

artículo original

Enviado el 7 de julio de 2012
Aprobado el 4 de octubre de 2012

Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí

Francisco Raga Gimeno

Universitat Jaume I
(Castellón, España)

Palabras clave

comunicación intercultural
salud reproductiva
inmigrantes magrebíes
mediación

Resumen

En el presente estudio se analizan las principales trabas comunicativas, de tipo lingüístico y cultural, que se observan en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes de origen marroquí (y magrebí en general), en concreto en el ámbito de la salud reproductiva. Para ello se analizan las experiencias de los mediadores interculturales en un hospital de la provincia de Castellón, así como los resultados de los grupos de discusión que se llevaron a cabo con personal sanitario y pacientes de dicho hospital. Estos datos se contrastan con datos publicados acerca de la atención sanitaria a mujeres de origen marroquí, tanto en España como en Marruecos. Los resultados de este estudio señalan la presencia de complejos problemas de comunicación que precisan la implementación de estrategias de mediación comunitaria.

El presente trabajo se inscribe en el proyecto "Investigación-acción en mediación interlingüística e intercultural: diseño, coordinación y seguimiento de un equipo de mediadores/as en el ámbito sanitario", financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (FFI2009-08890). Agradecimientos: en esta investigación han participado también Rafael Rodríguez, Maite Jiménez, Dora Sales, Marta Sánchez, Isaías Alonso y Hanane Haij.

Contacto para correspondencia: Francisco Raga Gimeno. Email: raga@trad.uji.es. Teléfono: +34 681087781.

Interlinguistic and Intercultural Communication Regarding the Reproductive Health Care for Women of Moroccan Origin

Keywords

*intercultural communication
reproductive health
Maghrebi immigrants
mediation*

Abstract

The present study analyzes the most significant communication barriers, linguistic and cultural, that may be observed in healthcare regarding immigrant women of Moroccan (and, in general, Maghrebi) origin, particularly in relation to reproductive health. For that purpose, the experiences of intercultural mediators in a public hospital in the region of Castellón are examined, as well as the results obtained from discussion groups carried out with healthcare staff and patients from that hospital. This information is compared to that published regarding healthcare for women of Moroccan origin, both in Spain and in Morocco. The results of this study point out the presence of complex communicative problems which require the implementation of community mediation strategies.

Cómo citar el artículo

Raga Gimeno, F. (2013). Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí. *Revista de Comunicación y Salud*, 3(1), pp. 5-17. DOI: [http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3\(1\).5-17](http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3(1).5-17)

1. Introducción

Una buena parte de la población extranjera residente en España se encuentra en la actualidad con graves problemas de comunicación a la hora de acceder a los servicios sanitarios. Las trabas lingüísticas son sin duda las más graves, pero no las únicas. Las diferencias culturales pueden suponer igualmente una importante barrera comunicativa, sobre todo si tenemos en cuenta que las concepciones de la salud, de la enfermedad y de los procesos curativos forman parte del corazón mismo de la cultura. Los problemas de comunicación intercultural cobran especial importancia en el campo de la salud reproductiva por dos motivos. Por un lado porque con toda seguridad se trata del ámbito sanitario más determinado culturalmente, y por otro porque, como señalan los datos recogidos en Fabre (2010), la de obstetricia y ginecología es la especialidad más visitada por la población extranjera en España, y los problemas relacionados con este ámbito son la principal causa de hospitalización de este colectivo. Aunque en general las personas extranjeras hacen un menor uso de los servicios sanitarios que la población autóctona (entre un 5% y un 10% menos, excepto en urgencias), en el caso de los servicios de obstetricia y ginecología se invierten los términos. Menos de un 10% de las mujeres residentes en España son extranjeras, sin embargo más del 20% de nuevos nacimientos corresponden a este colectivo¹. Centrándonos en la Comunidad Valenciana, y de acuerdo con los datos de la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat Valencia, durante 2010 hubo 38.676 nacimientos de mujeres españolas, y 12.037 de mujeres extranjeras, es decir, que un 23,73% de los nacimientos correspondieron a estas últimas². Entre las mujeres extranjeras residentes en la Comunidad Valencia las marroquíes son las que más hijos tuvieron durante 2010, 2.468, es decir, un 20,36% de los nacimientos de mujeres extranjeras, y un 4,68% del total de nacimientos. Si tenemos en cuenta que las mujeres de origen marroquí en la Comunidad Valenciana suponen algo más del 2% del total de mujeres³, podemos concluir que prácticamente doblan el índice medio de natalidad.

Un claro indicio de la trascendencia del tema que abordamos lo encontramos en el hecho de que se hayan publicado bastantes estudios sistemáticos dedicados específicamente a la atención sanitaria a mujeres extranjeras en los servicios de obstetricia y ginecología, con especial atención al caso de las mujeres de origen magrebí. Además de las aportaciones de diferentes estudios que iremos comentando a lo largo del presente trabajo, podemos destacar el Informe *MIAS* (Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria), estudio recogido en Fabre (2010), y llevado a cabo por el Comité de Solidaridad de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Este Informe se fundamenta en los resultados de una serie de encuestas realizadas entre ginecólogos, médicos de atención primaria y matronas acerca de la atención sanitaria en salud sexual y reproductiva a mujeres extranjeras. Podemos citar igualmente los datos que aparecen en un informe de la Asociación Salud y Familia (2009), llevado a cabo en Barcelona por dicha asociación en colaboración con el Hospital Clínic de dicha ciudad. En este

1. En concreto el 18,9% en 2008. El peso estadístico de la natalidad de las mujeres extranjeras es todavía mayor en las grandes ciudades.

2. Hay que tener en cuenta que, de acuerdo con Manzanera y otros (2008), entre el 60% y el 80% de las mujeres que emigran hacia nuestro país tienen edades comprendidas entre los 20 y los 40 años, es decir, se encuentran en plena edad fértil.

3. Por ejemplo, según datos de Ceimigra (2009), a 1 de enero de 2009 en Castellón había 6.780 mujeres de origen marroquí, lo cual suponía un 2,27% del total de mujeres de dicha ciudad.

estudio se recogen los resultados de diferentes grupos de discusión en los que las madres extranjeras que habían dado a luz en el citado hospital reflexionaban acerca de las dificultades con las que se habían encontrado: se llevaron a cabo cuatro grupos de discusión, uno con madres españolas, otro con madres de origen latinoamericano, otro con madres de origen chino y otro con madres de origen magrebí, en el que nos centraremos.

2. Metodología

El estudio que aquí presentamos, centrado en la atención en salud reproductiva a mujeres de origen magrebí (en especial de origen marroquí) en la provincia de Castellón, y más en concreto en el área de actuación de un hospital público de dicha provincia, incorpora, además de las aportaciones bibliográficas acerca de la atención en salud reproductiva a mujeres de origen magrebí, tanto en España como en sus países de origen, los resultados de cinco grupos de discusión que tuvieron lugar durante los últimos meses de 2010. Dos de estos grupos reunieron a pacientes de origen marroquí que habían dado a luz en el hospital, los otros tres grupos reunieron, respectivamente, a ginecólogos, matronas y enfermeras de planta de posparto que desarrollan su labor en dicho hospital. El presente estudio se beneficia igualmente de los datos aportados por los mediadores y mediadoras interculturales que desarrollan actualmente su labor en el citado hospital.

Los grupos de discusión con pacientes fueron organizados y coordinados por una mediadora intercultural de origen marroquí, con la colaboración de otra mediadora en la toma de notas, ya que no fue posible la grabación de las sesiones. Los grupos de discusión, que tuvieron lugar en la sede de la asociación a la que pertenecían la mayoría de las participantes, tuvieron una duración aproximada de una hora y se desarrollaron de manera fluida, sin necesidad de que la moderadora tuviera que plantear demasiadas preguntas directas. En cuanto al personal sanitario, se optó por crear tres grupos de discusión profesionalmente homogéneos, uno de ginecólogos, otro de matronas y otro de enfermeras de planta de posparto. Las sesiones, con una duración aproximada de una hora, tuvieron lugar en diferentes instalaciones del hospital en el que se desarrolló el estudio. Cada una de las sesiones fue organizada y coordinada por un miembro del personal sanitario colaborador en el estudio y por un mediador intercultural, que, ante la imposibilidad de grabar las sesiones, se ocupó de la toma de notas. Estas sesiones fueron algo menos fluidas que las de las pacientes y fue necesaria la introducción de preguntas directas por parte de los moderadores.

A partir de ahora nos referiremos a las opiniones recogidas en estos grupos de discusión empleando las siguientes siglas: GDP (pacientes), GDG (ginecólogos), GDM (matronas), GDE (enfermeras).

3. Resultados y discusión: la visión de los protagonistas

3.1. Aspectos lingüísticos y de comunicación

Los datos de Fabre (2010: 25) indican que de entre todas las mujeres extranjeras son las de origen magrebí las que, con diferencia, presentan mayores problemas de comunicación en general, y de comunicación lingüística en particular. De entre los diferentes colectivos de inmigrantes que actualmente residen en España, el que presenta un menor conocimiento de la lengua castellana es el de las mujeres de origen magrebí, especialmente las que han llegado

por el procedimiento de la reagrupación familiar. Muchas de estas mujeres ejercen de amas de casa y tienen pocas relaciones sociales, tanto con población autóctona como con población de origen magrebí. Tanto los datos de Fabre (2010) como los de la Asociación Salud y Familia (2009: 13) apuntan que las mujeres magrebíes apenas cuentan con redes sociales de apoyo que las relacionen entre sí⁴. Las participantes en el GDM apuntaban que entre las mujeres marroquíes funciona el intercambio de información boca a boca, pero casi exclusivamente centrado en aspectos relacionados con los diferentes tipos de ayudas económicas oficiales asociadas a los nuevos nacimientos. Este aislamiento social hace que muchas de estas mujeres no presten especial interés por el aprendizaje del castellano, dependiendo para su comunicación en gran medida de sus maridos. Esta falta de empoderamiento es destacada por los mediadores interculturales, que relatan casos en los que mujeres marroquíes, con graves problemas de comunicación con el personal sanitario, son muy poco receptivas a los consejos que los propios mediadores interculturales les dan acerca de la necesidad de aprender el castellano.

Como consecuencia de lo anteriormente comentado es habitual que las mujeres marroquíes acudan a las consultas de obstetricia acompañadas por sus maridos u otros familiares, que ejercen de intérpretes (aunque en muchos casos tampoco tengan el nivel lingüístico adecuado). Este hecho es percibido por gran parte del personal sanitario más como un problema que como una solución, ya que la interlocución del marido condiciona la interacción y puede agravar los problemas de comunicación intercultural (que comentaremos más adelante), que en gran medida afectan a cuestiones de género, a las relaciones sociales entre hombres y mujeres. Tanto los datos de Fabre (2010) como las opiniones expresadas en los GDG, GDM y GDE inciden en considerar la presencia del marido en las consultas médicas como una traba a la comunicación, e insisten en considerar que su presencia está más motivada por cuestiones culturales que lingüísticas, ya que en muchas ocasiones el marido se constituye en interlocutor del personal sanitario aunque la mujer tenga un nivel aceptable de castellano. Las participantes del GDE llegan a comentar que algunas mujeres marroquíes en realidad sí hablan castellano, pero alegan el desconocimiento de la lengua como excusa para imponer al marido como interlocutor. La actitud comunicativa de la mujer marroquí puede variar notablemente dependiendo de si el marido está presente o no.

3.2. Embarazo

Los datos de Fabre (2010) indican que entre las mujeres extranjeras las magrebíes son las que acuden a la primera consulta médica con el embarazo más avanzado⁵. Tanto los datos de Ortí (2009) como las opiniones expresadas en el GDM apuntan que las mujeres magrebíes acuden muy poco a los controles periódicos del embarazo. Sin embargo, los datos de Fabre (2010) no corroboran este último extremo, aunque sí apuntan que las mujeres magrebíes no suelen seguir los consejos médicos que se indican en controles y prefieren seguir los comportamientos y los cuidados que dicta la tradición de sus países de origen. Las opiniones recogidas por la Asociación Salud y Familia (2009) señalan, no obstante, que algunas

4. Aunque las opiniones recogidas por Moreno (2008: 156) apuntan en la dirección contraria. En Castellón empieza a existir una importante red de asociaciones de mujeres magrebíes, entre las que destaca la Asociación de Mujeres Inmigrantes Magrebíes (AMIM).

5. Manzanares y otros (2008) señalan que, de media, las mujeres autóctonas acuden a la primera consulta en la semana 11 de embarazo, mientras que las de origen magrebí lo hacen en la semana 17. Además, las mujeres autóctonas acuden de media a 9 sesiones de control del embarazo, mientras que las de origen magrebí acuden a una media de 6 sesiones.

embarazadas de origen magrebí sí siguen algunos de los consejos médicos, como el de realizar algo de ejercicio durante el embarazo.

Algunas opiniones del GDM apuntan que muchas de las mujeres de origen marroquí no acuden a los controles del embarazo porque se desplazan a su país de origen para ser atendidas por sus familias y regresan a España cuando el parto ya está cercano. A propósito de las mujeres de origen marroquí que pese a permanecer en España no acuden a los controles del embarazo, apuntan que hay que tener en cuenta el componente de fatalismo que presenta la religión musulmana, que deja en manos de la voluntad divina (antes que en los controles médicos) el desenlace feliz o infeliz del proceso de embarazo y parto. Algunos casos en los que han intervenido los mediadores interculturales apuntan igualmente en esta dirección. Aixela (2010: 258)⁶ señala que en Marruecos entre 1993 y 1997 solo el 42% de las madres realizaron una visita médica prenatal con un médico o una enfermera. Además, según Royo (2003: 73), la cobertura prenatal en Marruecos en medio rural es muy inferior a la de los centros urbanos (20% frente a 69%). El perfil de la mujer que utiliza menos los servicios de salud es la mujer rural y sin instrucción, que parece ser el perfil más habitual entre las mujeres de origen marroquí residentes en Castellón.

Ortí (2009) atribuye la baja asistencia a estos controles al hecho de que en sus países de origen no son tan habituales, y a una concepción tradicional, no medicalizada, del embarazo, que tiende a considerarlo como un estado de salud antes que como una enfermedad que debe ser controlada. Mateo (2010: 303) indica que el islam sugiere que la vigilancia médica del embarazo solo debería comenzar cuando el cuerpo del feto está completamente formado, y que no se considera que el embarazo sea un estado que requiera control médico; aunque algunos autores islámicos sí consideran que los tres primeros meses son un estado de vulnerabilidad o incluso de enfermedad.

Por su parte, las opiniones de los GDP indican que en muchas ocasiones no acuden a los controles del embarazo sencillamente porque, por los problemas comunicativos antes apuntados, no les llega la información pertinente, o les llega tarde. Por otro lado, destacan los problemas socioeconómicos con los que se encuentran a la hora de acudir a estos controles, entre los que destaca el hecho de que en muchos casos están al cuidado de niños pequeños que no pueden dejar con ningún familiar o conocido. Este punto es corroborado por los datos del GDM, que apuntan la conveniencia de que en el hospital hubiese una guardería para que las madres, autóctonas o extranjeras, pudiesen solucionar este problema. En este sentido, tanto Fabre (2010) como la Asociación Salud y Familia (2009) indican que las mujeres de origen magrebí acuden poco a los cursillos de preparación al parto, pero que este hecho se debe más a los problemas socioeconómicos que acabamos de comentar que a una falta de interés por parte de las futuras madres. Como indica Moreno (2008: 170), en los casos en que sí acuden a dichos cursillos suelen hacerlo sin sus maridos.

6. Datos originales tomados de Naamane-Guessous (2000: 118).

De acuerdo con los resultados recogidos en Fabre (2010), el personal sanitario percibe que las pacientes de origen magrebí son las que provocan más, y más graves, problemas de comunicación derivados de aspectos culturales y religiosos. Entre las prácticas culturales que pueden tener una mayor incidencia en el desarrollo del embarazo se encuentra el seguimiento del ayuno de ramadán. Aunque en principio las mujeres embarazadas pueden estar exentas del seguimiento de dicho ayuno, lo cierto es que, como indican Fabre (2010) y las opiniones recogidas en el GDM, no es extraño que las embarazadas de origen magrebí lo cumplan, tanto en el embarazo como en el puerperio. Mateo (2010: 305) señala que en principio las mujeres deben ayunar durante el ramadán, y solo deben romperlo cuando su cumplimiento implique algún inconveniente específico para su salud o la de sus hijos; y si no hacen ramadán durante el embarazo, deben hacerlo más adelante. Además, hay que tener en cuenta que seguir el ramadán cuando no se está estrictamente obligado otorga mucho prestigio social.

Las diferencias culturales inciden igualmente en el desarrollo de los controles del embarazo. Por un lado, como señala Ortí (2009), las mujeres de origen magrebí, especialmente procedentes de zonas rurales, tienen dificultades para tratar abiertamente de temas sexuales, que pueden considerarse como tabúes incluso en las consultas médicas. Pero sin duda los problemas más graves están relacionados con las cuestiones de género, especialmente agravados por la presencia del marido. Todos los datos apuntan al rechazo que presentan algunos maridos a que sus esposas sean exploradas por ginecólogos masculinos. Los participantes en el GDG señalan que en estos casos los maridos pueden adoptar una postura intransigente e incluso agresiva; sin embargo las participantes en el GDM no consideran que en general los maridos de origen marroquí presenten un comportamiento especialmente agresivo. De hecho, tanto estas como las opiniones recogidas por Moreno (2008: 173) indican que los pacientes de origen magrebí suelen tener un trato respetuoso y agradecido con el personal sanitario.

También relacionado con el tema de la exploración física, los datos de los GDG y GDE señalan las dificultades que supone el tipo de indumentaria que llevan las mujeres de origen marroquí, poco apto para una exploración ágil. Por su parte, las participantes en el GDP se quejan precisamente de que, a su juicio, el personal sanitario es demasiado intransigente con su forma de vestir, que no consideran excesivamente problemática para la exploración física.

Finalmente los datos de la Asociación Salud y Familia (2009) inciden en la inquietud de las pacientes ante el hecho de recibir en ocasiones informaciones contradictorias por parte de diferentes miembros del personal sanitario acerca del seguimiento del embarazo.

3.3. Parto

Las opiniones del GDM apuntan que las mujeres marroquíes son las que más retrasan su ingreso en el hospital para dar a luz, lo que conlleva que sean las que hagan un mayor uso de las ambulancias para su traslado. Esto podría deberse a que opinen que el ingreso por urgencias les puede suponer menos problemas legales, o a que carezcan de medios de transporte propios.

Según Aixela (2010: 259-261), entre 1995 y 2003 en Marruecos solo el 40% de los partos fue atendido por personal cualificado. Si desglosáramos los datos entre zonas urbanas y rurales, observaríamos además que la carencia de un control médico fue mucho más acusada en estas últimas. En muchas ocasiones los partos en casa no eran ni siquiera atendidos por comadronas

(*qablas*) sino por vecinas con alguna experiencia. Señala la autora que muchas mujeres expresaban su insatisfacción con los servicios que proporcionaban los hospitales básicamente porque debían sufragar todos los gastos de hospitalización y pagar cualquier servicio que se solicitase. Otro factor de desconfianza era el número de errores médicos que se conocían por vía familiar. De acuerdo con Mateo (2010: 306), todavía hoy es habitual el parto en casa, que en zonas rurales llega al 80%, mientras que en las ciudades es de un 30%. A este respecto es significativo señalar, como hace Royo (2003: 72-73), que en 1997 la tasa de mortalidad materna (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) era en Marruecos de 228, muy elevada si la comparamos con la de otros países como Egipto: 174, Túnez: 164, o España: 7. Esta tasa esconde, como siempre en el caso de Marruecos, grandes disparidades según el lugar de residencia, ya que el nivel es 2,5 veces más elevado en zonas rurales (307), que en zonas urbanas (125).

Las mismas reservas, ya comentadas, por parte de las pacientes y, sobre todo, de sus maridos, a que la exploración física sea llevada a cabo por un ginecólogo masculino se observan a la hora de que entre el personal sanitario que atienda el parto haya algún hombre. Sin embargo, según Mateo (2010: 306-308), en Marruecos no es muy problemático que los miembros del personal sanitario sean hombres, importan más las negligencias o las faltas de delicadeza. Sin embargo señala que en los partos tradicionales las parteras ni tocan ni ven los órganos genitales de la parturienta (se le coloca una sábana), ya que se considera pecado (*harâm*).

Tanto los datos de Fabre (2010) como los de Moreno (2008) apuntan que los maridos no suelen estar presentes en el paritorio en el momento del parto, lo cual puede resultar problemático si surgen complicaciones y hace falta su presencia para actuar como intérprete. Sin embargo, los mediadores interculturales del hospital señalan que en realidad lo más habitual es que los maridos estén presentes en el parto.

En Fabre (2010) se apunta que las mujeres de origen magrebí son de las que menos anestesia y analgésicos reciben. Sin embargo, los datos de los mediadores interculturales indican que la mayoría sí recibe analgésicos y anestesia epidural. Así lo corroboran también las opiniones del GDM, según las cuales cada vez son más las mujeres de origen marroquí que solicitan la epidural, y las que no lo solicitan es por la presencia del marido o de algún otro familiar. En este mismo GDM se apunta que, a diferencia de lo que ocurre con mujeres extranjeras de otras procedencias, las mujeres de origen marroquí presentan una expresión muy enfática del dolor, y que requieren el apoyo y contacto físico del personal sanitario. Se apunta igualmente que algunas mujeres de origen marroquí llegan a solicitar, sin conocimiento del marido o de otros familiares, que a la conclusión del parto se proceda a la ligadura de trompas.

Finalmente, tanto los datos de Fabre (2010) como los del GDG y el GDM, señalan que las pacientes de origen magrebí son las que ponen más pegas al parto por cesárea, ya que no es muy habitual en su país de origen⁷. Royo (2003: 80) señala que de entre las intervenciones obstétricas más utilizadas en Marruecos para reducir la morbimortalidad materna y perinatal, la ventosa/fórceps es la primera con el 8,6% de los partos; mientras que el nivel de cesáreas

7. Sin embargo, según datos de Manzanares y otros (2008), el grupo de gestantes inmigrantes en general presenta una tasa de cesáreas superior al grupo de gestantes españolas (20,4% frente a 16,2%).

es de 3,1% (5,6% en zonas urbanas y 1,5% en zonas rurales). Algunos especialistas, apunta el mismo autor, consideran el umbral mínimo de cesáreas en el 5%, lo que revelaría un déficit en intervenciones obstétricas. Además, entre algunas pacientes existe la opinión de que las cesáreas pueden provocar esterilidad. Hay que tener en cuenta que en su país de origen la infertilidad se considera un problema muy grave, que, como señala Mateo (2010: 282), puede llegar a provocar el repudio por parte del marido, y que los inmigrantes de origen magrebí son los que menos métodos anticonceptivos emplean, especialmente masculinos.

3.4. Posparto

En cuanto a la estancia en la habitación del hospital durante el posparto, los participantes en los GDG, GDM y GDE insisten en los problemas de higiene en las madres de origen marroquí. La cuarentena posparto (*nfas*) practicada en Marruecos implica que las madres limiten mucho la limpieza integral mediante ducha o baño. Las participantes en el GDE señalan que en ocasiones las pacientes “se mojan el pelo para disimular”. Según Mateo (2010: 309-310), en Marruecos tras el parto tradicional hay que limpiar las partes de la mujer con agua caliente y sal al cabo de tres días; al bebé se le limpia con agua y jabón y unas gotas de limón en los párpados, a veces se le unta con aceite y se le tiñe con alheña; en algunos casos hasta el primer año se le encorseta en una faja llamada *gemmet*; y tradicionalmente durante la primera semana⁸ se confinaba a la mujer en un cuarto con ropas ligeras y comiendo alimentos muy energéticos.

La cuarentena implica igualmente que las familiares se hagan cargo de gran parte de las tareas del cuidado de la madre y del bebé; en relación con esto hay que señalar la extrañeza de las participantes en el GDE acerca de la aparente desatención de las madres hacia los recién nacidos, aspecto también apuntado por Moreno (2008), aunque el mismo autor señala que en general las enfermeras consideran que las mujeres magrebíes cuidan adecuadamente de sus bebés. Esta aparente desatención hacia el bebé por parte de la madre es señalado igualmente por Ortí (2009), que además añade que es habitual que los familiares no expresen demasiados halagos hacia el recién nacido, ya que esto podría atraer la atención de algún espíritu dañino (*jinn*).

De acuerdo con las opiniones recogidas en Fabre (2010), las mujeres de origen magrebí son las que más recurren a la lactancia materna, aunque las opiniones de las enfermeras entrevistadas por Moreno (2008) apuntan en la dirección contraria, especialmente en aquellos casos en los que la madre tiene que reincorporarse en breve plazo a su puesto de trabajo. Además, estas enfermeras señalan que las madres magrebíes no les dan el calostro a sus hijos. En este sentido, comenta Ortí (2009) que mientras dura el calostro es habitual en Marruecos (y en España si se da la posibilidad) que alguna familiar amamante al bebé, y que

8. En algunas zonas la cuarentena duraba los cuarenta días.

esta lactancia compartida entre familiares se puede dar igualmente después de la desaparición del calostro. Según Mateo (2010: 311), la lactancia (*radâ* o *ridâ*) se valora muy positivamente en Marruecos. Una madre puede descubrir un pecho para amamantar incluso delante de hombres, aunque lo normal es hacerlo en privado por temor al mal de ojo. Según este autor, en 1997 el 95% de las madres practicaba la lactancia materna alguna vez, y se daba en los tres primeros meses en un 66% de los casos⁹. A partir de los tres meses se combina la lactancia materna con la no materna. También se les dan a los niños otros alimentos, como yemas de huevo, miel, comino o hinojo. Igualmente, señala Mateo (2010: 315-316) que la leche de los tres primeros días (*sarba*) se puede considerar nociva; mientras que la leche de los sesenta primeros días (*iban ahmar* o 'leche roja') se considera la más nutritiva. Si la mujer se queda embarazada deja de dar leche; de hecho, la lactancia prolongada se puede emplear como una estrategia anticonceptiva.

Finalmente, Ortí (2009) señala que una de las principales quejas de las mujeres de origen magrebí durante sus ingresos hospitalarios, especialmente por parto, es la falta de intimidad, el tener que compartir el espacio con personas extrañas, lo que puede provocar problemas de pudor. Las participantes en el GDP coinciden en que el de la falta de intimidad es uno de los problemas más graves con los que se encuentran en sus estancias hospitalarias. También las opiniones vertidas en el GDE indican el problema que supone para las pacientes marroquíes compartir habitación, especialmente si la compañera de habitación no es de su misma cultura. De hecho, según se apunta en el GDE, se tiende a reunir en una misma habitación, siempre que es posible, a personas de la misma nacionalidad o cultura. En este mismo GDE se señala que existen ciertos problemas con el régimen de visitas a las mujeres marroquíes. En primer lugar, las visitas suelen acudir con niños pequeños, ya que, según se comenta, no tienen con quién dejarlos. También es habitual que las visitas vengan muy tarde por la noche, lo que provoca molestias al resto de pacientes. Además las visitas suelen "traerles comida en el bolso", ya que no acaban de fiarse de que la comida del hospital no contenga cerdo.

3.5. Actitudes

Los participantes en los GDG, GDM y GDE señalan que en general el trato de los pacientes de origen marroquí es respetuoso, y en ocasiones cariñoso, con efusivas muestras de agradecimiento. Sin embargo, como ya hemos comentado, apuntan que en aquellas ocasiones en las que se genera algún tipo de conflicto los maridos pueden adoptar una actitud comunicativa muy agresiva. Ortí (2009) comenta que en sus países de origen los pacientes presentan una actitud muy respetuosa hacia al personal sanitario, pero que esperan ese mismo respeto por parte del personal sanitario; en los casos en los que se rompe esta relación de respeto mutuo y se genera algún tipo de conflicto abierto, lo normal es que los pacientes de

9. La media es de unos 14 meses de lactancia materna: 11 en zonas urbanas, 15 en zonas rurales, 7 entre mujeres con estudios y 15 entre no alfabetizadas.

origen marroquí adopten un comportamiento más enfático, más agresivo en las maneras, pero que no implica en general ningún tipo de amenaza de agresión física.

Por su parte, las participantes en el GDP comentan que en ocasiones sienten que reciben un trato discriminatorio por parte del personal sanitario, especialmente en lo referido a la duración de las consultas; y en ocasiones hablan abiertamente de actitudes racistas. Sin embargo, las opiniones de las mujeres de origen magrebí recogidas por la Asociación Salud y Familia (2009) apuntan que en los últimos tiempos son cada vez más raros los casos de actitudes racistas por parte del personal sanitario. No hay que olvidar, a este respecto, que en Cataluña (donde se realizaron estos grupos de discusión de la Asociación Salud y Familia) los centros hospitalarios cuentan desde hace ya bastantes años con servicios estables de mediadores interculturales.

4. Resultados y discusión

Afrontar sistemáticamente y sin prejuicios las especificidades comunicativas de la atención sanitaria a personas procedentes de diferentes culturas supone enfrentarse a retos nuevos y complejos, y reactivar, o actualizar, viejos retos. Más complejos los retos, si cabe, si se centran en un ámbito tan trascendental para la salud, tan determinado culturalmente y con tanta demanda por parte de la población extranjera, como es el de la salud reproductiva. Y más complejos si cabe si se centran en un sector de población con una realidad social y cultural como la que presentan las mujeres de origen marroquí.

En el presente trabajo hemos intentado, precisamente, conocer algo más acerca de las principales trabas comunicativas que surgen en la atención en salud reproductiva a mujeres de origen magrebí (y marroquí en particular) indagando en sus posibles causas, derivadas de la compleja realidad social y cultural de este colectivo tanto en su país de origen como en el país de acogida.

Sin embargo, como hemos ido viendo a lo largo del trabajo, las opiniones de algunos protagonistas entran en clara contradicción con las de otros, y con las informaciones recogidas en las diferentes fuentes bibliográficas; lo cual nos revela lo complicado que resulta establecer generalizaciones aplicables a todas las situaciones y a todos sus participantes, y nos previene del error que supondría convertir estas precarias generalizaciones en estereotipos. Aun reconociendo que nuestro conocimiento no puede obviar las generalizaciones, no podemos olvidar que la realidad cultural, siempre cambiante, condiciona los comportamientos de las personas solo hasta un cierto punto. Por otro lado, reconocer los límites de dichas generalizaciones debe convertirse en un acicate para seguir ahondando en el conocimiento, lo más detallado posible, de la multiforme realidad social, cultural y comunicativa a la que nos enfrentamos.

Al mismo tiempo, esta realidad desborda el ámbito del colectivo de las mujeres de origen marroquí, y nos remite, como decíamos, a viejos retos. Muchas de las trabas comunicativas comentadas a propósito de la relación del personal sanitario con este colectivo se pueden hacer perfectamente extensibles a otros colectivos de mujeres, incluidas las autóctonas. La

preocupación por la situación de las pacientes extranjeras redundante directamente en beneficio de todos los pacientes, no solo porque la mejora de la atención sanitaria de un determinado colectivo implica, como está demostrado, un ahorro generalizado de medios y de tiempo, sino porque nos ayuda a afrontar, con una nueva perspectiva, ciertas trabas en la comunicación con las pacientes autóctonas que permanecían enquistadas y aparentemente fuera del foco de atención.

Finalmente, queremos señalar que nuestro objetivo al llevar a cabo el presente trabajo no consistía exclusivamente en adquirir unos ciertos conocimientos y compartirlos con los especialistas interesados en este tipo de cuestiones. El objetivo último es que estos conocimientos redunden, de la forma más directa posible, en una mejora de la atención sanitaria en el ámbito analizado; y para que esto suceda, dichos conocimientos tienen que llegar, de la forma más amplia y adecuada posible, a los protagonistas de estas situaciones, al personal sanitario y a los pacientes. A este respecto, los mediadores interculturales desarrollan una labor inestimable en su trabajo diario, caso a caso, persona a persona; pero parece incuestionable que además hace falta una labor más amplia, una labor comunitaria, preventiva y transformadora, dirigida en su conjunto a los colectivos implicados¹⁰. Se trata de una empresa compleja que, partiendo de un punto de vista realista, debe evitar caer en un didactismo simplista y unilateral y procurar generar espacios de encuentro intercultural basados en el conocimiento y el reconocimiento de las otras culturas, espacios desde los que abordar los retos planteados. En este momento estamos implicados en encontrar la forma más adecuada de llevar a cabo estas iniciativas. Esperamos poder dar cuenta de los resultados obtenidos en un futuro próximo.

10. En la Comunidad Valenciana ya se ha desarrollado algún proyecto de este tipo. Véase Paredes y otros (en prensa).

Referencias

- Aixela, Yolanda. (2010). Mujeres, reproducción y contracepción en Marruecos. En Comelles, J.M.; Allué, X.; Bernal, M.; Fernández-Rufete, J. y Mascarella, L. (Comps.) *Migraciones y salud*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Alonso, M. (2010). Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema sanitario catalán. En Comelles, J.M.; Allué, X.; Bernal, M.; Fernández-Rufete, J. y Mascarella, L. (Comps.) *Migraciones y salud*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Asociación Salud y Familia. (2009). *Disparidades y necesidades multiculturales en la atención sanitaria a las madres inmigrantes. Perspectivas de las madres y propuestas de mejora*. Disponible en <http://www.saludyfamilia.es/>. Recuperado el 27 de abril de 2011.
- CeiMigra. (2009). *Nuevos ciudadanos de Marruecos en España. Los contrastes vistos desde la diáspora*. Disponible en <http://www.ceimigra.net>. Recuperado el 27 de abril de 2011.
- Direcció General de Salut Pública de la Generalitat Valenciana. *Datos sobre nacimientos en la Comunidad Valencia durante 2010*. Disponible en <http://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones3.jsp?CodSer=S001&Opcion=SANMS1191&MenuSup=SANMS119&Nivel=2&MenuSup=SANMS119&Nivel=2>. Recuperado el 8 de octubre de 2011.
- Fabre González, Ernesto. (Coord.). (2010). *MIAS. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria*. Comité de Solidaridad de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en <http://programamias.saatchi-healthcare.es/>. Recuperado el 27 de abril de 2011. doi: 10.1090/S0002-9947-2010-05029-9.
- Manzanares, S.; López, M.F.; Gómez, T.; Martínez, N. y Montoya F. (2008). Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 51, nº 4, pp. 215-223. doi: 10.1016/S0304-5013(08)71079-3.
- Mateo Dieste, Josep Lluís. (2010). *Salud y ritual en Marruecos. Concepciones del cuerpo y prácticas de curación*. Barcelona: Bellaterra.
- Moreno Preciado, Manuel. (2008). *El cuidado del "otro"*. Barcelona: Bellaterra.
- Naamane-Guessous, S. (2000). *Printemps et automne sexuels. Puberté, ménopause, andropause au Maroc*. Casablanca: EDDIF.
- Ortí Teruel, Roberto (2009). Atención sanitaria a la población de origen magrebí. En Grupo Crit: *Culturas y atención sanitaria*. Barcelona: Octaedro.
- Paredes-Carbonell, J.J.; Alcaraz, M.; López, P.; Ramírez, L.M. y El Bokhari, M. (En prensa). MIHSALUD: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Revista Comunidad*. Vol. 14.
- Royo, Enric. (2003). *Salud sexual y reproductiva en Marruecos. Políticas y cooperación*. Barcelona: Fundación CIDOB.