

## Saludos desde Almería

Hemos comenzado un nuevo año lleno de novedades y proyectos. La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) está en marcha. Considero que este paso es importante para que las matronas andaluzas, a través de la AAM, podamos expresar nuestras necesidades y trabajar para avanzar en nuestro desarrollo profesional.

Desde Almería os mandamos un saludo a todas las matronas andaluzas. Me incorporo como nueva vocal de Almería en estos días. Soy matrona del Hospital de Poniente en el Ejido, y por motivos de salud he retrasado mi desempeño en el cargo. Quiero agradecer su labor a mi antecesora y compañera Emilia Carrera. Inicio esta etapa con mucha ilusión, y espero seguir avanzando junto a vosotras.

Como matrona y ahora como vocal de Almería, me preocupa mucho la escasez de matronas que existe en nuestra provincia. Hace unos meses, las matronas del Hospital de Valme denunciaban su situación de que para tomarse las vacaciones de verano debían incrementar las guardias, y en Úbeda se manifestaron por la contratación de enfermeras en paritorios. En Almería, el hecho de que no haya matronas en situación de desempleo provoca llevar al límite las situaciones anteriores. Somos un número muy reducido de matronas, unas 45 en total, repartidas fundamentalmente en tres hospitales: dos pertenecen al SAS: C.H. Torrecárdenas en Almería, que cuenta con 24 matronas y el Hospital Comarcal de la Inmaculada en Huércal Overa, que tiene nueve matronas; el tercero, el Hospital de Poniente, es un hospital comarcal en El Ejido, funciona como empresa pública y cuenta con 10 matronas, cuando la plantilla prevista es de 15. Esta situación es preocupante, no sólo en el ámbito hospitalario, sino también en Atención Primaria, ya que sólo contamos con tres matronas en los centros de salud en El Ejido, Roquetas de Mar y Níjar. Esto se agrava si tenemos en cuenta que el índice de natalidad en Almería es uno de los más altos de Andalucía. Para ello, sirvan como referencia las cifras de partos del año 2003:

H. Torrecárdenas (Almería):	2.739 partos
H.C. La Inmaculada (Huércal Overa):	1.071 partos
E.P Hospital de Poniente (El Ejido):	2.142 partos



En el siguiente gráfico vemos cómo Almería supera el índice de natalidad de Andalucía y el de España.

Año	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
El Ejido	10.82	15.62	13.97	13.31	13.27	13.41	12.76	13.18	10.40	16.47	13.21	13.36
Almería												
Provincia	13.21	12.59	11.85	11.78	11.52	11.54	11.34	11.98	11.69	12.24	11.79	-
Andalucía	12.57	12.26	11.51	11.17	10.83	10.92	10.91	10.91	11.06	11.06	11.07	-
Nacional	10.16	9.85	9.24	9.24	9.20	9.34	9.54	9.54	9.90	10.01	10.11	-

Fuente: I.N.E. Tasa de Natalidad

Almería es la ciudad andaluza que mayor crecimiento de población ha tenido desde el año 1991 al 2001, con un incremento de 17.05% en estos 10 años, cifra muy elevada si la comparamos con el incremento de población en Andalucía (6.68%), y en España (5.44%). Además de tener uno de los índices de natalidad más altos, hay que tener en cuenta que este aumento de población también se debe a la inmigración. El 20-25% de los usuarios de nuestra sanidad son inmigrantes, y este es un dato importante porque es una población de alto riesgo, sobre todo en salud materno-infantil.

Deberíamos preguntarnos si los recursos materiales y humanos para atender las necesidades de nuestra población han sido aumentados de la misma manera.

Si observamos la cobertura en el programa de embarazo, parto y puerperio, que es uno de los principales y que más directamente nos afecta, Almería ocupa el último lugar:

	Control embarazo	Educación maternal	Atención puerperal
Almería	51.94	43.35	62.16
Cádiz	93.35	76.32	78.89
Córdoba	54.18	43.84	68.02
Granada	74.54	49.14	67.86
Huelva	70.64	71.67	82.39
Jaén	67.61	67.29	80.36
Málaga	60.72	57.34	81.16
Sevilla	73.02	57.18	71.05
ANDALUCÍA	69.90	58.56	74.20

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. SIGAP

**Almería debe ser un objetivo principal a tener en cuenta por el grupo de trabajo que estudia y valora la demanda de matronas que necesita nuestra comunidad**



La implantación del Proceso Asistencial del Embarazo, Parto y Puerperio que establece la Junta de Andalucía en el marco del 'Programa de Calidad', implica a la matrona de una forma muy directa y somos necesarias en diferentes ámbitos para que se cumplan de forma correcta las características de calidad del proceso, sin contar con nuestra participación en otros procesos relacionados con la salud de la mujer.

Por todo esto, Almería debe ser un objetivo principal a tener en cuenta por el grupo de trabajo que estudia y valora la demanda de matronas que necesita nuestra comunidad. Esperamos que la AAM y ahora también la FAME intervengan en este sentido y que pronto veamos los resultados de este trabajo.

Las mujeres, madres y niños de Almería se merecen sus matronas, al igual que en otras provincias andaluzas, y ésas somos nosotras. Por esto, pienso que la calidad que ofrecemos diariamente en nuestro trabajo es algo fundamental que tenemos que defender por encima de todo, y nos lo debemos a nosotras mismas y a las personas a las que cuidamos. Es cierto que a veces nos vemos obligadas a llevar un ritmo desbocado en el trabajo, pero esto no debe mermar la calidad. Sabemos que tenemos mucho que ofrecer como profesionales especialistas y es importante pararnos y tomar conciencia de la importancia de nuestra labor y no olvidar que nuestra profesionalidad es la única herramienta con la que contamos para hacernos valer. Debemos estar siempre dispuestas a aprender, a mejorar, a investigar y a luchar juntas.

Desde Almería, un saludo. Nos vemos próximamente en Cádiz.

Francisca Machado Ramírez



# Reflexiones sobre la asistencia obstétrica a mujeres inmigrantes

A estas alturas ya nadie puede dudar de la importancia que están adquiriendo las mujeres en el proceso de la inmigración. Cada vez son más las que abandonan su país para llegar aquí, a España, a Andalucía, en busca de un futuro mejor, aunque bastante incierto. Vienen de todas partes, del sur, del norte, del este y del oeste, cruzando estrechos, océanos o fronteras, da igual cómo, el fin es llegar. Y una vez aquí seguir viviendo, bien junto a su marido o familiares, o bien buscarse un trabajo, una vivienda y unos deseados 'papeles'.

Estas mujeres son jóvenes, sanas y decididas, que apuestan por alcanzar una vida más digna. Son mayoritariamente quienes organizan, gestionan y cohesionan la vida en familia, y las principales protagonistas para conseguir el tan deseado arraigo social del núcleo familiar.

Y así lo están demostrando, entre otras cosas, con el progresivo aumento de recién nacidos de madres inmigrantes que se está produciendo en todo el país y en nuestro caso en Andalucía. Durante el año 2003, en el Hospital de Poniente de Almería, se alcanzó el 30% de partos de mujeres inmigrantes y sigue en aumento.

Las matronas somos testigos de primer orden de este hecho. Asistimos a estas mujeres de la mejor forma que podemos y sabemos, aunque suponga para nosotras, en muchos casos, afrontar situaciones que desconocíamos hasta el momento.

Pienso que las principales dificultades son dos: el idioma y las diferencias culturales. El idioma es evidente, que añade una gran complejidad a la asistencia; podemos intentar algo de francés por allí, algo de inglés por acá, pero hasta si hablan castellano, no alcanzamos a comprenderlas en muchos casos, ni que nos entiendan a nosotras. Los acompañantes a veces son más bien un obstáculo que una ayuda, cuando hacen su propia interpretación de lo que refiere la mujer.

Si atendemos a las diferencias culturales, son tantas y de tan diferente naturaleza, que podríamos perdernos en un tratado de Antropología cultural. Nosotras somos fruto de nuestra sociedad, de nuestra cultura, y además tenemos un pensamiento biomédico occidental, y nos cuesta mucho poder entender ciertas conductas y actitudes de estas mujeres. Entonces, ¿qué podemos hacer? ¿Podemos mejorar la asistencia que les prestamos? Por lo pronto, propongo reflexionar un poco.

Habrà quien diga que no hay mucho que reflexionar, ya que en nuestro país, en nuestros centros, se presta una de las mejores asistencias obstétricas que pueden ofrecerse en cualquiera de los países de nuestro entorno, que quiere decir del mundo, tal y como reflejan nuestras cifras de morbimortalidad materna y perinatal. Por tanto, habrá que tratarlas igual que a cualquier mujer autóctona, y pensar que estas mujeres se pue-

den considerar afortunadas por estar aquí, y contar con unas infraestructuras, una tecnología y un personal que más quisieran en sus países. Y encima, muchas sin pagar.

O se puede pensar que hay que tratarlas de forma diferente, en el sentido de que necesitarían de una mayor atención por parte de nuestro sistema sanitario, proporcionándoles ciertas herramientas o recursos que mejoren esta asistencia. Es decir, establecer medidas que les faciliten el acceso a los servicios sanitarios, que eliminen las barreras idiomáticas, tal como la existencia de traductores, o mejor, mediadores en salud; e incluso planes de formación intercultural para los profesionales que estamos directamente implicados en su asistencia, para disminuir las barreras culturales. Si vamos un poco más allá, (por qué no?), realizar campañas de detección precoz de embarazos en estas mujeres, ya que el principal factor de riesgo asociado a sus gestaciones es el embarazo no controlado o mal controlado; o implantar programas específicos de salud materno-infantil, considerando las particularidades culturales y religiosas de este colectivo.

La controversia está servida, o puede que lo tengamos todas muy claro. Pienso que las matronas debemos reflexionar sobre estas cuestiones, y ofrecer respuestas serias y documentadas a la realidad actual en la que el fenómeno de la inmigración nos ha situado, si de verdad queremos aportar algo para resolver los problemas de salud que afectan a las mujeres inmigrantes.

Nina Martínez García



# Análisis de los partos en mujeres inmigrantes en la zona de Levante-Alto Almanzora (años 2001-2003)

## INTRODUCCIÓN

Debido a la mejora de la situación económica, España se ha convertido en un país receptor de emigrantes. Factores como el envejecimiento de la población y la necesidad de trabajadores de baja cualificación hacen que aumente la demanda de inmigrantes, que en su mayoría son jóvenes en edad fértil.

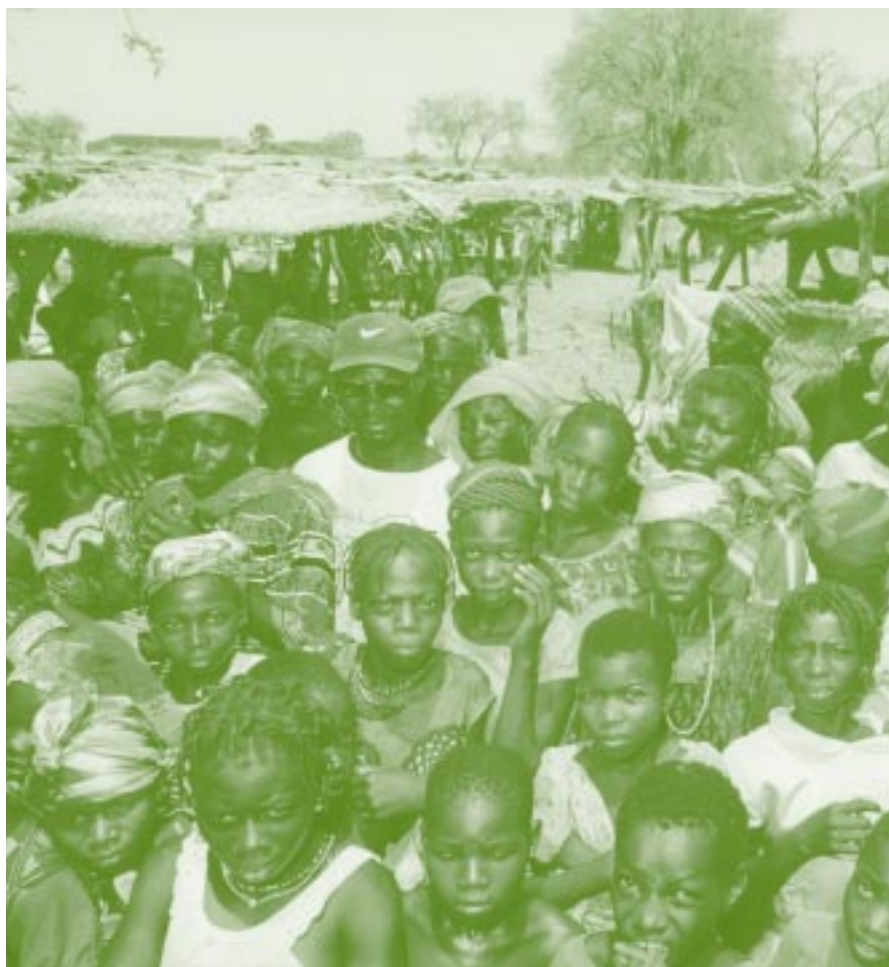
Esta nueva situación afecta directamente a profesionales sanitarios que atienden a la mujer en proceso de parto. En nuestra zona, estos inmigrantes proceden fundamentalmente de América Latina, sobre todo de Ecuador.

En este artículo se describen algunas variables de los partos en estas mujeres y su evolución en los últimos tres años. Las variables que vamos a describir son: lugar de procedencia, edad, paridad, tasa de cesáreas y tasa de epidurales.



## RESULTADOS

La incidencia de partos en mujeres inmigrantes ha ido aumentando desde el 10,90% en 2001 al 20,48% en 2002 y, finalmente, al 23,86% en 2003.



En cuanto a la zona geográfica de procedencia, tenemos que en 2001 el 55,35% eran latinoamericanas; el 16,07% de Europa Comunitaria; el 15,17% de Europa del Este; el 8,92% de África y un 4,46% asiáticas. En 2002, el tanto por ciento de latinoamericanas aumentó a un 63,68%; de Europa del Este fueron un 16,91%; de Europa Comunitaria un 9,45%; de África el 7,46% y de Asia el 2,48%.

Por último, el año 2003 procedían de Latinoamérica el 62,55%; de Europa del Este el 16,17%; de Europa Comunitaria el 12,76%; de África el 6,8% y de Asia el 1,70%.

Por otra parte, en cuanto a la edad de las gestantes, podemos decir que en 2001, el 6,30% eran menores de 20 años, el 80,18% tenían entre 20-34 años y el 13,51% 35 años o más; en 2002, el 8,91% tenían menos de 20 años, el 80,19% entre 20-34 años y el 10,89% 35 o más años. Finalmente, en 2003 un 6,32% eran menores de 20 años, un 81,43% tenían entre 20-34 años y un 12,23% 35 años o más. Estas cifras varían muy poco con las cifras generales de los partos del servicio.

Refiriéndonos a la paridad, en el año 2001 el 42,61% de las gestantes inmigrantes eran primíparas, frente al 46,31% de los partos en general; en el año 2002, el 44,55% frente al 44,05% general y en 2003, el 53,15% frente al 50,09% general de partos.

Otra variable que vamos a describir es la tasa de cesáreas en estas gestantes. Tenemos que en 2001 fue de un 10,50%, mientras que la tasa general fue del 9,90%; en 2002 aumentó a un 13,25% y la general al 12,19%. Por último, en 2003 fue de un 12,55%, mientras que la tasa general fue del 11,20%.

Por último, en cuanto a la tasa de epidurales en gestantes inmigrantes ha ido aumentando desde el 20,72% en 2001 (tasa general 27,02%), al 27,22% en 2002 (tasa general 28,02%) y, finalmente, el 31,22% en 2003 (tasa general 38,46%).

### CONCLUSIONES

1. La incidencia de partos en mujeres inmigrantes ha aumentado en los últimos tres años más del doble, desde el 10,90% al 23,86%.
2. Casi dos terceras partes de las gestantes inmigrantes proceden de América Latina, y de éstas, el 50% de Ecuador. En orden de frecuencia, le siguen las mujeres provenientes de Europa del Este, principalmente de Lituania y de Ucrania.
3. En general, hay menor incidencia de gestantes añosas (mayores o iguales a 35 años) entre las mujeres inmigrantes.
4. La primiparidad es semejante en ambos grupos analizados.
5. La tasa de epidurales es ligeramente inferior en gestantes inmigrantes (26% vs 31%), pero las diferencias no son significativas.
6. La tasa de cesáreas fue prácticamente similar (12% en mujeres inmigrantes vs 11% en general).

María Huertas Segura García



## AGENDA

**II Congreso Asociación Catalana de Matronas.** Hacia una práctica profesional de innovación y mejora.  
Tarragona 20, 21 y 22 de mayo de 2004  
[www.llevadores.org/congresACL](http://www.llevadores.org/congresACL)

**III Congreso Español de Lactancia Materna** en Santander los días 30 de septiembre y 1 y 2 de octubre  
[www.aeped.es/lactanciamaterna2004.htm](http://www.aeped.es/lactanciamaterna2004.htm)



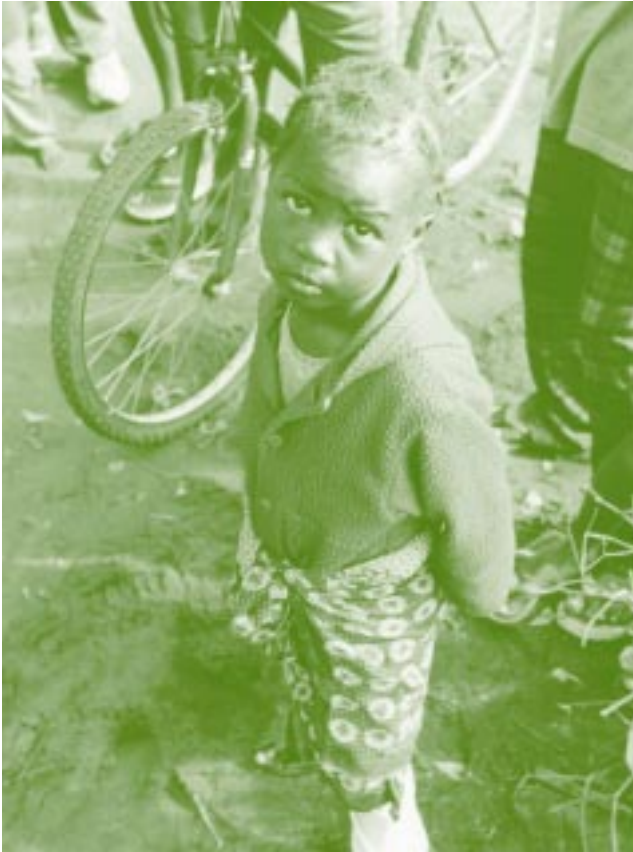
## Presentación de la vocal de la AAM de Málaga

El día 13 de febrero, Gloria Seguranyes Guillot, profesora de la Universidad de Barcelona, impartió la conferencia "Nuestras competencias. Una profesión con futuro", en el Palacio de Beniel, de Vélez Málaga.

La profesora expuso brillantemente la realidad de nuestra profesión y hacia dónde debería tender, teniendo en cuenta la nueva convergencia europea de enseñanza superior. A la exposición siguió un debate muy participativo e enriquecedor.

Al acto asistieron más 50 matronas de la provincia de Málaga y algunas de Granada. Al final, compartimos un cóctel ofrecido por el Ayuntamiento de Vélez Málaga.

# Seguimiento del control de embarazo en mujeres inmigradas



La atención a mujeres inmigradas, tanto en la asistencia primaria como en la especializada, constituye una realidad, cada vez más frecuente, en la práctica de las matronas andaluzas. La asistencia prenatal constituye uno de los ámbitos de atención, entre otros muchos, donde nos encontramos con estas mujeres.

Una de las características de calidad del proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio desarrollado por la Consejería de Salud, consiste en "asegurar el cumplimiento del programa en sus contenidos y en los tiempos establecidos", de modo que la incorporación precoz de la gestante (antes de la semana 12), así como el número de visitas realizadas, constituyen dos indicadores de seguimiento del proceso.

Ambas características de calidad se ven comprometidas en embarazadas inmigradas. En el caso concreto del Hospital Torrecárdenas de Almería, donde se atienden durante el parto a un 15% de mujeres inmigradas con respecto a la población autóctona, hemos observado un peor seguimiento del programa de control de embarazo en las mujeres inmigradas, con una incorporación más tardía y un menor número de visitas, hecho corroborado por otros estudios realizados en nuestro país.



Esta situación es debida a las dificultades en el uso y acceso a los servicios sanitarios que tiene la población inmigrada, que podrían ser resumidos de la siguiente manera:

- Desconocimiento del sistema sanitario y de su derecho a la prestación sanitaria, sobre todo cuando están recién llegadas. En general, a mayor tiempo de residencia en nuestro medio, existe una mayor normalización en el acceso a los servicios sanitarios.
- Barreras lingüísticas.
- El lugar de residencia (ciudad, pueblo o vivienda rural aislada) determina el acceso a los servicios, de modo que las que viven en situaciones de aislamiento tienen menos oportunidades de recibir asistencia prenatal.
- Las trabas laborales, los horarios rígidos o el temor al despido constituyen una dificultad en el acceso, por lo que con frecuencia recurren a los servicios de urgencias.
- En muchos casos, las mujeres inmigradas, que son jóvenes y se sienten sanas, no consideran la atención sanitaria como un problema. Les preocupa más la obtención de papeles, el trabajo y la vivienda, adquiriendo los temas de prevención y de promoción de la salud, centrales en los controles de embarazo, un carácter secundario. Además, debido a la escasez de recursos sanitarios en muchos de los países de procedencia, algunas mujeres están poco familiarizadas con la asistencia prenatal, percibiendo que el embarazo es una situación que no requiere asistencia.
- Cuestiones de género. Algunas mujeres tradicionales tienen una autonomía limitada, dependiendo de su pareja para acudir a los servicios sanitarios, sobre todo cuando se dan situaciones de aislamiento social o no dominan el castellano.

Sería necesario, por tanto, tomar en cuenta las distintas variables, tanto socio-económicas, culturales y de género que inciden sobre las mujeres inmigradas, para implantar mecanismos tendentes a disminuir las desigualdades en este colectivo. Se hacen necesarias estrategias específicas de captación activa: información del programa a través de ONGs y servicios de atención al inmigrante, uso de mediadores en salud para que las acompañen en sus primeros contactos con los servicios sanitarios, etc. Es preciso también adaptar la atención sanitaria durante el embarazo a las necesidades concretas de las gestantes inmigradas, mediante la cercanía geográfica, la flexibilidad en los horarios, el acercamiento de los servicios y la introducción de mecanismos específicos de atención (mediadores, materiales específicos escritos en diferentes idiomas, etc.). También sería posible rentabilizar y reducir el número de visitas en mujeres que tengan problemas de acceso.

En definitiva, los programas de atención prenatal, para que sean eficaces, deben tener en cuenta las necesidades, demandas y expectativas específicas de las mujeres inmigradas. Éste es un campo donde las matronas tenemos mucho por hacer.

María Isabel Oliver Reche



## Premio NUK 5ª edición

In memoriam Klaus Kuboscher

Otorgado el premio NUK Matronas al trabajo: "Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas", cuyas autoras son Encarnación Martínez García y Ana Francisca López López, pertenecientes al Servicio de Partorio del Hospital de Poniente de El Ejido (Almería).

Otorgado el premio NUK Matronas Residentes al proyecto: "Aceite de Onagra y mastalgia en el síndrome premens-trual", cuyas autoras son Sara del Dujo Pérez, Mª Rosa Escriche Marco y Sofía Ramillete Bandrés, pertenecientes a la Unidad Docente de Matronas de Catalunya, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Enhorabuena a las ganadoras.

## STAFF

Coordinadora editorial:

Rosario Heredia Tirado

Diseño y maquetación:

David del Olmo

Comité de Redacción:

Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas

Dirección:

Avda. de la Constitución, nº 27, 4 F.

18014 - Granada. Tel./Fax: 958 286 887

E-mail: secretaria@aatronas.org

www.aamatronas.org

Edición, producción



y suscripciones:

C/ Virgen de Fuensanta, 4, bajo B - 41011 Sevilla

Tel.: 902 120 389. Fax: 954 27 69 85

E-mail: rheredia@ibersponsor.com

www.ibersponsor.com

Depósito legal: SE-748-2003

### IV Encuentro de la Asociación Andaluza de Matronas

La matrona en el futuro:

retos y tradiciones

Cádiz 25, 26 y 27 de marzo de 2004

Sede: Parador Hotel Atlántico



## ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

www.aamatronas.org - secretaria@aatronas.org

Recorta y envía este cupón debidamente cumplimentado a la dirección que se indica.

Por favor, rellene el impreso a máquina o con mayúsculas.

Nombre y apellidos.....Domicilio.....  
Localidad ..... Provincia ..... C.P.....Teléfono ..... D.N.I. ....  
Fecha nacimiento.....E-mail.....Centro de trabajo.....  
Localidad ..... Provincia..... C.P.....  
OBSERVACIONES.....

### ENVIAR CUMPLIMENTADO A:

Apartado de Correos Nº 805, 18080 GRANADA. Tel. y fax: 958 28 68 87

CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2004: 50 Euros

### ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos:.....Banco/Caja:.....  
Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

Entidad      Oficina      DC      Nº Cuenta):  
           

Sr. Director: ruego atienda los recibos que enviarán para su cargo en mi cuenta la Asociación Andaluza de Matronas, en concepto de cuota de socia/o, a partir del día de la fecha.

Lugar y Fecha:.....

Firma



UNA VEZ MÁS CON LAS MATRONAS

