finalitzant, el 100% de les professionals de salut expressen les dificultats socioeconòmiques que presenten les dones migrades com a un punt central per poder fer un control d'embaràs tal com es planteja des del sistema de salut. Per altra banda, tant les professionals de salut com les mateixes dones expressen la falta de xarxa social (totes les dones o bé estaven soles o amb el seu marit o amb amigues del seu país que han conegut un cop aquí), de recolzament de les seves famílies i dificultats en l'accés a treballs dignes i correctament remunerats que han sigut un motiu essencial que ha dificultat els processos i les assistències a les visites.

3.8. Gestió del sistema

Majoritàriament, tant professionals socials com professionals sanitàries expressen la necessitat d'incrementar els recursos dels serveis. Les professionals sanitàries voldrien ampliar el personal especialitzat en llevadoria i incorporar la mediació professionalitzada com a part de la plantilla dels equips mèdics o disposar del servei d'una manera constant per acompanyar els processos d'embaràs i part. És important dir, que cap de les dones entrevistades en aquest estudi va rebre servei de mediació en el primer part on la majoria d'elles no parlava l'idioma d'acollida. De fet, les dones entrevistades consideren *"molt útil"* (Defne, dona d'Argèlia, 2019) o *"imprescindible"* (Joy, dona de Senegal, 2019) la mediació intercultural.

En conjunt, tant la falta de personal sanitari, com de llevadores i de mediació, resulta en que les visites de control siguin més curtes i, en algunes ocasions, no s'arribi a donar el missatge correcte a les gestants. El 70% de les professionals de salut afirmen que la manca de temps per visita genera disfuncions en el control d'embaràs. El 18,7% de les dones opinen que caldria allargar les visites per tal de poder fer una atenció més acurada, així com un 31,3% es queixen de la rotació de llevadores en el control d'embaràs i fan èmfasi en el vincle de confiança que es crea amb la professional que facilita una major comprensió del control d'embaràs.

4. CONCLUSIÓ

Els resultats exposats en l'apartat anterior poden estar relacionades amb la importància de la fecunditat, el cos i el rol atribuït a les dones en la majoria de cultures, en les que es valora el paper reproductiu i es relaciona amb el número de filles i fills i es valora negativament la infertilitat (Coddington, 2020; Gedalof, 2009).

Actualment, sembla un repte per a les professionals de salut l'adquisició de les competències en interculturalitat. Malgrat que des de l'ICS s'estan incorporant formacions en interculturalitat i eines per poder brindar una atenció integral i de gènere.

D'acord amb l'anàlisi dels testimonis exposats per professionals d'entitats socials i sanitàries que duen a terme l'acompanyament a les dones en el seu embaràs i les usuàries, podem afirmar que les dones migrants que accedeixen als serveis es troben amb nombroses barreres. Es destaquen tres categories de dificultats transversals, és a dir, que es repeteixen en diferents experiències i que agrupen altres dificultats i barreres en elles mateixes, si bé amb diferents èmfasis: a) la dificultat idiomàtica i la comunicació intercultural; b) l'escassa presència i reconeixement de la figura de mediadors/es interculturals; c) la manca de competència cultural dels i les professionals i els prejudicis que se'n deriven, conseqüència principalment de la manca de formació específica rebuda.

En primer lloc, la barrera idiomàtica no es dona només pel fet de no tenir un idioma en comú, sinó per les diferències en els models conversacionals. Les titulars de responsabilitat, degut a la manca de competències interculturals i al propi funcionament del sistema de salut, implementen un únic model comunicatiu que respon al del país d'acollida. En el context d'interculturalitat en el que viu Catalunya, podem evidenciar amb aquest estudi que no és eficient per una part de les usuàries gestants, i per tant cal introduir noves concepcions i maneres d'interaccionar que s'han de considerar vàlids i han de ser respectats. El model conversacional majoritari a Catalunya és directe i individualista, mentre que en moltes altres cultures que assisteixen als serveis sanitaris són indirectes i col·lectivistes el que ens porta a que hi hagi males interpretacions i es generin disfuncions en l'acte comunicacional.

En segon lloc, el fet que la mediació intercultural sigui una figura que actualment el sistema no incorpora d'una manera integral i sostinguda o que aquesta sigui insuficient com expressen les professionals, perpetua la barrera comunicativa. A més, té una implicació directa en el correcte funcionament del sistema sanitari que afecta negativament tant a l'organització com al seu finançament, ja que la falta de mediació intercultural té una relació estreta amb l'augment de les cites que es necessiten per una mateixa consulta i un increment de proves per realitzar els diagnòstics. Així mateix, el no disposar de la mediació afecta la competència professional dels titulars de responsabilitats, ja que té un impacte en el procés de diagnòstic, cura i adherència al tractament, a més, de la millora en la relació i confiança entre professionals i pacients.

En tercer lloc, existeixen barreres relacionades amb la cultura sanitària i, específicament, en les actituds en el procés reproductiu, que està modelat per cada cultura. Les professionals de salut i el sistema sanitari com a titulars de responsabilitats i d'obligacions respectivament, haurien de ser conscients de les diferències culturals que poden existir, de les identitats úniques de cada persona atesa, treballant la presència dels prejudicis i estereotips. Tot això, es pot aconseguir adquirint actituds i habilitats en interculturalitat i gènere, deixant de comparar models culturals d'acollida amb els dels diferents orígens.

La comprensió i acceptació de tots els aspectes esmentats poden dur a una comunicació i interacció intercultural i de gènere més òptim, per l'atenció integral en l'àmbit de la SSR i consegüentment en una considerable millora en l'assistència sanitària a dones migrants en el seu procés de gestació, part i puerperi.

Cal destacar que a zones rurals o més llunyanes de la capital existeix una clara manca de recursos i serveis, xarxes de transport, programes en formació (gènere, interculturalitat, migracions) que afecta considerablement a les usuàries. Les xarxes de salut comunitària, que semblen -segons l'estudi- estar poc desenvolupades, podrien ser una de les millors maneres d'acostar-se a diferents col·lectius i treballar conjuntament el coneixement mutu i la confiança.

A més a més, és molt important que des del propi sistema es treballin i aclareixen els circuits d'accés a la salut, ja que al llarg de l'estudi s'ha evidenciat la confusió que existeix respecte a la cobertura sanitària de les persones migrades, especialment aquelles que no disposen de padró, o disposen de Codi d'Identificació Fiscal (CIF) provisional i no definitiu.

En definitiva, considerem que el SSC cal que apliqui plantejaments, formulacions i polítiques que incloguin de manera transversal la interculturalitat i el gènere, però s'ha de fer des d'una vessant antropològica, degut a que els comportaments i creences dels sistemes reproductius estan íntimament associats a les relacions de poder a les diferents societats.

Finalitzant, proposem en el futur la pertinença de realitzar recerques sobre les pautes associades a la salut reproductiva disgregades per nacionalitats, amb l'objectiu d'identificar necessitats específiques i poder desenvolupar una atenció més acurada. Així mateix, seria indispensable entrevistar a treballadores socials que acompanyen a dones migrades als centres de salut, al llarg d'aquesta recerca hem identificat que les treballadores socials dels serveis d'Atenció Primària seria el millor perfil a entrevistar per aquest estudi.

Aquest article s'ha de citar com:

LLAMAS, E, I BRIGIDI, S. (2022). "Cultures i Drets Sexuals i Reproductius de les dones migrants a Catalunya. Per una atenció centrada en la perspectiva integral i de gènere en el Sistema Sanitari Català". *Revista (Con)textos*, 10 (1): 115-132.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- ADLBI SIBAI, S. (2006). *La cárcel del feminismo. Hacia un pensamiento islámico decolonial*. Madrid: Akal.
- ADLBI SIBAI, S. (2014). "El «hiyab» en la obra de Fátima Mernissi o la paradoja del silenciamiento. Hacia un pensamiento islámico decolonial." *Tabula Rasa*, 21: 47-76.
- ADICHIE, C. (2018). *El peligro de la historia única*. Barcelona: Random House.
- BERMUDEZ, A., i OSO, L. (2018). "Kites and anchors: The (im)mobility strategies of transnational Latin American families against the crisis in Spain". *Population, Space and Place*, 25 (6): e2221.
- BRIGIDI, S. (2009). Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova. [Tesis doctoral]. Tarragona, Universidad Rovira i Virgili (URV).
- BRIGIDI, S. (2016). "Haec ornamenta sunt mea. Reflexiones en torno al universo (in)material de la maternidad". *FEMERIS*, 1 (1-2): 148-165.
- BRIGIDI, S., i BIROSTA, J. (2020). "La sensibilización en temas de violencias de género en estudiantes de enfermería". *Index de enfermería*, 29(1-2): 69-73.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [BOE]. (2015). Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. *BOE*, 30 de julio de 2018, núm. 183, pp. 76258 a 76264. BOE-A-2018-10752.
- CARRATALÀ, P. (2010). "Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya". Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- CATSALUT. (2015). "Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la salut i atenció sanitària" [En línia]. Document PDF. Generalitat de Catalunya. <https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/drets-deures/carta-drets-deures.pdf> [Consulta, 06.06.2020]
- CHAVES, S.C., CECATTII, J.G., CARROLIII, G., LUMBIGANON, P., HOGUE CJ., MORI, R., ET AL. (2015). "Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37: 203-210.
- CLAVIJO, C.R. (2011). "Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos". *Iatreia*, 24 (1): 5-15.
- CODDINGTON, K. (2020). "Incompatible with life: Embodied borders, migrant fertility, and the UK's 'hostile environment'". *Environment and Planning C: Politics and Space*, 39(8): 1-14.
- COVER, I. (2018). "Estar embarazada y parir en Barcelona: imágenes y voces de mujeres de la ciudad". [En línia]. Document PDF. Barcelona: Farmamundi. <http://www.dretalasalut.org/portfolio/page/estar-embarazada-y-parir-en-barcelona-2/> [Consulta, 17.05.2020].
- DE LA TORRE, J., COLL, C., COLOMA, M., MARTÍN, J.I., PADRON, E., GONZÁLEZ GONZÁLEZ, N.L. (2006). "Control de gestación en inmigrantes". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (1): 49-61.
- FARMACÉUTICOS MUNDI [FARMAMUNDI]. (2017). "Género y Salud. Una visión global desde experiencias locales". [En línia]. Document PDF. Huesca. https://farmaceuticos_mundi.org/wp-content/uploads/2015/12/Libro-Genero-y-Salud.pdf [Consulta, 20.02.2020].
- FARMACÉUTICOS MUNDI [FARMAMUNDI]. (2019). *Atendre l'embaràs i part a Barcelona. Imatges i veus de professionals de la ciutat*. [En línia]. Document PDF. Barcelona: Bilògic Gràfics, SL. Barcelona. https://www.dretalasalut.org/portfolio_page/atendre-lembaras-i-el-part-a-barcelona-imatges-i-veus-de-professionals-de-la-ciutat/ [Consulta, 21.06.2020].
- GEDALOF, I. (2009). "Birth, belonging and migrant mothers: Narratives of reproduction in feminist migration studies". *Feminist Review*, 93(1): 81-100.
- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA [IDESCAT]. (2019a). *Estrangers amb certificat de registre o targeta de residència en vigor. 2018. Per país de nacionalitat. Províncies*. [En línia]. Pàgina web. Generalitat de Catalunya. <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es> [Consulta 30.12.2019].
- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA [IDESCAT]. (2019b). *Evolució de la població total i estrangera. 2000-2018 Catalunya*. [En línia]. Pàgina web. Generalitat de Catalunya. <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es> [Consulta 30.12.19].
- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA [IDESCAT]. (2019c). *Indicadors de natalitat. 2014-2018 Catalunya*. [En línia]. Pàgina web. Generalitat de Catalunya. <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es> [Consulta 30.12.19].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA [IDESCAT]. (2019). *Profesionales sanitarios colegiados por sexo. Series desde 1952*. [En línia]. Pàgina web. Generalitat de Catalunya. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/serie/I0/&file=s01001.px&L=0> [Consulta 30.12.19]

LAMRABET, A. (2020). "El velo (Hiyab) de las mujeres musulmanes: entre la ideología colonialista y el discurso islamico: una visión decolonial". Dins GROSFOGUEL, R. (ed.) *Feminismo islámico*. Barcelona: Bellaterra, pàg. 31-46.

NEVADO-LLOPIS, A. (2012). "¿Por qué no nos entendemos, doctor?: Dificultades de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes inmigrantes. La mediación intercultural como puente para reducir dichas dificultades". Dins CRUCES, S., DEL POZO, M., LUNA, A., ÁLVAREZ, A. (eds.) *Traducir en la frontera*. España: Atrio, pàg. 313-328.

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

OMURA, M., STONE, T., i LEVETT-JONES, T. (2018). "Cultural factors influencing Japanese nurses' assertive communication: Part 2 - hierarchy and power". *Nursing & Health Sciences*, 20 (3): 289-295.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS [ONU]. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, 217 A (III).

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

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

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

SÁNCHEZ, M.I. (2019). "Public service interpreting and cultural mediation in the region of Valencia: strengths, weaknesses and recommendations for improvement in the healthcare setting". *FITIS Pos International Journal*, 6 (1): 156-167.

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

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

VÁZQUEZ, M.L., TERRAZA, R., i VARGAS, I. (2007). *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*. [En línia]. Document PDF. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Consorci Hospitalari de Catalunya. <http://www.consorci.org/media/upload/pdf/publicacions/atencio-a-la-salut-dels-immigr.pdf> [Consulta, 17.05.2020].

* * *