

Características de las mujeres migradas gestantes

Atendidas por los Servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Institut Català de la Salut durante el año 2019



© Farmamundi 2022

Edita Farmamundi Catalunya 2022
C/ Erasme de Janer, 8 08001 Barcelona
Telf: 93 244 44 55
<http://www.dretalasalut.org>

Amb el suport de l'Agència Catalana
de Cooperació al Desenvolupament

Coordinació: Elisabet Llamas
Textos: Mercedes Vicente, Elisabeth Llamas
Míriam Garcia i Diego Arévalo
Taules i estadístics: Josep M^a Manresa i Jofre Bielsa
Col·laboració: Institut Universitari de investigació en
Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol) i el Grup de Recerca
en Atenció de la Salut Sexual i Reproductiva (GRASSIR)
Disseny i maquetació: Estudio con-tacto
Fotografia: Pexels

El contingut d'aquesta publicació
és responsabilitat exclusiva de
Farmamundi i no reflecteix
necessàriament l'opinió de l'ACCD.

Un proyecto de:



Con el soporte de:



Agència Catalana
de Cooperació
al Desenvolupament



Generalitat
de Catalunya

Características de las mujeres migradas gestantes

atendidas por los Servicios de Atención a la Salud
Sexual y Reproductiva del Institut Català de la
Salut durante el año 2019

Coordinació:
Elisabeth Llamas Reinero

Institut Universitari de investigació
en Atenció Primària (IDIAP Jordi
Gol) i el Grup de Recerca en Atenció
de la Salut Sexual i Reproductiva
(GRASSIR)

01

Introducció

- P.08 1.1 La importancia de la matronería en un contexto de diversidad cultural
- P.09 1.2. La atención al embarazo y parto en el sistema público de salud

P. 08

02

Metodología

- P.14 2.1 Análisis estadístico

P. 14

05

Conclusiones

P. 42

07

Anexo

P. 50

03

Metodología

- P.15 3.1 Análisis sociodemográfico de las gestantes
- P.20 3.2 Datos relativos a la gestación durante 2019
- P.25 3.3 Antecedentes obstétricos y ginecológicos
- P.28 3.4 seguimiento y control de embarazo

P. 15

04

Discusión

- P.35 4.1 Características sociodemográficas de las mujeres gestantes
- P.36 4.2 Características de la gestación e historial médico
- P.40 4.3 Atención durante el embarazo

P. 35

06

Referencias bibliográficas

P. 43

Introducción

La feminización de la migración durante los últimos años y, en paralelo, el aumento de las barreras en la atención al embarazo, parto y postparto; lleva al sistema de salud catalán a cuestionarse en qué medida los programas de salud sexual y reproductiva, así como el personal sanitario implicado en estos programas, se adaptan a la realidad social y cultural que viven las mujeres migrantes.

Desde el año 2000 hasta la actualidad la población extranjera en Cataluña ha aumentado de un 2,9% a un 16,1% (Instituto de Estadística de Cataluña, 2021a). Para el 2020 las hijas y los hijos nacidos vivos de madres extranjeras representaban el 32,9% (19.211) del total de nacidos vivos (Instituto de Estadística de Cataluña, 2021b). Por país de nacionalidad de la madre, la mayor frecuencia correspondió hijos e hijas de madres marroquíes (5.529 nacidos vivos), seguida de los de madres rumanas (1.185) y de madres pakistaníes (1.073).

Las mayores representaciones por provincias en Cataluña de población extranjera con tarjeta de residencia en 2020 son: en Barcelona, Marruecos 124.543 (14,31%), Italia 89.549 (10,29%) y China 54.612 (6,28%); en Lleida, Rumanía 34.525 (37,1%), Marruecos 16.849 (18,10%) y Senegal 4.066 (4,36%); en Girona, Marruecos 40.057 (24,7%), Rumanía 21.325 (13,14%) y Francia 9.784 (6,03%); y en Tarragona, Marruecos 41.034 (26,8%), Rumanía 35.553 (23,22%) e Italia 3.73% (Instituto de Estadística de Cataluña, 2021c).

Atendiendo los datos anteriores, es evidente el aumento progresivo del flujo migratorio al territorio catalán en los últimos años y por tanto la necesidad - también creciente - de dar asistencia sanitaria a una población cada vez más diversa, desde el punto de vista del idioma, la cultura, la adscripción religiosa o las condiciones socioeconómicas (Carratalà, 2010). Esto genera nuevas demandas en el proceso de atención y se traduce en una mayor necesidad de abordar con una mirada de interseccionalidad e inclusión, la interacción asistencial entre el personal sanitario y las usuarias recién migradas.

Nuestra investigación tiene como objetivo determinar las características de las gestantes migradas con un proceso de embarazo cerrado en el año 2019 frente a las mujeres gestantes no migradas en el contexto de Cataluña, en concreto con seguimiento a nivel de atención primaria, en los centros ASSIR-ICS. Para ello se describió el perfil sociodemográfico, los antecedentes obstétricos y ginecológicos, así como la atención que las mujeres migradas reciben del sistema de salud catalán. Los antecedentes directos de la presente investigación son tres estudios cualitativos realizados por Farmamundi: "Estar embarazada y parir en Barcelona" (Cover, 2018), "Atender el embarazo y el parto en Barcelona" (Farmamundi, 2019), ""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" (Llamas y Brigidí, 2021). Durante estas investigaciones realizadas con técnicas cualitativas e integradoras, se ha puesto sobre la mesa las

inquietudes que perciben las usuarias al encontrarse las barreras principales que impiden la atención integral; el segundo estudio se centró en conocer y dar voz a los profesionales de la salud del sistema sanitario a nivel de Barcelona. En este estudio, las profesionales pudieron reflexionar sobre su experiencia en relación a la atención al embarazo y el parto de las mujeres inmigrantes de origen extranjero, y se puso de manifiesto la problemática que posteriormente se aborda en la tercera investigación de manera específica y con más profundidad: las dificultades de los actuales servicios sanitarios públicos para atender correctamente las necesidades de la atención al embarazo y al parto de las mujeres inmigrantes de origen extranjero.

Con esta evidencia, a pesar de centrarse solo en una provincia (Barcelona) que cuenta con alta presencia de mujeres migrantes, se vio la necesidad de disponer de datos cuantitativos que complementaran los estudios cualitativos. La hipótesis sostenida en esta línea de investigación es que estas dificultades tienen como consecuencia una atención a menudo inadecuada o no del todo adecuada, lo que puede suponer la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres atendidas por el sistema público. Así lo constatan otros autores, donde se ponen de manifiesto las consecuencias que pueden tener las concepciones culturales diferentes sobre la salud y la enfermedad, las dificultades idiomáticas de algunos colectivos de mujeres o la falta de seguimiento previo de algunos embarazos que llegan al centro de salud (Berra, 2004; Carratalà, 2010).

/1.1

La importancia de la matronería en un contexto de diversidad cultural

De acuerdo con los antropólogos, la matronería fue una práctica llevada a cabo por mujeres, un saber aprendido de generación en generación. No fue hasta mediados del siglo XX que esta práctica comienza a trasladarse del ámbito privado de las casas al ámbito público de los hospitales, donde fue “expropiada” por los profesionales sanitarios, convirtiendo la atención en un proceso homogeneizado para todas las mujeres y basado en el carácter biológico, dejando de lado, en cierta parte otros aspectos como el emocional. Biurrun (2017) señala que la matronería pasó de ser un trabajo manual y femenino -hasta el momento sin prestigio social- a ser un asunto controlado desde la esfera pública. Es en este momento cuando comienza a adquirir “prestigio” y el proceso reproductivo se pone progresivamente bajo el control del establecimiento médico, en particular de los médicos gineco-obstetras. Con la llegada al hospital, el embarazo y el parto se medicalizan, en la medida que un hecho que hasta el momento había sido considerado fisiológico, pasa a ser un objeto médico, con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad de las embarazadas. Se obtiene una mejora asistencial a expensas de perder la parte más fisiológica de las gestaciones.

Desde distintas disciplinas se ha alertado de la medicalización y el excesivo control del cuerpo de las mujeres que potencia la desconexión del conocimiento del propio cuerpo (Lázzaro, 2017; Sánchez et al., 2012). Se da un cierto “discurso del miedo” en torno al proceso de embarazo, parto y postparto

y en cierta medida subordinación a los expertos, potenciándose ese desconocimiento del funcionamiento del propio cuerpo y capacidades (Cardús, 2015). Estos autores hacen hincapié en denunciar las prácticas “abusivas” que conllevan un intervencionismo excesivo, llegando a ejercerse prácticas de violencia obstétrica, no sólo en el contexto del parto sino también en el seguimiento de embarazo y postparto, reconocido por organismos internacionales y denunciado también desde el activismo de la ciudadanía afectada (Organización de las Naciones Unidas, 2019; Rigol, 2018).

Entonces, es imprescindible incorporar la perspectiva de género en investigaciones en esta área, así como una mirada crítica a la medicina biomédica que se presenta como “objetiva” y homogénea. Falta tomar en consideración y ser sensible a incorporar distintas expectativas, experiencias y conocimientos adquiridos de las gestantes que influyen en percibir un entendimiento mutuo y lograr una atención sanitaria satisfactoria para las usuarias, ya sean autóctonas o inmigrantes. Además, en el caso de mujeres inmigrantes, a menudo se añaden otras esferas de dificultad o diferencia que deberían contemplarse (Bellón Sánchez, 2015).

Es precisamente en esta interacción y en las dificultades que se presentan donde reside la base de esta investigación. Se parte de la base de que las mujeres inmigrantes de origen extranjero -usuarias de los servicios sanitarios- tienen una serie de dificultades específicas añadidas a las de las usuarias

autóctonas que hay que tener en cuenta. Algunas relacionadas con otros modelos culturales de entender y vivir el embarazo y el parto; otras relacionadas con circunstancias socioeconómicas y/o lingüísticas específicas (Berra, 2004; Llamas y Brigidí, 2021). No podemos negar que, en cierta medida, el resultado de una mirada médica al embarazo y parto, al menos en el caso de Cataluña, ha permitido que los indicadores de salud materno infantil sean buenos si se comparan con los de países del mismo nivel de desarrollo sanitario y tecnológico (Vidal, et al. 2021). La tasa de mortalidad materna se mantiene prácticamente nula en los últimos años, y la mortalidad perinatal (4.74) y neonatal es de las más bajas de los países europeos de nuestro entorno (Instituto de Estadística de Cataluña, 2021d).

Respecto a los predictores de problemas de salud neonatales como el bajo peso al

nacer y la prematuridad, se observa que, en Cataluña en el 2019, se situaban en 7,4 y 6,4% respectivamente, es decir, se observa una tendencia a la estabilización (Vidal, et al. 2021).

Definitivamente, en Cataluña hay un objetivo para conseguir un buen control del embarazo y buenos datos de salud, a la vez que una apuesta en volver a naturalizar este proceso para que no se pierda toda la parte fisiológica, teniendo en cuenta los derechos reproductivos de las usuarias. Para ello, en 2019 se actualizó el Protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña con el objetivo de garantizar una atención respetuosa a la maternidad y, en consecuencia, organizar la atención sanitaria de manera que preserve la dignidad, la privacidad y la confidencialidad de las embarazadas y criaturas. (Departament de Salut y Secretaria de la Salut Pública de Catalunya, 2020).

/1.2

La atención al embarazo y parto en el sistema público de salud.

En Cataluña, se trabaja por un sistema de reordenación de la atención al embarazo y parto en función del riesgo de cada gestación, de manera que cada mujer pueda acceder a los recursos necesarios según esta valoración, sin olvidar la parte de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Departament de Salut y Secretaria de la Salut Pública de Catalunya, 2020). La mayor parte del seguimiento de las gestantes se da en el eslabón de la Atención Primaria, donde se engloban los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR).

En el año 2019, se registraron 60.138 nacimientos vivos, de los cuales 44.388 se produjeron en el ámbito público del Sistema Sanitari integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT), 16.784 en ámbito privado (27,9%) y 244 en domicilio (0,45%) (Vidal, et al., 2021). Esto supone un 73,81% de nacimientos en el ámbito público.

El sistema de salud público catalán se distribuye en 41 centros Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva: ASSIR, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud), de los cuales 28 dependen directamente del Institut Català de la Salut (ICS), centros sanitarios públicos, de gestión pública y 13 gestionados por otros proveedores (centros sanitarios públicos de gestión privada). El porcentaje de población adscrita a los ASSIR de Catalunya es de un 77, 4% en ASSIR-ICS y un 22,6% en ASSIR gestionado por otros proveedores (Datos de población de RCA a 31 de diciembre de 2021. Fuente: SISAP-ASSIR).

A nivel legal, la ley actual (Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de Julio, Sobre El Acceso Universal al Sistema Nacional de Salud) incluye el derecho al acceso a la asistencia sanitaria a todas las personas con nacionalidad española y a todas las personas extranjeras con residencia certificada en el Estado español.

El seguimiento del embarazo descrito y recogido en el Protocolo de la Generalitat de Catalunya establece unos controles de seguimiento estándares que contemplan un mínimo de 3 ecografías, y como norma general, se recomienda que una mujer con un embarazo normal haga 9 visitas prenatales (Departament de Salut, 2018). En cuanto a las visitas del postparto, en el protocolo actualizado de 2018, se manejan de 2 a 3 según se aluda a Documentos del Ministerio

de Sanidad o de la Organización Mundial de la Salud (Departament de Salut y Secretaria de la Salut Pública de Catalunya, 2020).

Para registrar toda la información relativa a la historia de salud de pacientes, se cuenta con el ECAP, programa de la historia clínica informatizada donde quedan registrados todos los datos del seguimiento de salud de una persona a lo largo de su vida en el ámbito de Atención Primaria, Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, Odontología, etc (Departament de Salut y Generalitat de Catalunya, 2021). En el ECAP quedan registrados los antecedentes clínicos, obstétricos y ginecológicos, que mencionamos en el presente estudio.

Claramente, se trate de gestantes autóctonas o migradas, se deben aplicar las mismas recomendaciones, pero considerando la individualidad y las particularidades de su contexto sociocultural y de las experiencias previas con los otros servicios de salud. Es muy importante favorecer la comunicación con una actitud acogedora y esforzarse por mejorar el conocimiento mutuo. Así, en la atención al embarazo en la población con contextos socioculturales diversos, es necesario poner en marcha procesos de aproximación entre profesionales sanitarias y las mujeres que atienden el sistema. Es preciso que los profesionales observen, escuchen, pregunten aquello que desconocen de la cultura de las usuarias, para evitar estereotipos y garantizar el respeto, así como la comprensión sin prejuicios, de diferentes puntos de vista, pero también hay que dar información adecuada para garantizar a la embarazada una asistencia de calidad y al mismo tiempo facilitarle la comprensión de los códigos de conducta y también el funcionamiento del sistema sanitario catalán, para ayudarla en su participación.

02

Metodología

El presente estudio descriptivo se basó en los registros de historia clínica informatizada de mujeres cuyo estado de gestación finalizó durante el 2019 en Cataluña. Estos datos fueron recogidos en los centros ASSIR-ICS y se encuentran disponibles mediante solicitud en la Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP) del ICS. Los datos de las gestantes son anónimos y el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) (Código 20/185-P).

Las variables utilizadas en los análisis están referidas a aspectos sociodemográficos, proceso de gestación, antecedentes médicos de las gestantes y la atención recibida durante el embarazo. La descripción de cada una de éstas se encuentra recogida en el cuadro 1.

CUADRO 1 Variables sociodemográficas, gestación, antecedentes clínicos y de atención del embarazo de las mujeres gestantes en Cataluña durante el año 2019.

Característica	Variable	Descripción
Sociodemográficos	Edad	Edad promedio de las mujeres.
	Edad	Edad de las mujeres comprendida en los siguientes intervalos: 12 a 15, 16 a 20, 21 a 30, 31 a 40 y mayores de 40.
	Nivel de estudios	Nivel de estudios de las mujeres según: Sin estudios o primarios incompletos, Primarios, Secundarios/Bachillerato, Secundarios/Formación Profesional y Universitarias.
	Clasificación socio económica por ocupación	Clasificación social basada en categorías de Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017): Alta = categorías 1+2 (directivos, técnicos superiores, artistas y deportistas), Media = categorías 3+4 (mandos medios y trabajadores cualificados) y Baja = categorías 5+6 (trabajadores no cualificados, otros). Cuando la gestante estaba en paro o no trabajaba remuneradamente (Ama de casa) se registró así.
	País de procedencia	La procedencia de las mujeres inicialmente se agrupó en 21 categorías y posteriormente en 15 (Tabla 2). Sin embargo, para facilitar el análisis se categorizaron en siete: España, Europa, Latinoamérica, Magreb, África sub sahariana, Pakistán y Otras. El criterio para agrupar países en regiones fue la cercanía geográfica y una frecuencia menor al 3% del total.
Gestación	Datos gestación	
	IMC	Índice de Masa Corporal (IMC) en kilogramos/m².
	Tabaco	Consumo de tabaco.
	Alcohol	Consumo de alcohol.
	Drogas	Consumo de drogas.
	Violencia de género	Vivencia de violencia de género según Partner Violence Screening: PVS (+) (Davis, et al. 2003).
	Salud mental	Salud mental materna según cuestionario Whooley (+) (Departament de Salut, 2018).
	Riesgo preeclampsia	Riesgo de preeclampsia: Bajo riesgo y Riesgo.

Característica	Variable	Descripción
Gestación	Resultados Gestación	
	Embarazo	Finalización del embarazo: Parto, Cesárea, Aborto, Interrupción Voluntaria del Embarazo (tras haber iniciado control) y Otros (ej.: embarazo ectópico).
	Semanas de gestación	Duración de la gestación en semanas según la siguiente clasificación: <37sg, 37-42sg y >42sg.
	Peso neonato	Peso del neonato al nacimiento en kilogramos.
	Embarazo gemelar	Embarazo de gemelos
Antecedentes clínicos	Métodos anticonceptivos post parto	Método anticonceptivo utilizado después del parto: Ninguno, Barrera (preservativos), Vasectomía/Ligadura de Trompas, Sólo gestágenos (implante, inyectable y minipíldora), Combinados (Píldoras, Anillo y parche), Dispositivo intrauterino (DIU), Doble método (preservativo+ método hormonal o DIU) u Otros.
	Obstétricos	Hijos a término (según fórmula obstétrica (TPAL) de la Historia Clínica (HC)) y Diagnósticos en la HC de Usuaría: prematuridad, preeclampsia, diabetes gestacional, muerte del neonato y embarazo no deseado.
	Ginecológicos	Diagnósticos en HC de Infección de transmisión sexual (ITS), Enfermedad Pélvica Inflamatoria, displasia cervical, anemia, Problemas de salud mental, endometriosis, mutilación genital femenina, aborto habitual, embarazo ectópico y maltrato/violencia.
Atención durante el embarazo	Visitas ecográficas	Existe un registro irregular (en algunas áreas territoriales el registro no se realiza en el ECAP, sino en otros la historia clínica hospitalaria). Se consideraron únicamente áreas en las que no se superaban 40% de registros perdidos. Se clasificó en los siguientes intervalos: 0, 1-2, 3-4, >4a.
	Visitas de seguimiento embarazo	Se categoriza en 0 (nulo seguimiento), 1-6 (seguimiento insuficiente), 7-12 (seguimiento recomendable) y >12 (seguimiento “excesivo”).
	Puerperio	Se categorizó en: 0, 1, 2, 3 y >3. Entre 2-3 el seguimiento se considera recomendable.
	Actividades grupales	Actividades grupales para las gestantes: lactancia materna, parto y post parto. Se añadió una categoría que especifica la asistencia a ninguna, a 1 o de 1 a 3 de las actividades grupales.
	Tamaño del municipio	Seguimiento del embarazo por tamaño del municipio en el que se atiende a la gestante: Municipio >10000 habitantes o <10000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, n.d.). Se dispone de información del ASSIR en el que se controla la gestante. El ASSIR engloba varias poblaciones o Unidades Básicas de Salud (UBA) (Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, 2020).

/ 2.1

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables en relación al área geográfica de procedencia de las gestantes. Las variables cualitativas se resumen con su frecuencia absoluta y relativa, mientras que la continuas con su media y desviación estándar. En la comparación de proporciones se utilizó la prueba de Ji Cuadrado de Pearson, considerando como relevante cualquier diferencia superior al 5% acompañada de un residuo estandarizado corregido superior a |2| en valor absoluto (Haberman, 1973). En la comparación de medias se utilizó el análisis de la varianza. El nivel de significación fue del 5%. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 25.0.

05

Resultados

/ 3.1

Análisis sociodemográfico de las gestantes

Un total de 36.315 mujeres gestantes finalizaron su embarazo en 2019 de las cuales 30.620 (84,3%) se conoce su procedencia geográfica. La mayoría eran de España (55,7%), Magreb (14,5%) y Latinoamérica (11,3%), mientras que de otros países de Europa (7,6%), África subsahariana (3,2%), Pakistán (3,2%) y otras regiones (4,4%), fueron minoritarias (Tabla 1).

TABLA 1 Procedencia geográfica de las mujeres gestantes durante el 2019.

7 áreas geográficas	Frecuencia (%)	15 áreas geográficas	Frecuencia (%)	21 áreas geográficas	Frecuencia (%)
España	17057 (55,7%)	España	17057 (55,7%)	España	17057 (55,7%)
Europa	2340 (7,6%)	Rumania	882 (2,9%)	Rumania	882 (2,9%)
		Europa del Este	709 (2,3%)	Europa del Este	709 (2,3%)
		Europa Central y Meridional	749 (2,4%)	Europa Central	389 (1,3%)
				Europa Meridional	360 (1,2%)
Latinoamérica	3473 (11,3%)	Ecuador, Venezuela, Colombia	829 (2,7%)	Ecuador, Venezuela, Colombia	829 (2,7%)
		Bolivia, Perú, Paraguay	960 (3,1%)	Bolivia, Perú, Paraguay	960 (3,1%)
		Centroamérica y Caribe (sin Honduras)	494 (1,6%)	Centroamérica	219 (0,7%)
				Caribe	275 (0,9%)
		Argentina, Chile, Uruguay, Brasil	508 (1,7%)	Argentina, Chile, Uruguay	252 (0,8%)
				Brasil	256 (0,8%)
		Honduras	682 (2,2%)	Honduras	682 (2,2%)
		Magreb	4452 (14,5%)	Magreb	4452 (14,5%)
Magreb sin Marruecos	158 (0,5%)				
África subsahariana	977 (3,2%)	África subsahariana	977 (3,2%)	Senegal, Gambia	299 (1,0%)
				África Subsahariana	678 (2,2%)
Pakistán	967 (3,2%)	Pakistán	967 (3,2%)	Pakistán	967 (3,2%)
Otras	1354 (4,4%)	China	411 (1,3%)	China	411 (1,3%)
		India, Bangladesh, Nepal	640 (2,1%)	India, Bangladesh, Nepal	640 (2,1%)
		Otras procedencias minoritarias	303 (1,0%)	Sudeste Asiático, Asia Central, Asia Oriental	257 (0,8%)
				Canadá, EEUU, Australia	46 (0,2%)
				Registros CON procedencia	30620 (84,3%)
				Registros SIN procedencia	5695 (15,7%)
		TOTAL de registros			

La media de edad de las gestantes fue 31,1 (desviación estándar = 6,0) años, predominando mayores de 30 años entre españolas y europeas (>57%) (Tabla 2). El nivel más alto de estudios universitarios fue entre españolas (34,2%) y europeas (40,6%), los estudios secundarios entre latinoamericanas (35,8%), los estudios primarios entre las magrebíes (61,6%), subsaharianas (53,5%) y paquistaníes (51,1%). De toda la muestra 728 (3,1%) mujeres pertenecían al grupo “Sin estudios” de las que destacaron las subsaharianas con un 18,9% (Tabla 2).

Respecto a clase social, cargos directivos (Alta) se presentaron con más frecuencia entre españolas (4,6%) y europeas (3,1%), así como trabajos administrativos o manuales cualificados (Media) (47,4% y 35,3%, respectivamente). Entre latinoamericanas predominaba el trabajo no cualificado (Baja) (52,4%) y entre las magrebíes y paquistaníes las tareas domésticas (70,1% y 74,6%) (Tabla 2).

T A B L A 2

Características sociodemográficas de las gestantes durante el 2019.
En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Características	España	Europa	Latinoamérica	Magreb	África subsahariana	Pakistán	Otros	Total	p	Valores perdidos
Edad media (Desviación Estándar)	31,8 (6,0)	31,1 (5,7)	29,5 (6,2)	30,4 (6,0)	31,5 (5,9)	29,9 (5,2)	29,7 (5,3)	31,1 (6,0)	0,000	1 (0,0%)
Edad										
12-15	33 (0,2%)	7 (0,3%)	10 (0,3%)	3 (0,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	54 (0,2%)	0,000	1 (0,0%)
16-20	781 (4,6%)	102 (4,4%)	262 (7,5%)	213 (4,8%)	24 (2,5%)	23 (2,4%)	31 (2,3%)	1436 (4,7%)		
21-30	5704 (33,4%)	887 (37,9%)	1604 (46,2%)	2045 (45,9%)	405 (41,5%)	519 (53,7%)	777 (57,4%)	11941 (39,0%)		
31-40	9590 (56,2%)	1276 (54,5%)	1501 (43,2%)	1970 (44,2%)	493 (50,5%)	405 (41,9%)	512 (37,8%)	15747 (51,4%)		
>40	948 (5,6%)	68 (2,9%)	96 (2,8%)	221 (5,0%)	55 (5,6%)	20 (2,1%)	33 (2,4%)	1441 (4,7%)		
Estudios										
Sin estudios o primarios incompletos	138 (1,0%)	13 (0,7%)	15 (0,6%)	329 (9,5%)	152 (18,9%)	45 (6,1%)	36 (3,2%)	728 (3,1%)	0,000	7054 (23,0%)
Primarios	3435 (25,9%)	434 (24,7%)	739 (30,6%)	2144 (61,6%)	431 (53,5%)	378 (51,1%)	462 (41,0%)	8023 (34,0%)		
Secundarios/Bachillerato	1600 (12,1%)	339 (19,3%)	866 (35,8%)	589 (16,9%)	122 (15,2%)	185 (25,0%)	307 (27,2%)	4008 (17,0%)		
Secundarios/Formación profesional	3543 (26,8%)	258 (14,7%)	403 (16,7%)	214 (6,2%)	48 (6,0%)	27 (3,6%)	88 (7,8%)	4581 (19,4%)		
Universitarias	4525 (34,2%)	714 (40,6%)	393 (16,3%)	202 (5,8%)	52 (6,5%)	105 (14,2%)	235 (20,8%)	6226 (26,4%)		
Clasificación socioeconómica por ocupación										
Alta	608 (4,6%)	55 (3,1%)	19 (0,8%)	3 (0,1%)	2 (0,2%)	1 (0,1%)	12 (1,1%)	700 (3,0%)	0,000	7054 (23,0%)
Media	6279 (47,4%)	621 (35,3%)	398 (16,5%)	151 (4,3%)	47 (5,8%)	22 (3,0%)	136 (12,1%)	7654 (32,5%)		
Baja	3806 (28,7%)	589 (33,5%)	1266 (52,4%)	631 (18,1%)	267 (33,2%)	64 (8,6%)	347 (30,8%)	6970 (29,6%)		
Paro	946 (7,1%)	143 (8,1%)	243 (10,1%)	255 (7,3%)	79 (9,8%)	101 (13,6%)	118 (10,5%)	1885 (8,0%)		
Ama de casa	1602 (12,1%)	350 (19,9%)	490 (20,3%)	2438 (70,1%)	410 (50,9%)	552 (74,6%)	515 (45,7%)	6357 (27,0%)		

20

/ 3.2

Datos relativos a la gestación durante 2019

El IMC de las mujeres al inicio de la gestación fue de 25,4 de media, donde las magrebíes y paquistaníes presentaron los mayores valores con un 27,2 (Tabla 3). El hábito tabáquico fue más frecuente entre españolas (18,1%) y europeas (17,3%) seguidas con mucha diferencia de las latinoamericanas (5,6%) y el resto en torno a 1 %. En cuanto al consumo declarado de alcohol (0,2%) y otras drogas (0,5%), no se observaron diferencias entre los grupos. En cribaje de Violencia de género destacó elevado PVS positivo de 4% el grupo de latinoamericanas, frente al 1,8% de la muestra total. En cribaje de salud mental, el Whooley positivo en la población total llegó al 9,6%, presentando valor más elevado latinoamericanas (12,7%) y menor las paquistaníes (3,2%) y de otras regiones (3,7%). El riesgo de preeclampsia fue mayor en subsaharianas (23,4%) (Tabla 3). Los partos vaginales fueron la principal forma de finalización del embarazo (67,9%), presentando los valores más bajos las subsaharianas (62,5%) y paquistaníes (62,1%). La tasa de cesáreas más elevadas se presentó en latinoamericanas (22,9%), subsaharianas (23,2%) y pakistaníes (25,1%) respecto al 18,8% del total.

El porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo de la muestra fue de 2.2%, con una mayor frecuencia en latinoamericanas (3,6%). De acuerdo a la clasificación de embarazos por semanas de gestación, el 15,5% de las gestantes correspondieron a pretérmino (<37sg) y 84,1% a término (37-40sg), aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. El peso del neonato fue 3,3 kg de media y sin diferencias entre los grupos. El porcentaje de embarazo gemelar fue del 1,3% en general y sin diferencias entre grupos (Tabla 3). El método anticonceptivo post parto más recurrente fue el método de barrera (53,2%) y preferente por mujeres de Otras regiones. Los grupos con menor uso de métodos barrera correspondieron a magrebíes (32,6%) y subsaharianas (38,2%) mientras que gestágenos (21,4%) predominaron en ambas procedencias (44,1% y 32,5%, respectivamente). El DIU es elegido por 2,5% del total, con un 3,8% de preferencia por las subsaharianas (Tabla 3).

TABLA 3

Datos relativos a la gestación, finalización de la gestación y métodos anticonceptivos post parto de las gestantes durante el 2019. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Características	España	Europa	Latinoamérica	Magreb
Datos de la gestación				
Índice de Masa Corporal	24,9 (5,1)	23,9 (4,4)	26,0 (4,8)	27,2 (4,8)
Riesgo de embarazo inicial				
normal	4647 (35,8%)	724 (40,5%)	875 (34,5%)	1266 (36,0%)
bajo riesgo	857 (6,6%)	109 (6,1%)	250 (9,9%)	316 (9,0%)
riesgo medio	4573 (35,2%)	626 (35,1%)	888 (35,0%)	1170 (33,3%)
riesgo alto	2412 (18,6%)	287 (16,1%)	456 (18,0%)	652 (18,6%)
riesgo muy alto	489 (3,8%)	40 (2,2%)	68 (2,7%)	110 (3,1%)
Riesgo de embarazo final				
normal	2093 (21,4%)	353 (25,4%)	411 (19,2%)	499 (17,5%)
bajo riesgo	904 (9,3%)	134 (9,7%)	245 (11,5%)	303 (10,6%)
riesgo medio	3905 (40,0%)	549 (39,6%)	847 (39,7%)	1219 (42,6%)
riesgo alto	2282 (23,4%)	302 (21,8%)	515 (24,1%)	664 (23,2%)
riesgo muy alto	582 (6,0%)	50 (3,6%)	118 (5,5%)	174 (6,1%)
Consumo de Tabaco	2815 (18,1%)	373 (17,3%)	169 (5,6%)	40 (1,0%)
Consumo de alcohol	34 (0,2%)	9 (0,4%)	22 (0,7%)	1 (0,0%)
Consumo de drogas	94 (0,6%)	10 (0,5%)	19 (0,6%)	6 (0,1%)
Violencia de Género (PVS (+))	221 (1,7%)	23 (1,3%)	75 (2,8%)	63 (1,9%)
Wholey(+) (Salud Mental)	1226 (10,9%)	110 (7,3%)	297 (12,7%)	222 (7,4%)
Riesgo de Preeclatasia				
Bajo riesgo	4979 (85,8%)	661 (87,4%)	913 (85,2%)	1375 (87,2%)
Riesgo	824 (14,2%)	95 (12,6%)	159 (14,8%)	202 (12,8%)

21

TABLA 3 Datos relativos a la gestación, finalización de la gestación y métodos anticonceptivos post parto de las gestantes durante el 2019. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Características	África subsahariana	Pakistán	Otros	Total	p	perdidos
Datos de la gestación						
Índice de Masa Corporal	26,8 (5,1)	27,2 (4,9)	24,0 (4,1)	25,4 (5,0)	0,000	2730 (8,9%)
Riesgo de embarazo inicial						
normal	207 (27,4%)	190 (26,5%)	440 (43,9%)	8349 (35,8%)	0,000	7329 (23,9%)
bajo riesgo	44 (5,8%)	53 (7,4%)	80 (8,0%)	1709 (7,3%)		
riesgo medio	269 (35,6%)	268 (37,4%)	281 (28,0%)	8075 (34,7%)		
riesgo alto	189 (25,0%)	170 (23,7%)	180 (17,9%)	4346 (18,7%)		
riesgo muy alto	47 (6,2%)	36 (5,0%)	22 (2,2%)	812 (3,5%)		
Riesgo de embarazo final						
normal	72 (11,3%)	80 (11,2%)	197 (23,8%)	3705 (20,2%)	0,000	12290 (40,1%)
bajo riesgo	44 (6,9%)	55 (7,7%)	94 (11,4%)	1779 (9,7%)		
riesgo medio	266 (41,6%)	337 (47,2%)	324 (39,2%)	7447 (40,6%)		
riesgo alto	191 (29,8%)	183 (25,6%)	168 (20,3%)	4305 (23,5%)		
riesgo muy alto	67 (10,5%)	59 (8,3%)	44 (5,3%)	1094 (6,0%)		
Consumo de Tabaco	5 (0,6%)	1 (0,1%)	14 (1,1%)	3417 (12,2%)	0,000	2660 (8,7%)
Consumo de alcohol	2 (0,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	68 (0,2%)	0,000	2769 (9,0%)
Consumo de drogas	2 (0,2%)	1 (0,1%)	4 (0,3%)	136 (0,5%)	0,002	2824 (9,2%)
Violencia de Género (PVS (+))	16 (2,4%)	4 (0,6%)	7 (0,8%)	409 (1,8%)	0,000	7674 (25,1%)
Wholey(+) (Salud Mental)	33 (5,8%)	20 (3,2%)	30 (3,7%)	1938 (9,6%)	0,000	10525 (34,4%)
Riesgo de Preeclasia						
Bajo riesgo	249 (76,6%)	288 (85,2%)	406 (91,6%)	8871 (86,0%)	0,000	20306 (66,3%)
Riesgo	76 (23,4%)	50 (14,8%)	37 (8,4%)	1443 (14,0%)		

TABLA 3 Datos relativos a la gestación, finalización de la gestación y métodos anticonceptivos post parto de las gestantes durante el 2019. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Características	España	Europa	Latinoamérica	Magreb
Datos del resultado de la gestación				
Resultado final embarazo				
Parto	11482 (67,6%)	1673 (71,8%)	2180 (63,1%)	3227 (72,6%)
Cesárea	3154 (18,6%)	396 (17,0%)	790 (22,9%)	668 (15,0%)
Aborto	1761 (10,4%)	201 (8,6%)	322 (9,3%)	441 (9,9%)
Interrupción Voluntaria Embarazo (*)	385 (2,3%)	37 (1,6%)	124 (3,6%)	62 (1,4%)
Otros	201 (1,2%)	24 (1,0%)	39 (1,1%)	46 (1,0%)
Semanas de gestación				
<37	2549 (16,0%)	311 (14,0%)	487 (15,3%)	581 (13,6%)
37-42	13321 (83,6%)	1904 (85,5%)	2686 (84,5%)	3654 (85,8%)
>42	58 (0,4%)	13 (0,6%)	5 (0,2%)	22 (0,5%)
Peso neonato	3,3 (0,5)	3,3 (0,5)	3,3 (0,5)	3,4 (0,5)
Embarazo gemelar	181 (1,4%)	20 (1,1%)	26 (1,0%)	36 (1,0%)
Métodos anticonceptivos postparto				
Ninguno	1019 (9,4%)	166 (11,1%)	196 (9,4%)	299 (10,4%)
Barrera	6323 (58,5%)	858 (57,4%)	1033 (49,3%)	934 (32,6%)
Vasectomía / Ligadura Trompas	346 (3,2%)	29 (1,9%)	110 (5,3%)	34 (1,2%)
Solo Gestagenos (implante, inyectables, minipildora)	1724 (15,9%)	272 (18,2%)	472 (22,5%)	1265 (44,1%)
Combinados (píldoras, anillo, parche)	517 (4,8%)	45 (3,0%)	52 (2,5%)	106 (3,7%)
DIU	258 (2,4%)	33 (2,2%)	59 (2,8%)	71 (2,5%)
Doble método (preservativo + método hormonal o DIU)	475 (4,4%)	72 (4,8%)	114 (5,4%)	122 (4,3%)
Otros	149 (1,4%)	19 (1,3%)	59 (2,8%)	35 (1,2%)

TABLA 3 Datos relativos a la gestación, finalización de la gestación y métodos anticonceptivos post parto de las gestantes durante el 2019. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Características	África subsahariana	Pakistán	Otros	Total	p	perdidos
Datos de la gestación						
Resultado final embarazo						
Parto	606 (62,5%)	599 (62,1%)	941 (70,0%)	20708 (67,9%)	0,000	128 (0,4%)
Cesárea	225 (23,2%)	242 (25,1%)	253 (18,8%)	5728 (18,8%)		
Aborto	103 (10,6%)	99 (10,3%)	117 (8,7%)	3044 (10,0%)		
Interrupción Voluntaria Embarazo (*)	23 (2,4%)	9 (0,9%)	21 (1,6%)	661 (2,2%)		
Otros	13 (1,3%)	16 (1,7%)	12 (0,9%)	351 (1,2%)		
Semanas de gestación						
<37	172 (18,7%)	153 (16,9%)	197 (15,1%)	4450 (15,5%)	0,000	1903 (6,2%)
37-42	744 (80,9%)	749 (82,8%)	1103 (84,8%)	24161 (84,1%)		
>42	4 (0,4%)	3 (0,3%)	1 (0,1%)	106 (0,4%)		
Peso neonato	3,2 (0,6)	3,2 (0,5)	3,2 (0,5)	3,3 (0,5)	0,000	7611 (24,9%)
Embarazo gemelar	14 (2,0%)	6 (0,9%)	8 (0,8%)	291 (1,3%)	0,092	7611 (24,9%)
Métodos anticonceptivos postparto						
Ninguno	71 (11,8%)	67 (11,5%)	78 (9,3%)	1896 (9,8%)	0,000	11330 (37,0%)
Barrera	231 (38,2%)	341 (58,7%)	538 (64,1%)	10258 (53,2%)		
Vasectomía / Ligadura Trompas	23 (3,8%)	32 (5,5%)	24 (2,9%)	598 (3,1%)		
Solo Gestagenos (implante, inyectables, minipíldora)	196 (32,5%)	82 (14,1%)	117 (13,9%)	4128 (21,4%)		
Combinados (píldoras, anillo, parche)	12 (2,0%)	11 (1,9%)	21 (2,5%)	764 (4,0%)		
DIU	23 (3,8%)	7 (1,2%)	25 (3,0%)	476 (2,5%)		
Doble método (preservativo + método hormonal o DIU)	24 (4,0%)	27 (4,6%)	30 (3,6%)	864 (4,5%)		
Otros	24 (4,0%)	14 (2,4%)	6 (0,7%)	306 (1,6%)		

/ 3.3

Antecedentes obstétricos y ginecológicos

Estos datos se recogen en relación a la historia clínica anterior de la paciente, esté registrada o no en el territorio catalán. Los nacimientos a término indicaron que españolas (77,5%) y europeas (79,5%) tuvieron menos hijos (1 hijo o ninguno); en contra, las subsaharianas (59,8%) tuvieron 2 o más hijos. No se observaron diferencias relevantes en antecedentes de Preeclampsia, muerte neonatal y embarazo no deseado. La diabetes gestacional fue mayormente diagnosticada entre paquistaníes (18,5%) y mujeres del grupo Otros (15,8%) (Tabla 4).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) fueron más frecuentes entre latinoamericanas (8,6%), españolas (5,8%) y europeas (4,5%). La anemia se diagnosticó principalmente entre magrebíes (20,3%), subsaharianas (20,4%) y paquistaníes (24,1%). El diagnóstico de problemas de salud mental fue principalmente entre españolas (11,3%) y el menor diagnóstico entre subsaharianas (2,5%) y paquistaníes (2,0%). La Mutilación Genital Femenina sólo se observó entre subsaharianas. No se observaron diferencias relevantes en las demás categorías (Tabla 4).

TABLA 4 Historial clínico referente a antecedentes obstétricos y ginecológico de las mujeres gestantes durante el 2019. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Antecedentes obstétricos	España	Europa	Latinoamérica	Magreb	África subsahariana	Pakistán	Otros	Total	p	perdidos
A término (según TEPAL)										
0	5963 (37,6%)	845 (38,4%)	1056 (33,5%)	859 (20,3%)	135 (14,7%)	186 (20,7%)	415 (32,1%)	9459 (33,1%)	0,000	2061 (6,7%)
1	6328 (39,9%)	903 (41,1%)	1218 (38,6%)	1253 (29,6%)	235 (25,6%)	289 (32,1%)	555 (43,0%)	10781 (37,7%)		
2	2626 (16,6%)	348 (15,8%)	601 (19,1%)	1140 (26,9%)	214 (23,3%)	232 (25,8%)	240 (18,6%)	5401 (18,9%)		
3	680 (4,3%)	79 (3,6%)	205 (6,5%)	670 (15,8%)	167 (18,2%)	142 (15,8%)	64 (5,0%)	2007 (7,0%)		
múltipara	260 (1,6%)	24 (1,1%)	74 (2,3%)	317 (7,5%)	168 (18,3%)	50 (5,6%)	18 (1,4%)	911 (3,2%)		
Prematuridad	573 (3,6%)	51 (2,3%)	137 (4,3%)	183 (4,3%)	49 (5,3%)	51 (5,7%)	34 (2,6%)	1078 (3,8%)	0,000	2078 (6,8%)
Preeclampsia	264 (1,5%)	24 (1,0%)	35 (1,0%)	29 (0,7%)	18 (1,8%)	4 (0,4%)	10 (0,7%)	384 (1,3%)	0,000	0 (0,0%)
Diabetes gestacional	1479 (8,7%)	143 (6,1%)	226 (6,5%)	560 (12,6%)	120 (12,3%)	179 (18,5%)	214 (15,8%)	2921 (9,5%)	0,000	0 (0,0%)
Neonato muerto	2 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (0,0%)	0,001	0 (0,0%)
No deseado	199 (1,2%)	17 (0,7%)	54 (1,6%)	52 (1,2%)	18 (1,8%)	4 (0,4%)	12 (0,9%)	356 (1,2%)	0,006	0 (0,0%)
Antecedentes ginecológicos										
Infección de Transmisión Sexual	994 (5,8%)	105 (4,5%)	297 (8,6%)	110 (2,5%)	30 (3,1%)	15 (1,6%)	21 (1,6%)	1572 (5,1%)	0,000	0 (0,0%)
EPI	79 (0,5%)	13 (0,6%)	17 (0,5%)	13 (0,3%)	6 (0,6%)	3 (0,3%)	1 (0,1%)	132 (0,4%)	0,194	0 (0,0%)
Displasia Cervical	936 (5,5%)	93 (4,0%)	157 (4,5%)	87 (2,0%)	29 (3,0%)	15 (1,6%)	27 (2,0%)	1344 (4,4%)	0,000	0 (0,0%)
Anemia	1981 (11,6%)	160 (6,8%)	291 (8,4%)	903 (20,3%)	199 (20,4%)	233 (24,1%)	141 (10,4%)	3908 (12,8%)	0,000	0 (0,0%)
Problema de Salud Mental	1935 (11,3%)	137 (5,9%)	199 (5,7%)	246 (5,5%)	24 (2,5%)	19 (2,0%)	26 (1,9%)	2586 (8,4%)	0,000	0 (0,0%)
Endometriosis	208 (1,2%)	20 (0,9%)	12 (0,3%)	11 (0,2%)	4 (0,4%)	2 (0,2%)	10 (0,7%)	267 (0,9%)	0,000	0 (0,0%)
Mutilación Genital Femenina	4 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,0%)	65 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	70 (0,2%)	0,000	0 (0,0%)
Abortos habituales	82 (0,5%)	9 (0,4%)	11 (0,3%)	14 (0,3%)	6 (0,6%)	12 (1,2%)	3 (0,2%)	137 (0,4%)	0,003	0 (0,0%)
Embarazo ectópico	168 (1,0%)	17 (0,7%)	27 (0,8%)	28 (0,6%)	12 (1,2%)	1 (0,1%)	6 (0,4%)	259 (0,8%)	0,007	0 (0,0%)
Maltrato/Violencia	98 (0,6%)	5 (0,2%)	29 (0,8%)	30 (0,7%)	11 (1,1%)	3 (0,3%)	8 (0,6%)	184 (0,6%)	0,016	0 (0,0%)

28

/ 3.4

Seguimiento y control del embarazo

El número de ecografías recomendadas son de 3 a 4, con mejor registro en el grupo de Otras procedencias (52,5%). Las que realizan un control insuficiente (0 a 2 visitas) fueron mayoritariamente las subsaharianas (58,2%). El recuento de visitas de seguimiento del Embarazo, no contabiliza Ecografías. Destacan Subsaharianas como el grupo con menor porcentaje de visitas, 7 a 12 (más cercano a lo recomendable), con un 49,5%. En el otro extremo el grupo de Otras procedencias asciende a 60,2% (Tabla 5). En cuanto a visitas de puerperio, los valores distanciados de la media (47,6%) corresponden a las 2 visitas en el grupo de Otras procedencias (53,7%) (Tabla 5).

Respecto a actividades grupales, las mujeres con mayor participación en preparación al nacimiento fueron las de España (39,9%), Latinoamérica (30,5%) y Europa (30,3%). Con menor participación fueron las de otras procedencias (8,2%), Subsaharianas (6,7%), Magreb (6,5%) y Pakistán (2,5%) (Tabla 5). En postparto los grupos mayoritarios siguen siendo España (9,9%), Europa (6,9%) y Latinoamérica (5,8%) (Tabla 5). En cuanto a asistencia al grupo de apoyo a Lactancia Materna presenta disparidad España 5,8% frente al 0,5% de Pakistán.

TABLA 5 Seguimiento y control del embarazo de las mujeres gestantes en el año 2019. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Atención a las gestantes	España	Europa	Latinoamérica	Magreb
Visitas Ecografía				
0	1367 (25,8%)	137 (25,9%)	223 (23,5%)	291 (17,3%)
1-2	1452 (27,4%)	137 (25,9%)	285 (30,0%)	529 (31,5%)
3-4	1978 (37,4%)	207 (39,2%)	367 (38,7%)	745 (44,3%)
>4	497 (9,4%)	47 (8,9%)	74 (7,8%)	115 (6,8%)
Visitas seguimiento embarazo				
0	531 (3,6%)	62 (3,0%)	93 (3,1%)	83 (2,1%)
1-6	5745 (38,9%)	903 (43,3%)	1242 (41,4%)	1566 (39,8%)
7-12	8082 (54,7%)	1089 (52,2%)	1601 (53,4%)	2206 (56,0%)
>12	414 (2,8%)	33 (1,6%)	62 (2,1%)	82 (2,1%)
Visitas puerperio				
0	1519 (10,3%)	202 (9,7%)	297 (9,9%)	339 (8,6%)
1	2336 (15,8%)	318 (15,2%)	599 (20,0%)	641 (16,3%)
2	6978 (47,2%)	952 (45,6%)	1429 (47,7%)	1923 (48,8%)
3	2657 (18,0%)	404 (19,4%)	480 (16,0%)	735 (18,7%)
>3	1282 (8,7%)	211 (10,1%)	193 (6,4%)	299 (7,6%)
Actividades grupales				
Lactancia materna	852 (5,8%)	79 (3,8%)	70 (2,3%)	35 (0,9%)
Postparto	1458 (9,9%)	145 (6,9%)	173 (5,8%)	38 (1,0%)
Preparación al nacimiento	5899 (39,9%)	632 (30,3%)	913 (30,5%)	256 (6,5%)
Suma de actividades				
ninguna	8296 (56,2%)	1397 (66,9%)	1999 (66,7%)	3634 (92,3%)
1	4861 (32,9%)	535 (25,6%)	853 (28,5%)	279 (7,1%)
2-3	1615 (10,9%)	155 (7,4%)	146 (4,9%)	24 (0,6%)

29

T A B L A 5 Seguimiento y control del embarazo de las mujeres gestantes en el año 2019. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Atención a las gestantes	África subsahariana	Pakistán	Otros	Total	p	perdidos
Visitas Ecografía						
0	70 (16,4%)	63 (18,2%)	61 (14,6%)	2212 (22,9%)	0,000	20976 (68,5%)
1-2	179 (41,8%)	87 (25,1%)	105 (25,1%)	2774 (28,8%)		
3-4	141 (32,9%)	158 (45,7%)	220 (52,5%)	3816 (39,6%)		
>4	38 (8,9%)	38 (11,0%)	33 (7,9%)	842 (8,7%)		
Visitas seguimiento embarazo						
0	29 (3,4%)	35 (4,1%)	27 (2,2%)	860 (3,2%)	0,000	3928 (12,8%)
1-6	365 (43,4%)	342 (40,0%)	421 (35,0%)	10584 (39,7%)		
7-12	416 (49,5%)	454 (53,1%)	724 (60,2%)	14572 (54,6%)		
>12	31 (3,7%)	24 (2,8%)	30 (2,5%)	676 (2,5%)		
Visitas puerperio						
0	76 (9,0%)	88 (10,3%)	93 (7,7%)	2614 (9,8%)	0,000	3928 (12,8%)
1	120 (14,3%)	206 (24,1%)	213 (17,7%)	4433 (16,6%)		
2	371 (44,1%)	409 (47,8%)	646 (53,7%)	12708 (47,6%)		
3	187 (22,2%)	108 (12,6%)	187 (15,6%)	4758 (17,8%)		
>3	87 (10,3%)	44 (5,1%)	63 (5,2%)	2179 (8,2%)		
Actividades grupales						
Lactancia materna	12 (1,4%)	4 (0,5%)	11 (0,9%)	1063 (4,0%)	0,000	3928 (12,8%)
Postparto	11 (1,3%)	3 (0,4%)	15 (1,2%)	1843 (6,9%)	0,000	3928 (12,8%)
Preparación al nacimiento	56 (6,7%)	23 (2,7%)	98 (8,2%)	7877 (29,5%)	0,000	3928 (12,8%)
Suma de actividades						
ninguna	773 (91,9%)	829 (97,0%)	1090 (90,7%)	18018 (67,5%)	0,000	3928 (12,8%)
1	59 (7,0%)	22 (2,6%)	101 (8,4%)	6710 (25,1%)		
2-3	9 (1,1%)	4 (0,5%)	11 (0,9%)	1964 (7,4%)		

En cuanto a la comparativa del seguimiento de las visitas de embarazo y puerperio en ámbito rural y urbano, se dispone de información del ASSIR en el que se controla la gestante. Sin embargo, la limitación es que los ASSIR suelen englobar varios equipos de Atención Primaria por lo que hay ámbitos rurales que quedan dentro de zonas urbanas o semiurbanas por volumen de población. Esta limitación nos lleva a mostrar sólo datos comparados de los ASSIR que son claramente urbanos y rurales. Los centros que engloban zona rural y urbana se han eliminado para evitar factores de confusión. Cuando se analiza toda la población junta sin atender a su procedencia geográfica, se encuentran diferencias significativas en el control de seguimiento de embarazo adecuado en el 56,5% de las usuarias urbanas frente al 17,3% de las rurales. Así como en los contro-

T A B L A 6 Datos relativos a la gestación, finalización de la gestación y métodos anticonceptivos post parto de las gestantes durante el 2019. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Visitas	Urbano	Rural	Total	p
Seguimiento embarazo				
0	924 (3,5%)	45 (3,0%)	969 (3,5%)	0,000
1-6	9512 (36,1%)	1133 (76,2%)	10645 (38,3%)	
7-12	15009 (57,0%)	298 (20,1%)	15307 (55,1%)	
>12	873 (3,3%)	10 (0,7%)	883 (3,2%)	
Puerperio				
0	2616 (9,9%)	170 (11,4%)	2786 (10,0%)	0,000
1	4374 (16,6%)	199 (13,4%)	4573 (16,4%)	
2	12879 (48,9%)	492 (33,1%)	13371 (48,1%)	
3	4546 (17,3%)	313 (21,1%)	4859 (17,5%)	
>3	1903 (7,2%)	312 (21,0%)	2215 (8,0%)	
Total	26318 (100,0%)	1486 (100,0%)	27804 (100,0%)	

32

les del puerperio 66,6% de las gestantes de área urbana realizan seguimiento adecuado (2-3 visitas), frente al 54,6% de las de área rural (Tabla 6). Se encuentran diferencias entre urbano y rural, pero al mirar por grupos de procedencia las cifras de seguimiento adecuado de embarazo (7-12) en los 7 grupos no muestran diferencias superiores al 5% (57% urbanas el total: variando del 53,1 % las urbanas del África Subsahariana al 60,9% de las urbanas del grupo Otros), el seguimiento del embarazo es insuficiente (1-6 visitas en embarazo) en el 79,9% del total de las gestantes rurales, fluctúa poco entre 82,8% las de Magreb al 74,9% las de Europa. Sí destaca apenas población rural de Pakistán y del grupo Otros (donde están incluidos entre otros países: China, Nepal, India y Bangladesh) (Tabla 7).

En cuanto al seguimiento de puerperio en la mayoría de los grupos por procedencia geográfica hay menor seguimiento adecuado entre los rurales (54,2% total) frente a los urbanos (66,2%). En el grupo del África subsahariana un 67% de las urbanas tienen 2-3 visitas frente al 61,8% de las rurales. Se encuentran diferencias más dispares dentro de los mismos grupos de procedencia, en el grupo de las españolas, las urbanas cumplen un 66,6%, frente al 52,4% de las rurales (Tabla 7).

TABLA 7
Número de visitas de seguimiento de embarazo y puerperio entre mujeres que viven en zona urbana y rural según su procedencia de origen. En verde se muestran los valores significativos (p < 0,05).

Atención a las gestantes	España		Europa		Latinoamérica		Magreb	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Visitas seguimiento embarazo								
0	469 (3,8%)	14 (2,2%)	48 (2,8%)	6 (2,6%)	86 (3,1%)	1 (1,9%)	62 (2,1%)	3 (1,1%)
1-6	4568 (36,8%)	516 (81,3%)	667 (39,4%)	170 (74,9%)	1144 (40,6%)	40 (75,5%)	1102 (37,2%)	216 (82,8%)
7-12	7020 (56,5%)	100 (15,7%)	953 (56,2%)	50 (22,0%)	1526 (54,2%)	11 (20,8%)	1728 (58,3%)	42 (16,1%)
>12	358 (2,9%)	5 (0,8%)	27 (1,6%)	1 (0,4%)	59 (2,1%)	1 (1,9%)	73 (2,5%)	0 (0,0%)
p	0,000		0,000		0,000		0,000	
Visitas puerperio								
0	1264 (10,2%)	79 (12,4%)	154 (9,1%)	28 (12,3%)	274 (9,7%)	8 (15,1%)	261 (8,8%)	23 (8,8%)
1	2013 (16,2%)	79 (12,4%)	269 (15,9%)	28 (12,3%)	568 (20,2%)	8 (15,1%)	500 (16,9%)	44 (16,9%)
2	6150 (49,5%)	218 (34,3%)	825 (48,7%)	70 (30,8%)	1371 (48,7%)	16 (30,2%)	1519 (51,2%)	99 (37,9%)
3	2125 (17,1%)	115 (18,1%)	311 (18,3%)	48 (21,1%)	440 (15,6%)	10 (18,9%)	518 (17,5%)	60 (23,0%)
>3	863 (7,0%)	144 (22,7%)	136 (8,0%)	53 (23,3%)	162 (5,8%)	11 (20,8%)	167 (5,6%)	35 (13,4%)
p	0,000		0,000		0,000		0,000	

33

TABLA 7 Número de visitas de seguimiento de embarazo y puerperio entre mujeres que viven en zona urbana y rural según su procedencia de origen. En verde se muestran los valores significativos (*p* < 0,05).

Atención a las gestantes	África Subsahariana		Pakistán		Otros		Total	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Visitas seguimiento embarazo								
0	21 (3,7%)	2 (2,1%)	35 (4,2%)	0 (0,0%)	24 (2,1%)	1 (20,0%)	745 (3,3%)	27 (2,1%)
1-6	221 (38,6%)	77 (79,4%)	331 (39,5%)	1 (33,3%)	389 (34,6%)	4 (80,0%)	8422 (37,6%)	1024 (79,9%)
7-12	304 (53,1%)	17 (17,5%)	449 (53,5%)	2 (66,7%)	685 (60,9%)	0 (0,0%)	12665 (56,5%)	222 (17,3%)
>12	27 (4,7%)	1 (1,0%)	24 (2,9%)	0 (0,0%)	27 (2,4%)	0 (0,0%)	595 (2,7%)	8 (0,6%)
p	0,000		>0,05		>0,05		0,000	
Visitas puerperio								
0	60 (10,5%)	4 (4,1%)	86 (10,3%)	0 (0,0%)	81 (7,2%)	1 (20,0%)	2180 (9,7%)	143 (11,2%)
1	84 (14,7%)	13 (13,4%)	202 (24,1%)	1 (33,3%)	202 (18,0%)	0 (0,0%)	3838 (17,1%)	173 (13,5%)
2	255 (44,5%)	39 (40,2%)	402 (47,9%)	1 (33,3%)	625 (55,6%)	1 (20,0%)	11147 (49,7%)	444 (34,7%)
3	129 (22,5%)	21 (21,6%)	107 (12,8%)	0 (0,0%)	164 (14,6%)	1 (20,0%)	3794 (16,9%)	255 (19,9%)
>3	45 (7,9%)	20 (20,6%)	42 (5,0%)	1 (33,3%)	53 (4,7%)	2 (40,0%)	1468 (6,5%)	266 (20,8%)
p	0,001		>0,05		>0,05		0,000	

34



Discusión

En el presente estudio se describieron los perfiles sociodemográficos, antecedentes obstétricos-ginecológicos y el seguimiento de gestantes migradas con un proceso de embarazo finalizado en 2019 en Cataluña frente a las autóctonas, quienes fueron atendidas en centros públicos ASSIR-ICS. La metodología empleada y el análisis de más de 36.000 registros de mujeres gestantes recopiladas en el ECAP-ICS permitió observar diferencias derivadas del origen geográfico de las gestantes que pueden condicionar el acceso y la atención a los servicios sanitarios. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de introducir un enfoque de diversidad y transculturalidad en la atención que proveen los servicios públicos de salud, debido a que las mujeres gestantes migradas integran una parte importante y creciente de la población catalana.

35

/ 4.1

Características sociodemográficas de las mujeres gestantes

En relación a la edad de la gestante, el presente estudio refleja que las madres autóctonas son más añosas respecto a las migradas. Esta tendencia es similar a lo encontrado por García-García et al. (2008), quienes profundizaron en las diferencias sociodemográficas de madres migradas y autóctonas y recogieron una brecha entre los 27 años de las mujeres primíparas extranjeras y los 31 de las primíparas españolas. Similares valores fueron encontrados por Guerra (2008), quien observó que las madres españolas tienen de media 31 y las migradas 26 años. Adicionalmente, otro estudio encontró que la edad de mujeres primíparas autóctonas de Europa ha aumentado hasta llegar en muchos casos a los 35 años (Heras et al. 2011).

En términos generales, las mujeres migradas presentan menor nivel de estudios y de clase social por ocupación en comparación a las españolas o europeas, así como se reporta en otros estudios realizados en Cataluña (Domingo, et al. 2021). Esto puede deberse a que la misma motivación de haber migrado ha

sido por la mejora de sus condiciones de vida y que en sus países de origen se dificulta tener cuando el requerimiento de un mayor nivel educativo puede condicionar acceder a mejores oportunidades laborales (Alonso, 2011). En este sentido, una persona migrada con bajo nivel educativo, la cual puede incluso estar sometida a una legislación migratoria que puede dificultar su acceso a mejores oportunidades laborales en el país de acogida (ej.: por falta de permiso de trabajo), suele ocupar y establecerse en los trabajos menos cualificados o incluso dedicarse únicamente a tareas domésticas (Alonso, 2011; Batsaikhan, et al. 2018). Por otro lado, el número reducido de mujeres de clase alta observado en todos los grupos puede indicar que aquellas que lo son, posiblemente reciban atención en centros de salud privados y no en el público (Pinilla et al., 2020).

/ 4.2

Características de la gestación e historial médico

En el presente estudio, las mujeres paquistaníes son las que presentaron mayor IMC al inicio de la gestación, mayor porcentaje de cesáreas y a su vez mayor riesgo de presentar diabetes gestacional (Tabla 3). En la literatura médica se ha demostrado que existe un mayor riesgo de cesárea en mujeres que presentan sobrepeso, IMC elevado o diabetes pregestacional (De la Calle, et al. 2009; Fernández, et al. 2016).

Respecto al hábito de consumo de tabaco, nuestros resultados son congruentes con otros estudios donde se comparan población autóctona y migrada, los cuales varían del 11% en el ámbito gallego (Santiago-Pérez, et al. 2019), hasta un 18% en el ámbito aragonés (Jiménez-Muro, et al. 2012). En nuestra población de estudio asciende al 12,2% situándose entre ambos; sin embargo, nuestra muestra presenta mayor porcentaje de migradas. Asimismo, la mayor prevalencia de consumo de tabaco ocurrió en el grupo de españolas, seguidas muy de cerca del resto de europeas, tal como se ha visto en otros estudios realizados en España (Jiménez-Muro, et al. 2012, Santiago-Pérez, et al. 2019).

La actualización del protocolo en 2018 (Departament de Salut, 2018), supuso que

el 2019 es el primer año que el ICS aplicó protocolos para el cribaje de violencia machista (PVS), salud mental (Whooley) y preeclampsia para las gestantes, por esa razón es posible que exista un infrarregistro. Con respecto a PVS, estos resultados no coinciden con el aumento de la violencia machista del 1,5% respecto al año anterior que reflejan datos oficiales proporcionados por los Mossos d'Esquadra (La Vanguardia, 2019), con un total de 13.162 denuncias por violencia de pareja y 2.937 por violencia en el ámbito familiar (Departament d'Interior, 2019). A esto debemos sumar que en muchas ocasiones las profesionales sanitarias no se sienten preparadas ni acompañadas para atender casos de violencia machista durante el embarazo y en algunas ocasiones prefieren no profundizar en el tema (Llamas y Brigidi, 2022), por lo que muchos de estos casos probablemente no se verán reflejados en los PVS.

En los datos de salud mental reflejados en la categoría de Whooley, se muestra que las mujeres españolas y latinoamericanas son quienes han registrado mayor porcentaje positivo durante el proceso de gestación (12,7 y 10,9, respectivamente); datos coherentes con el porcentaje de casos de depresión en el embarazo registrado por otros estudios médicos (13%,

Martínez-Paredes y Jácome-Pérez, 2019). Sin embargo, en los datos del resto de gestantes migradas que comparten el hecho que su idioma nativo no es el castellano, el porcentaje es menor (Tabla 3). Esto se puede explicar fundamentalmente por la barrera idiomática y la comunicación intercultural que impide realizar diagnósticos ciertos en torno a la salud (Valiente, 2016; Llamas y Brigidi, 2022). Por lo tanto, el bajo porcentaje de depresión registrado en esta porción de población migrada podría no estar reflejando la verdadera salud mental de las gestantes que realizan el test Whooley y conllevaría a un infraregistro de depresión en mujeres de estas nacionalidades. Además, como se afirma en otros estudios, una prolongada residencia en el país de acogida representa un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental de la madre migrada (Chou, 2010).

La mayor frecuencia de riesgo de preeclampsia que registramos en este estudio ocurrió en mujeres subsaharianas y diversos estudios han determinado que mujeres con este origen son más propensas a padecer esta complicación durante el embarazo (Caughey, et al. 2005; Estrada-Arcila, et al. 2013). Adicionalmente, la preeclampsia se encuentra vinculada a una mayor probabilidad de cesárea y es una importante causa de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el feto que afecta del 2-8 % de los embarazos (Bell,

2010, Sáez y Pérez, 2014; Pérez-de-Villa-Amil-Álvarez et al. 2015).

Después del parto, el anticonceptivo de barrera (preservativo) fue el más utilizado, seguido por gestágenos. El preservativo fue preferido por españolas, europeas, latinoamericanas, pakistaníes y mujeres de otras nacionalidades. Sin embargo, aunque las mujeres latinoamericanas presentaron un alto índice de uso de preservativos, son también quienes presentaron más ITS según su historial médico y en mayor medida que las usuarias que prefieren los gestágenos (Tabla 3). Desde una perspectiva interseccional (Crenshaw, 1989), que aborda el contexto global de cada usuaria, esta contradicción en los datos puede estar basado en las barreras culturales, las divergencias en los modelos conversacionales y la dificultad de transmitir confianza entre el sistema sanitario y las usuarias (Llamas y Brigidi, 2022). El modelo sanitario catalán está estructurado para responder a una sociedad individualista con modelos conversacionales directos, que preguntan sin tapujos sobre temas de sexualidad y uso de métodos anticonceptivos. Cuando las usuarias que provienen de sociedades colectivistas con modelos conversacionales indirectos, estas preguntas pueden resultar tabús o inadecuadas, por lo que la información que proporcionan estas mujeres podría estar condicionada (Llamas y Brigidi, 2022). Por

otro lado, las mujeres magrebíes y subsaharianas utilizan en mayor medida los métodos de gestágenos. Probablemente esto esté vinculado a aspectos religiosos de las usuarias y sus parejas, quienes mayoritariamente son musulmanas (Galazios, et al. 2008). A pesar de que en el Corán no se prohíbe explícitamente el uso de anticonceptivos de barrera, está poco aceptado, por ello, la responsabilidad del control de la natalidad recae sobre las mujeres (Degni, et al 2008). Respecto a la categoría de no uso de métodos anticonceptivos, las mujeres de todas las procedencias presentan índices similares. Esto se contrapone con otros estudios en los que se afirma que las mujeres subsaharianas son las que menos los utilizan (Susín, 2018; Llamas y Brigidi, 2022).

La prevalencia de anemia según historial médico, se encontró en mayor porcentaje en los grupos procedentes de Magreb, África Subsahariana y Pakistán. Otros estudios concluyen que esta y otras patologías en gestantes migradas puede deberse a un escaso uso de los servicios sanitarios y en la atención prenatal por parte de esta población, debido a factores como la ausencia de provisión adecuada de información o la falta de documentación requerida para acceder a este sistema (ej.: tarjeta sanitaria) (De la Torre, et al. 2006, Llop-Gironés, et al. 2014).

El historial de mutilación genital femenina se observó mayoritariamente en la población de África Subsahariana y en pocos registros (n=65). Es difícil sacar conclusiones sólo con dicho dato debido a la disparidad de prevalencia estimada que señalan otros estudios. En Cataluña reside más de un tercio de la población de España con mutilación genital femenina, con más de 21.000 mujeres y cerca de 6.300 niñas menores de 15 años (Kaplan y López, 2017). Según Caño et al. (2008), no consta que actualmente se haya realizado ninguna en España; sin embargo, se ha tenido conocimiento de algún caso de menores a quienes se les ha practicado aprovechando los viajes de vacaciones que realizaron las familias a los países de origen (Generalitat de Catalunya, 2007). Por lo tanto, no se puede obviar que no siempre se registra correctamente este antecedente.

/ 4.3

Atención durante el embarazo

En relación a las visitas de control del embarazo, ecografías y visitas de puerperio, las españolas y europeas representan mayor porcentaje en el rango de 0 visitas de ecografía. Ambos grupos presentan los niveles más altos de ocupación que se suele vincular a mayor poder adquisitivo que les podría permitir contar con seguros médicos privados (Pinilla et al., 2020). Probablemente estas mujeres hayan recibido asistencia privada, que disponen de un propio sistema de historias clínicas que no es compartido con el ICS. Asimismo, se puede explicar por una falta de registro en el ECAP, debido a que algunos centros médicos de atención al embarazo son subcontratados por el ICS y disponen de un sistema de datos independiente, así como sucede con las redes hospitalarias.

De acuerdo al Protocolo de seguimiento al embarazo de Cataluña (Departament de salut, 2018) se recomienda realizar tres ecografías para un correcto control natal. En el rango de seguimiento de 1-2 visitas de ecografía (insuficientes según el protocolo), las subsaharianas fueron las menos atendidas. En el rango normal de visitas (3-4) se encuentran porcentajes estables

en todos los grupos, pero en las que se realizan más de 4 visitas, por riesgo de salud, el mayor número lo representan únicamente las paquistaníes, que junto a las subsaharianas presentaron mayores índices de cesárea. Las visitas de seguimiento de embarazo recomendadas por el Protocolo, es de nueve, si el embarazo es normal. Los datos de la tabla 5 reflejan que las mujeres subsaharianas presentan un porcentaje menor en seguimiento adecuado (7-12 visitas) y mayor en seguimiento insuficiente (1-6 visitas). Algunos autores afirman que las mujeres migradas presentan controles insuficientes según protocolos establecidos, pero pocos son lo que desagregan los perfiles por orígenes (Manzanares, et al. 2008). En el presente estudio vemos que el colectivo subsahariano es el menos atendido y en parte se puede explicar porque aproximadamente un tercio habita en municipios menores a 5.000 habitantes y probablemente desprovistos de los servicios médicos para hacer sus seguimientos (Generalitat de Catalunya, 2011). Es decir, los servicios médicos están centralizados en las capitales alejadas de sus lugares de residencia, lo que puede dificultar el acceso al sistema de seguimiento (Tran et al. 2012). En cambio, las pakistaníes se concentran en municipios mayores a 5.000 habitantes y presentaron mayor asistencia a los seguimientos, y podría deberse a la cercanía de sus lugares de residencia a los servicios médicos.

En las visitas de puerperio, existen datos similares entre procedencias; sin embargo, las subsaharianas presentaron mayor número de visitas (tres o más) en relación a las demás poblaciones. Esto puede estar relacionado a que tienen mayor riesgo de embarazo de padecer preeclampsia y partos por cesárea, por lo que el seguimiento sanitario posparto es indispensable para esta población para evitar descompensaciones en su salud (Caughey, et al. 2005; Estrada-Arcila, et al. 2013; Gallardo, et al. 2021; Merry, et al. 2016).

Sobre la participación de las gestantes en actividades grupales como preparación al nacimiento, posparto y lactancia, podemos afirmar que la participación es baja para todas las procedencias. Sin embargo, existe una diferencia en cuanto al origen, donde la mayor participación ocurre en españolas, latinoamericanas y europeas, en contraposición a los demás grupos poblacionales. Similar a nuestros resultados, Martínez y Delgado (2013) señalan que las españolas son las que más asisten a estas sesiones y las razones particulares en faltar o no asistir a estas sesiones es por incompatibilidad con sus horarios o por el mismo desconocimiento de tal formación ofrecido en sus centros de salud. Las procedentes de otros países (latinoamericanas, rumanas, marroquíes y de otros países) argumentaron algo similar. Otros factores que resaltaron a la ausencia a estas

actividades de manera general (autóctonas y migradas), era una baja percepción de utilidad de esta formación (es decir, no se percibe la importancia), poseer menos nivel educativo e ingresos familiares (Martínez y Delgado, 2013). Aunado a esto, la desmotivación a asistir a estas actividades por parte de las mujeres migradas (principalmente las que su idioma nativo no es el castellano) podría deberse a que los talleres se realizan en el idioma vehicular de la región y no se cuenta con mediación que pueda solventar la posible barrera lingüística (Llamas y Brigidí, 2022), salvo en contadas excepciones. Además, los talleres están orientados a la gestante autóctona sin incluir la diversidad cultural existente, y se aprecia cómo el sistema sanitario no ofrece una comunicación transparente a todas las usuarias los diferentes acompañamientos previos y posteriores al parto (López e Imaz, 2021).

Conclusiones

El presente estudio evidencia inequidades derivadas de los orígenes de las gestantes que pueden condicionar el acceso a los servicios de salud, que se manifiestan en desigualdades en discriminación negativa en función del lugar de residencia y falta de adecuación y reconocimiento de las diferencias culturales que deben ser reconocidas y gestionadas para mejorar la calidad de la atención a la salud sexual de las mujeres migradas ofrecida por el sistema público de salud. Se torna necesario entonces incorporar la perspectiva interseccional en la atención a la salud sexual, que tenga en cuenta los recursos y los saberes necesarios para responder adecuadamente a las necesidades derivadas de circunstancias culturales, socioeconómicas, administrativas, religiosas y/o lingüísticas específicas; a través de figuras como la mediación cultural y no solo lingüística, durante todo el seguimiento del proceso de embarazo, así como la importancia de trabajar redes comunitarias de salud que tiendan puentes entre el sistema de salud y el tejido comunitario y social.

Referencias bibliográficas

Bibliografía

ALONSO, J. A. (2011). *Migración internacional y desarrollo: una revisión a la luz de la crisis. CDP Background Paper 11.* Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/CDP-bp-2011-11-S.pdf>

BATSAIKHAN, U., DARVAS, Z., RAPOSO, G. (2018). *People on the move: migration and mobility in the European Union. Bruegel Blueprint Series. Volume XXVIII.* Disponible en: http://aei.pitt.edu/93190/1/People_on_the_move_ONLINE.pdf

BELL, M. J. (2010). *A historical overview of preeclampsia-eclampsia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 39: 510-518.

BELLÓN SÁNCHEZ, S. (2015). *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. DILEMATA* 18: 93-111.

BERRA, S. (2004). *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.* Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/II/immigracio_i_salut/documents/arxiu/in0401ca.pdf

BIURRÚN GARRIDO, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y autocontrol. Tesis doctoral de la Universitat de Barcelona.* Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/457137>

CARDÚS, L. (2015). *Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. ILEMATA* 7: 129-145.

CARRATALÀ PÉREZ P. (2010). *Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya. Barcelona.* Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/II/immigracio_i_salut/documents/arxiu/avasermedi2010.pdf

CAUGHEY, A. B., STOTLAND, N. E., WASHINGTON, A. E., ESCOBAR, G. J. (2005). *Maternal Ethnicity, Paternal Ethnicity, and Parental Ethnic Discordance*. *Obstetrics & Gynecology* 106(1):156–61.

CHOU, W. J. (2010). *Maternal Mental Health and Child Development in Asian Immigrant Mothers in Taiwan*. *Journal of the Formosan Medical Association* 109(4): 293-302.

CONSELL DE DIRECCIÓ DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. (2020). *Població de referència del Servei Català de la Salut per a l'any 2020 - Dades per ABS i UP assignada*. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/documents/poblacio-referencia.pdf

COVER, I. (2018). *Estar embarazada y parir en Barcelona: imágenes y voces de mujeres de la ciudad*. Disponible en: http://www.dretalasalut.org/portfolio_page/estar-embarazada-y-parir-en-barcelona-2/

CRENSHAW, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. *University of Chicago Legal Forum* 1989(1): 139-167.

DAVIS, J. W., PARKS, S. N., KAUPS, K. L., BENNINK, L. D., BILELLO, J. F. (2003). *Victims of domestic violence on the trauma service: unrecognized and underreported*. *J Trauma* 54(2):352–355.

DE LA CALLE, F. M. M., ARMIJO, L. O., MARTÍN, B. E., SANCHÁ, N. M., MAGDALENO, D. F., OMEÑACA, T. F., GONZÁLEZ, G. A. (2009). *Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 74(4): 233-238.

DE LA TORRE, J., COLL, C., COLOMA, M., MARTÍN, J. I., PADRON, E., GONZÁLEZ GONZÁLEZ, N. L. (2006). *Control de gestación en inmigrantes*. *Anales Sis San Navarra* 29(1):49–61.

DEGNI, F., MAZENGO, C., VASKILAMPI, T., ESSÉN, B. (2008). *Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women*. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 13(3):298–303.

DEPARTAMENT D'INTERIOR. (2019). *Dades sobre la violència masclista 2019*. (Internet). Acceso el 22 de mayo de 2022. Disponible en: https://interior.gencat.cat/ca/arees_dactuacio/seguretat/violencia_masclista/estadistica-sobre-violencia-masclista-domestica/dades-atencio-policial/-dades-sobre-violencia-masclista-dones.-anys-anteriors/

DEPARTAMENT DE SALUT. (2018). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Generalitat de Catalunya*. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf

DEPARTAMENT DE SALUT Y SECRETARIA DE LA SALUT PÚBLICA DE CATALUNYA. (2020). *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. 2a edició*. Barcelona. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf

DEPARTAMENT DE SALUT Y SECRETARIA DE LA SALUT PÚBLICA DE CATALUNYA. (2021). *Pla de Salut de Catalunya*. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf>

DOMINGO, A., GALEANO, J., BAYONA, J. (2021). *La migración extranjera en Barcelona: de la crisis financiera de 2008 a la pandemia de 2020*. *Barcelona Societat. Revista de investigación y análisis social* 28: 26-40.

ESTRADA-ARCILA, L., ESCOBAR-HOYOS, J., GÓMEZ GIRALDO, L., CADAVID-JARAMILLO, A. P., GIL-VILLA, A. M. (2013). *Expresión del fenotipo Duffy negativo en mujeres afrodescendientes y su relación con la preeclampsia*. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 39(4): 242-50.

FARMAMUNDI. (2019). *Atender el embarazo y el parto en Barcelona. Imágenes y voces de profesionales de la ciudad*. (en catalán). Disponible en: http://www.dretalasalut.org/portfolio_page/atendre-lembaras-i-el-part-a-barcelona-imatges-i-veus-de-professionals-de-la-ciutat/

FERNÁNDEZ ALBA, J. J., PAUBLETE HERRERA, M. DEL C., GONZÁLEZ MACÍAS, M. DEL C., CARRAL SAN LAUREANO, F., CARNICER FUENTES, C., VILAR SÁNCHEZ, Á., TORREJÓN CARDOSO, R., MORENO CORRAL, L. J. (2016). *Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea*. *Nutrición Hospitalaria* 33(6): 1324-1329.

GALAZIOS, G., TSIKOURAS, P., LIBERIS, V., KOUTLAKI, N., VLACHOS, G., TEICHMANN, A. T., ET AL. (2008). *Attitudes towards contraception in three different populations*. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology* 35(1):22–6.

GALLARDO MARTÍNEZ, J., ARNÁEZ DE LA CRUZ, M., FRÍAS SÁNCHEZ, Z., DEL RÍO ROMERO, I., NAVALÓN BONAL, Z., POLO BALLARÍN, P., ET AL. (2021). *¿Es la nacionalidad de la paciente un factor influyente en el proceso de embarazo, parto y puerperio?* *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 48(2):74–80.

GARCÍA-GARCÍA, J., PARDO-SERRANO, C., HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, A., LORENZO-DÍAZ, M., GIL-GONZÁLEZ, D. (2008). *Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes*. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 51(2): 53-62.

GENERALITAT DE CATALUNYA. (2007). *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina*. (Internet). (Acceso el 28 de julio de 2022). Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. (2011). *La immigració en xifres*. Departament d'Igualtat i Feminismes [Internet]. Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania. Disponible en: <https://igualtat.gencat.cat/ca/ambits-dactuacio/antiracisme-migracions-i-refugi/dades-de-la-immigracio-a-catalunya/la-immigracio-en-xifres/>

GUERRA, Y. C. (2008). *Diferencias epidemiológicas, obstétricas y neonatales entre gestantes inmigrantes y autóctonas del área de salud La Mancha Centro*. Tesis doctoral de la Universidad de Alcalá.

HABERMAN, S. J. (1973). *The analysis of residuals in Cross-Classified Tables*. *Biometrics* 29(1):205-20.

HEIN, D., NICOLÁS, G., FERNÁNDEZ, C., BODELÓN, E. (2012). *Informe de investigación Cataluña Universitat Autònoma de Barcelona*, 201. (Acceso 5 de febrero de 2012). Disponible en: <http://www.irisagainstviolence.it/>

HERAS, P. B., GOBERNADO, T. J., MORA, C. P. 2011. *La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada*. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 54(11): 575-580.

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE CATALUÑA. (2021A). *Población a 1 de enero (2000-2021). Total y extranjera*. Cataluña. [Internet]. Extraído de: <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es>

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE CATALUÑA. *Anuario estadístico de Cataluña. Indicadores de natalidad 2016-2020* [Internet]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=287&lang=es>

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE CATALUÑA. (2021C). *Estrangers amb targeta de residència. Por país de nacionalitat*. Províncies [Internet]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=272>

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE CATALUÑA. (2021D). *Tasa de mortalidad infantil y perinatal*. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10345&lang=es> Instituto Nacional de Estadística. *Glosario* [Internet]. Recuperado el 29 de abril 2022. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Sa-tellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3Ddisca_ig_glo.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=960%2F771%2Fdisca_ig_glo.pdf&ssbinary=true

JIMÉNEZ-MURO, A., SAMPER, M. P., MARQUETA, A., RODRÍGUEZ, G., NERÍN, I. (2012). *Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes*. *Gaceta Sanitaria* 26(2):138-44.

KAPLAN, A. Y LÓPEZ, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*, *Antropología Aplicada* 3. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

LA VANGUARDIA. (25 DE NOVIEMBRE DE 2019). *Catalunya. Los Mossos reciben 11.103 denuncias por violencia de género en 2019, un 1,5% más*. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20191125/471845720081/catalunya-los-mossos-reciben-11103-denuncias-por-violencia-de-genero-en-2019-un-15-mas.html>

LÁZZARO, A. (2017). *Cuerpos 'al natural': la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado*. *Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales* 20(3): 82-94.

LLAMAS, E. Y BRIGIDI, S. (2022). *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*. *Revista d'Antropologia i Investigació Social* 10: 115-132.

LLOP-GIRONÉS, A., VARGAS LORENZO, I., GARCIA-SUBIRATS, I., ALLER, M.-B., VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. (2014). *Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España*. *Revista Española de Salud Pública* 88(6): 715-734.

LÓPEZ RODRÍGUEZ, S., E IMAZ, E. (2021). *De por qué contratar una doula. El trabajo de la doula y su articulación con los feminismos en Bizkaia*. Trabajo Final de Máster de la Universidad del País Vasco. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/53895/TFM%20SILVIA%20L%c3%93PEZ.pdf?sequence=5&isAllowed>

MANZANARES GALÁN, S., LÓPEZ GALLEGO, M. F., HERNÁNDEZ, T. G., GARCÍA, N. M., VENTOSO, F. M. (2008). *Results of poor prenatal care in the immigrant population*. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 51(4):215-23.

MARTÍNEZ GALIANO, J. M., DELGADO RODRÍGUEZ, M. (2013). *Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal.* Gaceta Sanitaria 27(5):447–9.

MARTÍNEZ-PAREDES, J. F., Y JÁCOME-PÉREZ, N. (2019). *Depresión en el embarazo.* Revista Colombiana de Psiquiatría 48(1): 58–65.

MERRY, L., VANGEN, S., SMALL, R. (2016). *Caesarean births among migrant women in high-income countries.* Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 32: 88–99.

MINISTERIO DE SANIDAD CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2017 ENSE 2017 Metodología.* [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* Disponible en: https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf

PÉREZ-DE-VILLA-AMIL-ÁLVAREZ, A., PRIETO-CLAVERO, E., HERNÁNDEZ-PLACÍA, R. (2015). *Preeclampsia grave: características y consecuencias.* Revista Finlay 5(2): 118-128.

PINILLA, J. Y LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. (2020). *Income and wealth as determinants of voluntary private health insurance: empirical evidence in Spain, 2008–2014.* BMC Public Health. 20(1): 1262.

RIGOL M. (29 ENERO 2018). *SERENA BRIGIDI: 'Sin educar en la consciencia corporal, ¿cómo vamos a disfrutar del parto?'* El Salto. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/parto/serena-brigidi-disfrutar-parto>

SÁEZ, C. V. C. Y PÉREZ, H. M. T. (2014). *Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia.* Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 40(2): 155-164.

SÁNCHEZ, J. A., MARTÍNEZ ROCHE, M., NICOLÁS VIGUERAS, M., BAS PEÑA, E., MORALES LÓPEZ, R., Y ÁLVAREZ MUNÁRRIZ, L. (2012). *Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia.* AIBR Revista de Antropología Iberoamericana 7(2): 225-247.

SANTIAGO-PÉREZ, M. I., PÉREZ-RÍOS, M., MALVAR PINTOS, A., HERVADA VIDAL, X. (2019). *Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo.* Revista Española de Salud Pública 93:1–8

SUSÍN ESPEJA, M. (2018). *Programa de planificación familiar para mujeres marroquíes residentes en Valladolid.* Trabajo de Grado. Universidad de Valladolid. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30369/TFG-H1212.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

TRAN, T. K., GOTTVALL, K., NGUYEN, H. D., ASCHER, H., PETZOLD, M. (2012). *Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam.* BMC Health Services Research 12(1):40.

VALIENTE IZQUIERDO, L. C. (2016). *Principales barreras de acceso al sistema sanitario de la población inmigrante en España.* Trabajo Fin de Grado. Universidad de Jaén. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3793/1/TFG_La_Cristina_Valiente_Izquierdo.pdf

VIDAL, M. J., JANÉ, M., TEIXIDÓ, M., TOMÁS, Z., Y CIRUELA, P. (2021). *Indicadores de salud perinatal en Cataluña. Informe ejecutivo Año 2019.* Barcelona. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-perinatal/>

A N E X O 1 *Características Sociodemográficas de acuerdo a 15 categorías geográficas.
Tabla 2 (15 categorías de procedencia)*

Características Sociodemográficas de las gestantes	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
Edad media (DE) (años)	31,8 (6,0)	30,4 (6,0)	29,9 (5,2)	29,1 (6,2)	31,2 (5,9)	29,1 (5,0)	28,4 (5,9)	31,5 (5,9)		29,5 (6,0)	31,2 (5,4)	32,9 (5,1)	30,3 (6,2)	28,9 (4,9)	32,2 (5,6)	28,0 (6,0)	31,1 (6,0)	0,000	1 (0,0%)
Edad (años)																			
12-15	33 (0,2%)	3 (0,1%)	0 (0,0%)	4 (0,5%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)	3 (0,6%)	0 (0,0%)		7 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	54 (0,2%)	0,000	1 (0,0%)
16-20	781 (4,6%)	213 (4,8%)	23 (2,4%)	59 (7,1%)	56 (5,8%)	11 (2,7%)	40 (8,1%)	24 (2,5%)		69 (7,8%)	19 (2,7%)	14 (1,9%)	35 (6,9%)	16 (2,5%)	4 (1,3%)	72 (10,6%)	1436 (4,7%)		
21-30	5704 (33,4%)	2045 (45,9%)	519 (53,7%)	428 (51,6%)	328 (34,2%)	248 (60,3%)	263 (53,2%)	405 (41,5%)		390 (44,2%)	295 (41,6%)	202 (27,0%)	211 (41,5%)	415 (64,8%)	114 (37,6%)	374 (54,8%)	11941 (39,0%)		
31-40	9590 (56,2%)	1970 (44,2%)	405 (41,9%)	312 (37,6%)	542 (56,5%)	148 (36,0%)	179 (36,2%)	493 (50,5%)		397 (45,0%)	375 (52,9%)	504 (67,3%)	245 (48,2%)	196 (30,6%)	168 (55,4%)	223 (32,7%)	15747 (51,4%)		
>40	948 (5,6%)	221 (5,0%)	20 (2,1%)	26 (3,1%)	33 (3,4%)	4 (1,0%)	9 (1,8%)	55 (5,6%)		19 (2,2%)	20 (2,8%)	29 (3,9%)	16 (3,1%)	12 (1,9%)	17 (5,6%)	12 (1,8%)	1441 (4,7%)		
Estudios																			
Sin estudios	138 (1,0%)	329 (9,5%)	45 (6,1%)	2 (0,3%)	5 (0,7%)	10 (3,0%)	1 (0,3%)	152 (18,9%)		8 (1,2%)	2 (0,4%)	3 (0,6%)	1 (0,3%)	24 (4,4%)	2 (0,8%)	6 (1,2%)	728 (3,1%)	0,000	7054 (23,0%)
Primarios	3435 (25,9%)	2144 (61,6%)	378 (51,1%)	143 (24,8%)	236 (34,6%)	159 (48,0%)	105 (30,0%)	431 (53,5%)		296 (42,9%)	94 (17,7%)	44 (8,2%)	89 (27,2%)	257 (46,6%)	46 (18,7%)	166 (34,5%)	8023 (34,0%)		
Secundarios /Bachillerato Secundarios/ Formación profesional	1600 (12,1%)	589 (16,9%)	185 (25,0%)	185 (32,1%)	240 (35,2%)	97 (29,3%)	131 (37,4%)	122 (15,2%)		183 (26,5%)	98 (18,4%)	58 (10,8%)	102 (31,2%)	146 (26,5%)	64 (26,0%)	208 (43,2%)	4008 (17,0%)		
	3543 (26,8%)	214 (6,2%)	27 (3,6%)	129 (22,4%)	121 (17,7%)	32 (9,7%)	45 (12,9%)	48 (6,0%)		105 (15,2%)	88 (16,5%)	65 (12,1%)	51 (15,6%)	25 (4,5%)	31 (12,6%)	57 (11,9%)	4581 (19,4%)		
Universitarios	4525 (34,2%)	202 (5,8%)	105 (14,2%)	117 (20,3%)	80 (11,7%)	33 (10,0%)	68 (19,4%)	52 (6,5%)		98 (14,2%)	250 (47,0%)	366 (68,3%)	84 (25,7%)	99 (18,0%)	103 (41,9%)	44 (9,1%)	6226 (26,4%)		

A N E X O 1 *Características Sociodemográficas de acuerdo a 15 categorías geográficas.*
Tabla 2 (15 categorías de procedencia)

Características Sociodemográficas de las gestantes	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
Clase social																			
Alta	608 (4,6%)	3 (0,1%)	1 (0,1%)	2 (0,3%)	4 (0,6%)	3 (0,9%)	2 (0,6%)	2 (0,2%)		5 (0,7%)	5 (0,9%)	45 (8,4%)	8 (2,4%)	2 (0,4%)	7 (2,8%)	3 (0,6%)	700 (3,0%)	0,000	7054 (23,0%)
Media	6279 (47,4%)	151 (4,3%)	22 (3,0%)	120 (20,8%)	98 (14,4%)	52 (15,7%)	56 (16,0%)	47 (5,8%)		127 (18,4%)	181 (34,0%)	313 (58,4%)	83 (25,4%)	20 (3,6%)	64 (26,0%)	41 (8,5%)	7654 (32,5%)		
Baja	3806 (28,7%)	631 (18,1%)	64 (8,6%)	254 (44,1%)	405 (59,4%)	178 (53,8%)	170 (48,6%)	267 (33,2%)		334 (48,4%)	155 (29,1%)	100 (18,7%)	130 (39,8%)	91 (16,5%)	78 (31,7%)	307 (63,8%)	6970 (29,6%)		
Paro	946 (7,1%)	255 (7,3%)	101 (13,6%)	75 (13,0%)	55 (8,1%)	28 (8,5%)	38 (10,9%)	79 (9,8%)		53 (7,7%)	59 (11,1%)	31 (5,8%)	36 (11,0%)	68 (12,3%)	22 (8,9%)	39 (8,1%)	1885 (8,0%)		
Trabajo doméstico	1602 (12,1%)	2438 (70,1%)	552 (74,6%)	125 (21,7%)	120 (17,6%)	70 (21,1%)	84 (24,0%)	410 (50,9%)		171 (24,8%)	132 (24,8%)	47 (8,8%)	70 (21,4%)	370 (67,2%)	75 (30,5%)	91 (18,9%)	6357 (27,0%)		
Datos gestación																			
Índice de Masa Corporal	24,9 (5,1)	27,2 (4,8)	27,2 (4,9)	25,6 (4,8)	26,5 (4,5)	22,4 (3,4)	25,8 (4,9)	26,8 (5,1)		24,8 (4,8)	23,6 (4,2)	23,1 (3,8)	25,2 (4,8)	25,2 (4,2)	23,7 (3,7)	26,7 (5,3)	25,4 (5,0)	0,000	2730 (8,9%)
Riesgo de embarazo inicial																			
normal	4647 (35,8%)	1266 (36,0%)	190 (26,5%)	228 (36,4%)	229 (33,3%)	156 (49,2%)	122 (34,3%)	207 (27,4%)		281 (39,4%)	202 (38,4%)	0 (0,0%)	123 (33,0%)	193 (41,6%)	91 (41,0%)	173 (34,9%)	8349 (35,8%)		
bajo riesgo	857 (6,6%)	316 (9,0%)	53 (7,4%)	62 (9,9%)	73 (10,6%)	24 (7,6%)	36 (10,1%)	44 (5,8%)		38 (5,3%)	41 (7,8%)	14 (1,9%)	25 (6,7%)	40 (8,6%)	16 (7,2%)	54 (10,9%)	1709 (7,3%)		
riesgo medio	4573 (35,2%)	1170 (33,3%)	268 (37,4%)	211 (33,7%)	226 (32,9%)	87 (27,4%)	143 (40,2%)	269 (35,6%)		269 (37,7%)	184 (35,0%)	202 (27,0%)	124 (33,2%)	123 (26,5%)	71 (32,0%)	184 (37,2%)	8075 (34,7%)	0,000	7329 (23,9%)
riesgo alto	2412 (18,6%)	652 (18,6%)	170 (23,7%)	110 (17,6%)	146 (21,3%)	44 (13,9%)	49 (13,8%)	189 (25,0%)		109 (15,3%)	82 (15,6%)	504 (67,3%)	79 (21,2%)	97 (20,9%)	39 (17,6%)	72 (14,5%)	4346 (18,7%)		
riesgo muy alto	489 (3,8%)	110 (3,1%)	36 (5,0%)	15 (2,4%)	13 (1,9%)	6 (1,9%)	6 (1,7%)	47 (6,2%)		17 (2,4%)	17 (3,2%)	29 (3,9%)	22 (5,9%)	11 (2,4%)	5 (2,3%)	12 (2,4%)	812 (3,5%)		

A N E X O 1 *Características Sociodemográficas de acuerdo a 15 categorías geográficas.*
Tabla 2 (15 categorías de procedencia)

Características Sociodemográficas de las gestantes	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
Riesgo de embarazo final																			
normal	2093 (21,4%)	499 (17,5%)	80 (11,2%)	115 (22,0%)	111 (19,4%)	71 (29,5%)	63 (20,2%)	72 (11,3%)		109 (20,7%)	120 (28,7%)	124 (28,0%)	56 (18,8%)	83 (20,7%)	43 (23,2%)	66 (15,2%)	3705 (20,2%)	0,000	12290 (40,1%)
bajo riesgo	904 (9,3%)	303 (10,6%)	55 (7,7%)	62 (11,9%)	70 (12,3%)	29 (12,0%)	37 (11,9%)	44 (6,9%)		44 (8,3%)	43 (10,3%)	47 (10,6%)	24 (8,1%)	44 (11,0%)	21 (11,4%)	52 (12,0%)	1779 (9,7%)		
riesgo medio	3905 (40,0%)	1219 (42,6%)	337 (47,2%)	202 (38,7%)	210 (36,8%)	92 (38,2%)	124 (39,7%)	266 (41,6%)		232 (44,0%)	146 (34,9%)	171 (38,6%)	120 (40,3%)	150 (37,4%)	82 (44,3%)	191 (44,1%)	7447 (40,6%)		
riesgo alto	2282 (23,4%)	664 (23,2%)	183 (25,6%)	122 (23,4%)	158 (27,7%)	35 (14,5%)	64 (20,5%)	191 (29,8%)		124 (23,5%)	89 (21,3%)	89 (20,1%)	73 (24,5%)	102 (25,4%)		98 (22,6%)	4305 (23,5%)		
riesgo muy alto	582 (6,0%)	174 (6,1%)	59 (8,3%)	21 (4,0%)	22 (3,9%)	14 (5,8%)	24 (7,7%)	67 (10,5%)		18 (3,4%)	20 (4,8%)	12 (2,7%)	25 (8,4%)	22 (5,5%)	8 (4,3%)	26 (6,0%)			
Consumo de tabaco	2815 (18,1%)	40 (1,0%)	1 (0,1%)	38 (5,1%)	25 (3,0%)	7 (1,8%)	30 (6,9%)	5 (0,6%)		204 (24,6%)	83 (12,6%)	86 (12,8%)	54 (12,1%)	0 (0,0%)	7 (2,5%)	22 (3,8%)	3417 (12,2%)	0,000	2660 (8,7%)
Consumo de alcohol	34 (0,2%)	1 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,3%)	7 (0,8%)	0 (0,0%)	7 (1,6%)	2 (0,2%)		2 (0,2%)	3 (0,5%)	4 (0,6%)	4 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,3%)	68 (0,2%)	NV	2769 (9,0%)
Consumo de drogas	94 (0,6%)	6 (0,1%)	1 (0,1%)	6 (0,8%)	2 (0,2%)	0 (0,0%)	2 (0,5%)	2 (0,2%)		1 (0,1%)	1 (0,2%)	8 (1,2%)	5 (1,1%)	3 (0,5%)	1 (0,4%)	4 (0,7%)	136 (0,5%)	NV	2824 (9,2%)
Violencia Machista (PVS positivo)	221 (1,7%)	63 (1,9%)	4 (0,6%)	15 (2,4%)	30 (4,0%)	1 (0,3%)	5 (1,3%)	16 (2,4%)		9 (1,4%)	4 (0,8%)	10 (1,8%)	9 (2,3%)	4 (1,0%)	2 (1,1%)	16 (2,9%)	409 (1,8%)	0,000	7674 (25,1%)
Salud Mental Materna (Whooley positivo)	1226 (10,9%)	222 (7,4%)	20 (3,2%)	62 (11,0%)	88 (13,6%)	5 (1,9%)	33 (9,7%)	33 (5,8%)		42 (7,5%)	30 (6,4%)	38 (7,9%)	45 (14,2%)	13 (3,5%)	12 (7,2%)	69 (14,6%)	1938 (9,6%)	0,000	10525 (34,4%)
Riesgo de Preeclampsia																			
Bajo riesgo	4979 (85,8%)	1375 (87,2%)	288 (85,2%)	218 (84,5%)	257 (86,5%)	132 (93,0%)	122 (84,1%)	249 (76,6%)		227 (87,0%)	209 (87,8%)	225 (87,5%)	140 (89,2%)	191 (91,8%)	83 (89,2%)	176 (81,9%)	8871 (86,0%)	0,000	20306 (66,3%)
Riesgo	824 (14,2%)	202 (12,8%)	50 (14,8%)	40 (15,5%)	40 (13,5%)	10 (7,0%)	23 (15,9%)	76 (23,4%)		34 (13,0%)	29 (12,2%)	32 (12,5%)	17 (10,8%)	17 (8,2%)	10 (10,8%)	39 (18,1%)	1443 (14,0%)		

A N E X O 1 Características Sociodemográficas de acuerdo a 15 categorías geográficas.
Tabla 2 (15 categorías de procedencia)

Características Sociodemográficas de las gestantes	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
Resultado gestación																			
Resultado final embarazo																			
Parto	11482 (67,6%)	3227 (72,6%)	599 (62,1%)	553 (67,0%)	577 (60,4%)	322 (79,1%)	300 (61,1%)	606 (62,5%)		616 (70,0%)	516 (73,1%)	516 (73,1%)	304 (60,2%)	416 (65,4%)	203 (67,4%)	446 (65,8%)	20708 (67,9%)	0,000	128 (0,4%)
Cesárea	3154 (18,6%)	668 (15,0%)	242 (25,1%)	184 (22,3%)	225 (23,5%)	52 (12,8%)	113 (23,0%)	225 (23,2%)		164 (18,6%)	112 (15,9%)	112 (15,9%)	143 (28,3%)	135 (21,2%)	66 (21,9%)	125 (18,4%)	5728 (18,8%)		
Aborto	1761 (10,4%)	441 (9,9%)	99 (10,3%)	59 (7,2%)	103 (10,8%)	23 (5,7%)	58 (11,8%)	103 (10,6%)		78 (8,9%)	59 (8,4%)	59 (8,4%)	36 (7,1%)	67 (10,5%)	27 (9,0%)	66 (9,7%)	3044 (10,0%)		
Interrupción Voluntaria del Embarazo	385 (2,3%)	62 (1,4%)	9 (0,9%)	21 (2,5%)	43 (4,5%)	7 (1,7%)	15 (3,1%)	23 (2,4%)		9 (1,0%)	16 (2,3%)	16 (2,3%)	14 (2,8%)	12 (1,9%)	2 (0,7%)	31 (4,6%)	661 (2,2%)		
Otros	201 (1,2%)	46 (1,0%)	16 (1,7%)	8 (1,0%)	8 (0,8%)	3 (0,7%)	5 (1,0%)	13 (1,3%)		13 (1,5%)	3 (0,4%)	3 (0,4%)	8 (1,6%)	6 (0,9%)	3 (1,0%)	10 (1,5%)	351 (1,2%)		
Semanas de gestación																			
<37	2549 (16,0%)	581 (13,6%)	153 (16,9%)	104 (13,4%)	144 (16,5%)	46 (11,6%)	73 (16,2%)	172 (18,7%)		123 (14,5%)	98 (14,4%)	90 (12,9%)	67 (14,5%)	103 (16,8%)	48 (16,5%)	99 (16,1%)	4450 (15,5%)	NV	1903 (6,2%)
37-42	13321 (83,6%)	3654 (85,8%)	749 (82,8%)	671 (86,6%)	725 (83,1%)	350 (88,4%)	379 (83,8%)	744 (80,9%)		723 (85,4%)	578 (84,9%)	603 (86,1%)	395 (85,3%)	511 (83,2%)	242 (83,2%)	516 (83,8%)	24161 (84,1%)		
>42	58 (0,4%)	22 (0,5%)	3 (0,3%)	0 (0,0%)	3 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (0,4%)		1 (0,1%)	5 (0,7%)	7 (1,0%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,2%)	106 (0,4%)		
Peso neonato (Kgs.)	3,3 (0,5)	3,4 (0,5)	3,2 (0,5)	3,3 (0,5)	3,4 (0,5)	3,4 (0,5)	3,3 (0,5)	3,2 (0,6)		3,3 (0,5)	3,4 (0,5)	3,3 (0,5)	3,2 (0,5)	3,1 (0,5)	3,3 (0,5)	3,3 (0,5)	3,3 (0,5)	0,000	7611 (24,9%)
Embarazo gemelar	181 (1,4%)	36 (1,0%)	6 (0,9%)	7 (1,1%)	10 (1,5%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	14 (2,0%)		8 (1,1%)	8 (1,5%)	4 (0,7%)	6 (1,6%)	5 (1,1%)	2 (0,9%)	2 (0,4%)	291 (1,3%)	0,194	7611 (24,9%)

A N E X O 1 *Características Sociodemográficas de acuerdo a 15 categorías geográficas.
Tabla 2 (15 categorías de procedencia)*

Características Sociodemográficas de las gestantes	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
Métodos anticonceptivos postparto																			
Ninguno	1019 (9,4%)	299 (10,4%)	67 (11,5%)	47 (9,1%)	53 (9,7%)	26 (9,2%)	25 (8,4%)	71 (11,8%)		72 (12,1%)	53 (12,5%)	41 (8,7%)	24 (7,6%)	30 (7,8%)	22 (12,9%)	47 (11,1%)	1896 (9,8%)		
Barrera	6323 (58,5%)	934 (32,6%)	341 (58,7%)	240 (46,5%)	281 (51,4%)	201 (71,0%)	154 (52,0%)	231 (38,2%)		298 (50,0%)	261 (61,4%)	299 (63,2%)	154 (49,0%)	240 (62,2%)	97 (57,1%)	204 (48,3%)	10258 (53,2%)		
Vasectomía / Ligadura Trompas	346 (3,2%)	34 (1,2%)	32 (5,5%)	33 (6,4%)	19 (3,5%)	6 (2,1%)	10 (3,4%)	23 (3,8%)		13 (2,2%)	7 (1,6%)	9 (1,9%)	29 (9,2%)	11 (2,8%)	7 (4,1%)	19 (4,5%)	598 (3,1%)		
Solo Gestágenos (implante, inyectables, minipíldora)	1724 (15,9%)	1265 (44,1%)	82 (14,1%)	129 (25,0%)	124 (22,7%)	22 (7,8%)	50 (16,9%)	196 (32,5%)		135 (22,7%)	64 (15,1%)	73 (15,4%)	70 (22,3%)	64 (16,6%)	31 (18,2%)	99 (23,5%)	4128 (21,4%)		
Combinados (píldoras, anillo, parche)	517 (4,8%)	106 (3,7%)	11 (1,9%)	12 (2,3%)	13 (2,4%)	14 (4,9%)	10 (3,4%)	12 (2,0%)		20 (3,4%)	12 (2,8%)	13 (2,7%)	8 (2,5%)	5 (1,3%)	2 (1,2%)	9 (2,1%)	764 (4,0%)	0,000	11330 (37,0%)
DIU	258 (2,4%)	71 (2,5%)	7 (1,2%)	12 (2,3%)	15 (2,7%)	8 (2,8%)	14 (4,7%)	23 (3,8%)		18 (3,0%)	9 (2,1%)	6 (1,3%)	7 (2,2%)	11 (2,8%)	6 (3,5%)	11 (2,6%)	476 (2,5%)		
Doble método (preservativo+ método hormonal o DIU)	475 (4,4%)	122 (4,3%)	27 (4,6%)	30 (5,8%)	27 (4,9%)	4 (1,4%)	23 (7,8%)	24 (4,0%)		33 (5,5%)	16 (3,8%)	23 (4,9%)	15 (4,8%)	22 (5,7%)	4 (2,4%)	19 (4,5%)	864 (4,5%)		
Otros	149 (1,4%)	35 (1,2%)	14 (2,4%)	13 (2,5%)	15 (2,7%)	2 (0,7%)	10 (3,4%)	24 (4,0%)		7 (1,2%)	3 (0,7%)	9 (1,9%)	7 (2,2%)	3 (0,8%)	1 (0,6%)	14 (3,3%)	306 (1,6%)		

A N E X O 2 *Antecedentes obstétricos de acuerdo a 15 categorías geográficas.*
Tabla 3 (15 categorías de procedencia)

Antecedentes obstétricos	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
<i>Embarazos a término (según TPAL)</i>																			
0	5963 (37,6%)	859 (20,3%)	186 (20,7%)	261 (34,1%)	252 (29,0%)	119 (30,3%)	165 (36,7%)	135 (14,7%)		290 (34,4%)	253 (37,9%)	302 (43,9%)	182 (39,6%)	200 (32,8%)	96 (33,1%)	196 (32,1%)	9459 (33,1%)	0,000	2061 (6,7%)
1	6328 (39,9%)	1253 (29,6%)	289 (32,1%)	308 (40,3%)	333 (38,4%)	153 (38,9%)	168 (37,3%)	235 (25,6%)		357 (42,3%)	275 (41,2%)	271 (39,4%)	163 (35,4%)	283 (46,5%)	119 (41,0%)	246 (40,3%)	10781 (37,7%)		
2	2626 (16,6%)	1140 (26,9%)	232 (25,8%)	131 (17,1%)	188 (21,7%)	87 (22,1%)	81 (18,0%)	214 (23,3%)		140 (16,6%)	118 (17,7%)	90 (13,1%)	90 (19,6%)	93 (15,3%)	60 (20,7%)	111 (18,2%)	5401 (18,9%)		
3	680 (4,3%)	670 (15,8%)	142 (15,8%)	50 (6,5%)	67 (7,7%)	25 (6,4%)	29 (6,4%)	167 (18,2%)		40 (4,7%)	20 (3,0%)	19 (2,8%)	18 (3,9%)	26 (4,3%)	13 (4,5%)	41 (6,7%)	2007 (7,0%)		
múltipara	260 (1,6%)	317 (7,5%)	50 (5,6%)	15 (2,0%)	28 (3,2%)	9 (2,3%)	7 (1,6%)	168 (18,3%)		16 (1,9%)	2 (0,3%)	6 (0,9%)	7 (1,5%)	7 (1,1%)	2 (0,7%)	17 (2,8%)	911 (3,2%)		
Prematuridad	573 (3,6%)	183 (4,3%)	51 (5,7%)	40 (5,2%)	40 (4,6%)	11 (2,8%)	16 (3,6%)	49 (5,3%)		29 (3,4%)	9 (1,3%)	13 (1,9%)	15 (3,3%)	17 (2,8%)	6 (2,1%)	26 (4,3%)	1078 (3,8%)	0,000	2078 (6,8%)
Preeclampsia	264 (1,5%)	29 (0,7%)	4 (0,4%)	7 (0,8%)	7 (0,7%)	1 (0,2%)	6 (1,2%)	18 (1,8%)		13 (1,5%)	4 (0,6%)	7 (0,9%)	6 (1,2%)	2 (0,3%)	7 (2,3%)	9 (1,3%)	384 (1,3%)	0,000	0 (0,0%)
Diabetes gestacional	1479 (8,7%)	560 (12,6%)	179 (18,5%)	52 (6,3%)	66 (6,9%)	58 (14,1%)	32 (6,5%)	120 (12,3%)		63 (7,1%)	42 (5,9%)	38 (5,1%)	29 (5,7%)	128 (20,0%)	28 (9,2%)	47 (6,9%)	2921 (9,5%)	0,000	0 (0,0%)
Neonato muerto	2 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,2%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	5 (0,0%)	NV	0 (0,0%)
Embarazo No deseado	199 (1,2%)	52 (1,2%)	4 (0,4%)	10 (1,2%)	25 (2,6%)	0 (0,0%)	10 (2,0%)	18 (1,8%)		7 (0,8%)	9 (1,3%)	1 (0,1%)	3 (0,6%)	11 (1,7%)	1 (0,3%)	6 (0,9%)	356 (1,2%)	0,000	0 (0,0%)

A N E X O 2 Antecedentes obstétricos de acuerdo a 15 categorías geográficas.
Tabla 3 (15 categorías de procedencia)

Antecedentes ginecológicos	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
Infección de Transmisión Sexual	994 (5,8%)	110 (2,5%)	15 (1,6%)	68 (8,2%)	71 (7,4%)	8 (1,9%)	43 (8,7%)	30 (3,1%)		43 (4,9%)	30 (4,2%)	32 (4,3%)	23 (4,5%)	5 (0,8%)	8 (2,6%)	92 (13,5%)	1572 (5,1%)	0,000	0 (0,0%)
	79 (0,5%)	13 (0,3%)	3 (0,3%)	3 (0,4%)	3 (0,3%)	0 (0,0%)	3 (0,6%)	6 (0,6%)		7 (0,8%)	2 (0,3%)	4 (0,5%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	6 (0,9%)	132 (0,4%)	NV	0 (0,0%)
Displasia cervical	936 (5,5%)	87 (2,0%)	15 (1,6%)	25 (3,0%)	43 (4,5%)	10 (2,4%)	24 (4,9%)	29 (3,0%)		35 (4,0%)	25 (3,5%)	33 (4,4%)	19 (3,7%)	8 (1,3%)	9 (3,0%)	46 (6,7%)	1344 (4,4%)	0,000	0 (0,0%)
Anemia	1981 (11,6%)	903 (20,3%)	233 (24,1%)	73 (8,8%)	96 (10,0%)	14 (3,4%)	38 (7,7%)	199 (20,4%)		81 (9,2%)	42 (5,9%)	37 (4,9%)	31 (6,1%)	108 (16,9%)	19 (6,3%)	53 (7,8%)	3908 (12,8%)	0,000	0 (0,0%)
Problema de Salud Mental	1935 (11,3%)	246 (5,5%)	19 (2,0%)	38 (4,6%)	57 (5,9%)	5 (1,2%)	21 (4,3%)	24 (2,5%)		60 (6,8%)	39 (5,5%)	38 (5,1%)	41 (8,1%)	10 (1,6%)	11 (3,6%)	42 (6,2%)	2586 (8,4%)	0,000	0 (0,0%)
Endometriosis	208 (1,2%)	11 (0,2%)	2 (0,2%)	2 (0,2%)	3 (0,3%)	3 (0,7%)	2 (0,4%)	4 (0,4%)		7 (0,8%)	7 (1,0%)	6 (0,8%)	3 (0,6%)	5 (0,8%)	2 (0,7%)	2 (0,3%)	267 (0,9%)	0,000	0 (0,0%)
Mutilación Genital Femenina	4 (0,0%)	1 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	65 (6,7%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	70 (0,2%)	NV	0 (0,0%)
Abortos habituales	82 (0,5%)	14 (0,3%)	12 (1,2%)	5 (0,6%)	4 (0,4%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	6 (0,6%)		2 (0,2%)	3 (0,4%)	4 (0,5%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	1 (0,3%)	1 (0,1%)	137 (0,4%)	NV	0 (0,0%)
Embarazo ectópico	168 (1,0%)	28 (0,6%)	1 (0,1%)	6 (0,7%)	9 (0,9%)	1 (0,2%)	3 (0,6%)	12 (1,2%)		7 (0,8%)	1 (0,1%)	9 (1,2%)	5 (1,0%)	3 (0,5%)	2 (0,7%)	4 (0,6%)	259 (0,8%)	0,045	0 (0,0%)
Maltrato/ Violencia	98 (0,6%)	30 (0,7%)	3 (0,3%)	7 (0,8%)	10 (1,0%)	0 (0,0%)	2 (0,4%)	11 (1,1%)		3 (0,3%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	3 (0,6%)	8 (1,3%)	0 (0,0%)	7 (1,0%)	184 (0,6%)	NV	0 (0,0%)

A N E X O 3 *Procedencia Rural y Urbana desagregada en 15 categorías geográficas.
Tabla 3 (15 categorías de procedencia)*

Antecedentes obstétricos	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
<i>Embarazos a término (según TPAL)</i>																			
0	5963 (37,6%)	859 (20,3%)	186 (20,7%)	261 (34,1%)	252 (29,0%)	119 (30,3%)	165 (36,7%)	135 (14,7%)		290 (34,4%)	253 (37,9%)	302 (43,9%)	182 (39,6%)	200 (32,8%)	96 (33,1%)	196 (32,1%)	9459 (33,1%)	0,000	2061 (6,7%)
1	6328 (39,9%)	1253 (29,6%)	289 (32,1%)	308 (40,3%)	333 (38,4%)	153 (38,9%)	168 (37,3%)	235 (25,6%)		357 (42,3%)	275 (41,2%)	271 (39,4%)	163 (35,4%)	283 (46,5%)	119 (41,0%)	246 (40,3%)	10781 (37,7%)		
2	2626 (16,6%)	1140 (26,9%)	232 (25,8%)	131 (17,1%)	188 (21,7%)	87 (22,1%)	81 (18,0%)	214 (23,3%)		140 (16,6%)	118 (17,7%)	90 (13,1%)	90 (19,6%)	93 (15,3%)	60 (20,7%)	111 (18,2%)	5401 (18,9%)		
3	680 (4,3%)	670 (15,8%)	142 (15,8%)	50 (6,5%)	67 (7,7%)	25 (6,4%)	29 (6,4%)	167 (18,2%)		40 (4,7%)	20 (3,0%)	19 (2,8%)	18 (3,9%)	26 (4,3%)	13 (4,5%)	41 (6,7%)	2007 (7,0%)		
múltipara	260 (1,6%)	317 (7,5%)	50 (5,6%)	15 (2,0%)	28 (3,2%)	9 (2,3%)	7 (1,6%)	168 (18,3%)		16 (1,9%)	2 (0,3%)	6 (0,9%)	7 (1,5%)	7 (1,1%)	2 (0,7%)	17 (2,8%)	911 (3,2%)		
Prematuridad	573 (3,6%)	183 (4,3%)	51 (5,7%)	40 (5,2%)	40 (4,6%)	11 (2,8%)	16 (3,6%)	49 (5,3%)		29 (3,4%)	9 (1,3%)	13 (1,9%)	15 (3,3%)	17 (2,8%)	6 (2,1%)	26 (4,3%)	1078 (3,8%)	0,000	2078 (6,8%)
Preeclampsia	264 (1,5%)	29 (0,7%)	4 (0,4%)	7 (0,8%)	7 (0,7%)	1 (0,2%)	6 (1,2%)	18 (1,8%)		13 (1,5%)	4 (0,6%)	7 (0,9%)	6 (1,2%)	2 (0,3%)	7 (2,3%)	9 (1,3%)	384 (1,3%)	0,000	0 (0,0%)
Diabetes gestacional	1479 (8,7%)	560 (12,6%)	179 (18,5%)	52 (6,3%)	66 (6,9%)	58 (14,1%)	32 (6,5%)	120 (12,3%)		63 (7,1%)	42 (5,9%)	38 (5,1%)	29 (5,7%)	128 (20,0%)	28 (9,2%)	47 (6,9%)	2921 (9,5%)	0,000	0 (0,0%)
Neonato muerto	2 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,2%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	5 (0,0%)	NV	0 (0,0%)
Embarazo No deseado	199 (1,2%)	52 (1,2%)	4 (0,4%)	10 (1,2%)	25 (2,6%)	0 (0,0%)	10 (2,0%)	18 (1,8%)		7 (0,8%)	9 (1,3%)	1 (0,1%)	3 (0,6%)	11 (1,7%)	1 (0,3%)	6 (0,9%)	356 (1,2%)	0,000	0 (0,0%)

A N E X O 3 *Procedencia Rural y Urbana desagregada en 15 categorías geográficas.
Tabla 3 (15 categorías de procedencia)*

Antecedentes ginecológicos	España	Magreb	Pakistán	Ecuador Venezuela Colombia	Bolivia Perú Paraguay	China	Centro América y Caribe sin Honduras	África subsahariana		Rumanía	Europa Este	Europa Central y Meridional	Argentina Chile Uruguay Brasil	India Bangladesh Nepal	Otras procedencias minoritarias	Honduras	Total	p	perdidos
Infección de Transmisión Sexual	994 (5,8%)	110 (2,5%)	15 (1,6%)	68 (8,2%)	71 (7,4%)	8 (1,9%)	43 (8,7%)	30 (3,1%)		43 (4,9%)	30 (4,2%)	32 (4,3%)	23 (4,5%)	5 (0,8%)	8 (2,6%)	92 (13,5%)	1572 (5,1%)	0,000	0 (0,0%)
	79 (0,5%)	13 (0,3%)	3 (0,3%)	3 (0,4%)	3 (0,3%)	0 (0,0%)	3 (0,6%)	6 (0,6%)		7 (0,8%)	2 (0,3%)	4 (0,5%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	6 (0,9%)	132 (0,4%)	NV	0 (0,0%)
Displasia cervical	936 (5,5%)	87 (2,0%)	15 (1,6%)	25 (3,0%)	43 (4,5%)	10 (2,4%)	24 (4,9%)	29 (3,0%)		35 (4,0%)	25 (3,5%)	33 (4,4%)	19 (3,7%)	8 (1,3%)	9 (3,0%)	46 (6,7%)	1344 (4,4%)	0,000	0 (0,0%)
Anemia	1981 (11,6%)	903 (20,3%)	233 (24,1%)	73 (8,8%)	96 (10,0%)	14 (3,4%)	38 (7,7%)	199 (20,4%)		81 (9,2%)	42 (5,9%)	37 (4,9%)	31 (6,1%)	108 (16,9%)	19 (6,3%)	53 (7,8%)	3908 (12,8%)	0,000	0 (0,0%)
Problema de Salud Mental	1935 (11,3%)	246 (5,5%)	19 (2,0%)	38 (4,6%)	57 (5,9%)	5 (1,2%)	21 (4,3%)	24 (2,5%)		60 (6,8%)	39 (5,5%)	38 (5,1%)	41 (8,1%)	10 (1,6%)	11 (3,6%)	42 (6,2%)	2586 (8,4%)	0,000	0 (0,0%)
Endometriosis	208 (1,2%)	11 (0,2%)	2 (0,2%)	2 (0,2%)	3 (0,3%)	3 (0,7%)	2 (0,4%)	4 (0,4%)		7 (0,8%)	7 (1,0%)	6 (0,8%)	3 (0,6%)	5 (0,8%)	2 (0,7%)	2 (0,3%)	267 (0,9%)	0,000	0 (0,0%)
Mutilación Genital Femenina	4 (0,0%)	1 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	65 (6,7%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	70 (0,2%)	NV	0 (0,0%)
Abortos habituales	82 (0,5%)	14 (0,3%)	12 (1,2%)	5 (0,6%)	4 (0,4%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	6 (0,6%)		2 (0,2%)	3 (0,4%)	4 (0,5%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	1 (0,3%)	1 (0,1%)	137 (0,4%)	NV	0 (0,0%)
Embarazo ectópico	168 (1,0%)	28 (0,6%)	1 (0,1%)	6 (0,7%)	9 (0,9%)	1 (0,2%)	3 (0,6%)	12 (1,2%)		7 (0,8%)	1 (0,1%)	9 (1,2%)	5 (1,0%)	3 (0,5%)	2 (0,7%)	4 (0,6%)	259 (0,8%)	0,045	0 (0,0%)
Embarazo No deseado	199 (1,2%)	52 (1,2%)	4 (0,4%)	10 (1,2%)	25 (2,6%)	0 (0,0%)	10 (2,0%)	18 (1,8%)		7 (0,8%)	9 (1,3%)	1 (0,1%)	3 (0,6%)	11 (1,7%)	1 (0,3%)	6 (0,9%)	356 (1,2%)	0,000	0 (0,0%)

Características de las mujeres migradas gestantes

*Atendidas por los Servicios de Atención
a la Salud Sexual y Reproductiva del Institut
Català de la Salut durante el año 2019*

Un proyecto de:



Con el soporte de:



Agència Catalana
de Cooperació
al Desenvolupament



Generalitat
de Catalunya