



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Vivencia de la gestación en mujeres migrantes, que controlan su embarazo
con Obstetras Parteras en Centro de salud Ciudad Vieja**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Florencia Barreda
Br. Daniela Bentancourt

TUTORA: Prof. Adj. Mag. Claudia Morosi

Montevideo, Diciembre 2020

"Cuando una puerta se cierra, las personas abrirán una ventana. Si la ventana se cierra, las personas excavarán un túnel. Si hay necesidad básica de sobrevivir, o una necesidad básica de protección, las personas se moverán, sin importar los obstáculos que encuentren en su camino y estos obstáculos solo harán sus viajes más dramáticos"

Sr. Antonio Guterres

Ex- Secretario general de las Naciones Unidas (ONU)

Tabla de contenidos

1.0- Agradecimientos	5
1.1- Agradecimientos de Daniela	5
1.2- Agradecimientos de Florencia	6
2.0- Resumen	7
2.1- Abstract	9
3.0- Introducción	11
4.0- Antecedentes	15
4.1- Antecedentes Internacionales	15
4.2- Antecedentes Nacionales	17
5.0- Marco teórico	
5.1.0- Introducción	20
5.2.0- Perfil demográfico de las migraciones recientes	23
5.2.1- Migración, migrantes , emigrantes, inmigrantes	23
5.2.2- Perfil demográfico de las migraciones recientes	23
5.3.0- Interculturalidad e Importancia en atención en salud	26
5.4.0- Marco jurídico	31
5.4.1- Declaración de bioética y DDHH de la UNESCO de 2005	31
5.4.2- Derechos Humanos con perspectiva de género	32
5.4.3- Ley de Derechos y Obligaciones de Paciente y Usuarios de los Servicios de Salud	33
5.4.4- Ley de migraciones en nuestro país	35
5.4.5- Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo	37
5.5.0- Ser madre migrante	39
5.5.1- Migración desde el punto de vista psicológico.	42
5.5.2- Causas y efectos de la migración	45
5.6.0- Rol de la partera/o en diferentes países de América Latina	49
5.7.0- Caracterización de Centro de Salud Ciudad Vieja	57
6.0- Objetivo General	60
7.0- Objetivos específicos	61
8.0- Metodología	62
8.1.0- Tipo de Estudio	62
8.2.0- Área de Estudio	63
8.3.0- Universo o Muestra	63
8.4.0- Técnica de recolección de datos	63
8.5.0- Consideraciones éticas	64
9.0- Cronograma	66

10.0- Análisis y discusión de datos.	67
10.1.0- Gestación en condición de migrante	74
10.2.0- Barreras en el acceso a la salud	78
10.3.0- Facilitadores al acceso a la salud	79
10.4.0- Necesidades asistenciales	80
10.5.0- Asistencia con Obstetra Partera/o	82
11.0- Conclusiones	85
12.0- Recomendaciones	89
13.0- Referencias Bibliográficas	89
14.0- Apéndices	97
14.1.0- Apéndice 1: Hoja de información y Consentimiento Libre Informado	97
14.2.0- Apéndice 2:	100
15.0- Anexos	102

1.0- Agradecimientos

1.1- Agradecimientos de Daniela

No podría comenzar a agradecer sin volver el tiempo atrás y recordar cómo empezó todo. En el año 1996 en la Villa del Cerro en la Escuela Checoslovaquia N 29, cuando la aventura de comenzar primer año escolar, en una escuela nueva sin conocer a nadie y llena de miedos, encontré un rostro alegre, amigable, simpática que hizo que todo el miedo se fuera, mi primera amiga en la escuela. Ese fue solo el comienzo de esta amistad de tantos años, hoy mi compañera de tesis, mi compañera de carrera, mi amiga que sin duda fue el motor para llegar a donde estamos hoy en día, tanto años de mutuo apoyo para lograr la meta juntas de recibirnos.

A mi pareja Germán quien siempre me alentó, estimuló y acompañó en todos estos años.

Agradezco a mi familia, mis padres y mi hermano que siempre me apoyaron.

Mis amigas que fueron de hierro y siempre con palabras de aliento.

Agradezco a mi institución de trabajo, CUDAM y a mis supervisoras que siempre me ayudaron con cambios de horarios y turnos para poder ir a clase. A mi profesión de Enfermera que me dio la posibilidad económica de estudiar en la Universidad.

Muchas gracias a Andrea y Claudia por acompañarnos en este camino, que muchas veces pareció imposible de recorrer.

1.2- Agradecimientos de Florencia

En primer lugar un especial agradecimiento a mi compañera de tesis, Daniela, que además es como coloquialmente decimos en la práctica clínica es mi “2”, que durante todos estos años fue mi apoyo y sostén, con sus palabras de aliento y superación cada vez que el cansancio y desconsuelo me alcanzaban, seguramente sin ella no hubiera llegado hasta donde hoy estamos las dos.

Agradecer a mi familia más específicamente mis padres Alba y Wilmar, mi hermano Ezequiel, a mis amigas Lau, Lou y Fany. Todos ellos supieron entender mis ausencias y cansancio a lo largo de la carrera, escuchar problemas e incertidumbres sobre temas que quizás no comprendía del todo, pero aun así lo hacían asertivamente, siempre alentando a seguir, confiando en mí incluso cuando ni yo misma creía que podía.

Por último pero no menos importante a todo el cuerpo docente de la Escuela de Parteras, que acompañaron y fomentan nuestro crecimiento y pasión por esta hermosa profesión de acompañar a las mujeres en sus distintas etapas. Y en especial a nuestras tutoras Claudia Morosi y Andrea Akar que hicieron posible lo que creíamos imposible, la realización y finalización de nuestro trabajo final de grado, sobre un tema que nos apasiono y despertó nuestra curiosidad en la práctica clínica.

Sin dudas quedaron muchísimos agradecimientos en el tintero, de personas e instituciones que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación a todos ellos, muchas gracias.

2.0- Resumen

La presente investigación se enmarcó en el reciente fenómeno social denominado “migraciones recientes” y en la apreciación durante la práctica clínica, del creciente número de usuarias migrantes que se asisten en el primer nivel de atención, de nuestro sistema de salud.

Uruguay ha sido desde sus comienzos un país de grandes flujos migratorios. Primeramente el flujo fue positivo con la llegada de migrantes mayoritariamente de países europeo. Luego del año 1960, este flujo se revierte negativamente, fruto principalmente de las crisis económicas y el establecimiento de la dictadura, por lo que gran parte de la población emigra. Actualmente Uruguay ha vuelto a ser un país receptor, incrementando la llegada de migrantes de nuevos destinos como Latinoamérica y el Caribe.

El trabajo tiene como objetivo general conocer cómo viven su gestación las mujeres migrantes que asisten su embarazo en el Centro de Salud Ciudad Vieja, con Obstetra-Partera/o. La investigación se basó en la teoría fenomenológica con una metodología cualitativa, realizándose entrevistas semiestructuradas en el periodo de Mayo- Julio, 2020.

Durante el tiempo en que se realizaron las entrevistas se asistían 35 mujeres en policlínica de control de embarazo, de las cuales 21 eran usuarias migrantes, es decir el 60 % y de ellas un 66 % se asistía con Obstetra Partera/o.

Se entrevistaron a un total de nueve mujeres que cumplían con los criterios de inclusión estipulados en el diseño; el promedio de edad fue de veintisiete años, y la procedencia en orden decreciente de República Dominicana, Cuba, Venezuela y Argentina.

La totalidad de las mujeres coincidieron en que la gestación fuera de su país de origen era diferente, generando un sentimiento de ambivalencia entre la felicidad y la melancolía, principalmente por encontrarse lejos de la familia, de sus hijos y por ver su principal motivo de migración (el trabajo), interrumpido por la gestación.

Dentro de las conclusiones a modo general creemos necesario crear redes de contención a nivel asistencial, instalando políticas públicas que protejan a la población migrante, por encontrarse en una situación de vulnerabilidad como la gestación.

Palabras Claves: Mujeres migrantes, Migraciones en Uruguay y Gestación en migrantes.

2.1- Abstract

This research was framed in the recent social phenomenon called “recent migrations” and in the appreciation during clinical practice of the growing number of migrant users who are assisted at the first level of care in our health system.

Uruguay has been a country of large migratory flows since its inception. Firstly, the flow was positive with the arrival of migrants, mostly from European countries. After the year 1960, this flow reverts negatively, mainly as a result of the economic crises and the establishment of the dictatorship, which is why a large part of the population emigrates. Currently Uruguay has once again become a host country, increasing the arrival of migrants from new destinations such as Latin America and the Caribbean.

The general objective of the work is to know how migrant women who attend their pregnancy in the Ciudad Vieja Health Center live their pregnancy, with an Obstetrician-Midwife. The research was based on phenomenological theory with a qualitative methodology, conducting semi-structured interviews in the period of May-July, 2020.

During the time in which the interviews were carried out, 35 women were assisted in the pregnancy control polyclinic, of which 21 were migrant users, that is, 60% and 66% of them were assisted by an Obstetrician Midwife.

A total of nine women who met the inclusion criteria stipulated in the design were interviewed; the average age was twenty-seven years, and the origin in descending order of the Dominican Republic, Cuba, Venezuela and Argentina.

All the women agreed that gestation outside their country of origin was different, generating a feeling of ambivalence between happiness and melancholy, mainly because they were away from their family, their children and because they saw their main reason for migration (work), interrupted by pregnancy.

Within the general conclusions, we believe it is necessary to create support networks at the healthcare level, installing public policies that protect the migrant population, because they are in a situation of vulnerability such as pregnancy.

Key Words: Migrant women, Migrations in Uruguay and Gestation in migrants.

3.0- Introducción

En el marco de la realización del trabajo de investigación para la obtención del título Obstetra Partera/o y en el devenir de nuestra experiencia en el pasaje por el primer nivel de atención en salud, nos pusimos en contacto con el fenómeno reciente de las migraciones procedentes de América Latina a nuestro país. Al encontrarnos con el gran número de mujeres migrantes que son asistidas en el Centro de salud Ciudad Vieja y controlan su embarazo en dicho centro, es que surge la idea de la presente investigación.

A lo largo de la historia Uruguay ha sido un país en donde se han dado procesos migratorios, desde su fundación hasta 1950 el crecimiento de la población uruguaya se vio favorecido por las migraciones procedentes de países europeos, siendo Españoles e Italianos las dos nacionalidades mayoritarias en llegar a nuestro país. En las décadas posteriores el crecimiento de la población fue negativo dado la migración de uruguayos principalmente hacia países europeos y Estados Unidos (EE.UU), esto se debió en gran parte al escenario político (1973-1985, dictadura uruguaya) y luego la crisis económica del año 2000. Luego del 2009 se ha dado una reversión del ciclo migratorio, que producido principalmente por el retorno de uruguayos y también por la creciente migración de orígenes latinoamericanos y caribeños, este fenómeno es llamado "migraciones recientes" o "migraciones sur-sur", estos datos son recogidos de la investigación "Inmigrantes internacionales y retornados en Uruguay. Magnitud y características. Informe de resultados de población 2011."(Koolhaas, Nathan, 2013).

En las últimas dos décadas más de 30 millones de personas se han trasladado dentro y fuera de América Latina y el Caribe, este número corresponde al 5 % de la población, siendo la mitad mujeres. En nuestro país según la Encuesta Continua de Hogares (ECH), del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), se ha visto un aumento de la población nacida en el exterior en países distintos a Argentina y Brasil, en el año 2006 el porcentaje era de 9,1 % pasando por un

pico en 2011 de 15% y luego una caída en el 2014 de 10,4%. Según datos del INE en el informe realizado sobre el censo de 2011, argentinos, brasileños, españoles e italianos siguen siendo las nacionalidades mayoritarias en migrar a nuestro país, pero se ha visto un incremento de población procedente de Venezuela y Colombia en la categoría otros países de Sudamérica y en la categoría Caribe Cuba aparece en primer lugar. En un artículo realizado en la revista de la Universidad de la República (Udelar), "Migrantes en Uruguay: Perspectivas de la Udelar (2019)", expone que el año 2018 fue el décimo año consecutivo en donde el número de migrantes que llegan a nuestro país supera al número de migrantes uruguayos que salen del mismo. Ese año el número de residencias otorgadas se multiplicó por cuatro respecto a años anteriores. En este artículo se entrevista a Pilar Uriarte responsable de Núcleos de Estudios Migratorios y Movilidad de Poblaciones (NEMMPO) y a Silvia Rivero integrante del Departamento de Desarrollo Social de la Facultad de Ciencias Sociales. Las dos afirman que desde el año 2011 al flujo migratorio fronterizo característico (en nuestro caso Argentina y Brasil) se sumó el aumento de flujo migratorio de otros países de Latinoamérica, en primer instancia República Dominicana, para luego sumarse Cuba y Venezuela, en menor porcentaje países como Perú, Bolivia, Chile, Paraguay; también migraciones procedentes de África y Medio Oriente. (Udelar, 2019).

Tomando en cuenta este reciente fenómeno social mencionado en el párrafo anterior y la realidad vista en la práctica clínica es que este trabajo pretende indagar sobre cómo viven el embarazo las mujeres que llegan a nuestro país en busca de mejores condiciones de vida.

La mayoría de las usuarias del Centro de Salud Ciudad Vieja, perteneciente a la Red Atención Primaria (RAP) Metropolitana de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que concurren al control obstétrico eran migrantes. Fue allí que surgió el planteo de esta investigación. Contribuir desde nuestro lugar para poder mejorar la atención de esta población que inherentemente traen consigo otra cultura, otras creencias y quizás otra manera de transitar la gestación y sus cuidados.

Con la siguiente investigación se propuso responder preguntas como; ¿Cómo viven la maternidad fuera de su país la población migrante del Centro de Salud Ciudad Vieja? ¿En embarazos no deseados su continuación es una alternativa o el único camino? ¿Ser migrante actúa como factor de riesgo o protector en la gestación? ¿Cuál es el rol de la partera en la asistencia de mujeres migrantes? ¿Cuáles son las necesidades sentidas a nivel asistencial de la población objetivo?

Para responder dichas interrogantes se planteó como objetivo general: Conocer cómo viven el proceso de la gestación fuera de su país de origen, las usuarias migrantes que controlan su gestación con Obstetras Parteras/os en el Centro de Salud Ciudad Vieja, en el periodo Mayo - Julio, 2020.

Los objetivos específicos que se plantearon fueron: conocer la vivencia de estar embarazada en un país que no es el suyo propio, en donde la mayoría de las veces no cuentan con la contención emocional necesaria, por encontrarse solas o cuyo único familiar aquí es su pareja. Se propuso indagar sobre los condicionantes positivos y negativos para el acceso a la salud que tienen nuestra población objetivo en nuestro país, investigando más concretamente el control de embarazos teniendo en cuenta las necesidades sentidas por parte de la usuaria, evaluando si la asistencia que se brinda es adecuada y si toma en cuenta sus diferencias culturales.

Por último se trató de captar la percepción de la usuaria en cuanto a la atención con Obstetras Parteras/os, teniendo en cuenta que en muchos de sus países originarios esta profesión no existe o tiene otro significado. Dichos objetivos específicos se consideraron necesarios para cumplir el objetivo general y así responder las preguntas problemas planteadas.

Es una investigación de tipo cualitativa, dentro del paradigma de la fenomenología, del tipo descriptivo. Dado que nuestro tema de investigación se encuentra dentro de un fenómeno social reciente se creyó que la investigación cualitativa es la que más se adapta al tema, a partir de la información transmitida por los propios actores del fenómeno a estudiar.

El método para la recolección de datos además de la revisión bibliográfica, antecedentes y análisis de dicha información, fue el de la entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas. La población objetivo fueron mujeres en edad reproductiva, migrantes que se encontraban cursando un embarazo y que concurrían a control obstétrico con Obstetra Partera/o, en el Centro de Salud Ciudad Vieja.

En la confección de la presente investigación se comenzó con una reseña de antecedentes tanto nacionales como internacionales que sirvieron como punto de partida. Luego se realizó una revisión bibliográfica, para la elaboración del marco teórico, realizando una descripción de la población así como la definición de conceptos importantes para la comprensión del fenómeno social a estudiar. El mismo cuenta con los siguientes apartados: Perfil sociodemográfico de migraciones recientes, Migración, migrantes, emigrantes, inmigrantes, Importancia de la interculturalidad en atención en salud, Marco jurídico, Declaración de bioética y DDHH de la UNESCO de 2005, Derechos humanos con perspectiva de género, Ley de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, Ley de migraciones en nuestro país, Ley de Interrupción voluntaria del embarazo, Ser madre y migrante, Migración desde el punto de vista psicológico, Causas de la migración, Rol de la partera en diferentes países de América Latina y por último, Caracterización del Centro de Salud Ciudad Vieja.

Se definieron los objetivos tanto el general como los específicos y se marcó la metodología a seguir, donde se delimitó el tipo de estudio, área de estudio y el universo o muestra.

Luego se realizó el trabajo de campo en donde se hicieron entrevistas a la muestra seleccionada, para luego ejecutar el análisis y discusión de los datos. Para finalizar se realizó conclusión de los datos obtenidos y de la investigación en general también recomendaciones que consideraron las investigadoras.

4.0- Antecedentes

Como antecedentes se encontraron algunas publicaciones, investigaciones y documentos que se creyó por la temática que trataban de suma importancia incluir en la investigación.

4.1- Antecedentes Internacionales

Como primer antecedente se presentara el artículo de investigación "**Memoria migrantes y escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina)**" de Brígida Baeza, la autora desde una experiencia que vivencia al transitar su propio trabajo de parto, realiza un estudio en donde analiza las características de la memoria migrante en el parto y los silencios como respuestas a los desentendimientos interculturales y en el idioma como barrera en parturientas de origen boliviano que asisten sus partos en Argentina, centrándose en el hospital de Comodoro Rivadavia. Principalmente en mujeres provenientes de la zona rural de Cochabamba y Potosí. En donde su experiencia en el parto es mayormente indígena, entrando en conflicto con la medicalización del parto del país receptor, en este caso Argentina. Estas mujeres cuyo idioma es el quechua, las acompaña un miembro de su familia como intérprete, otras mujeres que pueden ser sus madres, tías, hermanas mayores o amigas. Ante la dificultad de entender las indicaciones del personal médico, optan por el silencio como respuesta al desentendimiento.

A modo de conclusión la autora infiere "apostar a los diálogos interinstitucionales y a la apertura del conocimiento e intercambio entre los agentes de la salud y las mujeres migrantes bolivianas, genera la posibilidad de que estas historias del "parto normal" fluyan de los recuerdos narrados por las tías, madres y abuelas,

al intercambio en el contexto de la relacionalidad y a que los silencios y olvidos dejen lugar a las hoy voces silenciadas".

El artículo publicado por Deeb- Sossa N et al, titulado "**Experiencia de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, estudio de caso**", estudio de tipo cualitativo dentro del enfoque metodológico de la antropología interpretativa, que busca conocer las historias de mujeres migrantes mexicanas indocumentadas en California y su experiencia en cuanto al acceso a la salud pública, principalmente en el área de salud sexual y reproductiva.

Este estudio concluye que como principales barreras en el acceso a la salud en la población objetivo, se encuentran su condición de migrantes, el miedo a concurrir a los centros gratuitos en donde se les brinda atención por el miedo a ser deportadas, por lo cual prefieren concurrir a los servicios informales de atención en salud. Por otro lado el idioma y el desentendimiento lo que conlleva a un comportamiento defensivo por partes de las usuarias y como última gran barrera el género, la teoría de la supremacía masculina dentro de la cultura mexicana, lo que lleva a las mujeres en algunos casos a la prohibición de concurrir a los controles prenatales, de puerperio, consulta de anticoncepción, etc., por parte de la familia.

Este estudio concluye que "el asunto de diversidad cultural representa un reto para los servicios de salud y la biomédica". Por lo tanto es necesario trabajar en políticas de salud públicas, desde una perspectiva intercultural, dado que toda mujer migrante independientemente de su situación legal, tiene derecho al acceso a una salud sexual y reproductiva de calidad.

Como último antecedente internacional se consideró la tesis doctoral, de Rosa María González Buendía, de la Universidad de les Iles Balears, del año 2016, titulada: "**Los proyectos migratorios de las mujeres. Un estudio multifactorial. Narraciones de mujeres inmigrantes extracomunitarios en Palma de Mallorca**".

Trabajo cualitativo que pretende indagar, cómo explican y valoran el proyecto migratorio, desde la propia experiencia de las mujeres migrantes de España, más concretamente del municipio de Palma, en Mallorca. Trabajo que surge de la tendencia de la feminización del fenómeno migratorio, de estas mujeres como sustento social y económico de su grupo familiar. Aportando así una nueva mirada a la creencia dominante sobre la mujer inmigrante, asociados que la discriminación, explotación y violencia.

4.2- Antecedentes Nacionales

Los censos de población son la herramienta cuantitativa con los que se cuenta como país, para obtener datos sociodemográficos de la población y en el caso de la presente investigación para obtener datos sobre la población migrante en nuestro país.

Por esto como primer antecedente nacional se consideró un documento de investigación, de carácter descriptivo que pretende indagar sobre los principales resultados del censo 2011 en materia de inmigración internacional. El mismo se titula **“Inmigrantes internacionales y retornados en Uruguay. Magnitud y características. Informe de resultados de población 2011. Koolhaas, Martín y Nathan, Mathías. 2013.”** Montevideo, UNFPA-INE-OIM. Para poder realizar una investigación sobre mujeres provenientes de otros países es importante conocer sus características sociodemográficas, culturales y económicas, así mejorar la comprensión del contexto y aspirar a una comunicación fluida. Este trabajo nos brinda información sobre los datos recogidos acerca de las corrientes migratorias recientes en nuestro país, en base a los datos recogidos en el último censo realizado en Uruguay.

Seguidamente se consultó un trabajo final de Grado realizado por Juan Manuel Cuello, titulado **“ En busca de... Integración de los migrantes**

Latinoamericanos en el primer año de llegada a Uruguay, realizado en Facultad de Psicología, UDELAR.

Pre-proyecto el cual pretende investigar sobre los procesos migratorios de nuestro país en estos últimos años y la adaptación de los migrantes en el primer año de llegada a Uruguay. La investigación tiene como objetivo general "Aportar conocimientos sobre los efectos psicosociales, los impactos en la subjetividad y la identidad, de los migrantes Latinoamericanos en su primer año viviendo en Uruguay"

Estudio de corte cualitativo, centrándose en el modelo de la fenomenología, para abordar el problema a discutir cuya técnica principal de recolección de datos será la entrevista en profundidad, para basarse en la perspectiva del propio actor del fenómeno a estudiar en este caso los migrantes y la migración.

El estudio publicado en la Revista Uruguaya de Enfermería, titulado "**El cuidado Enfermero en la Consulta de Enfermería Intercultural de la Asociación Civil Idas y Vueltas, Montevideo, Uruguay**", estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y retrospectivo. Se realizó en el Centro De Enfermería Intercultural (CEI), de la Asociación Civil Idas y Vueltas, fundada en el año 2003, para la defensa de los derechos de la población migrante de nuestro país. La investigación pretende como objetivos principales conocer las características sociodemográficas de la población que llega al CEI y conocer los cuidados de enfermería prevalente que requiere esta población. Se realizó en el periodo de mayo 2017 a marzo del 2018, con un N total de 168 personas, toda la población que se asistió en el CEI en dicho periodo ya que no contaron con criterios de exclusión. Los datos obtenidos fueron que la población migrante que concurría al CEI era en su mayoría adulta, femenina y provenientes en orden decreciente de Cuba, República Dominicana, Venezuela y países Africanos.

Se llega a la conclusión que el cuidado de enfermería con enfoque en la interculturalidad debería trascender a todos los niveles de atención así como

también a todo centro de atención del país, para así promover el fortalecimiento de las redes de apoyo para la población migrante, que se podría encontrar en situación de vulnerabilidad por su condición. Todo esto tomando en cuenta que la migración es un fenómeno actual en aumento en nuestro país.

5.0- Marco teórico

5.1.0- Introducción

En el presente capítulo de esta investigación se realizó el marco conceptual, punto de partida para analizar el fenómeno de las migraciones recientes y concretamente la vivencia de la gestación en mujeres migrantes. Para comenzar se realizó un análisis del perfil demográfico del fenómeno social mencionado anteriormente, comenzando por definir los términos importantes como lo son migración, migrante, emigrante e inmigrante. Luego de definir los conceptos anteriores se continuó con el análisis demográfico propiamente dicho. Luego se realizó un marco jurídico de las leyes que tienen injerencia con el tema de la migración en nuestro país, así como una referencia a la declaración bioética y de derechos humanos de La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), del 2005, analizaremos los derechos humanos con perspectiva de género. "Ser madre migrante", en sus diferentes apartados "Migración desde el punto de vista psicológico", "Causas y efectos de la migración", se abordó la migración en mujeres desde diferentes puntos de vista y enfoques, emocionales, psicológicos y sociales. El siguiente subtítulo "Interculturalidad e Importancia en atención de salud", se realizó un abordaje del tema intercultural y de la manera en que se debería aplicar en la atención de todas las áreas de la salud. El penúltimo subtítulo capítulo "Rol de la partera/o en diferentes países de América Latina", se realizó una búsqueda bibliográfica, sobre las diferencias que existen entre los países, el rol de la partería, se describió y analizó a la partera tradicional y a la profesional. Por último, se realizó una breve descripción del barrio donde se encuentra el área de estudio y el Centro de Salud Ciudad Vieja, lugar donde se llevó a cabo el trabajo de campo; "Caracterización del Centro de Salud Ciudad Vieja".

5.2.0- Perfil demográfico de las migraciones recientes

5.2.1- Migración, migrantes, emigrantes, inmigrantes

Para unificar criterios y adentrarnos en el tema de la presente investigación se creyó necesario definir algunos conceptos que se utilizarán a lo largo de la misma.

El primer concepto a definir es el de migración el cual la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) lo define como "movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo, que abarca todo movimiento de personas sea cual fuera su tamaño, su composición o sus causas, incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos". (OIM, 2006, p 38)

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en su glosario, define a un migrante como "persona y a sus familiares que van a otro país o región con miras de mejorar sus condiciones sociales, materiales, sus perspectivas y las de sus familias" (OIM, 2006 p.41).

La diferencia entre emigrante e inmigrante, reside en que el primer término hace referencia a la persona que se va de su país de origen para establecerse en otro país distinto. En tanto inmigrante se refiere a la persona que llega a un país distinto al cual es originario con el fin de radicarse en él. (OIM, 2006).

A modo de conclusión los migrantes son todos aquellos que se desplazan a través de una frontera, emigrantes es el que se va de su país de origen e inmigrantes el que llega a un país diferente a su país originario.

Una de las fuentes de datos sobre la migración es la encuesta nacional de hogares ampliada (ENHA). Encuesta realizada desde el año 1968 por el Instituto

Nacional de Estadística (INE). Se realiza de manera continua todos los años y recoge datos sociodemográficos y económicos de nuestro país. (Metodología INE, 2006).

En el marco de la ENHA del año 2006, se elaboró el "Informe sobre migración internacional en base a los datos recogidos en el módulo migración" (Macadar, Pellegrino, 2006).

En esta encuesta se incluyó a 85.316 hogares y 256.866 personas durante los cuatro trimestres del año 2006. En el último trimestre es que se realiza el módulo dedicado a emigración que incluyó a 21.334 hogares y 64.011 personas. (Macadar, Pellegrino, 2006).

Según las preguntas realizadas se permitió clasificar las migraciones en nuestro país, migrantes internos (interdepartamentales o Inter localidad), migrantes internacionales (migrantes extranjeros que residen en el país y migrantes de retorno al país uruguayos que residieron en el extranjero y volvieron) por último, emigrantes personas que salieron del país. (Macadar, Pellegrino, 2006).

Los datos recogidos sobre inmigración fueron que en el año 2006, 2,1 % de la población era extranjera, encontrándose en descenso desde 1960. Esta población mayormente envejecida corresponde a flujos inmigratorios de épocas anteriores, otras de las características de la población fue la feminización, un 56,9% del total, fueron mujeres (debido a la mayor esperanza de vida de la mujer). En la franja etaria joven 15-19 se encontró a los hijos de uruguayos retornados nacidos en el exterior. (Macadar, Pellegrino, 2006)

Sobre las inmigraciones regionales, el mayor porcentaje de migrantes fueron argentinos siendo el 35% del total de migrantes, seguidos por los brasileños con un 15,6 %, que fueron los más recientes llegados y presentaron mayor número de personas viviendo en hogares bajo la línea de pobreza. La ENHA del año 2006, concluyó que los inmigrantes fueron decreciendo a partir del año 1960, siendo mayormente población envejecida y feminizada. Siendo los migrantes

recientes provenientes de Argentina y Brasil en mayor medida, de hogares que se encontraba viviendo bajo la línea de pobreza. (Macadar, Pellegrino, 2006).

5.2.2- Perfil demográfico de las migraciones recientes

Antes de comenzar con la descripción demográfica de los ciudadanos migrantes se creyó de interés realizar una breve definición de lo que es la demografía, que se define como "una ciencia que tiene como finalidad el estudio de la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados fundamentalmente desde el punto de vista cualitativo" (Organización de las Naciones Unidas ONU, citado por Universidad de Granada, s.f. p1). Principalmente se estudia a la población desde 3 funciones; Natalidad, Mortalidad y Movilidad Espacial (migraciones). En nuestra investigación nos centramos en esta última.

Según datos del "Informe de resultados del censo de población 2011, Inmigrantes internacionales y retornados en Uruguay: Magnitud y características (Koolhaas, Nathan, 2013), el stock de la población nacida en el exterior (esto incluye a los hijos de uruguayos retornados nacidos en el exterior), asciende a 77003 personas (2,4 % del total de la población). Si bien el porcentaje es más bajo que el registrado en censos anteriores, es levemente superior a los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) de 2006. Lo que significa que existe un nuevo flujo de migrantes que renovaron el stock acumulado. (Koolhaas, Nathan, 2013).

En relación a la nacionalidad, argentinos, brasileños, españoles e italianos siguen siendo los cuatros grupos mayoritarios, al igual que los datos obtenidos del censo 1996. También se apreció un incremento en migrantes procedentes de Latinoamérica y el Caribe. Según los datos Venezuela y Colombia son las

nacionalidades más numerosas de la categoría otros países de Sudamérica y Cuba aparece en primer lugar en el grupo del Caribe. (Koolhaas, Nathan, 2013).

Al igual que en la ENHA, el censo del año 2011, también evidenció que la población migrante es envejecida, debido a la supervivencia de la población llegada a Uruguay en décadas anteriores, provenientes mayoritariamente de España e Italia. Un 11,5% de los migrantes tienen 80 o más años, mientras que el porcentaje no migrante dentro de esta franja etaria es de 3,5 %. Sin embargo los grupos de edad con mayor proporción de migrantes, son entre los 20 y 39 años en edad económicamente activa, lo que refleja la existencia de un flujo considerable de migrantes recientes y la presencia de hijos de retornados luego de la restauración de la democracia (Koolhaas, Nathan, 2013).

Según sexo, los datos mostraron un marcado perfil femenino (82 varones por 100 mujeres), que se asocia al perfil envejecido de la población y a la mayor esperanza de vida femenina, datos también reflejados en la ENHA 2006. En los inmigrantes recientes llegados en el año 2005 los datos fueron más equitativos (98 varones de cada 100 mujeres). En cuanto a distribución de sexo según nacionalidad, se observó que los migrantes nacidos en Paraguay, Perú y otros países de Sudamérica, se evidenció una elevada presencia de mujeres (80 varones por cada 100 mujeres). (Koolhaas, Natha, 2013)

En cuanto al territorio nacional donde se encontró mayor proporción de población migrante en los departamentos de Rivera, Montevideo y Maldonado. A lo que refiere a Rivera se debió principalmente por ser un departamento limítrofe que concentra mayor proporción de población procedente de Brasil. La capital del país históricamente es donde se concentró mayor proporción de flujos migratorios (57%). Maldonado, por constituir la mayor zona turística de nuestro país, con altos niveles de actividad económica por lo que atrae población migrante. (Koolhaas, Nathan, 2013)

En cuanto a niveles educativos de la población llegada a nuestro país se observó que es más alto comparada con la población no migrante. El porcentaje de la población nativa de 25 años o más con niveles educativos terciarios es de 18 %, en la población migrante este porcentaje asciende a 62 % entre la población llegada entre 2005 y 2011, 46 % en los llegados entre 2000 y 2004 y 23 % en los llegados antes del 2000.(Koolhaas, Nathan,2013).

Los países de origen que presentaron mayor porcentaje de migrantes con niveles de estudio terciarios son los provenientes de Centro América, Caribe, Norte América, África, Oceanía y los agrupados en el grupo resto de europa (excluyendo España e Italia). (Koolhaas, Nathan, 2013).

Según datos del Informe Anual 2018, del Ministerio de Relaciones Exteriores, en ese año se tramitaron 10.861 residencias, registrándose un aumento año a año, en el 2015 se tramitaron 8560 residencias. El sexo predominante fue el femenino con un 52% del total. La franja etaria mayoritaria fue la de 18 - 60 años, con 8726 residencias del total. En cuanto a la nacionalidad 5548, un poco más de la mitad de residencias fueron solicitadas y concedidas a venezolanos, seguidos por los siguientes países, Brasil (1860), Argentina (1484), Colombia (619), Perú (448), Chile (190), Paraguay (174), Bolivia (100) y Ecuador (95). (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2018).

Basados en el informe elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social y la cooperación internacional; Organización Internacional para Migraciones, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (OIM, UNICEF, UNFPA) para el estudio de las corrientes migratorias recientes y con participación de Udelar, Facultad de Ciencias Sociales (FCS), e Inmujeres del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), se concluyó que en Uruguay se ha dado una transformación de la inmigración en los últimos años, no concentrada en el volumen pero si se ha presentado en sus orígenes Latinoamericanos de países no limítrofes. “También dentro de este heterogéneo grupo de nuevos orígenes latinoamericanos se producen cambios

de composición entre 2011 y el bienio 2014-2015. En este período, aumenta el peso de dominicanos, cubanos y venezolanos, al tiempo que disminuye el de peruanos, colombianos y paraguayos.”(OIM, 2017.p46)

También se observó en el informe un rasgo de feminización dentro de la migración Latinoamericana en Uruguay, "la prevalencia de mujeres en la inmigración reciente habría aumentado desde 2011. Los orígenes más feminizados de acuerdo a las ECH de 2012 a 2015 son Bolivia, Colombia y República Dominicana.”(OIM, 217.p 48)

5.3.0- Interculturalidad e Importancia en atención en salud

La interculturalidad "significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir ninguna de ellas está por encima o debajo de la otra" (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) ,1996 p.3)

La interculturalidad nació como nexo para acercar la brecha existente entre el personal de salud, las instituciones y los usuarios de otra cultura, en América Latina mayoritariamente culturas indígenas. Esta brecha existente muchas veces debido a problemas con el lenguaje utilizado, demasiado técnico por parte de los profesionales que no se esfuerzan por comprender el vocabulario local de las diferentes culturas que asisten. Lo que provoca una falta de empatía y como respuesta de los usuarios una falta de confianza al no sentirse entendidos e incluidos en su propio proceso de salud-enfermedad. Esto sumado a la poca información que se brinda la mayoría de las veces acerca de los procedimientos y acciones a tomar sobre ellos mismos y sus cuerpos. (Lerin Piñon, 2004)

No solo se habla un dialecto distinto, sino que personal de salud y pacientes tienen diferentes visiones del mundo y hasta contrapuestas; por lo que es difícil

lograr una comunicación asertiva y una mejora en la atención en salud. Por esto, es de importancia una formación de recursos humanos en salud con enfoque en la interculturalidad, que implique una mejora en las competencias tanto técnicas como humanas, que inciden en el respeto, trato, reconocimiento de tradiciones culturales, combatiendo así la exclusión, mejorando la atención y la equidad en salud para los diferentes grupos étnicos. (Lerín Piñón, 2004).

El concepto y proceso de interculturalidad surgió en países de América Latina, en los años 1970, con más auge en la década de los 80 y 90, como necesidad de proteger e incluir a grupos étnicos minoritarios, cuestionando la hegemonía y dominio de la Medicina institucional. (Menéndez, 2016)

Existen en la bibliografía diferentes definiciones de lo que es la interculturalidad, expondremos algunos ejemplos de los que se creyó se adaptan en la temática a tratar en esta investigación, es decir la atención en salud de población migrantes. Si bien muchas están orientadas en la interculturalidad aplicada a los pueblos indígenas de los diferentes países de América Latina, las ideas se pueden adaptar también en la necesidad que surgió del creciente fenómeno reciente de migraciones y en cambio de población en atención en salud, en donde se ve aumentada la población de origen distinto a nuestro país y por lo tanto también con distintas culturas.

Aunque la investigación se basó en mujeres procedentes de otros países de América Latina que compartimos como idioma principal el español, no hay que dejar de lado que en ocasiones también existen barreras lingüísticas, dado a las variaciones del idioma en las diferentes partes de América.

En su artículo "Antropología y salud intercultural; desafíos de una propuesta " el autor Mexicano Sergio Lerín Piñón, define a la interculturalidad en salud "a las distintas percepciones y prácticas del proceso salud- enfermedad que operan, se pone en juego, se articulan y sintetizan, no sin contradicciones, en las

estrategias de unidad y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, el accidente y a la muerte en contexto pluriétnico." (Lerin Piñon, 2004. p. 118)

Otra de las definiciones encontradas sostiene que la interculturalidad es "La complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena" (Beltrán,1996 citado por Lerin Piñon, 2004. p 117); es decir lograr que tanto la medicina institucionalizada y la procedente del conocimiento tradicional adquirido de generación en generación, que es importante que se respete para la identidad del individuo, se encuentren y complementen en pos de una mejor atención. No obstante esta definición sólo incluye a los refugios indígenas, puede ser llevada a cualquier ámbito de la atención en salud, en donde el usuario sea de una cultura diferente.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su publicación "Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas", se refiere que "interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen en el interior de cada sociedad" (OPS 2008, p 11). Esta definición amplía mucho más la población objetivo y alcance, dejando ver que en cada sociedad existen diferencias en cuanto a lo cultural, lo social, en concepto de salud-enfermedad, etc., siendo el papel de la interculturalidad actuar de puente entre dichas diferencias.

En una publicación anterior de la OPS en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) se define interculturalidad de manera global y descriptiva sosteniendo que un enfoque intercultural en salud "involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos, etnias, para construir una sociedad más justa." (OPS, 1998. p 18)

En el año 1999, el Ministerio de Salud de Chile, elaboró un programa para la salud de los pueblos indígenas, donde se realizó un enfoque intercultural, en donde la definió desde 3 perspectivas distintas e interesantes de incluir:

- Interculturalidad como movilización. Proceso de acercamiento donde el equipo de salud convoca a las comunidades y moviliza recursos en la perspectiva de dar satisfacción a determinadas necesidades de salud. La comunidad no es promotora de esta iniciativa, sino que responde activamente a un llamado externo.
- Interculturalidad como gestión; representantes de la comunidad participan como facilitadores interculturales en la ejecución de acciones en salud (orientación dentro del hospital, conexión con familia).
- Interculturalidad como reciprocidad. La comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común. Requiere respuesta activa y responsable en la definición de problemas y prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas. (Saenz, 1999, citado por Lerin Piñon 2004, p 117)

Por todo lo mencionado en este apartado se creyó que es importante en el ámbito de salud y más precisamente en el de la salud sexual y reproductiva, es muy importante incluir en la consulta un enfoque desde la interculturalidad. Dado el aumento de la población migrante en las consultas y sabiendo que unas de las barreras principales para que las usuarias pueden acceder a los centros de salud, es la cultural y el miedo a exponer sus costumbres ante un profesional de salud. Por esto es importante que todos los que asisten a personas migrantes, desde los administrativos/as, enfermeros/as, partera/o y médicos/as, conozcan y utilicen la perspectiva de la interculturalidad, respetando la cultura inherente que cada persona trae consigo, siendo una escucha activa, promoviendo la confianza, libre de discriminación. Sacando el prejuicio que la cultura propia siempre es la mejor y la correcta.

En nuestro país la asociación civil Idas y Vueltas, creada en el año 2003, que en su principio se creó como una red de contención para los familiares de uruguayos que migraron, fue incorporando debido al cambio social en las migraciones, la contención y apoyo a migrantes que día a día llegan a nuestro país. En dicha asociación se creó una enfermería con enfoque intercultural, la cual no solo se ocupa de asuntos asistenciales sino que pretende ser un nexo en la integración de los migrantes en el sistema de salud de nuestro país. (Balado, Marina, 2018)

Desde la declaración de Alma-Ata (1978), en donde se propone un cambio del paradigma biomédico, reconociendo la salud como un derecho humano, responsabilidad de los estados, en donde se impulsa el primer nivel de atención como estrategia principal, para el accionar de las comunidades como sujetos de derechos y deberes, vinculados en la prevención, promoción y rehabilitación en salud. Veliz- Rojas et al. (2019) explica que anteriormente en el modelo biomédico occidental, la diversidad cultural era vista como un factor de riesgo y un aspecto negativo en la salud del individuo, en donde el modelo hegemónico de salud representa lo verdadero, absoluto y las prácticas o maneras de accionar diferente o proveniente de otra cultura como algo errado y nocivo. Esta visión sin duda actúa como una barrera entre el sistema de salud y gran parte de la población. Es por esto que "surge la importancia de que los equipos de salud de la atención primaria incorporen transversalmente en sus prácticas, la dimensión cultural en el trabajo con las personas y comunidades que atienden" (Veliz-Rojas et al. 2019, p.2). La interculturalidad en salud, actúa como modelo para comprender tanto la participación entre el equipo de salud y comunidades, en el mundo de hoy globalizado en donde las migraciones forman comunidades con diversidad cultural étnica. Por lo que es necesario no quedarse en el estático modelo hegemónico biomédico occidental, antiguo, sino que es necesario incorporar en la formación de los nuevos profesionales de la salud este nuevo modelo basado en la interculturalidad, haciendo visible la diversidad cultural, logrando así que el sistema de salud no actúe como barrera para el acceso de salud, sino más bien promoviendo de manera armónica las diferencias, en las

comunidades reconociendo la complejidad en el modelo intercultural. (Veliz-Rojas et al. 2019).

Desde este punto tanto el profesional como el paciente se verán enriquecidos y se podrá generar una buena relación equipo de salud- paciente.

5.4.0- Marco jurídico

5.4.1- Declaración de bioética y DDHH de la UNESCO de 2005

El 19 de octubre del 2005, la UNESCO en su conferencia general, adopta la tercera Declaración de bioética y medicina denominada: Declaración universal sobre bioética y derechos humanos en París.

Esta declaración trata de construir las bases bioética, para universalizar un marco ético, en el progreso de las ciencias y la tecnología. Para lograr contribuir a la justicia y equidad, para que sirvan de interés para la humanidad. También establece que los Estados sean los responsables y garantes de difundir la información y avances científicos. (UNESCO, 2005)

Esta declaración enumera principios, que se espera que los Estados hagan cumplir debiendo ser respetados por los prestadores de salud, grupos, asociaciones, organismos y profesionales científicos. Los mismos se pueden resumir en:

- Los intereses y el bienestar de la persona humana siempre tienen que estar por encima de los intereses de la ciencia.
- Los seres humanos deben ser tratados con justicia y equidad.

- Las personas tienen que ser protegidas en las decisiones prácticas de los efectos nocivos, discriminación, estigmatización y respeto a la diversidad cultural.
- La vida privada y la confidencialidad están asociadas a una persona identificable irrefutablemente.
- El progreso de la ciencia debe estar siempre asociado al bien común y responsabilidad social.
- En las investigaciones científicas los participantes deben hacerlo previo consentimiento libre e informado, respetando su autonomía y confidencialidad.
- Los seres humanos tienen la responsabilidad de cuidar el medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad. (Cruz- Coke, 2005)

5.4.2- Derechos Humanos con perspectiva de género

Si bien siempre se habla de derechos humanos de una u otra manera, es necesario primero definirlos concretamente para marcar el punto de partida; "los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad origen étnicos, lengua, religión o cualquier condición." (ONU s.f). Es decir son derechos que se adquieren por el simple hecho de nacer; "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros". (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, art 2)

Otro término a describir es el de género:

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiada para los hombres y mujeres

Las diferentes funciones, comportamientos pueden generar desigualdad de género, es decir, diferencias entre hombres y mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidad entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria. (OMS s.f)

Ahora debemos definir a qué nos referimos cuando hablamos de derechos humanos con una perspectiva de género. Si bien los derechos humanos infieren que son iguales en hombres y mujeres, pero son dinámicos y su interpretación depende de la etapa histórica y social en la que se interpreten. Hasta hace algunos años, los derechos humanos eran interpretados desde un modelo masculino, hegemónico. A partir de la creciente demanda de nuevas interpretaciones donde se proteja y visibilicen los derechos y necesidades de las mujeres, grupos minoritarios y oprimidos. (Facio, 2003). Facio explica "los derechos humanos al ser indivisibles, inalienables y universales deben ser interpretados desde una perspectiva de género porque de lo contrario, no se estaría hablando de derechos humanos, sino de derechos del hombre". (Facio, 2003, p 17). Hacia finales de los años 80, los movimientos feministas, se propusieron a derivar el paradigma androcentrista de los derechos humanos, proponiendo uno más inclusivo, con perspectiva de género, que incluya a las mujeres sin distinción de raza, color, etnia, nacionalidad, religión, prácticas sexuales o culturales. Los Estados deberían promover y llevar a cabo el trabajo de las políticas públicas en perspectiva de género. Esto traería beneficios como, el empoderamiento de la población, mayor satisfacción y participación activa de los y las destinatarios de las acciones, consensos más fáciles de lograr, entre otros tantos beneficios, al pensar políticas públicas que nos representen a todos incluso a las minorías silenciadas por años. (Facio 2003)

5.4.3- Ley de Derechos y Obligaciones de Paciente y Usuarios de los Servicios de Salud

Esta ley la N° 18.335, reglamentada por el decreto N° 274/010 del 8 de setiembre del 2010, que regula y establece los derechos y deberes de los usuarios de los sistemas de salud de nuestro país, su relación con los trabajadores y los servicios.

Unos de los artículos expone el derecho de todos los usuarios a acceder a la salud, sin importar su nacionalidad o cualquier otro tipo de discriminación: "Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica." (Ley de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicio de salud, 2008, art 2).

Esta ley define al usuario de salud como:

Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiriera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla.

En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus Derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal. (Ley de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicio de salud, 2008, art 5).

Entre los derechos de los usuarios que impone la ley se encuentran, el de recibir una atención integral de calidad, a elegir el sistema de salud más adecuado para él, a ser tratado de manera respetuosa, a conocer su estado de salud, y tiene

derecho a tener una historia clínica completa y fidedigna. Además tiene derecho a la privacidad y a la confidencialidad. Estos son algunos de los principales derechos expuestos en esta ley. (Ley de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicio de salud, 2008).

5.4.4- Ley de migraciones en nuestro país

Desde el marco jurídico, en nuestro país ha habido avances en lo que se refiere a las migraciones, en donde se garantiza por parte del estado igualdad en derechos y obligaciones de los ciudadanos migrantes que cumplan con ciertas condiciones, con respecto a los nacionales. Desde nuestra primera constitución de 1830, ya estaba considerado el fenómeno de la migración en su artículo N° 147 " es libre la entrada de todo individuo en el territorio de la República, su permanencia en él y su salida con sus propiedades observado las leyes de Policía y salvo perjuicio de terceros". (Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1830, art.147)

A lo largo de los años, y debido al creciente fenómeno de migraciones recientes se crea la ley denominada "Ley de Migraciones" N° 18.250, del 6 de enero del 2008 en su Artículo 1 infiere:

El Estado uruguayo reconoce como derecho inalienable de las personas migrantes y sus familiares sin perjuicio de su situación migratoria, el derecho a la migración, el derecho a la reunificación familiar, al debido proceso y acceso a la justicia, así como a la igualdad de derechos con los nacionales, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición.(Ley de Migraciones, 2008, art. 1)

En artículos posteriores el estado garantizará el derecho al acceso a la salud, educación y trabajo, aún en los casos en donde los migrantes se encuentren en situación de irregularidad en nuestro país:

Artículo 8

Las personas migrantes y sus familiares gozarán de los derechos de salud, trabajo, seguridad social, vivienda y educación en pie de igualdad con los nacionales. Dichos derechos tendrán la misma protección y amparo en uno y otro caso.

Artículo 9

La irregularidad migratoria en ningún caso impedirá que la persona extranjera tenga libre acceso a la justicia y a los establecimientos de salud. Las autoridades de dichos centros implementarán los servicios necesarios para brindar a las personas migrantes la información que posibilite su regularización en el país. (Ley de Migraciones, 2008, arts. 8-9)

Esta ley crea la Junta Nacional de Migraciones como órgano asesor y coordinador de las políticas migratorias del Poder Ejecutivo. Entre las competencias de la Junta Nacional de Migraciones, se encuentran proponer las políticas migratorias al poder ejecutivo, la reglamentación de la normativa migratoria, implementar instancias de coordinación intergubernamental en la aplicación de dichas políticas, asesorar en materia migratoria, analizar y proponer modificaciones de la normativa migratoria, promover el relevamientos de datos estadísticos sobre el fenómeno migratorio, entre otras más competencias que se detallan en el artículo 25 de la ley. (Ley de Migraciones, 2008)

Según el artículo 27 es el Ministerio del Interior el encargado de habilitar los lugares por donde los migrantes ingresan y egresan del país. Así como también otorgar las residencias o cancelarla. También tienen la competencia de expulsar a las personas extranjeras según las causales expuestas en la ley. (Ley de Migraciones, 2008)

La ley también marca las categorías migratorias para las personas extranjeras que serán admitidas para entrar y permanecer en territorio nacional. El extranjero puede encontrarse dentro de la categoría de no residente y residente. Los primeros son personas extranjeras que ingresa al país sin ánimo de permanecer en forma definitiva ni temporal en el país ejemplos de ellos son los turistas, negociantes, integrantes de espectáculos públicos entre otros. (Ley de Migraciones, 2008)

Los residentes se subdividen en temporarios y permanentes. Considerándose residente permanente a la persona extranjera que ingresa al país con el ánimo de establecerse definitivamente y que reúna las condiciones legales para ello. Los residentes temporarios son aquellas personas extranjeras que ingresa al país a desarrollar una actividad por un plazo determinado como por ejemplo científicos, trabajadores migrantes, profesionales técnicos, estudiantes, becarios y pasantes entre otros.(Ley de Migraciones, 2008)

En resumen esta ley ha sido un gran avance en derechos humanos para las personas extranjeras que ingresan a nuestro país, siendo el estado garante para que los mismo tengan igualdad de derechos y obligaciones que los ciudadanos nacionales.

5.4.5- Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo

Otras de las leyes importantes a tratar en este trabajo, referente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, es la ley 18.987, Ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), reglamentada en 2012 en nuestro país, que despenaliza la práctica del aborto bajo ciertas reglamentaciones y requisitos.

Para estar amparada dentro de la ley, se requieren de los siguientes requisitos:

- 1) Ser un embarazo intrauterino, que se encuentre cursando 12 semanas o menos.
- 2) Ser ciudadana natural o legal uruguaya o extranjeras que acrediten un plazo de no menor a 1 año de residencia en nuestro país.
- 3) Y que se cumplan los siguientes procedimientos: que la mujer acuda a un Centro del Sistema Integrado de Salud, expresando su voluntad de interrumpir el embarazo, sea atendida por un equipo multidisciplinario constituido por ginecólogos, psicología y asistente social, que se le brinde un plazo de 5 días para la rectificación de la decisión, pasado ese plazo acude a consulta con ginecólogo/a en donde se le brindara la medicación y explicara forma de tomarla signos y síntomas esperados y de alerta, el procedimiento se realizará de forma ambulatoria. (Ley IVE, 2012)

La ley 19.950 de Violencia hacia la mujer basada en género, reglamentada por el decreto N° 339/019 del 11 de noviembre del año 2019, en cuyo artículo 4° define la violencia hacia la mujer basada en género como "La violencia basada en género es una forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres". (Ley de violencia hacia la mujer basada en género, 2019 art 4)

Se entiende por violencia basada en género hacia las mujeres toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres. Quedan comprendidas tanto las conductas perpetradas por el Estado o por sus agentes, como por instituciones privadas o por particulares. (Ley 19.950, 2019, art 4)

Esta ley es su artículo 7° dispone que las ciudadanas extranjeras con menos de 1 año de residencia en nuestro país, que sufran casos de violencia hacia la mujer basada en género y que el acto de violencia sea perpetrado en el territorio

nacional, las mismas podrán acceder a la IVE, bajo el Amparo de la ley, constituyendo una excepción del artículo 13° de la ley N° 18.987. (Ley 19.950, 2019, art 7)

En casos en que la mujer no quede amparada en ninguno de los requisitos mencionados anteriormente, es decir no cumple con al menos un año de residencia, ni sufra violencia basada en género, el personal de salud deberá asesorar a la mujer en disminución de riesgos y daños, al realizarse un aborto no institucional y en condiciones de riesgo, bajo la ordenanza 369/2004, de la ley N ° 18.426. (Ley sobre derechos sexuales y reproductivos, 2008).

5.5.0- Ser madre migrante

La población objetivo de la presente investigación fueron mujeres, migrantes, que llegaron a nuestro país por diversos motivos. En el transcurso de nuestra práctica clínica en primer nivel en el Centro de Salud Ciudad Vieja pudimos observar que estas mujeres en muchas ocasiones, ya eran madres, tanto si sus hijos y/o hijas se encontraban con ellas en el país receptor, o si tuvieron que dejarlos en su país de origen. Estas mujeres tienen que lidiar y tratar de amalgamar la maternidad con sus proyectos migratorios.

Citando a Uriarte, Urruzola, 2018 que examina los contextos de la vida familiar de las mujeres migrantes de nuestro país y su relación con la desigualdad de género y derechos de niños, niñas y adolescentes. Refirió que algunas de las dificultades que atraviesan estas mujeres, migrantes que tienen hijos a su cargo, son en primer lugar las condiciones habitacionales en las que viven, en la mayoría de las veces pensiones o casas compartidas con otros ciudadanos migrantes. (Uriarte, Urruzola, 2018)

Uriarte y Urruzola también sostienen que otro de los problemas que se encuentran a la hora de maternar son las extensas jornadas laborales, con salarios mínimos, y los puestos infravalorados a los que se deben someter por su condición de migrante y su género femenino.(Uriarte, Urruzola, 2018)

Por último los autores antes mencionados explican que en nuestro país existe una ausencia de centros educativos y de cuidados para niños menores de dos años. Todo esto hace que los proyectos migratorios y laborales se dificulten con el rol de la maternidad. Por otro lado las madres que debieron dejar a sus hijos en su país de origen, se encuentran con dificultades para lograr traer a sus hijos a nuestro país. No solo por el alto costo de pasajes y trámites administrativos, sino que el cambio realizado en agosto del 2014 en cuanto a los requisitos necesarios para la solicitud de visas, dificultan la reunificación familiar.(Uriarte, Urruzola, 2018)

En una investigación realizada por El Núcleo de Estudios Migratorios y Movimientos de Población (Nemmpo) de la Universidad de la República, junto con la Asociación Idas y Vueltas, asociación civil que defiende los derechos de migrantes y refugiados de nuestro país y por último la Red de Apoyo al Migrante en Montevideo. En la misma se realizaron entrevistas, encuentros y comunicación por redes sociales, las cuales revelaron que:

La mayoría de las mujeres con las que trabajamos son madres y partieron con un proyecto migratorio propio y colectivo a la vez, que las llevó lejos de su familia, hijos, hijas y pareja si las tenían. Llegaron a un país que se piensa de puertas abiertas para los migrantes pero que no lo es tanto para algunos de ellos.

Las dificultades se expresan y manifiestan constantemente en los relatos de estas mujeres. Muchas cargan con toda la responsabilidad -y culpa- del núcleo familiar en el país de origen. Las que logran traer sus hijos e hijas deben inventar cómo compatibilizar su realidad de mujer migrante trabajadora (sin redes familiares, sin estabilidad en la vivienda ni posibilidades de elegir horarios laborales compatibles) con los cuidados y la crianza; la imposibilidad de acceder a otros trabajos que no sean trabajos feminizados y por lo tanto infravalorados,

más allá de sus cualificaciones, y lidiar con el acoso y violencias específicas hacia las mujeres solas en casi todos los ámbitos cotidianos; pensiones, espacios públicos, trabajos.(Uriarte, Urruzola, 2018, p 27)

Según el informe "Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay. Nuevos orígenes Latinoamericanos, estudios de casos de las personas peruanas y dominicanas" (Mides, 2017) el 54 % de las migraciones reciente son mujeres, y estas se enfrentan a dificultades como el desempleo que es un 18% superior al de las mujeres nativas, sobrecualificación laboral que es doblemente superior al de los varones, la subordinación y la explotación laboral todos problemas referentes a las desigualdad de género. En el trabajo de investigación mencionado anteriormente, se realizaron entrevistas a mujeres migrantes procedentes de Perú y República Dominicana la mayoría tenía hijos en su país de origen que no habían podido traer en el momento de migrar y al momento de las entrevistas no habían logrado la unificación familiar. (Mides, 2017).

Se logró apreciar que son muchas las situaciones dificultosas con las que se encuentra una mujer, que además es madre y migrante. Son muchas veces jefas de hogar y gran parte de lo ganado es enviado a su país de origen como sostén del hogar, hijos e hijas que dejaron allí. Son atravesadas por la culpa de haber dejado a sus hijos en sus países natales, culpa justificada por roles de género de ser madre y mujer al mismo tiempo, dónde recae en ellas la responsabilidad de la crianza. Al querer traer a sus hijos, se encuentran con trabas administrativas y sociales, en un país que dificulta ambos roles como trabajadoras y madres. Como por ejemplo jornadas laborales extensas, salarios mínimos, pensiones que no aceptan niños, y la imposibilidad económica y burocrática de poder acceder a otro tipo de solución habitacional. (Uriarte, Urruzola, 2018)

Además otros autores traen a consideración el tema de los roles de géneros de cuidado y las culpas que ellos conllevan. Zapata explica el nuevo término de familia transnacional, para hablar de las familias formadas cuando algunos de sus miembros migra, por lo general la madre o padre de la familia dejando hijos en su país de origen, como se crea un nuevo vínculo familiar en donde la

presencialidad queda excluida y se forman nuevos vínculos en donde el distanciamiento y los límites geográficos son el nuevo paradigma. Menciona también que es necesario reconocer el papel que la mujer ha tenido en el cuidado de la familia, de forma presencial o no, pero que el sentimiento de culpa al dejar a los hijos en su país, es algo que está presente en la mayoría de ellas. (Zapata, 2016)

La autora Cortes Castellano, sostiene que migrar no siempre es una decisión autónoma y unitaria, sino que es una clase de acuerdo familiar en donde la mujer joven migra para trabajar en el país destinatario y mandar remesas a las mujeres que quedaron al cuidado de los hijos (abuelas, tías, hermanas). (Cortes Castellano, 2005)

Todas estas son algunas de las barreras con las que se encuentran las mujeres migrantes, en un país que no es el propio y sobre todo las que son madres.

5.5.1- Migración desde el punto de vista psicológico.

Se conoce que los movimientos migratorios son vividos en la psiquis humana como una crisis en la vida del individuo. Por lo tanto el sujeto que migra afronta esta decisión como un duelo, entendiendo como duelo el " proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto " (Achotegui, 2006 p.14). Este proceso inicia incluso antes de que el individuo egresa de su país, generando un sentimiento de abandono, de su realidad cotidiana y de su hábitat conocido y llegar a un país destino, donde deberá adaptarse a otra cultura, otra manera de relacionarse con la sociedad, y diferencias en el lenguaje que siempre se dan incluso cuando se habla el mismo idioma. Enfrentarse a todo esto y la adaptación al nuevo destino muchas veces trae al sujeto sentimientos de nostalgia, angustia, y tendencia al aislamiento. (Vinay, 2017). Por todo esto el asunto de las migraciones no es algo que se deba tomar a la ligera, sino tratarse desde un punto de vista psicológico

de manera integral, brindándole herramientas al sujeto para que viva esta nueva etapa y este duelo de la manera menos traumática posible.

El duelo como proceso de reorganización de una persona, es también un proceso natural en la vida de todos los individuos humanos, que si bien significa dejar atrás lo conocido anteriormente por el individuo y sus vínculos (personales, culturales, familiares, sociales), también significa un nuevo comienzo que puede resultar beneficioso para el individuo en cuestión. No siempre lo que se deja atrás es bueno y lo nuevo es malo, muchas veces las causas que llevan a una persona a emigrar, es precisamente la necesidad de dejar atrás esos vínculos por las limitaciones y problemas que pueden producir los vínculos familiares, sociales o con el ambiente, que lleva a la persona a la necesidad de satisfacer deseos no saciados en su realidad actual, que impulsan a buscar esa satisfacción en otro país destinatario. (Achotegui 2006)

En el artículo "Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial", el Dr. J. Achotegui, plantea que el migrante no solo afronta un solo tipo de duelo, en su decisión de trasladarse a otro país, sino que tiene que pasar por un conjunto de duelos que pueden agruparse en grupos de 7 duelos específicos; el duelo por la infancia y la familia, el duelo por la lengua, el duelo por la cultura, el duelo por la tierra, el duelo por el estatus, el duelo por el contacto del grupo étnico y por último el duelo por los riesgos físicos. El autor plantea para el duelo que transitan los migrantes una serie de características, primero por lo mencionado anteriormente, el duelo migratorio es múltiple se llevan a cabo 7 duelos específicos en uno. También es parcial porque no hay una desaparición, sino una separación. Es recurrente, va y viene en el transcurso de la vida del individuo, está arraigado a aspectos infantiles como la identidad y los vínculos primarios, familiares y amigos, por lo que se genera un cambio en estos aspectos, llevando al individuo a una regresión. Otra de las características de este tipo de duelo es que es transgeneracional, que se acompaña de sentimientos de ambivalencia y pone en marcha mecanismos de defensa y de errores cognitivos en el procesamiento de información.(Achotegui. 2008).

Migrar es un acontecimiento de vida, los seres humanos poseemos la capacidad de migrar, constituye antropológicamente un rasgo distintivo de nuestra especie, siendo esta la base del gran éxito evolutivo (Science, 2003). Muchas veces migrar es más la solución que el problema, pero una solución que encierre un problema, porque si bien la mayoría de las veces el individuo decide migrar para mejorar su calidad de vida, esto requiere una reestructuración y desestructurar al individuo. Así como poseemos la capacidad de migrar, también poseemos la capacidad de elaborar este duelo. Siendo el duelo migratorio la mayoría de las veces un tipo de duelo simple, es decir el que se puede elaborar en buenas condiciones.

Pero existen situaciones en las que se convierte en un duelo extremo, en el que se dan tan difíciles condiciones que no es capaz de ser elaborado por la persona. Para que esto se dé Achotegui describe que tienen que existir una serie de estresores que hacen que el duelo migratorio se convierta en una crisis permanente, incapaz de ser elaborada y resuelta por el individuo, llama a este fenómeno Síndrome de Ulises. Los estresores que describe como condicionantes y agravantes que imposibilitan la elaboración del duelo migratoria de manera sana son los siguientes:

La separación forzada de los seres queridos que supone una ruptura del instinto de apego (con la crisis familias que se habían reagrupado se han vuelto a desagrupar), el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia (donde alimentarse, donde encontrar techo para dormir) y en cuarto lugar, el miedo, el terror que se vive en los viajes migratorios... la indefensión por carácter de derechos. (Achotegui, 2012. pp 7-8).

Este es un síndrome dentro del área de la psicopatología, aclarando que no se trata de una enfermedad mental, en donde no es necesario medicalizar, pero que no tiene que ser banalizado por el personal de salud y servicios sociales del país receptor. (Achotegui 2008).

A modo de conclusión, resaltar que si bien migrar es un acontecimiento de la vida de los seres humanos, los cuales poseemos esta capacidad y es base de nuestro éxito evolutivo, no siempre se elabora el duelo de manera simple existen condiciones y determinante que convierte el ser migrante en un factor de riesgo para la vida del individuo no solo a nivel psicológico, sino también física y socialmente. Por lo que como agentes de la salud, que nos encontramos en contacto con población migrantes, debemos prestar atención en este aspecto, sin banalizar los signos y síntomas que nos pueden indicar que la persona no está pudiendo elaborar su duelo sanamente, para poder intervenir de manera oportuna, brindándole herramientas y recursos disponible, derivando con profesionales idóneos. Actuando como red de contención, siendo un facilitador y no un factor agravante para la situación del migrante.

5.5.2- Causas y efectos de la migración

Como ya ha sido mencionado y descrito en apartados anteriores se entiende por procesos migratorios al desplazamiento de una persona o grupo de personas de un lugar a otro, ya sea de una región a otra dentro de un mismo país, o de un país de origen a otro diferente. Las causas pueden ser múltiples tanto económicas, sociales, políticas, religiosas o personales.

A lo largo de toda la historia humana han constituido un fenómeno constante facilitando el proceso de desarrollo económico, social y cultural de los Estados y civilizaciones. (Abu-Warda.s.f.)

Según N. Abu-Warda, en su artículo " Las migraciones internacionales" , las causas de las mismas son múltiples y en general se encuentran

interrelacionadas y "se producen por la atracción interesada ejercida por los países de acogida, por los propios países de procedencia y por supuesto, por la propia decisión personal del inmigrante".(Abu- Warda. s.f. p 39)

Este artículo enumera y clasifica las causas de las migraciones internacionales en políticas y socioeconómicas; es decir guerras, persecuciones ideológicas, conflictos civiles, situaciones de vulnerabilidad de los derechos humanos, entre otros tantos, siendo este tipo de migración forzadas o semi forzadas.

Por otro lado la otra posible causas del movimiento de personas, se debe a lo relacionado con el ambiente, causas ambientales, como es el caso de las catástrofes naturales inundaciones o sequías, que influyen en el normal funcionamiento de la vida de las personas y las llevan a tomar la decisión de migración. (Abu- Warda. s.f.)

Según Gómez Walteros (2010), en su artículo " La migración internacional: Teorías y Enfoque, una mirada actual", la migración tiene dos componentes: la salida o emigración y la entrada o inmigración. Divide las causas socioeconómicas, políticas, psicológicas y propias de la condición humana. Siendo las más destacadas:

Económicas: generadas por diferencia salariales, por costos de vida, o por estímulos económicos, tanto en los países de entrada como en los de salida.

Políticas y judiciales: conflictos internos, regionales e internacionales.

Demográficas: superpoblación, caída de la natalidad y envejecimiento de la población.

Etnográficos: condiciones raciales.

Geográficas: accidentes geográficos, cercanías fronterizas.

Históricos: colonizaciones, asentamiento de antepasados en diferentes regiones.

Sociológicos: encuentro entre descendientes, reagrupación de población y adopciones.

Psicológicos: actividades laborales que en los nativos tienen poco valor social y posibilidad de ascensos ni motivación, son realizadas por inmigrantes.

Culturales, educativas, científicas y tecnológicas: explicable por la brecha tecnológica entre países desarrollados y subdesarrollados, genera un desplazamiento para formación, calificación y desempeño.

Por misiones: ya sean políticas, religiosas, militares, recreativas, turísticas, diplomáticas, empresariales, entre otros tipos de misiones.

Estado de bienestar: búsqueda de un mejor estilo de vida y bienestar.

Por otro lado otra de las grandes causas que motivan las migraciones internacionales son los denominados fenómenos naturales;

Origen físico químicos: cambios climáticos y meteorológicos.

Origen biológico: plagas, enfermedades, problemas fito y zoonosarios en la agricultura, ganadería y flora.

Por prácticas inadecuadas en actividades de explotación: actividades como la minería, explotación de bosques, explotación ganadera, agrícola, etc.

Por adecuación y mejoramiento de las condiciones ambientales: mejoramiento y creación de nuevos asentamientos, en lugares que antes eran poco o no habitables. (Gómez Walteros, 2010)

En conclusión, los motivos por los cuales las personas eligen migrar, son casi siempre múltiples y suelen estar interrelacionadas entre sí. Desde el principio de la historia de la humanidad, el ser humano se ha movilizado de una región a otra, ya sea dentro de su país de origen o cruzando fronteras, caso siempre podría decirse que en la búsqueda de abrirse nuevos caminos, apostando siempre a un bienestar personal, familiar y social.

Al igual que las causas de la migración los efectos de esta en la mayoría de las veces son multifactoriales, se dan en diferentes áreas tanto de la vida del individuo como de la sociedad, pudiendo ser económicos, sociales o emocionales. La diferente bibliografía a la hora de hablar de efectos de las migraciones los separan en; efectos del país de origen y efectos en el país receptor (Gómez, 2010) (González Santos, 2011).

Por una parte en el país receptor se puede creer de una manera prejuiciosa, que la llegada de migrantes a un país es el causante de la suba del desempleo, la caída de los precios en inmuebles, caída de los salarios y hasta se culpa a la migración de traer consigo enfermedades. Sin dudas estos pensamientos prejuiciosos llevan a conductas violentas y a la discriminación. (Gómez, 2010). El impacto económico de la migración en los países receptores en una disminución del desempleo, contrario a lo que se cree popularmente y mencionamos al comenzar, esto se da principalmente en áreas complementarias, más concretamente en áreas de servicios y agrícola, también existe una migración altamente calificada, como en el caso de investigadores, estudiantes universitarios, deportistas, artistas, que contribuyen al aumento del empleo. Otras de las ventajas a nivel económico es que el país receptor no tuvo gastos de formación y educación en esta población, lo que se ve como un efecto positivo en la economía. El inmigrantes generan aumento de la población activa del país lo que es un beneficio social y económico, contrarresta el envejecimiento de la población, favoreciendo su crecimiento e incide en la alza de la tasa de natalidad. Por último, el aumento de divisas reduce el PBI del país receptor, efecto negativo que algunos países contrarrestan con la migración y normativa en cuanto a migración, regulando el flujo de migrantes que ingresan al país con Visa de trabajo. (González Santos, 2011). Los migrantes en el país que los reciben hacen contribuciones fiscales, parafiscales y contribuyen en el pago de prestaciones sociales, esto genera un aumento de la recaudación del país. (Gómez, 2010). En el ámbito cultural, la llegada de nuevas culturas a un país sin duda contribuye al enriquecimiento de la propia y puede ser visto reflejada en el arte, la música, danza, teatro etc. (Gómez, 2010).

Por otra parte, la migración tiene profundos efectos en los países de origen y a nivel del bienestar socioeconómico de los hogares. (Foronda, Nicolaeva, Nogales, 2009). La pérdida del capital humano y financieros es uno de los grandes efectos, pero el lado económico se contrarresta con la llegada de remesas, lo que aumenta considerablemente el PBI, del país emisor. A nivel

social el impacto se ve en la desestructuración de la familia, en el caso que uno de los padres e incluso los dos son los que viajan dejando a sus hijos al cuidado de otros familiares, esto genera en los hijos algunos trastornos emocionales, pudiendo aumentar en esta población las tasas de delincuencia, consumo problemáticos de drogas, aumento de estrés y depresión, prostitución, violencia y abandono escolar por falta de supervisión. Estos efectos negativos sociales que mencionamos también generan gastos económicos para el país. (Gómez, 2010). A nivel económico el país receptor pierde población en edad activa (20-40 años), por lo que se ve una caída en la economía, por otra parte el país debe afrontar los gastos de formación y educación, pero se ve desprovisto de la mano de obra. (González Santos, 2011).

Todos estos efectos provocan un cambio de vida a nivel social, económico y familiar, tanto en los países receptores y emisores y se ve reflejado en el bienestar de vida de la población de los países.

5.6.0- Rol de la partera/o en diferentes países de América Latina

Según el autor Pons, en su libro "Parirás con ayuda" , la ayuda a la mujer durante su embarazo y sobre todo durante el parto ha sido ancestral, principalmente porque a pesar del hecho de que los seres humanos somos mamíferos y las hembras mamíferos paren solas y alejándose del resto de la manada, las hembras humana por factores determinados por la evolución como son la bipedestación y el gran tamaño del polo cefálico del feto, por estas dificultades es que desde el comienzo de la historia han necesitado de ayuda para parir. (Pons, 2015).

Estas mujeres denominándose parteras, practicaban lo que durante mucho tiempo se consideró oficio de partería. Se enseñaba siempre de una mujer a otra

de manera empírica, también basándose en la propia experiencia de su parto, casi siempre pasando el oficio de madres a hijas. (Pons, 2015).

Si bien no se puede precisar en la historia cuando se comenzó en la ayuda del parto, dado que no hay documentos que así lo registren, por medio del arte se podría llegar a una idea de lo que ocurriera.

Una reconstrucción escultórica idealizada, expuesta en el Museo Nacional de Antropología de México, intenta traducir esa función. Los tipos humanos presentados corresponden a la lejana prehistoria. Una mujer aparece de pie, sosteniéndose de un árbol, con las piernas separadas, entre las cuales asoma una cabeza fetal, mientras otra mujer, hincada detrás, la observa. (Pons 2015 PP 27-28).

En la América precolombina se menciona a las parteras de oficio en documentos de los conquistadores españoles referidos a aztecas y mayas. (Anexo 1).

En la actualidad en cada región o país de América Latina, el rol de la partera en la atención de la mujer durante su vida sexual y reproductiva, varía de un lugar a otro. (Pons 2015)

Según la tesis de Grado Titulada "Diferentes Modalidades de trabajo de la partería

tradicional y profesional en las culturas hispanoamericanas", en el presente prácticamente no quedaría parteras tradicionales en América Latina, esto debido al cambio que ha sufrido la medicina general que lleva a la práctica de la partería del empirismo al profesionalismo. Sin embargo en algunas zonas pocos desarrolladas, o rurales alejadas de centros de salud, de ciertos países de América Latina como Colombia, Brasil y Perú continúa aún la práctica de la partera tradicional, que asiste a la mujer no solo en el parto a domicilio, sino también en todo lo que refiere a su salud sexual y reproductiva. (Prestes, 2014).

En el artículo de Rocio Carvajal Barona, publicado en el año 2018, realiza un enfoque intercultural, al analizar en los diferentes países de América Latina

donde aún existe la partería tradicional y su correlación con el Estado y las políticas de salud. En dicha publicación define el término partera/o tradicional " mujeres (algunos casos hombres) que en el seno de su comunidad son reconocidas/os como capaces de acompañar a la embarazada durante el proceso de gestación, parto y puerperio". (Carvajal, 2018 p.5).

El artículo sostiene que en gran parte de América Latina, sigue existiendo la partera tradicional, mayoritariamente en áreas rurales alejadas, en donde la partera tomó un lugar de liderazgo en la comunidad, donde son las referentes, en donde el uso de medicina tradicional, está lleno de simbologías y rituales, en donde el parto es un acto importante en el aspecto de ser el ritual que facilita la transmisión generacionales. Sostiene que en los países donde la población indígena es considerable, ha habido una transición a lo largo de los años, en cuanto a la inclusión de la partera tradicional en las acciones gubernamentales, al principio unidireccionalmente insertándose en programas de capacitación en asepsia y anticoncepción, en los últimos años con la incorporación de la interculturalidad en los programas de estados en el ámbito de salud esto cambia, promoviendo un diálogo recíproco, en donde se facilite la aceptación de la diversidad cultural, y logrando integrarlas favoreciendo la mejora en salud. (Carvajal, 2018).

Sin embargo, en países donde los pueblos indígenas son minorías, no se establecen políticas de Estado, que garanticen y validen la partería tradicional, tampoco cuentan con ninguna regulación, y sólo son incluidas en políticas locales en regiones con población étnica. (Carvajal, 2018).

En países como Guatemala, México y Ecuador, el relacionamiento entre Estado y partera/o tradicional, es de constante adiestramiento y capacitación. Capacitación que es necesaria para poder ejercer en estos países y lograr acceder a la acreditación, que en el caso de México por ejemplo debe ser renovada cada 2 años. En el caso de Guatemala, las políticas sustentan el reconocimiento para ejercer de manera legal la partería tradicional. Ecuador por

su parte sigue sin brindar un marco normativo para respaldar el ejercicio de la partería tradicional, a pesar de contar con una Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado desde 2008. Esto hace que las parteras sean dependientes de cada institución o localidad que las legitimen o las rechacen. En Perú el rol de la partera/o tradicional es de remitir a servicios de salud institucionales a las embarazadas y solo pueden realizar partos en condiciones de emergencia. En Colombia no se reconoce a la partera/o tradicional en el ámbito de los sistemas de salud, creyendo que no es necesario incluirlas en políticas de salud, por tratarse de un gremio casi extinto. (Carvajal, 2018).

Nicaragua, Bolivia, Panamá, Paraguay, Argentina, Uruguay, Honduras y Costa Rica, se reconocen como colaboradoras del modelo biomédico en salud materna. Chile cuenta con partería tradicional, con experiencia en la población Mapuche, en donde su función es de brindar información y actuar como nexo de los sistemas de salud, asegurando un trato culturalmente aceptado, procurando que el sistema de salud aceptado y dominante sea el modelo hegemónico biomédico. (Carvajal, 2018).

Existe hoy en día una fuerte subestimación de la partera/o tradicional, sobre la partera/o profesional, en gran parte porque las primeras en su accionar no utilizan el método científico y basan sus acciones en tradiciones aprendidas de generación en generación. (Carvajal, 2018).

Cuba, cuenta con una historia de la Obstetricia ancestral, en donde es conocida la facilidad de parir de las indias taínas y su avanzada utilización de los principios de especias y uso de plantas medicinales para evitar las complicaciones posteriores al alumbramiento. Pasados los siglos el 7 de junio de 1828, se abre la primera academia de parteras en el hospital de San Francisco de Paula, siendo el comienzo de partería de manera profesional, en la capacitación de

comadronas y dejando la mayor parte del estudio y ejercicio de la Obstetricia en el ámbito médico. (López Espinosa, 2006).

Por otra parte es turno de definir a la partera/o profesional la cual la OMS lo hace de la siguiente manera:

Una partera profesional es una persona que, habiendo ingresado de manera regular a un programa de educación en partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha terminado con éxito el curso prescrito de estudios en partería y ha adquirido las calificaciones que se exigen para obtener legalmente el registro y/o la certificación para ejercer la partería. Ella debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencias a falta de la ayuda médica. Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitaria, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para la paternidad, y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación de la familia y el cuidado de los hijos. Puede practicarse en hospitales, consultorios, centros de salud, en condiciones domiciliarias o en cualquier otro servicio. (OPS CLAP/ SMR, 2010. p 16).

Siendo la diferencia más notoria entre ambas porterías, la formación académica continua y la habilitación para ejercer en el ámbito institucional.

En su publicación "Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional", de la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con el Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la mujer y reproductiva (OPS-CLAP/SMR), destaca "la función imprescindible de las parteras profesionales en la promoción de la salud reproductiva y, en particular, en la reducción de las altas razones y tasas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal prevalentes en la mayor parte de los países desarrollados". (OPS, CLAP/ SMR, 2010, p 26).

La palabra partera midwife en Inglés significa estar con la mujer. La profesión ha ido evolucionando a lo largo de la historia y en paralelo con los avances científicos y la medicina moderna. En países europeos se encuentran datos de que las primeras escuelas de parteras aparecieron en el siglo XVIII. Por otra parte en América Latina, países como Argentina y Chile, datan las escuelas de parteras desde el siglo XIX y desde entonces las parteras participan de la formulación política de los Ministerios de Salud Pública. Regiones Coloniales como el Caribe, tomaron el modelo británico de educación, siendo la primera formación en Enfermería para luego realizar una especialización como partera/o. Además de este existen 2 modelos más en la capacitación como partera/o, en la actualidad, que a veces coexisten en el mismo país o localidad, o se dan uno u otro. Otro de los modelos se trata de programas autónomos, con ingreso directo. El último de ellos se trata de una combinación de enfermería y partería. Los datos mencionados anteriormente en el este párrafo son extraídos del informe elaborado por las Naciones Unidas (ONU), en el año 2011, titulado " El estado de las parteras en el mundo, Cuidar la Salud Salvar Vidas", en dicho informe también se define lo que es un personal calificado, para la atención del parto según la Confederación Internacional de Matronas y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (ICM, FIGO) y la OMS, como "profesional de salud calificado - partera, médico, o enfermera- que ha recibido educación y capacitación a fin de adquirir la pericia y las aptitudes necesarias para encargarse de atender el embarazo, el parto y el período posnatal inmediato cuando las condiciones son normales (sin complicaciones), detectar, atender complicaciones en la mujer y el recién nacido y remitir esos casos a servicios de capacidad adecuada" (OMS. S.f. p 206).

La OMS, también establece el papel de las competencias que debería cumplir una partera/o, a lo largo del continuo de cuidados, en base a las definiciones y capacidades que debe tener partera/o profesional. Estableciendo que antes del embarazo, en niñas, niños, adolescentes y mujeres , deberá ocuparse de la planificación familiar, salud sexual y reproductiva "Proporcionar educación y servicios de salud de alta calidad y con sensibilidad cultural a todos los miembros

de la comunidad a fin de promover una vida en familia saludable, el embarazo planificado y la adecuada crianza de los hijos". (OMS citado por ONU, 2011. p 5).

Será también responsable de la atención posterior al aborto, "allí donde sea legal proporcionar toda la gama de servicios relativos al aborto, individualizados y con sensibilidad cultural, a las mujeres que solicitan o experimentan la terminación o pérdida del embarazo, de manera que dé cumplimiento a las leyes y reglamentaciones nacionales aplicables y a los protocolos nacionales respectivos". (OMS citado por ONU, 2011. p 5). En cuanto a la salud reproductiva, materna y neonatal, deberá, "poseer los conocimientos teóricos y prácticos necesarios de Obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública, y ética que constituyen la base de una atención de alta calidad, apropiada y con pertinencia cultural para las mujeres, los recién nacidos y las familias en la etapa de procrear". (OMS citado por ONU, 2011. p 5). Durante el embarazo, estará bajo su competencia la atención prenatal, deberá "proporcionar atención prenatal de alta calidad a fin de maximizar la salud durante el embarazo, inclusive detección precoz y tratamiento de determinadas complicaciones o remisión a los establecimientos adecuados" (OMS citado por ONU, 2011. p 5). Será la encargada de asistir partos en condiciones de seguridad "proporcionar atención de alta calidad y con sensibilidad cultural durante el parto, atender el parto en condiciones asépticas y de seguridad y atender ciertas situaciones, de emergencia para maximizar la salud de las mujeres y sus recién nacidos."(OMS citado por ONU, 2011. p 5). En cuanto a la atención posnatal tendrá que "proporcionar atención integral, de alta calidad y con sensibilidad cultural durante el posparto" (OMS citado por ONU, 2011. p 5). Por último, también contará con competencias en cuanto a la asistencia de la salud de niñas y niños, las cuales serán: proporcionar atención integral de alta calidad para niños de corta edad básicamente saludables, desde el nacimiento hasta los dos meses de edad" (OMS citado por ONU, 2011. p 5). Es importante resaltar que en todas las acciones la OMS, marca la importancia de llevarlas a cabo con sensibilidad cultural.

En Uruguay, la Escuela de Parteras es la responsable de la formación de las Obstetras Parteras/os. La Escuela de Parteras es la más antigua de la Facultad de Medicina, reglamentando sus cursos el 15 de mayo de 1877. (Escuela de Parteras, s.f)

Adela Peretti fue quien recibió el primer título de Partera en Uruguay, el 26 de febrero de 1881, siendo la primera mujer en el país en obtener título universitario. El ejercicio libre de la profesión fue reglamentado en 1915. La Carrera Binacional de Obstetricia, fue creada en 1992, en convenio con la Universidad Nacional de Entre Ríos de Argentina y la Universidad de la República. (Escuela de Parteras, s.f)

La Escuela de Parteras define el perfil profesional de la Partera:

Es la persona que con formación científica, motivación, aptitud y actitud responsable proporciona una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital en: promoción de la salud, prevención de la patología, diagnóstico y rehabilitación de los procesos patológicos, atención dirigida hacia la mujer y al hijo/a, en el diagnóstico, control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio normal, asistencia al recién nacido sano y al lactante. Todo ello mediante el uso de los instrumentos clínicos y tecnológicos adecuados, interviniendo tanto en los procedimientos clínicos normales como en la ejecución de eventuales medidas de emergencia. Asimismo, desarrolla asesoramiento y educación para la salud, dirigidos a la mujer, familia y comunidad. Esto incluye la educación prenatal y preparación para el parto, nacimiento, puerperio y crianza, enfocada hacia la salud integral de la mujer y, en particular, hacia su salud sexual y reproductiva. (Escuela de Parteras, s.f. p 1).

5.7.0- Caracterización de Centro de Salud Ciudad Vieja

La presente investigación, se situó geográficamente en el Centro de Salud Ciudad Vieja, ubicada en el barrio de Montevideo, Uruguay, con el mismo nombre. Se consideró de importancia incluir en el marco teórico una breve caracterización de la zona, para situarse en contexto.

La Ciudad Vieja está ubicada al suroeste del departamento de Montevideo, Uruguay.

Sus límites son las calles, Rambla Francia, Rambla Roosevelt, Florida, Plaza Independencia, Ciudadela. (IMM, 2015) (Anexo 3).

El barrio pertenece al Municipio B. Y está bajo el control de Centro Comunal Zonal N° 1 (CCZ1). (IMM, s.f).

El Municipio B comprende los barrios: Cordón Norte y Sur, Parque Rodó, La Comercial, Palermo, Tres Cruces, Ciudad Vieja, Centro, Barrio Sur y parte de la Aguada y la Comercial.

Hay una población permanente en el entorno de 147.577 habitantes, de los cuales 65.980 habitantes son hombres y 81.597 habitantes son mujeres. (IMM, 2015).

El Municipio representa el 11,1% del total de Montevideo, capital del país con una población total de 1.319.108 habitantes, aproximadamente. El 100% de la población es urbana y mayoritariamente tiene ascendencia étnica blanca (92,9%), la población afro representa el 2,6% de la población. (IMM, 2015).

El 29,7 % son niños, niñas y jóvenes de 0 a 24 años de edad, sumando un total de 43.793 habitantes. Por otra parte, los adultos mayores de 65 años ocupan el 17,1 % del total de la población, con un total de 25.244 personas que se encuentran en esa franja etaria.

Según INE, por datos obtenidos en el censo realizado en el 2011, había 77.033 inmigrantes, situados principalmente en los departamentos de Montevideo,

Canelones y Maldonado, siendo un 2,4% de la población total del país. Dentro de Montevideo el barrio con mayor concentración de población migrantes, es la Ciudad Vieja, algunas de las causas es la gran cantidad de canales situados allí para la información en búsqueda de empleo, vivienda y trámites, también por el apoyo existente entre migrantes. (IMM, 2015). Según datos de Mides y FCS (2017), el 23,5% de la población procedente de Perú vive en la Ciudad Vieja siendo los peruanos la mayor población migrante, que allí reside. También encontramos población de otros países latinoamericanos, como cubanos 5,6%, colombianos 10,8% y paraguayos 3 %. Existe una nueva ola creciente de población Dominicana, de la que todavía no se conocen datos estadísticos. (Mides, 2017).

La Ciudad Vieja fue el corazón de un territorio mayor, y concentró durante décadas las actividades políticas, administrativas, comerciales y culturales de la ciudad. Como consecuencia de este pasado, su área interior alberga un rico patrimonio edilicio que, como en ningún otro sector de la ciudad, exhibe toda la variada gama de estilos que caracterizan a Montevideo. (IMM, 2015).

El centro de salud referente de ASSE, es el Centro de Salud Ciudad Vieja, que se ubica en la calle 25 de Mayo 183 entre Maciel y Guaraní. Es gestionado por la RAP (Red de Atención del Primer Nivel) Metropolitana de ASSE (Anexo 2) Es un centro de fácil acceso, ubicado en un punto clave del barrio, por su cercanía con el Hospital Maciel. Cuenta con un amplio horario de atención, de lunes a viernes de 8 a 16 horas. (Municipio b s.f).

Además cuenta con varias líneas de transporte urbano (CA1, 21, 60, 121, 64, 103, 147, 148...) incluyendo ciclo vía y posee rampas que facilitan el acceso a personas con discapacidades.

Los servicios que brinda son:

- Medicina general
- Pediatría
- Partera

- Ginecología
- Odontología
- Nutricionista
- Psicología
- Laboratorio
- Farmacia
- Enfermería y vacunación
- Policlínica de IVE
- Espacio adolescente
- Diversos talleres de prevención y promoción en Salud.

Dado a que la policlínica forma parte del Municipio B, participan en conjunto, juntos con otras organizaciones tanto públicas como privadas, realizando talleres para el adulto mayor y jornadas de educación en salud, formando una red de prevención y promoción en salud para el municipio. Esta red obtuvo varios premios a nivel nacional, y representación en varios congresos internacionales. (Municipio b, s.f).

En el centro también funciona el “Espacio adolescente” en donde se les brinda una atención integral a sus necesidades.

6.0- Objetivo General

Conocer cómo viven el proceso de la gestación fuera de su país de origen, las usuarias migrantes que controlan su gestación con Obstetras Parteras/os en el Centro de Salud Ciudad Vieja, en el periodo mayo-julio 2020.

7.0- Objetivos específicos

- Indagar sobre la situación de maternidad en condiciones de migrantes en la población objetivo.
- Determinar, si en su condición de migrantes, existen condicionantes/barreras o facilitadores en el acceso a la salud, más concretamente en el control de embarazo.
- Identificar las necesidades en cuanto asistencia durante en control obstétrico, teniendo en cuenta las diferencias culturales.
- Evidenciar, la percepción de las usuarias, en relación a asistencia con Obstetra-Partera/o, en el control de embarazo.

8.0- Metodología

8.1.0- Tipo de Estudio

El diseño metodológico que se planteó es de tipo cualitativo-interpretativo dentro de la teoría fenomenológica, dado que planteamos entender un fenómeno social como es la migración desde la propia experiencia del actor.

La investigación cualitativa se considera como un proceso interpretativo de indagación, basado en distintas metodologías. (Creswell, 1998). Una de las características de este tipo de investigación es descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente.

Dentro de las distintas metodologías que forman parte del mosaico de las investigaciones cualitativas, se encuentra la fenomenología cuyo objetivo radica en la investigación directa y la descripción de los fenómenos que experimenta conscientemente, sin teorías sobre sus explicaciones causales o su realidad objetiva, trata de comprender cómo las personas construyen el significado. La fenomenología se enfoca en lo que la gente experimenta en relación a un hecho o fenómeno determinado y cómo se interpretan esas experiencias. (Valles, 1999).

Se realizó un estudio de tipo descriptivo e interpretativo, ya que planteamos establecer una descripción lo más completa posible sobre el fenómeno a estudiar. Este tipo de estudio radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Utilizan criterios sistemáticos que permiten poner en manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, en nuestro caso el de las recientes migraciones y la vivencia de la maternidad en nuestra población objetivo, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes. (Sabino, 1992).

8.2.0- Área de Estudio

El área de estudio fue el Centro de Salud Ciudad Vieja, perteneciente a la Red de atención Primaria Metropolitana (RAP). Dicho centro se encuentra en el barrio Ciudad Vieja de Montevideo, Uruguay.

8.3.0- Universo o Muestra

La muestra se constituyó por usuarias migrantes que controlaron su gestación con Obstetras Parteras/os del Centro de Salud Ciudad Vieja.

Los criterios de inclusión fueron el género femenino, que se encontraban en alguna de las etapas de la gestación, migrantes sin importar su condición legal, que se asistían con Obstetra Partera/o y que fueran mayores de 18 años. Los criterios de exclusión fueron las migrantes hijas de retornados uruguayos, menores de 18 años y la no firma del consentimiento informado.

8.4.0- Técnica de recolección de datos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, en el periodo Mayo-Julio 2020, ya que tomando en cuenta los objetivos planteados, se creyó que este formato de entrevistas nos posibilita crear una instancia para que la población objetivo

pueda relatar y poder profundizar en su vivencia de la gestación en un país diferente al suyo propio. Al tratarse de un estudio que pretende describir desde la perspectiva de la vivencia propia de la población unos fenómenos sociológicos actuales, este tipo de entrevistas en donde las preguntas son abiertas son las que permitieron cumplir con los objetivos.

En el primer acercamiento de campo, se realizó un relevamiento de datos sobre los totales de mujeres que se asistían en el Centro de Salud y controlaban su embarazo. De 35 mujeres que se controlaban el embarazo en ese momento 21 de ellas eran migrantes y de esas 14 usuarias asistidas por Obstetra Partera/o. Por tratarse de un número de muestra poblacional bajo, se intentó realizar las entrevistas al total de la población objetivo, supeditado al consentimiento de las usuarias y a la saturación de datos.

Las entrevistas fueron registradas de manera magnetofónicamente, previo consentimiento informado, transcritas y posteriormente analizadas desde una perspectiva interpretativa.

8.5.0- Consideraciones éticas

Dado que el tema de investigación, fueron seres humanos, nos enmarcamos en el decreto 158/19 del MSP. Dicha investigación se comienza previa aprobación del Protocolo de Investigación, por el Comité de Ética Institucional. Se les entregó a los/as participantes consentimiento libre e informado, en donde se explicó brevemente temas, objetivos y problemas de la investigación, etc. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los/as participantes, así como también la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento de la misma sin ningún tipo de represalia al respecto.

El protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell, además de contar con los avales correspondientes, de las instituciones involucradas, Escuela de Parteras, Rap Metropolitana.

9.0- Cronograma

	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Cuarto Trimestre
Revisión de bibliografía				
Contacto con Instituciones. Obtención de avales				
Selección de personas para entrevistas				
Realización de trabajo de campo y desgravación				
Tabulación de datos e informe preliminar				
Análisis y conclusión				

10.0- Análisis y discusión de datos.

Al concluir el trabajo de campo, el universo de usuarias que cumplían con nuestro criterio de inclusión fue de catorce. Pudimos realizar nueve entrevistas ya que, tres usuarias eran puérperas que ya habían cumplido con su control puerperal y no tenían nueva fecha para concurrir a la policlínica. A las restantes dos se les realizó pase a alto riesgo obstétrico en Centro Hospitalario Pereira Rossell, por patologías propias de la gestación, por lo que no volverían a concurrir al control obstétrico en el Centro de Salud Ciudad Vieja quedando fuera del criterio de inclusión.

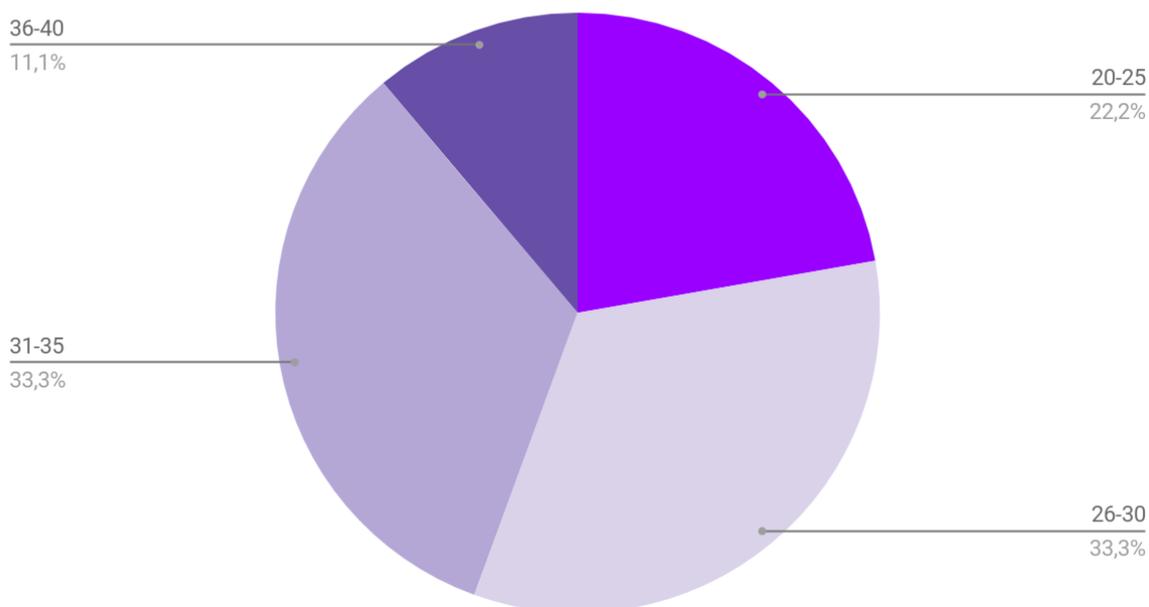
En un primer análisis se recabaron resultados a nivel descriptivo de los datos patronímicos de las usuarias entrevistadas, datos importantes para construir un perfil demográfico, que nos permitió un análisis cualitativo y verificó los objetivos específicos de la investigación.

Al analizar la variable edad, se encontró que el promedio de edad de las usuarias entrevistadas es de 27 años. Encontrándose casi un 70 % de participantes entre los 26 y 35 años, (Gráfico N°1). Este dato coincide con los datos mencionados en el marco teórico referente al perfil demográfico de la población migrante reciente de nuestro país que sostiene que la mayoría de los migrantes llegados recientemente a nuestro país se encuentran entre la franja etaria de 20 a 39 años, población económicamente activa. (Koolhas, Nathan, 2013).

Edades	
20-25	2
26-30	3
31-35	3
36-40	1

***Tabla N° 1 Edades**

Edades



***Gráfico N° 1. Promedios de edades de usuarias entrevistadas. Se puede ver que las franjas etarias predominantes son de 26-30 y 31- 35, ambas con un 33.3% del total.**

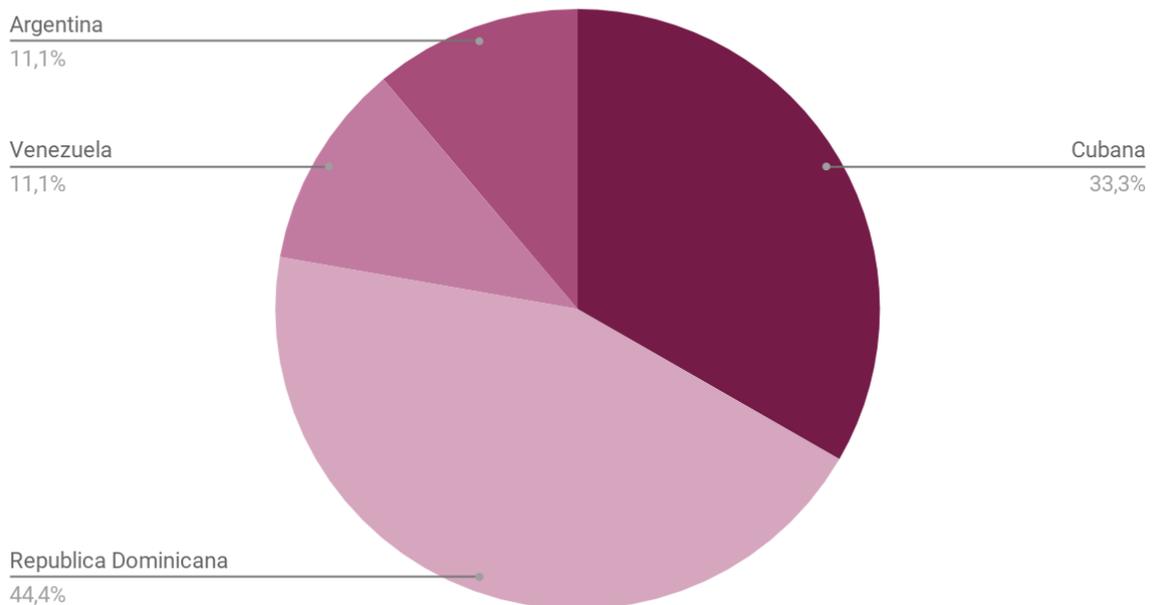
En cuanto a las nacionalidades, tres cuartos de las participantes son procedentes de Centro América, predominando República Dominicana como país emisor, siguiendo en orden decreciente Cuba, Venezuela y Argentina. Si bien es un muestra pequeña y estadísticamente no representativa, concuerda con los datos recogidos en otro estudio como el de la Asociación Idas y Vueltas, estudio descriptivo cuantitativo, sobre la población que se asiste en el Centro de

Enfermería Intercultural (CEI) que funciona en dicha asociación. Los datos obtenidos fueron que la población migrante que concurría al CEI, era en su mayoría adulta, femenina y provenientes en orden decreciente de Cuba, República Dominicana, Venezuela.

Nacionalidades:	
Cuba	4
República Dominicana	3
Venezuela	1
Argentina	1

***Tabla N ° 2. Nacionalidades**

Nacionalidades



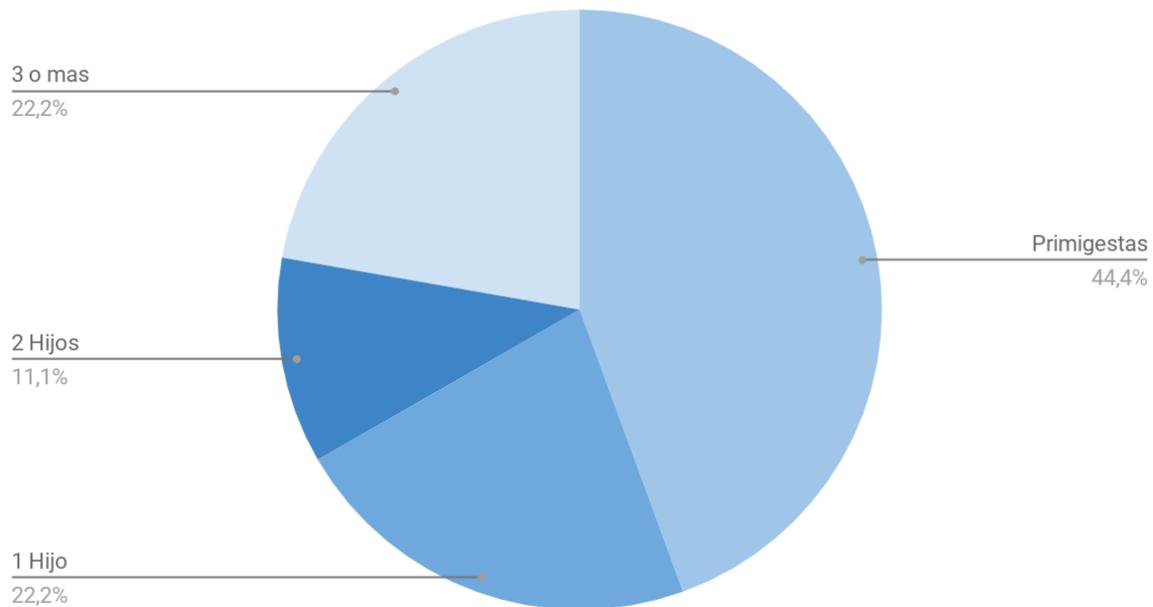
*** Gráfica N° 2, Nacionalidades de procedencia de las usuarias entrevistadas, siendo República Dominicana el país emisor predominante, seguido por Cuba, Venezuela y Argentina. Se aprecia que más del 75 % pertenece a países Centroamericanos.**

En la gráfica N° 3, se evidencia los antecedentes obstétricos de las usuarias entrevistadas, cuatro de ellas eran primigesta, es decir que estaban transitando su primera experiencia con la maternidad y la gestación en un país que no es el propio. Más de la mitad de las participantes (55,5%) eran multíparas, dos usuarias con un hijo, una con dos hijos y dos con tres o más. La mayoría de los hijos de las participantes se encontraban en su país de origen. Solo una de las usuarias, originaria de Argentina y que se encontraba en nuestro país hace veinte años, vivía con sus hijos en Uruguay, todos ellos nacidos aquí también.

Antecedentes Obstétricos:	
Primigestas	4
1 Hijo	2
2 Hijos	1
3 o más	2

***Tabla N°3. Antecedentes Obstétricos**

Antecedentes Obstetricos

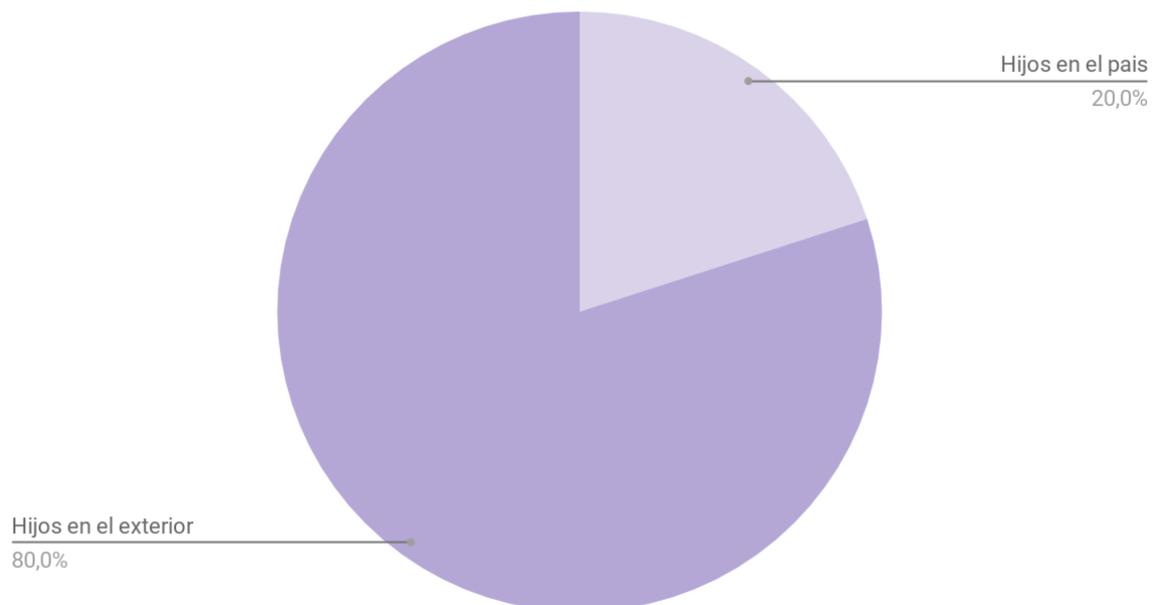


*** Gráfica N° 3 - Antecedentes Obstétrico, en la cual puede verse reflejado que la mayoría de las usuarias entrevistadas fueron multíparas (55,5%) y en su minoría primigestas. (44,4 %)**

Residencia de Hijos:	
Hijos en el país	1
Hijos en el extranjero	4

***Tabla N° 4. Residencia de los hijos**

Residencia de los Hijos

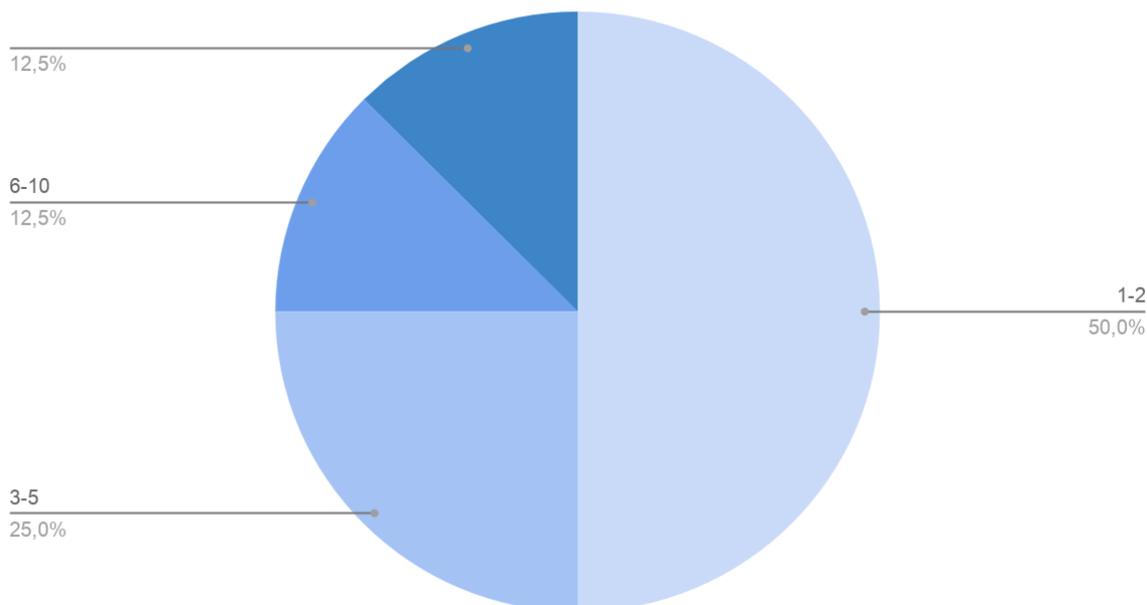


*** Gráfico N ° 4- País de residencia de los hijos de usuarias entrevistadas. 8 de cada 10 de los hijos de las participantes se encuentra en su país de origen.**

Años de residencia	
1-2	4
3-5	2
6-10	1
10 o más	1

***Tabla N° 5. Años de residencia**

Años de Residencia



*** Gráfico N° 5 - Años de residencia. Predominan migraciones recientes con menos de 2 años de residencia en nuestro país.**

El total de usuarias que participaron en la investigación se encontraban en pareja. En cuanto a la nacionalidad de sus parejas, una era de nacionalidad uruguaya y las restantes ocho se encontraban en pareja con varones de igual nacionalidad.

Seis de ellas conocieron a su pareja en Uruguay y dos de ellas migraron a nuestro país con su pareja. Este es un dato importante, dado que durante el embarazo el estar en pareja puede actuar como factor de riesgo o protector, todo depende del tipo de vínculo que tengan y si esta actúa como una red de apoyo a nivel emocional y de sostén, más aún en la situación de migrantes de las participantes, desprovistas del acompañamiento familiar, siendo su pareja el único vínculo en nuestro país, en estos casos actuaría como factor protector psicosocial. En el caso contrario en las que el vínculo no sea bueno o pueda sufrir violencia doméstica, tener pareja y que esta sea su único vínculo, actuaría como factor de riesgo. Ninguna de las usuarias refirió mal vínculo con su pareja,

tampoco fue una pregunta directa de la investigación ya que solo se contó con un encuentro y no pareció suficiente para crear un clima de confianza, además de no encontrarse dentro de los objetivos de nuestra investigación.

En base a los objetivos específicos y en relación a los datos obtenidos en las entrevistas realizadas es que se crearon cinco categorías de análisis. Las mismas fueron:

- Gestación en condición de migrante.
- Barreras en el acceso a la salud.
- Facilitadores en el acceso a la salud.
- Necesidades asistenciales.
- Asistencia con Obstetra Partera/o.

10.1.0- Gestación en condición de migrante

Se entiende por gestación en condición de migrante, cuando el embarazo ocurre en un país diferente al de nacimiento de la participante. Se analizó las implicaciones que tiene ser migrante en la gestación a nivel emocional, social y cultural.

¿Fue una opción o una circunstancia de vida la que le llevó tener un hijo fuera de su país de origen?

Entrevistada 6:

“Si varias veces fui, pero eh yo estaba yo estaba, no estaba en este hospital si no en un hospital como privado y el doctor me dijo que para yo hacerme eso tenía que tener como 1 año acá, residiendo en Uruguay y entonces no tenía el año y bueno me dijo que iba a hablar con sus superiores, más alto para ver todo eso y cada día más que iba se me dificultaba, me mandaba para

migración para ver si me hacían un papel, para yo llevarlo al hospital y bueno desistí de eso dije que ya.”

Entrevistada 9:

“Ehhhhh haber... no lo evitamos de cierta manera pero tampoco estaba dentro de nuestros planes y cuando descubrí que estaba embarazada quería interrumpir pero hacía dos meses que estábamos acá eh hh tenía el proyecto de traer a la otra niña que la teníamos allá y obvio que me sentí mal al inicio no quería no, decía... vivíamos en una pensión menos mal que teníamos trabajo no sabíamos cómo nos íbamos a desenvolver, al inicio fue algo... pero bueno con el apoyo de varias personas aquí todo bien.”

Fue el embarazo buscado para tres participantes y no buscado para seis de ellas, de las cuales dos al principio pensaron en la posibilidad de una interrupción voluntaria del embarazo, pero por el tiempo que tenían de residencia en nuestro país quedaron fuera de la ley de IVE, dado que uno de los requisitos de la ley es contar con más de un año de residencia. Por este motivo, decidieron continuar con la gestación. Al momento de realizar las entrevistas eran embarazos aceptados para el total de las participantes. Es importante resaltar que en la entrevista número nueve, la participante manifiesta haber encontrado rápidamente redes de apoyo y contención en nuestro país.

¿Puede relatar la vivencia de la gestación fuera de su país?

Entrevistada 2:

“Bueno te digo la verdad no me siento bien me siento súper mal porque yo quisiera estar con mi bebé con mi niña que la deje de 1 año y imagínate en veces yo quisiera irme en veces yo me pongo y lloro y no es fácil.”

Entrevistada 3:

" A estado bien pero como solamente estamos solo los dos ha sido un poco difícil en cuanto quieres compartir esos momentos capaz con tu familia con tus amigos y hemos vivido el embarazo a pesar de que ha salido todo bien hemos estado solo los dos capaz que me hubiera gustado compartir este momento con mi familia y mis allegados"

Entrevistada 4:

"incomoda, porque no estás con el resto de tu familia, a veces te sentís bien otra veces te sentís mal. Trato de llevarla. "

Entrevistada 7:

"Bueno, me ha ido bien dentro de todo porque tengo acá por ejemplo la compañía de mi padre y tengo a mi pareja pero es un poco difícil te falta el afecto de la familia compartir principalmente con tu madre que es fundamental en estos momentos que es un momento primordial en la vida de uno y muy especial, pero dentro de todo converso con ella hablamos."

Entrevistada 9:

"si, ehh haber mi esposo es muy él siempre me ha apoyado y en cuanto uno se siente más solo porque no tiene a la familia es lo que suele suceder cuando uno está embarazada y más en cuba no están los padres de uno para ayudar, la otra niña tenía miedo al inicio de cómo iba a tomar ella de que la dejé allá y me vine para acá, saber que yo estaba, muy ingrato fue"

Entrevistada 1:

"Normal, deje las pastillas porque mi ciclo estaba irregular y a los meses estaba embarazada. No estábamos muy seguros, pero sí sabíamos que lo íbamos a dejar."

Entrevistada 2:

“Bueno no te voy a decir que me sentí mal, me sentí súper contenta porque mi esposo quería y yo también, es el primer hijo de mi esposo...”

“Bueno en verdad yo lo deseaba no te voy a decir que no yo lo busque hasta que lo logre no me siento ni tan mal pero tampoco me siento igual porque sé que mi hijo va a nacer acá va a ser ya de este país sea me vaya a Dominicana a quedarme él tiene que volver otra vez por me dicen que no le lo puedo llevar se retirada hasta que tenga x edad bueno y así sucesivamente.”

Entrevistada 3:

“Y la verdad fue una sorpresa porque no lo esperábamos, pero feliz, feliz y encantada porque ya tenemos una estabilidad aquí y sé que podíamos ahora con el embarazo y la verdad muy contentos porque es el primer hijo de ambos.”

Entrevistada 6:

“De verdad que lo pensé mucho, me frustré porque yo quería seguir trabajando, ósea yo pensé bueno voy a tener un bebé me va a truncar, un poquito, porque yo tengo a mi madre tengo a mi padre allá y tenía eso metido en la cabeza de que tengo que trabajar tengo que trabajar tengo que trabajar tengo que producir dinero, tengo que trabajar tengo que trabajar y me echaba la culpa a mí. Yo decía que es mi culpa y bueno me fui resignando, poco a poco y me di cuenta que no es un error”

Las participantes se encontraron de acuerdo con que la gestación fuera del país de origen era diferente y ambivalente, si bien era un evento considerado feliz la mayoría del tiempo en algunos momentos se hacía más difícil, por dos motivos que se repitieron en la mayoría de las entrevistas, por un lado la falta de contención familiar y en especial de las madres y también el extrañar a su hijos que se encontraban separados de ellos. De las usuarias con hijos en el exterior tres de ellas son menores de edad y solo una de ella tiene un hijo mayor de edad en su país de origen. Estas usuarias no ven con una opción al menos a corto plazo el traer a sus hijos a vivir con ellas en nuestro país. Este dato se

corresponde con los obtenidos en otros estudios e investigaciones realizadas en nuestro país y mencionadas anteriormente en el marco teórico y reflejo unos de los problemas que se encuentran las mujeres migrantes, que muchas veces no pueden lograr la unificación familiar en su estadía en el país.

Se concluyó en términos generales que la gestación se trata de un estado de ambivalencia entre la alegría y la tristeza y como migrantes se enmarca un poco más la tristeza por la falta de los vínculos familiares y además el principal proyecto de la población migrante en nuestro país es el económico, que se ve un poco delegado por el cuidado de la gestación. Por lo que la gestación en condición de migrantes se vive con altas y bajas emocionales, que en su mayoría son sostenidos por su vínculo de pareja y amigos que crearon en nuestro país.

10.2.0- Barreras en el acceso a la salud

Se define como barreras en el acceso a la salud, a condiciones desfavorables que dificulten o eviten el correcto acceso a la salud. Estas condicionantes pueden ser a nivel físico (accesibilidad), geográficos, administrativos o emocionales como pueden ser la discriminación o malos tratos.

¿Encontró algún obstáculos en la utilización de los servicio de salud?

Entrevistada 3:

"No, apenas comencé a trabajar me dijeron que tenía acceso a escoger una mutualista o pública y bueno accedí a tener, a escoger Asse porque me dijeron que era buena, y al principio prácticamente no lo usaba al servicio médico pero cuando lo usaba siempre tuve buen recibimiento por parte de doctores y enfermeras."

Entrevistada 9:

“No no, lo primero que hicimos cuando llegamos, no teníamos trabajo ni nada, fue primero garantizarnos primero la salud y fue lo primero que hicimos ya después cuando tuvimos trabajo tuvimos la oportunidad de una mutualista pero es lo que digo yo en cuba es pública para todo el mundo para el rico para el pobre digo nosotros no somos personas que nos enfermamos somos jóvenes, vamos a quedarnos acá mismo en Asse con el embarazo la he llevado súper bien.”

En cuantos a las barreras para el acceso a la salud en nuestro país en condición de migrantes, ninguna de las participantes señaló alguna para los servicios de Asse, solo una usuaria señaló que en el prestador de salud privado en el que se encontraba anteriormente, veía como una barrera económica el tener que costear los medicamentos y tickets, aparte de la cuota descontada por Fonasa.

10.3.0- Facilitadores al acceso a la salud

Facilitadores al acceso a la salud, son aquellas condiciones o acciones que hacen que para la usuaria sea más fácil hacer uso de los servicios de salud.

En cuanto a los controles de asistencia obstétrica, puede mencionar por favor 3 fortalezas y 3 obstáculos con los que se haya encontrado en los mismos.

Entrevistada 1:

“Muy buena atención, es diferente pero todo bien.”

Entrevistada 3:

“Por lo menos, yo solamente me he atendido aquí, no puedo contarte de otros lugares y desde que he estado aquí he tenido buen recibimiento del laboratorio, administración, enfermería también nunca me han tratado mal y he recibido maltratos, creo que trabajan de buena forma”

Entrevistada 5:

“Hoy por hoy las cosas buenas es que me solucionan todo enseguida (risas), no es que tardó tiempo en conseguir una fecha para partera, tiempo en conseguir una fecha para laboratorio venir a hacerme los estudios o una ecografía, no, es bastante rápido todo, de hecho es rápido a comparación de otros años es mucho más rápido. Y después cosas malas no.”

En cuanto a los facilitadores destacan la buena disponibilidad y atención de los funcionarios de salud y la rapidez de las gestiones en cuanto a fechas y tiempo de espera.

10.4.0- Necesidades asistenciales

Se entiende por necesidades asistenciales satisfechas, a la conformidad de las usuarias en cuanto al control obstétrico integral, es decir si el número de controles es el adecuado, la cantidad de paraclínica y ecografías realizadas es suficiente (más allá de las normas, centrándonos en el sentir de las usuarias) y si los procedimientos y preguntas realizadas en el control de embarazo fueron satisfactorios.

¿Sentí que cumplió con sus expectativas y necesidades?

¿Modificaría algo en el control de embarazo que se le realizó?

Entrevistada 2:

"No no te puedo decir que le cambió nada todo perfecto. No te puedo decir que no me puedo quejar, eso es una perfección yo digo eso es una doctora de 100 es un cuidado único ósea, cierto es así conmigo quizás con las otras pacientes sea igual porque no voy a decir que solo sea así conmigo, es una doctora excelente en cuanto a la forma de ella todo"

Entrevistada 5:

"Si más ecografías porque una en el embarazo siempre está atenta al que el bebé esté bien, o capaz que estas un día que ya no lo sentís te pones nerviosa, o como que una también quiere verlo mucho más en el embarazo, más allá de que sea el control estricto de que tengas 4 ecografía por embarazo y cumplas con el régimen de todas las visitas a la partera, es como que son pocas las ecografías, por la necesidad de estar con él, son 9 meses, a una se le hacen eternos, los 9 meses, es como si fueran años, entonces una como que está ansiosa para que te diga la partera tenes ecografías y que ya te den hora y ya hacerla, claro, porque con más que tengas 1 mes y medio o 2 meses que en realidad no ves nada porque es mínimo, ya eso como que te despierta ese sentido de maternidad o de la pancita, que en realidad es mínimo y no ves nada, es como que creo eso fortalecería mucho más a las madres"

Entrevistada 3:

"Más ecografías para ver a mi bebe (risas) , eso me gustaría más pero no por control porque sea necesaria por algún tipo de examen que se tenga que ver sino por ver más a tu bebé porque es normal, yo como madre ahora quiero verlo todo el tiempo"

Entrevistada 4:

"Mala ninguna veo todo bien, lo encuentro normal."

Entrevistada 5:

"No, no, creo que hace unos años atrás la atención no era tan buena, como ahora, era como más, no sé cómo fue que cambió, que fue lo que cambio, pero, pero es como que son más atentos, antes eran más ordinarios, más de mal humor, como que atendían de mala manera todo el tiempo"

Entrevistada 7:

"No está todo bien, el seguimiento es bastante a menudo todo bien."

El total de las participantes refirieron sentirse con las necesidades asistenciales satisfechas y cuando se les preguntó si modificarían algo en la atención la mayoría dijo que más ecografías, pero no por ser una necesidad asistencial, sino una manera de fortalecer el vínculo del binomio y poder de una forma ver a sus bebés.

10.5.0- Asistencia con Obstetra Partera/o

Se propuso como objetivo específico evidenciar la percepción de las usuarias en cuanto a la atención con Obstetras Parteras/os. Si sentían que las mismas les brindaban una buena atención con perspectiva intercultural, de manera integral, prestando atención tanto en lo físico como en lo emocional, social y cultural.

¿Cómo percibió la asistencia con Obstetra Partera/o?

Entrevistada 1:

“No, no tenía idea. Al comienzo me atendí con una doctora y después pasé con la partera, pero para mí es como un ginecólogo”

Entrevistada 2:

“Muy buena me gusta la atención, como ella me atiende como ella. Es una amor ella es me encanto esa esa doctora... incluso yo le dije a mi amiga que ella está embarazada yo le dije a ella mira chequear con mi doctora que ella es una doctora especial única para ser la primera doctora”

Entrevistada 3:

“Son gineco obstetras normalmente, posiblemente siempre te va a atender la ginecóloga con que te has visto desde que, antes de salir embarazada para tu control normal, sigue viendo tu embarazo todo el tiempo y este, no me

parece a mí me gusta más el estilo de aquí es como más humanizado puede ser? Yo tuve una asistencia aquí con la partera, no tuve esa opción la voy a escoger ni nada porque como no conocía a nadie, dije vamos a intentar con esta partera a ver que tal y la verdad estoy encantada me gusta el trato tanto de la partera como de las chicas que la acompañan."

Entrevistada 5:

"Y me parece que es divina, muy atenta, preguntándome si estoy bien, si me siento bien, fuera del embarazo, si tengo algún problema si sufro violencia, como me llevo con mi pareja, y ta hay personas que se lo toman como que hay que chusma que le importa, porque está bueno porque hay veces que estas embarazadas y con la única persona con la que puedes tener confianza de decirle mira está pasando esto y no sé a quién decírselo porque mi familia capaz que después lo discrimina porque es violento por esto y por lo otro pero es el papá del bebé, creo que esta bueno que las partera sean así y que se apoyen en la paciente, que una está como más sensible, está bueno "

Entrevistada 7:

"Divino, una persona maravillosa como persona y como profesional igual, muy buena preparación un trato divino, hasta el momento no tengo queja."

Entrevistada 8:

"Ehhh.. Bien si desde el primer día me dio todas las instrucciones todo lo que yo tenía que hacer y los estudios y me sentí bien, ósea me sentí confiada."

En países como Cuba o República Dominicana la figura de la/el Obstetra Partera/o, como un profesional de la salud no médico que se especializa y cuya área de estudio es la asistencia de la mujer en su salud sexual y reproductiva, acompañándola en el continuo de cuidados durante la etapa prenatal y luego en el embarazo, parto y puerperio, no existe. Según referían las entrevistadas, en Cuba el embarazo es atendido por un médico general comunitario, que atiende

a todos los habitantes de determinados poblados y cada determinado tiempo concurre un ginecólogo a llevar un seguimiento de las pacientes embarazadas.

En República Dominicana el embarazo y el parto son atendidos por ginecólogos, también en Venezuela y aquí la salud es privada y existe una medicalización más activa del parto y la cesárea.

En nuestro país la Obstetra Partera/o es la/el profesional idónea para la asistencia de la mujer en salud sexual y reproductiva y la atención del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo. La mayoría de las participantes de la investigación no conocían la diferencia entre Obstetra Partera/o y ginecólogo/a. Pero resaltaron que la profesional que las asistía contaba con una buena preparación, era una persona atenta, se sentían bien en su consulta, sentían que las escuchaban y se preocupaban no sólo por su salud y estado grávido, sino también por su aspecto emocional y social.

11.0- Conclusiones

Se logró evidenciar cómo viven las gestantes migrantes del Centro de Salud Ciudad Vieja, su maternidad. La viven de manera ambivalente entre la felicidad, el miedo y la duda. Donde su principal preocupación es estar lejos de sus familias y sus vínculos y el sentimiento de extrañar a sus hijos que residen en su país de origen. Pensando también como sus hijos tomarán la noticia de que “mamá se fue a otro país lejos y va a tener otro hijo en donde está”. Estas mujeres gestantes viven el embarazo teniendo la certeza de que no van a ver a sus hijos por mucho tiempo, no viendo en un futuro cercano la posibilidad de reunificación familiar. Otra de las interrogantes que se plantean estas mujeres, es la de tener un hijo con nacionalidad uruguaya y los posibles impedimentos que esto les puede traer en el momento que deseen volver a su país.

Estas mujeres ven uno de los objetivos principales, por el cual llegaron al país, que es la mejora económica, (trabajar para mandar remesas a sus familia), interrumpido o delegado por la maternidad, esto les genera muchas veces un sentimiento de culpa y miedo ante la duda de que si les traerá dificultad maternar y trabajar al mismo tiempo. El embarazo para la mayoría de ellas no fue buscado, algunas de las entrevistadas pensó en la posibilidad de realizarse una interrupción voluntaria del embarazo, pero no eran amparadas por la ley, dado que no cumplían con el requisito de al menos un año de residencia. Además en algunos de los casos encontraron barreras en el sistema de salud, por parte del personal médico al sentir que no eran claros los pasos que tenían que dar para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que con el tiempo desistieron y decidieron continuar el embarazo, en el momento en que se realizaron las entrevistas todos los embarazos eran aceptados.

Otra de las preocupaciones a la hora de tener un bebé en su situación de migrante, es la solución habitacional. En la mayoría de los casos se encuentran viviendo en pensiones o casas compartidas, en algunos casos viven con la

familia de sus parejas. Esto además de generarles miedo de no saber si estos son los lugares correctos para la crianza de un bebé, tiene dudas de si van a contar con el sostén necesario.

En cuanto al acceso a los sistemas de salud, no se encontraron obstáculos y lograron insertarse fácilmente a él. Siendo una de las primeras cosas que procuraron asegurar cuando ingresaron al país, el acceso a la salud. Todas ellas refirieron que a la hora de elegir entre un prestador de salud privado y público, se decidieron por este último, por las buenas referencias que tenían del mismo. Las mujeres entrevistadas destacaron la buena atención por parte de todos los funcionarios de la salud, desde el personal administrativo, enfermería, profesionales médicos y no médicos. Cuando se les pregunto si habían vivido algún episodio de discriminación por su condición de migrantes todas las participantes contestaron que no.

Como facilitadores en el acceso de salud resaltaron la disposición por parte de los funcionarios, la rapidez en la gestión y tiempos de espera mínimos en citas con profesionales y procedimientos.

Las participantes sintieron que sus necesidades asistenciales se encontraban satisfechas y aunque el asistirse con Partera era algo nuevo para la mayoría de ellas, se sintieron confiadas, contenidas y escuchadas por esta profesional, de la que destacan una buena preparación y buen trato. Expresaron que no le cambiarían nada a la asistencia en cuanto al control obstétrico, sintieron que la atención era enfocada de una manera integral en donde aparte de preocuparse de los aspectos físicos del embarazo, la Obstetra Partera que las asistían, se preocupaba por los aspectos emocionales. Percibieron la asistencia con Obstetra Partera de manera humana, afectiva y profesional. En donde destacaron la excelente preparación profesional, la calidez e interés no sólo de la Obstetra Partera, sino de las internas de Obstetras Parteras/o que la acompañan.

Personalmente se vio cumplidas las expectativas, la presente investigación logró enriquecer nuestra práctica clínica y de esta manera se logró cumplir el objetivo, al acercarnos al fenómeno social de las migraciones desde la mirada de los propios actores.

Por parte de la población objetivo se encontró una entera disposición, sin negativa de ninguna de las participantes de realizar las entrevistas, mostrándose a gusto con ser parte de la misma. Se observó una apertura por partes de las participantes, siendo receptivas, no viendo las preguntas como una invasión a su privacidad.

Culminando la investigación, permitió revelar la necesidad de la creación de redes de apoyo reales para esta población, que se sumen a las existentes. Planes y políticas sociales que faciliten la transición, que permitan ensamblar en rol de maternar y ser una trabajadora activa, sobre todo en la población más vulnerable como es el caso de las migrantes.

12.0- Recomendaciones

Se destaca que la presente investigación permitió un acercamiento al fenómeno reciente de las migraciones y su impacto en la gestación. Visibilizando la importancia de formar profesionales de la salud, desde una perspectiva intercultural para lograr satisfacer las necesidades asistenciales de toda la población que asiste, sin distinción de nacionalidad, etnia, o diversidad cultural.

Recomendamos la realización de futuras investigaciones a más profundidad, con metodología combinada, orientada al modelo etnográfico o a las representaciones sociales. Estos modelos, permiten resaltar los aspectos subjetivos y simbólicos. En donde se puedan realizar más encuentros de entrevistas, para establecer una relación y un trato longitudinal.

Sugerimos la importancia de continuar incorporando en la currícula de la formación de las/os Obstetras Parteras/o, el tema de las migraciones desde un abordaje intercultural en la asistencia en los tres niveles de atención en salud.

La Escuela de Parteras como institución universitaria debe de cumplir con la función de investigación, por lo que pensamos que una posible línea debería ser sobre migraciones e interculturalidad, dado que la migración es el gran fenómeno sociológico del siglo XXI.

13.0- Referencias Bibliográficas

Abu-Warda. N. (s.f). Las migraciones internacionales. El Islam en Europa hoy. Universidad Complutense de Madrid. pp 33- 50.

Achotegui.J. (2006). Estrés límite y salud mental; el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Migraciones, Universidad de Comillas, Madrid (19), pp 59-85.

Achotegui.J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Psicopatología Salud Mental. Núm.11 pp 15-25. Barcelona, España.

Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises (Síndrome del duelo migratorio extremo). Revista Temas de psicoanálisis. Núm. 3 pp 1-16. Barcelona, España.

Aguirre Beltran, G (2006). Antropología Médica, CIENSAS, México.

Baeza, B. (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). Anuario Americanista europeo, 2221-3872. (Nº 11), pp 179-197.

Balado, L, Marina K. (2018). El Cuidado Enfermero en la consulta de Enfermería Intercultural de la Asociación Civil Idas y Vueltas, Montevideo Uruguay. Revista Uruguaya de Enfermería Universidad de la República, volumen 13 (2), pp 22-33.

Carvajal Baron.R, et al. Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina. Revista Cubana de Salud Pública. 2018, v. 44, n. 3, e1061. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127.

Ciudad Vieja. (s.f). Recuperado el 07 de Julio n del 2020 de <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/CentrosSalud/CiudadVieja.htm>

Cortés Castellano. P. (2005). Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades. Serie Población y desarrollo. Programa regional de población y desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE) - División Población/ Fondo de población de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Creswell, J (1998). *Qualitative Inquiry and Research Desing: Choosing among. Five traditions*, Londres, Sage.

Cruz- Coke.R. (2005). Universal de bioética y derechos humanos de UNESCO. *Revista médica de Chile*, 133(9), pp 1120- 1122. Recuperado el 08 de agosto de 2020 de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000900019>

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 Recuperado en 30 de Julio del 2020 de: <https://www.un.org/es/universal-declaration-hu>

Deeb-Sossa, N et al (2013). Experiencia de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: Estudio de caso. *Cada. Saúde, Río Janeiro*, 29(5).p 981-991.

Escuela de Parteras. (s.f). Perfil y Competencia de la/del Obstetra Partera. Recuperado el 01 de agosto del 2020 de: <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>

Facio.A. (2003). Los derechos humanos desde una perspectiva de género y las políticas públicas. *Revistas otras Miradas*. Vol. 3, N° 1. Junio 2003. PP 15-26.

Foronda.C, Nicolaeva, .M, Nogales.R. (2009). Migraciones internacionales y cuantificación de sus efectos en la calidad de vida. Revista Investigación & Desarrollo. N° 9. Vol 1, PP 41-53. ISSN 2518-4431. Universidad Privada Boliviana.

Guzmán A, (1996), Interculturalidad en salud reproductiva, donde estamos y como estamos, OPS- OMS, recuperado de <http://www.paho.org>

Gómez Walteros, JM (2010). La migración internacional; Teorías y Enfoques, una mirada actual. Semestre Económico, 13 (26), 81- 90 [recuperado 17 marzo de 2020] ISSN: 0120- 6346. Disponible en: [https://www redalyc.org/](https://www.redalyc.org/) artículo.09.

González, R (2016). Los proyectos migratorios de las mujeres: un estudio multifactorial. Narraciones de mujeres inmigrantes extracomunitarias en Palma de Mallorca. Universitat de les Illes Balears, España.

González Santos. M.T. (2011). Los efectos de la migración internacional en el contexto de la globalización. En F.J García Castaña y N. Kressova (Coord.). Actas del I Congreso de Migraciones Internacionales en Andalucía. (PP. 2033-2040). Granada. Instituto de Migraciones ISBN 978-84-9213903-03.

Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) (2015). Portal Web, Datos demográficos Recuperado el 07/07/2020 de <https://municipiob.montevideo.gub.uy/node/151>

INE (2006), Metodología, Encuesta nacional de hogares ampliada 2006, Montevideo, INE.

Koolhaas, M, Nathan M (2013), Inmigrantes Internacionales y Retornados en Uruguay; Magnitud y Características. Informe de resultados del censo de población 2011, Montevideo, UNFPA-INE- OIM.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la UNESCO. (2006). Revista de Bioética y Derechos. Publicación Trimestral del Máster en Bioética y Derechos. N° 6. Marzo 2006. Recuperado el de 30 de Julio del 2020 de: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/RevBioDerecho_Mar06.pdf&ved=2ahUKEwjK2x9_PqAhVvHLkGHtk1C6gQFjADegQIBBAH&usg=AOvVaw3eG65CXKV0Pqd2S9CrI-CC

Ley N° 18250, Ley de Migraciones, Tomo 1, semestres 1, Diario Oficial, 2008, Uruguay.

Ley N° 18.335, Ley de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Tomo 1. Semestre 2. Diario Oficial, 2008. Uruguay.

Ley N° 18426, Ley sobre salud sexual y reproductiva. Tomo 2, semestre 2, Diario Oficial, 2010, Uruguay.

Ley N° 18987, Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo, ley de aborto, Tomo 1, semestre 2, Diario Oficial, 2012, Uruguay.

Ley N° 19580, Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los ART. 24-29 de la Ley 17.514, 2018, Uruguay.

Lerin Piñon. S. (2004). Antropología y Salud intercultural; desafíos de una propuesta. Revista Desacatos, núm. 15-16, otoño-invierno 2004, PP 111-125. CIENSAS, México.

López Espinosa. J. (2006). Contribución al estudio de la bibliografía Cubana sobre Obstetricia. ACIMED, 14 (6). Recuperado 3 de mayo de 2020, de

http://sciel.sld.cu/cielo.pho?script=sci_arttext&pid=s1024-94352006000600011&ING.es.

Macadar.D, Pellegrino.A (2006), Informe sobre migración internacional en base a los datos recogidos en el módulo migración de la encuesta nacional de hogares ampliada 2006, Montevideo, UNFPA, UNDP, INE.

Menéndez, E. (2016).Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 1 [Accedido 3 Mayo 2020], pp. 109-118. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>>. Epub Enero 2016. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>

Ministerio de Relaciones Exteriores (2018) Informe anual de residencias. Montevideo

Ministerio de Salud Pública, MSP (2012), Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo. (IVE). Según Ley 18. 987 del 12.10.2012. Montevideo Uruguay, MSP.

Municipio b. Nueva guía de Recursos (2020). Recuperado el 07 de julio del 2020 de <https://municipiob.montevideo.gub.uy/nueva-gu%C3%ADa-de-recursos>

Municipio b. (2011) Límites Geográficos. Recuperado el 01 de agosto de 2020 de: <https://municipiob.montevideo.gub.uy/node/168>

Municipio b. Red Salud. (s.f). Recuperado el 07 de julio 2020 de <https://municipiob.montevideo.gub.uy/participacion/redes/red-de-salud>

Municipio b (s.f) Recuperado el 7 de Julio del 2020 de <https://municipiob.montevideo.gub.uy/tu-gobierno/los-ccz/ccz-1>

Organización Internacional de Migraciones (OIM). (2017). Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay. Nuevos orígenes latinoamericanos: estudio de caso de las personas peruanas y dominicanas Informe final. Montevideo. OIM-UNICEF-UNFPA

Organización Internacional de Migraciones.OIM (2006), Derecho Internacional sobre Migración, Glosario sobre Migración, N° 7, Ginebra, OIM.

Organización de las Naciones Unidas. (s.f) Definición de Derechos Humanos. Recuperado el 30 de Julio del 2020 de <https://www.un.org/es/universal-declaration-hu>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2011). Las parteras en el mundo. Cuidar la salud, salvar vidas. ONU.

Organización Mundial de la Salud. OMS. (s.f) Definición de Género. Recuperado el 30 de Julio del 2020 de: <https://www.who.int/topics/gender/es/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008), Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, Componentes comunitario de estrategias de asistencia integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), DC, OPS.

Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). (1998). Incorporación del enfoque intercultural de la Salud en la formación, desarrollo de recursos humanos. Washington.

Organización Panamericana de la Salud- Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la mujer y reproductiva (OPS/ CLAP/SMR). (2010). Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. Publicación Científica CLAP/SMR N° 1578, 2da edición.

Prestes M (2014). Diferentes modalidades de trabajo de la partería tradicional y profesional en las culturas de Hispanoamérica. UDELAR, Facultad de Medicina, Escuela de Parteras, Montevideo.

Pons E (2015), Parirás con ayuda, primera Ed, Montevideo, Planeta.

Sabino, C. (1992), El proceso de investigación, primera Ed, Caracas, Panapo.

Saenz. M (1999). Programa " Salud y pueblos indígenas". Ministerio de Salud. Santiago de Chile.

Udelar, (2019). Migrantes en Uruguay perspectivas de la Udelar. Revista web, recuperado 5 de junio de 2020, <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/43294>

Universidad de Granada, Departamento de Estadística e Investigación Operativa,(s.f).Definición de Demografía, recuperado el 07/07/2020 de <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.ugr.es/~fa bad/definicionDemografia.pdf&ved=2ahUKEwju8luko7rqAhUNJ7kGHblEDwcQ FjAceqQIBB&usq=AOvVaw3a0KwJ9ndXYtpg7f76oHK2&cshid=1594096248669>

Uriarte Bálamo. P, Urruzola Astiazaran. (2018). Las mujeres, los niños, y las niñas también migran. Corrientes migratorias latinoamericanas en Uruguay desde una perspectiva de género. Revista Encuentros Latinoamericanos, ISSN 1688- 437X, Vol. II, Jul/Dic.2018 (pp 23-48). Montevideo, Uruguay.

Valles, M (1999), Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión Metodológica y práctica profesional, primera Ed, Madrid, Síntesis.

Veliz- Rojas. L. et al. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria en salud: un desafío para la educación superior frente a contexto de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*. 35 (1) e 00120818. pp 1- 11.

Vinay.JM (2017). En busca de...Integración de los migrantes Latinoamericanos en el primer año de llegada a Uruguay. Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.

Zapata.A. (2016). Madres y padres en contexto transnacional: el cuidado desde el género y la familia. *Revista Desacatos*. V 52, septiembre- diciembre 2016. PP 14-31.

14.0- Apéndices

14.1.0- Apéndice 1: Hoja de información y Consentimiento Libre Informado

Estimada:

En el marco de la elaboración del trabajo Final Grado para la obtención del título Obstetra Partera/o de la Escuela de Parteras de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se realizará una investigación titulada: "Vivencia de la gestación en mujeres migrantes, que controlan su embarazo con Obstetra Partera/o en Centro de Salud Ciudad Vieja".

Las responsables de la misma serán Br. Daniela Bentancourt y Br. Florencia Barreda, con la tutoría de la Prof.Adj.Mag. Claudia Morosi y la co- de la Asist. Obsta. Part. Andrea Akar.

Dentro de sus principales objetivos, se puede mencionar:

Conocer cómo viven el proceso de gestación fuera de su país de origen, las usuarias migrantes que controlan su gestación con Obstetra Partera/o en el centro de salud Ciudad Vieja.

Evidenciar la percepción de las usuarias, en relación a la asistencia con Obstetra Partera/o en su control de embarazo.

Identificar necesidades sentidas por parte de las usuarias a nivel asistencial que le brinda Uruguay.

Para la consecución de este fin se realizarán entrevistas semiestructuradas, a mujeres embarazadas que controlan su embarazo en el Centro de Salud Ciudad Vieja, con Obstetra Partera/o.

Cabe aclarar que la participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún beneficio ni perjuicio personal (no afectando la calidad de asistencia).

Solamente tendrá que responder de la forma más clara y honesta que pueda algunas consignas.

La información se maneja de forma confidencial, siendo de uso exclusivo de las responsables de la investigación, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de los participantes durante todo el proceso.

Se señalan que las entrevistas serán grabadas, siendo las transcripciones llevadas a cabo por las investigadoras, a los efectos de preservar su confidencialidad.

El tiempo dedicado por cada participante será de 20 minutos en total.

La participación en la presente investigación, no constituye objetivo de remuneración o compensación material o de cualquier otro tipo. Así los beneficios de la misma se encuentran vinculados a los aportes que esta investigación pueda realizar en torno a la temática central que aborda.

Asimismo, cabe destacar que esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo para los participantes y que en caso contrario, las investigadoras que cargo serán responsables de aquello que pudiera resultar un perjuicio para los mismos, así como la búsqueda y obtención de los recursos que sea necesario desplegar para compensar la mencionada situación.

Por último, mencionar que la contribución de los participantes es muy valiosa, y se les recuerda que pueden rechazar la respuesta a cualquier pregunta y tienen derecho de desistir de participar en cualquier momento del proceso, opción que no involucra ningún tipo de consecuencia para quien la tome.

Por cualquier consulta o duda pueden comunicarse en cualquier momento del proceso con las investigadoras responsables; Br. Daniela Bentancourt, cel.: 098673640, Br. Florencia Barreda cel. 097 323 720.

Firma

Aclaración de Firma

Declaración de consentimiento:

En el presente documento, manifiesto que leí y escuché la información que se me ha brindado sobre la investigación: " Vivencia de la gestación en mujeres migrantes, que controlan su embarazo con Obstetra Partera en Centro de Salud Ciudad Vieja". Se me ha concedido la posibilidad de plantear dudas y preguntas, ante lo cual consideré satisfactorias las respuestas recibidas.

Acepto voluntariamente participar en la mencionada investigación y comprendí claramente que tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mi persona

Acuerdo asimismo ser entrevistado y que la mencionada entrevista sea grabada por las investigadoras responsables.

Firma

Aclaración

Fecha

14.2.0- Apéndice 2:

Pautas de entrevista de TFG “Vivencia de la gestación en mujeres migrantes, que controlan su embarazo con Obstetra Partera en Centro de Salud Ciudad Vieja”

Nombre y Edad

¿Cuál es su país de nacimiento?

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en Uruguay? ¿Puede contarnos con quién vive en Uruguay? Nacionalidades

¿Tiene hijos? Si No , si contesta que sí ¿qué edades tienen? Sexo?
¿Nacionalidad?

¿Viven con usted en Uruguay? Si No

¿Actualmente se encuentra trabajando? Si No Tarea

¿Con aportes en regla o irregular?

¿Le brindaron información sobre derechos laborales? Si dice que si quién y qué tipo de información?

¿Cuántas semanas lleva de embarazo?

¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?

¿Fue una opción o una circunstancia de vida la que le llevó tener un hijo fuera de su país de origen?

¿Puede relatar la vivencia de la gestación fuera de tu país?

¿Usted pudo adaptarse fácilmente al estilo de vida en Uruguay?

¿Encontró algún obstáculos en la utilización de los servicio de salud?

En cuantos a los controles de asistencia obstétrica puede: mencionar por favor 3 fortalezas y 3 obstáculos con los que te haya encontrado en los mismos

¿Sentió que cumplió con sus expectativas y necesidades?

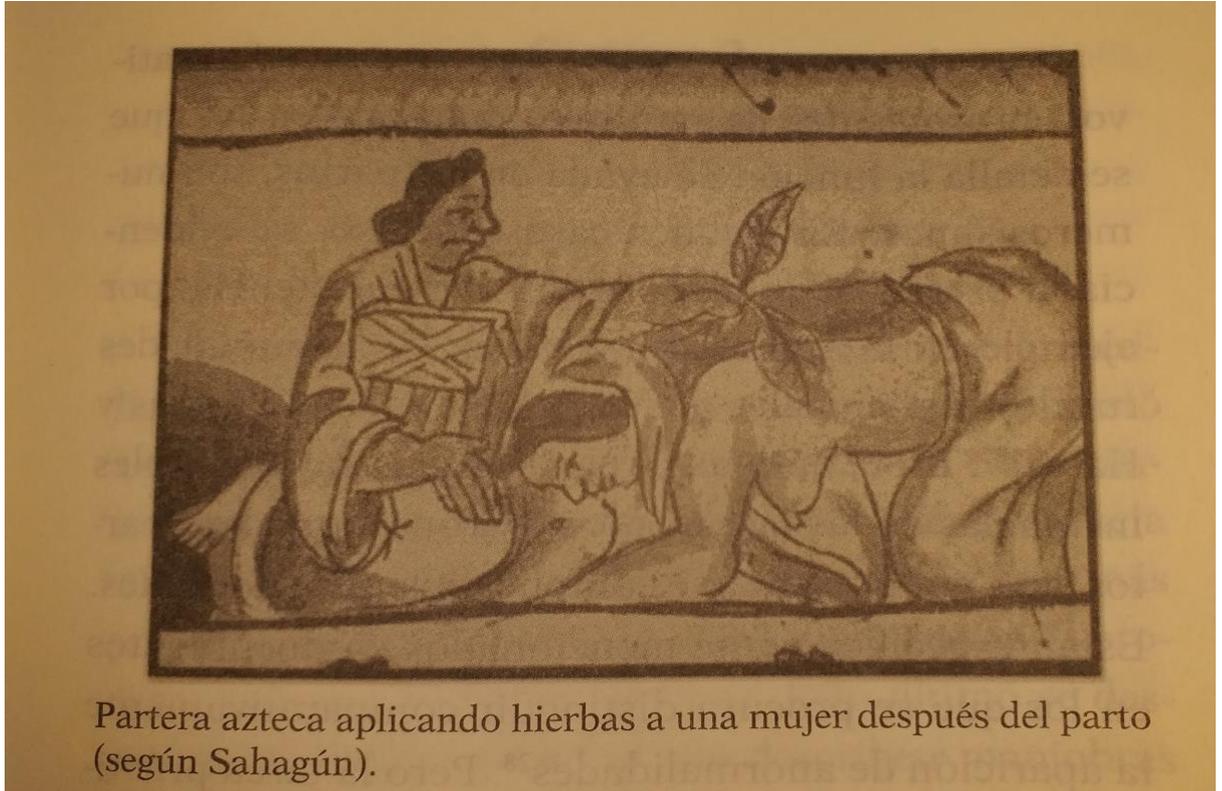
¿Cómo valora el trato del personal de salud hacia ti?

¿Cómo percibió la asistencia con Obstetra Partera/o?

¿Modificaría algo en el control de embarazo que se le realizó?

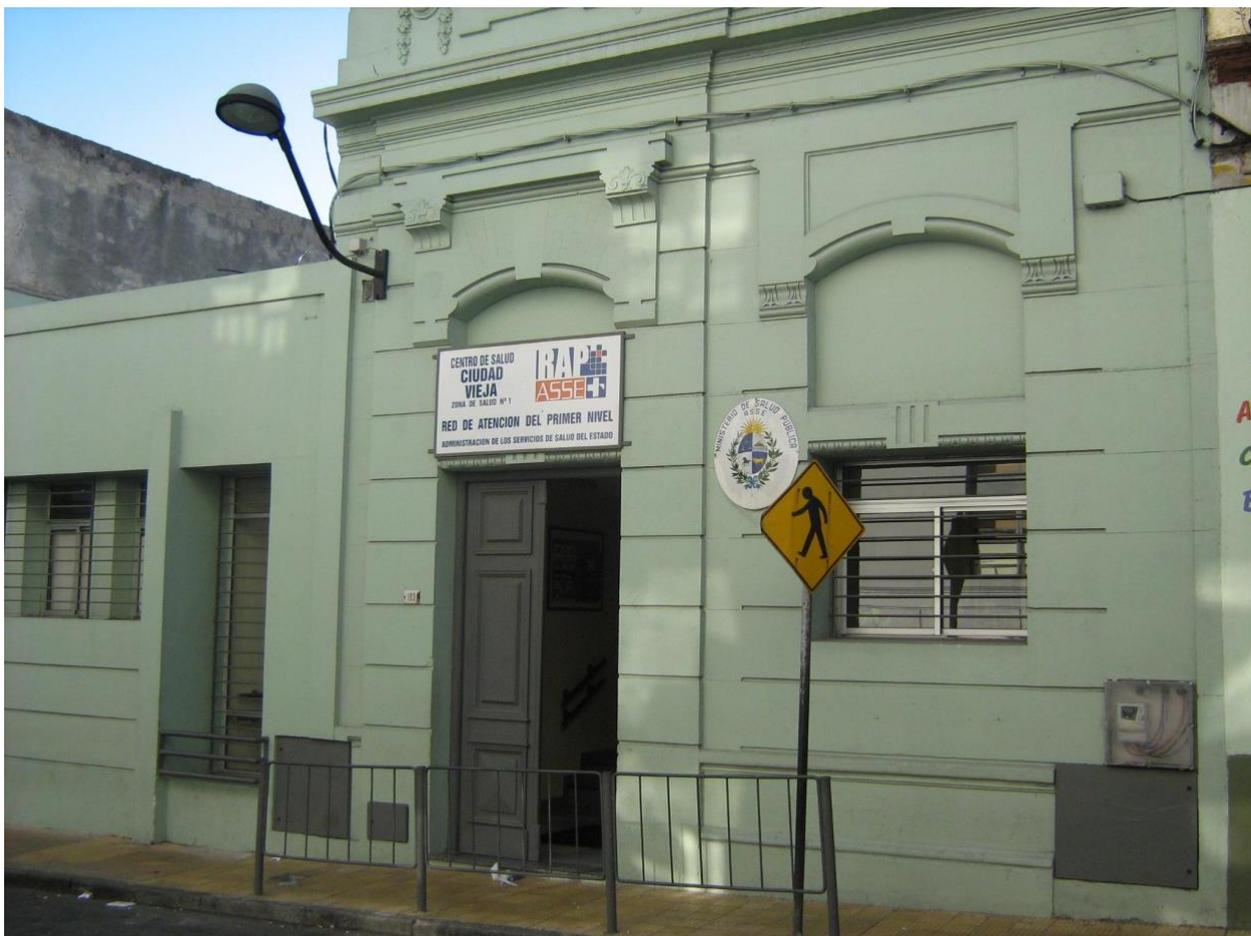
15.0- Anexos

15.1.0- Anexo 1



Extraído del libro "Parirás con ayuda", José Enrique Pons, Ed Planeta, marzo 2015, pág. 37.

15.2.0- Anexo 2



Fachada de Centro de Salud Ciudad Vieja

Extraído de <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/CentrosSalud/CiudadVieja.htm>

15.3.0- Anexo 3



Mapa de límites de Barrio Ciudad Vieja.

Extraído de <https://municipiob.montevideo.gub.uy/node/168>

15.4.0- Anexo 4 Avaales

Aval Comité de Ética Centro Hospitalario Pereira Rossell



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 6 de Abril de 2020.

INTEGRANTES

Coordinadora:
Prof. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti
Prof. Agda. Dra. Virginia Kanopa
Dr. Bruno Cuturi
Dra. Mariana Malet.
Lic. TS. María del Carmen Canavessi
Dra. Olga Larrosa.
Quím. Farm. Fernando Antunez.
Lic. Enf. Scheley Santos.
Prof. Adj. Dr. S. Scasso.
Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez
Lic. Psic. Ruben Garcia.

Secretaria
Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite_etica.investigacion@gmail.com

Recepción de Protocolos
Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay

**A: DIRECCIÓN GENERAL DEL CENTRO
HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL
Dra. VICTORIA LAFLUF**

**DE: INTEGRANTES DEL COMITÉ DE
ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

Por la presente se deja constancia que el Comité de Ética en Investigación considera Aprobado el Proyecto, **" VIVENCIA DE LA GESTACIÓN EN MUJERES MIGRANTES, QUE CONTROLAN SU EMBARAZO CON OBSTETRAS PARTERAS EN CENTRO DE SALUD CIUDAD VIEJA"**. Resp. Br. Daniela Bentancourt, Br. Florencia Barreda. Tutora: Prof. Adj. Lic. Claudia Morosini.

Sin otro particular, saluda a usted atentamente.

Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
e-mail:comite.etica.investigacion@gmail.com

Aval Comité de Ética Centro Hospitalario Pereira Rossell



Montevideo, 8 de abril de 2020.

De: Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafluf

A: Prof. Adj. Lic. Claudia Morosini
Bres. Bentancourt - Barreda

Por la presente adjunto a ustedes nota del Comité de Ética en Investigación de este Centro Hospitalario, referente al Proyecto "Vivencia de la Gestación en Mujeres Migrantes, que controlan su Embarazo con Obstetras Parteras en Centro de Salud Ciudad Vieja".

Le saluda atentamente,

Dra. Victoria Lafluf
Dirección General
Centro Hospitalario Pereira Rossell

Br. Artigas 1590 / Tel.-Fax: 27076667 - 27075224 / direccion.pereirarossell@asse.com.uy

Aval de RAP Metropolitana.



UNIDAD EJECUTORA 02
RAP METROPOLITANA
Colonia 953, piso 3
Teléfono 29044054
direccion.rapi@asse.com.uy

Montevideo, 2 de marzo de 2020

De: Dirección RAP Metropolitana de ASSE

A: Bres. Florencia Barreda y Daniela Bentancourt

Por la presente se deja constancia que el proyecto de investigación "Vivencia de la gestación en mujeres migrantes que controlan su embarazo con Obstetra Partera en el Centro de Salud Ciudad Vieja, presentado por las Bres. Florencia Barreda y Daniela Bentancourt, **cuenta con el aval** de esta Unidad Ejecutora para ser llevado a cabo.

Se recuerda que los resultados de dicha investigación deben ser presentados a la Unidad Ejecutora y que su divulgación debe acordarse con la misma.

Sin más, saluda atte.

Dña. Daniela Raymundo
Adjunta Dirección
RAP Metropolitana - ASSE

