

Conciliación de maternidad y trabajo de las mujeres inmigrantes: costes diferenciales para la salud.

En: Y. Guerrero, MJ Vara, MJ Matilla, C. Garcia y P. Montero, 2011. Feminismos y desequilibrios en el mundo actual: demografía, trabajo y ciudadanía: 659-682

C. Bernis

Introducción

Uno de los principales objetivos de la Antropología Física es analizar la variabilidad biológica de los grupos humanos e interpretarla a la luz de las diferentes categorías de análisis social. Proporciona un marco referencial para documentar semejanzas, diferencias y desigualdades en indicadores de salud entre grupos de diferente origen y circunstancias sociales, que compartan la misma atención sanitaria y proporciona información relevante sobre la manera en que las instituciones y administraciones sanitarias asumen diferentes comportamientos en la práctica asistencial. También contribuye a construir evidencias para desarrollar estrategias específicas que mejoren la atención sanitaria. En este trabajo se evalúan indicadores de salud perinatal y de atención al parto en mujeres emigrantes y españolas, con el fin de detectar la existencia de cuidados subóptimos o diferenciales, que interactúen con las singularidades biosociales (tamaño, paridad, edad de maternidad etc). Factores como el acceso limitado de cuidado durante el embarazo o su utilización restringida por incompatibilidades laborales de horarios por problemas de lenguaje o de estilos culturales

Desde mediados de los noventa España ha recogido una creciente población inmigrante, muy feminizada y heterogénea, la mayoría de origen Sudamericano, pero con importantes contingentes de magrebíes y de Europeas del Este, y minorías significativas de Centro América y de China, que está transformando su realidad demográfica, bio-social y sanitaria. La mayoría de las mujeres son jóvenes, se encuentran en plena vida productiva y reproductiva, llegan con un proyecto de trabajo propio, y con frecuencia optan por la maternidad. En 2007, por ejemplo, el 19% de los nuevos españoles son hijos de mujeres extranjeras.

Con frecuencia muchas mujeres han dejado en sus países de origen, hijos pequeños a cargo de abuelas u otros parientes, generando las llamadas familias transnacionales con miembros que pertenecen simultáneamente a dos culturas, dos economías y dos núcleos familiares (UNFPA, 2006). Estas mujeres son responsables de mantener grandes grupos familiares y contribuyen además de manera muy importante al PIB de sus países, (Ramirez et al 2005), especialmente en aquellos como los latinoamericanos donde la migración femenina supera a la masculina. El Banco Mundial estima que en Sudamérica hay 20 millones de familias que se benefician de los envíos de los emigrantes, que constituyen la mayor red de apoyo social en esas poblaciones, y que como resultado de la crisis económica actual se verán mermados en entorno al 11%.

La población inmigrante es especialmente vulnerable a los problemas relacionados con la salud, porque además de sus malas condiciones socioeconómicas objetivas, la separación familiar en un entorno desconocido es un importante factor de riesgo psicosocial y de salud mental. En España el fenómeno migratorio está muy feminizado, lo que determina además unas elevadas necesidades asistenciales de salud sexual y reproductiva (Bravo 2003; Acevedo 2005; Jansà y Olalla, 2004; Cabrera 2007; Bernis y Varea, 2009). Estas mujeres proceden de países con deficientes indicadores socioeconómicos y de salud, con tasas de mortalidad materna e infantil elevadas y con mayores tasas de prematuridad y de bajo peso que las registradas en España, aunque existe una cierta heterogeneidad entre ellos (Acevedo 2004; WHO/UNICEF 2004; Bernis 2006; Bernis y Varea 2006). En los países sudamericanos, hay en general mejores indicadores perinatales y maternos, y también mayores tasas de cesáreas que los otros colectivos de emigrantes (Belize et al, 2000); en Marruecos por ejemplo, la mortalidad materna e infantil mantiene tasas elevadas, los partos se realizan mayoritariamente en el domicilio con frecuencia sin ayuda profesional, y la tasa de cesáreas que se practican en las maternidades están en torno al 12 % (Abbassi et al 2000; Khawaja et al 2009), aunque respecto al total del partos del país representan solo un 1% (Stanton et al 2005). En España, las emigrantes utilizan mayoritariamente el sistema público de salud, y contribuyen con un elevado número de los partos en maternidades públicas , que en 2005 oscilaba entre el 20y el 50% (Ministerio de Sanidad, 2007).

Conocer las características del embarazo, del parto y del estado biológico y de salud de los recién nacidos españoles de madres extranjeras, tiene un evidente interés epidemiológico y de salud pública. La información publicada hasta el momento, basada en su mayor parte en muestras hospitalarias combinadas o no con encuestas personales, evidencia diferencias entre las mujeres españolas y extranjeras y también entre los diferentes colectivos. Las diferencias incluyen factores biológicos (tamaño, edad, paridad), factores nutricionales, factores culturales, socioeconómicos y de género que afectan a la manera de percibir el embarazo y el parto, a los comportamientos relacionados con ambos, y a los problemas derivados de la conciliación de trabajo y maternidad (Bernis 2009).

Sin embargo, a pesar de su evidente desventaja educativa, socioeconómica, nutricional y de género, algunas poblaciones de emigrantes tienen **con** mejores indicadores de salud perinatal que las de las poblaciones de acogida. Esta situación paradójica respecto a las tasas de prematuridad y de bajo peso al nacer, se ha detectado **en** tanto en Estados Unidos como en países europeos (Buekens et al 1998; Cervantes et al 1999; Rovillé Sousé y Prado 2002; Gould et al 2003; Vahratian et al 2004;), incluida España (Acevedo 2005; Acevedo et al 2010; Bernis y Varea 2006; Alonso 2008). Respecto a indicadores relacionados con mortalidad materno-infantil y malformaciones congénitas, son más elevados entre algunos colectivos emigrantes en

algunos países de Europa, pero los resultados varían en gran medida con las poblaciones emigrantes y de acogida implicadas; también influye el tiempo que lleven asentados (Mattias et al 2006; Europeristat, 2008; Gissler et al, 2009).

En las últimas décadas, coincidiendo con una extraordinaria reducción de la mortalidad fetal e infantil, se ha detectado un aumento de la prematuridad de etiología desconocida en muchos países prósperos, y en algunos emergentes (WHO 2006; Europeristat, 2008), que se ha definido como uno de los principales “síndromes obstétricos” a los que se enfrenta la salud perinatal en el SXXI (Romero et al., 2006). Es un fenómeno de origen multifactorial, que cursa con una gran heterogeneidad en los resultados perinatales respecto a la mortalidad, a la viabilidad y al peso al nacer lo que dificulta tanto su interpretación causal como su relación con el aumento del bajo peso.

El aumento simultáneo de la prematuridad y del bajo peso detectado en España desde 1980, indica claramente que algo no está funcionando en la prevención de salud perinatal ya que, paradójicamente ambos indicadores son factores importantes de riesgo de mortalidad infantil y de morbilidad a lo largo de la vida (OMS, 1987; OMS 2006; Alexander y Slay 2002; Malloy, 2008). El análisis de estos indicadores y su tendencia temporal en descendientes de mujeres españolas y de mujeres emigrantes de distintos orígenes, puede proporcionar una información muy interesante tanto desde el punto de vista de la salud pública, como de las situaciones sociales económicas y de género que caracterizan a las mujeres de cada grupo de emigrantes

Existe un consenso reciente de que la extensión de la intervención obstétrica especialmente la inducción y las cesáreas, además de otros efectos negativos para la salud materna y perinatal, () pueden estar contribuyendo al aumento temporal de la prematuridad y del bajo peso al nacer, (Murta et al, 2006; Europeristat, 2008).

En cualquier caso conocer la variabilidad es importante, y cuando implica desigualdad, es necesario identificar las causas y en su caso corregirlas.

Objetivos:

- 1- Documentar las tasas de prematuridad, bajo peso y peso para edad de gestación por origen materno,
- 2- Documentar la variabilidad en la tasa de cesáreas en función de la multiplicidad, la paridad y el origen materno
- 3- Evaluar la asociación entre las intervenciones por cesárea y las tasas de prematuridad y bajo peso.
- 4- Documentar el cambio temporal de prematuridad, bajo peso y peso por edad de gestación por origen materno en el conjunto de los nacidos en España entre 1996-2007.

- 5- Evaluar si las tendencias temporales en prematuridad, bajo peso, y peso por edad de gestación, se homogenizan o divergen a lo largo del periodo estudiado en todos o en algunos colectivos.
- 6- Contribuir al debate sobre políticas de salud basadas en las mejores prácticas y en la propuesta de acciones para reducir inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.

Material y métodos

Se utilizan dos fuentes de datos, una de procedente de 16.530 nacimientos registrados en los libros de partos de la Maternidad La Paz en 2005 y 2007, que proporciona una instantánea reciente de las semejanzas y diferencias en factores maternos, del parto y de los recién nacidos en cada colectivo de madres inmigrantes y en las españolas; permite establecer asociaciones entre edad de gestación y prematuridad, con factores maternos e intervenciones durante el parto. Los colectivos de mujeres emigrantes se distribuyen de la siguiente manera: Magreb, Europa del Este, Sudamérica, Centroamérica y Caribe, y China; estos dos últimos colectivos son los menos numerosos, y cuando se subdividen para determinados análisis como el peso por edad de gestación, dan lugar gráficos con grandes oscilaciones. Los tres primeros objetivos se cubren con estos datos (más información en Acevedo et al, 2010; Bernis 2010).

La segunda fuente de datos, procede de las estadísticas vitales, y corresponde a todos los partos ocurridos en España entre 1996 y 2007; el Instituto Nacional de Estadística (INE), comienza a registrar la nacionalidad de los padres a partir de 1996, y proporciona unos micro-ficheros de datos que, tras un laborioso proceso (Varea, 2009), se pueden transformar en un fichero SPSS. Para cada recién nacido se dispone, entre otros datos, información sobre el sexo, el peso, la edad de gestación, el número de nacidos por parto y la paridad; y además información sobre la edad de la madre, su estado civil, ocupación, lugar de residencia y origen (nacionalidad). El análisis de estos datos permite valorar simultáneamente las diferencias entre colectivos de inmigrantes y su cambio temporal, y proporciona un marco de referencia para evaluar la bondad de los datos obtenidos a partir de las otras muestras analizadas. Los dos últimos objetivos se cubren con estos datos (Mas información en Varea 2009).

Resultados

Variabilidad de la situación perinatal en colectivos emigrantes: prematuridad y edad de gestación; bajo peso al nacer y peso por edad de gestación.

La tabla 1 resume algunas características biosanitarias de las mujeres que dieron a luz en el Hospital maternal de la Paz en 2005 y 2007 y sus neonatos.

	Distribución por origen		Edad de maternidad	Madres primíparas	Partos gemelares	Partos prematuros	Bajo peso	Tasa cesáreas
	N	%	M+DE	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
España	66,1	10974	31,93±4,96	54,20	2,80	8,10	10,00	25,50
Europa Este	5,4	903	27,15±5,51	62,10	,90	11,10	8,40	20,70
América Central y Caribe	3,0	493	27,44±6,46	40,20	1,60	9,70	8,50	31,40
América del Sur	19,3	3210	28,49±6,04	47,40	1,10	8,10	7,00	26,00
Marruecos	4,7	782	28,99±5,99	48,30	1,50	8,20	7,10	21,40
China	1,5	247	29,06±4,87	44,90	1,20	7,50	4,00	14,20
Total	16609		30,69±5,60	52,50	2,20	8,30	9,10	25,10

Tabla 1- Contribución de cada colectivo al total de nacimientos analizado, e indicadores biosanitarios maternos y perinatales.

La tasa de prematuridad para el conjunto de los partos de 8,3%, sin diferencias significativas entre los colectivos; Las europeas del este tienen las mayores tasas de prematuridad y las chinas las menores (Tabla 1, Figura 2). En los partos únicos la tasa de prematuridad es de 7,3% y mantiene el mismo patrón diferencial por colectivos, pero en este caso las diferencias son significativas ($\chi^2 = 18,58$; $gl=5$; $p<0,002$).

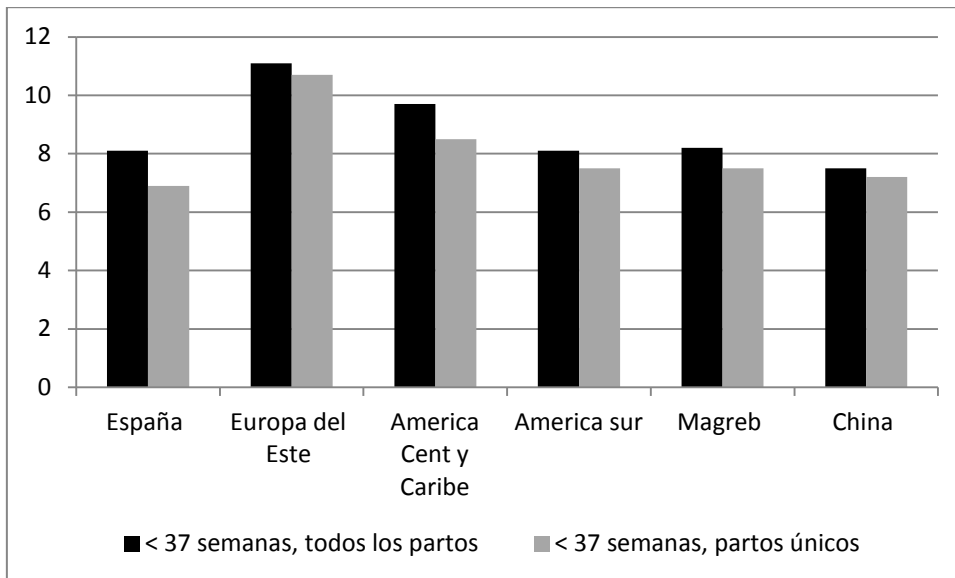


Figura 2- Incidencia de prematuridad en el total de los partos y en partos únicos, por origen materno. (Libros de partos de la Maternidad La Paz, 2005 y 2007)

La incidencia de bajo peso en el conjunto de los nacimientos es de 9,10 con diferencias significativas por origen materno son ($\text{Chi}^2= 39,48$; $\text{gl}=5$; $p<0,0001$); entre los partos únicos el bajo peso se reduce a 7,80 y las diferencias por origen se mantienen significativas ($\text{Chi}^2= 25,65$; $\text{gl}=5$; $p<0,0001$). Las máximas frecuencias de bajo peso las tienen las mujeres españolas, y las mínimas las chinas (Figura 3).

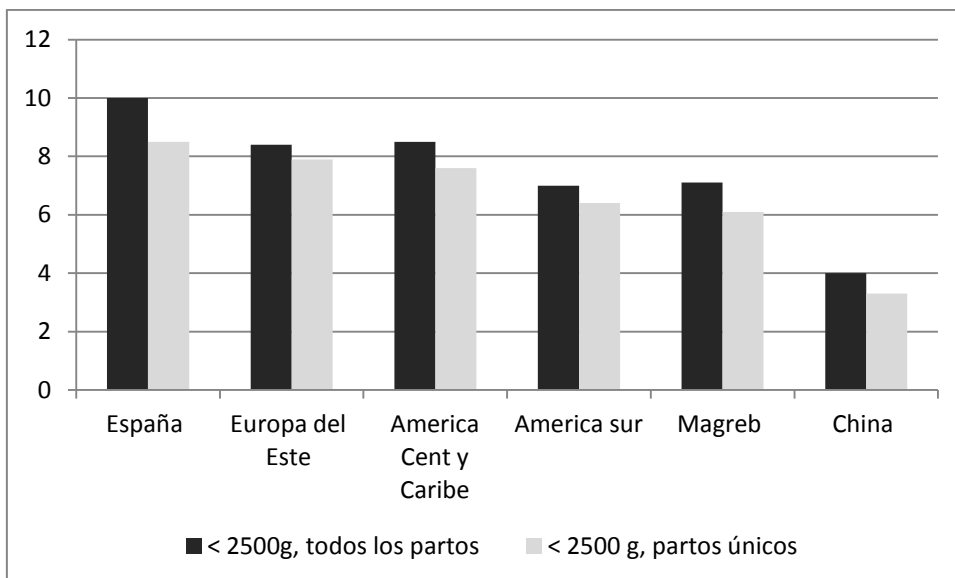


Figura 3- Incidencia de bajo peso en el total de los partos y en partos únicos, por origen materno. (Libros de partos de la Maternidad La Paz, 2005 y 2007)

Comparando las incidencias globales de bajo peso y prematuridad entre los diferentes grupos, se observa que entre las españolas, es más frecuente el bajo peso que la prematuridad, mientras que en todos los grupos de mujeres emigrantes se da la situación inversa (Figura 4)

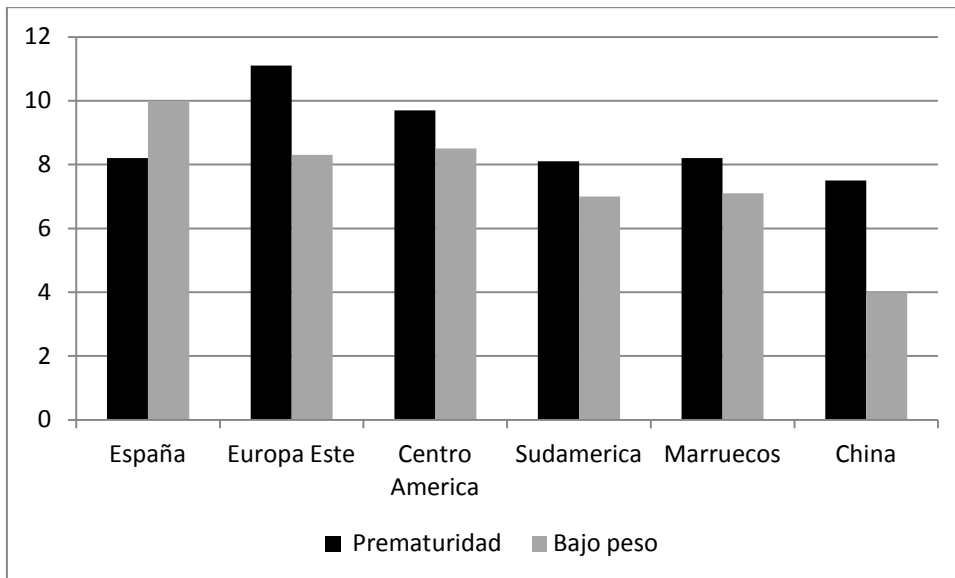


Figura 4. Variabilidad en la incidencia de bajo peso y prematuridad por origen materno.

El análisis del peso por edad de gestación, proporciona una información más precisa sobre el desarrollo fetal. La Figura 5 compara el peso por edad de gestación según origen materno. Los recién nacidos de madre española, tienen menores pesos por edad de gestación en todas las semanas analizadas que los descendientes de madres marroquíes, sudamericanas y de Europa del este; estas diferencias son mayores entre los nacidos prematuramente (con menos de 37 semanas) y se reducen entre los nacidos a término. Los resultados correspondientes a los nacidos prematuros de mujeres chinas y centroamericanas deben tomarse con precaución debido al bajo número de datos en esas edades.

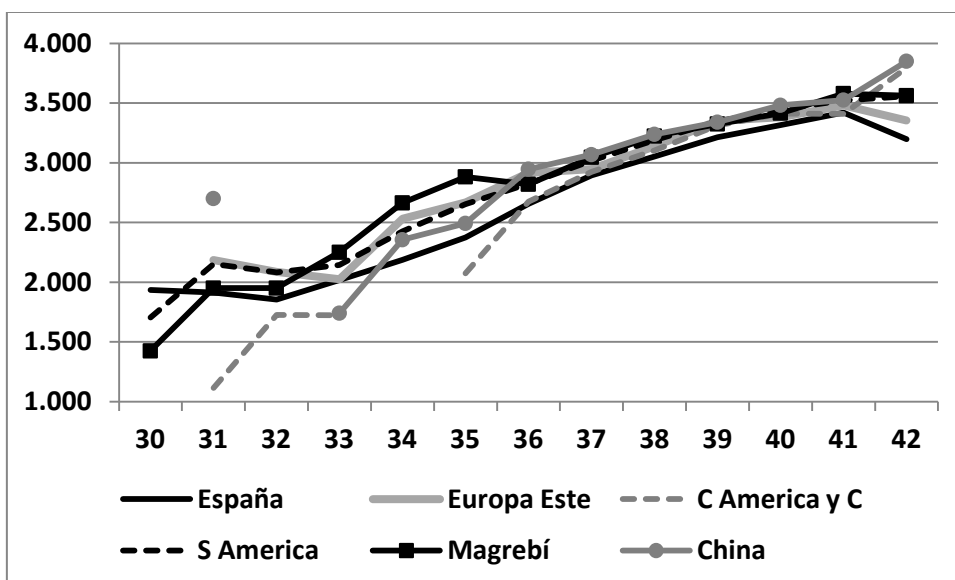


Figura 5. Diferencias en desarrollo fetal en los diferentes colectivos de emigrantes. Maternidad la Paz nacidos en 2005 y 2007.

Variabilidad de las tasas de cesárea por origen materno y su asociación con prematuridad y bajo peso al nacer

El parto se finalizó mediante cesárea en un 25% del conjunto de las mujeres. Globalmente, la tasa de cesáreas presentan diferencias significativas en función de la paridad ($\text{Chi}^2 = 56,56$, $\text{gl} = 1$ $p < 0,0001$) y del origen ($\text{Chi}^2 = 43,43$; $\text{gl} = 5$; $p < 0,0001$). Respecto a la paridad es más frecuente en primíparas (27,0 %) que en múltiparas (22,2 %) en el conjunto de los partos y en todos los grupos salvo en las Sudamericanas donde ocurre la situación inversa. Respecto al origen el ranking lo encabezan las mujeres centroamericanas con un 31% de cesáreas y lo cierran las chinas con un 14,2%. (Figura 6),

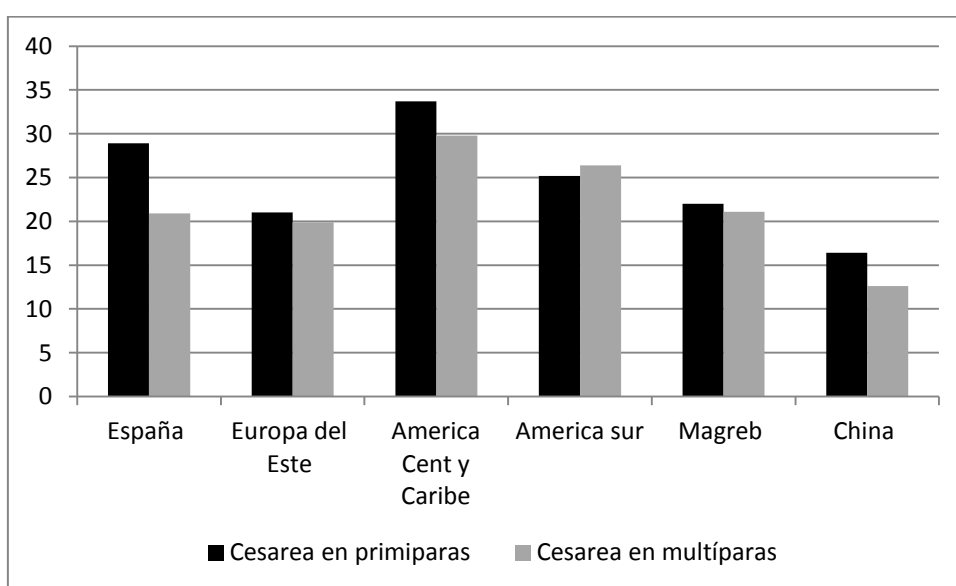


Figura 6- Tasa de cesáreas según origen materno y paridad.

Se ha evaluado, para el conjunto de los partos, y separadamente para cada colectivo si los partos prematuros acaban más frecuentemente en cesárea que los partos vaginales (Tabla 2). En todos los grupos, la prematuridad es más elevada en los partos con cesárea que en los vaginales, con diferencias significativas en todas ellas salvo para las mujeres marroquíes. Las máximas frecuencias de prematuridad tanto en partos vaginales como en partos por cesárea la presentan las mujeres del Este de Europa, (que también tienen la mayor frecuencia de primiparidad) y las menores las mujeres Chinas.

	% Prematuros (Total)	% Prematuros en partos vaginales	% Prematuros en partos con cesárea	Chi^2	gl	p
España	8,2 (845/10367)	5,8 (450/7747)	15,1 (395/2620)	244,61	1	0'001
Europa Este	11,1 (94/846)	9,9 (66/669)	15,7 (28/178)	4,87	1	0,027

America Central y Caribe	9,7 (45/466)	7,0 (22/316)	15,3 (23/150)	8,17 1 0,004
America del Sur	8,1 (244/3027)	6,3 (141/2242)	13,1 (103/785)	36,61 1 0,001
Marruecos	8,2 (61/746)	7,5 (44/585)	10,6 (17/161)	Ns
China	7,5 (18/240)	6,3 (13/207)	15,2 (5/33)	3,29 1 0,072
Total	7,6 (1842/24298)	5,8 (1117/10123)	14,0 (7257/5175)	387,88 1 0,001

Tabla 2- Asociación entre prematuridad y tasa de cesáreas por origen de la madre

De igual manera se evalúa la asociación entre bajo peso y parto por cesárea (Tabla 3).

	Bajo peso total	Bajo peso partos vaginales	Bajo peso partos con cesárea	Chi 2 gl p
España	10% (1093/10937)	7,50 (614/8164)	17,20 (476/2768)	215,58 1 0,001
Europa Este	8,3 (75/898)	6,80 48/711	14,40 27/187	11,43 1 0,001
America Central y Caribe	8,5 (42/492)	7,11 (24/337)	11,6 (18/155)	2,74 1 0,001
America del Sur	7,0 (224/3196)	5,40 (127/2368)	11,70 (97/828)	37,97 1 0,001
Marruecos	7,1 (55/ 778)	6,0 (37/613)	10,9 (18/165)	4,70 1 0,03
China	4,0 (35/247)	3,3 (10/212)	8,6 (3/35)	ns
Total	9,1% (2199/25531)	6,80 (136/20057)	15,2 0829/5459)	383,45 1 0,0001

Tabla 3- Asociación entre bajo peso y tasa de cesáreas por origen de la madre

Cambio temporal de prematuridad, bajo peso y peso por edad de gestación según origen materno.

La tabla 4 resume la contribución absoluta y relativa de cada grupo de mujeres inmigrantes a la natalidad en España y su cambio temporal entre 1996- 2007.

(La Tabla 4 se incluye en fichero aparte)

El análisis del cambio temporal se basa en las estadísticas vitales del (INE), que proporcionan datos individuales de todos los partos habidos en España entre 1996 y 2007; permite detectar las diferencias en indicadores perinatales por origen materno y la concordancia o discordancia de su

evolución temporal. Además confirma, con un número de datos muy superior, los resultados respecto a variabilidad entre grupos de prematuridad, bajo peso y peso por edad de gestación procedentes del Hospital Maternal de la Paz. La Figura 7 muestra el cambio temporal de la tasa de prematuridad por origen materno.

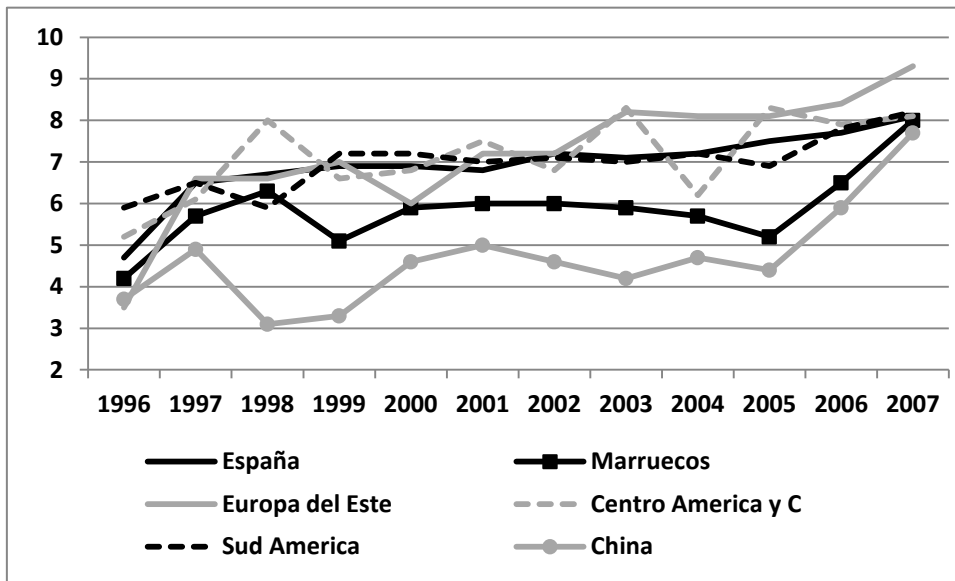


Figura 7. Cambio temporal de la prematuridad por origen materno. (1996-2007, INE)

Las mujeres chinas y magrebíes mantienen durante todo el periodo las menores incidencias de prematuridad, aunque a partir de 2005, aumentan bruscamente y se aproximan a los valores de los otros colectivos. Europeas del este, españolas y centro y sudamericanas, mantienen valores próximos entre sí y una tendencia común de aumento continuo y suave hasta 2005 cuando también se acelera.

La incidencia de prematuridad es un indicador epidemiológico ampliamente utilizado en salud pública, sin embargo, la distribución en las edades de gestación, proporciona una información más completa y permiten una mejor interpretación tanto de diferencias entre poblaciones como de las causas de los cambios temporales en la biología del recién nacido (Europeristat, 2008). La Figura 8, muestra como las mujeres centro americanas, magrebíes y europeas del este, tienen un cambio temporal común en la edad de gestación, que en todas ellas se desplaza hacia los valores más bajos, no solamente en el rango de la prematuridad (< 37 semanas), sino que también aumentan los nacimientos en las semanas 37 y 38 en detrimento de edades superiores; las mujeres españolas tienen la misma tendencia, (no se muestra gráfica). El cambio temporal detectado para las mujeres sudamericanas contrasta con el resto de los grupos, ya que en ellas aumentan los nacimientos con edades de gestación más avanzadas, y también pero en mucha menor proporción los nacidos muy prematuramente.

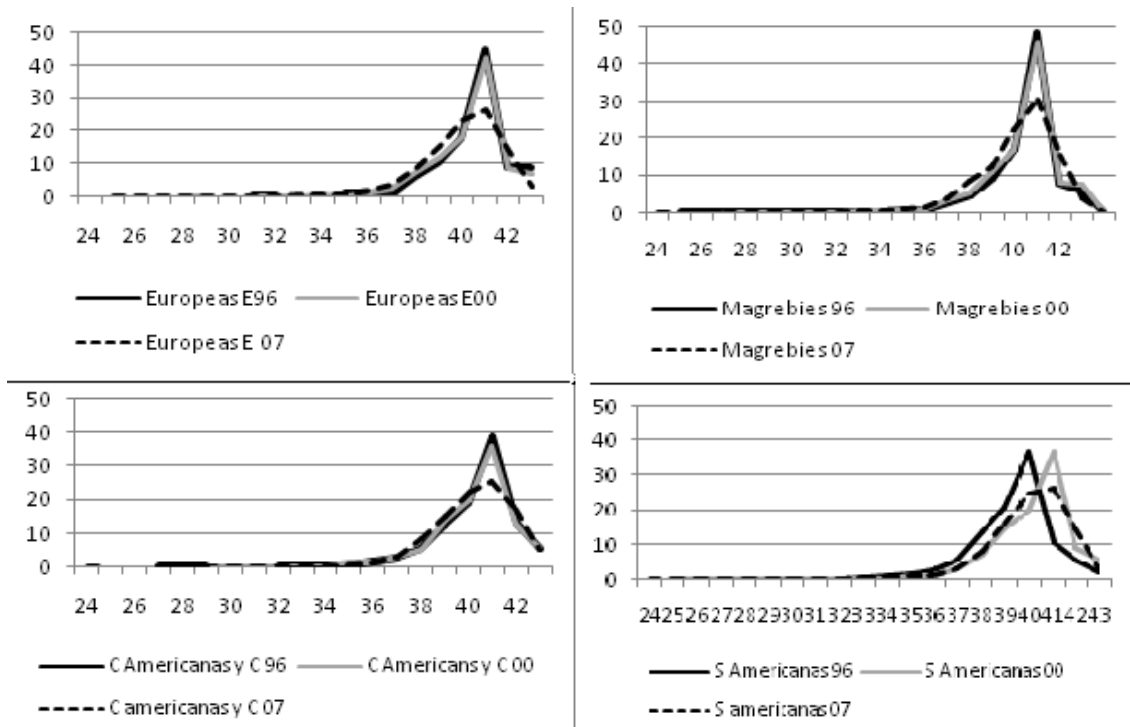


Figura 8- Cambio temporal de la distribución de la edad de gestación por origen materno.

La figura 9 resume el cambio temporal del bajo peso al nacer según origen materno. Chinas y magrebíes tienen las menores incidencias de bajo peso, contrastando con las más elevadas de españolas y europeas del este. Las mujeres españolas presentan un aumento continuado del bajo peso al nacer durante todo el periodo, mientras que el resto de los colectivos tienen tendencias más estables; sin embargo, a partir de 2004 o 2006, todos los colectivos aumentan más rápidamente.

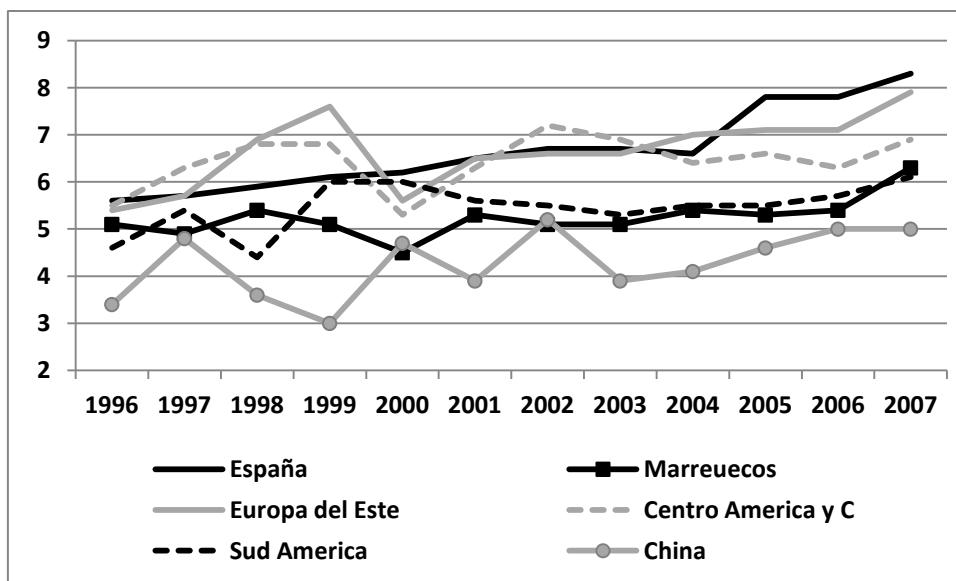


Figura 9- Cambio temporal en bajo peso al nacer según origen (todos los partos)

Finalmente se evalúa también el cambio temporal en el desarrollo fetal, comparando el peso (en gramaos) por edad de gestación en 1996 y 2007, de todos los grupos de madres emigrantes conjuntamente con el grupo de madres españolas (Figura 10).

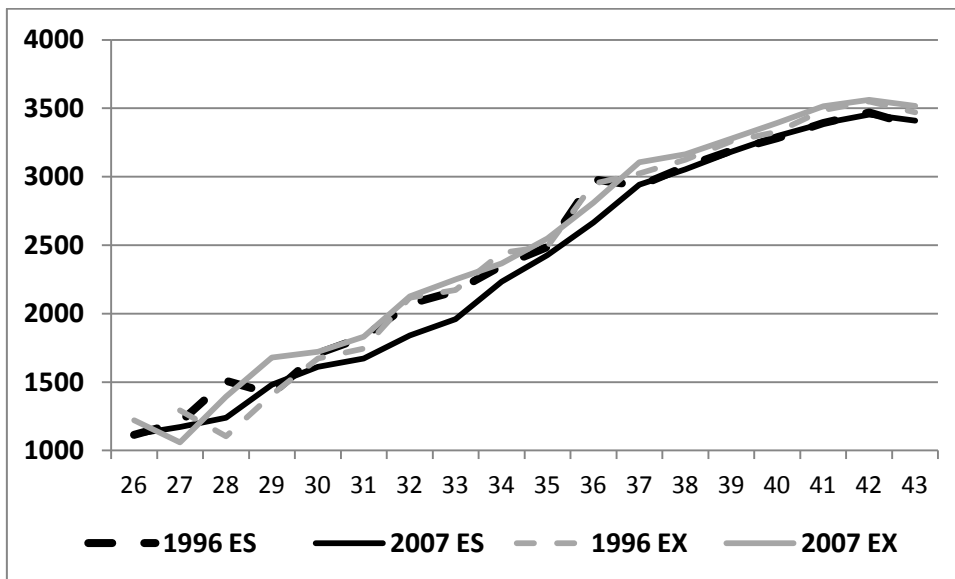


Figura 10. Cambio temporal (1996-2007), en el peso por edad de gestación en descendientes de madres españolas y extranjeras (INE)

Los recién nacidos de madres emigrantes, mantienen durante todo el periodo mayor peso para edad de gestación que los de madres españolas para los nacidos todas las edades de gestación. Presentan también diferentes tendencias temporales; entre los nacimientos prematuros, el peso por edad de gestación en neonatos de extranjeras permanece estable (líneas grises), frente a la reducción del peso por edad de gestión que se observa en los nacimientos prematuros de madres españolas (líneas negras); Para los nacidos a término se mantiene el aumento temporal del peso en neonatos de extranjeras y se observa la estabilidad del peso por edad de gestación entre los nacidos de madres españolas.

Discusión

Nuestros resultados confirman la coexistencia en España de una doble paradoja, la primera, compartida por muchos países prósperos, es la contradicción entre extraordinario control de la mortalidad fetal e infantil, y el aumento simultáneo de prematuridad y de bajo peso, que son causas importantes de morbilidad perinatal; la segunda corresponde a la existencia de mejores indicadores perinatales en los descendientes de emigrantes, que son grupos de mayor riesgo socio-sanitario; está también documentada para los descendientes de emigrantes mejicanos en EEUU (Cervantes et al 1999; Gould et al, 2003), de Magrebíes en diferentes países de Europa (Vaharatian et al 2004; Buekens et al 1998; Rovillé-Susse y Prado 2002;

Bernis 2005;), o las Sudamericanas en España (Acevedo 2004; Alonso 2009; Bernis 2009; Varea 2009; Bernis 2009; Cabrera 2007).

La prematuridad media en los nacimientos de la Paz en 2005 y 2007, se ajusta al 8%, que Europeristat 2008, proporciona para España en 2005, no presenta diferencias significativas entre colectivos al considerar todos los partos, y si se detectan al excluir los partos gemelares; el análisis del cambio temporal basado en todos los partos únicos habidos entre 1996 y 2007, muestra que las tasas de prematuridad al inicio de 1996 presentaban diferencias significativas entre colectivos hasta 2004, destacando especialmente las mujeres magrebíes y chinas por sus bajas tasas, frente al resto de los colectivos con valores más próximos entre sí; a partir de 2005 se homogeniza la situación al aumentar la prematuridad en todos los colectivos, más intensamente en los que tenían valores más bajos, lo que podría sugerir un aumento de la intervención en todos los partos, más acentuada en los menos intervenidos. Los nacimientos prematuros especialmente los muy prematuros y algunos nacimientos múltiples imponen un coste considerable sobre los servicios de salud, las familias y las sociedades. Las secuelas cognitivas, neuromotoras y sensoriales que arrastran una porción de estos neonatos, tienen importantes costes emocionales para las familias, y exigen especialmente a las madres el mayor esfuerzo que requiere el cuidado especial requerido por estos niños y niñas, al desempeño de su actividad laboral y familiar. Resultados recientes sugieren que situaciones de estrés durante el periodo periconcepcional aumentan el riesgo de prematuridad, independientemente de que el origen del estrés sea nutricional, emocional o por otras causas como el tabaquismo materno, porque la respuesta fisiológica frente al estrés es común (Pike, 2005). En este sentido es sugerente que entre los grupos de mujeres inmigrantes, tengan elevadas tasas de prematuridad muy temprana (superiores al 1,5%) y hayan aumentado también los nacidos en todas las edades de gestación menores de 37 semanas. Especialmente interesante es el caso de las mujeres Sudamericanas en las que aumentan simultáneamente los nacimientos muy prematuros y los de edades avanzadas de gestación.

El bajo peso afecta al 9,1 de cada cien nacidos en la Paz en 2005 y 07 cuando se consideran el conjunto de los partos y al 7,8 de los partos únicos; presenta diferencias significativas por origen materno, presentando las mujeres españolas y europeas del Este las mayores tasas de bajo peso y las magrebíes y chinas las mínimas. El análisis del cambio temporal entre 1996 y 2007, muestra una cierta estabilidad en la incidencia de bajo peso para magrebíes y chinas entre 1996 y 2007, mientras que en el resto de los colectivos aumenta de manera gradual, las europeas del este superan las tasas de prematuridad de las españolas al final del periodo.

El desarrollo fetal, medido por el peso por edad de gestación en los nacidos en la Maternidad de la Paz, muestra que los recién nacidos de madres extranjeras tienen mayor peso por edad de gestación en todas las edades, siendo mayores las diferencias para los nacidos prematuramente.

El cambio temporal, evaluado a partir de las estadísticas vitales, muestran que durante todo el periodo, las y los descendientes de madres extranjeras mantienen mayor peso por edad de gestación que los de madres españolas, y también presentan diferentes tendencias temporales; entre los nacimientos prematuros, el peso por edad de gestación en descendientes de extranjeras permanece estable, frente a la reducción del peso por edad de gestión que se observa en los nacimientos prematuros de madres españolas; Para los nacidos a término se mantiene el aumento temporal del peso en neonatos de extranjeras y se observa la estabilidad del peso por edad de gestación entre los nacidos de madres españolas.

El análisis conjunto de estos datos, ilustra por un lado la llamada paradoja epidemiológica al presentar, en 2007 y mantener a lo largo del periodo analizado, mejores indicadores perinatales de peso los descendientes de mujeres inmigrantes que los de mujeres españolas, cuando estas últimas reúnen mejores situaciones socioeconómicas, de salud o de conciliación. Sin embargo, el hecho de que esas diferencias se reduzcan a partir de 2004, sugiere que la “epidemia de aumento de prematuridad y bajo peso”, se está extendiendo también entre los neonatos de mujeres extranjeras, siendo especialmente relevante que el mayor aumento de prematuridad y bajo peso haya ocurrido en los dos colectivos con menores tasas para ambos indicadores, marroquíes y Chinas. No solo se detecta una tendencia común de aumento del bajo peso, sino también de reducción de la edad mediana de gestación, al disminuir en todos los colectivos, salvo entre las sudamericanas, los partos a término con más de 38 semanas, a favor de los nacidos las semanas 37 y 38. Se han descrito diferentes factores causales para explicar el bajo peso en poblaciones ricas y en poblaciones desfavorecidas (Onis et al 1998; Mattison et al 2001; UNICEF/OMS, 2004), de manera que el bajo peso al nacer se asocia más frecuentemente con un aumento de la prematuridad en los países ricos, mientras que en las poblaciones más pobres, el bajo peso se relaciona más frecuentemente con las desfavorables situaciones maternas que generan dinámicas de crecimiento fetal más lento; nuestros resultados sugieren que factores diferenciales de intervención en el parto pueden explicar el aumento de prematuridad y bajo peso en todos los colectivos y su tendencia a la homogeneización, mientras que el mayor desarrollo fetal por edad de gestación en los colectivos de emigrantes requiere un análisis más profundo, utilizando preferentemente antropometría fetal obtenida mediante ultrasonido que está proporcionando ya información valiosa (Hemachandra y Klebanoff 2006; Lampl et al, 2009).

El sistema de atención al parto en España sigue un modelo intervencionista, incorporado a los protocolos de las instituciones sanitarias, y atendido por profesionales especialistas de medicina y enfermería; mantiene excelentes niveles de control de la morbimortalidad infantil y materna, pero presenta aspectos mejorables relacionados con la atención personal y el protagonismo de las mujeres en el proceso Ministerio de Sanidad (2007). Por eso, en el contexto del reciente plan de calidad del sistema nacional de salud, (Ministerio de Sanidad, 2006), que prioriza la necesidad

de que la ciudadanía juegue un papel central en los sistemas modernos de salud, se establecen unas Estrategias de atención al parto normal en el sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es: *“dar respuesta a la demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas, para que a los criterios de seguridad y calidad con los que se cubre la atención al parto, se sumen aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto”*(Ministerio de Sanidad y consumo, 2007).

Las estrategias tienen como núcleo central dos medidas para fomentar la igualdad: impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas, y proponer acciones para reducir las desigualdades de género. Ambas son relevantes para analizar las tendencias temporales en prematuridad y bajo peso que caracterizan al conjunto de los partos en España, y para interpretar las diferencias detectadas en este trabajo tanto en los indicadores perinatales, como en el manejo del parto en función del origen materno. Respecto a las buenas prácticas, nuestros resultados muestran, una vez más el exceso de algunas intervenciones como las cesáreas y episiotomías (Bernis, 2009) que exceden mucho las recomendaciones de aplicación de OMS (15% y 10% respectivamente), tanto cuando se consideran el conjunto de los partos como en cada colectivo individualmente; pero también evidencian que se aplican de manera diferencial a las mujeres en función de su origen, estando en su conjunto más intervenidos los partos de las mujeres Españolas, aunque algunas intervenciones específicas son significativamente más frecuentes en algunos colectivos de emigrantes. Estas diferencias podrían estar relacionadas con diferentes factores diferenciales de riesgo por ejemplo, una mayor frecuencia de desproporción feto-pelvica, la práctica frecuente de una cesárea anterior o la demanda materna de la intervención; las tres son situaciones frecuentes entre las mujeres centro y sudamericanas, donde abundan las tallas menores de 150, y en sus países de origen, donde muchas de ellas han tenido algún hijo anterior, se practica una elevada tasa de cesáreas, con máximos en Brasil y en los países más ricos del área (Belizán et al 1999) pero también frecuentes en otros como Ecuador (Sloan et al, 2000) de donde procede el colectivo más numerosos de sudamericanas. Marroquíes y chinas comparten dificultades con el idioma, sus neonatos son con diferencia los de mayor tamaño y tienen sin embargo las menores tasas de cesáreas; proceden países con tasas de cesáreas muy diferentes, muy bajas en Marruecos (en torno al 12 entre los nacidos en maternidades, (Abassi et al 2000; Khawaja et al 2009), y muy elevadas en China, donde se ha extendido la moda reciente de cesáreas a demanda, y frecuentemente antes de la finalización fisiológica del embarazo (Lumbiganon et al 2010).

En cualquier caso, independientemente de las causas de la cesárea, en todos los grupos considerados, salvo las chinas, se supera con creces el límite máximo de 15% recomendado por OMS en 1987. Los contrastes en la tasa de cesáreas y de inducción al parto en 2005 en Europa son elocuentes al respecto; las tasas de cesareas oscilan entre un 12% en Noruega, un

14% en Holanda a un 33% en Portugal o 38% en Italia (Europesritat, 2008), para algunos países hay datos sobre la proporción de cesáreas que han sido planificadas antes de iniciarse el parto, oscilando entre un 8% en Holanda, Eslovenia Finlandia y Suecia, a un 30,7 en Irlanda del Norte. No hay información sobre la frecuencia de cesáreas a demanda ni para España, ni en tampoco se disponemos de ella en nuestros datos, pero desde un punto de vista estrictamente evolutivo, es imposible que el 25% de los partos requieran una cesárea, sea cual sea la causa por la que se hace.

Hace más de 20 años que se alerta sobre la epidemia de cesáreas y sus costes para la salud materno-infantil, y para la economía de las familias y de los sistemas sanitarios. A lo largo de ese tiempo las cesares han mantenido un aumento continuado en casi todas las poblaciones, por ejemplo en la maternidad de la Paz, en 1991 la tasa de cesáreas era de 13,2%, en 2005 de 24,3% y en 2007 de 25,3%. En el reciente informe para OMS sobre la situación de las intervenciones por cesárea en países asiáticos, que confirma una vez más resultados previos sobre los riesgos de las cesáreas, los autores concluyen que todas las cesáreas aumentan el riesgo de sucesos adversos para las mujeres, incluida la muerte, pero que es muy superior el riesgo entre las que se realizan a demanda, y por ello urgen medidas para que las cesáreas se realicen solamente cuando esté medicamente indicado para la madre y para el feto (Lumbiganon et al 2010).). Algunas excepciones, como Noruega permiten ser moderadamente optimistas, allí la tasa de cesáreas aumento de 1,8 en 1967 a 12% en 1986, y se ha mantenido estable desde entonces (Vangen et al, 2000).

Las cesáreas tienen un mayor coste económico ligado entre otras cosas a estancias hospitalarias más prolongadas, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, la duración media para partos vaginales es de 3,28 días frente a 7,53 para los partos por cesárea (ministerio de Sanidad, 2008), lo que representa un coste elevado para los sistemas de salud; por eso, otra de las cuestiones abiertas en torno a las cesáreas es si las mujeres que la solicitan sin indicación deberían pagar los gastos derivados (Mackenzie 1999).

Se ha sugerido que la cesárea a demanda es una manera de fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres, sin embargo dos aspectos invalidan ese hecho, el primero es la dificultad de evaluar el papel los profesionales en esa decisión (ver por ejemplo los comentarios de diferentes autores sobre la Cesarean Section Controversy en el nº 319 del BMJ, 1999), la segunda es el desconocimiento que tienen las mujeres sobre aspectos esenciales del embarazo y del parto, relativos por ejemplo riesgos y beneficios derivados de una inducción temprana o de una cesárea a demanda, a la posibilidad de una segunda opinión, a cuestiones básicas sobre la dinámica de un parto normal, sobre la importancia de estar relajada en un ambiente afectivo al que contribuye la presencia de la pareja u otra persona próxima, porque contribuye a segregar las endorfinas naturales que aumentan el umbral de dolor ligado a las contracciones.

Contribuir a la formación de las mujeres en estos aspectos si es una manera de empoderarlas para que puedan luego decidir libremente y con conocimiento. Hay que tener en cuenta también las condiciones de trabajo, la formación y experiencia en atender partos fisiológicos, las presiones de los seguros médicos, ante la creciente demanda por malas prácticas, la percepción que tiene los profesionales sanitarios de porque aumenta la tasa de cesáreas, y las propuestas que realizan, llenas de sentido común para modificar todas esas situaciones si se quiere conseguir reducir las intervenciones, (Chaillet, 2007).

Es muy pronto para evaluar el avance en las estrategias para reducir desigualdades en la atención al parto en el sistema nacional de salud y para reforzar el papel protagonista de las mujeres durante el proceso, reduciendo malas prácticas (exceso de medicalización en partos normales) y ofreciendo alternativas al parto intensamente medicalizado que caracteriza a nuestro sistema. Es indudablemente un reto complejo y de un elevado coste económico, que requiere reformas profundas en la formación, en la mentalidad, en la protección de los profesionales frente al aumento de demandas por malas prácticas, a la presión laboral, a la convicción por parte de muchas mujeres de que las cesáreas son más seguras o simplemente más cómodas. La medicalización aumenta y se extiende a todos los colectivos “borrando diferencias” en el sentido no deseado, al aumentar innecesariamente algunas prácticas, (exceso de inducción al parto, episiotomía y cesáreas), que están contribuyendo al aumento de la prematuridad y del bajo peso al nacer en las nuevas generaciones. La prematuridad, pero especialmente el bajo peso, además de su mayor riesgo de morbilidad temprana y de discapacidad sensorial, nerviosa y cognitiva permanente, también se asocian con un riesgo aumentado de desarrollar obesidad, enfermedades metabólicas y cardiovasculares en etapas más avanzadas de la vida. Para OMS 2006 el principal objetivo perinatal a conseguir desde el punto de vista de la salud pública de salud es que todos los bebés nazcan en un estado que maximice su probabilidad de sobrevivir y crecer adecuadamente a lo largo de la transición neonatal y el primer año de vida, y de estar preparado para que efectos de las primeras etapas de desarrollo no repercutan negativamente en su ciclo vital; claramente no es esta la situación actual. Por ello se debe conseguir de manera inmediata un punto de equilibrio para optimizar los beneficios de las nuevas tecnologías y de la atención sanitaria universal al embarazo y al parto, y reducir al mismo tiempo sus efectos negativos, especialmente los que afectan la mayoría de las mujeres que tienen embarazos sin complicaciones (Europeristat, 2008).

Bibliografía

ABBASSI H; ABOULFALAH A; MORSAD F; MATAR N; HIMMI A; MANSOURI AE. 2000. Maternal complications of cesarean section: retrospective analysis of 3231 interventions at the Casablanca University Hospital, Morocco. *Santé* 10,6: 419-423

ACEVEDO P. 2004. *Las mujeres inmigrantes del Magreb y America Latina en la Comunidad de Madrid: características sociales y sanitarias*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

ACEVEDO P. 2005. Impacto sociosanitario de la migración en las mujeres magrebíes y latinoamericanas en Madrid. Rev. Cubana de Salud Pública 31,3:192-201

ACEVEDO P, BERNIS C, VAREA C, MONTERO P (2010) Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid: comparación entre madres inmigrantes y españolas. *Rev.Esp. Antrop. Fis.*30: 23-30.

ALONSO V (2008) *Características de la reproducción y somatometría del recién nacido en población española y latinoamericana residente en Madrid*. Tesis doctoral. Universidad Complutense . Madrid

ALEXANDER GR; SLAY M. (2002) Prematurity at birth: trends, racial disparities, and epidemiology. *Ment. Retard. Develop. Disab. Research Rev.* 8: 215-220.

BERNIS C (2006) Aspects biosociaux de l'immigration en Espagne: facteurs de variabilité du poids à la naissance. *Antropo* 11, 129-140.

BERNIS C (2009) Determinantes biológicos y sociales del embarazo y el parto: estado nutricional, género y origen. En : C. Bernis, R. López, P. Montero (eds) *Determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en el S XXI. Mitos y realidades*. Ed

BERNIS C, VAREA C (2006) Comportamientos reproductores y peso al nacer: análisis en los colectivos marroquí y español. En : A. Martínez-Almagro (ed). *Diversidad biológica y salud humana*. Univ. Católica de Murcia: 729-288.

BERNIS C, VAREA C. 2009: “*Salud sexual y reproductora de la población joven de San Sebastián de los Reyes. Identificación de los principales problemas, recomendaciones y propuestas para adecuar la política sanitaria*. Ediciones UAM 4. ISBN: 978-84-8344-158-9

BRAVO A. 2003. Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid. *Migraciones* 13: 137-187

BUEKENS P ; MASUY-STROOBANT G; DELVAUX T. **1998**. High Birthweights among Infants of North African Immigrants in Belgium. *Am J Public Health.* 88 (5): **808**.

Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S 1999. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319: 1397-1400

CABRERA Y (2007) *Diferencias epidemiológicas, obstétricas y neonatales entre gestantes inmigrantes y autóctonas del área de salud de Castilla la Mancha*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. Madrid

CHAILLET N; DUBE E; DUGAS M; FRANCOEUR D; DUBE J; GAGNON S; POITRAS L ; DUMONT A. 2007. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. *Bulletin of the World Health Organization* 85,10: 733-820
GISSLER M; ALEXANDER S; MACFARLANE A; SMAL; STRAY-PEDERSE B; ZEITLIN J; ZIMBECK M; GAGNON A. 2009. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* . 88, 2 :134-148

GOULD JB; MADAN A; QIN C; CHAVEZ G . 2003. Perinatal Outcomes in Two Dissimilar Immigrant Populations in the United States: A Dual Epidemiologic Paradox . *Pediatrics* 111, 6:e76-e682

HEMACHANDRA AH, KLEBANOFF MA (2006) Use of serial ultrasound to identify periods of fetal growth restriction in relation to neonatal antropometry. *Am. J. Hum. Biol.* 18: 791-797.

JANSÀ JM; GARCÍA DE OLALLA P. 2004 Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos *Gac Sanit* 18(Supl):207-13

KHAWAJA M; CHOUEIRY N AND JURDI R. 2009. Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. *La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*, Vol. 15, 2:458-

LAMPL M, KUSANOVIC JP, EREZ O, ESPINOZA J, GOTSCH F, GONCALVES L, HASSAN S, GOMEZ R, NIEN JK, FRONGILLO EA , ROMERO R (2009) Early rapid growth, early birth: accelerated fetal growth and spontaneous late preterm births. *Am. J. Hum. Biol.* 21: 141.150.

LUMBIGANON P; LAOPAIBOON M; GÜLMEZOGLU AM; SOUZA JP; TANEEPANICHSKUL S; RUYAN P; ATTYGALLE DE; SHRESTHAN; MORI R; HINH ND; BANG HT; RATHAVY T; CHUYUNK; CHEANG K; FESTIN M; UDOMPRASERTGUL V; GERMAR MJ; YANQIU J; ROY M; CARROLI G; BA-THIKE K; FILATOVA E; VILLAR J. 2010. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *The Lancet*, 375, 9713,: 490 - 499

MALLOY MH (2008) Impact of cesarean section on neonatal mortality rates among very preterm infants in the United States, 2000-2003.

MACKENZIE IZ 1999. Should women who elect to have a cesarean section pay for them?. *BMJ* 318: 1070

MATTIAS D; PACHALY J; VETTER K. 2006 Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. *Arch Gynecol Obstet*, 274:271-278

MURTA EF, FREIRE GC, FABRI DC, FABRI RH. 2006 . Could elective cesarean sections influence the birth weight of full-term infants? *Sao Paulo Med J.* Nov 7;124(6):313-5.

OMS (2006) *Promoción del desarrollo fetal óptimo. Informe de una reunión consultiva técnica.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra

PIKE YM (2005) Maternal stress and fetal responses: Evolutionary perspectives on preterm delivery. *Am. J. Hum. Biol.* 17: 55-65.

RAMIREZ C; DOMINGUEZ MG AND MORAIS JM. 2005. *Crossing Borders: Remittances, Gender and Development*, pp. 32-33. INSTRAW Working Paper. Santo Domingo: United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women.

ROMERO R, ESPINOZA J, KUSANOVIC JP, GOTSCH F, HASSAN S, EREZ O, CHAIWORAPONGSA T, MAZOR M (2006) The preterm parturition syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 113 (Supp 3):17-42.

ROVILLÉ-SUSSE F; PRADO C.2002, Statut nutritionnel des femmes enceintes d'origine maghrébine et des leurs nourrissons : La situation en France et en Espagne. *Migrations et Santé*, 74-84

SLOAN NL; PINTO E; CALLE A; LANGER A; WINIKOFF B; FASSIHIAN G. 2000. Reduction of cesarean section delivery rate in Ecuador. *Int J GynaecolObstet* 69, 3: 229-236

STANTON CK; DUBOURG D; DE BROUWERE V; PUJADES M RONSMAANS C. 2005. Reliability of data on cesarean sections in developing countries. *Bull of the World Health Organization*. 83,6:1-9

UNFPA 2006. A PASAGE TO Hope: women and international immigration, State of world population. Chap 2:

VAHRATIAN A; BUEKENS P; DELVAUX T; BOUTSEN M; WANG Y; KUPPER LL 2004. Birthweight differences among infants of North African immigrants and Belgians in Belgium. *The European Journal of Public Health* 14(4):381-383

Vangen S; Stoltenberg C; SKrondal A; Magnis P; Stray –Pendersen PM. 2000. Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol ascend*.79: 553-558

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-7.

WHO (2006) *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. Second edition. Geneva: World Health Organization.

WHO/UNICEF (2004) *Low birth weight. Country, regional, and global estimates*. UNICEF, New York.)

Agradecimientos.

Este trabajo se realizó en el marco del proyecto “Impacto de la migración sobre la salud materno-infantil desde una perspectiva de género”, financiado por el Plan Nacional de I+D+I (2004-2007), Ex 06/31 Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.