

MESA ESPONTÁNEA IX

Viernes, 29 de octubre de 2010. 12:30 a 14:00 h

Auditorio 2

Mujeres inmigrantes, multiculturalidad y salud. ¿Qué sabemos? ¿Qué hacemos?

Modera: M.^a Jesús Mateu

Antecedentes/Objetivos: Uno de los aspectos más relevantes que acompaña al nuevo milenio en Europa es el fenómeno de la emigración económica, caracterizada por una importante y creciente participación femenina. La rapidez con la que se ha producido el cambio sociodemográfico en España, y la heterogeneidad que caracteriza a las mujeres inmigrantes, ponen de manifiesto la importancia de analizar la repercusión del fenómeno, en términos de desigualdad ante la salud y el daño y valorar si el planteamiento de las intervenciones que se están desarrollando es el más adecuado.

Resumen: A medida que las migraciones han ido incrementándose en las últimas décadas, las mujeres se han ido convirtiendo progresivamente en agentes activos y visibles del proceso migratorio. Por otra parte, este progresivo protagonismo está estrechamente vinculado a los procesos de feminización de la pobreza. El proyecto migratorio de las mujeres resulta tan diverso como lo es la propia diversidad de sus características sociodemográficas, lugares de origen y culturas. La investigación epidemiológica en España sobre el tema es reciente, dada la rapidez con que se ha producido el fenómeno, aunque los estudios cada vez son más frecuentes y basados en los llevados a cabo en países de nuestro entorno con más tradición en el tema. El planteamiento que preside esta mesa, a través de sus diferentes intervenciones, es constatar la necesidad de que tanto los análisis epidemiológicos como las intervenciones que deriven de ellos se lleven a cabo desde un enfoque que contemple esa diversidad y esas diferencias. Desde esta perspectiva, se ofrecerán diferentes miradas que, por un lado nos aproximarán a diferentes aspectos de la salud de las mujeres inmigrantes, como es su salud mental, algunos resultados en salud perinatal e infantil o algunos estilos de vida como la lactancia materna. Hay que tener en cuenta la importancia y el peso de la salud reproductiva en este grupo de población. Por otra parte, la mesa también ha querido incorporar diferentes experiencias fundamentadas en métodos cualitativos y participativos que, estableciendo una conexión en red han implicado a diferentes instituciones. Ambas perspectivas servirán de base para fomentar un posterior debate que vaya centrando y orientando el futuro de la investigación epidemiológica para un mejor conocimiento de la población inmigrante residente en España, pero que además sirva de base para orientar las intervenciones desde el ámbito socio-sanitario y de la salud pública.

142. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS INMIGRANTES EN LA INSTAURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL

I. Río Sánchez, A. Castello Pastor, M.V. Sandín Vázquez, C. Barona Vilar, M. Jané Checa, M. Rebagliato Ruso, F. Bolúmar Monrull

*Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP);
Universidad de Alcalá; Conselleria de Salut, Generalitat
Valenciana; Conselleria de Salut, Generalitat Catalunya.*

Antecedentes/Objetivos: La instauración de lactancia materna (LM) en el hospital es un indicador de calidad asistencial. Recientemente, el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha la "Estrategia de atención al parto normal" con el fin de mejorar la atención obstétrica en los hospitales. Entre sus objetivos se incluye la implementación de medidas para erradicar rutinas hospitalarias que interfieren con el normal

establecimiento de la LM. En España, la investigación sobre la relación entre lactancia e inmigración es escasa. El objetivo de este estudio ha sido explorar la asociación entre el origen geográfico de la mujer y el riesgo de no iniciar LM en el hospital.

Métodos: Estudio transversal a partir de los datos de nacimientos recogidos en los Registros de Metabolopatías de Cataluña (CAT) y Comunitat Valenciana (CV) en 2005-2006. Los registros informan acerca del tipo de lactancia instaurada en el hospital (materna vs artificial), así como sobre el país de origen materno, tipo (simple vs múltiple) y modo (vaginal vs cesárea) de parto, tipo de hospital (público vs privado), edad materna y características del neonato como el sexo, la edad gestacional y el peso al nacer. Las mujeres fueron clasificadas como nativas o inmigrantes, diferenciando por regiones de origen a los grupos mayoritarios en el país. Se comparó la prevalencia de LM según región de origen, características maternas y del neonato y tipo de hospital por medio de pruebas ji-cuadrado. Posteriormente, mediante análisis de regresión logística simple y múltiple se analizó la asociación (OR e IC95%) entre el origen materno y el riesgo de no instaurar LM.

Resultados: En general, la prevalencia de LM fue menor en partos múltiples, prematuros o con bajo peso y de mujeres con 35 o más años. El riesgo de no iniciar LM fue menor para las inmigrantes en conjunto que para las españolas (OR = 0,52 IC95% 0,50-0,54). Sin embargo, el análisis por región de origen mostró un riesgo 56-66% menor para latinoamericanas (OR = 0,36 IC95% 0,34-0,39), europeas del este (OR = 0,44 IC95% 0,41-0,49), magrebíes (OR = 0,34 IC95% 0,32-0,37) o subsaharianas (OR = 0,41 IC95% 0,35-0,48) que para españolas, pero más de 5 veces superior para las madres procedentes del norte asiático (OR = 5,47 IC95% 4,98-6,02), siendo la lactancia artificial el tipo de nutrición más frecuente en este colectivo.

Conclusiones: Es importante identificar qué factores influyen en las pautas de nutrición postnatal entre las inmigrantes del norte asiático de cara a poder mejorar la capacidad de los profesionales sanitarios para incentivar la instauración de LM en el hospital.

151. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE: EN RED, PODEMOS

J.J. Paredes Carbonell, M. Alcaraz Quevedo, P. López Sánchez, E.M. Bermúdez Quintana, J.L. Fabado Agustí

Centre de Salut Pública de València; Asociación ACOEC.

Antecedentes/Objetivos: El programa MIHsalud se lleva a cabo desde el Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) en colaboración con 2 direcciones de atención primaria (AP). Se diseña como programa participativo e intersectorial que pretende mejorar la salud de la población iberoamericana de la ciudad de Valencia. Se describe la metodología para articular una red de manera simultánea al desarrollo de la intervención (2007-2010).

Métodos: Se identifican los actores implicados, las sinergias y alianzas; se van creando las estructuras para conectarlos en red a través de métodos cualitativos y participativos. Niveles: 1) Complementariedad organizacional entre Consellerías implicadas, ayuntamiento, universidades, fundaciones y tercer sector; 2) Trabajo interdisciplinar entre técnicos de salud pública, profesionales de AP, mediadoras interculturales, agentes de salud y direcciones de SP, AP y de la asociación ACOEC; 3) Espacio común entre población inmigrante y profesionales.

Resultados: 1) Complementariedad organizacional. Se aportan recursos: 2 técnicos de SP, 6 profesionales de AP a tiempo parcial y personal de ACOEC. Se logra financiar dos mediadoras (CSPV) y dos agentes de salud (Ayto. Valencia). Se implica a Ceimigra, universidades y EVES en temas de formación. En relación con el tejido asociativo, se realiza censo (37 asociaciones y 28 entidades), 24 visitas-entrevistas y 8 talleres con representantes. Las direcciones generales de SP y de inmigración apoyan la continuidad del programa y acreditan la formación; 2) Trabajo interdisciplinar. Se forma el grupo de seguimiento (8 miembros, 20 reuniones) y 8 encuentros a nivel directivo AP-SP-ACOEC. Se

forman los grupos de atención sanitaria (14 miembros, 9 reuniones) y de formación, evaluación e investigación (16 miembros, 7 reuniones). Se consigue financiar 1 proyecto de investigación y realización de 2 cursos y 3 talleres de competencia intercultural (participan 85 profesionales); 3) Espacio común. Se realizan 2 jornadas, 2 reuniones con cónsules y 12 foros con asociaciones. Se realizan 2 cursos de formación-acción de agentes de salud (11 profesionales, 35 participantes, 15 asociaciones) obteniendo como resultado hasta el día de hoy: 51 espacios como puntos de salud, 35 líderes contactados, 253 conversaciones y 50 talleres (536 participantes).

Conclusiones: Simultáneamente al desarrollo del programa se ha ido construyendo una "red de redes". Se interconectan cuatro nodos: red institucional, red de apoyo directivo, red profesional y red comunitaria. La metodología y las figuras de técnicos de SP y mediación intercultural resultan claves en su construcción.

Financiación: Centre de Salut Pública de València y Ajuntament de València.

165. DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD PERINATAL E INFANTIL ENTRE POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2005-2008)

C. Barona, A. López-Maside, S. Bosch, R. Mas, I. Melchor, O. Zurriaga

Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: Algunos estudios muestran que determinados grupos de emigrantes presentan resultados en salud perinatal e infantil similares o más favorables que la población autóctona, mientras que otros detectan un riesgo más elevado de resultados adversos en la población inmigrante. El objetivo es comparar la mortalidad perinatal (MP) e infantil (MI) entre la población autóctona e inmigrante de diferente procedencia en la Comunitat Valenciana (CV).

Métodos: Se utiliza el Registro de Mortalidad Perinatal de la CV (RMP), que recoge las muertes fetales (> 22 semanas de gestación) y neonatales (0-28 días) para analizar la MP. El registro reúne variables maternas (edad, nacionalidad, paridad, multiplicidad, reproducción asistida) y de la muerte fetal o neonatal (sexo, edad gestacional, peso, causa de la muerte). La MI (0-12 meses) se analiza complementando las muertes que aporta el Registro de Mortalidad de la CV (RM), a partir del boletín estadístico de defunción, con las neonatales del RMP. Se calculan, para el período 2005-2008, las tasas de mortalidad perinatal (TMP), neonatal, postneonatal e infantil e intervalos de confianza, en población autóctona y diferentes grupos de población inmigrante (Europa Occidental, Europa Oriental, América Latina, Norte de África, África subsahariana y Asia). Se calculan razones de tasas (RTM) para comparar resultados entre extranjeras y españolas.

Resultados: Las TMP por mil nacidos fueron superiores en todos los grupos de madres extranjeras, respecto a las autóctonas (6,5) y estadísticamente significativas en las procedentes del Magreb (9,5), Europa del Este (12) y África subsahariana (20,2). Para la mortalidad neonatal, las diferencias se minimizan en el caso de las mujeres del Magreb y América latina y se mantienen significativamente más elevadas en las procedentes de Europa del Este y África subsahariana. Ambos grupos se confirman también como los de mayor MI por mil nacidos (8,3 y 15,9 respectivamente frente a 5 en autóctonas). La prematuridad, el síndrome de muerte súbita infantil y las infecciones tardías constituyen causas de muerte perinatal más frecuentes en la población inmigrante que en la autóctona (RTM 3,08, 2,64 y 2,37 respectivamente). Las causas de mortalidad infantil no difieren entre ambos grupos.

Conclusiones: Existen diferencias en la mortalidad perinatal e infantil entre la población autóctona e inmigrante. Las mujeres procedentes del Magreb, África subsahariana y el Este de Europa presentan mayor riesgo de mortalidad perinatal. Los recién nacidos de madre subsahariana y europea del este son los más vulnerables hasta el año de vida. Es necesario prestar una atención específica desde el sistema de salud a estos grupos de población.

279. DIAGNÓSTICO CUALITATIVO PARA UNA FOCALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CON MUJERES MIGRANTES

E.L. Mut Montalva

Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Se ha constatado la necesidad de visibilizar la diversidad de los procesos migratorios de las mujeres y específicamente la importancia de conocer las prácticas sociales y culturales de las migrantes de diversos orígenes y nacionalidades. En el País Valenciano los colectivos más feminizados provienen de Colombia (53,9% mujeres) Ecuador (48,8%) Rumania (46,8%) y Marruecos (36%). El objetivo es explorar las prácticas sociales y culturales de las mujeres colombianas, migrantes políticas y económicas, y su influencia en las redes sociales que establecen en el país de acogida.

Métodos: La metodología de investigación ha sido cualitativa y la principal técnica de investigación ha consistido en la realización de nueve entrevistas en profundidad. En las entrevistas se han utilizado dos técnicas complementarias para catalizar los recuerdos que son: la construcción de los mapas de redes y el establecimiento de los hitos significativos en sus vidas.

Resultados: Las redes sociales que establecen las migrantes colombianas, económicas y refugiadas políticas, son diferentes. Las políticas, establecen relaciones sociales informales (parientes, amigos, vecinos) y relaciones formales (asociaciones), siendo su grado de asociacionismo mayor que en las económicas y sus redes sociales más amplias. Las migrantes económicas solo establecen relaciones sociales con grupos informales. Por ello, el espacio de sociabilidad de las políticas es más amplio. En los mapas de red se constata que las políticas cuentan con una vida social más vigorosa y amplia, por ello, poseen mayor capital social. Esta diversidad de grupos incide en que los grados de densidad, conectividad, especialización y transnacionalidad de sus redes sean elevados. Dicha cantidad y calidad de su vida relacional repercute en que su capital social sea amplio y diverso y que estas migrantes presenten menor necesidad de ayuda externa a estas redes. Las redes sociales de las políticas son más eficaces para la integración social que las de las económicas, por esto estas últimas recurrirán más y durante mayor tiempo como usuarias de los recursos de las diferentes instituciones y organizaciones en la sociedad de acogida.

Conclusiones: El análisis de las prácticas sociales en la sociedad de recepción contribuye a visibilizar la pluralidad existente en la migración femenina y hace patente la necesidad de superar el etnocentrismo en el planteamiento y en el tratamiento de los problemas a los que debe enfrentarse la mujer inmigrante. Desde el ámbito sociosanitario es importante incorporar la visión de la diversidad social, cultural, étnica y lingüística existente para el diseño de políticas y estrategias de intervención adecuadas. Con ello se pueden potenciar recursos que permitan compensar las deficiencias sociosanitarias específicas de estas poblaciones.

303. INTERSECTORIALIDAD Y REDES SOCIALES EN PROMOCIÓN DE SALUD EN UN BARRIO DE ELEVADA VULNERABILIDAD

D. Aviñó, J. Paredes, R. Peiró, C. Bosch, V. Palop, I. Ramo, F. Vidal, M.J. Fuertes, A.M. Yarce

Fundación Investigación Hospital Dr. Peset; Centre Salut Pública Alzira; DGSP València; Departament Salut 11 Alzira; Ajuntament Algemés; Grupo Profesionales Projecte RIU.

Antecedentes/Objetivos: Desde 2008, el Centro de Salud Pública de Alzira desarrolla una intervención comunitaria, modelo RIU, de promoción de salud y acceso a servicios sanitarios en un barrio vulnerable, El Raval de Algemés (Valencia). Se selecciona y capacita a un grupo de mu-

jeros del barrio como agentes comunitarias de promoción de salud. El modelo se basa en actuar sobre los entornos a través de la participación y empoderamiento de las personas, la educación entre iguales, la intersectorialidad y la investigación-acción participativa. Objetivo: describir la creación de la red intersectorial de profesionales de apoyo al proyecto y mostrar los cambios en la red social de las agentes comunitarias relacionados con la mediación en salud en 9 meses de intervención.

Métodos: Se mantuvo contacto telefónico, mailing y reuniones de la dirección de salud pública y coordinación técnica del proyecto con asistencia sanitaria, administración local, educación y tercer sector. Se contabilizó número de profesionales y sector laboral, en los meses 0 y 9 de intervención. La población formada que actuó como agentes comunitarias fue 7 mujeres marroquíes. Se utilizó metodología cualitativa para evaluar cambios en su red social relacionados con salud. Las agentes comunitarias identificaron en un diagrama las personas de su red social, tipo de relación y temas de salud en que median, cumplimentado en los meses 4 y 9 de intervención. Se contabilizó el número de mujeres y personas de su red, se identificó y agrupó los temas en categorías, se contabilizó y comparó los resultados.

Resultados: Se ha creado y ampliado la red intersectorial: de 16 profesionales en el mes 0, a 35 en el mes 9, de salud pública, asistencia sanitaria, administración local (sanidad, servicios sociales, policía), mancomunidad, universidad, educación y tercer sector. La red social de las agentes comunitarias aumentó: de 49 personas (7 agentes) en el mes 4, a 74 personas (6 agentes) en el mes 9. Aumentaron los temas también tratados en acciones grupales: servicios sanitarios, alimentación, sexualidad, anticoncepción, embarazo, infecciones de transmisión sexual y drogas. No volvieron a tratar la prevención del cáncer, problemas de salud y del barrio.

Conclusiones: La red intersectorial es un punto fuerte del proyecto al actuar sobre entornos para reducir desigualdades. El análisis de redes sociales de las mujeres necesita mejorarse: recoger información por entrevista en mes 0 y 10; caracterizar las personas de la red, sus relaciones y uso de servicios; facilitar categorías de temas en que median y apoyo; y representar la red con el programa UCINET.

513. EFECTO DEL MALTRATO EN LA SALUD MENTAL DE HOMBRES Y MUJERES

D. Álvarez-Del Arco, L. Mazarrasa, I. Jarrín, V. Ibáñez-Rojo, A. García-Fulgueiras, J. del Amo, A. Llácer

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII); Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de Montreal, Canadá; Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Murcia; Hospital Torrecárdenas, Almería.

Antecedentes/Objetivos: En un estudio multinivel para analizar la influencia de las características del área de residencia en la salud mental de la población ecuatoriana y española, se recogieron datos sobre antecedentes de maltrato. El objetivo de este trabajo es analizar la asociación entre la exposición a maltrato psicológico, físico y sexual, en el último año y la salud mental en los hombres y las mujeres del estudio.

Métodos: Estudio transversal en una muestra aleatoria identificada desde el padrón municipal con proporcionalidad de sexo y nacionalidad (1:1) en 33 áreas (municipios o barrios) de Madrid, Alicante, Almería y Murcia. Se realizaron 1144 entrevistas domiciliarias a adultos de ambas nacionalidades entre septiembre 2006 y enero 2007. La salud mental se evaluó mediante el GHQ-28 (punto de corte 4/5). La entrevista la realizaron encuestadores formados para tal fin pero la exposición a maltrato fue recogida al final, en un cuestionario autocumplimentado y cerrado en un sobre por el/la entrevistado/a. Incluía una descripción de cada tipo de maltrato (psicológico, físico y sexual), con la opción de no contestar. Fueron considerados expuestos todas las personas que indicaron haber sufrido algún tipo de maltrato en el último año. El análisis fue

estratificado por sexo. El cálculo de la asociación se realizó mediante la estimación de OR con sus IC al 95% y su modelización con regresión logística, evaluándose confusión e interacción.

Resultados: Respondieron a la sección de maltrato 1.059 personas; no se encontraron diferencias significativas con el 6% que no respondió. De los 526 hombres y 533 mujeres que respondieron, 37 (7%) hombres y 67 (13%) mujeres declararon haber sufrido algún tipo de maltrato. Las personas maltratadas tuvieron una mayor frecuencia de ser posibles casos psiquiátricos; la OR cruda para hombres fue de 3,7 (IC95%: 1,8-7,8) y para mujeres 4,8 (IC95%: 2,8-8,2). Las variables que resultaron confusoras para los hombres fueron el ambiente laboral y la existencia de un confidente económico –una persona a quien pedir prestados 100 € en caso de necesidad–; y para las mujeres, el apoyo social y tener hijos. La OR ajustada en los hombres fue 3,0 (IC95%: 1,4-6,4) y en las mujeres fue 4,0 (IC95%: 2,3-7,0).

Conclusiones: El maltrato psicológico, físico y sexual en el último año presenta una fuerte asociación con la mala salud mental, tanto en hombres como en mujeres que se mantiene en los análisis multivariados.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias; CIBERESP.