

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña durante el embarazo, el parto y el puerperio

Testimonios de mujeres de China, Marruecos, Pakistán y Senegal





© Farmamundi 2023
Edita Farmamundi Catalunya 2023
C/ Erasme de Janer, 8 08001 Barcelona
Tel: 93 244 44 55
www.farmaceuticosmundi.org

Con el apoyo de la Agencia Catalana
de Cooperación al Desarrollo

Coordinación: Elisabet Llamas

Textos: Obliqües

Colaboración:

Revisión de estilo:

Fotografías: Pexel

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña durante el embarazo, el parto y el puerperio

Testimonios de mujeres de China, Marruecos, Pakistán y Senegal



ÍNDICE

1. **INTRODUCCIÓN** p.4
2. **OBJETIVOS** p.5
3. **METODOLOGÍA** p.5
4. **CONTEXTO** p.10
5. **MARCO NORMATIVO** p.11
6. **RESULTADOS** p.13
 - 6.1. **Buenas prácticas** p.13
 - 6.1.1. Sistema público sanitario y trato del personal sanitario
 - 6.1.2. Seguimiento del embarazo y del postparto
 - 6.1.3. Preparación al parto
 - 6.1.4. Parto respetado
 - 6.1.5. Piel con piel y lactancia materna
 - 6.2. **Malas prácticas** p.16
 - 6.2.1. Calidad de la atención a la paciente
 - 6.2.2. Idioma y servicio de mediación
 - 6.2.3. Perspectiva intercultural
 - 6.2.4. Prejuicios, racismo y otras discriminaciones
 - 6.2.5. Detección de casos de violencia de género
 - 6.3. **Violencia obstétrica** p.22
 - 6.3.1. Tactos vaginales
 - 6.3.2. Inducción del parto
 - 6.3.3. Administración de oxitocina
 - 6.3.4. Epidural
 - 6.3.5. Maniobra de Kristeller
 - 6.3.6. Episiotomía
 - 6.3.7. Piel con piel y lactancia materna
 - 6.3.8. Mutilación genital femenina
7. **PROPUESTAS DE MEJORA** p.26
8. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** p.28

1/ INTRODUCCIÓN

“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.” Declaración y Plataforma de Beijing, art.95

Este informe forma parte de un proyecto más extenso de la organización Farmamundi cuyo objetivo es contribuir a la construcción de una ciudadanía global comprometida con el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el marco de la Agenda 2030 y la reconfiguración de las políticas sociosanitarias posteriores a la irrupción de la COVID19.

Específicamente, persigue que las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva incorporen la perspectiva interseccional y, en concreto, que el personal del sistema público sanitario catalán y de servicios sociales mejoren sus habilidades en materia de salud sexual, afectiva y reproductiva con una mirada transcultural, de salud global. Y, lo hace con enfoque de derechos humanos y de interseccionalidad de género y en el marco de los retrocesos en los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSiDR) de mujeres migradas acaecidos por las gestiones de la crisis de la COVID19.

En 2018, en colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona, publicó el estudio titulado “Atender el embarazo y parto en Barcelona” que tenía por objetivo dar voz y

¹ Farmamundi, *Culturas y Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña*, 2019, p9.

reflejar la experiencia del personal del sistema sanitario de la ciudad, en relación con la atención al embarazo y el parto de las mujeres migrantes de origen extranjero. Este trabajo ya puso de manifiesto las dificultades de los servicios sanitarios públicos para atender correctamente a las mujeres migrantes de origen extranjero. Siguiendo con la investigación, en 2021 se publicó el estudio “Culturas y Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres migradas en Cataluña” en el que se evidenciaban “las dificultades de los servicios sanitarios públicos para atender correctamente las necesidades de atención al embarazo, parto y postparto de las mujeres migrantes de origen extracomunitario; y cómo estas dificultades tienen como consecuencia una atención a menudo inadecuada que puede suponer la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de estas mujeres”¹.

En 2022, se publicó el estudio “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” en el que se demostraban, de nuevo, “las 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.”²

Estos estudios, junto con el presente informe, refuerzan la visión de Farmamundi en relación con la importancia de incorporar la perspectiva interseccional en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres para garantizar sus derechos sexuales y reproductivos sin distinciones por motivos culturales, socioeconómicos, administrativos, religiosos o lingüísticos.

²Farmamundi, *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*, 2022, p42.

2/ OBJETIVOS

El presente informe complementa y profundiza los estudios anteriores de Farmamundi, aportando mayor información para incentivar el debate sobre la necesidad de incorporar la perspectiva intercultural e interseccional en la atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con la vista puesta en mejorar la atención que ofrece el personal sanitario y en modificar, cuando sea necesario, los protocolos que regulan los procesos de acompañamiento en estas etapas.

En el presente informe se presentan testimonios de mujeres que refuerzan, a través de sus casos y percepciones, las carencias del sistema público sanitario catalán en relación con la incorporación de la perspectiva intercultural e interseccional en la atención al embarazo, el parto y el puerperio que ya se observaron en estudios anteriores de Farmamundi y también pone en evidencia la realización de prácticas no recomendadas que pudieran ser catalogadas como violencia obstétrica.

Este informe sirve también para mostrar las visiones sobre el embarazo, parto y puerperio de mujeres provenientes de China, Senegal, Marruecos y Pakistán y así contribuir a la mejora del diálogo intercultural. Aun sabiendo que sus visiones y experiencias pueden ayudarnos a acercarnos a las distintas cosmovisiones de estas culturas, debemos analizar los resultados con prudencia, puesto que las culturas son diversas y heterogéneas y las experiencias y visiones de estas mujeres son simplemente indicativas, sin poder ser tomadas como representativas de la totalidad de su cultura de origen.

3/ METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en las ciudades de Badalona, Barcelona y Lleida durante dieciocho-veinte meses, entre los años 2021-2022.

Se trabajó con cuatro colectivos étnicos distintos de mujeres procedentes de Pakistán, de la República Popular de China (RPC), de Senegal y de Marruecos. Estas cuatro procedencias se eligieron según los datos del Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT, 2021) atendiendo a los grupos con más presencia territorial en Cataluña.

Como criterio de inclusión de los grupos, se estableció que fueran madres que hubieran parido en los últimos 5 años, aunque no fue posible respetar esta condición temporal para un 20% de las participantes.

A nivel logístico, Farmamundi contactó con diversas asociaciones en el territorio catalán que pudieran ofrecer un apoyo para llevar a cabo los grupos, conservar el material elaborado y, sobre todo, contactar con una muestra de mujeres según nacionalidad. Cabe mencionar que, con la idea de fomentar la participación y la continuidad entre sesiones, cada una de las mujeres participantes en los grupos recibió una retribución económica para participar en las sesiones. No obstante, la situación pandémica y las situaciones de vulnerabilidad de las participantes no permitió mantener la planificación establecida en el diseño del estudio. Se realizaron algunos cambios no tanto en el desarrollo de los grupos o en la recogida del material, o de los datos, sino en la planificación y la participación de las mujeres.

Perfil de las personas informantes

En la tabla siguiente se recoge el perfil de las mujeres entrevistadas, las mujeres participantes en los grupos focales y de las mediadoras, que participaron también como informantes.

Edad	Formación / Estudios	País de origen	Estado civil	Hijos/as	Fecha del último parto	Fecha de llegada	Situación administrativa	Provincia de residencia
37	Secundaria	Pakistán	Separada	3	Menos de 5 años	2000	regular	Barcelona
32	Secundaria	Pakistán	Casada	1	Menos de 5 años	2018	Dispone de NIE	Barcelona
35	Secundaria	Pakistán	Casada	3	Menos de 5 años	2018	Dispone de NIE	Barcelona
31	Secundaria	Pakistán	Casada	2	Menos de 5 años	2019	Dispone de NIE	Barcelona
56	Primaria	Pakistán	Casada	3	Más de 10 años	2000	Dispone de NIE	Barcelona
42	Secundaria	Pakistán	Casada	3	Menos de 5 años	2015	Dispone de NIE	Barcelona
33	Secundaria	Pakistán	Casada	2	Menos de 5 años	2022	Dispone de NIE	Barcelona
42	Universidad	China	Casada	2	Menos de 10 años	2009	Dispone de NIE	Barcelona
35	Primaria	China	Casada	2	Menos de 5 años	2018	Dispone de NIE	Barcelona

32	Secundaria	China	Casada	2	Menos de 5 años	2017	Dispone de NIE	Barcelona
33	Secundaria	China	Casada	2	Menos de 5 años	2016	Dispone de NIE	Barcelona
48	Secundaria	China	separada	2	Menos de 10 años	2010	Dispone de NIE	Barcelona
34	Secundaria	Senegal	Casada	3	Menos de 5 años	2012	Dispone de NIE	Barcelona
33	Primaria	Senegal	Casada	2	Menos de 5 años	2019	Dispone de NIE	Barcelona
42	Primaria	Senegal	Casada	2	Menos de 5 años	2019	Dispone de NIE	Barcelona
43	Primaria	Senegal	Casada	3	Menos de 5 años	2012	Dispone de NIE	Barcelona
46	Primaria	Senegal	Casada	1	Más de 10 años	2008	Dispone de NIE	Barcelona
45	Primaria	Senegal	viuda	1	Más de 10 años	2009	Dispone de NIE	Barcelona
38	Primaria	Senegal	casada	4	Menos de 5 años	2012	Dispone de NIE	Barcelona
42	Primaria	Senegal/Gambia	casada	2	Menos de 5 años	2016	Dispone de NIE	Barcelona
36	Primaria	Senegal	casada	2	Menos de 5 años	2019	Dispone de NIE	Barcelona

36	Secundaria	Marruecos	separada	1	Menos de 5 años	2017	Dispone de NIE	Barcelona
35	Primaria	Marruecos	separada	2	Menos de 5 años	2020	Dispone de NIE	Barcelona
37	Primaria	Marruecos	separada	1	Menos de 5 años	2019	Dispone de NIE	Barcelona
49	Primaria	Marruecos	separada	1	Más de 10 años	2007	Dispone de NIE	Barcelona
43	Primaria	Marruecos	casada	2	Menos de 5 años	2019	Dispone de NIE	Barcelona

Los grupos focales y las entrevistas

Se realizaron 4 o 5 sesiones con cada grupo de mujeres. Cada grupo de mujeres estaba formado por 4-5 personas más la mediadora cultural: una figura fundamental para el desarrollo del trabajo gracias a su conocimiento de la cultura, el idioma y el vínculo de confianza que pudo establecer con las participantes. De hecho, independientemente del tiempo de residencia en Cataluña, que por cada una de ellas representaba aproximadamente 10-20 años, la gran mayoría no hablaba o entendía el castellano ni el catalán, utilizando siempre su idioma materno para expresarse. Así que la comunicación se desarrollaba a través de las mediadoras, una por cada cultura.

Cada sesión tenía una temática específica de reflexión, relacionado con:

1. Migración. Fertilidad y cuerpo. Relación de pareja y vínculos de parentesco.
2. Concepción y proceso de embarazo. Cuidado de la madre.
3. Parto y nacimiento. Cuidado de la madre.
4. Crianza. Lactancia materna y alimentación infantil. Cuidado de la madre.

Una vez preparada la sala, las mujeres se colocaban en círculo para iniciar la sesión, momento que la investigadora aprovechaba para compartir la temática de trabajo, así como para recordar las pautas de seguridad, que harían de la sesión un espacio de confianza.

Las sesiones duraban entre 3-4 horas. De costumbre, participaban las mujeres con sus hijos e hijas. Por excepción de las mujeres marroquíes, con la que elaboramos los grupos en horarios escolares y que tenían hijas mayores de 4-5 años, las otras mujeres participaban con sus hijas o hijos aún no escolarizado/as.

Para facilitar la narración entre las mujeres, la mediadora y la investigadora, se utilizó una técnica cualitativa definida como mapeos corporales. En un papel grande en el suelo se trazaba una silueta sobre la cual cada una de las participantes trazaba sus experiencias en relación con la temática tratada.

En el caso específico de las mujeres procedentes de China, tras una primera sesión grupal, se optó por llevar a cabo entrevistas en profundidad a veces, presenciales, otras virtuales, a consecuencia de las dificultades de horarios para mantener un grupo de trabajo. Asimismo, los grupos realizados con las mujeres senegalesas se complementaron con una entrevista en profundidad virtual con la mediadora. Finalmente, se añadió una sesión de una hora con las mediadoras de China y Senegal conjuntamente para mejorar las recomendaciones que se recogen en este estudio.

Recogida y análisis de datos

Los datos se recogieron a partir de las grabaciones de cada sesión y las transcripciones de las sesiones realizadas en los grupos focales y las entrevistas. El análisis se trabajó tanto con el software Atlas.ti® como de forma manual a través de una comparación entre las categorías narrativas individuales y los mapeos corporales.

A continuación, se generó una matriz de recogida donde se clasificaron las citas extraídas de las transcripciones. En esta matriz se distinguieron y seleccionaron citas referentes a buenas y malas prácticas para la fase de embarazo, parto y puerperio, para cada cultura analizada.

Este informe recoge todas las citas recogidas que permiten identificar buenas y malas prácticas.

Las citas se presentan junto con la normativa que regula los procesos de acompañamiento al embarazo, el parto y el puerperio y bibliografía complementaria sobre la temática analizada.

4/ CONTEXTO

En 2021, nacieron 18207³ bebés vivos de madres extranjeras (comunitarias y extracomunitarias) en Cataluña, de un total de 57634 bebés nacidos vivos en Cataluña. Lo que representa un 31.6% de los nacimientos. Es decir, más de ¼ de los bebés nacidos vivos en Cataluña en 2021 son hijos/as de madres extranjeras. En cualquier contexto, resulta imprescindible garantizar un buen acompañamiento a todas las madres, pero estos datos urgen a realizar cambios en el enfoque de la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres para asegurar que se incorpora una perspectiva intercultural e interseccional. No hacerlo conlleva una potencial mala atención a un 30% de las madres, que en ciertos casos puede derivar en riesgos para la madre, el bebé y la vulneración de sus derechos básicos.

Cuando hablamos de interseccionalidad nos referimos, tomando la definición de Kimberlé Williams Crenshaw, al fenómeno por el que cada persona sufre opresión u ostenta privilegio sobre la base de su pertenencia a múltiples categorías sociales. La perspectiva interseccional sostiene que todas las personas sufren opresiones u ostentan privilegios dependiendo de unos ejes y categorías sociales como son el género, la clase social, la edad, el origen, la situación administrativa, la religión, etc. Pero no sólo se refiere a estas opresiones y privilegios como hechos aislados, sino que analiza la relación que se establece entre estos ejes y cómo esta relación construye una nueva forma de sufrir opresiones y privilegios. Por ejemplo, en una sociedad machista, una mujer blanca y una mujer negra comparten la opresión por ser mujeres. Sin embargo, la opresión que sufren, a pesar de tener muchos puntos en común, también experimenta diferencias puesto que la mujer negra sufre también el racismo que, junto al machismo, genera una nueva discriminación más

³ Idescat, *Nacidos vivos de madre extranjera según el sexo y la nacionalidad de la madre*, 2021

⁴ Farmamundi, *Culturas y Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña*, 2019, p23.

compleja y con particularidades distintas al sexismo que pueda sufrir la mujer blanca.

En una sociedad diversa, resulta imprescindible incorporar la perspectiva interseccional en las políticas y servicios públicos para asegurar que, bajo la estandarización de procesos, no se discrimina a ciertos colectivos, como son las mujeres migrantes. Sin embargo, en ningún caso se trata de incorporar el relativismo cultural, todo lo contrario. Se trata de abrir un diálogo con la sociedad para construir unos servicios públicos que no sean uniformizadores ni discriminatorios y que a su vez sean generadores de mayor equidad y garanticen la igualdad de derechos.

En el anterior estudio de Farmamundi, *Culturas y Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña*⁴, se visibilizan las dificultades con las que se enfrenta el personal sanitario para atender con igualdad de derechos a las mujeres migrantes durante su embarazo, parto y puerperio. Entre estas dificultades se encuentra su situación administrativa, su situación económica, el conocimiento de la lengua, la gestión de las diferencias culturales, los recursos limitados de los servicios y para cubrir las plazas necesarias de personal sanitario o su limitada formación en diálogo y empatía intercultural.

Este análisis es compartido por el Instituto Catalán de la Salud⁵, que considera imprescindible mejorar la atención materno infantil en los centros de atención primaria teniendo en cuenta que la población migrante tiende a la infrautilización de los servicios de obstetricia y atención a la mujer; a un bajo cumplimiento del *Protocolo de seguimiento del embarazo y del niño sano*; y que se dan dificultades de comunicación entre las mujeres embarazadas y las madres con el personal sanitario, tanto por cuestiones sanitarias como culturales, religiosas y del idioma.

⁵ Institut Català de la Salut, *Recomendaciones para la atención primaria dirigida a usuarios inmigrantes extracomunitarios*, 2006, p12.

Así pues, estos listados de dificultades visibilizan la necesidad de una solución integral que permee en todos los niveles del sistema sanitario catalán. Además, ponen en evidencia la necesidad de incorporar la perspectiva interseccional en todas las políticas públicas y programas formativos del personal sanitario, contemplando cómo el origen, la situación administrativa, económica o la cultura de las personas son condicionantes importantes que facilitan o dificultan el acceso y atención en los servicios públicos de todo tipo y a la garantía de los derechos.

5/ MARCO NORMATIVO

“Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.1.

Dado que la salud es un derecho fundamental de todas las personas, la atención sanitaria ha tenido que actualizarse para poder garantizar este derecho en igualdad de condiciones para todas las personas. Sin embargo, en una sociedad diversa, el reto es vasto puesto que, en muchas ocasiones, las diferencias culturales, lingüísticas y religiosas dificultan llevar a cabo una correcta anamnesis. En concreto, el acompañamiento al embarazo, el parto y el postparto es de por sí un proceso vital importante para las mujeres en el que un buen acompañamiento médico es imprescindible para la mujer y para el bebé. Además, es un periodo de la vida de las mujeres en el que los valores culturales y religiosos pueden tener un peso importante. Así pues, atender a mujeres migrantes, que pueden tener unos valores culturales y religiosos diferentes, más si le sumamos las posibles barreras lingüísticas, junto con los recursos limitados con que cuenta el personal sanitario,

⁶ Instituto Catalán de la Salud, *Recomendaciones para la atención primaria dirigida a usuarios inmigrantes extracomunitarios*, 2006

es muy probable que sea complejo ofrecer un servicio de atención a la paciente extranjera de la misma calidad que a las pacientes autóctonas.

El Departamento de Salud cuenta con un Protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña en el que se detalla cómo debe realizarse todo el acompañamiento al embarazo, parto y postparto y durante el primer mes de vida del bebé. A nivel estatal, se cuenta también con la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. A pesar de los múltiples protocolos y guías existentes, lo cierto es que hay mucho camino por recorrer para incorporar la perspectiva intercultural en la atención sanitaria.

Así lo visibiliza el Instituto Catalán de la Salud en las Recomendaciones para la atención primaria dirigida a usuarios inmigrantes extracomunitarios⁶ en las que se aconseja, entre otros, “garantizar la accesibilidad de la población inmigrante a la atención primaria eliminando las barreras añadidas que estas poblaciones tienen.” También recomienda “facilitar información general y específica, en las lenguas adecuadas cuando sea necesario, y/o con la utilización de agentes de salud.” En concreto, recomienda “poner al alcance materiales de educación sanitaria, traducidos a los idiomas necesarios en cada caso, y elaborados de acuerdo con las necesidades concretas, incorporando la participación y la validación de las propias comunidades a las que van destinados. Por último, aconseja ampliar la formación de los profesionales para entender, hacerse entender y convivir con las diferentes culturas existentes.”

Derechos sexuales y reproductivos

Según la Declaración y Plataforma de Beijing, art. 94 la salud reproductiva es “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema

reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”

Además, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, estableció en la Observación general núm. 14 [2000] que: “el derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante del derecho a la salud”, consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con el que se abre este apartado. Además, en la Observación general núm. 22 [2016], también se recomienda “derogar o eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstruyan o socaven el acceso de las personas o de un grupo determinado a los establecimientos, servicios, bienes e información de salud sexual y reproductiva.”

Según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo art.3.3 “nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.” Y la misma ley indica, en el artículo 7.a y 7.c, que los servicios públicos de salud garantizarán “la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible” y “la provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio.”

La Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista reconoce como nueva forma la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, así como la violencia institucional. Además, el Plan de Salud 2021-2025, contempla la creación del Plan de Salud afectiva, sexual y reproductiva incluido en la Estrategia Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos.

A nivel de Cataluña, la Ley 17/2015, del 21 de julio de igualdad efectiva de mujeres y hombres incluye el reconocimiento del derecho de las mujeres al propio cuerpo, los derechos sexuales y reproductivos y la garantía de la libre decisión de las personas a la hora de ejercerlos. En concreto, el art.48.2.d de esta ley indica que se debe “favorecer la autonomía de las mujeres en el embarazo, el parto y la lactancia” y en el art.48.2.f que se debe “tener un cuidado especial de las mujeres que viven solas y en precariedad económica.”

Finalmente, en 2021, el Gobierno catalán acordó crear la Comissió Interdepartamental per a l'Impuls i el Seguiment de l'Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius que tiene entre sus funciones: “velar por el derecho de las mujeres a decidir el tipo de parto, dando cumplimiento a los estándares que evitan la violencia obstétrica.” Además, los departamentos de Salud y de Igualdad y Feminismos han creado el Grupo de Trabajo para el abordaje de la violencia obstétrica y la vulneración de derechos sexuales y reproductivos. Un grupo transversal que se crea con el objetivo de elaborar un Plan de acción en el que se especifiquen estrategias y propuestas concretas para abordar la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos en Cataluña en el ámbito de la salud.

Agenda 2030, los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Objetivo Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

- 3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Objetivo Desarrollo Sostenible 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas

- 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.
- 5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.
- 5.c Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles.

Objetivo Desarrollo Sostenible 10: Reducir la desigualdad en y entre los países

- 10.2 De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.
- 10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas

discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.

6/ RESULTADOS

Escuchar la voz de las pacientes es un ejercicio necesario para incorporar mejoras en la atención al embarazo, parto y puerperio y para garantizar correctamente los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Recoger sus voces es también una buena manera de identificar aquellas situaciones en las que hay margen de mejora para garantizar una correcta atención y acompañamiento al embarazo, el parto y el puerperio.

A continuación, se recogen buenas prácticas, malas prácticas y casos de violencia obstétrica a partir de los testimonios de mujeres chinas (C), marroquíes, (M), pakistaníes (P) y senegalesas (S).

BUENAS PRÁCTICAS

A partir de las entrevistas y grupos focales realizados, se ha observado una satisfacción general por parte de las mujeres entrevistadas en relación al sistema público sanitario catalán. Valoran muy positivamente la gratuidad del servicio así como su calidad y el buen trato de la mayoría del personal médico que las ha atendido.

1. Sistema público sanitario y trato del personal sanitario

En concreto, las mujeres pakistaníes, senegalesas y marroquíes entrevistadas valoran muy positivamente la gratuidad del sistema público de salud y el buen trato recibido en comparativa con el trato discriminatorio que consideran que reciben en

su país de origen, que varía según los ingresos y capacidad adquisitiva de cada paciente.

“Porque allí (Pakistán) tiene que pagarse entonces aquí no pagar y te cuidan.” (P)

“Pero gracias a Dios aquí trata a todos muy bien, gracias a la salud, con muchas ayudas.” (M)

“¿Por qué por ejemplo si tienes o estás enferma te piden (en Senegal) antes de entrar hay que comprar un ticket para entrar si no tienes dinero? Y tú estás enferma, después tienes que comprar los medicamentos que son muy caros también.” (S)

“Cuando hablan contigo, hablan muy bien, muy simpáticos, todas las comadronas entonces nosotras sentirnos bien. Y también allí (Pakistán) tiene que esperar mucho, todo el día esperando, aquí tenemos cita y vamos en este día.” (P)

“Ella aquí no ha encontrado nada con discriminación, y cuando fue al hospital, es fácil ver que venimos de fuera por el color de piel o rastro de cara, yo encuentro que aquí me tratan igual, porque yo he visto en Singapur que ahí si tratan mal, a los que tienen un color de piel oscuro, pues le tratan mal.” (C)

2. Seguimiento del embarazo y del postparto

En cuanto al seguimiento del embarazo y del postparto, en general, valoran muy positivamente el acompañamiento desde el inicio del embarazo desde los CAP y ASSIR, de nuevo, en comparativa con el acompañamiento que reciben en sus países de origen.

“Te cuidan mucho dentro del embarazo.” (P)

“Aquí te empiezan a seguir desde el principio.” (S)

“Los médicos del ASSIR son muy buenos y el trato son muy buenos.” (C)

“En las ecografías, aquí sí que explican cosas.” (P)

Algunas mujeres también han valorado positivamente el trato personalizado que han recibido por parte de algunas comadronas en particular, que han tenido en cuenta sus necesidades específicas en términos de idioma o que han mostrado conocimientos sobre su realidad cultural.

“La comadrona, ella me decía, cómo era mi primer embarazo, no sabía mucho de eso, a veces me decía si tengo algunas dudas podía venir al consultorio directamente sin tener cita, pero siempre a la última hora, no hay otra visita, así ella me podría atender.” (S)

“La persona que estaba ahí es una mujer muy buena, sabía que yo no entendía, pero me explicaba las cosas para que yo la entendiera, tenía paciencia conmigo.” (S)

“Ellos también saben nuestra cultura. Y nos dicen que no hay que comer picante, mucho, también.” (P)

(Consulta pediátrica) “Mamá, ¿utilizas algún remedio natural? Me gustó esta actitud abierta, porque seguramente ella sabe que mucha gente china utiliza remedios naturales y a la vez para controlar qué está usando el usuario.” (C)

3. Preparación al parto

En cuanto a la preparación al parto, en general, las mujeres no han asistido a los grupos que se ofrecen desde los ASSIR por cuestiones idiomáticas, por lo que han valorado positivamente conocer la existencia de un grupo de preparto para mujeres chinas en Santa Coloma. Sin embargo, este ejemplo es una acción puntual que se

dio fruto de la voluntad y compromiso de ese ASSIR en concreto. No existe una estandarización de estos procesos ni cursos adaptados para estos colectivos.

4. Parto respetado

Una buena parte de las mujeres entrevistadas relatan sus experiencias de parto de forma positiva, exceptuando ciertos momentos del parto y dejando de lado algunos casos de violencia obstétrica que se revisarán en el apartado pertinente.

“Mi experiencia que estaba muy bien, tres niños nacidos aquí en España. Y los doctores han operado muy bien.” (P)

Las experiencias positivas en relación con el parto tienen que ver principalmente con que hayan recibido un trato cuidadoso y se haya establecido un diálogo entre iguales.

“Cuando me toca (tacto vaginal), me toca suave.” (M)

“Así que empezamos a probar diferente posición, a ver si va mejor, la posición más sentada... cambiamos de posición y entonces a otro intento.” (C)

“Había una mujer mayor, ella sí que me ha ayudado mucho, porque todo el parto estaba conmigo, ningún momento me ha dejado, siempre estaba conmigo ayudándome, apoyándome.” (S)

Además, en los casos que fue necesario llevar a cabo intervenciones, valoran positivamente que se les pidiera su consentimiento y recibir explicaciones sobre el procedimiento.

(Episiotomía) “Me avisa, me acuerdo me ha puesto un espejo para que pueda ver y me enseñaba cómo estaba. Y entonces me pidió si era que sí o que no.” (C)

“Me pincharon en la vagina, anestesia, porque yo no tenía la epidural, me pusieron un poco de anestesia.” (S)

En los casos en que hubo riesgo para el bebé, valoran positivamente que el personal médico explicase qué estaba pasando y que justificaran la separación madre-bebé tras el parto.

“Me dijo tranquila, tranquila, ahora va a volver tu niño, y me dijo dentro de cuarto de hora ya viene con el niño, todavía ya viene con la sangre y todo así, y me dijo felicidades esto está bien, no te preocupes...” (M)

Se recoge también un caso en el que no se pudo llevar a cabo el pinzamiento tardío del cordón tal y como indicaba el plan de parto y el personal médico tuvo que hacerlo de urgencia. En este caso, el personal médico se disculpó y este hecho se valora positivamente.

“Me ha dicho que estaba a punto de avisar a la pediatra porque a lo mejor tenía que entrar a quirófano para hacer algo y en aquel momento ya lloraba la niña, pero sí que mi marido quería cortar el cordón, pero ya ha cortado a alguien, creo que la comadrona porque era urgente hacer pero luego se ha acordado y le ha pedido perdón.” (C)

Por último, una mujer valora positivamente que le dieran supositorios previos al parto para evitar defecar durante el trabajo de parto. A pesar de haber dejado de ser una práctica rutinaria y que es necesario que sea cada mujer quien decida si lo considera oportuno, en este caso, la mujer entrevistada valora positivamente que se le ofreciera esta posibilidad.

“Me dieron unos supositorios porque yo vació todo lo que tengo, lo que no se hace en mi país lo que para mí lo valoro bastante porque es una manera para poder

vaciar todo lo que tengo y a la hora de parir yo no haré por ejemplo caca. Esto está muy bien, es muy respetable para la dignidad de las personas.” (S)

5. Piel con piel y lactancia materna

UNICEF y la OMS recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, empezando en la hora posterior al nacimiento. El contacto inmediato piel con piel ayuda a regular la temperatura corporal de los recién nacidos y debe durar al menos hasta que el bebé termine de amamantar por primera vez. Se ha demostrado que aumenta las probabilidades de que los bebés sigan amamantando, amplía la duración de la lactancia materna y también mejora las tasas de lactancia materna exclusiva.

Siguiendo con las recomendaciones anteriores, algunas mujeres relatan cómo se efectuó el piel con piel en la sala de partos y cómo, en caso de querer amamantar, pudieron iniciar la lactancia materna tan pronto como nació el bebé.

“Cuando una vez que ya ha llorado entonces ya me la puso aquí (pecho). Ya está. Enseguida. Y entonces, mientras me estaba cosiendo y estaba la niña aquí y después ella me preguntó si quiero intentar a ver si la niña quiere mamar.” (C)

“Me dijo, ya voy a poner un calmante cuando vas a salir de aquí, te dejamos unos minutos una hora o media hora tienes que dar el niño la leche, todo, y después ya te subimos arriba.” (M)

“Ha venido la enfermera y no sabía yo como voy a dar la teta, estaba llena de leche, me dijo tienes que ponerlo así, y me ha enseñado, y ha cogido un poco de leche.” (M)

MALAS PRÁCTICAS

“Los Estados Parte asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.” Convención sobre los Derechos del Niño, art.24.2. d

En este apartado se recogen, por un lado, todas aquellas prácticas o situaciones que las pacientes han vivido de forma negativa y, por otro lado, aquellas prácticas que son susceptibles de limitar la garantía del derecho a la salud en términos de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad, sostenibilidad y participación.

1. Calidad de la atención a la paciente

La insuficiente duración de las visitas médicas es uno de los principales retos a mejorar del sistema público de salud. Si ese tiempo es ya insuficiente para las personas autóctonas, resulta totalmente escaso para poder atender a aquellas personas con dificultades del idioma.

“Todo el mundo tiene prisa, hasta los profesionales también. Muchas veces los usuarios aprovechan cuando yo (mediadora) estoy ahí para explicar, pero no les dejan explicar todo. Hay mucha prisa, y encima que, si es un inmigrante, si le cuesta o necesita más tiempo para expresar, entonces no le dejan este tiempo. Entonces la calidad puede bajar mucho.” (C)

Poder llevar a cabo un servicio de calidad que respete la diversidad de las personas requiere tiempo para poder garantizar el diálogo entre personal sanitario y paciente dejando espacio a las diferentes realidades, costumbres y valores culturales de cada persona.

“A veces tengo la sensación de que los chinos no nos expresamos tan directo cuando queremos hablar una cosa, a veces damos vueltas. Sí, y encima que ya no tenemos tanto el idioma. Y yo no sé si por esto, por ejemplo, hay que tener más paciencia de escuchar. A lo mejor la paciente aún no ha llegado a lo que quiere decir y el doctor ya te está contestando: ah, vale, vale” (C)

En muchos casos, esta falta de tiempo y de diálogo tiene un impacto negativo directo en el acompañamiento a la madre y al bebé, dándose casos de desinformación grave.

“A los siete meses del bebé fueron a hablar con la pediatra para decir si hay otro tipo de leches hidrolizadas más baratas porque no podía pagar estas leches tan caras y entonces la pediatra se sorprendió que ellos estaban comprando con su dinero. Les dicen que esto tenía que ser gratuito.” (C)

2. Idioma y servicio de mediación

El insuficiente número de mediadoras culturales y el hecho que este servicio no se ofrezca de forma habitual, tiene un efecto directo en la vulneración del derecho a la salud de las personas extranjeras residentes en Cataluña que no comprenden o hablan correctamente el catalán o castellano.

“Sólo aquí en el CAP hay una mediadora, pero solo un día de la semana.” (P)

“En todos los controles y en el parto no, en ningún momento les han ofrecido traducción.” (C)

“Las instituciones deben enfocar la mediación de otra manera porque hay espacios sanitarios donde no se valora nada la mediación. Por ejemplo, en

el Consell Comarcal del Vallès Oriental si llevas más de 2 años aquí ya no te entra el servicio.” (S)

Esta incomunicación genera desconfianza mutua entre el personal sanitario y la paciente, dificulta que la paciente tenga los conocimientos necesarios para responsabilizarse de forma autónoma de su salud y de la de su bebé, conlleva situaciones de miedo, angustia y desconcierto para la paciente y dificulta que la paciente pueda pedir información o negarse a ciertas prácticas.

“Ella dice que aquí hay problemas de que, si no hablan, ellas no hablan español, no pueden explicar, no pueden decir las cosas.” (P)

“Importante, si la mujer no se está enterado de nada, tiene que traer traductora para que traduzca a la mujer, porque la mujer con el dolor quiere decir muchas cosas, quería saber, tenía dudas, por qué corren mucho, por qué hacen esto, pero no había nadie que vaya a explicarme esto.” (M)

“Que tenía mucho miedo, [...] que le están haciendo comadrona. No lo sé. ¿Qué va a pasar? Que tenía miedo.” (P)

“En aquel momento, su marido y ella no entienden bien el idioma y solamente pueden dejar que le hagan lo que les mandan. Si tenemos que estar aquí esperando, pues espero o si tengo que entrar a la sala de parto, pues entro.” (C)

Debido a la falta de mediadoras, muchas mujeres buscan a amistades o pagan a traductoras para que las acompañen a las visitas.

“Como muy pocas veces hay mediadora y algunas veces lo acompañan una persona que puede hablar, pero muchas veces sólo, muy difícil.” (P)

“Ella necesitaba idioma, ella no le había comentado al médico y médico tampoco le había preguntado, pero ella no iba sola, a veces buscaba un amigo o amiga, o pagaba o buscada un intérprete.” [C]

Sin embargo, en el contexto de la pandemia de COVID, este hecho se ha visto agravado enormemente debido a que no se ha permitido la asistencia de acompañantes a las visitas y muchas mujeres han tenido que ser atendidas sin el apoyo de una mediadora o una persona cercana que domine el idioma.

“El problema que hay es el tema del COVID. Porque si vas al consultorio te dicen que tú tienes que entrar sola. Tu no entiendes, no sabes lo que tienes que hablar con...con el ginecólogo. Él no te va a entender, tú tampoco no lo vas a entender, entonces el acompañante que entiende se queda afuera.” [S]

Entre las mujeres entrevistadas, se da incluso el caso de una mujer china que sufre un prolapso y por carencia de mediadora desconoce los procedimientos que debiera seguir y no recibe la atención adecuada. También se da el caso de otra mujer china que tuvo a su bebé en cuidados intensivos con una afectación grave y desconocida a quienes no ofrecieron en ningún momento servicio de traducción, hecho que dificultó aún más el acompañamiento de la madre y del bebé.

En general, las mujeres entrevistadas muestran desconocimiento sobre las fases y pruebas que se realizan durante el embarazo, sobre el proceso de parto y los servicios de atención y acompañamiento al puerperio, siendo una de las principales causas las barreras idiomáticas y la falta de tiempo y de explicación en las visitas.

“Antes, daban un libro, allí escribe todo, pero ahora muy poco servicio, ahora no te dan este libro donde explican las cosas y antes hacían una carta donde te escriben tu peso y todo, ahora solo en digital.” [P]

“Las mujeres que no van a hacer las clases de premamá. También por idioma, claro.” [C]

3. Perspectiva intercultural

En 2014 un grupo de investigación de Canadá⁷ analizó el poder de la relación médico-paciente con el alivio del dolor y descubrió que una parte sustancial del alivio proviene de la relación médico-paciente.

En el contexto actual, pues, la empatía cultural, que hace referencia a la capacidad que nos permite acercarnos y comprender una cultura ajena, resulta imprescindible para que el personal sanitario pueda ofrecer un servicio de calidad y así garantizar un derecho tan básico como el de la salud.

Sin embargo, la empatía cultural no es una habilidad extendida en nuestra sociedad, y por ende, entre nuestro personal sanitario y esto conlleva otra vez, que no se dé un servicio de calidad en igualdad de condiciones.

A partir del testimonio de las mujeres, se evidencia la necesidad de mejorar el diálogo intercultural para que el personal sanitario pueda ejercer mejor su profesión ofreciendo las explicaciones pertinentes y establecer una relación de confianza entre médico y paciente.

⁷ J. Fuentes, *Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study*, Phys Ther, 2014

“Cada vez hay más chinos que saben hablar bien (castellano), pero igualmente hay temas culturales. Hay mucha cosa por ahí de por medio, que si no conoces bien a esta cultura no sabes por qué la paciente actúa de esta manera.” [C]

(Sobre la dieta para la diabetes gestacional) “Las mujeres de China, realmente no comen las dietas como aquí. Claro, si tú le recomiendas un plato de lentejas o un bocata por la mañana para comer... ellas no comen esto y entonces es difícil de realizar.” [C]

“A las mujeres chinas les da mucho miedo que se hagan demasiadas analíticas de sangre porque creen que debilita el cuerpo durante el embarazo. Es importante explicarles los seguimientos y las opciones que tienen.” [C]

Posibilidad de cambio de personal médico

Para la mayor parte de las mujeres entrevistadas no es aceptable que un hombre sanitario las atienda y las vea sin ropa. A pesar de que las pacientes tienen derecho a solicitar un cambio de personal médico⁸, a lo largo de las entrevistas se recogen numerosos casos en los que las atendió personal médico masculino y se rechazó su voluntad de cambio.

“¡Mi primera vez que fui a una ecografía y había un hombre! ¿Me dice “qué, te quitas tus bragas?” yo tengo mucha vergüenza.” [S]

“Había un hombre y mi mamá dijo hombre fuera. Y ellos dicen “no hombre no porque tiene que ver esto”. El hombre se quedó en la puerta y dejaron a mi mamá fuera, pero no el hombre, que estaba en la puerta. Entonces ha venido la ginecóloga y ha dicho, si ellas no quieren, ¿por qué tú te has quedado aquí? y entonces el hombre fuera.” [P]

“Su marido ha hablado con ellos que queremos cambiar, que no viene un hombre, un médico hombre. Entonces ellos han dicho que nosotros no podemos hacer nada porque el chico está trabajando entonces este equipo hay que trabajar no podemos cambiar nada.” [P]

“Nosotras entendemos que un hombre lo mira porque es su profesión, pero se sienten mal. No podían decir nada porque ya lo habían dicho, pero les han dicho que tienen que mirar igualmente.” [P]

“El chico que la acompañó, no era ni familiar, ni amigo. Entonces en este momento sentí una vergüenza en mí. Yo chillé: “no, no, no”. Me dice: “¿qué pasa?” y digo: “Este no” Que no entrara porque para mí jamás en mi vida he tenido asistencia ni de mi marido en mi parto. Es un honor de la parte íntima de la mujer para que otro hombre la vea.” [S]

Cuidados del bebé

Todas las culturas tienen costumbres en relación con los cuidados del bebé que se complementan con aquellas prácticas necesarias avaladas por la evidencia científica. Hay algunas prácticas que son inocentes y en ningún caso nocivas, otras que no tienen un impacto grave y otras, como la mutilación genital femenina que están prohibidas tanto en el país de origen como en España. En este apartado nos centramos en aquellas prácticas culturales no nocivas que sin embargo pueden generar sorpresa entre el personal sanitario fruto del escaso diálogo intercultural. Por ejemplo, a pesar de que la OMS recomienda la práctica del piel con piel, para algunas mujeres es importante que su bebé esté lavado, con la cabeza tapada y bien envuelto, simulando su posición en el útero. En este caso, es importante que ambas partes puedan dialogar y conocer ambas prácticas y así, que la mujer pueda decidir con información plena.

⁸ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS

“Destacan mucho que se los entregan con restos de placenta y demás en el cabello, y eso no es algo que hacen en su cultura, donde reciben al bebé hasta que está bien limpio, es lavado por una comadrona. Eso es importante para ellas, no entregarlo así.” [P]

“Si que tapamos la cabeza porque los pelos ¿no? Evitamos que el pelo del bebe también quede fuera, aunque sea verano, que a veces los médicos te lo hacen quitar pero por cultura y por tradición se tiene que tapar hasta los 7 días, y a los 7 días se tiene que quitar el pelo del bebe, se tiene que rapar.” [S]

Otra costumbre que aparece en las entrevistas con las mujeres senegalesas es la de ofrecer 3 gotas de *tokentaal* al bebé antes de hacer su primera toma de leche. El *tokentaal* es agua bendita que se mezcla con un poquito de miel, siendo la miel un alimento no recomendado hasta el año de vida. Sin embargo, se trata de una dosis ínfima que tiene un significado cultural relevante para las mujeres que deciden administrarlo a sus bebés. En este caso, otra vez, es importante que se dé un buen diálogo entre personal sanitario y paciente, desde la escucha empática y el no-juicio.

“He llegado a escuchar: “oye cuando tu das el tokentaal intenta de que no esté presente la comadrona porque te lo prohibirá” ¿Por qué me lo tiene que prohibir? No estoy asesinando a mi hijo. Le estoy dando algo que a mí me han dado y le han dado a toda mi familia y que no pasa nada. Son creencias.” [S]

“El paciente tiene derecho a la información y cuáles son los factores por los que no se recomienda algo para el bienestar del bebé. Sólo hace falta el diálogo y poder responder a las dudas de la familia. Sin dar explicación es “porque tú lo dices” y si se explica, la familia se lo puede volver a plantear.” [S]

Cuidados de la mujer

Otra diferencia que perciben las mujeres entrevistadas es el rol de la mujer durante el puerperio. Todas las mujeres entrevistadas coinciden en la idea que el puerperio es un periodo de tiempo en el que la mujer no debe hacer nada, más allá de amamantar a su bebé y cogerlo en brazos cuando lo necesite. Coinciden en valorar negativamente los trámites y visitas médicas que deben realizar durante la cuarentena, puesto que les impide descansar y dejarse cuidar por sus familiares, o en caso de que sea posible, por una comadrona contratada para cuidar a la madre y al bebé.

“Después del embarazo cuarenta días, ellas tienen que quedarse en la cama. No hay que moverse, solamente para su niño, porque no hay que trabajar en casa ni nada, siempre en la cama. Pero aquí lo contrario. Porque aquí tenemos que ir para libro de familia...para hacer la residencia...para la libreta del médico, tenemos que venir aquí también en el CAP, para las vacunas...” [P]

“La cuarentena es la oportunidad de renacer” [C]

Comparten esta visión dos mujeres entrevistadas, una de China y la otra de Senegal, que explican cómo conciben la cuarentena como un período para recuperarse del embarazo y del parto, pero también de males anteriores. Por eso, durante toda esa etapa, es imprescindible seguir una alimentación específica, descansar mucho, recibir masajes y no hacer esfuerzos. Hasta tal punto que en Senegal existe la palabra *wessine bess* que significa “mujer recién parida nuevamente”.

Diversidad religiosa

La libertad religiosa está protegida por normativa internacional y está recogida en la Constitución Española. Sin embargo, se recogen las voces de mujeres que detallan cómo la diversidad religiosa en ocasiones no está contemplada ni protegida.

“El tema del velo, realmente se debe trabajar mucho con los profesionales dentro de la interculturalidad. Porque llevar el velo no significa que somos musulmanes, porque en Israel las mujeres casadas también llevan velo. O sea, es algo muy tradicional ¿no? Y nosotros los africanos, las mujeres que llevan velo tiene mucho que ver con su belleza [...]. Pero en la hora de parir, llevar este velo es crear toda una intimidad.” (S)

“Si yo estoy embarazada y tengo un hijo, mi cultura recomienda que yo lleve en mi cinturón unas piedras. Si tú quieres que me lo quite, me tienes que explicar por qué me lo tengo que quitar para no ofender mi creencia.” (S)

En relación con la oferta de dietas respetuosas con las distintas prácticas religiosas durante el ingreso hospitalario en un hospital público se recoge un caso en qué no se ofreció la opción halal.

“Tan solo te preguntan que si quiere la comida de carne o si quieren la comida de pescado (no preguntan por opciones religiosas) y ella ha dicho que solo pescado.” (P)

4. Prejuicios, racismo y otras discriminaciones

“Los Estados parte se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.” Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, art.2.a,

A pesar de la vasta normativa que protege las personas de sufrir discriminación racial, la realidad es distinta, y nuestro sistema sanitario no escapa al racismo

estructural de nuestra sociedad occidental. Así pues, a lo largo de las entrevistas y grupos focales se recogen numerosos casos de discriminación fruto de prejuicios raciales.

“Mi doctora ha dicho que tú no tenías que embarazarte porque ahora es solamente muy poca distancia. Y después cuando he tenido el tercer hijo, “¿por qué ahora estás del tercer hijo?” yo digo “sí! porque yo quiero” entonces dice “no! no, tres es suficiente, ¡ahora no tienes que quedar más embarazada!” (P)

“Los médicos se meten mucho en su vida porque se imaginan que siendo una mujer china se pasa todo el día trabajando y que no hace bien la dieta o el deporte.” (C)

Un prejuicio racial habitual es considerar que la persona con un fenotipo no occidental no comprende el idioma o dirigirse a esa persona como si se tratara de una persona con problemas de comprensión. En sentido opuesto, también es habitual no preguntar a las personas extranjeras si conocen el idioma o si necesitan mediación o traducción. Ambas situaciones se resuelven sencillamente preguntando a la paciente si comprende el idioma, si tiene alguna necesidad especial y asegurándose de ello.

“Cuando hablan con una persona de fuera y lo hacen con gestos de que si entiende lo que tú dices. Has estado hablando conmigo en castellano, yo te respondo en castellano, pero tú la acompañas con gesto de que ¿tú sabes comer? ¿Tú sabes ver? ¿Tú sabes respirar? [...] Habla con respeto. De tú a tu. ¿Entiende el español? Si. ¿Sabes lo que estoy diciendo? Si. Y ya empezáis a dialogar.” (S)

“A veces nuestra cara les engaña o muchas veces, si no me conocen y me atienden me dicen “Ah, pues hablas muy bien” Si me dice esto es porque ya tiene un prejuicio que los chinos no hablan bien.” (C)

En los casos en que la paciente no conoce el idioma, es imprescindible que el personal sanitario no hable de ella o de su caso ignorando su derecho a comprender la conversación que se está dando.

“Siempre me siento mal, veo que piensan “esta mujer que no entiende nada”, además, por la cara siempre puedes sospechar que están hablando de ti. No es cómoda la situación. Y encima que parece que se está riendo.” [C]

Finalmente, se relatan casos de trato diferencial o de un mal trato recibido por parte de personal sanitario.

“Hay el sentimiento que los negros aguantan más el dolor y no se ofrece la epidural o se ofrece muy tarde. ¿Dónde se ha hecho este diagnóstico que el dolor tiene color y tiene género?” [S]

“El día de parto noté bastante diferencia de trato con el personal sanitario que conozco y cuando se cambia de turno, cuando entra un turno de unas profesionales que yo no conozco el trato empeora.” [C]

“Un día fue a la incubadora y se encontró la almohada llena de sangre porque era del tubo de la nariz para alimentar e inyectar la leche que había salido y había salido mucha sangre y entonces la mamá se asustó y le estaba pidiendo ayuda a la enfermera. Y entonces la enfermera solamente con una cara enfadada. ¿Qué pasa? No quiso ayudarla.” [C]

5. Detección de casos de violencia de género

Finalmente, durante las entrevistas se identifican al menos tres casos de violencia de género. En el relato de estas mujeres se visibiliza como durante embarazo, parto y puerperio estuvieron sufriendo violencia de género, en algunos casos claramente

explícita frente a personal sanitario. Es imprescindible revisar los protocolos de detección y derivación de casos con una perspectiva interseccional analizando cómo los valores, costumbres y la situación familiar y económica de la mujer pueden dificultar más la detección de casos o que la propia mujer denuncie.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El término de violencia obstétrica genera controversia entre el personal sanitario y por esto el presente informe se guía por la definición recogida en la [Ley 17/2020, de 22 de diciembre, art.4. d.](#) La Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos “consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer.”

Puesto que la definición es muy amplia, en este apartado se recogen solamente aquellas prácticas que contradicen los protocolos y guías que definen los procesos de acompañamiento al embarazo, parto y puerperio en Cataluña.

1. Tactos vaginales

Según el Departamento de Salud de Cataluña, un tacto vaginal⁹ es “una exploración invasiva que debe tener un objetivo clínico justificado. La mujer debe estar informada de qué es y para qué sirve cada tacto vaginal y debe dar su consentimiento. No se debe realizar de forma rutinaria [...]”

A lo largo de todas las entrevistas y grupos focales se relatan tactos vaginales rutinarios, repetidos y no consentidos, hasta el punto de que hay casos en que la mujer indica su rechazo a tal práctica y el personal sanitario sigue realizando los tactos.

“Estaba ya de 7cm y dos tactos, dos personas y había un tercero que miraba.” (S)

“Me parece que miran cuatro personas o cinco personas desde la mañana... El doctor muy fuerte la primera vez, pero la doctora, hay una doctora también que me ha tocado muy fuerte, tenía un dolor así, pero las otras personas y sobre todo mi matrona muy suave, de verdad...” (M)

“A mí me molesta que venga cada vez persona diferente para tocar, a mí prefiero como máximo dos personas, pero cinco o tres, porque me molesta porque cada uno tiene su manera, ¿me entiendes?” (M)

“Cada 5min viene y mano. Y después vienen como muchas comadronas y de las prácticas también vienen, y meten mano donde está la cabeza. Y yo he dicho, yo no me gusta eso. Pero no me han escuchado. Vienen y meten mano.” (P)

“A ellas también les ha pasado igual, que no sólo 1 persona les ha tocado. Les tocan 3 y 2 veces.” (P)

⁹Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, *Protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña*, 2020, p23.

“Sólo le han dicho que nosotros tenemos que poner mano. No preguntan si te gusta o no. También hay muchas personas de las prácticas y les dicen así tienen que tocar...” (P)

2. Inducción del parto

“La inducción del parto puede estar ligada a procesos como la gestación prolongada y la ruptura prematura de membranas (dos eventos que pueden ocurrir en embarazos normales), entre otros. Antes de inducir un parto, el equipo de profesionales debe explicar qué alternativas existen y cuáles son los riesgos y beneficios asociados a otras opciones¹⁰. A pesar de esta recomendación, de entre las mujeres entrevistadas, dos explican cómo se indujo su parto sin darles información ni solicitar su consentimiento.

“Entonces ella te ha hecho una maniobra de Hamilton, o sea, ella puso sus dedos y rompió la membrana.” (S)

“Me dijo mamá, vamos a mirarlo. ¿Cómo está? Pues vale, me van a mirar. ¡De repente me duele todo, dije -me hace mucho daño! (y la comadrona contesta) - “ya, pero esto lo tengo que hacer así”. Y de repente noté que se bajó toda el agua y fue ella la que rompió la bolsa de agua. Me ha dicho que, si no, no se pone en marcha y nos empieza a decir es que vosotros, hay mucha gente que quiere hacer el parto natural, pero esto a veces se complica mucho, porque empieza a cero todo. Estaba un poco enfadada, ¿por qué ha hecho esto? ¿Y por qué no me ha avisado antes?” (C)

¹⁰ Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, *Protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña*, 2020, p40.

3. Administración de oxitocina

La OMS, en las “Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”¹¹, tampoco recomienda “ninguna medida para prevenir el retraso de la dilatación; ni la realización sólo de una amniotomía, ni una amniotomía precoz, iniciada con oxitocina, ni el uso de oxitocina en mujeres a las que se les ha administrado analgesia epidural.” Tampoco recomienda el “uso de medicamentos antiespasmódico por vía intravenosa, ni la utilización de fluidos vía endovenosa con el objetivo de acortar la duración del parto.”

A pesar de las múltiples recomendaciones, las mujeres entrevistadas relatan cómo se les administró oxitocina sin informarles del procedimiento o sin su consentimiento. Hasta se da un caso en el que la mujer tiene desconocimiento de qué se le ha administrado.

“- ¿Me ha puesto algún medicamento? ¿Qué has puesto?

-Oxitocina

-Pero si yo quiero un parto así natural.

-Ya, ya, ya veo. Es que mucha gente quiere parto natural, pero esto puede estar aquí dos días y el niño no sale.” [C]

“Dice que realmente en aquel momento no sabe bien qué le han pinchado.” [C]

“¿Estás segura de que no había oxitocina dentro del goteo?

Mujer: No estoy segura...

No te acuerdas o no te lo han dicho....

Mujer: No, no me dijeron nada...” [M]

4. Epidural

Según la OMS, se recomienda la analgesia epidural, siempre y cuando esté dentro de las preferencias expresadas por la mujer. En este caso se debe ofrecer esta posibilidad a todas las mujeres, sin discriminación alguna, y dejar que la mujer decida su preferencia con información plena. En caso de no querer la epidural, se debe aceptar también que esta preferencia puede cambiar a lo largo del proceso de parto y se debe administrar en caso de que la mujer lo solicite.

“Solamente me dijeron lo de la epidural contra el dolor (...). Me dijeron: “dolor” en catalán, que parece mucho al francés. Entonces yo dije: “no quiero” porque primero tenía miedo. Entonces yo no quería nada de esto, pero habían preparado detrás de la columna vertebral, habían preparado de que me pondrían cosas. No sé si al final me lo pusieron o no, pero yo dije mi negación de que no me lo pondrán, yo quiero tener todo natural.” [S]

“Hay mujeres que me dijeron: nos han dicho que las mujeres africanas aguantan el dolor y que no hace falta que le pongan la epidural. Pero tú como profesional sanitario, que mi vida depende de ti y que, si tu tenías la empatía de que estabas pariendo como yo, te gustaría que te pongan eso para tener menor dolor, yo creo que es tu deber de explicarlo muy bien.” [S]

“A las mujeres chinas siempre me han comentado que ellas intentan aguantar, pero ha ocurrido en situaciones que cuando manifiestan que necesitan anestesia les dicen que es demasiado tarde.” [C]

¹¹ OMS, *Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, 2018

5. Maniobra de Kristeller

La maniobra de Kristeller se realiza empujando con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el pujo de la madre. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS (2018), esta maniobra está contraindicada. Sin embargo, se siguen llevando a cabo en ciertos hospitales públicos, tal y como se recoge en el testimonio de tres mujeres entrevistadas.

“Eso me lo hizo con mi primer hijo, con la ayuda de un chico, muy fuerte, sí que lo hizo.” (S)

“Pon la rodilla de una persona, la rodilla de la doctora...” (M)

*“Hicieron algo a la barriga para bajar?
Sí, así, la mano...” (M)*

6. Episiotomía

A pesar de que aún hay muchos hospitales en los que se llevan a cabo episiotomías de forma rutinaria, la recomendación de la Generalitat es clara: “no se recomienda la práctica de una episiotomía de rutina en mujeres que tengan un parto vaginal espontáneo.”¹² A la mayoría de las mujeres entrevistadas se les ha practicado una episiotomía rutinaria, sin su consentimiento y en muchos casos sin preaviso.

*“¿Sabes cuántos puntos te dieron?
12 puntos, porque ella no me decía nada, yo le pregunto a la llevadora, ¿cuántos puntos tengo? Entonces ella me dice, tienes 12 puntos.” (M)*

*“Y le pidieron consentimiento antes de cortar? ¿Le hicieron firmar algo escrito?
No, no han firmado” (P)*

“También le han cortado, y cuando le han cortado dice que ha estado dormida para coser y no ha hecho daño. Pero aquí cuando estaban cosiendo ha hecho mucho daño.” (P)

En todos los casos, no han obtenido seguimiento del suelo pélvico y se recoge un caso con secuelas debido a la episiotomía.

“Hasta ahora, cuando hago fuerza o si llevo mucho peso, de verdad que me pica aquí mucho, hasta ahora tengo dolor eh, hago fuerza, o si subo para bajar de la escalera, si bajo mucho rápido, cuando salgo de la cama hasta ahora te duele...” (M)

7. Piel con piel y lactancia materna

A pesar de las recomendaciones de la OMS y UNICEF sobre la práctica de la piel con piel referidas en el apartado de buenas prácticas de este documento, se recogen dos casos en los que no se llevó a cabo el piel con piel inmediato puesto que el personal sanitario separó al bebé de la madre para limpiarlo sin que esa práctica fuera petición expresa de la madre.

“Había otra sala, lo limpiaron ahí, pesarlo todo eso después lo han traído, lo han dejado conmigo.” (S)

“El bebé se lo han puesto encima, pero le da sensación que ha sido muy poco tiempo y en seguida se lo han llevado a examinar y a vestir, a limpiar.” (C)

¹² Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, *Protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña*, 2020, p53.

En relación con la lactancia materna, se percibe en el relato de una buena parte de las mujeres un gran desconocimiento sobre los servicios de asesoramiento y apoyo a la lactancia que se ofrecen en los hospitales y centros sanitarios.

“Ella cree que tenía muy poca leche porque dice que ella nadie le ha enseñado.” [C]

“No sabe si aquí existe esta profesión, un papel de una mujer que se encarga de ayudar a la mujer, a las mamás, que tenga más leche o que aumente.” [C]

8. Mutilación genital femenina

Finalmente, las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina en sus países de origen, a lo largo del embarazo, parto y puerperio requieren de un cuidado especial y de un mayor acompañamiento para poder ofrecerles información y un servicio de calidad. Sin embargo, todas las mujeres entrevistadas que habían sufrido la mutilación genital femenina relatan un mal acompañamiento por parte del personal sanitario, lo que demuestra la necesidad de mayor formación y empatía cultural.

“Cuando tú vas en un lugar que esperas que te mira una profesional o dos y ves que te miran 50 mil que están encima tuya para ver tu sexo. Entonces te entra pánico, te entra vergüenza porque nosotros el tema del sexo es muy tabú.” [S]

“Cuando la ha visto la enfermera parecía que había visto un fantasma, como está asustada, la otra, el otro también.” [S]

“Pero yo creo que no ha mirado mi historia antes, no lo ha mirado, se ha asustado, se ha ido, habla con otro, la otra también ha entrado, luego tres están ahí.” [S]

En especial, es imprescindible mejorar el acompañamiento al parto de las mujeres mutiladas para garantizar su seguridad y el bienestar del bebé.

“Estoy totalmente de acuerdo de que, cuando hay mujeres mutiladas, en parto tienen esta dificultad, yo para mi es ponerla ya a parir sin dolor, en cesárea. Pero muchas veces preguntan al hombre, y cuando le preguntan dirá que no a la cesárea porque está educado de que una mujer que pare en cesárea ya no puede seguir teniendo hijos.” [S]

Es importante también que el personal sanitario conozca las creencias culturales alrededor de esta práctica, como la que se detalla a continuación, y que se ponga la voluntad y seguridad de la mujer por encima de la voluntad del marido o de la práctica cultural, siempre a partir del diálogo informado con la mujer.

“Entonces ahí la proposición de que se haga la cesárea ¿no? para salvar al bebe y a la mujer. Y aquí cuando se le consultaba al marido, había problemas porque dice no. Porque la salud, la percepción de la salud africana es diferente de lo que se mira en occidente. Allí una mujer que es operada por cesárea, lo llaman “medias personas”. [S]

7/ PROPUESTAS DE MEJORA

“Hay algo que se tiene que trabajar: es hacer ver a los profesionales que tienen un privilegio, y este privilegio se tiene que reconocer. Quitar todo el imperialismo que existe aquí o el colonialismo. Parar de decir: “aquí yo mando, tendrás que hacer lo que yo sé porque tú no sabes nada”. [S]

Necesitamos un cambio de enfoque en las políticas públicas, y en concreto, en el caso que nos ocupa, en la atención a la salud sexual y reproductiva de todas las

mujeres residentes en Cataluña. Cada vez son más los colectivos de mujeres, de personas migrantes o de personas no blancas que señalan el sexismo y el racismo estructural de nuestro sistema social, político y económico. Comprender cómo se materializa este racismo y este sexismo en ciertas prácticas diarias permite ofrecer un punto de partida por dónde empezar a revertir estas discriminaciones. Un primer paso es aceptar el diagnóstico sobre la situación y validar a las mujeres y las mujeres migrantes como interlocutoras válidas para aportar propuestas de mejora, a partir de su propia experiencia. A nivel concreto, esta visión conlleva establecer espacios de confianza y de diálogo horizontal entre pacientes y personal médico en el que se da un intercambio de conocimientos que tienen por objetivo mejorar la práctica sanitaria y científica. Sin embargo, estamos en un contexto que dificulta la posibilidad de establecer estos puentes de diálogo, que requiere de recursos, tiempo y formación. Además, requiere un cambio de mirada del sistema sanitario y de las políticas sanitarias que incorpore de forma sistemática y transversal la perspectiva interseccional e intercultural. Estas perspectivas se deben incorporar tanto en las políticas públicas como en los programas y presupuestos. Invertir en un sistema de salud enfocado a la medicina integral y a la respuesta de las necesidades de colectivos específicos, no sólo es más eficiente, sino que es el único camino para garantizar los derechos de todas las personas.

Así pues, las mejoras que se presentan a continuación proponen:

1. **Aumentar los recursos públicos destinados a la garantía y ejercicio del derecho a la salud**, traducido, entre otros, en un mayor número de personal sanitario, la mejora de sus condiciones laborales y el aumento de los tiempos de atención.
2. **Incorporar la perspectiva intercultural e interseccional de forma transversal en el currículum de toda la oferta formativa vinculada a la profesión sanitaria**. En concreto, formar al personal sanitario en las distintas visiones culturales sobre el embarazo, parto y puerperio para

facilitar un mejor acompañamiento a estos procesos y mejorar la salud materno-infantil.

3. **Reforzar las habilidades de diálogo intercultural y de empatía de todo el personal sanitario en ejercicio y del futuro personal sanitario**. Trabajar para revertir la visión productivista y enfocada a la eficiencia de la atención sanitaria y reforzar la vocación de acompañar la salud de las personas desde la óptica de la prevención y la salud integral.
4. **Incorporar la perspectiva intercultural en los protocolos y recomendaciones** que se dan durante el embarazo, parto y puerperio y también en lo que se refiere al cuidado del bebé y de la madre.
5. **Asegurar la formación continuada del personal sanitario investigador en perspectiva interseccional** para poner fin al androcentrismo y blanco centrismo que genera brechas en los procesos de investigación científica, diagnósticos erróneos o que se infra diagnostiquen patologías específicas de las mujeres o de las personas provenientes de otros países.
6. **Aumentar las horas del servicio de mediación y traducción** en todos los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos. La mediación es una herramienta para una atención con derechos que facilita la relación médico-paciente, permite respetar los códigos culturales, ofrece una persona referente de confianza y asegura que la mujer tenga información completa.

8/ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACNUDH, *Information Series: Sexual and Reproductive Health and Rights*, 2020
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14, 2000
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22, 2016
- Consejería de Igualdad y Feminismos de la Generalitat de Cataluña, Comissió Interdepartamental per a l'Impuls i el Seguiment de l'Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979
- Convención Sobre los Derechos del Niño, 1989
- Declaración y Plataforma de Beijing, 1995
- Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, *Protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña*, 2020
- Farmamundi, *Atender el embarazo y parto en Barcelona*, 2018
- Farmamundi, *Culturas y Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña*, 2019
- Farmamundi, *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*, 2022
- Generalitat de Catalunya, Ley 17/2015, del 21 de julio de igualdad efectiva de mujeres y hombres
- Gobierno de España, Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo
- Idescat, *Nacidos vivos de madre extranjera según el sexo y la nacionalidad de la madre*, 2021
- Instituto Catalán de la Salud, *Recomendaciones para la atención primaria dirigida a usuarios inmigrantes extracomunitarios*, 2006
- J. Fuentes, *Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study*, *Phys Ther*
- Ministerio de Sanidad, *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, 2010
- Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015
- Organización Mundial de la Salud, *Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, 2018
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña durante el embarazo, el parto y el puerperio

Testimonios de mujeres de China, Marruecos, Pakistán y Senegal

