



Facultad de
Enfermería



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Embarazo y migración

Vivencias de mujeres migrantes en Uruguay

Katia Marina Silva

Programa de Maestría en Salud Comunitaria

Facultad de Enfermería

Universidad de la República

Montevideo – Uruguay

Octubre de 2025



Embarazo y migración

Vivencias de mujeres migrantes en Uruguay

Katia Marina Silva

Tesis de Maestría presentada al Programa de Posgrado de Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Magíster en Salud Comunitaria

Directoras:

Mag. Mariana Mugico

Mag. Claudia Hirigoyen

Directora académica:

Mag. Esther Lacava

Montevideo – Uruguay

Noviembre de 2025

INTEGRANTES DEL TRIBUNAL DE DEFENSA DE TESIS

Prof. Mag. Esther Lacava

Prof. Mag. Lourdes Balado

Dra. Gabriela Piriz

Montevideo

Noviembre de 2025

Resumen

La migración internacional contemporánea es un fenómeno de gran amplitud, con tendencia a la feminización. En Uruguay, estadísticas oficiales indican una presencia significativa de mujeres migrantes en edad reproductiva, pero escasea la evidencia científica enfocada en la temática. El objetivo general del estudio es comprender la vivencia de mujeres extranjeras frente a una gestación cursada en contexto de migración reciente. Los objetivos específicos apuntan a esbozar las características sociodemográficas de esas mujeres, identificar la calidad y el rol de sus redes de apoyo y conocer su opinión sobre la atención en salud. El enfoque es cualitativo, de tipo fenomenológico; la población de estudio son mujeres migrantes residentes en Montevideo y su área metropolitana, que llevaron a término un embarazo durante los primeros dos años consecutivos a su radicación; la estrategia muestral es la de la bola de nieve. Los resultados destacan el sentimiento de soledad y aislamiento social relacionado con redes de apoyo insuficientes y una valoración positiva de la atención sanitaria. Se identificaron, además, el rol de género y de la cultura de origen en la vivencia del embarazo; el impacto de la pandemia; situaciones de vulnerabilidad generadas por la imposibilidad de acceder legalmente a la interrupción voluntaria del embarazo, para aquellas mujeres que no cumplieron un año de residencia en el país. En las conclusiones, se destaca la importancia de fomentar redes apoyo de calidad; la necesidad de abordar la salud mental de las personas migrantes y la de modificar la normativa relativa a la interrupción voluntaria del embarazo; el interés de desarrollar la competencia cultural, para mejorar la atención de poblaciones culturalmente diversas.

Palabras clave: Embarazo; Migración; Redes de Apoyo Social; Calidad de la Atención en Salud; Experiencias de vida

Abstract

Contemporary international migration is a wide-ranging phenomenon, with a tendency toward feminization. In Uruguay, official statistics indicate a significant presence of migrant women of reproductive age, although scientific evidence focusing on the topic is scarce. The overall objective of the study is to understand the experiences of foreign women facing pregnancy in the context of recent migration. The specific objectives are to outline the sociodemographic characteristics of these women, identify the quality and role of their support networks, and know their opinions on health care. The approach is qualitative and phenomenological. The study population is migrant women residing in Montevideo and its metropolitan area, who carried a pregnancy to term during the first two consecutive years after settling in. The sampling strategy is that of a snowball. The results highlight feelings of loneliness related to social isolation, insufficient support networks, and a positive assessment of health care. Findings include the role of gender and culture of origin in the experience of pregnancy; the impact of the pandemic; and situations of vulnerability generated by the impossibility of legally accessing voluntary termination of pregnancy for women who had not resided in the country for one year. The conclusions focus on the importance of promoting quality support networks; the need to attend the mental health of migrants and to modify the law relating to voluntary abortion; the importance of developing cultural competence, in order to improve the care of culturally diverse populations.

Keywords : Pregnancy ; Migration ; Social Support ; Quality of Health Care ; Life Experiences

Agradecimientos

A las trece mujeres que compartieron sus vivencias para que este estudio pueda existir.

A mis dos tutoras, Mariana Mugico y Claudia Hirigoyen, por su profesionalismo y sus sugerencias, siempre acertadas.

A la Asociación Civil Idas y Vueltas y sus integrantes, que me ofrecieron la oportunidad de elaborar mi propia migración de la mejor manera.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por el apoyo y el reconocimiento otorgados mediante la beca para posgrados nacionales.

Lista de siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ANII	Agencia Nacional de Investigación e Innovación
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CRM	Centro de Referencia para Personas Migrantes
DDHH	Derechos Humanos
DNM	Dirección Nacional de Migración
DSS-a	Determinantes Sociales de la Salud
DDS-b	Determinación Social de la Salud
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
FEnF	Facultad de Enfermería
FHCE	Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMPP	Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MI	Ministerio de Interior
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MRREE	Ministerio de Relaciones Exteriores
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

MVOTMA	Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
MySU	Mujer y Salud Uruguay
OI	Organización Internacional
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
OnG	Organización no Gubernamental
OSC	Organización de la Sociedad Civil
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSE	Proceso Salud Enfermedad
RAP	Red de Atención Primaria
ROU	República Oriental del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SSyR	Salud Sexual y Reproductiva
UdelaR	Universidad de la República
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Población (United Nations Population Fund)
UR	Unidad Reajustable
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Índice

1	Introducción	1
2	Antecedentes	4
3	Marco teórico conceptual	7
3.1	El paradigma sociocrítico	7
3.2	Movilidad humana	8
3.3	Cultura, diversidad cultural e interculturalidad	9
3.4	Desigualdad de género e interseccionalidad	13
3.5	Salud	15
3.6	Determinantes Sociales de la Salud <i>versus</i> Determinación Social	17
3.7	Derechos Sexuales y Reproductivos	19
3.8	Redes de apoyo	20
3.9	Duelo migratorio	21
3.10	Vivencia	22
4	Marco Referencial	23
4.1	Demografía de la migración en Uruguay	23
4.2	Legislación relativa a la migración y a los Derechos en Salud	26
4.3	Organización de la atención en salud	27
4.4	Atención en salud durante el embarazo	28
4.5	Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)	30
5	Objetivos	30
5.1	Objetivo general	30
5.2	Objetivos específicos	30
6	Metodología	31
6.1	Tipo de estudio	31
6.2	Población	32
6.3	Estrategia muestral	32

6.4 Criterios de inclusión	32
6.5 Criterios de exclusión	33
6.6 Recolección de datos	33
6.7 Consideraciones éticas	34
6.8 Análisis de datos	34
7 Resultados	36
7.1 Perfil socio demográfico de la muestra	36
7.2 Redes de apoyo	40
7.2.1 Redes de apoyo formales	41
7.2.2 Redes de apoyo informales	42
7.3 Atención en salud	46
7.3.1 Valoraciones positivas	46
7.3.2 Valoraciones negativas	49
7.4 Rol de género e influencia de la cultura de origen	52
7.4.1 Influencia de familiares	53
7.4.2 Convicciones personales	53
7.5 Embarazo en pandemia	53
7.5.1 Obstáculos para la integración sociolaboral	54
7.5.2 Emociones vinculadas al embarazo	54
7.6 La vivencia	55
7.6.1 Vivencia positiva	55
7.6.2 Vivencia negativa	56
8 Discusión	59
8.1 Un embarazo en contexto de migración reciente	59
8.2 Importancia de las redes apoyo	61
8.3 Valoración de la atención en salud	62
8.4 Embarazo no deseado	65
8.5 Género y cultura	66
9 Conclusiones y sugerencias	68

10	Referencias bibliográficas	73
11	Apéndices	87
11.1	Apéndice 1	87
	Hoja de información	87
11.2	Apéndice 2	93
	Consentimiento informado	93
11.3	Apéndice 3	96
	Pauta para entrevista	96
11.4	Apéndice 4	102
	Cuadro de antecedentes	102

1 Introducción

Este estudio se inscribe en el marco de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería y fue realizado entre octubre de 2023 y noviembre de 2025, con el apoyo de la beca para posgrados nacionales de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII). La investigación apunta a profundizar la comprensión de los procesos contemporáneos de movilidad humana en Uruguay, a través del estudio de algunas de sus dimensiones. La elección del tema se debe también a la experiencia de la investigadora en atención a población migrante, desarrollada en el marco de una consulta de enfermería en una Organización de la Sociedad Civil (OSC).

Si bien la historia e idiosincrasia nacionales han sido marcadas tanto por la inmigración como por la emigración, la radicación relativamente reciente de comunidades procedentes de Latinoamérica, del Caribe y en menor medida, de Asia y de África, presenta nuevos desafíos para el Estado y la sociedad uruguayos. En primer lugar, debe resolverse la inclusión formal de estos inmigrantes, es decir la regularización de su estatus migratorio, su inserción laboral y acceso a la vivienda, a la educación y a la salud. En una segunda instancia, emerge la dimensión -no menos importante- de su integración sociocultural, proceso en el cual intervienen, entre otros, la construcción de redes de apoyo y la adaptación a nuevos códigos, valores y formas de comunicarse.

La coyuntura política y socio económica de Sud América y del Caribe, así como la relativa estabilidad de Uruguay desde el año 2007, han incidido en los movimientos migratorios regionales. La población migrante residente aumentó sensiblemente en los últimos quince años y, en 2009, se produjo una reversión del saldo migratorio, como consecuencia de la disminución de la presión emigratoria, el retorno de uruguayos y la llegada de inmigrantes latinoamericanos y caribeños (Koolhaas, 2016). Aunque el perfil de los inmigrantes y sus países de procedencia han evolucionado en función de la situación política y económica de los países emisores, la mayoría todavía consta de adultos jóvenes. Entre ellos, más de la mitad son mujeres en edad reproductiva (ROU, MRREE, 2018).

En el ámbito jurídico, los derechos y deberes de las personas migrantes están establecidos por la Ley 18.250 de Migración, mientras que Solicitantes de Refugio y

Refugiados son amparados por la Ley 18.076 de Refugio. La legislación vigente garantiza a esta población los mismos derechos que los nacionales para el acceso a la educación, salud, vivienda, trabajo y seguridad social (ROU, Poder Legislativo, 2008; 2006). Para beneficiarse de los servicios de salud pública, la persona extranjera debe demostrar su calidad de residente en trámite o la constancia de solicitud de la condición de refugiado. Con ello, podrá afiliarse a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y así gozar de la integralidad de sus prestaciones en forma gratuita, siempre y cuando los ingresos declarados del núcleo familiar no superen el monto establecido de 62 Unidades Reajustables (UR)¹. De no contar con la documentación requerida, pueden solicitar una afiliación excepcional mediante el Departamento Migrantes del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), creado en 2008 con el fin de favorecer el acceso a derechos de la población migrante en situación de vulnerabilidad (MIDES, 2023). Una vez realizada la afiliación, la persona extranjera accederá gratuitamente a las prestaciones de salud en los tres niveles de atención y en todo el territorio nacional (ASSE, 2022). En cuanto a procedimientos y tratamientos de alto costo, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) considera como sus beneficiarios “a todas las personas radicadas en el país (...) con ánimo de permanecer y que sean aportantes a dicho Fondo por las distintas vías en que esto sucede” (FNR, 2021: párrafo 1). La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) constituye la única excepción a esta situación de igualdad, ya que la Ley 18.987, promulgada en 2012, estipula que la mujer extranjera que desee interrumpir su gestación debe acreditar un período de residencia habitual en el territorio igual o mayor a un año (ROU, Poder Legislativo, 2012).

Distintas circunstancias pueden darse a la hora de cursar una gestación en contexto de migración reciente, entendida aquí como el período de dos años consecutivos al ingreso al país. En términos económicos, organizacionales, culturales y socio afectivos, el embarazo implica un reto suplementario, que la mujer deberá transitar con el sostén a su disposición en ese momento. A partir de esta constatación, **se identifica la pregunta problema ¿Cuál es la vivencia de mujeres extranjeras ante un embarazo en contexto de migración reciente?**

En cuanto a la fundamentación de la investigación según criterios de Hernández, Fernández y Baptista (2017), su pertinencia radica en la alta prevalencia, a nivel nacional, de mujeres migrantes en edad fértil y, por lo tanto, susceptibles de cursar

¹ Valor de la UR al 21 de julio de 2025: \$1.829. 62 UR equivalen entonces a casi \$113.500.

un embarazo (Gaba, 2016; Balado y Marina, 2018; Prieto et al., 2022)². Sin embargo, es escaso el conocimiento científico avalado a escala nacional acerca de la vivencia del embarazo, expresada por mujeres migrantes. Por ende, el estudio cobra valor teórico al producir información inédita, susceptible de sugerir hipótesis para futuras investigaciones. En cuanto a su relevancia social, se espera que las primeras beneficiarias de la investigación sean las propias mujeres, en la medida en que sus testimonios permitirán visibilizar un conjunto de experiencias desconocidas hasta el momento. De esta forma, podrá mejorarse la calidad de los cuidados, en particular aquellos prodigados por profesionales de la salud, Organizaciones Internacionales (OI) y OSC dedicadas a la migración. En cuanto a implicaciones prácticas, la difusión de los resultados podrá contribuir a la elaboración e implementación de nuevas estrategias normativas y asistenciales más apropiadas a la realidad de estas mujeres. Por otro lado, participará del reconocimiento y de la promoción de las distintas redes de apoyo informales identificadas a través del estudio.

El objetivo general es comprender la vivencia de mujeres extranjeras que hayan cursado y culminado un embarazo en contexto de migración reciente, en Uruguay. Para ello, se apunta a definir su perfil sociodemográfico, a identificar sus redes de apoyo en el momento de la gestación y a analizar las características de la atención en salud que recibieron. El enfoque metodológico es cualitativo y se implementa mediante un estudio de tipo fenomenológico. La población de estudio está conformada por mujeres extranjeras residentes en Montevideo y su área metropolitana, que llevaron a término un embarazo durante los primeros dos años consecutivos a su radicación en Uruguay. La estrategia muestral se realizó según el criterio de conveniencia, mediante bolas de nieve iniciadas en OSC referentes, en una escuela pública y en distintos colectivos y comunidades migrantes.

Los resultados obtenidos mediante trece entrevistas destacan el sentimiento de soledad y aislamiento social vivenciado por las mujeres, asociado a redes de apoyo insuficientes y a un contexto socioeconómico en general precario. Por otro lado, se identifica una valoración positiva de la atención en salud, matizada por la percepción de algunos prejuicios por parte de los profesionales y por la barrera legal hacia la interrupción voluntaria del embarazo, para quienes no pueden demostrar un año de residencia en el país. Finalmente, se destaca el impacto de la pandemia en algunos

² Las muestras de los tres estudios indican la prevalencia del sexo femenino en la migración (en torno al 60%) y una franja etaria dominante conformada por adultos entre 20 y 45 años (70%).

relatos y, en forma más global, el rol de género y de la cultura de origen en la conducción y vivencia del embarazo.

Para una mejor comprensión del fenómeno de estudio, se presentan a continuación los resultados de la búsqueda de antecedentes bibliográficos, seguidos por el marco conceptual de la investigación. Se expone luego el marco referencial, que incluye datos estadísticos recientes de la migración en Uruguay; la normativa vigente en cuanto a la regularización y el acceso a derechos; las OSC y colectivos dedicados a la temática y el funcionamiento de la atención en salud. La exposición de los objetivos de la investigación y el capítulo dedicado al enfoque metodológico preceden la presentación de los resultados, la discusión y las conclusiones.

2 Antecedentes

La búsqueda de antecedentes se inició en el año 2020, para luego ser actualizada en 2023 y 2025, con la inclusión de un estudio realizado en Uruguay por investigadoras de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE). Se realizó una pesquisa de artículos publicados en revistas indexadas, a través de los portales Scielo, PubMed y Dialnet. Para la búsqueda, se utilizaron los descriptores DeCS que conforman las palabras clave de la investigación. En cuanto a la selección de artículos, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: investigaciones cualitativas o estudios de revisión de investigaciones cualitativas; estudios basados en entrevistas a mujeres migrantes; investigaciones que abarcaran la dimensión de vivencia o experiencia ante un embarazo –deseado o no- en contexto de migración. Además, se realizó una selección de artículos publicados en el continente americano (norte y sur) y distintos países europeos, cuyas poblaciones de estudio incluyeran a mujeres procedentes de Europa, América, Asia y África. En cuanto a filtros idiomáticos, se procuraron artículos en español, francés, inglés y portugués como lengua original. El único criterio de exclusión fue aplicado a estudios únicamente cuantitativos. El filtro de tiempo utilizado en un principio fue de 5 años, pero la escasez de material que reuniera los demás criterios y la relevancia de algunos estudios publicados anteriormente llevaron a extender el periodo contemplado.

Se seleccionaron finalmente ocho investigaciones publicadas entre 2002 y 2024 (Apéndice 1) en Brasil (Novaes, 2018), Colombia (Baizer, 2021), Canadá (Battaglini et al., 2002), Países Bajos (Fair et al., 2020), España (Álvarez Nieto et al., 2015),

Suiza (Cai et al., 2022), Francia (Gabai et al., 2013) y Uruguay (Caccia y Urruzola, 2024). Se trata de seis estudios cualitativos (Novaes, 2018; Baizer, 2021; Battaglini et al., 2002; Álvarez Nieto et al. 2015; Cai et al., 2022; Gabai et al., 2013), un estudio exploratorio con enfoque cualitativo (Caccia y Urruzola, 2024) y un estudio de revisión (Fair, 2020) publicados en español, portugués, inglés o francés. Cuatro de los seis estudios combinan entrevistas realizadas a mujeres migrantes y a profesionales de la salud (Baizer, 2021; Novaes, 2018; Battaglini, 2002; Gabai, 2013). Cuatro estudios están enfocados a la vivencia durante el embarazo, parto y post parto (Novaes, 2018; Battaglini, 2002; Gabai, 2013; Cai, 2022), mientras que los otros tres consideran los derechos sexuales, contracepción y embarazos no deseados en contexto de migración (Álvarez Nieto, 2015; Baizer, 2021; Caccia y Urruzola, 2024).

Tres tópicos sobresalieron en la mayoría de los estudios. En primer lugar, las mujeres radicadas en Francia, Suiza y Canadá, así como las angoleñas de Brasil, destacan el sentimiento de seguridad que les proporciona el sistema sanitario del país de acogida, así como su calidad y gratuidad (Novaes, 2018; Battaglini, 2022; Gabai, 2013; Cai, 2022). Esto incide, según ellas, positivamente y en gran medida, sobre el estado emocional con el que transitan el embarazo. En segundo lugar, se destaca la falta de conocimientos, preparación o capacitación y a veces hasta de interés de los profesionales sanitarios por la vivencia de las mujeres (Álvarez Nieto, 2015; Gabai, 2013; Cai, 2022; Fair, 2020). En efecto, el sistema de salud se enfoca en la resolución de las situaciones biomédicas propias del embarazo, sin indagar, cuanto menos incluir, la dimensión cultural y vivencial. El tercer tópico que predomina se relaciona con sentimientos de tristeza, añoranza, angustia y culpa vinculados con procesos de ruptura familiar, ya sean hijos, padres u otros familiares dejados en el país de origen (Novaes, 2018; Battaglini, 2002; Gabai, 2013). Estos sentimientos afloran aun cuando el embarazo en un país extranjero fue planificado y acontece en mejores condiciones socioeconómicas que el país de origen, como sucede con las mujeres angoleñas radicadas en Brasil (Novaes, 2018). Finalmente, varias mujeres rescatan el rol preponderante y de alguna manera, inesperado del padre, ya que no pueden contar con el apoyo tradicionalmente brindado por las mujeres de su círculo familiar (Battaglini, 2002).

Otros sentires hallados fueron el aislamiento social y la falta de redes de apoyo (Battaglini, 2002; Gabai, 2013), así como el sentimiento de fracaso generado por un embarazo no planificado en contexto de precariedad económica, más aún cuando el

cometido de numerosas mujeres es precisamente generar remesas (Álvarez Nieto, 2015; Baizer, 2021). La principal causa del embarazo no planificado señalada en dos investigaciones es la información deficiente desde el país de origen (Álvarez Nieto, 2015; Baizer, 2021). En efecto, varias mujeres destacan que los métodos anticonceptivos y su utilización son transmitidos informalmente, a veces únicamente en círculos familiares femeninos y que son de manejo y responsabilidad exclusivos de la mujer (Baizer, 2021).

En contexto de embarazo no deseado – a veces hasta forzado- se destacan las barreras legales y administrativas para acceder a la IVE y la consiguiente falta de libertad y de poder de decisión frente a tales situaciones (Álvarez Nieto, 2015; Baizer, 2021, Caccia y Urruzola, 2024).

En términos generales, los estudios seleccionados exploran las barreras procedentes del sistema sanitario del país receptor, a saber: la complejidad administrativa, la escasa competencia cultural y rechazo pasivo por parte de los profesionales sanitarios (Cai, 2022; Gabai, 2013; Fair, 2020; Álvarez Nieto, 2015; Caccia y Urruzola, 2024) y una normativa que prohíbe el acceso a la IVE a mujeres extranjeras en situación irregular o sin estatus de residente (Baizer, 2021; Caccia y Urruzola, 2024). En segundo lugar, las investigaciones destacan las barreras propias de las usuarias, como el aislamiento social y escasas redes de apoyo afectivo (Gabai, 2013; Battaglini) y situaciones de precariedad económica (Álvarez Nieto, 2015; Baizer, 2021). Como consecuencia de ello, las mujeres migrantes se ven expuestas a un alto riesgo de exclusión de los servicios sanitarios y a un acceso restringido a sus derechos fundamentales en materia de SSyR.

Una gran diversidad de procedencias geográficas, improntas culturales, creencias religiosas y niveles socio educativos caracteriza al conjunto de las mujeres entrevistadas. Estas diferencias generan una variedad de vivencias y formas de expresarlas, que se ven reflejadas en las respuestas aportadas. Este nivel de subjetividad forma parte intrínseca de la investigación cualitativa, enriquece el proceso de análisis y contribuye a reflejar la diversidad cultural de las sociedades actuales, producto de los movimientos migratorios contemporáneos.

3 Marco teórico conceptual

Ruth Sautu (2005) señala que la construcción del marco teórico implica una serie de ideas, presentes en mayor o menor grado, en cada investigación. Éstas pueden dividirse en tres conjuntos: 1) el paradigma, es decir las ideas acerca del conocimiento mismo y cómo producirlo válidamente; 2) las teorías generales de la sociedad, que engloban concepciones generales de lo social; 3) la teoría sustantiva, que abarca conceptos más acotados, vinculados específicamente con el tema investigado. Se presentará en primer lugar el paradigma elegido para enmarcar el proyecto de investigación, para luego presentar teorías vinculadas con la movilidad humana, el género y la salud en clave de Derechos Humanos. Finalmente, se definirán algunos conceptos pertinentes en el marco específico del estudio.

3.1 El paradigma sociocrítico

Los paradigmas son un conjunto de valores, creencias y técnicas reconocidos por determinada comunidad científica, que implican una cosmovisión compartida, un modelo para situarse ante la realidad, interpretarla y dar respuesta a sus problemas. Al situar esta investigación desde una perspectiva de DDHH y desigualdad de género, se identificó el paradigma sociocrítico como el más adecuado. En efecto, este se fundamenta en la crítica social y considera el conocimiento como un constructo, basado en intereses e inquietudes impulsados por determinadas necesidades colectivas. Su objetivo consiste en explicar y trascender las contradicciones de las sociedades, susceptibles de reproducir estructuras desiguales en las relaciones e interacciones de los individuos que las conforman (Díaz López y Pinto Loría, 2017).

Otro argumento central del paradigma sociocrítico consiste en dejar de considerar lo biológico y lo social (o la naturaleza y la sociedad) como dimensiones separadas (Breihl, 2013). En el ámbito de la salud, esta concepción significa asumir que las condiciones biológicas y ambientales influyen en la organización social y viceversa, puesto que la salud y la enfermedad son elementos de un mismo proceso histórico y social, acuñado bajo el término de Proceso Salud Enfermedad (PSE). Como todo proceso dialéctico, es decir sustentado por componentes contradictorios que se retroalimentan, el PSE acontece en el marco de determinadas condiciones naturales y dentro de una organización social, compuesta por leyes y estrategias destinadas a garantizar el bienestar de sus integrantes. En otros términos, las interacciones políticas, económicas, sociales, culturales, ambientales generan las condiciones de

vida que determinan la distribución de la salud/enfermedad dentro de las poblaciones. El sistema capitalista, por su lógica productivista y basada en la prosperidad individual, tiende a generar estructuras desiguales entre los individuos y a marginalizar a todos aquellos que no pueden integrarse al sistema de producción y consumo (Sassen, 2004).

Esta perspectiva es de gran interés al abordar la migración femenina internacional, más aún cuando intervienen factores o situaciones relacionados al PSE. En efecto, las mujeres en desplazamiento, sin sustento económico y con escasas redes apoyo, se ven particularmente desfavorecidas por dinámicas y estructuras que habilitan y agudizan las desigualdades. En relación a las experiencias migratorias de mujeres latinoamericanas y africanas en España, Vanesa Vázquez Laba argumenta que esta migración es:

“en la actualidad, una de las formas más visibles que asume la discriminación. Por un lado, la falta de oportunidades impulsa la decisión de un número importante de mujeres de distintos lugares del mundo a migrar y, por otro lado, las sociedades receptoras no presentan verdaderas oportunidades de movilidad social y mejoramiento de la calidad de vida de las inmigrantes prolongándose así -con más obstáculos- la situación de vulnerabilidad social” (Vázquez Laba et al., 2014, Párrafo 2).

3.2 Movilidad humana

La movilidad humana se define como todas aquellas formas posibles de desplazamiento de un grupo humano de un lugar a otro, en el ejercicio de su derecho a la libre circulación (OIM, 2019). Fue declarada Derecho Humano en la Declaración Universal de 1948, cuyos artículos 13 y 14 explicitan que “toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia y, en caso de persecución, a buscar asilo y a disfrutar de él en cualquier país” (ONU, 1948: 4). La movilidad humana engloba, por ende, desplazamientos voluntarios y forzados.

La migración es definida por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) como el “movimiento de personas fuera de su lugar habitual de residencia, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un Estado” (OIM, 2019: 137). Implica la planificación de un desplazamiento realizado en forma voluntaria, sin asistencia del Estado o de otros organismos nacionales o internacionales, así como la intención de permanecer en el lugar de llegada, ya sea transitoria o permanentemente (OIM, 2019). Mientras la migración se realiza de forma voluntaria y planificada, el refugio implica, para quien lo solicita, el temor por su integridad

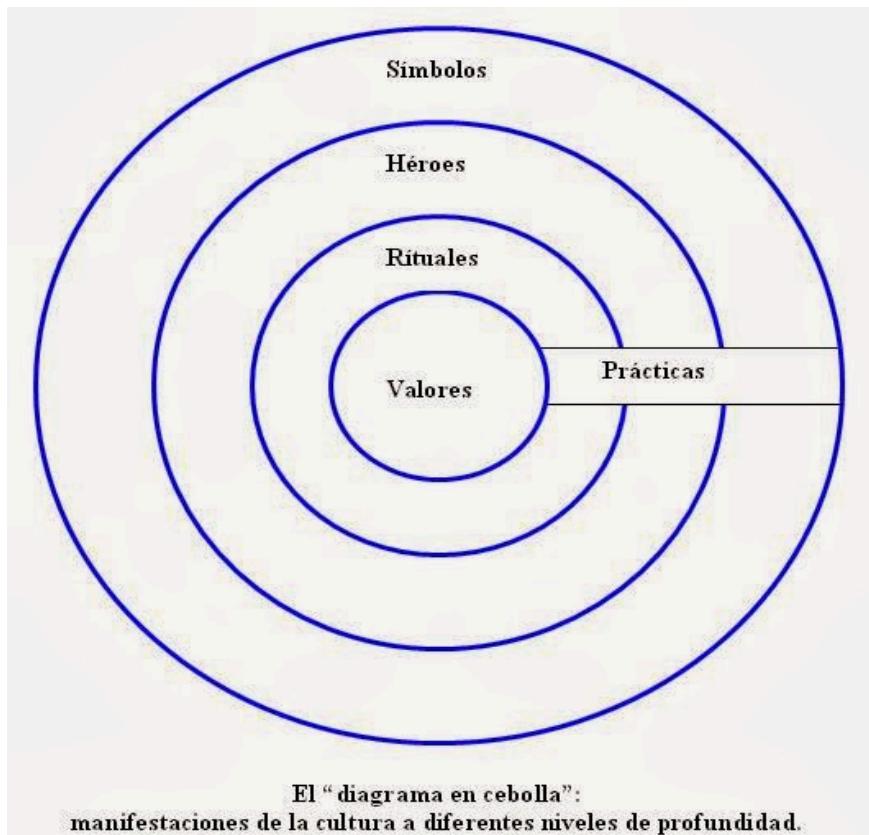
física en su país de origen o de residencia. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estableció durante la Convención de Ginebra de 1951 que eran consideradas refugiadas aquellas personas que “en su estado de origen o de su última residencia tienen fundados temores de ser perseguidas por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas y no puedan o (...) no quieran acogerse a la protección de tal país” (ACNUR, 1951: 1).

3.3 Cultura, diversidad cultural e interculturalidad

El antropólogo francés Claude Lévi-Strauss define la cultura como un sistema simbólico, que expresa todos los aspectos de la realidad física y social y está conformada por el lenguaje, las relaciones familiares, los códigos, tradiciones y valores sociales, los vínculos económicos, el arte, la ciencia y las creencias religiosas (1952). Estos valores son inherentes a la raza humana y están presentes, en mayor o menor grado, en todas las culturas. En una formulación más acotada, el psicólogo social neerlandés Geert Hofstede habla de “la programación colectiva de la mente, que distingue a los miembros de un grupo o categoría de personas de otro” (Hofstede et al., 2010: 6). Estas dos definiciones permiten identificar las siguientes características de la cultura: 1) como conjunto de bienes o valores, es una producción colectiva y es constitutiva de la humanidad. 2) Estos valores colectivos trascienden los valores individuales. 3) Sus cualidades varían de una cultura a otra. 4) Esas diferencias constituyen, precisamente, la diversidad cultural. La cultura consiste, por lo tanto, en los diversos modos de pensar, creer y actuar socialmente adquiridos y practicados por los miembros de una comunidad de amplitud variable, en un determinado territorio y momento histórico” (Hofstede et al., 2010).

En su Declaración Universal sobre la diversidad cultural, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) afirma que esta “es, para el género humano, tan necesaria como la diversidad biológica para los organismos vivos (...) y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras” (UNESCO, 2001: Artículo 1). Si bien se refería originalmente a la multiplicidad de identidades, en la actualidad, la “diversidad” se define no tanto por oposición a “homogeneidad” sino a “disparidad” o “desigualdad. En este sentido, apunta al diálogo y a la promoción de valores compartidos, donde cada cultura se desarrolla y evoluciona en contacto con las demás (Hofstede et al., 2010). En el ámbito de la movilidad humana, la diversidad cultural implica la

cohabitación de diferentes idiosincrasias –con sus valores, códigos, identidad- dentro de un mismo territorio, ya sea entre personas de países diferentes o individuos de la misma nacionalidad, procedentes de generaciones o entornos sociales distintos. La noción de diversidad cultural remite a las múltiples expresiones de la cultura propia de una comunidad (arte, gastronomía, símbolos) y también a sus elementos menos visibles y más profundos como su sistema de valores, tradiciones y creencias. Geert Hofstede ilustra estos niveles de profundidad de la cultura en su modelo de la cebolla cultural:



Fuente: Hofstede et al., 2010: 8

El concepto de identidad, ya sea individual (personal) o colectiva (social), está intrínsecamente ligado a la noción de cultura. La identidad personal abarca aspectos concretos de la experiencia individual, mientras que la identidad colectiva surge de la reflexión del individuo acerca de sus características y su posición dentro de la sociedad en la que vive (Vera y Valenzuela, 2012). Siguiendo ese orden de ideas, la identidad nacional es el sentimiento de pertenencia a una comunidad (nación), compartido por el conjunto de sus integrantes y contenido, en general, dentro de las fronteras de un Estado. El Estado-nación, entendido como la yuxtaposición de una entidad jurídico-política (Estado) con una población con cierta homogeneidad

cultural (nación), es un constructo histórico e ideológico, cuya pertinencia es sujeta a controversia. En efecto, un Estado suele contener varias naciones, así como existen naciones divididas en dos o más Estados. (Haller y Ressler, 2006). El hecho es que la nación ejerce una influencia sobre aspectos subjetivos como la identidad cultural o el sentimiento de pertenencia a la comunidad nacional que son, precisamente, los que median las dinámicas de inclusión y exclusión hacia quienes no son considerados como parte de esa comunidad (Ribert, 2016). En el caso uruguayo, se definió tempranamente la identidad nacional como un conjunto finito de elementos, que incluía aportes fundamentalmente de origen europeo y, en cierta medida africano, pero donde las raíces indígenas fueron invisibilizadas (Núñez y Curbelo, 2016). Esa concepción de un Uruguay creado a partir de la inmigración europea es un elemento esencial de la idiosincrasia nacional contemporánea y como tal, no debe menospreciarse su influencia en la recepción de los nuevos inmigrantes. En efecto, determina ciertos mecanismos “intangibles” de inclusión y exclusión cultural, independientemente de las estrategias de regularización (o de marginación) formal desplegadas por el Estado (Uriarte, 2020). Según Abdelmalek Sayad (2008):

“No es suficiente para el inmigrante fundirse en el panorama político y jurídico, en el paisaje nacional [...] para desaparecer como inmigrante, esta vez en el sentido social del término. Inmigrante designa [...] una condición social, mientras que extranjero corresponde a un estatus jurídico-político, que puede cambiar sin que nada cambie [en el campo de la representación social]” (p. 103).

Las representaciones y relaciones sociales entre quienes migran y quienes los reciben son parte intrínseca del fenómeno migratorio y a las dinámicas propias de la sociedad receptora, se superponen los valores y mandatos procedentes de la cultura de origen. En el caso de las mujeres, el modelo de la cebolla cultural ilustra que el rol asignado a la mujer, a la madre y la noción de familia en general, constituyen valores culturales profundamente arraigados, que trascienden el ideal individual. En este sentido, el género *es cultura*, tal y como lo plantea Martha Lamas (2007), ya que actúa como:

“una especie de armadura con la que se construyen las decisiones y oportunidades de las personas, dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o (...) de hombre” (...) y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas” (p. 1).

La cultura, a su vez, surge del pensamiento simbólico e instaura códigos que, mediante prescripciones como las de género, reglamentan la existencia y las

relaciones entre los individuos. Se basa, por un lado, en estructuras sociales promovidas por las clases dominantes para garantizar la continuidad del sistema productivo y, por el otro, en representaciones mentales y corporales, que definen la percepción, la apreciación y la acción en determinado contexto (Bourdieu, 1979). Por ende, la dimensión cultural es tan importante en la vivencia de la migración como los aspectos relacionados con la inclusión formal. La migración es, en cierto sentido, una resocialización, mediante la cual el inmigrante debe adaptarse a las normas y códigos vigentes en la sociedad de acogida. En el caso de un embarazo, el acceso facilitado a la atención socio sanitaria no debe ocultar estos aspectos “no formales” y su impacto sobre la vivencia.

El conjunto de procesos psíquicos y relacionales generados en el intercambio entre culturas se define como la interculturalidad. Implica una perspectiva de simetría y aceptación recíproca, así como la voluntad de salvaguardar la identidad cultural de los distintos individuos o grupos involucrados (Comboni y Juárez, 2013). La comunicación intercultural es el cúmulo de interacciones entre diferentes culturas y grupos sociales, que abarca los procesos comunicacionales y sus interferencias. Estas últimas dependen de la propia condición de los individuos en relación, pero también de circunstancias ambientales externas, como pueden serlo las características del sistema de salud (González y Noreña, 2011). La comunicación intercultural tiene gran importancia, tanto en el rol asistencial como en el investigativo y forma parte de la competencia cultural, entendida como el conjunto de conocimientos y herramientas que permiten realizar intervenciones culturalmente apropiadas. Además del interés del investigador o del profesional por la cultura del otro, implica la adquisición de conocimientos teóricos, habilidades comunicacionales, herramientas y prácticas clínicas destinadas a mejorar la atención a poblaciones culturalmente diversas. Sugiere, además, desarrollar el trabajo con referentes comunitarios y mediadores culturales. (Martínez et al., 2006; Urrutia C. et al., 2022). Tanto en el ámbito asistencial como académico, la sensibilidad adquirida a través de la competencia cultural agudiza la conciencia del profesional o del investigador acerca de sus propios prejuicios y fomenta su capacidad para limitar interferencias. Si bien el trabajo en territorio es fundamental, la amplitud y complejidad de conocimientos inherentes a la competencia cultural también requieren una formación específica e interdisciplinaria, propia del ámbito universitario. A modo de ejemplo, la Universidad de Ginebra (Suiza) propone un curso teórico de posgrado

destinado a profesionales sanitarios, que combina conceptos teóricos, conocimientos clínicos y epidemiológicos y herramientas comunicacionales (UNIGE, 2025).

3.4 Desigualdad de género e interseccionalidad

El concepto de género introduce una distinción relativa a la cultura y a un deber ser social, que dicta las formas en que deben comportarse varones y mujeres y las distintas esferas sociales que corresponden a cada uno. En otros términos, el género actúa como un ideal regulador, que a menudo justifica acciones discriminativas y legitima inequidades basadas en el sexo biológico (Martínez, 2005). La diferencia sexual unida a otras de índole racial, étnica o pertenencia a subculturas marginales puede constituir una doble exclusión, acuñada bajo el término de interseccionalidad.

El primer antecedente de análisis interseccional es el de Kimberlé Crenshaw en 1989, seguida por otras autoras como Patricia Hill Collins (1990) y Angie María Hancock (2007). En un artículo dedicado a la condición de las mujeres afrodescendientes en Estados Unidos, Crenshaw analiza las inequidades a las que estas deben enfrentarse, desde una perspectiva de acumulación de disparidades, en este caso la condición femenina y la ascendencia africana. La autora distingue interseccionalidad estructural y política: la primera explica cómo el cruce de los distintos ejes de desigualdad distribuye el poder entre grupos sociales no en forma meramente acumulativa, sino generando situaciones específicas; la segunda señala de qué modo la acción política –tanto institucional como activista- replica o combate las desigualdades (Crenshaw, 1989). En este sentido, el sociólogo español Gerard Coll-Planas (2019) señala que las políticas públicas, a pesar de pretender ser inclusivas, siempre tienen efectos interseccionales en la práctica, pues priorizan un eje de la desigualdad y no contemplan la interacción específica de los distintos aspectos involucrados.

La perspectiva de género y el enfoque de interseccionalidad representan claves de análisis particularmente pertinentes a la hora de analizar la migración femenina internacional. En efecto, esta reúne elementos susceptibles de generar transformaciones en las relaciones entre hombres y mujeres, puesto que altera el contexto donde están insertos los individuos (Sassen, 2004). Estos cambios no solamente se cristalizan a través de las normas y los valores sociales vigentes en la sociedad de acogida respecto a lo que es o debe ser lo femenino y lo masculino, sino también mediante nuevas dinámicas y roles familiares, producto del propio desplazamiento.

Para evaluar el papel estructurante del género en estos contextos, conviene detenerse en las diferentes dinámicas de poder, tanto a nivel personal como sistémico. En este sentido, los procesos migratorios contemporáneos representan oportunidades de transformar el espacio femenino históricamente asignado y conferirles a las mujeres cierto empoderamiento. Sin embargo, cabe cuestionarse si estas nuevas situaciones constituyen una verdadera ruptura con el sistema patriarcal o si, detrás de los capitales culturales, económicos, políticos y simbólicos conquistados por las mujeres migrantes, perdura un mismo modelo, que habilita las desigualdades y jerarquizaciones de género. (Olivera, 2019). En efecto, las mujeres que afrontan un desplazamiento sin redes de apoyo, ni sustento económico previamente resuelto suelen cumular, hoy en día, la necesidad de procurar una fuente de ingresos en el país de acogida con la responsabilidad del cuidado de su núcleo familiar. A ello se suma el cometido de generar remesas, que representan entre el 6% y el 23% del capital acumulado. Datos recientes aportados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) indican que, después de los 15 años de permanencia en el extranjero, las mujeres dedican porcentajes mayores de su ingreso al envío de remesas, de lo que hacen los hombres (BID, 2024). Saskia Sassen (2004) señala que las mujeres protagonizan la expansión no solo de trabajos poco calificados y de baja remuneración, sino también de profesiones de alto nivel. En este sentido, la reconfiguración de espacios económicos producto de la globalización tiene impactos distintos en hombres y mujeres, particularmente en culturas donde se asocia un tipo de trabajo diferenciado para cada uno, según las formas de poder y empoderamiento tradicionalmente aceptadas. Las mujeres están, además, mayormente expuestas al riesgo de ser víctimas de tráfico y trata de personas, comercio sexual, violencia de género y desplazamiento forzado (ONU, 2020). Mediante la industria sexual, pueden llegar a representar, en ciertas economías, un soporte importante para el mercado del entretenimiento y, a través del turismo, hasta una fuente de ingresos para los gobiernos. Por ende, la ausencia de mecanismos formales de protección y el acceso deficiente a medios de vida seguros son factores estructurales generadores de vulnerabilidad, que afectan mayormente a las mujeres (Sassen, 2004).

Adoptar la perspectiva de género como forma de abordar la migración abre nuevas perspectivas para interpretar toda una serie de aspectos, desde lo micro hasta lo macro. Implica estudiar las motivaciones personales que llevan a la emigración (no siempre meramente económicas); las dinámicas familiares y las redes

transnacionales que se tejen entre los que emigran y los que se quedan; la organización social en el país de destino y el impacto de las políticas migratorias en los procesos de inclusión formal e informal (González y Delgado, 2015). Esta matriz de análisis permite visibilizar determinadas inequidades e identificarlas como un producto significativo de las relaciones de poder. En Uruguay, las Leyes 18.250 de Migración y 18.076 de Refugio fueron elaboradas en clave de derechos, pero no contemplan explícitamente la problemática del género (ROU, Poder Legislativo, 2008; 2006). Consecuentemente, tampoco existen programas o políticas que abarquen esta perspectiva, lo cual limita el acceso de las mujeres a los derechos fundamentales garantizados por la normativa. A estas barreras que afectan su autonomía como ciudadanas, se suman inequidades propias de la esfera privada, que también restringen su libertad de elección y, en algunos casos, hasta ponen en peligro su integridad física y emocional. En este tipo de situaciones, un embarazo al poco tiempo de radicarse en el país actuará, probablemente, como un suceso estresante y un factor de vulnerabilidad suplementario. La interrelación entre género y migración implica, por lo tanto, un abordaje con enfoque de interseccionalidad, que contemple el reconocimiento y comprensión de los distintos riesgos, vulnerabilidades y necesidades a los cuales están expuestas las mujeres (OIM, 1995).

3.5 Salud

Villar y Capote definen la salud como:

“una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, sicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social” (ROU, Poder Ejecutivo, 2007: 5).

Esta definición integra la exposición de motivos de la Ley 18211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y en este sentido, contribuye a justificar la promulgación del texto legal y los objetivos que pretende alcanzar. Esto cobra particular relevancia en el contexto de la población migrante, pues el enfoque de Derechos que caracteriza el SNIS hace hincapié en la obligación del Estado de garantizar el acceso a los servicios sanitarios para todos aquellos que residen en territorio uruguayo, independientemente de su nacionalidad.

Otra acepción interesante es la de Dubos, que define la salud como el “estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio” (Dubos, 1995). La dimensión de adaptación y capacidad de funcionamiento cobran particular relevancia para personas en proceso simultáneo de desarraigo e inserción en una nueva realidad social, cultural y económica. El abordaje de esas situaciones por parte de los profesionales sanitarios requiere, por lo tanto, un enfoque integral e intercultural, que contemple dimensiones como el propio desplazamiento (voluntario o forzado); aspectos biológicos y psicosociales (salud-enfermedad, duelo migratorio y adaptación); diferencias culturales (idioma, religión, valores); inserción laboral; vivienda; acceso y pleno ejercicio de los derechos (Leininger, 1999).

El campo de la salud constituye una de las dimensiones de la movilidad humana y como tal, pone en interacción la población que migra con su nuevo contexto de acogida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la exposición a riesgos biológicos, psicológicos y sociales producto de los desplazamientos, ya sean voluntarios o forzados, aumentan la vulnerabilidad de la población. Los problemas más destacables están asociados a la interrupción de la atención sanitaria, el acceso y accesibilidad a los sistemas de salud, la falta de diagnósticos y tratamientos oportunos y el aumento de las enfermedades transmisibles (OMS, 2022). La resolución del 55º Consejo Directivo (OMS/OPS), plantea que los servicios de salud deben ser “incluyentes, responder a las necesidades de salud de los migrantes y ser de fácil acceso, eliminando las barreras geográficas, económicas y culturales” (OMS; OPS, 2016: Artículo 16).

En el preámbulo de su publicación Género, mujer y salud en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone los criterios siguientes para la selección de las condiciones, enfermedades o problemas considerados relevantes para la mujer: “a) que sean exclusivos de las mujeres; b) que sean más prevalentes entre las mujeres que entre los hombres; c) que tengan consecuencias más graves para las mujeres que para los hombres; d) que impliquen factores de riesgo diferentes para las mujeres; e) que requieran estrategias especiales de intervención para las mujeres” (OPS, 1993: 15).

La Declaración Universal de los Derechos humanos, proclamada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece el Derecho a la salud de la siguiente manera:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (ONU, 1948: Artículo 25).

La estrecha vinculación entre salud y sociedad se hizo más notoria a partir del siglo XIX, cuando se generalizaron las dinámicas de urbanización, pauperización y crecimiento de las clases trabajadoras, producto de la revolución industrial (Morales, 2013). Se generaron entonces, paulatinamente, las bases para pensar la diáda salud-sociedad en forma sistemática y científicamente fundada. A su vez, se destacó la importancia de comprender el contexto social e histórico que da origen a los distintos abordajes sociales de la salud, dando así lugar a dos enfoques epidemiológicos principales: el primero, de origen anglosajón, engendra el concepto de Determinantes Sociales de la Salud (DSS-a); El segundo emerge en el contexto de la medicina social y salud colectiva latinoamericana como propuesta alternativa a la epidemiología clásica y constituye la Determinación Social de la Salud (DDS-b).

3.6 Determinantes Sociales de la Salud *versus* Determinación Social

Los DDS-a son definidos por la OMS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local” (OMS, 2009: sección 1). En otros términos, los DSS-a son el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y poblaciones. Estos factores están constituidos por condiciones individuales, colectivas y por las políticas públicas: a mayor acceso y mejor accesibilidad a la atención sanitaria, menores inequidades y mejor nivel de salud poblacional (OMS, 2009). El impacto de los DSS-a en personas migrantes es similar al resto de la población, aunque la inmigración, en particular reciente, constituye un factor importante de sobreexposición a condiciones ambientales desfavorables y a dificultades de acceso y accesibilidad a los servicios sanitarios.

Por otro lado, el movimiento de la medicina social y la salud colectiva se desarrolla en Latinoamérica entre las décadas del sesenta y setenta del siglo pasado “bajo la influencia del pensamiento marxista, la revolución cubana, las luchas antiimperialistas y la búsqueda de un desarrollo propio, garante de la soberanía de

los pueblos” (Morales, 2013: 799). El concepto de Determinación Social de la Salud admite los siguientes postulados: 1) Los fenómenos de salud y enfermedad son un proceso dialéctico, determinado por factores tanto biológicos como sociales; 2) La comprensión de las condiciones de salud individual y colectiva implica analizar las dinámicas y procesos sociales que las determinan (Eslava Castañeda, 2017). La idea de DDS-b implica, por lo tanto, una discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad, de la naturaleza misma de la sociedad estudiada y de las relaciones de poder que la sustentan (Breihl, 2013).

Si bien ambos enfoques admiten la importancia de la interacción entre sociedad y biología en PSE, se diferencian en otros aspectos fundamentales. Mientras que los DSS-a entienden la sociedad en su realidad poblacional estadística, como sumatoria de individuos, la DSS-b asume la sociedad como totalidad irreductible a dinámicas individuales (Morales, 2013). Por ello, “los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo, ni reciben el efecto de factores de riesgo producto de ese ambiente, sino que están subsumidos en los modos de vida impuestos por un todo social” (Morales, 2013: 800). Mientras que los DSS-a consideran los resultados en salud como la consecuencia de un contexto social donde la posición del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial generadora de inequidades, la DSS-b destaca las relaciones de poder como esenciales para entender la determinación social del PSE. Esas implican patrones de trabajo y consumo, así como falencias de los soportes sociales, “que llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia” (Morales, 2013: 801). Al inscribirse dentro del paradigma sociocrítico, la DDS-b considera lo social no como una mera causa o elemento del PSE, sino como una condición determinante del propio proceso (Breihl, 2013).

La DDS-b identifica tres planos o dimensiones, cuya interacción determina el PSE: el plano general, es decir, el orden estructural que parte del Estado y organiza las relaciones macro (modelos de producción, políticas públicas); el plano particular, que se refleja en la organización social y determina las oportunidades que tienen los grupos humanos, de acuerdo con el lugar que ocupan en la sociedad; el plano singular, que corresponde al individuo y en el cual se ubican el genotipo y el fenotipo, es decir su identidad étnica, familiar y su apariencia física. (Carmona Morena, 2020). La DDS-b oscila dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular,

en el sentido en que se reproduce de lo general a lo particular y se genera de lo particular a lo general (Breihl, 2013).

Analizados a través del prisma del paradigma sociocrítico y de la DDS-b, los movimientos migratorios pueden considerarse como una consecuencia del desarrollo y subdesarrollo, que ambos forman parte de los desequilibrios estructurales generados por la penetración de las relaciones de producción capitalistas en las periferias mundiales. En efecto, la pobreza o el desempleo no explican por sí solos los flujos migratorios. Estos están determinados por dinámicas políticas y económicas más amplias, en las que la decisión personal de migrar (la dimensión particular) es uno de los elementos. En el plano estructural, intervienen los efectos del capitalismo, de la globalización y la demanda de trabajadores de bajos salarios, entre otros (Sassen, 2004).

3.7 Derechos Sexuales y Reproductivos

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSDR) plasman todos los derechos humanos, interpretados desde la sexualidad y la reproducción. Dentro de este concepto, se desarrolla el derecho a la libertad sexual, a la salud, a la intimidad, a la libertad de pensamiento y la autonomía reproductiva (UNFPA, 2015). La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo definió en 1994 el término derechos reproductivos como:

“El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación” (ONU, 1994: 37).

Los derechos sexuales, por su parte, no se desarrollan como término autónomo dentro del Programa de Acción de El Cairo. No obstante, la Plataforma de Acción de Beijing hace especial énfasis en el derecho de las mujeres a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, lo cual implica la existencia de los derechos sexuales independientemente de su dimensión reproductiva (ONU Mujeres, 1995). Esta distinción se relaciona con el cambio en la percepción social frente a la reproducción y la separación entre erotismo y fertilidad, entre placer sexual y afán de procreación (Montaño, 1996). En tal sentido, los derechos sexuales en sí mismos pueden entenderse como la protección de “la actividad sexual no procreativa o no heterosexual [en dónde] se proscribe la violencia sexual, la mutilación genital, la

esclavitud sexual, la prostitución forzada, la discriminación por opción sexual, entre otros” (Villanueva, 2006: 237). Como derechos sexuales, se reconocen entonces el de fortalecer la autonomía y la autoestima en el ejercicio de la sexualidad; explorar y disfrutar de una vida sexual placentera; elegir las parejas sexuales; a vivir la sexualidad sin ningún tipo de violencia; tener relaciones sexuales consensuadas; decidir libre y autónomamente cuándo y con quién se inicia la vida sexual; decidir sobre la unión con otras personas; vivir y expresar libremente la orientación sexual e identidad de género; a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados; a recibir información y acceso a servicios de salud de calidad sobre las dimensiones de la sexualidad, sin ningún tipo de discriminación y a una educación integral para la sexualidad a lo largo de la vida (UNFPA, 2015).

En términos fisiológicos, el embarazo es el período que transcurre entre la fecundación del óvulo o la implantación en el útero del óvulo fecundado (según las teorías) y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto, así como cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos significativos en la mujer, destinados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto (Lugones y Ramírez, 2015). Más allá del proceso fisiológico que da lugar al nacimiento de un nuevo ser, el embarazo también es una experiencia que cada mujer transita de forma diferente, según su situación personal y las condiciones ambientales en las que se encuentra. En este sentido, la OMS define una experiencia positiva del embarazo como:

- La conservación de la normalidad física y sociocultural
- El mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido
- La realización de una transición efectiva hacia un parto y nacimiento positivos
- La experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, las aptitudes y la autonomía maternas) (OMS, 2016).

Otra eventualidad es el deseo de la mujer de no ser madre, que puede llevar a la decisión de no continuar con una gestación en curso. En los países cuya normativa lo permite, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) puede realizarse en el marco de la legalidad. En Uruguay, es definida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) como:

“la terminación de la gestación facilitada por personal idóneo, que cuenta con la voluntad de la mujer, usando técnicas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones de atención integral del Sistema Nacional Integrado de Salud” (ROU, MSP, 2016: 6).

3.8 Redes de apoyo

El antropólogo británico John Barnes es el primero en usar el término de red (network) en 1954, cuando detecta la importancia de ciertos sistemas de relaciones interpersonales en la observación directa del funcionamiento de una aldea noruega (Rúa, 2008). En la década siguiente, el psiquiatra británico John Bowly (1969) asocia el concepto a la implicancia del vínculo materno infantil, en particular a su efecto protector, no solo en la infancia, sino durante toda la vida (Aranda y Pando, 2013). La conceptualización de la red, como fuente de apoyo entre individuos, se extiende luego a otros procesos psicosociales, en los cuales actúa como amortiguador de los sucesos vitales estresantes. En 1976, Caplan y Killilea se refieren a “los vínculos entre individuos o entre individuos y grupos que sirven para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, reto o privación” (citados por Aranda y Pando, 2013: 234). Más recientemente, Ponce et al. (2009) aluden a “un proceso interactivo, en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, con un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad” (citados por Aranda y Pando, 2013: 237).

En el caso de la población migrante, las redes de apoyo son el cúmulo de vínculos que relacionan a personas con parientes, amigos, compatriotas y otras personas o colectivos y que conforma un conjunto de eventuales recursos a movilizar en situaciones de necesidad (Saccani, 2013). La naturaleza y composición de la red se relaciona significativamente con la nacionalidad, el tiempo de estadía, la edad, la ocupación laboral y la presencia o no de familiares en el país de acogida (Maya Jariego, 2002). Acorde a estos parámetros, se distinguen dos tipos de redes: las informales, en las cuales las interacciones se dan principalmente con la familia, cónyuge, hijos, hermanos, familiares, amigos, y/o conocidos procedentes de la comunidad de origen o, en menor porcentaje, nacionales del país receptor; las formales, conformadas por Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) del país de acogida, centros de salud u otras instituciones del Estado o internacionales.

Lo cierto es que todas las redes son, en menor o mayor grado, importantes y necesarias en el proceso de integración y ante cualquier situación de necesidad, como

puede serlo un embarazo. Por ello, un apoyo social de calidad reduce considerablemente las consecuencias de un acontecimiento estresante sobre la salud física y mental y contribuye a asegurar condiciones adecuadas hacia una mejora de la calidad de vida (Aranda y Pando, 2013).

3.9 Duelo migratorio

Además de la ausencia de redes de apoyo descrita en el subcapítulo anterior, la migración implica la pérdida repentina de atributos vinculados con la identidad cultural y con ellos, de cierto reconocimiento social. A raíz de ello surge el duelo migratorio, definido como aquellas experiencias emocionales desencadenadas por el desarraigo y la privación de conexiones familiares y comunitarias, combinadas con la necesidad de adaptarse a una nueva realidad sociocultural (Castilla Lobos et al., 2023). Achotegui (2009) plantea siete aspectos constitutivos del duelo migratorio, en la relación con las pérdidas que lo conforman: la familia; la lengua; la cultura (costumbres, valores); la tierra (paisajes, clima); el estatus social (acceso a oportunidades y servicios); el contacto con el grupo de pertenencia (prejuicios, xenofobia o racismo por parte de la sociedad de acogida); los riesgos para la integridad física (en el viaje migratorio, accidentes laborales). En términos de intensidad, puede tratarse de un duelo simple, cuando las condiciones facilitan la inclusión y la concreción del proyecto migratorio, incluida la posibilidad de regresar al país de origen y/o de traer a sus familiares. Con más frecuencia, se trata de un duelo complicado, donde la conjunción de circunstancias socioeconómicas y personales desfavorables dificultan la elaboración de las pérdidas. El tercer tipo es el duelo extremo o Síndrome de Ulises, cuya base psicosocial está constituida por la soledad, el fracaso en el logro de los objetivos migratorios y la experiencia prolongada de carencias materiales y emocionales. Este duelo se caracteriza por un estrés crónico y multifactorial, en el que puede verse afectada la salud mental de la persona desplazada a mediano e incluso, a largo plazo (Achotegui, 2022).

En un contexto de migración reciente, la maternidad (y la paternidad) tienden a ser percibidas como una carga suplementaria, pues generan sentimientos de preocupación e incertidumbre. En el caso de las mujeres, la crianza en ausencia de redes de apoyo es, además, generadora de aislamiento social, pues las confina en su rol de cuidadoras y limita sustancialmente el desarrollo de cualquier proyecto personal. Por lo tanto, un embarazo cursado en tales situaciones reúne, *per se*, las

condiciones susceptibles de generar un duelo complicado (Castilla Lobos et al., 2023).

3.10 Vivencia

La investigación propone un enfoque del objeto de estudio (el embarazo en contexto de migración reciente) desde la perspectiva de la vivencia, definida por Dilthey en 1949 como “la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas” (citado por Minayo, 2010: 254). En 1999, Gadamer, se refiere a “aquellos que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo y se expresa en el sentido común” (citado por Minayo, 2010: 254). La vivencia se distingue de la experiencia, en la medida en que se constituye como la elaboración del individuo sobre lo experimentado: varias personas pueden experimentar un mismo suceso y elaborar una vivencia diferente, en función de parámetros individuales (personalidad, experiencias anteriores) o colectivos (lugar en la comunidad y en la sociedad, redes de apoyo) (Minayo, 2010). En este caso, se estudió el embarazo en contexto de migración reciente a partir de la vivencia de quienes lo transitaron, así como de las circunstancias concretas (familiares, laborales, económicas) en las que tuvo lugar.

Gadamer estima que el investigador cualitativo se caracteriza por su afán de comprender, de “ejercer la capacidad de colocarse a sí mismo en el lugar del otro” (1999, citado por Minayo, 2010: 256). A su vez, debe tener en cuenta las limitaciones del contexto en el que realiza su pesquisa y las de su propia subjetividad. La pertinencia de la investigación depende, por lo tanto, del conocimiento histórico y contextual construido por el investigador, combinado con su capacidad empática y reflexiva (Minayo, 2010). Por lo tanto, para comprender la vivencia de mujeres migrantes respecto a su embarazo, se consideró esencial desarrollar el conocimiento de la realidad migratoria actual en Uruguay, lo cual implicó: el estudio e interpretación de la normativa vigente en torno a movilidad humana (migración y Refugio) y DSDR; la búsqueda de los distintos actores involucrados en el trabajo con población migrante, ya fueran formales (organismos estatales, OI, servicios de SSyR) o informales (OSC, integrantes de las distintas comunidades migrantes); la contextualización del fenómeno de estudio con enfoque de género.

4 Marco Referencial

Se presentan a continuación los datos estadísticos recientes más relevantes acerca de la migración en Uruguay y de su evolución durante la última década, el marco normativo nacional relativo a la migración y al Refugio, así como la organización de la atención en salud y algunas OSC referentes en la temática.

4.1 Demografía de la migración en Uruguay

La inmigración de origen europeo representó un aporte fundamental para la conformación de la joven nación uruguaya. Hasta mediados del siglo XX, el arribo de inmigrantes, fundamentalmente españoles e italianos, no solamente contribuyó al crecimiento demográfico y económico del país, sino que también plantó las bases de su unidad política y cultural, como una nación construida en base a la inmigración europea (Taks, 2006). A partir de mediados de los sesenta, la crisis económica llevó al Uruguay a convertirse en un país expulsor. El período histórico de mayor emigración tuvo lugar a mediados de la década del setenta, cuando al exilio político, se sumó un contexto económico desfavorable. La restauración democrática no permitió revertir el saldo migratorio negativo y la crisis económica que estalló a partir del año 2000 volvió a incrementar las cifras de la emigración, principalmente hacia los Estados Unidos y España. A partir de 2004, Uruguay recuperó la senda de un crecimiento económico sostenido y en 2009, se confirmó la reversión de la tendencia migratoria vigente en los últimos cuarenta años. Esta se debió a la disminución de las corrientes emigratorias y a un aumento de la cantidad de retornados, debido, en gran parte, a la crisis económica que azotó a los principales países de residencia de los uruguayos exiliados en 2007 (Koolhaas, 2016).

El último censo de 2023 indica una población extranjera de 61810 personas, que corresponde a individuos nacidos en el exterior y radicados en Uruguay después del 2012, independientemente de su nacionalidad.³ (ROU, INE, 2023) Este criterio abarca a los hijos de uruguayos retornados nacidos en el extranjero, lo que explica la representación considerable de España y Estados Unidos en las estadísticas. Estas indican, por orden decreciente, los siguientes lugares de nacimiento: Venezuela, Argentina, Cuba, Brasil, Colombia, España, Perú, Estados Unidos, Chile y República Dominicana. Otro elemento a tener en cuenta es el porcentaje de omisión, estimado en 10.3%. Este puede desglosarse en un 6,3% correspondiente a las situaciones de

³ En términos demográficos, la determinación de la condición migratoria se realiza en base al criterio del lugar de nacimiento y no al de la nacionalidad.

“no respuesta” (moradores ausentes o rechazos al censo) y el 4% restante a omisión efectiva del relevamiento (ROU, INE, 2024: 3). Las condiciones de vida de las personas migrantes recientemente radicadas en el país, en viviendas informales como pensiones o en zonas limítrofes con frontera seca (Rivera y el Chuy, principalmente), pueden volver el censo de esta población más difícil. En efecto, en estos contextos de informalidad, el ingreso formal a Uruguay suele ocurrir semanas o meses después de la llegada efectiva al país. Por otro lado, el INE indica la ausencia “de una única fuente de datos para cuantificar de forma directa a los inmigrantes, emigrantes y el correspondiente saldo migratorio” (ROU, INE, 2014: 9). Para paliar esta carencia, se realizan aproximaciones basadas en “la revisión de distintas fuentes de datos (censos de población, encuestas de hogares y registros administrativos), tanto en Uruguay como en países de destino de la migración uruguaya” (ROU, INE, 2014: 9). Mediante este método, las cifras de la población nacida en el extranjero muestran un aumento del volumen de inmigrantes entre 2012-2023 (57 mil), con relación al periodo 2000-2011 (13 mil). Sin embargo, teniendo en cuenta la informalidad de los inmigrantes recién llegados en términos de regularización, el porcentaje de omisión del censo 2023 y la falencia de una fuente única para cuantificar los movimientos migratorios, puede considerarse que la cifra de extranjeros que ingresaron a Uruguay a partir de 2012 sea mayor a la identificada por el censo.

Si se aplica el criterio de la regularización para cuantificar la evolución del proceso migratorio, 10167 personas tramitaron su residencia permanente en 2023. Esta cifra incluye a ciudadanos procedentes de países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) o Estados asociados y personas con vínculo con uruguayo, así como individuos que no pertenecen a ninguna de estas dos categorías.⁴ Entre ellos, predominan, por orden de importancia, cubanos (2330), argentinos (2216), brasileños (1467), venezolanos (1135) y colombianos (525). Estas cifras demuestran la prevalencia del continente americano en cuanto a región de procedencia de los inmigrantes (85,2%) respecto a Europa (9,4%), Asia (5,2%) y África (0,2%) (ROU, DNM, 2023). La otra modalidad de ingreso de personas extranjeras a Uruguay es el sistema del refugio. Las cifras más recientes avanzadas por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) indican 21174 solicitantes de asilo en junio de 2023, procedentes de cubanos (16128), venezolanos (3139), dominicanos

⁴ Se excluyen aquí las residencias temporarias, que implican la no intención de radicarse en el territorio nacional.

(851), senegaleses (196), bangladesíes (152), peruanos (84), ecuatorianos (47), marroquíes (46) y nigerianos (37). El número de personas que gozan de la condición de refugiados se eleva a 1245 (venezolanos, colombianos, sirios, salvadoreños, cubanos, nigerianos, ucranianos, angoleños, cameruneses y rusos, por orden decreciente). Finalmente, el ACNUR establece una tercera categoría, para aquellas personas que necesitan protección internacional (principalmente venezolanos), la cual abarca a 29080 individuos. Si se le suman los 7 apátridas que cuenta el país, la cifra total de personas que entran en la órbita del ACNUR se eleva a 51502 personas al primer semestre de 2023 (41,1% de solicitantes de asilo, 2,4% de refugiados y 56,5% de personas que necesitan protección internacional). Esta misma población era de 10601 individuos en 2017, lo cual significa un aumento de casi 80% en 6 años. Entre esa población, predominan las mujeres (60%) y la franja etaria entre 18 y 59 años (85%) (ACNUR, 2023).

4.2 Legislación relativa a la migración y a los Derechos en Salud

El Estado uruguayo reconoce el derecho a la migración y establece que “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” (ROU, Poder Legislativo, 2008: Artículo 8). También contempla el “derecho a solicitar y recibir refugio en el territorio nacional, en salvaguarda de la vida, integridad física, moral e intelectual, libertad y seguridad” (ROU, Poder Legislativo, 2006: Artículo 1º).

Así pues, las personas extranjeras que eligen radicarse en Uruguay pueden hacerlo a través de una solicitud de refugio (en tal caso quedan amparados por la Ley 18076) o iniciando un trámite de residencia. En el primer caso, tendrán el estatuto de solicitantes de refugio (o de asilo) hasta recibir el fallo de la Comisión de Refugiados (CORE), organismo multipartita encargado de determinar la condición de refugiado (ROU, Poder Legislativo, 2006).⁵ Tienen la libertad de renunciar a su solicitud de asilo e iniciar un trámite de residencia, siempre y cuando puedan cumplir con los requisitos establecidos. En tal caso, una vez iniciado el trámite, deberán presentar sus antecedentes penales y medios de vida, para poder obtener la residencia legal definitiva (ROU, Poder Legislativo, 2008). Tanto los residentes legales como aquellas personas a quienes se la haya reconocido la condición de refugiado/a podrán solicitar la reunificación familiar, es decir la posibilidad de traer a sus familiares directos

⁵ La CORE está conformada por un representante de cada una de las siguientes instituciones: MRREE, DNM, MIDES, MTSS, MVOTMA, Udelar. Cuenta, además, con un representante de una OSC designada por el ACNUR y de una OSC designada por la Asociación Nacional de OnGs (ANONG).

desde su país de origen (ROU, Poder Ejecutivo, 2018; ROU, Poder Legislativo, 2006).

Cabe señalar que numerosas personas migrantes solicitan refugio al ingresar en Uruguay, pues al considerarse una situación de alta vulnerabilidad, los requisitos son mínimos y obtienen rápidamente una cédula de identidad. Una vez estabilizada su situación, la mayoría renuncia a la solicitud de asilo para iniciar un trámite de residencia. Con el fin de incentivar esta transición, el Estado implementó en mayo de 2024 el Programa de Residencia por Arraigo, dirigido a aquellas personas extranjeras que, a la fecha de publicación del decreto, eran solicitantes de refugio, habían ingresado regularmente al territorio nacional y residían en él desde un período mayor a 180 días. De esta forma, pueden acceder a una residencia especial por motivos de arraigo laboral, familiar, de formación o estudio (ROU, MI, 2024).

La ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) reglamenta el derecho a la protección de la salud y estipula las modalidades para el acceso a los servicios. Todo extranjero que demuestre su intención de radicarse en el país está amparado por la ley (ROU, Poder Legislativo, 2007). La implementación es competencia del MSP y los prestadores del SNIS no pueden rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud, ni limitar las prestaciones incluidas en sus programas.

La Ley N° 18.426 sobre SSyR establece que:

“El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos” (ROU, Poder Legislativo, 2008: Artículo 1º).

Sin embargo, La Ley promulgada en 2012 establece las condiciones para acceder al IVE dentro de la legalidad. Para mujeres extranjeras, el artículo 13 agrega como requisito adicional que “sólo podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley las ciudadanas uruguayas naturales o legales o las extranjeras que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año” (ROU, Poder Legislativo, 2012: Art. 13).

4.3 Organización de la atención en salud

La atención en salud se organiza en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), conformado por efectores de los subsectores público y privado. Producto de la reforma implementada en 2007, el SNIS apunta a universalizar el acceso a la salud y así garantizar la calidad asistencial para todos (ROU, Poder

Legislativo, 2007). Diversos servicios y estructuras integran la red de servicios de asistencia pública, cuyo principal prestador es ASSE. En Montevideo, el Primer Nivel de Atención (PNA) se organiza a través de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) en convenio con la red de policlínicas de la Intendencia de Montevideo (24 efectores), con el fin de aumentar la oferta de servicios y la resolutividad en territorio (Ríos, 2028). En cuanto a servicios dedicados a la salud de la mujer o SSyR, todos los centros de salud del PNA de la RAP-ASSE y, en mayor o menor medida, las policlínicas de la IM cuentan con partero/a y ginecólogo/a. Algunos centros ofrecen una policlínica semanal de IVE, conformada por ginecólogo/a, psicólogo/a y trabajador/a social. El centro asistencial de referencia para el segundo y tercer nivel de atención en Montevideo es el Centro Hospitalario Pereira Rossell, conformado por el Hospital de la Mujer (Ginecología y Maternidad) y el Hospital Pediátrico (ROU, MSP, 2014).

Al radicarse en Uruguay, las mujeres migrantes suelen optar por la afiliación a ASSE en lugar de un prestador privado, pues el sub sistema público les garantiza el acceso universal y gratuito a las prestaciones sanitarias. Es, por lo tanto, de interés en el marco de la investigación proyectada, estudiar las características de la atención recibida en los servicios dedicados a la salud de la mujer y el impacto que esta puede tener en la vivencia del embarazo. En este sentido, es relevante destacar que no existe un servicio público de salud específico dirigido a la población migrante, coordinado por profesionales sanitarios. En la primera etapa de su instalación en el país, toda persona extranjera debe realizar su afiliación a un prestador del SNIS, administrarse o revalidar las vacunas requeridas para el inicio del trámite de residencia o Refugio y acceder a las primeras consultas médicas en el PNA o, de ser necesario, en el segundo nivel de atención. Desde marzo de 2024, el Estado, en asociación con la OIM y UNICEF, brinda asesoramiento para la realización de trámites migratorios a través de una ventanilla única, ubicada en el Centro de Referencia para Personas Migrantes (CRM). Este cuenta con personal de todos los ministerios y entes públicos involucrados en la temática migratoria, con el fin de informar sobre el acceso a los derechos y prestaciones del Estado. (ROU, MIDES, 2024). La atención ofrecida por funcionarios de ASSE consta del asesoramiento para la realización de trámites (afiliación, vacunación), pero no incluye una valoración de salud integral realizada por profesionales sanitarios y el consiguiente trabajo de derivación, enlace y acompañamiento.

4.4 Atención en salud durante el embarazo

La implementación de servicios integrales para la atención de la SSyR dirigidos a mujeres, hombres y diversidades sexuales es un requisito excluyente para la implementación de un modelo de atención con enfoque de derechos, tal y como lo plantea la Ley N°18.426 (ROU, MSP, 2010). En este sentido, se establece la obligatoriedad para cada prestador de implementar un servicio de SSyR, entendido como “la expresión asistencial de cada institución (...) en el área específica de los temas concernientes a la salud y los DSDR” (Ibid: 8). Estos servicios deben cumplir con las acciones y prestaciones estipuladas por la normativa vigente y el MSP, entre las cuales figuran: la difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas de la vida; la educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, de la maternidad y de la paternidad; el acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables; la educación y orientación sobre métodos eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual; la información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción; la prevención de la morbimortalidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto; la captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud; el asesoramiento para medidas de protección frente al aborto provocado en condiciones de riesgo; la atención de la interrupción del embarazo en los casos en que sea autorizada por la normativa vigente; la promoción de la salud mental desde la perspectiva de los DSDR; la prevención y derivación oportuna en casos de la violencia física, psicológica y sexual.

Las Leyes 18250 de Migración y 18076 de Refugio refuerzan lo establecido por la Ley sobre SSyR, pues relevan que las personas extranjeras (ya sean migrantes, solicitantes de refugio o refugiadas) residentes en Uruguay deben gozar del derecho a la salud en un pie de igualdad con los nacionales (ROU, Poder legislativo, 2006 y 2008). Además del acceso formal a la atención sanitaria, debe tenerse en cuenta la calidad de la atención brindada. Esta debe incluir un enfoque intercultural, es decir realizarse en conocimiento y respeto de la diversidad cultural de la población extranjera que concurre a los servicios sanitarios. En el contexto específico de un embarazo, el abordaje intercultural implica considerar las creencias y valores de las mujeres extranjeras, siempre y cuando no sean perjudiciales para la salud materna o fetal. Este enfoque significa, por lo tanto, brindar atención sin pretender imponer las

pautas vigentes en el paradigma sanitario del país de acogida (Urrutia Pérez C. et al., 2022).

A pesar del amplio alcance de la Ley sobre SSyR, el pleno acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes puede verse impedido por otras barreras normativas, tal y como el artículo 13 de la Ley 18.987 sobre IVE, que impide la prescripción de la medicación abortiva para aquellas mujeres que no puedan demostrar una permanencia del al menos un año en el territorio nacional. Existen también otras barreras más solapadas, que se cristalizan en el seno de la pareja o del núcleo familiar a través de desigualdades de género o, en la atención sanitaria, mediante una accesibilidad deficiente o interferencias en la comunicación entre usuarias y profesionales.

4.5 Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)

Además del Estado y de las OI, diversas OSC atienden la problemática migratoria y del Refugio en Uruguay. Algunas son financiadas integralmente (Servicio Ecuménico para la Dignidad Humana SEDHU, OSC implementadora del ACNUR en Uruguay, Cruz Roja Uruguaya), otras parcialmente (Servicio Jesuita Migrante o SJM) y otras se sustentan en el trabajo voluntario, con financiación limitada y/o esporádica. Algunas están dirigidas a determinadas comunidades (Manos Veneguayas y Uruvene para venezolanos, Asociación de Africanos del Uruguay, Círculo de Chilenos Residentes en Uruguay, Asociación de Dominicanos Juana Saltitopa) y otras brindan sus servicios sin distinción de nacionalidad (SJM, Idas y Vueltas). Si bien no atienden a personas migrantes como población objetivo, la acción de algunas OSC relacionadas a los derechos de la mujer (MySU) o a la problemática de la trata y tráfico de personas (El Paso) las vincula con la migración. A su vez, existen colectivos que promueven la cultura de las distintas comunidades migrantes presentes en Montevideo (Goes Migrante, Hilos Tejido Cultural) y otros de carácter militante como Todos somos uruguayos, conformado por individuos de origen extranjero que adquirieron la ciudadanía legal. En cuanto a atención en salud, Idas y Vueltas cuenta con una consulta de Enfermería y un área de Salud mental desarrolladas por profesionales, que brindan atención directa y facilitan el acceso y accesibilidad a los servicios sanitarios.

5 Objetivos

5.1 Objetivo general

- Comprender la vivencia de mujeres extranjeras que hayan cursado un embarazo en contexto de migración reciente en Uruguay

5.2 Objetivos específicos

- Conocer el perfil sociodemográfico de mujeres migrantes que hayan culminado un embarazo en los dos años posteriores a su radicación en Uruguay
- Identificar las redes de apoyo con las que contaban e interpretar su rol en la vivencia del embarazo
- Analizar las características de la atención en salud y su impacto en la vivencia de la gestación

6 Metodología

Se considera la investigación cualitativa el tipo de metodología más apropiado para tratar el tema propuesto. Según lo define Minayo, esta permite trabajar con “el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables” (2013: 18). Graham Gibbs recuerda que la investigación cualitativa “se abstiene de establecer al principio un concepto claro de lo que se estudia y de formular hipótesis para someterlas a prueba, sino que estos se desarrollan y refinan en el proceso de investigación” (2007: 13). Para ello, el investigador cualitativo se enfoca en las experiencias, interacciones y materiales “en su contexto natural” de forma que puedan expresarse las particularidades de estas experiencias, interacciones y documentos (2007: 13).

La vivencia constituye un fenómeno de estudio de escasa pertinencia en términos cuantitativos, dada la variedad, variabilidad y subjetividad de las respuestas obtenidas. Más bien se presta al proceso de investigación cualitativo que, según Vasilachis, supone:

“a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio, b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos, y c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el

investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios” (2006: 26).

6.1 Tipo de estudio

Los datos cualitativos se caracterizan por su diversidad y su carga significativa: si bien no incluyen recuentos o medidas, abarcan cualquier tipo de comunicación, ya sea verbal o gestual, así como símbolos culturales (Gibbs, 2007). El proyecto de investigación se enmarca dentro del enfoque fenomenológico, que se caracteriza por el estudio de una experiencia desde la perspectiva y subjetividad del sujeto, con el objetivo de comprender la vivencia en su complejidad, a través de los relatos, las anécdotas e incluso los silencios (Fuster, 2019).

6.2 Población

- Mujeres migrantes que hayan culminado un embarazo con al menos cinco consultas de salud y radicadas en Uruguay en los dos años anteriores a esa gestación

6.3 Estrategia muestral

Los estudios cualitativos pueden prescindir de un tamaño muestral consecuente para su validez científica, pues la extrapolación de resultados no forma parte de sus objetivos. En consecuencia, la credibilidad del conocimiento cobra mayor relevancia que la posibilidad de generalizar características medibles de la muestra a todo el universo. (Mendizábal, 2006). Se analiza entonces un número reducido de unidades, “al que se denomina muestra intencional o basada en criterios” (Mendizábal, 2006: 87). En la presente investigación, se optó por una muestra de máxima variación, con el objetivo de obtener la más amplia gama de información y perspectivas acerca del fenómeno de estudio (Crabtree y Miller, 1999). Para tal tipo de muestra, Anton Kuzel avanza la cifra de “12 a 20 fuentes de información” (Crabtree y Miller, 1999: 41). Por otro lado, Manuel Valles introduce el concepto de accesibilidad de la muestra, según el cual el investigador debe contemplar las posibilidades reales de acceder a la diversidad ideada, una vez enfrentado a la realidad del trabajo de campo (Valles, 2007). Acorde a estos criterios de heterogeneidad y accesibilidad, se consideraron las siguientes variables: país de procedencia, idioma materno o dominante, edad y nivel socioeducativo. La saturación de la muestra se alcanzó con trece entrevistas, cuando se consideró haber logrado respuestas relevantes y novedosas acerca del fenómeno estudiado y de acuerdo a los objetivos de la investigación.

La muestra fue lograda a partir de seis bolas de nieve: la primera surgió de la OSC Idas y Vueltas, específicamente de su asesoría en trabajo social y del espacio de mujeres; la segunda de la Asociación de Africanos del Uruguay; la tercera partió del emprendimiento gastronómico Sabores de África; la cuarta del colectivo de gestión cultural Hilos Tejido Cultural; la quinta surgió de la Escuela 31 Jacobo Varela y la sexta, del colectivo Todos somos uruguayos.

6.4 Criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años
- Haber llevado a término un embarazo en los dos años posteriores a su radicación en Uruguay
- Haber cursado el embarazo luego de la implementación del SNIS (2008)
- Haber firmado el consentimiento para la participación en el estudio
- Tener como idioma materno o dominante el español, el francés, el inglés o el portugués⁶

6.5 Criterios de exclusión

- Padecer un déficit intelectual o físico que impida la comunicación y/o comprensión de lo expuesto en el estudio.

6.6 Recolección de datos

La información se obtuvo a partir de la realización de entrevistas en profundidad semiestructuradas, como técnica cualitativa conversacional (Valle, 1999). En primer lugar, se realizó una prueba piloto, no incluida en el compendio de las trece entrevistas que conforman el material de la tesis. La prueba piloto fue llevada a cabo según el protocolo establecido para las entrevistas y a raíz de ella, se agregaron algunas preguntas introductorias (año de radicación en Uruguay, cobertura de salud en el momento del embarazo), con el fin de completar el perfil sociodemográfico de las mujeres y aportar elementos para el análisis.

Previo a la entrevista, se les brindó a las participantes una descripción del proyecto de investigación (Apéndice 1), se contestaron las preguntas y dudas planteadas y se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado (Apéndice 2). Acorde a la clasificación de Patton (1990), se eligió la modalidad de entrevista basada en un guion, que ofrece al investigador un hilo conductor, al mismo tiempo que le otorga cierto grado de libertad para (re)ordenar y (re)formular las preguntas a lo largo del

⁶ Idiomas dominados por la entrevistadora

encuentro (Valles, 1999). Además de la guía de la pauta para la entrevista (Apéndice 3), se contó con la herramienta del cuaderno de campo, en el cual se anotaron observaciones del entorno, ambiente y desarrollo del encuentro, consideraciones metodológicas a tener en cuenta para el análisis y otras informaciones relevantes para la fase posterior de la investigación.

Las entrevistas fueron realizadas en la lengua materna o dominante de las participantes y grabadas en su lugar de elección, que fue, en su gran mayoría (nueve), en el domicilio. De las entrevistas que se desarrollaron en otros ámbitos, una fue realizada en el lugar de trabajo de la participante, otra en la sede de una OSC y dos en cafeterías. Se trató de cumplir con los criterios de privacidad y tranquilidad que garantizaran el anonimato de los datos aportados y la calidad de la grabación. No se consideró necesario realizar un segundo encuentro, pero en algunos casos, se esclarecieron dudas por vía telefónica.

6.7 Consideraciones éticas

Se tomaron en cuenta los parámetros éticos establecidos por el Decreto N° 158/019 relativo a la Investigación en Seres Humanos y a los principios éticos para las investigaciones médicas con seres humanos (ROU, Poder Ejecutivo, 2019), así como la Ley N°18.331 de Protección de Datos Personales (ROU, Poder Legislativo, 2008). Tanto la pauta de entrevista, la nota explicativa del proyecto como el consentimiento informado fueron elaborados en los cuatro idiomas abarcados por la investigación (español, inglés, francés y portugués). Asimismo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las participantes, mediante la utilización de sus iniciales y el almacenamiento de los datos (notas y grabaciones) en una cuenta de Google Drive, protegida con contraseña. Un aspecto para considerar es que la escasa magnitud de la población femenina de origen africano en nuestro país dificultó el mantenimiento de su anonimato. En tales casos, no se explicitó el país de origen de la participante, sino que se dio una orientación geográfica de su ubicación dentro del continente.

La información personal fue y será utilizada en forma confidencial únicamente por la investigadora y sus tutoras, en un lapso de cinco años posteriores a su obtención. Las participantes no fueron, ni serán expuestas a riesgo alguno en el marco de la investigación. Se les aclaró que tenían la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello las perjudicara de modo alguno.

6.8 Análisis de datos

El concepto de análisis implica la idea transformación de datos (en general voluminosos en la investigación cualitativa) hacia una información “comprendible, fiable e incluso original”, mediante los procedimientos analíticos que el investigador estime los más adecuados (Gibbs, 2007: 19-20). Con este fin, las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas de forma literal por la investigadora, con el fin de conservar “la riqueza en las transcripciones, faltas de lenguaje, lapsus, titubeos, modismos, así como los silencios o pausas de los narradores” (Cornejo et al., 2008: 36). Siguiendo el consejo de Gibbs “escribir es pensar” (2007: 42), se inició la redacción del análisis en forma de apuntes, impresiones e ideas, a medida que se realizaron las transcripciones.

El análisis del contenido se desarrolló según el esquema propuesto por Minayo: ordenación, clasificación y análisis propiamente dicho (2010). La codificación, entendida como el modo de definir y ordenar los datos (Gibbs, 2007), se realizó en forma manual, por preferencia de la investigadora. Mediante lecturas sucesivas, se identificaron los fragmentos significativos de las transcripciones desde el punto de vista teórico, que se resaltaron con colores. Se asignaron luego los códigos correspondientes a cada categoría analítica establecida, ejemplificados a través de descriptores expresados en los relatos.

Se optó por una codificación mixta, basada a la vez en conceptos preestablecidos y en datos novedosos aportados por la investigación. La codificación teórica, con enfoque deductivo, se sustentó en conceptos procedentes de la literatura existente y en el conocimiento de la investigadora en el campo de la migración. La codificación abierta, de índole inductiva, fue generada a partir de la información brindada por las entrevistas. Por un lado, la codificación abierta, libre de preconceptos acerca del fenómeno estudiado, se presta particularmente a la metodología cualitativa. Por el otro, Gibbs recuerda que “nadie empieza con una carencia absoluta de ideas” y que “el investigador es a la vez un observador del mundo social y una parte de ese mismo mundo” (Gibbs, 2007: 62). En este sentido, el conocimiento científico a disposición y la experiencia de la investigadora conformaban fuentes de información pertinentes, que fundamentaron la elección de una codificación mixta.

En una primera instancia, se seleccionaron las dimensiones de análisis consideradas como más pertinentes para la comprensión del problema de investigación, en este caso la vivencia del embarazo: la diversidad del perfil sociocultural, las redes de apoyo a disposición y las características de la atención en salud recibida. Estas

dimensiones atraviesan todo el proceso de investigación, desde la formulación del plan y de los objetivos, hasta la elaboración de los instrumentos y el análisis posterior. Representan claves de lectura de las entrevistas y como tales, son el punto de partida para la sistematización, el agrupamiento, la codificación y la interpretación de la información recabada (Gibbs, 2007). En un segundo tiempo, se incorporaron dimensiones nuevas, aportadas por los relatos, tal y como el embarazo no deseado, el factor cultural y de género y el impacto de la pandemia. En el capítulo dedicado a la discusión, se analizó la información obtenida en una dinámica de confrontación con los antecedentes de la investigación y con el marco teórico conceptual.

7 Resultados

Se presentan a continuación los resultados de la investigación, precedidos por la descripción del perfil sociodemográfico de la muestra y una breve reseña biográfica de cada entrevistada. Se exponen luego fragmentos de los relatos vinculados a las dimensiones planteadas en los objetivos de la investigación (importancia de las redes de apoyo y percepción de la atención en salud), para luego describir otras dimensiones, halladas en los relatos (rol de género y de la cultura de origen e impacto de la pandemia en la vivencia del embarazo). Finalmente, se considera esa vivencia en su conjunto, como resultante de las dimensiones previamente desarrolladas.

7.1 Perfil socio demográfico de la muestra

El tipo de muestreo se realizó por conveniencia, en función de dos criterios: alcanzar una muestra de máxima variación, en términos de país de procedencia, idioma materno o dominante, edad y nivel socioeducativo y así lograr la más amplia gama de información y perspectivas acerca del fenómeno de estudio (Crabtree y Miller, 1999); contemplar el criterio de accesibilidad, es decir las oportunidades reales de realizar entrevistas que cumplieran con las pautas de inclusión y los principios éticos de la investigación.

En cuanto a la variación de la muestra, se logró entrevistar a trece mujeres de ocho países distintos, cuatro idiomas, niveles socio educativos de la primaria a la formación universitaria y un rango etario comprendido entre los 22 y los 41 años. Considerando el objetivo de lograr una muestra de máxima variación y

contemplando, a su vez, el criterio de accesibilidad, se consideró aceptable la muestra obtenida con trece entrevistas. A continuación, se presenta un cuadro con las principales características sociodemográficas de las entrevistadas. Tanto la situación de pareja, la edad, el nivel socio educativo como la cobertura de salud corresponden al momento en que cursaron el embarazo.

Identificación de caso	Nacionalidad	Idioma	Nivel educativo culminado	Año de gestación	Edad	Cobertura salud	Pareja
M1	África sur occidental	Portugués Francés	Terciario	2019	37	ASSE	Sí
M2	Rep. Dominicana	Español	Primario	2019	34	ASSE	Sí
M3	África centro occidental	Francés	Universitario	2022	37	ASSE /SUS (Brasil)	No
M4	Cuba	Español	Terciario	2024	28	ASSE	Sí
M5	Cuba	Español	Universitario	2020	30	ASSE	Sí
M6	Cuba	Español	Universitario	2020	30	IAMPP	Sí
M7	Cuba	Español	Terciario	2023	22	ASSE	Sí
M8	Cuba	Español	Universitario	2023	41	ASSE / IAMPP (Cambio durante el embarazo)	Sí
M9	Venezuela	Español	Universitario	2019	35	IAMPP	Sí
M10	África central	Inglés Francés	Secundaria	2013	23	IAMPP	Sí
M11	Rep. Dominicana	Español	Primaria	2017	20	IAMPP	Sí
M12	Chile	Español	Terciaria	2021	33	ASSE	Sí
M13	México	Español	Universitaria	2020	34	IAMPP	Sí

Tabla 1: Elaboración propia

Para un mejor entendimiento de cada situación, se presenta una breve reseña anonimizada de cada una de las entrevistadas.

- M1 es procedente un país de la costa sur occidental de África, aunque vivió muchos años en otro país del centro sur del continente, lo cual explica que alterna entre portugués y francés para comunicarse. Tiene formación terciaria de laboratorista, llegó a Uruguay en 2017, acompañada de su esposo y de sus tres hijas y la familia beneficia de la condición de refugiados. En el momento del embarazo, vivían en una pensión y al no contar con solvencia económica,

contaron con el apoyo del Estado y de varias OSC. La familia vive hoy en día en un apartamento y el esposo de M1 cuenta con empleo regular.

- M2 es procedente de República Dominicana y llegó a Uruguay en 2017, donde la esperaba su esposo. Finalizó la Primaria en su país de origen, donde tiene una hija de 17 años y una nieta. A los pocos meses de su radicación fue diagnosticada con VIH e inició su tratamiento. Al año, quedó embarazada de una hija, seguida por un hijo al año siguiente, ambos sanos. Es actualmente encargada de una pensión, en la que vive el núcleo familiar.
- M3 llegó a Uruguay en 2022, embarazada desde un país centro occidental de África. Ingresó vía Brasil, primer país donde solicitó la condición de refugiada. Por ese motivo, permaneció en la ciudad de Rivera durante su embarazo, donde se atendió de ambos lados de la frontera. No contaba con pareja ni con redes de apoyo cercanas y sufrió maltrato por parte de dos compatriotas con quienes vivió durante el embarazo. Su hija nació finalmente en Uruguay, que le otorgó la condición de refugiada y tras la llegada de su hermano, se trasladó a Montevideo. No cuenta actualmente con solvencia económica y recibe apoyo del Estado.
- M4 es Técnica en Turismo y migró con su esposo desde Cuba, donde dejaron a su hija de nueve años, al cuidado de familiares. Están a la espera de regularizar su estatus migratorio mediante el programa de Residencia por arraigo, para solicitar la reunificación familiar. Es la única participante con un embarazo en curso en el momento de la entrevista y dio a luz a una niña en julio de 2024. ES y su esposo eligieron Uruguay porque sus medios económicos no les permitían considerar los Estados Unidos. Cuentan con el apoyo de unos parientes lejanos, que también son vecinos, el esposo de M4 es cocinero profesional y cuenta con dos trabajos estables.
- M5 es cubana y se instaló en el país con su esposo uruguayo, procedente de una primera etapa migratoria en Chile. Desde el inicio, contó con la red de apoyo conformada por su familia política y una estabilidad económica proporcionada por los ingresos de su esposo. Cursó su embarazo durante la pandemia y ejerció su profesión de psicóloga en promotoras vinculadas al rubro de la selección de recursos humanos. Sin embargo, al no haber podido revalidar su título, se ve muy limitada en el ejercicio su profesión.
- M6 se radicó con esposo, procedente de Cuba. Por motivos económicos, descartaron la migración a Estados Unidos. Ambos contaban con una

formación de ingenieros y experiencia profesional que les permitió insertarse rápidamente en mercado laboral uruguayo, sin necesidad de revalidar su título. Habían intentado tener hijos en Cuba mediante procreación asistida, sin éxito. En Uruguay, M6 quedó embarazada de forma natural y dio a luz a una niña con meningocele, sin haber tenido diagnóstico prenatal. La evolución de la niña fue positiva y la pareja cuenta hoy en día con otra hija, nacida a inicios de 2024.

- M7 es cubana y con 22 años y una bebé de cuatro meses en el momento de la entrevista, es la participante más joven del estudio. Es Técnica odontológica y se radicó en Uruguay con su compañero cubano. No ha revalidado su título, no cuenta con empleo actualmente y se encuentra realizando un curso de manicura. La pareja acaba de mudarse a una vivienda particular, luego de haber transitado su embarazo y el nacimiento de su hija en una pensión. La familia se mantiene con el ingreso de la pareja de M7.
- M8 es cubana y con 41 años, es la participante que cursó su embarazo con la mayor edad. Es Licenciada en Turismo y se instaló en el país con su esposo. Cuenta con un hijo adulto en Cuba, de un matrimonio anterior. La pareja vive en un barrio periférico de la ciudad de las Piedras, con su hijo de cuatro meses. El acceso a esa vivienda les fue facilitado por parientes lejanos, previamente radicados en la zona. La familia se sostiene únicamente con el ingreso del esposo de M8.
- M9 es socióloga llegó a Uruguay desde Venezuela embarazada de su hijo. Contaba con el apoyo de su hermana, previamente radicada. El motivo del exilio fueron las dificultades en el sistema venezolano para la atención segura de un embarazo de riesgo. En un segundo tiempo, se radicaron su esposo y su hija mayor. Hoy en día, la familia cuenta con estabilidad económica y alquilan una vivienda particular. MU se encuentra actualmente desempleada, luego de haber renunciado a un cargo de gestión de un residencial.
- M10 llegó al país procedente de un país centro africano en 2013 con su pareja, un militar uruguayo que había conocido en el marco de una misión. Ambos tuvieron un hijo que cuenta hoy en día con once años de edad y la pareja está separada. M11 finalizó la secundaria y trabaja en forma independiente en el rubro de la estética afro.
- M11 es de República Dominicana y llegó a Uruguay en 2015, con 18 años recién cumplidos, a reunirse con su madre que había migrado previamente.

Quedó embarazada poco menos de dos años después de su radicación. Hoy en día, trabaja en una empresa de acompañantes y espera nuevamente un hijo de otra pareja.

- M12 es chilena y llegó a Uruguay en 2021 embarazada, tras haber viajado y vivido en varios países latinoamericanos con su pareja, en el marco de un proyecto audiovisual desarrollado por ambos. En la actualidad, se dedica a la crianza de su hijo de 3 años,
- M13 es mexicana y se radicó en el país en 2019, después de haberse casado con un uruguayo. Hoy en día, su trabajo remoto como administradora de páginas web le permite dedicarse a la crianza de su hija de 4 años.

Las razones que motivaron estas mujeres a migrar son de índole socio económica y/o política y se relacionan, en gran medida, con la situación de su país de origen o del país de residencia anterior. Así, todas las entrevistadas procedentes de Venezuela, Cuba y República Dominicana se refieren a la crisis económica y a la consiguiente imposibilidad de proyectar una vida digna para ellas y su familia. En el caso de Cuba, dos mujeres agregaron determinadas tomas de posición políticas, que tuvieron consecuencias negativas en su inserción social y profesional. La entrevistada mexicana se refiere a la inseguridad en el norte de su país, vinculada al narcotráfico. En el caso de dos mujeres procedentes de países africanos, ambas con condición de refugiadas, persecuciones étnicas que ponían en peligro su vida fueron el motivo del exilio.

La mayoría de las entrevistadas (siete) migraron a Uruguay con su pareja procedente del mismo país, mientras que cuatro habían contraído matrimonio o estaban previamente en pareja con un uruguayo. Una mujer emigró sola (M3, África Centro occidental) y la última llegó con su hermana menor a reunirse con su madre. Tres entrevistadas llegaron embarazadas: una sin saber que lo estaba (M3) y las otras dos, (M9) procedente de Venezuela y M12 (chilena radicada en México) eligieron dar a luz en Uruguay para lograr una atención que consideraban más segura, además de contar con redes de apoyo en el país.

Si bien el estudio abarcó mujeres con gran amplitud de nivel educativo, la mayoría eran universitarias, independientemente de su inserción profesional actual. De hecho, siete se encontraban desocupadas, tres eran emprendedoras y tres trabajaban en régimen de dependencia.

Otro elemento relevante es la gran diversidad en el lugar de residencia, dentro del área metropolitana de Montevideo. Datos aportados por el MIDES para el año 2011 indican que el 44% de la población extranjera residía en el Municipio B (MIDES, 2017: 54). Si bien el estudio no pretende generalizar resultados, cabe destacar que solo dos entrevistadas vivían en Municipio B, dos en el CH, una en la periferia de las Piedras y el resto en distintos barrios de la zona oeste y norte de Montevideo.

7.2 Redes de apoyo

Se definen las redes de apoyo como el cúmulo de vínculos que relacionan a personas con parientes, amigos, compatriotas y otras personas o colectivos y que conforma un conjunto de eventuales recursos a movilizar en situaciones de necesidad (Saccani, 2013). En términos operativos, se consideraron a las personas, grupos de personas o instituciones referidas por la entrevistada como una fuente de ayuda sustancial en el proceso del embarazo. Se presentan, a continuación, las categorías y subcategorías de redes, identificadas a través de los relatos.

Categoría	Subcategoría
Formales	Organizaciones no Gubernamentales
	Servicios e instituciones estatales
Informales	Familiares de 1º grado: cónyuge, padres, hijos/as, hermanos/as
	Familiares de 2º grado: tíos/as, abuelos/as, primos/as hermanos/as
	Familiares de 3er grado: tíos/as y primos/as lejanos/as, familiares políticos
	Integrantes de la comunidad de origen
	Integrantes de la comunidad de acogida (uruguayos/as)

Tabla 2: Elaboración propia

7.2.1 Redes de apoyo formales

Fueron pocas las entrevistadas que mencionaron redes de apoyo formales como sostén importante en el transcurso de su gestación. De hecho, solo M3 se refirió a los equipos de salud y a otras instituciones públicas, en respuesta a la pregunta “con quién/es pudo contar para apoyarla durante su embarazo?”:

« [J'ai pu compter] beaucoup sur les équipes de soins. Autant du côté brésilien que du côté uruguayen. Et avec les gens du MIDES et de la FEnf.» (Traducción: “Pude contar mucho con los equipos de salud, tanto del lado brasileño como uruguayo. Y con la gente del MIDES y de la FEnf” (M3, África centro occidental)

En los demás casos, este tipo de redes aparecieron espontánea y aleatoriamente a lo largo del relato.

M2 se refiere a una integrante del equipo de salud:

“Recuerdo cuando conocí a una enfermera que no tenía hijos y salió embarazada al mismo tiempo que yo, tuvo una nena. (...) A veces paso por el Pereira y la voy a visitar. Se hizo muy amiga mía” (M2, Rep. Dominicana)

M1 hace referencia a la OSC Idas y Vueltas, que la apoyó en una consulta en Emergencia:

“Também lembro de uma vez que eu fui ao hospital porque estava sangrando, veio alguém de Idas y Vueltas e falou com os médicos, porque eu não conseguia entender se era grave ou não. (M1, África sur occidental)

M5 se refiere a la misma OSC, cuya existencia desconocía cuando cursó su embarazo:

“Mira si yo hubiese tenido el espacio de mujeres de Idas, habría sido distinto... Claro era pandemia, de todas maneras, no se podía, pero habría sido diferente...” (M5, Cuba)

7.2.2 Redes de apoyo informales

A la hora de describir las redes de apoyo informales, lo que más se destaca es la escasez y a veces la ausencia de éstas, así como el sentimiento de aislamiento y soledad producto del desarraigo y del proceso de adaptación a una nueva realidad sociocultural. En cuatro de los relatos, aparece la palabra “nadie”, en respuesta a la pregunta “¿Con quién pudo contar para apoyarla durante su embarazo?

“Para me acompanhar?... Não, realmente não tinha ninguém.” (traducción: “¿Para acompañarme? ... No, no tenía realmente a nadie.”) (M1, África sur occidental)

“Casi nadie me apoyó, estábamos solos con mi pareja, como quien dice.” (M2, Rep. Dominicana)

“Mais bon, pour m'aider au jour le jour, [il n'y avait] personne ». (Traducción: “Pero bueno, para ayudarme en el día a día, no había nadie”). (M3, África centro occidental)

“El tema del embarazo, el llegar acá y no tener a nadie, de verse sin un apoyo, con tantas cosas nuevas para uno. Que es difícil sí. Difícil, es.” (M8, Cuba)

Estas situaciones de aislamiento y soledad acontecen, además, en el marco de procesos de ruptura familiar con hijos, padres y/u otros familiares dejados en el país de origen. Numerosas entrevistadas relatan sentimientos de tristeza, añoranza y angustia, aun cuando el embarazo sucede en condiciones socioeconómicas aceptables:

"Extrañé a mi hija y a mí madre. A mi familia como quien dice, porque acá estaba sola con mi pareja." (M2, Rep. Dominicana)

« Ma famille. Ma mère, ma sœur [me manquaient]. » (Traducción: “[Extrañaba a] mi familia. Mi madre, mi hermana.”) (M3, África centro occidental)

"Extraño a mi familia. Realmente, a mi familia (...) lo que más extraño es a mi familia. Yo creo que cuando tenga a mi hija aquí y a mi mamá va a ser otra cosa, no me voy a sentir tan sola. Porque acá me siento muy sola. Acá estás sola." (M4, Cuba)

“[Extrañé a] mi madre, mi madre, mi familia, mi padre. En ese primer embarazo, bueno, en todos (risas), pero como es todo tan nuevo, uno está muy sensible, viste y te pasan cosas, yo me pasé las primeras semanas llorando por nada, o sea por el embarazo, me pasaba horas sentada en la cama llorando y llorando con mi esposo al lado consolándome, pobre, que no sabía que iba a hacer, que son simplemente las hormonas, pero se te une todo. Se te une: voy a tener un hijo, todavía vivo en una pensión, qué va a pasar, lo voy a hacer bien, se te une todo.” (M6, Cuba)

“Echaba [de] menos, dejé a mi hijo. Mi mamá, mi familia, todo el mundo, entonces el menos era indescriptible, entonces yo decía, cuando llegó el frío, me quería morir, yo decía, voy para atrás.” (M8, Cuba)

“Me sentía muy desdichada porque no tenía conmigo a mi hija y a mi compañero, con esa incertidumbre de cuándo llegaría el momento de reencontrarnos.” (M9, Venezuela)

“[Extrañé a] mi familia, completamente. Mi madre. Esa era como una tristeza que yo tenía paralelo a la felicidad, era que no podía compartir el embarazo con mi madre. Mi madre siempre fue una persona de muchos hijos, siempre la vi embarazada y era como que yo me imaginaba que el día que yo tuviera a mi hijo, ella me iba a acompañar a parir, o por lo menos estar ahí las últimas semanas y nada, la extrañaba y a mis hermanas, pasar momentos de mujeres, juntas, del embarazo (...). Entonces por mucho que uno tenga a la suegra y a tu pareja, la madre es diferente, la madre te da, no sé, te apapacha, te ayuda en otro sentido, más intuitivo, más mamífero” (M12, Chile).

A la separación con sus seres queridos se suma, a menudo, la añoranza del país de origen, ya sea del lugar físico o de determinadas características culturales.

“También se extraña la vida del cubano, o sea las costumbres, las vivencias, ves.” (M4, Cuba)

“[Extrañé] la vista de mi casa, con sus montañas.” (M9, Venezuela)

“[Extrañé] el calor. Las playas. (M11, República Dominicana)

En el caso de M3, sobresale el trato preferencial del que se benefician las mujeres embarazadas en su país:

Pendant les premières grossesses, là-bas j'étais traitée comme une reine, Ici c'était comme à la guerre, il n'y avait personne pour me préparer un chocolat chaud ou sortir m'acheter un caprice à 1 heure du matin, ou me masser les pieds. C'était à la dure, quoi.» (Traducción: "En los dos primeros embarazos allá, me trajeron como una reina. Acá era como en la guerra, no había nadie para prepararme un chocolate caliente o salir a comprarme un antojo a la 1 de mañana o masajearme los pies. Fue a la dura.") (M3, África centro occidental)

La confrontación con la realidad de Uruguay es otro de los aspectos que sobresale en los relatos. M10 contrasta su decepción con la imagen idealizada que había elaborado previo a migrar:

"Uruguay disappointed me. I was expecting something like "Wow!" like what I had seen on TV, but the reality was just...simple. Then I thought "Oh, this is Uruguay?" People were ... Normal." (Traducción: "Uruguay me decepcionó. Esperaba algo tipo" ¡Wow!, como había visto en televisión, pero la realidad era solo... sencilla. Luego pensé "Oh, ¿esto es Uruguay?" La gente era... normal.") (M10, África central)

M11 describe el sentimiento de tristeza que le inspira Montevideo:

"Lo que he notado es que es muy gris. Muy triste, los colores son muy diferentes a los de nosotros. ¡Y así! Ya me acostumbré, pero hay veces que sí, que me parece como muy tranquilo para como somos nosotros."

M4 detalla algunos aspectos del proceso de adaptación:

"Y el acostumbrase, de hecho, todavía nos estamos acostumbrando, a las costumbres, a la forma de ser, porque para nosotros es un cambio radical. Lo que es las personas, la forma de ser las personas, lo social, sino también lo político, porque Cuba es diferente en todo, es diferente por completo." (M4, Cuba)

Para aquellas mujeres que pudieron contar con redes de apoyo, las que estaban en pareja destacan el rol predominante del cónyuge:

"[Mi esposo] y yo lo asumimos como uno, o sea, los dos estábamos ahí." (M5, Cuba)

"Igual el papá me ayudó bastante, no me puedo quejar." (M11, Rep. Dominicana)

"Y nada, mi pareja igual siempre se preocupado en todo aspecto, con todos los temas relacionados a la alimentación, a las idas al médico, controles, organizarse." (M12, Chile)

"Bueno mi marido... Mi marido es el que se encarga de la renta y demás, entonces tuve un embarazo muy relajado." (M13, México)

En el caso de M10, aflora la dependencia económica hacia su esposo:

“I counted on my ex-husband... And I depended on him financially, too.” (Traducción: “Contaba con mi ex esposo... Y dependía de él económicamente, también.” (M10, África central)

En segundo lugar, sobresalen los familiares directos previamente radicados en Uruguay, como en el caso de M9 y M11:

“[Pude contar] con mi familia acá primero, mi hermana, mi cuñado. Mi hermana es... la mejor hermana del mundo.” (M9, Venezuela)

“[Pude contar] con mi mamá, mi tía (...) Sí, me sentí acompañada.” (M11, Rep. Dominicana)

O de familiares políticos para M4 y M12:

“Acá he contado mucho con los primos de mi esposo, que han sido un apoyo. Ellos son los vecinos también, porque nos han conseguido esta renta, por suerte para que saliéramos de la pensión, donde tenía que estar subiendo y bajando escaleras, y era un poco complicado con el embarazo. Y con los más que hemos con ellos ha sido con ellos, la verdad.” (M4, Cuba)

“Y acá está la familia de mi pareja que bueno, es mi suegra y su hermana, esa es toda la familia, que dentro de todo es un gran respaldo igual.” (M12, Chile)

Sin embargo, en el caso de M8, la situación de precariedad de estos familiares limita el apoyo que puedan brindarle:

“Mis parientes trabajan, sí un día que pueden, pero tienen su vida. Mi prima tiene dos niñas también.” (M8, Cuba)

También se mencionan integrantes de la comunidad nacional de origen:

« Quand même, heureusement que [ces deux gars] étaient là. Même si après la situation est devenue insupportable, au moins j'étais pas à la rue. » (Traducción: “Dentro de todo, menos mal que estaban [estos dos conocidos]. Aunque luego la situación se volvió insopitable, por lo menos no estaba en la calle.” (M3, África centro occidental)

Estos compatriotas también pueden haber sido conocidos en las pensiones por las que transitaron las mujeres, al establecerse en Montevideo:

“Y ahí me ayudaron las muchachas cubanas que conocí en esa pensión. Me querían cantidad (...) En el embarazo, estuvieron las cinco y me cuidaron ellas.” (M7, Cuba)

Al igual que en el caso de familiares, el apoyo susceptible de ser brindado por integrantes de la comunidad nacional se ve limitado por las necesidades de cada uno:

“Esa era nuestra red de apoyo. Los amigos cubanos. Pero cada uno estaba buscando su lugar, su espacio (...)” (M6, Cuba)

Aunque en menor medida, también intervienen uruguayos conocidos en el lugar de trabajo o empleados en esas mismas pensiones:

“También la que me ayudó fue la encargada de la pensión, una uruguaya. Me facilitó muchas cosas, estaba pendiente de mí, si estaba bien.” (M7, Cuba)

M13 comenta lo que ella considera como una peculiaridad cultural uruguaya, expresada a través del apoyo de sus suegros, médicos jubilados:

“Mis suegros son médicos ambos, pero son tan uruguayos, que, si yo la llamo a mi suegra y le cuento mis síntomas, me dice “llama al médico”, pero no me atiende. En México es la corrupción misma, haces las reglas, así como quieras. Para lo malo y para lo bueno (...). Entonces si mi suegro fuera mexicano, yo el llamaría para cualquier cosa de mi hija y él me diría todo. Él es un médico jubilado y me daría consejos y todo, pero él como es médico jubilado y es uruguayo, él se acota” (...). (M13, México)

En una oportunidad, se destaca la importancia de redes de apoyo conformadas por otras mujeres extranjeras reunidas en un grupo de carácter informal:

“Si hubiera estado en este grupo desde el inicio quizás de mi embarazo, muchas cosas hubieran sido distintas porque mis amigas tienen informaciones distintas y entre todas nos compartimos, entonces yo hubiera sabido del programa de parto, otras cosas que yo hubiera dicho “este es mi derecho” y hacerlo valer. (...) Es una red, que a mí me hubiera salvado muchísimo haberlas tenido desde el principio del embarazo, o antes de parir, o en el puerperio.” (M12, Chile)

7.3 Atención en salud

Se considera la atención en salud como el conjunto de servicios y consultas brindadas por profesionales sanitarios a mujeres, en sus distintas etapas vitales. En cuanto a su definición operativa, se trata de la valoración de la atención profesional recibida por parte de las entrevistadas, en el transcurso de su embarazo.

La siguiente tabla expone la descripción de la atención recibida por parte de las entrevistadas, según su valoración positiva o negativa.

Valoraciones positivas	Autonomía en el manejo del embarazo / Respeto hacia determinadas elecciones
	Cordialidad, calidez en el trato
	Profesionalismo
Valoraciones negativas	Burocracia, sistema de salud poco adaptado a extranjeros/as recién llegados/as
	Inseguridad generada por escasos controles
	Falta de interés en atender personas de otras culturas
	Discriminación / racismo

En primer lugar, se confirmó que la mayoría de las mujeres optaron por la afiliación a ASSE cuando se establecieron en Uruguay. Esto se debe, principalmente, a la gratuidad de la integralidad de las prestaciones de ASSE, lo cual constituye un argumento de gran peso para quienes se encuentran en una situación de precariedad económica. En segunda instancia, se identifica la demora en integrar el sistema laboral formal, que les habilita la posibilidad de elegir un prestador de salud privado, en el marco del Fondo Nacional de Salud (FONASA). De hecho, las mujeres que no pertenecían a ASSE durante su embarazo, son las que contaban con trabajo formal o eran amparadas por el de sus parejas y optaron por afiliarse a una IAMPP, a través del FONASA.

7.3.1 Valoraciones positivas

En términos generales, la valoración de la atención es positiva y en varias narrativas, se destaca la calidad del trato recibido. Las mujeres cubanas hacen particular hincapié en la libertad que les otorgaron el sistema de salud uruguayo y sus profesionales para la conducción del embarazo, en oposición con su país de origen, donde el control ejercido por Estado es mucho mayor.

M4 se refiere a ello, usando las palabras “respeto”, “deseo” y "escoger":

"Acá tú eres dueña de tu vida. Si quieras ingresar por algo específico, te dicen bueno, quieras hacértelo, como me dijeron a mí para el PAP (...) te lo podemos hacer si tú lo deseas (...) O sea que no es nada impuesto. (...) Acá respetan tus decisiones." (...) "Y cuando llegué a las 30 semanas me quisieron ingresar para ponerme maduración pulmonar. Entonces, es obligado. No es como acá que te dan la opción de tú escoger. Te dicen que, si no vas, vienen las personas del PAMI [Programa de Atención Materno Infantil], que son la supervisión del embarazo y la policía. Bueno, tuve que ingresar. Acá no, te dejan tomar tus decisiones." (M4, Cuba)

M5 hace referencia a la violencia obstétrica de la cual son víctimas las mujeres en Cuba, particularmente las que se someten a una IVE y que, según ella, contrasta con la calidad del trato recibido en Uruguay:

"Sobre violencia obstétrica, yo siento que aquí eso ya lo tienen re implementado, no es que lo están aprendiendo. Yo me sentí muy bien, muy segura y respetada en todo el proceso que tuvo que ver con el embarazo, muy bien. Sabes yo en Cuba tuve un aborto y no puedo contar cómo tratan a las mujeres allá. Como es algo tan común, tan común, te ponen en fila para darte la medicación y luego para los casos en que con la medicación no funciona, te tiran en una camilla y te entran al block para el legrado y luego te devuelven así nomás, sola tirada en una

camilla. Yo veía a esas mujeres y sabía lo que me esperaba, porque yo iba después... Fue horrible, es horrible." (M5, Cuba)

En dos relatos, se destaca el trato cercano y atento, así como el hecho de no haberse sentido discriminadas por ser inmigrantes:

"Los felicitaría. No tengo nada que acotar sobre la atención y la cercanía con que me trajeron. En ningún momento me sentí discriminada y eso es mucho." (M9, Venezuela)

Acá (...) yo sí tuve muy buena atención, no se lo voy a negar. Los vi sí muy profesionales, muy atentos conmigo. Incluso cuando en otras partes he visto "Ah, eres inmigrante" como que un poco las rechazan y también porque es su trabajo, pero no porque realmente les nazca, pero acá sí, la doctora que me atendió muy buena, muy profesional. (M8, Cuba)

La gratuidad de la atención fue un argumento positivo destacado en una de las entrevistas:

"La suerte es que acá tienes la opción de la salud pública, que no es que te van a cobrar el parto, que tienes que reunir dinero para pagar el parto, que esa es una preocupación grandísima, tienes la salud pública que te vas a atender y vas a tener a tu hijo normalmente, te dan tus beneficios, te dan tu seguridad." (M4, Cuba)

Las mujeres insisten también en la humanización de la atención recibida por parte de los profesionales sanitarios uruguayos y su influencia positiva sobre el estado emocional durante la gestación y el parto.

"Cuando yo parí el proceso de parto fue hermoso, las parteras un amor, increíble porque mi fuente comparación es Cuba, donde es una carnicería, la verdad, el proceso del parto "si tú abriste las piernas, ábrelas ahora" una cosa así y aquí que si la lucecita, que, si tú cómo te quieras poner, un respeto increíble, entonces, hermoso." (M5, Cuba)

« Rien à voir avec mon pays, autant au Brésil qu'en Uruguay. Là-bas tout le monde te maltraite, si tu cries pendant l'accouchement ou quand on te fait le tacto ils te disent « Ah, mais quand tu étais là-bas tu ne criais pas, alors ne crie pas ici non plus ». Ici tout le monde te parle doucement, ils te disent s'il vous plaît montez là, tournez-vous à gauche, à droite. » (Traducción: Nada que ver acá con mi país, tanto en Brasil como en Uruguay. Allá todos te tratan mal, si gritas en el parto o cuando te hacen el tacto, te dicen "Ah, pero cuando estabas allá no gritabas, entonces tampoco grites acá. Acá todo el mundo te habla bajito, te dicen por favor súbase acá, por favor gírese a la derecha, a la izquierda.") (M3, África centro occidental)

"[Os profissionais de saúde] fizeram bem o seu trabalho, realmente. Começando pela ginecologista e todos os que estiveram lá onde dei à luz. Foi impecável, gostei. (Traducción: [Los profesionales de salud] "hicieron bien su trabajo, de verdad. Empezando por la

ginecóloga, hasta los que estaban ahí donde di a luz. Fue impecable, me gustó.”) (M1, África sur occidental)

(...) “Me recibió una ginecóloga que nunca le vi la cara, por el barbijo, pero que me acompañó desde que ingresé, hasta que me fui. Después me vino a controlar los días que estuve internada. (...) Y me quedé con eso, pero yo siento que si la veo en la calle igual sin barbijo la puedo reconocer. Nunca le vi la cara, pero una persona muy humana, muy... no sé cómo decir, me recibió muy bien (...) Yo llegué a las 7 de la noche y mi hijo nació a las 8 de la mañana del otro día y ella estuvo de principio a fin y estuvo en la cesárea también. Y cuando nació mi hijo le di la mano y le digo “decime tu nombre”, me lo dijo y le agradecí porque fue así como... me sentí muy acompañada de ella, vos sabés, fue como muy importante su presencia.” (M12, Chile)

(...) El equipo en general eran todas mujeres. Y eso también me sentí como apoyada. Solo el anestesista era varón y rebien él también. Me agarraba la cabeza, me decía “tranquila”, porque cuando me dijeron que iba a ser una cesárea, me entró mucho miedo, miedo que pudiera pasar algo, que algo no saliera bien. (...) De un lado estaba el anestesista y de otro estaba mi pareja e igual sentí un apoyo ahí, de parte del equipo médico.” (M12, Chile)

En comparación con el país de origen, se observa también una valoración positiva de la atención médica quirúrgica, en el caso de las mujeres que fueron sometidas a una cesárea.

M2 valora la calidad de la cirugía en Uruguay, en oposición a la mala praxis por parte de los obstetras en su país de origen:

“Nada que ver con Dominicana, acá es mucho mejor. Solo mira la cesárea que me hicieron allá, ¿cómo vas a hacer una cesárea así? [Muestra una cicatriz vertical mediana infra umbilical]. Acá los tuve por parto natural, allá son muy brutos, parece ahora están haciendo la cesárea como acá, pero en el 2001 las hacían así.” (M2, Rep. Dominicana)

M1 compara el respeto y la libertad experimentadas aquí con la infantilización que caracteriza el trato a las parturientas en su país:

“Prefiro dar à luz aqui do que no meu país. Aqui eu me senti muito confortável, eles me deixaram livre de fazer o que eu queria. No meu país não é assim, vão começar a te incomodar, como se você fosse uma menina. Aqui eles estavam eles, me protegiam, cuidavam muito de mim, comparado ao meu país.” (Traducción: “Prefiero dar a luz acá que en mi país. Acá me sentí muy cómoda, me dejaban hacer lo que quería. En mi país no es así, van a empezar a rezongarte, como si fueras una niña. Aquí estaban conmigo, me protegían, me cuidaban realmente, en comparación a mi país.”) (M1, África occidental)

Nótese que, en el caso de las mujeres cubanas, suelen atribuir la peor calidad de la atención en Cuba no a una formación o desempeño negativos de los profesionales

sanitarios, sino a la escasez de recursos y a la pérdida de motivación por parte de los cuidadores, en relación con la situación política y económica de la isla:

“La atención acá es mejor. O sea, en Cuba también atienden bien. La única diferencia es que en Cuba no hay materiales, todo está escaso. Pero por la parte profesional, todo super bien, atienden bien también.” (M7, Cuba)

“Nosotros tenemos muy buenos médicos, el sistema de salud lo que es médicos en Cuba es muy bueno, eso sí no lo puedo negar. Pero lo que es el sistema, los insumos, las condiciones son desastrosas. Entonces cuando yo llegué y vi que había jeringuillas, test de embarazo, iyo salí de ahí y dije mamá! ¡Jeringuillas! ¡Y test de embarazo! Había de todo, yo me quedé fría. Porque allá para hacer un análisis tienes que llevar jeringuillas, y nunca hay test de embarazo, eso no existe.” (M4, Cuba)

“Ya en Cuba los médicos perdieron el amor a la profesión, por las condiciones.” (M8, Cuba)

7.3.2 Valoraciones negativas

En cuanto a barreras procedentes del sistema sanitario uruguayo, emerge el desconocimiento del sistema de salud uruguayo y de su complejidad administrativa. M9 relata las demoras en conseguir hora para especialista, así como en el intervalo entre las consultas:

“Lo que me llamó la atención es el tiempo que pierdes para conseguir una hora, para que te den fecha para un estudio y luego pedir fecha de vuelta con el médico para que te lo revise. ¡¡Ya!! ¡Como que si tienes algo grave te mueres!” (M9, Venezuela)

M13 recuerda su ignorancia del funcionamiento del sistema:

“Me decían “ah, te sacás una no sé qué” y yo “¿Qué? ¿Adónde voy?” Tal vez alguien que vive aquí todo el tiempo sabe qué hacer.” (M13, México)

Respecto a la atención en sí misma, M11, procedente de República Dominicana, relata las reticencias de su ginecóloga, cuando le expresó su deseo de tener otro hijo:

“Yo estaba en la pública, con una ginecóloga muy buena también, pero no quería que me sacara los tubitos [el implante]. Ella me decía “no, tú estás joven, todavía”, pero ya yo sentía que yo quería y el papá también me decía “vamos a tener otro, ¿cuándo vamos a tener otro?” (...) La médica de salud pública entendía que quizás yo estaba muy joven todavía y que estaba bien con una sola”. (M11, Rep. Dominicana)

M13 comenta la falta de entendimiento con su primer ginecólogo tratante, aunque no logra discernir si era atribuible a factores culturales o simplemente humanos:

“Yo fui y me atendí con el primer médico que estaba cerca. Y no sé, tuve como tres prenatales con él y me caía mal. Pero es de esas situaciones donde no sabes si es la cultura o es el médico

y yo me sentía, ahí sí...no vulnerada, pero veía que era fácil vulnerarme en mi situación de extranjera. Además, en ese tiempo no podía entrar la pareja, por el COVID, no podía entrar la pareja a acompañarte. Entonces yo iba sola a las consultas y yo siendo extranjera, sentía que no entendía lo que yo decía, capaz el 40 % de lo que yo preguntaba, yo creo que, por el acento, vamos a darle el beneficio de la duda." (M13, México)

Dos mujeres, ambas de origen africano, relatan el racismo que percibieron por parte de algunos profesionales sanitarios uruguayos:

« Bon, comme j'ai pu comparer les soins en Uruguay et au Brésil, j'ai remarqué qu'en Uruguay il y avait plus de rejet à cause de ma couleur de peau. Parce qu'il y a moins de noirs. Par exemple, au Brésil, le gynécologue qui m'a touchée, et ben elle était noire, mais noire hein. En Uruguay, c'est pas comme ça, donc il y a plus de racisme. Par exemple, une fois le gynécologue, pour me palper le ventre, il a mis des gants. Juste le ventre hein, il a rien palpé à l'intérieur. Je pense que si j'avais été blanche, il aurait pas mis de gants. » (Traducción: "Bueno, como pude comparar entre la atención en Uruguay y en Brasil, noté que en Uruguay había más rechazo por mi color de piel. Porque hay menos negros. Por ejemplo, en Brasil, la ginecóloga que me tocó, era negra. Brasileña, pero negra. En Uruguay no es así, entonces hay más racismo. Por ejemplo, una vez el ginecólogo para palparme la panza se puso guantes. Solo la panza, no hizo ningún tacto por dentro. Pienso que, si hubiera sido blanca, no se habría puesto guantes.") (M3, África centro occidental)

"I felt a little racism, yes, sometimes, because of my skin color. It's a feeling, I can't say anything in particular, but I felt that the treated me different, yes." (Traducción: "Sentí un poco de racismo, a veces, por mi color de piel. Es una sensación, no puedo decir nada en particular, pero sentía que me trataban diferente, sí.") (M11, África central)

M13 ofrece una interpretación cultural de la escasa sensibilidad, interés o competencia de los profesionales sanitarios para la atención de mujeres extranjeras, que asocia a carencias de la cultura uruguaya, en general:

"Y hay muchos médicos que no les gusta ser cuestionados o sentirse cuestionados (...) El uruguayo no se ha... No se autocritica tanto como en otras culturas. (...) Mucha gente no sé si no te preguntan porque no quieren meterse o qué, pero yo no he tenido esa curiosidad que en otros países he recibido. (...) Es tan chico Uruguay, es tan poca la competencia que tiene, el mercado es tan pequeño (...) que no hay esa competencia sana digamos, de poder superarse a sí mismo. Se autoevalúan muy bien, es parte de carecer de crítica propia." (M13, México)

Finalmente, dos mujeres cubanas expresaron el mismo sentimiento de inseguridad respecto a una atención considerada demasiado laxa, en el caso de embarazos de riesgo:

"Me toman la presión, tengo 15/9 y me mandan para mi casa muy normal. Yo sé que eso no es normal. En Cuba no hubiese pasado, en Cuba yo hubiese estado todo mi embarazo, prácticamente, internada." (M8, Cuba)

"Mi hija nació con una malformación congénita que nunca se la habían descubierto durante el embarazo, un meningocele. No sé si decirlo de este modo, pero no sé si tenía todas las competencias o es que trabajan muy rápido o es que no le ponen atención a todo, no sé (...) Hubo cosas que se pasaron por alto." (M6, Cuba)

En cuanto a barreras legales, la que más se destacó fue la generada por el artículo 13 de la Ley 18.987 de IVE, que impide el acceso a la prescripción de la medicación abortiva a mujeres con menos de un año de residencia en Uruguay. De las trece entrevistadas, cinco se plantearon la posibilidad de interrumpir el embarazo y tres no lo lograron, por causa de la normativa:

"Con la nena lo primero que pensé fue abortar, yo quería, por la enfermedad ya tú sabes. No quería que ella saliera así, sabes, con la misma enfermedad, pero por suerte salieron negativos los dos [niños], gracias a Dios." (M2, Rep. Dominicana)

« Je me suis sentie complètement dépassée. Qu'est-ce que je vais faire maintenant, qu'est-ce que je vais devenir ? Si j'avais pu avorter, je l'aurais fait. Mais j'avais aucune idée. » (Traducción: "Me sentí totalmente superada. Qué voy a hacer ahora, ¿qué va a ser de mí? Si hubiera podido abortar, lo habría hecho. Pero no tenía idea.") (M3, África centro occidental)

"Yo le había dicho [a mi esposo] pues si estoy embarazada pues voy a hacerme un aborto porque en estos momentos, no es el momento indicado. Pero bueno, después averigüé y me dijeron hay personas que se compran las pastillas y lo hacen ellos mismos, o sea se toman las pastillas. Le pregunté a una muchacha que conocía y me dijo te voy a averiguar, pero me parece que no se puede. Entonces busqué en Google, en las leyes y eso y decía que tenías que llevar más de un año de residencia ahí, para poder hacer el aborto. Ahí dije bueno, cuando me toque el primer control, preguntaré ahí. Y entonces ellas me dijeron que no se podía, que tenía que pasar por una comisión y ahí me di cuenta. Yo por el mercado negro no me atreví a pasar." (M4, Cuba)

"Estaba trabajando y bueno, no lo estaba buscando. No lo estaba buscando. Fui de hecho a sacármelo y todo, pero no pude sacármelo, me dijeron que tenía que llevar 1 año en el país para poder sacármelo, tener la residencia, no sé cómo era. Y después me dijeron que de unas pastillas... Pero nos costaban mucho las pastillas, nos costaban 14000 pesos teníamos justo esos 14000 pesos para pagar la renta. Nos costaba 14000 pesos la renta y no teníamos para la comida. Y era o sacármelo, pero si me lo sacaba no teníamos dónde vivir porque la renta sí o sí había que pagarla." (M7, Cuba)

"Bueno... De primera me planteé abortarlo. Porque estábamos recién llegados, no fue a lo que vinimos" (M8, Cuba)

7.4 Rol de género e influencia de la cultura de origen

El género es el conjunto de normas, valores y roles relativos a la cultura y a un deber ser social, que dictan las formas en que deben comportarse varones y mujeres (Martínez, 2005). En cuanto a definición operativa, se consideraron los elementos relacionados al deber ser de la mujer -ya fueran propios de las entrevistadas o procedentes de terceros- que incidieron en la conducción del embarazo.

Como sistema simbólico propio de una sociedad, la cultura expresa la realidad física y social de esa comunidad, conformada por códigos, tradiciones, valores sociales y creencias religiosas comunes (Levi Strauss, 1951). En términos operativos, se tomaron en cuenta los aspectos de la cultura de origen que repercutieron en la conducción y vivencia del embarazo.

La siguiente tabla expone los factores vinculados al rol de género y a la cultura de origen identificados en los distintos relatos.

Influencia de la pareja o del núcleo familiar cercano	Presión de la pareja para continuar o interrumpir el embarazo Presión de un familiar directo para continuar el embarazo
Auto percepción del rol/ deber ser de la mujer	Tabú de la IVE Deseo de ser madre de varios hijos

Tabla 4: Elaboración propia

En las situaciones de embarazo no deseado, las mujeres que no contaban con el año de residencia requerido por la normativa no pudieron recurrir a la IVE por la vía formal. En tales casos, las entrevistadas exponen los motivos que las detuvieron de recurrir al mercado negro para conseguir la medicación.

7.4.1 Influencia de familiares

Para M7, la opinión de su madre fue determinante para seguir adelante con el embarazo:

“Y entonces fui a una clínica que está por el Palacio Legislativo. Que me habían dado cita y todo para sacármelo. Pero decidí no sacármelo. Y mi mamá no quiso que me lo sacara porque me dijo que ella estaba muy lejos. Porque si a mí me pasaba algo a mí, porque yo ya había tenido tres interrupciones en Cuba.” (M7, Cuba)

En el caso de M8, pesó el deseo de su esposo:

“Pero luego bueno, mi esposo no tiene hijos, en Cuba nosotros llevábamos 5 años casados y yo nunca salí embarazada, entonces él me dijo no, vamos a tenerlo, hay que tenerlo.” (M8, Cuba)

7.4.2 Convicciones personales

En el caso de M2, afloran convicciones producto de su cultura y/o religión de origen, por las cuales no llegó a considerar la IVE como una opción viable:

“Lo de abortar lo pensé, pero nunca pregunté. Seguí adelante con mi embarazo. En Dominicana, no se usa eso, yo nunca tuve un aborto, ni nada de eso.” (M2, Rep. Dominicana)

Al contrario, M11 reivindica su deseo de ser madre de varios hijos:

“Porque... qué pasa, aquí, por lo que yo tengo entendido, no hay muchas mujeres que paren. Muy pocas quieren parir. Entonces yo lo que tengo es... no que me molestara, pero yo... quiero parir!! ¡¡Mientras otras no quieren yo quiero, aprovechenme!! (risas) Que crezca la generación.” (M11, Rep. Dominicana)

7.5 Embarazo en pandemia

Si bien la pandemia por COVID-19 no se planteó, en un principio, como una dimensión de análisis, la huella que dejó en la vivencia del embarazo se destacó en los relatos de las tres mujeres que cursaron su gestación en 2020 (M5, M6 y M13). Se presentan a continuación los principales descriptores expresados por las entrevistadas.

Obstáculos para la integración	Precariedad económica /Dificultad para encontrar trabajo
Emociones vinculadas al embarazo	Miedo /preocupación
	Arrepentimiento respecto al encierro

Tabla 5: Elaboración propia

7.5.1 Obstáculos para la integración sociolaboral

Emergió, en primer lugar, el aislamiento generado por las medidas adoptadas para enfrentar la pandemia. En el caso de estas mujeres recién llegadas, el encierro significó un obstáculo en su proceso de integración sociolaboral. M5 lamenta la demora en conseguir empleo:

“¡Pandemia! Imagínate. Fue una locura. Estábamos en lo de mi suegra, los dos somos profesionales, entonces teníamos la perspectiva de encontrar trabajo y llegó la pandemia, cerró todo, por todos lados (...) Me asustaba el mundo, que no sabía si se iba a acabar, la economía, cuánto íbamos a demorar en conseguir trabajo (M5, Cuba)

M6 destaca la precariedad económica en la que se encontró inesperadamente, cuando estalló la pandemia. La entrevistada relaciona el salario inadecuado para la tarea realizada con su inexperiencia en el mercado laboral uruguayo:

“En ese momento estaba trabajando y creía que tenía un buen salario, aunque la verdad es que no, lo supe cuando llegó la pandemia, 2 meses después y al llevar tan poco tiempo, como que tú no tienes un criterio para decir eso que tú estás haciendo está bien, o sea, me están pagando lo correcto por lo que yo estoy haciendo (...). (M6, Cuba)

7.5.2 Emociones vinculadas al embarazo

Tanto M5 como M13 usan la palabra “encierro” para describir su experiencia. M13 expresa su arrepentimiento de no haber salido durante su embarazo, por miedo a contraer la enfermedad.

“Los primeros meses fue encierro, yo habré salido las dos primeras semanas, de casualidad conocí el centro y luego, encierro.” (M5, Cuba)

“Yo no salía nada porque me daba miedo enfermarme embarazada. Mis suegros me decían “no, no hay problema, te hace bien salir a caminar en el embarazo”. Pero yo me encerré mucho. Y eso es lo que me arrepiento.” (M13, México)

M5 destaca el miedo y la incertidumbre que sintieron ella y su pareja en el medio hospitalario, cuando tuvo a su hijo.

(...) “Llegó una muchacha, que me acuerdo que tenía una tos, que era una cosa increíble, increíble, decía no, ella no puede estar bien. Y estamos en pandemia, entonces fue como tremenda preocupación. Ella estaba en la cama de al lado y por un lado nos daba cosa, porque estaba sola, pero por otro tosía toda, era realmente como si tuviera de verdad una enfermedad crónica. Fuimos a hablar con las enfermeras y cuando vinieron, iella no tosía! Y tener que hacer todo eso fue como difícil por la pandemia.” (M5, Cuba)

7.6 La vivencia

La vivencia se define como la elaboración del individuo acerca de determinada experiencia, determinada por condiciones individuales y por las del entorno. Se tomó en cuenta la valoración de las entrevistadas de su estado psíquico y emocional durante el embarazo y se dividió la vivencia en dos categorías generales, positiva o negativa, según los sentimientos y emociones referidos.

Vivencia positiva	Alegria / felicidad/ ilusión
	Desafío / novedad
	Agradecimiento por el apoyo recibido en Uruguay
Vivencia negativa	Inseguridad /incertidumbre
	Desamparo
	Miedo al futuro
	Desesperación frente a la precariedad económica
	Vulnerabilidad

Aunque todos los relatos conllevan aspectos positivos y negativos, en cada uno predomina una u otra tendencia. Esta se ve determinada por elementos propios de la personalidad de cada entrevistada, por el deseo (o no) de tener un hijo y por factores coyunturales, constituidos por las circunstancias socioeconómicas, la presencia y calidad de sus redes de apoyo y la atención en salud recibida.

7.6.1 Vivencia positiva

Las mujeres que destacan la felicidad, la alegría y el sentimiento de desafío que implica la perspectiva de tener un hijo contaban con pareja estable y considerada como un apoyo fundamental. Todas menos una disponían, además del sostén de familiares directos o de su familia política.

“En ese momento fue como... una sorpresa y como un desafío. Como que yo venía de vivir una cantidad de cosas que estaban super emocionantes, super fuertes y había salido, dentro de todo, bastante bien. Había superado obstáculos de la vida y ese era un obstáculo que me representaba un desafío más grande porque era algo que se me iba de las manos, que yo no podía controlar. Era algo que había que vivirlo y aprender a vivirlo en el momento. Y para mí fue eso, fue como entrar en una aventura, de un día a la vez. Vamos a ver cómo salimos de esta, pero esta vez acompañada.” (M5, Cuba)

“Me sentí muy feliz! Estaba con mi esposo y estaba conforme, yo quería tener otro hijo.” (M9, Venezuela)

“Fue como la felicidad más grande. Haber concretado el hecho de que realmente puedo tener hijos, eso, me llenaba.” (M6, Cuba)

“Lo que me puso contenta es que el papá me apoyó, eso y mi mamá, también. Y después saber que iba a tener un hijo, una experimentar algo nuevo.” (M7, Cuba)

“La ilusión que uno puede tener en momento, no sé, como la llegada de un hijo, una persona nueva, como te digo, o sea era todo desde la ilusión, pero también desde la inocencia porque tampoco sabíamos muy bien cómo era todo esto, ser papás.” (M12, Chile)

“Fue muy lindo. O sea, lo queríamos y todo iba bien. (...) Ya sabes, toda la ilusión de cómo criar y cómo vas a criar, este, me puse a investigar un montón de cosas, de libros, de productos.” (M13, México)

7.6.2 Vivencia negativa

Diez mujeres llevaban menos de dos años en el país cuando quedaron embarazadas, y tres llegaron con su gestación en curso. En este contexto, muchas relatan que las condiciones de estabilidad económica y habitacional distaban de estar reunidas para llevar adelante la crianza de un hijo. Este hecho no necesariamente significa que no desearan tenerlo, sino que no consideraban aquél como un momento oportuno. La ausencia de redes de apoyo informales, conformadas por la pareja y familiares directos o políticos es el otro denominador común entre las mujeres que valoran negativamente su vivencia. En términos emocionales, sobresale el sentimiento de fracaso generado por un embarazo no planificado en contexto de precariedad económica, cuando su cometido era, precisamente, generar remesas.

"Lo que más me asustó fue el estar recién llegada, que recién había empezado un trabajo y no eran los planes que nosotros teníamos porque cuando tú sales tienes (...) ya sabes, como una meta. Nosotros habíamos pensado trabajar los dos, hacer algo de plata, traer a la niña rápido, o sea no teníamos nada de embarazo planificado." (M4, Cuba)

« J'étais venue pour chercher du travail, pas pour être une charge pour les autres. J'avais ma fille de 4 ans là-bas au pays. (...) C'était pas du tout ce que je voulais à ce moment-là, j'avais besoin de mon temps et de mon énergie pour m'installer, trouver un travail. » (Traducción: "Yo había venido a buscar trabajo, no a ser una carga para otras personas. Tenía a mi hija de 4 años allá, en mi país. (...) No era para nada lo que quería en ese momento, yo necesitaba mi tiempo y mi energía para instalarme, conseguir un trabajo.") (M3, África centro occidental)

"Había tantos factores en contra [para tener a mi bebé] que yo decía sí o no, estaba en la duda, porque además como no lo teníamos planificado, yo nunca había salido embarazada de mi esposo, yo decía ya yo me había acostumbrado a la idea de que no íbamos a tener hijos." (M8, Cuba)

A su vez, no contaban con una red de sostén confiable, con el conocimiento del sistema de salud, ni con el manejo de determinados códigos sociales y comunicacionales, que les habrían permitido abordar su embarazo con un sentimiento de mayor seguridad. A esas circunstancias adversas, se suman, en algunos casos, factores personales (edad avanzada, enfermedad preexistente), que llevan a varias mujeres a considerar la eventualidad de un IVE.

"Je me suis sentie dépassée. Qu'est-ce que je vais faire maintenant, qu'est-ce que je vais devenir? Si j'avais pu avorter, je l'aurais fait. Mais je le savais même pas." (Traducción: "Me sentí superada. Qué voy a hacer ahora, ¿qué va a ser de mí? Si hubiera podido abortar, lo habría hecho. Pero ni sabía.") (M3, África centro occidental)

Bueno... De primera me planteé abortarlo. Porque estábamos recién llegados, no fue a lo que vinimos. (...) además yo ya tenía 40 años cuando quedé, yo decía no puedo, ya a mi edad me es difícil volver a empezar. (M8, Cuba)

“Con mi hija mayor, lo primero que pensé fue abortar, yo quería, por la enfermedad [el VIH], ya tú sabes. No quería que ella saliera así, sabes, con la misma enfermedad, pero por suerte salieron negativos los dos [hijos], gracias a Dios.” (M2, Rep. Dominicana)

En estas situaciones de migración reciente, los sentimientos de soledad, aislamiento, miedo e incertidumbre afloran en varios relatos, incluso en el de las mujeres que se beneficiaron del apoyo de su pareja y de una situación económica relativamente estable.

“Lo que más me asustaba era estar sola. (...) En ese momento, vos te conectás con el hecho de que estás en un país extraño, de que tenés cobertura de salud, pero no sabés cómo son las cosas, pero tratas de no tener pensamientos negativos. (...) Y eso, estar solos acá y la incertidumbre de lo que vendrá después.” (M7, Cuba)

“Me assustei porque não conhecia ninguém, fiquei pensando o que iria fazer, me fazia muitas perguntas.” (Traducción: “Me asusté porque no conocía a nadie, me preguntaba cómo iba a hacer, me hacía muchas preguntas.”) (M1, África sur occidental)

“Estar sola acá. Las cosas cómo iban a ser porque gracias a Dios, yo nunca había ido a un hospital acá, entonces no sabía cómo iban a ser las cosas.” (M8, Cuba)

“Más que entusiasmo era todo incertidumbre... A ver, cómo decir. Estaba ilusionada, pero también era como todas esas sensaciones de empezar a cambiar mi cuerpo, todo lo relacionado a lo hormonal. (...) ¿Sabés lo que más me asustó? Que me tuve que vacunar por el COVID estando embarazada. Y eso me asustó mucho. Lo dudé mucho, pero finalmente estaba obligada porque no podía devolverme a Uruguay si no tenía la vacuna. (...) Me asustaba también que pudiera haber alguna dificultad en el embarazo, algún problema con el bebé.” (M12, Chile)

La importancia de la alimentación del país de origen en la vivencia del embarazo es un elemento cultural que sobresale en tres relatos. A la pregunta “qué más extrañó de su país de origen”, las entrevistadas se refirieron a sus familiares directos y, en numerosos casos, a determinados alimentos que no pudieron consumir aquí.

“Y la comida que comía allá, en Uruguay no hay.... Entonces fue muy difícil para mí.” (M11, África central)

“A comida!!! Surtout le mabele, que comem principalmente as mulheres grávidas porque têm muito ferro.” (Traducción: “¡¡¡La comida!!! (Risas) sobre todo el *mabele* (barras de arcilla),

que lo comen especialmente mujeres embarazadas porque tiene mucho hierro.”) (M1, África sur occidental)

“La comida, porque es muy diferente de aquí. La fritura. Comida callejera.” (M11, Rep. Dominicana)

En cuanto al impacto de la atención en salud, se destacan diferencias de percepción en cuanto al rol que deben desempeñar los prestadores y profesionales de salud, el cual incide notablemente en los sentimientos de seguridad/inseguridad que pueden sentir las mujeres. Resultan particularmente interesantes las percepciones de dos cubanas.

M8 contaba con 41 años de edad e instaló rápidamente un cuadro de hipertensión arterial que, según ella, no fue tratado con la debida seriedad:

“En Cuba te tienen más controlada, para bien y para mal. Con presión alta, en Cuba no me hubiesen dejado ir para mi casa, que eso dentro de un tiempo, capaz que no lo hubiese visto de la misma forma que lo vi ahí. Que en ese momento me sentí muy insegura, extrañé esa parte. Porque decía bueno, internada a nadie le gusta estar internada, pero era por un bien.” (M8, Cuba)

M6 critica la falta de atención y de empatía que percibió en algunas consultas prenatales:

“En algunos momentos durante el embarazo sentí esa empatía y en otros, sentí... cómo decirlo (...) Hubo cosas que se pasaron por alto, o sea, tomate un tiempo, me estás atendiendo a mí, como lo puedes hacer con otras personas, entendé lo que le está pasando a esta persona, lo que necesita esta persona y no trates de atender a 50 personas para irte a tu casa. Hacelo despacio, tomate el tiempo y hazlo bien.” (M6, Cuba)

M4 menciona el miedo de llevar a cabo un procedimiento ilegal:

“Yo por el mercado negro no me atreví a pasar. Es mi segundo embarazo, el primero fue la niña, tengo una operación del [aparato genito urinario] y dije bueno, si es lo que Dios mandó, es lo que tocó y hay que echar p'adelante como decimos nosotros. Y hemos echado p'adelante.” (M4, Cuba)

8 Discusión

En esta sección, se confrontan los resultados de la investigación con la literatura del marco teórico conceptual y del capítulo de antecedentes. Tras una breve introducción

dedicada a las condiciones generadas por un embarazo en contexto de migración reciente, se prosigue con el análisis de las dimensiones planteadas en la metodología (redes de apoyo y atención en salud), seguidas por otras tres, halladas en los relatos (embarazo no deseado, género y cultura, pandemia). La vivencia no se discute en un subcapítulo aparte, pues al estar conformada por el conjunto de las demás dimensiones, se problematiza a lo largo del proceso de análisis.

8.1 Un embarazo en contexto de migración reciente

El embarazo y con él, la perspectiva de la maternidad, representan un acontecimiento generador de grandes cambios físicos y psicológicos en la mujer (Lugones y Ramírez, 2015). Por otro lado, la migración -más aún si es reciente- constituye un suceso generador de inseguridad, tal y como identificado en los antecedentes de la investigación (Battaglini at al., 2002; Gabai et al., 2013). En el capítulo de resultados, se mencionó que diez entrevistadas llevaban menos de un año en el país cuando quedaron embarazadas y tres llegaron con su gestación en curso. Por lo tanto, su situación económica y a veces habitacional distaba de estar resuelta. Diez entrevistas no habían planificado tener un hijo en aquel momento, sino que, al contrario, perseguían el objetivo de generar remesas. El tópico de la mujer migrante como sustento de su familia permanecida en el país de origen es relevado por estudios previos e informes del BID (Álvarez Nieto, 2015; Baizer, 2021; BID, 2024). A su vez, es revelador de patrones de trabajo y consumo propios del sistema capitalista, cumulados aquí con los mandatos de la sociedad patriarcal. Ambos fomentan dinámicas de poder analizadas por los autores del movimiento latinoamericano de medicina social, en el marco de la teoría de la DSS-b (Breihl, 2013; Morales, 2013; Eslava Castañeda, 2017). Estas dinámicas alimentan una serie de inequidades que afectan principalmente a poblaciones vulnerables, entre las cuales se encuentran las mujeres migrantes.

En términos generales, el trabajo (y con él la economía) y el acceso a una vivienda particular son los elementos materiales más cruciales en el proceso de instalación de las personas migrantes. En la primera etapa de su estadía, la mayoría accede a trabajos informales, mal pagos e inestables, que les obligan a vivir en pensiones. En otras situaciones, cuentan con el apoyo de familiares previamente radicados, que pueden facilitarles el acceso a un trabajo y una vivienda. En el caso de las entrevistadas, se destaca la situación de precariedad material en la que se encontraban la mayoría de ellas durante su embarazo. Tuvieron que enfrentar, por lo

tanto, dos sucesos estresantes al mismo tiempo, a saber, una gestación en contexto de migración reciente. El cúmulo de ambas condiciones, además de generar estrés e inseguridad a nivel personal, se enmarca en una estructura social creadora de inequidades, cuyas causas y mecanismos de retroalimentación fueron expuestos en el marco teórico conceptual (Vázquez Laba e al., 2014; Sassen, 2004; Lamas, 2007; Breihl, 2013; Eslava Castañeda, 2017). Factores estructurales vinculados a lo que Saskia Sassen denomina la “geoconomía de la migración” (2004: 65) y desigualdades de género culturalmente arraigadas sobreexponen a la mujer embarazada y agudizan su vulnerabilidad social. En términos de salud, inciden negativamente en su PSE tanto físico como mental, en lugar de generar los mecanismos protectores que deberían ampararla en tales situaciones (Morales, 2013).

Migrar implica elaborar las pérdidas provocadas por el desarraigo y adaptarse a una nueva realidad sociocultural, muchas veces sobrellevando condiciones económicas adversas. Los estados emocionales producto de este doble reto sobresalen en gran parte de los relatos y corresponden con la definición del duelo migratorio propuesta en el marco teórico conceptual (Castilla Lobos et al., 2023; Achotegui 2009 y 2022). La incertidumbre y ansiedad descritas por varias entrevistadas ante la perspectiva de criar a un hijo en tales condiciones confirman, además, el mayor riesgo que corren las futuras madres de desarrollar un duelo complicado o extremo (Castilla Lobos et al., 2023). Esta confluencia de circunstancias desfavorables no puede sino influir en su salud mental y en la elaboración de la vivencia, entendida como la construcción psíquica o emocional del embarazo (Minayo, 2010).

8.2 Importancia de las redes apoyo

El factor esencial para una vivencia positiva del embarazo, identificado en todos los relatos, es la presencia y calidad de las redes de apoyo, en particular las definidas como informales (pareja y familiares principalmente). En cuanto a redes formales, no son las que sobresalen naturalmente, aunque algunas mujeres destacan el rol positivo de organismos públicos, integrantes del equipo de salud y OSC.

Se observa que la naturaleza y composición de la red se relaciona, en primer lugar, con la presencia o ausencia de familiares directos y luego, con el tiempo de estadía en el país de acogida. En efecto, este último determina la existencia y solidez de redes locales, constituidas por integrantes de la comunidad de origen o de otras nacionalidades, incluida la uruguaya. En un contexto de migración reciente, este tipo

de redes suelen ser escasas, por no decir inexistentes. Por lo tanto, las de primera elección están conformadas por la pareja, familiares directos o, en menor medida, por familiares alejados o políticos.

En situaciones en que las mujeres migran exclusivamente con su pareja, varias rescatan el papel preponderante y de cierta forma, inesperado del varón, ya que no cuentan con el apoyo tradicionalmente brindado por las mujeres de su círculo familiar. Este tipo de redes personales identificadas en los relatos y su rol en el proceso de adaptación psicológica de las personas migrantes fueron descriptos en estudios y ensayos previos (Battaglini, 2002, Maya Jariego, 2022). Asimismo, investigaciones anteriores resaltan los sentimientos de aislamiento familiar y soledad, así como los de añoranza y a veces culpa respecto a procesos de ruptura familiar, en los cuales familiares directos (hijos/as, padres o cónyuges) permanecieron transitoria o permanentemente en el país de origen (Novaes, 2018; Battaglini, 2002; Gabai, 2013).

Las redes de apoyo informales, constituidas por la pareja o familiares directos, no solamente representan un sostén esencial en términos de proximidad vincular, sino también cultural. Recordemos la definición de cultura, como la de un sistema simbólico que refleja todos los aspectos de la realidad: el lenguaje, las relaciones familiares, los códigos sociales, los principios y creencias (Levi-Strauss, 1952). En contexto de movilidad humana y en particular de migración reciente, la proximidad cultural con el entorno cercano constituye un elemento altamente reconfortante. De la misma manera, aquellas mujeres que no cuentan con él se ven expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad, por el hecho de no dominar elementos no visibles de la cultura de acogida, tal y como su sistema de valores o sus códigos conductuales y de comunicación (Hofstede et al., 2010). Una red de apoyo sólida y confiable, en términos vinculares, pero también de afinidad cultural, constituye un factor protector en la vivencia del embarazo (Aranda y Pando, 2013). A la inversa, su ausencia expone a la mujer a situaciones de incomprendimiento, de desamparo y, por ende, de mayor vulnerabilidad. En el caso de dos de las tres mujeres que cursaron su embarazo en pandemia, sobresale la dificultad suplementaria que implicó esta situación para el logro de su estabilidad económica e integración profesional. Por otro lado, puede inferirse que el confinamiento y las escasas oportunidades de vinculación social significaron un obstáculo para crear nuevas redes e incluso, para sostener o fortalecer los vínculos existentes.

8.3 Valoración de la atención en salud

La mayoría de los relatos transmiten una valoración muy positiva en cuanto a la atención recibida en los servicios de salud uruguayos. Las mujeres aprecian en particular la gratuidad y el amplio alcance de las prestaciones; el buen trato por parte de los profesionales, la libertad y el respeto propios de la atención y la calidad de las infraestructuras sanitarias. Esta constante se ve reflejada en investigaciones previas, en las cuales mujeres migrantes también se muestran satisfechas con la atención brindada por los servicios y profesionales sanitarios del país de acogida (Novaes, 2018; Battaglini, 2022; Gabai, 2013; Cai, 2022). En el caso uruguayo, puede relacionarse con el enfoque de derechos planteado por la Ley N°18.426 para el modelo de atención e implementado a través de los servicios de SSR de cada prestador (ROU, MSP, 2010). No obstante, cabe destacar que los resultados responden, en su gran mayoría, al perfil de una mujer migrante procedente de un país en desarrollo, radicada en otro país (Uruguay), que goza de mejores condiciones socioeconómicas. Por lo tanto, las entrevistadas valoran particularmente -aunque no exclusivamente- criterios como la abundancia de recursos humanos y materiales, la gratuidad y el alcance de las prestaciones brindadas y la calidad de las infraestructuras, elementos que, probablemente, tendrán menos relevancia para mujeres procedentes de países desarrollados.

Si se consideran ahora las críticas realizadas al sistema de salud y/o a sus profesionales, conviene distinguir entre, por un lado, las que pueden explicarse por limitaciones estructurales propias de la idiosincrasia y condiciones sanitarias del Uruguay y, por el otro, las relacionadas con características y expectativas de las mujeres migrantes, que también proceden, en buena medida, de su cultura original.

Respecto a las limitaciones del sistema de salud uruguayo, se destacan los casos de dos mujeres procedentes de países africanos, que refirieron haber percibido actitudes racistas por parte de profesionales sanitarios. Una de ellas relata la sensación de rechazo que experimentó a causa de su color de piel, al recibir un trato diferencial por parte de la ginecóloga. Este tipo de situaciones aparece en la búsqueda de antecedentes, (Gabai et al., 2013), donde se asocia al escaso conocimiento de la historia de las mujeres por parte de los profesionales sanitarios. De hecho, otra entrevistada, mexicana con nivel de estudios universitario, interpreta las carencias de la atención recibida como representativas de la falta de curiosidad de los profesionales sanitarios (y de los uruguayos en general) hacia las distintas culturas,

creencias y sensibilidades de la población migrante. Estudios presentados en el marco teórico y dedicados a la competencia cultural en salud confirman que este de tipo de actitudes de rechazo o falta de empatía se deben, principalmente, al desconocimiento de los profesionales sanitarios respecto a cómo abordar poblaciones culturalmente diversas (Martínez et al., 2006; Urrutia Pérez, C. et al., 2022). Ese espacio vacío se carga entonces de estereotipos en torno a la cultura de origen, que corre el riesgo de ser estigmatizada.

En el marco teórico conceptual, se expuso la tesis de una identidad cultural uruguaya basada en la inmigración europea (Taks, 2006; Uriarte, 2020). Como elemento constitutivo de la idiosincrasia nacional, debe considerarse la influencia de esta creencia en la recepción de los nuevos inmigrantes, en su mayoría afrodescendientes o con raíces indígenas. El testimonio de la entrevistada mexicana infiere que la sociedad uruguaya y como parte de ella, los profesionales sanitarios, pueden ser portadores de prejuicios respecto a estos inmigrantes y en algunos casos, expresarlos en el marco de la atención. Sayad (2008) recuerda que semejantes actitudes alimentan mecanismos invisibles de exclusión sociocultural, independientes de las medidas de regularización formal implementadas por el Estado, como la concesión de una cédula de identidad o la integración al SNIS.

El trato diferencial percibido por algunas entrevistadas remite también al concepto de interseccionalidad expuesto en el marco teórico, según el cual la mujer tiende a sufrir múltiples exclusiones (Crenshaw, 1989), debidas a la diferencia de género y a otras de índole racial, étnica, socioeconómica o pertenencia a subculturas marginales. Esta clave de interpretación cobra particular sentido en estas situaciones, pues todas las entrevistadas reúnen la triple característica de ser mujeres, extranjeras y cursar un embarazo en un ámbito sociocultural en gran medida desconocido, con escasas redes de apoyo. Varias suman, además, un fenotipo africano o afrodescendiente, un nivel socioeducativo bajo y su corolario más frecuente, una situación económica precaria. Ese trato distintivo también puede analizarse a través del prisma de la DDS-b, que señala el rol esencial de las relaciones de poder en la forma diferenciada en que las personas transitan su PSE, según la clase social, el género o la etnia a la que pertenecen (Morales, 2013). En este sentido, una mujer embarazada extranjera y recién llegada al país no gozará de las mismas herramientas para desenvolverse en el sistema de salud, ni hacer valer su opinión, valores y creencias ante los profesionales que la atienden.

Siguiendo con el tema de las expectativas vinculadas a la atención, las mujeres cubanas se sorprenden de la libertad otorgada por el sistema de salud uruguayo, que contrasta con el control estricto ejercido por el Estado cubano sobre todos los aspectos de la vida ciudadana, incluido el embarazo. Las que cursaron una gestación de bajo riesgo valoraron particularmente esa autonomía no solo en ese contexto particular, sino para todo lo relacionado con la SSyR. Al contrario, esta impronta fue considerada laxa y hasta irresponsable por la entrevistada que cursó un embarazo de riesgo y habría preferido un control más estricto, tal y como hubiese sido, según ella, en Cuba. Este es otro ejemplo de la influencia de la idiosincrasia de origen en aspectos culturales más profundos (Hofstede, 2010), como pueden ser las condiciones brindadas por el sistema sanitario en términos de seguridad o inseguridad percibidas durante el embarazo. Otra situación relevante es la de la entrevistada que se enfrentó a las reticencias de su ginecóloga a la hora de retirarle el implante anticonceptivo, cuando manifestó su deseo de tener un segundo hijo. Este caso recuerda que los profesionales tienden a actuar, aun con las mejores intenciones, en base a pautas y valores procedentes del paradigma de salud vigente en su propia cultura, en contradicción con los valores de la interculturalidad, que aboga por la aceptación recíproca y el respeto de decisiones vinculadas con la identidad cultural de cada individuo (Comboni y Juárez, 2013). Un abordaje intercultural de esta situación implicaría, por lo tanto, que el profesional sanitario pueda replantearse el paradigma de SSyR según el cual la anticoncepción es el camino privilegiado para la auto realización y bienestar de la mujer joven (Urrutia Pérez C. et al., 2022).

Ahora bien, el abordaje intercultural implica, en primer lugar, la asimilación de un conjunto de conocimientos, herramientas y prácticas, reunidas bajo el concepto de competencia cultural (Comboni y Juárez, 2013). En Uruguay, no existe un programa formativo específico dirigido a profesionales de la salud, cuya elaboración e implementación implicarían numerosos desafíos. Antecedentes internacionales y autores citados en el marco teórico exponen los contenidos de una formación en competencia cultural en salud, desarrollada en el posgrado (Martínez et al., 2006; UNIGE, 2025): la adquisición de conocimientos acerca de la cultura de origen y problemas de salud prevalentes en la población migrante; el aprendizaje o perfeccionamiento del inglés como principal idioma de interfaz y la incorporación de herramientas de la comunicación intercultural (Marina et al., 2022); la elaboración

de mecanismos participativos, que habiliten a la población atendida expresar su demanda (Caccia y Urruzola, 2024); el acercamiento con los distintos colectivos migrantes y sus referentes comunitarios, susceptibles de actuar como mediadores culturales en el marco de la atención en salud; la construcción de estrategias de trabajo interdisciplinario e interprofesional entre las especialidades involucradas (Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Relaciones Internacionales, Antropología) (Marina et al., 2022).

8.4 Embarazo no deseado

La barrera legal para acceder a la IVE en el caso de mujeres con menos de un año de permanencia resultó ser un tema frecuente, reflejado también en los resultados de investigaciones anteriores (Álvarez Nieto, 2015; Baizer, 2021, Caccia y Urruzola, 2024). La medida constituye el último artículo de la ley 18.987 y fue implementada como requisito adicional, para evitar que mujeres de países limítrofes acudan a Uruguay exclusivamente a interrumpir su gestación. Sin embargo, también excluye de la prestación a las mujeres que, a pesar de haber solicitado refugio o iniciado un trámite de residencia, todavía no cumplen con el año de permanencia.

En la realidad, esta medida alimenta situaciones de vulneración de derechos, vinculadas a la intersección de múltiples formas de discriminación y opresión cristalizadas, en este caso, en una atención en salud diferenciada (Crenshaw, 1989). Concretamente, mujeres migrantes, parte de ellas de origen africano, se enfrentan, al poco tiempo de haber llegado a un país extranjero, a un embarazo no deseado. Si desean interrumpirlo, se ven obligadas a transitar un proceso ilegal y clandestino, pues la normativa uruguaya no las considera como residentes *de facto* y, por ello, les niega el acceso a una IVE segura. Esto demuestra que las condiciones de salud individual y colectiva y con ellas, el PSE de las personas y de las comunidades, están intrínsecamente ligadas a las dinámicas sociales y a las relaciones de poder que las sustentan, tal y como lo plantean los autores del movimiento latinoamericano de medicina social (Breihl, 2013; Eslava Castañeda, 2017). En este caso, el Estado uruguayo no trata a esas mujeres como sujetos de derechos, sino como individuos susceptibles de usufructuar una prestación de salud que no les corresponde.

Esta disposición contradice los DSDR planteados por la normativa internacional de “adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación” (ONU, 1994:37). En cierta medida, también se opone a la normativa nacional: en primer lugar a las Leyes de Refugio y Migración, que estipulan que la población migrante,

solicitante de refugio y refugiada gozará de los mismos derechos que los nacionales (ROU, Poder Legislativo 2006 y 2008); en segunda instancia, a la Ley sobre el SNIS, cuya definición de salud destaca el enfoque de Derechos inherente a la Ley y la obligación del Estado de asegurar el acceso a los servicios sanitarios para todos aquellos que residen en territorio uruguayo, independientemente de su nacionalidad (ROU, Poder Ejecutivo, 2007); finalmente, la limitación del acceso a la IVE constituye un incumplimiento de la propia Ley sobre SSR, que inviste el Estado de la responsabilidad de garantizar “condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población” (ROU, Poder Legislativo, 2008: Artículo 1).

En definitiva, el miedo basado en la amenaza de un “turismo abortivo” que fundamenta el artículo 13 de la Ley 18.987 desemboca en un estado de situación discriminatorio que afecta, además, a mujeres que no forman parte de la población objetivo de esta normativa. En efecto, esas mujeres viven en Uruguay y, en la mayoría de los casos, pueden fundamentar su radicación mediante una solicitud de refugio o un trámite de residencia iniciado. Además de la inequidad en sí misma generada por esta realidad, no deben subestimarse las consecuencias potencialmente devastadoras sobre la salud física y mental de las mujeres afectadas.

8.5 Género y cultura

Finalmente, se identificó la vigencia de roles y valores estructurantes asociados a la cultura de origen y al género, que incidieron en decisiones importantes respecto a la conducción y vivencia del embarazo. Los conceptos de género y de cultura fueron establecidos en el marco teórico como un conjunto objetivado de referencias, que determinan no sólo la percepción individual, sino también la organización concreta y simbólica de lo colectivo (Bourdieu, 1979; Lamas, 2007). El orden social, producto de estas referencias, está tan profundamente arraigado que no requiere justificación, sino que se impone a los individuos como una evidencia. Se sustenta en estructuras sociales -promovidas por las clases dominantes- que garantizan el funcionamiento del sistema productivo y a su vez, en un conjunto de representaciones mentales y corporales, que definen la percepción, la apreciación y la acción en determinado contexto (Bourdieu, 1979). A escala macro, resulta llamativo que, a pesar de contar con una normativa precursora en términos de acceso a derechos, el Estado uruguayo no haya desarrollado políticas o estrategias públicas con perspectiva de género, específicamente dirigidas a mujeres migrantes. Uno de los motivos plausibles es la

percepción de que estas mujeres tienen prioridades más importantes que la de atender su SSyR, como, por ejemplo, la de insertarse en el mercado laboral u obtener condiciones habitacionales dignas. De esta manera, se genera una especie de jerarquización, en la cual los DRSR son considerados como un asunto secundario, tal y como identificado en estudios previos (Caccia y Urruzola, 2024).

Por otra parte, los relatos revelan la incidencia de esquemas mentales, sociales, culturales y/o religiosos procedentes de la comunidad de origen. Estos esquemas determinan, en gran medida, las representaciones de la mujer, del rol de madre y la noción de familia, en concordancia con las conclusiones de estudios anteriores (Martínez 2005; Lamas, 2007; Olivera, 2019). La vigencia de estos mandatos se expresa a través de las presiones ejercidas en el seno de la pareja o del núcleo familiar, que muchas veces, dictan la decisión de la mujer de seguir adelante o no con el embarazo, más allá de su propio deseo o de sus convicciones personales. En este sentido, se comprueba que, más allá de los cambios en las dinámicas familiares y el empoderamiento relativo que les confieren los procesos migratorios contemporáneos, las mujeres siguen siendo sujetas a determinadas expectativas sociales y familiares vinculadas al género (Olivera, 2019) y a mandatos procedentes de los estratos más profundos y, por lo tanto, no cuestionables por ellas, de su cultura original (Hofstede et al., 2010; Lamas, 2007). En este contexto, las representaciones de género introducen una distinción importante, relativa a un deber ser social y cultural (Martínez, 2005), cuya influencia en el (des)encuentro con la realidad del país de acogida no debe ser subestimada.

9 Conclusiones y sugerencias

Los resultados de la investigación confirman la importancia de las redes de apoyo –en particular las informales- en la vivencia del embarazo. En contexto de migración reciente, los relatos ponen de manifiesto la vulnerabilidad emocional producto del duelo migratorio, combinado con el desafío y las exigencias que conlleva la maternidad. En tales situaciones, las mujeres que cuentan con el apoyo de su cónyuge o de familiares directos se benefician de una red más sólida, que les confiere seguridad y contención. Al contrario, aquellas que transitan su gestación sin soporte

familiar destacan los sentimientos de soledad, aislamiento y hasta desesperación que impregnán su vivencia.

En cuanto a la atención en salud, predomina una valoración positiva de la calidad de las prestaciones y del trato recibidos. La comparación con el país de origen es recurrente y la experiencia de la atención pre y perinatal en Uruguay es descripta con frecuencia por palabras como “libertad” y “respeto”. Las críticas al sistema sanitario y a sus profesionales giran en torno a una discriminación de índole racial percibida por usuarias africanas y a una atención considerada como demasiado laxa por usuarias cubanas acostumbradas, por otro lado, a un sistema fundamentalmente controlador. Finalmente, una entrevistadas apunta a las carencias de los profesionales sanitarios en la atención a poblaciones culturalmente diversas. Estas reflejan, según ella, el desconocimiento y falta de interés de la población uruguaya en general por la diversidad cultural que se observa en el país hoy en día.

El hallazgo más llamativo fue la dificultad para acceder a la IVE en condiciones regulares, es decir en el marco de las prestaciones garantizadas por la ley 18.987, para aquellas mujeres que no cuentan con el año de residencia obligatorio. Además de destacar una barrera importante en el acceso equitativo y universal a los DSDR, estos testimonios son reveladores de un tabú que invisibiliza situaciones de extrema vulnerabilidad e impide que se generen precedentes susceptibles de modificar la normativa vigente. A su vez, limita la producción de conocimiento científicamente avalado susceptible de modificar un estado de situación altamente discriminatorio.

En segundo lugar, emergió el impacto de la pandemia por COVID-19 en la vivencia de aquellas mujeres que transitaron su embarazo durante ese periodo. Las medidas sanitarias no solamente afectaron su proceso de integración a la sociedad y mercado laboral uruguayos, sino que también incrementaron su sentimiento de soledad y aislamiento en un contexto de migración reciente.

La tercera dimensión hallada fue la importancia del rol de género y de la cultura de origen en la conducción y vivencia del embarazo. En efecto, un evento tan dinámico y movilizador como el nacimiento de un hijo es sumamente revelador de ciertas representaciones culturales producto de la sociedad patriarcal que, muchas veces, determinan lo que la propia mujer desea para sí misma o lo que considera como su deber. Se asume que el género y las expectativas vinculadas a él forman parte de la gran dimensión denominada “cultura”. Cada individuo trae consigo esa dimensión,

como resultado de su educación y de las pautas vigentes en su lugar de origen en cuanto a relaciones familiares, códigos y valores sociales, vínculos económicos y creencias religiosas (Lévi-Strauss, 1952). En este sentido, la cultura trasciende las aspiraciones individuales y condiciona no solamente decisiones concretas como la de seguir o interrumpir un embarazo, sino la propia vivencia -subjetiva por definición- relacionada con la (no) maternidad y sus consecuencias.

En cuanto a las limitaciones del estudio, estas son similares a las que se encontraron en las investigaciones presentadas en el capítulo de antecedentes. Uno de los inconvenientes más destacable es la variedad de discursos y formas de expresión, producto de la extrema diversidad en el perfil sociodemográfico de la muestra. Claro está que este nivel de subjetividad fue asumido, desde el diseño de la investigación, como parte intrínseca del enfoque cualitativo. Más aún cuando se pretendía alcanzar una muestra de máxima variación, cuyas características reflejaran la diversidad cultural de Uruguay hoy en día. Sin embargo, se identificó que cuanto mayor era el nivel de estudios de la entrevistada, mayor era también su participación, más elaboradas sus respuestas y también mayor la interacción con la investigadora. A modo ilustrativo, el relato de la entrevistada dominicana que finalizó la escuela primaria fue mucho más escueto (apenas 20 minutos de entrevista) que el de las universitarias cubana y mexicana (40 y 50 minutos respectivamente). Este punto se considera de particular interés, ya que puede revestir significados muy distintos: tal vez la pauta de entrevista se adaptó mejor a mujeres con alto nivel de estudios, aunque no fuera la voluntad de la investigadora; o, cabe la posibilidad de que la propuesta general de conversar acerca de una vivencia tiene mejor cabida en una población con mayor nivel de estudios, independientemente del abordaje metodológico. A favor de esta última hipótesis, existe bibliografía que confirma que el nivel de estudios procedente de la educación formal incide en la capacidad de elaboración mental, que le permite al/a la entrevistada/o compartir ciertos códigos intelectuales y de lenguaje con el/la entrevistador/a (Bourdieu, 1979). El dominio de estos códigos propicia su habilidad para contestar las preguntas de una investigación cualitativa, elaboradas -y esto debe tenerse en cuenta- en el marco de la estructura y del canon académicos. Otra clave de interpretación lleva a considerar que, cuando el/la investigador/a procede de la cultura receptora, éste/a es quien construye, en gran medida, el tipo de relacionamiento, el proceso de investigación y los resultados obtenidos (Uriarte, 2024).

La segunda limitación está vinculada con la elección de un muestreo de máxima variación, combinado con el criterio de accesibilidad. Por un lado, se intentó – y se logró, en buena medida– reunir voces de procedencias, culturas y niveles socioeducativos lo más diversos posibles. Por el otro, la propia técnica de la bola de nieve conlleva la probabilidad de lograr testimonios similares entre sí. Esto explica, por ejemplo, la alta representación de mujeres africanas, lograda a través de dos bolas de nieve, cuando este continente apenas representa el 0,2% de las residencias permanentes iniciadas en 2023. Sin embargo, no se consiguió entrevistar a ninguna mujer de procedencia asiática, cuya población representa el 5,2% de las residencias tramitadas durante el mismo período (ROU, DNM, 2023).

La primera sugerencia que se desprende de los resultados de la investigación es la de favorecer el desarrollo de las redes de apoyo. Las redes compuestas por familiares directos deben ser fomentadas a través de los mecanismos oficiales existentes, tal y como la reunificación familiar, cuyos requisitos podrían ser aún más flexibilizados. En efecto, una mujer embarazada contenida por un familiar de su confianza cuenta con mayores oportunidades de transitar su gestación en las mejores condiciones posibles. Para todas aquellas que no disponen de un círculo de contención confiable, deben incentivarse los colectivos existentes en territorio (esencialmente grupos de mujeres) y fomentar la creación de otros nuevos, para que desarrollem actividades de inclusión sociocultural y apoyo emocional sumamente valiosos. En este ámbito, es de relevancia el rol desempeñado por las OSC, cuya toma de iniciativas y sostenibilidad a largo plazo debe ser, sino garantizada, por lo menos favorecida por el Estado.

En segundo lugar, la precariedad económica y habitacional fueron identificadas como generadoras de estrés e inseguridad ante un embarazo en contexto de migración reciente. Por lo tanto, debe mejorarse la captación temprana de estas situaciones de vulnerabilidad, con el objetivo de implementar los mecanismos de apoyo formales a disposición, tal y como la asignación familiar, el subsidio para el alquiler de vivienda o la exoneración de costos para trámites y así lograr mayor estabilidad y mejores perspectivas para estas mujeres.

Otra sugerencia es la de otorgarle mayor importancia a una primera atención en salud mental para individuos en situación de migración reciente. Se describieron las características del duelo migratorio, presente, en mayor o menor grado, en todo proceso de desplazamiento y reinstalación. En el caso de la población migrante de Uruguay, en su mayoría procedente de países con coyunturas políticas y/o

socioeconómicas desfavorables, suele tratarse de un duelo migratorio complicado. Si a ello se le agrega el estrés que implica un embarazo en condiciones de precariedad -económica, habitacional, pero también afectiva- el riesgo para la salud mental es aún mayor. Sin embargo, es escasa, a nivel nacional, la relevancia otorgada a esta problemática y no existen dispositivos formales de atención (públicos o privados) dedicados a ella. Se recomienda, por lo tanto, la implementación de algún tipo de respuesta profesional especializada en términos asistenciales, cuyos efectos benéficos a corto, mediano e incluso largo plazo contribuirían a prevenir las consecuencias de un duelo migratorio complicado o extremo no tratado.

En términos más generales, se sugiere contribuir a la mejora no solamente del abordaje terapéutico, sino también del investigativo, mediante la adquisición y profundización de la competencia cultural en profesionales e investigadores de las Ciencias de la Salud. Con ello, se logrará construir vínculos de mayor respeto, confianza y entendimiento con la población atendida o entrevistada. Por su dimensión a la vez específica y de amplio alcance en cuanto a las competencias requeridas, esta formación debe realizarse a través de una especialización interdisciplinaria en posgrado, que abarque conocimientos teóricos (clínicos y epidemiológicos), herramientas comunicacionales y experiencias prácticas. Así, profesionales culturalmente competentes brindarán una mejor atención e investigadores con un mejor dominio de idiomas extranjeros podrán acceder a poblaciones no hispanohablantes residentes en Uruguay. De esta forma, se ampliará considerablemente el campo de estudio y se abrirán nuevas líneas de investigación, tanto de índole cuantitativa como cualitativa.

Finalmente, resulta necesario eliminar el artículo 13 de la Ley 18.987, que prohíbe la prescripción de la medicación abortiva a mujeres extranjeras con menos de un año de permanencia en el país. Este requisito impide el pleno acceso a los derechos más esenciales en términos de DSDR y deja desprotegidas, física y psicológicamente, a mujeres en la etapa más vulnerable de su proceso migratorio. Si bien no se cuestiona la voluntad del Estado de limitar el denominado “turismo abortivo”, deben elegirse criterios más pertinentes que el tiempo de permanencia para demostrar la radicación en Uruguay, tal y como pueden ser una solicitud de refugio o un trámite de residencia iniciado.

En definitiva, si el objetivo de los prestadores y profesionales sanitarios es el de mejorar la calidad de la atención, es esencial una labor previa de investigación,

realizada con los conocimientos y las herramientas propios de la competencia cultural, en territorio y en diálogo con las mujeres migrantes y su entorno. En este sentido, resultaría interesante indagar nuevos y distintos abordajes, susceptibles de mejorar la comunicación con la población de interés y, por ende, su accesibilidad para los/as investigadores/as. Lejos de constituir un obstáculo infranqueable, la limitación de la accesibilidad identificada en el estudio abre perspectivas para futuras líneas de investigación, en las que podría estudiarse la vivencia de mujeres procedentes de otras comunidades, culturalmente más diversas y con menor visibilidad. Esto podría lograrse mediante la elaboración de pautas de entrevista menos estructuradas y más inclusivas, destinadas a todas aquellas personas que cuentan con un nivel de estudios formal básico. Se sugiere, a su vez, desarrollar herramientas que permitan dialogar con la población no hispanohablante, ya sea mediante el aprendizaje de idiomas o a través de un diálogo sostenido con referentes comunitarios. En todo caso, comprender la vivencia de estas mujeres representa un aporte valioso de la Academia para la construcción de un marco asistencial y jurídico más equitativo y para la elaboración de estrategias de apoyo y cuidado adecuadas.

10 Referencias bibliográficas

- Achotegui, J. (2009). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*, Vol. 106. Núm. 4: 115-144.
<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-pdf-S0304485809746657>

Achotegui, J. (2022). Los siete duelos de la migración y la interculturalidad. Madrid, NED.

https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=8XVoEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=articulos+cientificos+achotegui&ots=q1bElyIfN4&sig=1DC5oCVAP7qkmrm3oQu7rV_mmos#v=onepage&q&f=false

Administración de los Servicios de Salud del Estado ASSE (2022). Requisitos de Afiliación para extranjeros y retornados.
http://afiliaciones.asse.com.uy/prestaciones_detail?id=P-5-extranjeros

Alto Comisionado de las Unidas para los Refugiados (ACNUR). Convención sobre el estatuto de los refugiados. Ginebra: 1951.
<https://www.acnur.org/5b0766944.pdf>

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2023). Hoja Informativa Estadística Uruguay Junio 2023.
<https://www.acnur.org/media/hoja-informativa-estadistica-acnur-uruguay-junio-2023>

Álvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M.L. et al. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. Reprod Health 12, 79.
<https://doi.org/10.1186/s12978-015-0071-2>.

Aranda B. C., Pando M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista IIPSI, Facultad de Psicología, UNMSM; Vol. 16, N°1: 233-245. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3153.pdf>

Baizer Cassab, S. (2021). Situación de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres migrantes de origen venezolano en Bogotá: aportes para una política pública basada en derechos sexuales y derechos reproductivos. Universidad de los Andes.
<https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/53408/24365.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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. 13(2):22-3. DOI: <https://doi.org/10.33517/rue2018v13n2>

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2024). Las remesas a América Latina y el Caribe en 2024 Disminuyendo el ritmo de crecimiento. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Las-remesas-a-America-Latina-y-el-Caribe-en-2024-disminuyendo-el-ritmo-de-crecimiento.pdf>

Barboza, Alexis, Casavieja, Daniela, López, Silvana, Marina, Katia, & Toledo, Nicolás. (2020). Opinión de la población migrante sobre los cuidados del equipo de salud en dos policlínicas municipales de Montevideo. Enfermería: Cuidados Humanizados, 9(1), 44-53. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2165>

Barrera Luna R. (2013). El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales. Revista Dialnet. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-El Concepto De Cultura-5173324.pdf>

Battaglini A., Gravel S., Boucheron L., Fournier M., Brodeur J-M., Poulin C., De Blois S., Durand D., Lefèvre Ch. et Heneman B. (2002). Quand migration et maternité se croisent: perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. Service social, vol. 49, n° 1: 35-6. DOI: 10.7202/006877a. URI: <http://id.erudit.org/iderudit/006877ar>

Bourdieu, P. (1979). La distinction: Critique sociale du jugement. Paris, Éditions de Minuit.

<https://archive.org/details/ladistinctioncrioooobour/page/48/mode/2up>

Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 31(supl 1): 13-S27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

Caccia, M., Urruzola, J. (2024). Migramos con nuestras raíces. ¿Y con nuestros derechos? Uriarte P., Fossatti, L., Firpo E. (Org.) De aquí y de allá. Aproximaciones antropológicas a los procesos contemporáneos de movilidad humana en Uruguay (pp. 57-68), Ediciones Universitarias CSIC-UdelaR.

Cai, D., Villanueva, P., Stuijzand, S. et al. (2022). The pregnancy experiences and antenatal care services of Chinese migrants in Switzerland: a qualitative study.

Carmona Moreno, L.D., La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. Revista Ciencias de la Salud (18): 1-17. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>

Castillo Lobos L. O., Contreras Vásquez L.P., Hermosilla Aldea E.Y. (2023). La supervivencia por sobre el ideal de maternidad: experiencias de duelo migratorio de las madres migrantes en Chile. Salud Colectiva Vol. 19. <https://www.scielosp.org/article/scol/2023.v19/e4649/>

Coll-Planas, G. (2019). Guías para incorporar la interseccionalidad en las políticas locales. Ajuntament de Terrassa; Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya; CEPS Projectes Socials. <https://igualtatsconnect.cat/wp-content/uploads/2019/09/Publicacion-Igualtats-Connect-ES.pdf>

Comboni Salinas, S., Juárez Núñez, J. M. (2013) Las interculturalidad-es, identidad-es y el diálogo de saberes. Reencuentro, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco Distrito Federal, México, 66: 10-23. <https://www.redalyc.org/pdf/340/34027019002.pdf>

Cornejo, M., Mendoza, F., Rojas, R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. Psykhe, Vol.17 (1): 29-39.

Crabtree, B., & Miller, W. (Eds.) (1999). Doing Qualitative Research. Londres, SAGE Ediciones.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. The University of Chicago Legal Forum, 140:139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=Uclf>

Díaz López, Carmita, & Pinto Loría, María de Lourdes. (2017). Vulnerabilidad educativa: Un estudio desde el paradigma socio crítico. *Praxis educativa*, 21(1), 46-54. <https://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2017-210105>

Dubos (1995) en Gavidia, V., Talavera, M. (2012). “La construcción del concepto de salud”. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales; 26: 161-175.

Eslava Casteñeda, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. Rev. Salud pública 19 (3).
<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>

Fair F., Raben L., Watson H, Vivilaki V., van den Muijsenbergh M., Soltani H.; ORAMMA team. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. PLoS One 11;15(2):e0228378. doi: 10.1371/journal.pone.0228378. PMID: 32045416; PMCID: PMC7012401.

Fondo Nacional de Recursos (FNR) (2021). Beneficiarios.
http://www.fnr.gub.uy/que_financiamos

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Gaba Torres, S. (2016). Estudio sociodemográfico y de problemas de salud de la población atendida en el centro de salud Ciudad Vieja (Montevideo-Uruguay), con énfasis en la población inmigrante, junio-julio 2016. Tesis de master Salud Internacional y Cooperación UdelaR-Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

Gabai, N., Furtos, J., Maggi-Perpoint, C., Gansel, Y., Danet, F., Monloubou, C. & Moro, M. (2013). Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés. Devenir 25: 285-307.
<https://doi.org/10.3917/dev.134.028>

Gibbs, G. (2007). El análisis de datos cualitativos en la Investigación Cualitativa. Londres, SAGE Ediciones.
<https://dpp2016blog.files.wordpress.com/2016/08/graham-gibbs-el-anc3a1lis-de-datos-cualitativos-en-investigacic3b3n-cualitativa.pdf>

González Juárez, L., & Noreña Peña, A.L. (2011). Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. *Enfermería universitaria*, 8(1), 55-60.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100008&lng=es&tlang=es.

González Morales, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales.

ISLAS, 45(138):125-135.
<file:///C:/Users/Katia/Downloads/572-Texto%2odel%2oart%C3%ADculo-1044-1-10-20210112-1.pdf>

González Moreno, M. C. & Delgado de Smith, Y. (2015). Género y migración: Desandando caminos. Ex aequo, Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres. DOI:[10.22355/exaequo.2015.31.10](https://doi.org/10.22355/exaequo.2015.31.10)

Haller, M., y Ressler, R. (2006). National and European identity A study of their meanings and interrelations-hips. Revue Française de Sociologie 47(4), 817-850.

https://www.researchgate.net/publication/274711352_National_and_European_identity_A_study_of_their_meanings_and_interrelationships

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (1997). Metodología de la investigación. McGraw Hill.
https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf

Hofstede, G., Hofstede G.J., Minkov, M. (2010). Cultures and Organizations Software of The Mind. Intercultural Cooperation and Its Importance for Survival. McGraw Hill.
https://e-edu.nbu.bg/pluginfile.php/900222/mod_resource/content/1/G.Hofstede_G.J.Hofstede_M.Minkov%20-%20Cultures%20and%20Organizations%20-%20Software%20of%20the%20Mind%203rd_edition%202010.pdf

Koolhaas, M. (2016). Migración internacional de retorno en el Uruguay y reinserción laboral en tiempos de crisis económica internacional, 2011-2013. Notas de Población n°103, pp. 123-147.
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/44993b37-32bd-496e-bbfb-697b4e0dcb10/content>

Lamas, M. (2007). El género es cultura. Ponencia presentada en el V Campus Euroamericano de Cooperación Cultural: Cooperación y diálogo intercultural.

Almada, Portugal: OEI, Interarts, AECI, Municipio de Almada, Cultideias, Ministerio de Cultura de España.
https://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/El_genero_es_cultura_Martha_Lamas.pdf

Leininger M. (1999) “Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural”. Cultura de los Cuidados. 3(6):5-8.

Lévi Strauss, C. (1952). Raza y Cultura. Disponible en:
[https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/307211/mod_resource/content/1/28%20\(Unidad%205\).pdf](https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/307211/mod_resource/content/1/28%20(Unidad%205).pdf)

Lugones Botel M., Ramírez Bermúdez M. (2015). Curioso origen de la palabra embarazada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 41 (1): 90-98.
<https://www.medicgraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2015/cog151k.pdf>

Marina Silva, K., Balado Calviño, M. L., & Ferreira Bacciarini, J. (2022). Gestión del cuidado en salud en población migrante: Construyendo una práctica interdisciplinaria. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (18), 01–13.
<https://doi.org/10.14422/rib.i18.y2022.008>

Martín García, A., (1995). Fundamentación teórica y uso de las historias y relatos de vida como técnicas de investigación en pedagogía social. Ediciones Universidad de Salamanca, Aula, 7, 1995, pp. 41-60.
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/69201/Fundamentacion_teorica_y_uso_de_las_hist.pdf;jsessionid=6BA3FD645F9BC0ECCAD7F2D8118FEE3B?sequence=1

Martínez Manuel F., Martínez J., Calzado Vi. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Psychosocial Intervention* 15 (3): 331-350.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300007&lng=es.

Martínez Benlloch, I. (2005). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Universidad de Valencia.

Martínez-Pizarro, J., Reboiras-Finardi, L. (2010). Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. Papeles de

población, 16(64), 09-29.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200002&lng=es&tlang=es

Maya Jariego, I. (2002). Tipos de redes personales de los inmigrantes y adaptación psicológica». Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales, V. 1. <https://personal.us.es/isidromj/php/wp-content/uploads/2001/01/Tipolog%C3%ADa%CC%81a.pdf>

Mendizánal, N. (2006) Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis, Estrategias de investigación cualitativa (pp. 175-212). Gedisa S.A.

Minayo de Souza, M.C. (2003). Investigación social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires, Lugar Editorial: 9-23. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/De%20Souza%20Minayo,%20Investigaci%C3%B3n%20Social%20Teor%C3%A1tica,%20m%C3%A9todo%2oy%20creatividad.pdf>

Minayo de Souza, M.C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(3):251-261. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>

Montaño, S. (1996) Los derechos reproductivos de la mujer. Estudios básicos de Derechos Humanos, Tomo 4: 163-185. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/a11999.pdf>

Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J., Concha-Sánchez S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública. 15 (6): 797-808. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>

Novaes, Dirce (2018). O processo migratório de mulheres angolanas grávidas e/ou com filhos para São Paulo (2013 a 2018). TRAVESSIA; 1(92). <https://revistatravessia.com.br/travessia/article/view/1026>

Núñez Almeida, L., Curbelo Día, M. (2019). Migración, Fronteras e Identidades en Uruguay. Revista Digital de Estudios Históricos Nº 22. <https://estudioshistoricos.org/22/eh22d03.pdf>

Olivera, M., Trujillo, L. A. S., ESENCIAL, A., & Rodríguez, A. B. (2019). Género: ¿Estructura estructurante de la migración? In M. B. Heras (Ed.), *Mercedes Olivera: Feminismo popular y revolución. Entre la militancia y la antropología* (pp. 293–324). CLACSO.
<https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rm5c.16>

Organización Internacional para las Migraciones (2019). [Publicación en línea] “Glossary on Migration”. 132-135.
https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2015). Política de la OIM sobre la igualdad de género 2015-2019.
<https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/about-iom/gender/C-106-INF-8-Rev.1-Pol%C3%ADtica-de-la-OIM-sobre-la-Igualdad-de-G%C3%A9nero-2015-2019.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). Salud de los migrantes y refugiados.
https://www.who.int/es/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_2

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016). 55º Consejo Directivo, 68ª sesión del Comité regional de la OMS para las Américas.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=55-consejo-directivo-8813&alias=37692-cd55-fr-s-692&Itemid=270&lang=es

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009). Determinantes Sociales de la Salud.
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016) Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.
<http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres) (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5; 1995.
https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Organización de las Naciones Unidas (UNICEF, PNUD, OIM, ONUSIDA, ACNUR, UNODC, UN WOMEN, Naciones Unidas Derechos Humanos) (2020) Consulta Regional de la CEDAW para la elaboración de una Recomendación General sobre la Trata de Mujeres y Niñas en el contexto de la migración mundial.
<https://www.unicef.org/lac/informes/consulta-regional-de-la-cedaw>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2001) Declaración Universal sobre la diversidad cultural.
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/universal-declaration-cultural-diversity>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1993). Género, mujer y salud en las Américas. Gómez E. (Editora). Publicación científica N.º 541: Washington D.C. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3312>

Prieto Rosas, V., Bengochea, M., Fernández Soto, Márquez Scotti, C., Montiel, C. (2022). Informe de resultados de la Etnoencuesta de Inmigración Reciente en Montevideo (ENIR 1, 2018). Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Documento Nº7; ISSN 2393-7459.
<https://omif.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2022/06/DT-UM-PP-07.pdf>

República Oriental del Uruguay, Instituto Nacional de Estadística (INE) (2024).

Censo 2023. Resultados definitivos.

<https://www5.ine.gub.uy/documents/CENSO%202023/Poblaci%C3%B3n%20estimada,%20crecimiento%20intercensal%20y%20estructura%20por%20sexo%20y%20edad.pdf>

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Interior (MI), Dirección Nacional de Migraciones (DNM) (2023). Anuario 2023.

<https://www.gub.uy/ministerio-interior/datos-y-estadisticas/estadisticas/anuario-estadistico-direccion-nacional-migracion-2023>

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Desarrollo social (MIDES) (2017).

Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay: nuevos orígenes latinoamericanos.

http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/75559/1/investigacion_caracterizacion2017_final_digital.pdf

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Desarrollo social (MIDES) (2017).

Departamento Migrantes.

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9788>

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2014).

Centro de Referencia para Personas Migrantes.

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/tramites-y-servicios/servicios/centro-referencia-migrantes>

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Interior (MI), Dirección Nacional de

Migraciones (DNM) (2019). Anuario 2019.

https://migracion.minterior.gub.uy/images/anuario19/ANUARIO_2019.pdf

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Interior (2024). Guía de orientación

Residencias por Arraigo.

<https://www.gub.uy/ministerio-interior/comunicacion/publicaciones/guia-orientacion-residencias-arraigo>

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud Pública (MSP) (2016). Guía

técnica para la interrupción voluntaria del embarazo IVE. Segunda edición corregida.

<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/10.guatecnicaive2daedicion2016msp.pdf>

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud Pública (MSP) (2010). Guías para implementar Servicios de Atención a la Salud Sexual y Salud Reproductiva en las instituciones prestadoras de salud.
https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/12_file2.pdf

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). Equipos de salud del Primer Nivel de Atención.
<file:///C:/Users/Katia/Downloads/DT%202014.%20Equipos%20de%2osalud%2odel%2oprimer%2onivel%2ode%2oatenci%C3%B3n%20-%202014.pdf>

República Oriental del Uruguay, Poder ejecutivo (2007). Motivos y Proyecto de Ley al Sistema Nacional Integrado de Salud.
http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/proyectos/2007/03/S276_15%2009%202006_00001.PDF

República Oriental del Uruguay, Poder Ejecutivo (2019). Decreto Nº 158/019 relativo a la Investigación en seres humanos.
<https://www impo com uy/bases/decretos-originales/158-2019>

República Oriental del Uruguay, Poder Ejecutivo (2007). Exposición de motivos de la Ley Nº18211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Concepto de salud.

República Oriental del Uruguay, Poder Ejecutivo (2018). Decreto Nº356/018. Reglamentación del Art. 30 de la Ley 18250 Ley de Migración.
<https://www impo com uy/bases/decretos/356-2018>

República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo (2008) Ley Nº 18.331 de Protección de Datos Personales.
<https://www impo com uy/bases/leyes/18331-2008>

República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo (2008). Migración. Ley Nº 18.250 de 17 enero de 2008.
https://www oas org/dil/esp/Ley_Migraciones_Uruguay pdf

República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo (2006). Derecho al refugio y a los refugiados. Ley N° 18.076 de 05 de enero de 2007.
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1004522.htm>

República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo (2012). Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley N.º 18.987 de 22 de octubre de 2012.
<https://www impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo (2008). Sistema nacional integrado de salud. Ley N° 18.211 del 13 diciembre de 2007.
<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211.pdf>

República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo (2006). Ley N° 18076 Derecho al Refugio y a los Refugiados. Ley de Refugiados.
<https://www impo.com.uy/bases/leyes/18076-2006/14>

República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18426 sobre Salud Sexual y Reproductiva. <https://www impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Ribert, E. (2016). Entre remise en cause des appartenances nationales et attachement symbolique à la double nationalité : les descendants d'immigrés méditerranéens et d'exilés espagnols en France face à la double nationalité. En: H. Zeghbib (Ed.), La plurinationalité en Méditerranée occidentale. Aix-en-Provence: CNRS Aix Marseille Université : Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans.
<https://books.openedition.org/iremam/3564>

Ríos G. (2018). Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los estados partes del Mercosur: República Oriental del Uruguay.
https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/Perfiles%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud_MERCOSUR_ROU.pdf

Rúa, A. D. (2008). Análisis de redes sociales y trabajo social. Portularia, VIII(1), 9-21.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161017350001>

Saccani, R. C. (2013). Redes de Apoyo Social en Contexto Migratorio: Decisión de emigrar, adaptación y mercado laboral: Argentinos en Málaga (2005-2009) Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de

Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica.
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.855/te.855.pdf>

Sassen, S. (2004). Formación de los condicionantes económicos para las migraciones Internacionales. Ecuador Debate (63): 63-88.
<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/3791/4/RFLACSO-ED63-05-Sassen.pdf>

Saut, R. (2005). Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación. Buenos Aires, Lurniere.

Sayad, A. (2008). Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración. Apuntes de investigación del CECYP, (13), 101-116, Recuperado de <http://www.apuntescecy.com.ar/index.php/apuntes/article/view/122/107>

Taks, J. (2006). Migraciones internacionales en Uruguay: de pueblo trasplantado a diáspora vinculada. Revista Theomai, (14), pp 139-156.
<https://www.redalyc.org/pdf/124/12401412.pdf>

United Nations Fund for Populations Activities (UNFPA), Instituto Uruguayo para la Juventud (INJU). (2015). Sexualidad y derechos. Aportes para el trabajo con adolescentes y jóvenes.
https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/160_file1.pdf

Université de Genève (UNIGE) (2025). Certificat d'Études Avancées (CAS) Santé et diversités: comprendre et pratiquer les approches transculturelles.
<https://www.unige.ch/formcont/cours/sante-divers>

Uriarte Bálamo, P. (2020). “Cada uno puede tener la opinión que quiera”. RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre, 41(1), 17-36.
<https://doi.org/10.34096/runa.v4i1.7992>

Uriarte, P. (2024). Investigar la movilidad humana desde la antropología y en el presente. Uriarte P., Fossatti, L., Firpo E. (Org.) De aquí y de allá. Aproximaciones antropológicas a los procesos contemporáneos de movilidad humana en Uruguay (pp. 09-28), Ediciones Universitarias CSIC-UdelaR.

Urrutia Pérez, C., Correa-Matus, E., Cabieses Valdés, B., & Obach King, A. (2022). ¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de

poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas. *CUHSO (Temuco)*, 32(1), 493-513.
<https://dx.doi.org/10.7770/cuhso-v32n1-art2408>

Valles, M. (2007). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid, Editorial Síntesis.

Vasilachis I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa S.A.

Vázquez Laba, V., Risquez Buonaffina, M., Perazzolo, R. & Giménez Mercado, C. (2014). Resistencias desde los márgenes: La experiencia migratoria de las mujeres como forma de agencia social. La ventana. Revista de estudios de género, 5(40), 59-87.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362014000200004&lng=es&tlang=es

Vera, N. J. A., y Valenzuela, M. J. E. (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología & Sociedad*, 24(2), 272-282.
<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/03.pdf>

Vezub, L. (2020). Las dimensiones de análisis en el diseño cualitativo. Aportes desde la investigación de las políticas de formación docente continua. . Revista de Educación Edición nº 19; ISSN 1850-3217: 5 – 27.
<https://www.ucsf.edu.ar/wp-content/uploads/2020/12/Krinein-19-1-Lea-Vezub.pdf>

Villanueva Flores, R. (2005). Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. En Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Reformas constitucionales y equidad de género. Informe final Seminario internacional Santa Cruz de la Sierra, 21, 22 y 23 de febrero de 2005.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6843/S0500089_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11 Apéndices

11.1 Apéndice 1

Hoja de información

En el marco de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, estoy llevando a cabo la investigación “Embarazo y migración: vivencias de mujeres migrantes en Uruguay”.

El objetivo principal es comprender la vivencia de mujeres migrantes que cursaron un embarazo durante los dos primeros años de su radicación en Uruguay. También apunta a conocer mejor las características de estas mujeres (país de procedencia, edad, formación, etc.) e identificar las redes de apoyo con las que contaban cuando cursaron su embarazo y la forma en que fueron atendidas en los servicios de salud.

Esto permitirá crear conocimiento científico actualizado sobre salud sexual y reproductiva en contexto de migración, conocer mejor las necesidades de las mujeres migrantes embarazadas y así proponer estrategias que mejoren su atención en salud.

Usted está invitada a formar parte esta investigación a través de su testimonio, que será recabado mediante una entrevista presencial grabada. Se prevé la posibilidad de coordinar un segundo encuentro o contacto telefónico, en caso de necesitar completar información.

La información obtenida será estrictamente confidencial. Con el fin de garantizar el anonimato de las participantes, se utilizarán las iniciales de su nombre y apellido y se modificará toda referencia que permita su identificación. El acceso a los registros de

las entrevistas será reservado únicamente a mí y a mis tutoras de tesis, las Profs. Mariana Mugico y Claudia Hirigoyen.

Su participación no incluye ningún beneficio directo, pero sí contribuirá a visibilizar la vivencia del embarazo en mujeres migrantes, fortalecer las redes de apoyo existentes y contribuir a la creación de políticas públicas que mejoren esta situación.

Las técnicas utilizadas no presentan riesgos para su integridad física. En el caso de que, durante la entrevista, su relato le genere recuerdos o emociones negativas, la investigadora se compromete a que, una vez finalizado el encuentro, usted se sienta nuevamente tranquila y segura. Si así no fuera, realizará el acompañamiento necesario hacia una atención profesional.

La investigación podrá difundirse mediante la publicación de sus resultados. Sin embargo, se respetará el anonimato de sus participantes y se omitirá la divulgación de cualquier información que permita identificarlas.

En caso de que acepte participar, podrá retirarse de la investigación en el momento en que lo decida, sin que ello le perjudique de manera alguna.

Si desea ampliar información o evacuar dudas, puede tomar contacto con la investigadora en cualquier momento.

Katia Marina - Responsable de la investigación

Teléfono de contacto: 099 107 919

Information sheet

Within the framework of the Master's Degree in Community Health at the Faculty of Nursing of Universidad de la República, I am carrying out the research "Pregnancy and migration: experiences of migrant women in Uruguay."

The main objective is to understand the experience of migrant women who became pregnant during the first two years of their residence in Uruguay. It also aims to better understand the characteristics of these women (country of origin, age, training, etc.) and identify the support networks they had when they were pregnant and the way they were cared for in health services.

This will create updated scientific knowledge on sexual and reproductive health in the context of migration, in order to better understand the needs of pregnant migrant women and propose strategies to improve their health care.

You are invited to take part in this investigation through your testimony, which will be collected through a recorded in-person interview. The possibility of coordinating a second meeting or telephone contact is planned, in case I need to complete information.

The information obtained will be strictly confidential. In order to guarantee the anonymity of the participants, the initials of their first and last name will be used and any reference that allows their identification will be modified. Access to the interview records will be reserved only to me and my thesis tutors, Profs. Mariana Mugico and Claudia Hirigoyen.

Your participation does not include any direct benefit, but it will contribute to making the experience of pregnancy in migrant women visible, strengthening existing support networks and contributing to the creation of public policies that improve this situation.

The techniques used do not present risks to your physical integrity. In the event that, during the interview, your story generates negative memories or emotions, the researcher undertakes that, once the meeting is over, you feel calm and safe again. If this is not the case, the necessary support will be provided towards professional care.

The research may be disseminated by publishing its results. However, the anonymity of its participants will be respected and the disclosure of any information that could identify them will be omitted.

If you agree to participate, you may withdraw from the research whenever you decide, without this being prejudicial to you in any way.

If you would like more information or clear up any doubts, you can contact the researcher at any time.

Katia Marina - Research Manager

Contact telephone number: 099 107 919

Fiche d'information

Dans le cadre du Master en Santé Communautaire de la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de la République, je réalise le travail de recherche "Grossesse et migration : expériences de femmes migrantes en Uruguay".

L'objectif principal est de comprendre l'expérience de femmes migrantes qui ont vécu une grossesse au cours des deux premières années suivant leur arrivée en Uruguay. Il vise également à mieux comprendre le profil de ces femmes (pays d'origine, âge, formation, etc.) et à identifier les réseaux de soutien dont elles disposaient lorsqu'elles sont tombées enceintes, ainsi que la manière dont elles ont été prises en charge dans les services de santé.

Cela permettra de mettre à jour les connaissances scientifiques sur la santé sexuelle et reproductive dans le contexte de la migration, de mieux comprendre les besoins des femmes enceintes migrantes et ainsi donc, de proposer des stratégies pour améliorer leur prise en charge en matière de soins.

Vous êtes invitée à participer à cette enquête à travers votre témoignage, qui sera recueilli lors d'un entretien enregistré. La possibilité de coordonner un deuxième rendez-vous ou un contact téléphonique est envisageable, en cas de devoir compléter des informations.

Les informations obtenues seront strictement confidentielles. Afin de garantir l'anonymat des participantes, les initiales de leur nom et prénom seront utilisées et toute référence permettant leur identification sera modifiée. L'accès aux enregistrements des entretiens sera réservé uniquement à moi et à mes tutrices, les Profs. Mariana Mugico et Claudia Hirigoyen.

Votre participation ne vous apporte aucun bénéfice direct, mais elle contribuera à rendre visible l'expérience de la grossesse chez les femmes migrantes, à renforcer les réseaux de soutien existants et à contribuer à la création de politiques publiques susceptibles d'améliorer cette situation.

Les techniques utilisées ne présentent pas de risques pour votre intégrité physique. Dans le cas où, lors de l'entretien, votre histoire génère des souvenirs ou des émotions négatives, la chercheuse s'engage à ce qu'une fois la rencontre terminée, vous vous sentiez à nouveau calme et en sécurité. Si ce n'est pas le cas, l'accompagnement nécessaire sera apporté vers une prise en charge professionnelle.

Le travail de recherche peut être diffusé à travers la publication de ses résultats. Cependant, l'anonymat des participantes sera respecté et la divulgation de toute information permettant de les identifier sera omise.

Si vous acceptez de participer, vous pouvez vous retirer de l'entretien à tout moment, sans que cela ne vous nuise en aucune façon.

Si vous souhaitez plus d'informations ou dissiper des doutes, vous pouvez contacter la chercheuse à tout moment.

Katia Marina - Directrice de recherche

Numéro de téléphone de contact : 099 107 919

Folha de Informação

No âmbito do Mestrado em Saúde Comunitária da Faculdade de Enfermagem da Universidade da República, estou realizando a pesquisa “Gravidez e migração: experiências de mulheres migrantes no Uruguai”.

O objetivo principal é compreender a experiência das mulheres migrantes que engravidaram durante os primeiros dois anos de residência no Uruguai. Pretende também conhecer melhor as características destas mulheres (país de origem, idade, formação, etc.) e identificar as redes de apoio que tiveram quando engravidaram e a forma como foram atendidas nos serviços de saúde.

Isto irá criar conhecimentos científicos atualizados sobre a saúde sexual e reprodutiva no contexto da migração, compreender melhor as necessidades das mulheres migrantes grávidas e, assim, propor estratégias para melhorar os seus cuidados de saúde.

Você está convidada a participar desta investigação com o seu depoimento, que será coletado por meio de uma entrevista presencial gravada. Está prevista a possibilidade de coordenação de uma segunda reunião ou contacto telefônico, caso seja necessário completar informações.

As informações obtidas serão estritamente confidenciais. Para garantir o anonimato das participantes, serão utilizadas as iniciais do seu nome e apelido e qualquer referência que permita a sua identificação será modificada. O acesso aos registros das

entrevistas será reservado apenas a mim e às minhas orientadoras de tese, as Profs. Mariana Mugico e Claudia Hirigoyen.

A sua participação não inclui benefício direto nenhum, mas contribuirá para tornar visível a experiência da gravidez nas mulheres migrantes, fortalecendo as redes de apoio existentes e contribuindo para a criação de políticas públicas que melhorem esta situação.

As técnicas utilizadas não apresentam riscos à sua integridade física. Caso, durante a entrevista, sua história gere lembranças ou emoções negativas, a pesquisadora se compromete a que, após o término do encontro, você se sinta novamente tranquila e segura. Caso contrário, será prestado o apoio necessário ao atendimento profissional.

A pesquisa poderá ser divulgada através da publicação de seus resultados. No entanto, será respeitado o anonimato das suas participantes e omitida a divulgação de qualquer informação que possa identificá-las.

Caso você concorde em participar, poderá desistir da pesquisa sempre que desejar, sem que isso lhe prejudique de forma alguma.

Caso queira mais informações ou tirar dúvidas, você pode entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento.

Kátia Marina - Gerente de pesquisa

Telefone de contato: 099 107 919

11.2 Apéndice 2

Consentimiento informado

Yo, expreso haber recibido la información necesaria sobre el estudio “Embarazo y migración: vivencias de mujeres migrantes en Uruguay”.

Se me entregó una hoja de información acerca de los riesgos y beneficios de participar en la investigación, sobre los cuales pude realizar consultas y evacuar dudas.

Se me informó de que las entrevistas tienen carácter anónimo, que serán grabadas y que la información recabada será de uso exclusivo de la investigadora y sus tutoras de tesis.

Se me informó de mi derecho a retirarme de la entrevista cuando lo desee, sin que ello me perjudique en absoluto.

Teniendo en cuenta lo anterior, doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma:

Aclaración:

Cédula de identidad:

Firma de la investigadora:

Contrafirma: Katia Marina

Cédula de identidad: 5.698.520-2

Teléfono celular: 099 107 919

Correo electrónico: katiamarina.com@gmail.com

Informed consent

I, I express having received the necessary information about the study "Pregnancy and migration: experiences of migrant women in Uruguay".

I was given an information sheet about the risks and benefits of participating in the research, about which I was able to make inquiries and clarify doubts.

I was informed that the interviews are anonymous, that they will be recorded and that the information collected will be for the exclusive use of the researcher and her thesis tutors.

I was informed of my right to withdraw from the interview whenever I wish, without any prejudice to me.

Taking into account the above, I give my consent to participate in the study.

Signature:

Print Full Name:

Identity card:

Signature of the researcher:

Print Full Name: Katia Marina

Identity card: 5.698.520-2

Cell phone: 099 107 919

Email: katiamarina.com@gmail.com

Consentement informé

Je soussignée, , confirme avoir reçu les informations nécessaires sur le travail de recherche "Grossesse et migration: expériences de femmes migrantes en Uruguay".

J'ai reçu une fiche d'information sur les risques et les avantages de participer à la recherche, sur laquelle j'ai pu poser des questions.

J'ai été informée que les entretiens sont anonymes, qu'ils seront enregistrés et que les informations recueillies seront à l'usage exclusif de la chercheuse et de ses directeurs de thèse.

J'ai été informée de mon droit de me retirer de l'entretien quand je le souhaite, sans aucun préjudice pour moi.

Compte tenu de ce qui précède, j'accepte de participer à l'étude.

Signature:

Nom :

Document d'identité:

Signature du chercheur :

Nom : Katia Marina

Carte d'identité : 5.698.520-2

Téléphone portable : 099 107 919

Courriel : katiamarina.com@gmail.com

Consentimento informado

Eu, expresso ter recebido as informações necessárias sobre o estudo “Gravidez e migração: experiências de mulheres migrantes no Uruguai”.

Recebi um folheto informativo sobre os riscos e benefícios de participar da pesquisa, sobre o qual pude fazer perguntas e esclarecer dúvidas.

Fui informada que as entrevistas serão anônimas, serão gravadas e que as informações coletadas serão de uso exclusivo da pesquisadora e da suas orientadoras de tese.

Fui informada do meu direito de desistir da entrevista sempre que desejar, sem qualquer prejuízo para mim.

Tendo em conta o acima exposto, dou o meu consentimento para participar no estudo.

Assinatura:

Referendação:

Carteira de identidade:

Assinatura da pesquisadora:

Referendação: Katia Marina

Carteira de identidade: 5.698.520-2

Celular: 099 107 919

E-mail: katiamarina.com@gmail.com

11.3 Apéndice 3

Pauta para entrevista

Información de la entrevistada

- Iniciales del nombre y apellido:
- Edad:
- País de origen:
- Otros países en los que vivió:
- Fecha de llegada a Uruguay:
- Cobertura de salud:

Apertura de la entrevista

Presentación de la investigadora y de los objetivos del estudio.; entrega y lectura de hoja de información a la participante; lectura y firma de consentimiento informado; preguntas introductorias para generar ambiente de confianza y obtener información básica

- Para empezar, cuénteme un poco sobre usted ahora: ¿A qué se dedica? ¿Con quién o quiénes vive?
- Y en XXX (país de origen) ¿cómo era su vida?
- En algún momento decidió irse de XXX... Cuénteme cómo llegó a tomar esa decisión.
- ¿Y por qué venir a Uruguay?

- Cómo fueron los primeros tiempos acá: ¿Cómo fue el proceso de instalarse en un nuevo país?
- ¿Cuáles fueron sus primeras impresiones sobre Uruguay? ¿Cómo se sentía en aquel momento?
- Hoy en día, ¿cómo se siente con el hecho de vivir acá?

Descripción de la vivencia del embarazo

- ¿Cuál era su situación de vida cuando quedó embarazada? ¿Con quién o quiénes vivía? ¿Trabajaba? ¿Ya tenía otros hijos?
- ¿Qué fue lo primero que sintió al enterarse de que estaba embarazada?
- ¿Con quienes compartió la noticia y por qué?
- ¿Qué era lo que más la entusiasmaba? ¿Y lo que la asustaba?
- ¿Con quiénes pudo contar para apoyarla durante su embarazo?
- ¿Qué fue lo que más extrañó de su país de origen?

Atención en salud recibida como mujer migrante embarazada

- ¿Puede describir con detalles una consulta que recuerde especialmente?
- ¿Qué profesionales de la salud la atendieron durante su embarazo? ¿Tiene un recuerdo en particular de alguno de ellos?
- ¿Qué fue lo que más le costó en la atención en salud? ¿Y lo que le ayudó?

Preguntas de cierre

- Si tuviera a una mujer migrante embarazada enfrente suyo, ¿qué recomendaciones le haría?
- ¿Qué sugerencias le haría a los profesionales de salud para mejorar la atención de mujeres migrantes embarazadas?
- ¿Hay algo más que quiera agregar?

Interview guidelines

Information about the interviewee

- Initials of first and last name:
- Age:
- Country of origin:
- Other countries where you lived in:
- Date of arrival in Uruguay:
- Health coverage:

Opening of the interview

Presentation of the researcher and the objectives of the study.; delivery and reading of information sheet; reading and signing informed consent; introductory questions to create an environment of trust and get basic information.

- First of all, tell me a little bit about yourself now: What do you do? Who do you live with?
- And in XXX (country of origin) what was your life like?
- At some point, you decided to leave XXX... Tell me how you got to the point of making that decision.
- And why did you choose Uruguay?
- How were the first times here: What was the process of settling in a new country like?
- What were your first impressions of Uruguay? How did you feel at that moment?
- Nowadays, how do you feel about living here?

Description of the pregnancy experience

- What was your living situation when you became pregnant? Who did you live with? Did you work? Did you already have other children?
- What was the first thing you felt when you found out you were pregnant?
- Who did you share the news with and why?
- What were you most excited about? And what scared you?
- Who could you count on to support you during your pregnancy?
- What did you miss most about your home country?

Health care received as a pregnant migrant woman

- Can you describe in detail a consultation that you particularly remember?
- What health professionals cared for you during your pregnancy? Do you have a particular memory of any of them?
- What was the most difficult thing for you in health care? And what helped you?

Closing questions

- If you had a pregnant migrant woman in front of you, what recommendations would you make?
- What suggestions would you make to health professionals to improve the care of pregnant migrant women?
- Is there anything else you would like to add?

Guide d'entretien

Informations sur la personne interviewée

- Initiales du prénom et du nom :
- Âge :
- Pays d'origine :
- Autres pays où vous avez vécu :
- Date d'arrivée en Uruguay :
- Couverture santé :

Ouverture de l'entretien

Présentation du chercheur et des objectifs de l'étude ; remise et lecture d'une fiche d'information au participant ; lecture et signature du consentement informé ; questions introductives pour créer un environnement de confiance et obtenir des informations de base.

- Pour commencer, parlez-moi un peu de vous : Que faites-vous ? Avec qui est-ce que vous vivez ?
- Et en XXX (pays d'origine) comment était votre vie ?
- À un moment donné, vous avez décidé de quitter XXX... Racontez-moi comment vous en êtes arrivée à prendre cette décision.
- Et pourquoi venir en Uruguay ?
- Comment se sont passés les premiers temps ici : comment s'est déroulé le processus d'installation dans un nouveau pays ?
- Quelles ont été vos premières impressions de l'Uruguay ? Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
- Aujourd'hui, que pensez-vous de la vie ici ?

Description de l'expérience de grossesse

- Quelle était votre situation de vie lorsque vous êtes tombée enceinte ? Avec qui est-ce que vous viviez ? Est-ce que vous travailliez ? Avez-vous déjà d'autres enfants ?
- Quelle a été la première chose que vous avez ressentie lorsque vous avez découvert que vous étiez enceinte ?
- Avec qui avez-vous partagé la nouvelle et pourquoi ?
- Qu'est-ce qui vous a le plus enthousiasmé ? Et qu'est-ce qui lui a fait peur ?
- Sur qui pouviez-vous compter pour vous soutenir pendant votre grossesse ?
- Qu'est-ce qui vous a le plus manqué de votre pays d'origine ?

Soins de santé reçus en tant que femme migrante enceinte

- Pouvez-vous décrire en détail une consultation dont vous vous souvenez particulièrement ?

Quels professionnels de santé vous ont suivi pendant votre grossesse ? Avez-vous un souvenir particulier de l'un d'entre eux ?

- Quelle a été la chose la plus difficile pour vous en matière de soins de santé ? Et qu'est-ce qui vous a aidé ?

Questions finales

- Si vous aviez devant vous une femme migrante enceinte, quelles recommandations lui feriez-vous ?
- Quelles suggestions feriez-vous aux professionnels de la santé pour améliorer les soins aux femmes enceintes migrantes ?
- Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter ?

Roteiro de entrevista

Informações sobre a entrevistada

- Iniciais do nome e sobrenome:
- Idade:

- País de origem:
- Outros países onde você morou:
- Data de chegada no Uruguai:
- Cobertura de saúde:

Abertura da entrevista

Apresentação da pesquisadora e dos objetivos do estudo.; entrega e leitura da ficha informativa; leitura e assinatura do consentimento informado; perguntas introdutórias para gerar um ambiente de confiança e obter informações básicas

- Para começar, conte-me um pouco sobre você agora: O que você faz? Com quem mora?
- E em XXX (país de origem) como era a sua vida?
- Em algum momento você decidiu sair de XXX... Conte-me como tomou essa decisão.
- E por que vir para o Uruguai?
- Como foram os primeiros tempos aqui: Como foi o processo de radicação num novo país?
- Quais foram suas primeiras impressões do Uruguai? Como se sentiu naquele momento?
- Hoje em dia, como você se sente morando aqui?

Descrição da experiência da gravidez

- Qual era a sua situação de vida quando engravidou? Com quem morava? Você trabalhava? Já tinha outros filhos?
- Qual foi a primeira coisa que sentiu quando descobriu que estava grávida?
- Com quem compartilhou a notícia e por quê?
- Com o que você estava mais animada? E o que a assustou?
- Com quem você podia contar para apoiá-la durante a gravidez?
- Do que você mais sentiu falta do seu país de origem?

Cuidados de saúde recebidos enquanto mulher migrante grávida

- Você consegue descrever detalhadamente uma consulta da qual se lembra particularmente?
- Quais profissionais de saúde a atenderam durante a gravidez? Você tem alguma lembrança específica de algum deles?

- Qual foi a coisa mais difícil para você nos cuidados de saúde? E o que a ajudou?

Perguntas finais

- Se tivesse uma mulher migrante grávida na sua frente, que recomendações faria para ela?
- Que sugestões faria aos profissionais de saúde para melhorar os cuidados prestados às mulheres migrantes grávidas?
- Há mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar?

11.4 Apéndice 4

Cuadro de antecedentes

	Artículo	Tipo de estudio	Año	País	Palabras clave	Resultados
1	O processo migratório de mulheres angolanas grávidas e/ou com filhos para São Paulo (2013 a 2018)	Cualitativa 19 mujeres Profesionales	2012	Brasil		<p>Los proyectos migratorios de las mujeres angoleñas no sólo se presentan a través de la literalidad de la ley, del debate sobre las categorías migratorias y de las formas de permanecer en el país, sino, más bien, mediante el deseo de mejorar su calidad de vida, la búsqueda de mejores oportunidades y la posibilidad de darle otro rumbo y significado a las trayectorias de sus hijos y sus familias.</p> <p>Lo que predominó en las entrevistas fue la certeza de que, como madre de un niño brasileño, su regularización y permanencia en el país estarían garantizadas, aunque no conocieran en</p>

profundidad los medios para lograrlo. El relato de la entrevistada Elisa demuestra esta convicción: “porque si la persona tiene un bebé, nadie lo deporta”. Respecto a los 11 hijos que permanecieron en Angola y uno en la República Democrática del Congo, las madres mostraron afecto, angustia y culpa por la dolorosa ruptura familiar y la distancia que los separa. Estos temas fueron a menudo motivo de tristeza y lágrimas durante las entrevistas. Referían comunicarse constantemente con sus hijos y los familiares a su cargo y que a medida que se instalen en Brasil, tienen la intención de traerlos.

La segunda hipótesis también fue confirmada por los datos comparativos con estudios internacionales, que demuestran que las condiciones de salud y educación en Brasil son superiores a Angola. También a través de los relatos de las entrevistadas que mencionaron frecuentemente la gratuitad y la calidad de los hospitales, centros de salud, guarderías y escuelas en San Pablo.

2	Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes	Cualitativo Expositorio Mujeres y profesionales	2 0 0 2	Canada	Migración Perinatalidad Vulnerabilidad Maternidad Intervención	<p>Una red desequilibrada entre amigos, familiares, conocidos o profesionales implica lagunas en términos de apoyo, como era la situación de casi todas las encuestadas. Como la red formada por familiares, conocidos y amigos rara vez está equilibrada, las diferentes formas de ayuda a las que tienen acceso las madres inmigrantes son más o menos accesibles. ¿Existen mecanismos para mitigar las consecuencias de esta situación? Sobre este tema, nos dicen las madres encuestadas, que la presencia del padre y su colaboración son esenciales en el contexto de la inmigración.</p> <p>A veces, se dan condiciones de vida difíciles, como bajos ingresos, falta de apoyo familiar, inestabilidad de estatus y pocos momentos personales de ocio y distracción. A menudo, provienen de sociedades menos favorecidas, pero aprecian las ventajas materiales que tienen a su disposición, por ejemplo, los accesorios disponibles para el bebé (cochecitos, biberones, pañales, etc.). Esta ganancia no compensa fácilmente la ausencia de la</p>
---	--	---	------------------	--------	--	---

familia, que también representa una pérdida en términos de un ambiente estimulante para el desarrollo social del niño: "Allí estaría rodeado de la familia... Los niños crecerían en un ambiente lleno de amor y calidez humana, que no es el caso aquí. »

La mayoría de los estudios tienden a demostrar que ciertas experiencias migratorias pueden afectar el estado emocional y que las mujeres generalmente se ven más afectadas por esta experiencia que los hombres (Beiser et al., 1988; Hopper y Khan, 1998).

La especificidad de la situación de las mujeres inmigrantes respalda estas observaciones en varios aspectos: su trayectoria migratoria (a menudo patrocinada, más dependiente), los motivos de la inmigración (para estar con su cónyuge, para escapar, etc.) y la dislocación de su red de apoyo.

Las manifestaciones de angustia más frecuentes se asociaron con la soledad y la tristeza. Conscientes de los cambios ocurridos en sus vidas, muchas atribuyen

su fragilidad emocional a la experiencia migratoria, a las rupturas familiares, a las dificultades de adaptación, en particular a este período crucial de sus vidas donde se encuentran la migración y la maternidad. La ausencia de sus seres queridos y particularmente de su madre se siente y afecta su estado emocional. Y aquellos que han experimentado circunstancias iniciales difíciles tienen presente estos acontecimientos que alimentan la duda, la inseguridad y la preocupación.

Si la mayoría percibe ganancias en relación con la calidad de la atención sanitaria y la accesibilidad del sistema sanitario, otros moderan esta valoración y dicen que aquí los servicios son más fríos, más anónimos, que la espera es larga y que no siempre se sienten respetados en sus valores. Sin embargo, según las experiencias en sus países de origen, los encuestados oscilan entre ganancias y pérdidas.

Otra convergencia importante tiene que ver con el aislamiento.

						<p>Los ponentes demostraron una comprensión muy detallada de este fenómeno, particularmente porque refleja una red social débil y poco apoyo durante el período perinatal. Por su parte, las madres inmigrantes expresaron claramente las consecuencias de este aislamiento en sus condiciones de vida, tanto a nivel emocional como social. Recuerde que el aislamiento se manifiesta en particular por la ausencia de contactos reales, tanto sociales como familiares, y se traduce por una falta de apoyo.</p> <p>A los ojos de las madres, resulta aún más significativo cuando las mujeres están ausentes del entorno, ya que estas últimas les proporcionan un apoyo mejor adaptado a sus necesidades durante el período perinatal. Esta realidad revela una de sus principales vulnerabilidades en la medida que afecta a la gran mayoría de estas madres durante los primeros años de su integración.</p>
3	Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de	Cualitativo longitudinal 4 mujeres	2013	Francia		La atención brindada aquí es calificada por las entrevistadas como ideal, como lo resume la señora

	la rencontre soignants/ soignés	10 Profesionales			H. quien repite varias veces "aquí me cuidan muy bien, hacen todo lo necesario para que todo salga bien, todo, todo, todo, para mí, para el bebé". Por el contrario, el sistema médico del país de origen es considerado como un fracaso, como cuenta la Sra. K.: "En África, cuando das a luz, o es vida o es muerte". Los rituales tradicionales realmente no tienen ningún significado para las mujeres que migran por primera vez y más aun para aquellas que ya han tenido hijos en su país de origen. Estas tradiciones no están realmente presentes durante el embarazo o el parto, porque no se adaptan bien al entorno médico y hospitalario, sino en el momento del nacimiento del bebé, en casa, cuando el contacto con la familia es más regular. Por parte de los cuidadores, notamos poco conocimiento y poco interés por la historia de vida y la cultura de las mujeres embarazadas, al punto que esta historia no tiene influencia en la situación médica. Todas las pacientes mostraron demanda y deseo de una importante medicalización de la
--	---------------------------------	------------------	--	--	--

atención que les permitiera sentirse tranquilas, especialmente durante el período del parto.

Los cuidadores también demostraron un enfoque biomédico de la atención, incluso cuando no había ningún riesgo somático particular.

Las pacientes y los cuidadores parecen coincidir en torno a la hipermedicalización del período perinatal.

Al garantizar una función de contención psicológica, el enfoque médico ocupa un lugar importante en la atención perinatal. Pero la medicalización puede llegar a tal punto que la percepción de la experiencia del embarazo, el parto y la llegada del bebé pase a ser secundaria, o incluso ausente del discurso y de las representaciones de los cuidadores. Dado que las pacientes no expresan espontáneamente sus experiencias, la vulnerabilidad psicológica se tiene poco en cuenta en la atención. Las pacientes suelen ser discretas acerca de sus sentimientos, de los que hablan poco si no se les pregunta específicamente sobre ellos.

						La pobreza de representaciones de la historia de las pacientes en el discurso de los cuidadores deja un espacio vacío que rápidamente se carga de estereotipos en torno a la cultura de origen la paciente, que corre el riesgo de ser estigmatizada (Goffman, 1975). Estos estereotipos crean una historia que se atribuye a la paciente, pero que no es la suya. Probablemente asegurando una función defensiva frente a la ansiedad del encuentro con el Otro, los estereotipos impiden que se desarrolle la historia única de la paciente.
4	Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review	Revisión sistemática de estudios cualitativos y mixtos	207	Reino Unido Grecia Países Bajos		Es importante que las mujeres migrantes se sientan comprendidas. Se deben proporcionar intérpretes profesionales en cada cita/encuentro de atención para permitir que los profesionales sanitarios escuchen a las mujeres y establezcan una relación amistosa y de confianza con ellas. Los proveedores de atención médica deben evitar los estereotipos, respetar y adaptarse a las prácticas tradicionales o culturales. que son

	maternity care in 14 destination countries.				relevantes en el período perinatal. Las necesidades de las mujeres migrantes van más allá de su embarazo e incluyen desafíos psicosociales, emocionales y económicos. Para abordar estas necesidades se necesita trabajo interinstitucional junto con modelos de atención de maternidad culturalmente competentes e informados. Las investigaciones futuras deberían centrarse en proporcionar evidencia sólida sobre los resultados clínicos perinatales para las madres migrantes y explorar las necesidades de diferentes poblaciones de migrantes para facilitar el desarrollo de intervenciones personalizadas.	
5	The pregnancy experiences and antenatal care services of Chinese migrants in Switzerland: a qualitative study	Cualitativo 14 mujeres chinas 13 familiares	2 0 2	Suiza	Experiencias de embarazo Servicios de atención prenatal Chino/a Migrante Padres Abuelos/as Cualitativo Suiza	Los resultados aportan nuevos conocimientos y comprensión de las experiencias del embarazo y prenatales. Las experiencias de familias chinas en cuanto a los Servicios de atención en Suiza. Sus experiencias únicas destacaron: planificación familiar, la continuidad de la atención de maternidad, atención humana con privacidad respetada, necesidades de

					atención sensibles y personalizadas, preferencias por obstetras de origen asiático. Se identificaron varias barreras, como dificultades para buscar información, dificultades de comunicación y un sistema de citas rígido. Es necesario reducir las barreras que permiten el acceso a los servicios de atención de maternidad dentro del sistema de salud suizo para brindar atención de igual calidad a las personas, independientemente de sus orígenes.	
6	Situación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres migrantes de origen venezolano en Bogotá. Aportes para una política pública basada en derechos sexuales y derechos reproductivos	Mixto Mujeres Profesionales	2021	Colombia	Interrupción voluntaria del embarazo Aborto Aborto inducido Mujeres, Migración Derechos sexuales Derechos reproductivos Migración internacional Iberoamérica	Las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva se encuentran presentes desde su país de origen, dadas las dificultades para acceder a métodos de anticoncepción o para recibir información de calidad sobre todas las dimensiones de la sexualidad -como estipula uno de los derechos sexuales-. Su relacionamiento con los embarazos y las maternidades -mayoritariamente no deseados y en algunos casos forzados o bajo coerción- dan cuenta de una ausencia en el reconocimiento de sus

					<p>derechos frente a la toma de decisiones sobre su reproducción, es decir, sobre sus libertades de decisión frente a tener hijos o no, el espacio de tiempo entre embarazos y el número de hijos que se desea tener.</p> <p>A lo anterior se suman las situaciones de violencia sexual que señalan la mayoría de mujeres migrantes y de actores institucionales en los pasos fronterizos no autorizados y en el camino de traslado hacia Bogotá. Las vulneraciones no se detienen en dicho momento de tránsito migratorio; las limitaciones existentes para el acceso a los servicios integrales de salud y atención médica, sus dificultades de inserción en el medio laboral formal, el desconocimiento en materia de la normatividad vigente en nuestro país y las barreras producidas en la prestación de los servicios de IVE, inciden en la ocurrencia de abortos inseguros, interrupciones de embarazos en etapas gestacionales avanzadas o la resignación a la continuación de embarazos no deseados.</p>
--	--	--	--	--	--

						Los resultados encontrados, en concordancia con la literatura abordada, sugieren que las mujeres migrantes poseen necesidades y características específicas en torno a su salud sexual y salud reproductiva y, con ello, frente al cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. En tal sentido, a partir del reconocimiento de que las afectaciones a los derechos sexuales y reproductivos son en sí una afectación a los derechos humanos y del deber de cumplimiento del Estado de los diversos tratados internacionales suscritos, se recomienda aunar esfuerzos interinstitucionales para ampliar el conocimiento sobre estas necesidades específicas de manera tal que pueda garantizarse un enfoque diferencial de atención, especialmente, ante las situaciones de violencia sexual y el acceso a los servicios integrales de salud sin importar el estatus migratorio de las mujeres.
7	Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in	Transversal 13 mujeres	2 0 1 5	España		Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y en profundidad. Las entrevistas se estructuraron en torno a cuatro secciones:

	Spain: qualitative study	a					<p>la historia del proceso migratorio; la sexualidad.; la reproducción; la experiencia con el Sistema Andaluz de Salud.</p> <p>Los participantes de países africanos hablaron de una asistencia sanitaria plural, entendida como el uso de cuidados y terapias distintas a las oficialmente reconocidas. Como indicaron algunos participantes, en las zonas rurales o más alejadas de hospitales y clínicas, las mujeres prefieren dar a luz en casa, con la ayuda de una partera de la región.</p> <p>En otros casos, tener hijos en casa se produce por falta de recursos económicos para cubrir los gastos del parto. También puede deberse al mal trato que reciben las mujeres en los hospitales. En Marruecos, el trato a las mujeres embarazadas y parturientas en los hospitales públicos es inhumano y algunas mujeres mencionaron abusos y corrupción por parte de los profesionales de la salud.</p> <p>Los motivos de su emigración fueron económicos; su principal leitmotiv es ganar el dinero necesario para sus familias. Un embarazo en estas</p>
--	-----------------------------	---	--	--	--	--	--

					<p>circunstancias puede considerarse un fracaso de su proyecto migratorio, y también existe el miedo a perder el empleo o tener que reducir su jornada laboral, asumir los gastos económicos de criar a un hijo, etc. Por tanto, a pesar de las presiones sociales y personales que puedan existir respecto al aborto, es un recurso que utilizan algunas mujeres inmigrantes.</p> <p>Dado que la información sobre SSyR tiende a transmitirse de manera informal en los países de origen, las estrategias de los servicios de salud deben considerar los factores culturales en los mensajes sanitarios. Y para ello es necesario formar al personal de salud en competencias culturales. Ser culturalmente competente significa ser capaz de relacionarse con pacientes de otras culturas, teniendo en cuenta su edad, género, etnia, religión, estatus socioeconómico, grado de educación, etc. Significa considerar estas variables de manera ética al tratar a los pacientes.</p> <p>En general, se cree que el uso de anticonceptivos es responsabilidad de las</p>
--	--	--	--	--	---

					mujeres y, por lo tanto, ellas deben decidir qué método utilizar. Sin embargo, aunque deciden si utilizar o no un método, tienden a utilizar el que les resulta más accesible, y no necesariamente el más ideal para su situación o preferencias personales.
8	Migramos con nuestras raíces. ¿Y con nuestros derechos?	Exploratorio /cuantitativo	2 0 2 4	Uruguay	<p>Disposición del Estado a brindar una atención en SSyR de calidad contrasta con la escasa competencia de los profesionales sanitarios</p> <p>Barreras culturales (distintas concepciones del PSE, del rol de la mujer, de la familia) entre mujeres y profesionales</p> <p>Barreras administrativas vinculadas a la regularización migratoria</p> <p>Barrera para el acceso al IVE para mujeres con menos de un año de residencia</p>