

EL ACCESO A LA SALUD DE MUJERES INMIGRANTES EN PORTUGAL: LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Ortiz, Alejandra

Centro de Investigación y Estudios de Sociología del Instituto Universitario de Lisboa CIES-
ISCTE/IUL. Email: aleortizscaglione@gmail.com

Resumen

El presente artículo analiza las percepciones y actitudes de los profesionales de salud en el acceso y la calidad de los cuidados de salud a mujeres inmigrantes del Área Metropolitana de Lisboa. La discusión se centra en los desafíos que enfrentan estos profesionales y en el impacto de las representaciones culturales en la prestación de la atención sanitaria. Finalmente, se discute la pertinencia de un abordaje más amplio que permita integrar las dimensiones sociales, políticas y económicas en el análisis.

Palabras clave: Profesionales de salud - Mujeres inmigrantes - Salud materna - Diferencias culturales.

ACCESS TO HEALTHCARE FOR IMMIGRANT WOMEN IN PORTUGAL: THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS

Abstract

This article describes the perceptions and attitudes of health professionals in the access and quality of healthcare to immigrant women in the Metropolitan Area of Lisboa. The discussion focuses on the challenges facing by these professionals and the impact of cultural representations in providing health care. Finally, the relevance of a broader approach that allows integrating social, political and economic dimensions in the analysis are discussed.

Keywords: Health professionals - Immigrant women - Maternal healthcare - Cultural representations

Introducción

Un desafío importante de la creciente diversidad cultural, derivada del aumento de las migraciones internacionales, refiere a la adaptación de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población inmigrante. En un contexto de progresiva precarización, los servicios de salud se confrontan con la necesidad de incorporar conocimientos culturalmente definidos que respondan a estas necesidades sin poner en causa la calidad de la atención.

El derecho a la salud forma parte de los derechos humanos fundamentales y es considerado un factor fundamental en términos de integración. Portugal ha desempeñado un papel relevante en el contexto europeo, en materia de políticas de integración social de inmigrantes, así como importantes avances en el campo de la salud pública.

Este artículo analiza las percepciones y actitudes de los profesionales de salud en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes residentes en el Área Metropolitana de Lisboa. Identificando las principales dificultades, tensiones y desafíos enfrentados durante la práctica cotidiana de prestación de cuidados de salud. Consideramos estos profesionales como agentes privilegiados no solo en la identificación de las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes, sino también en el desarrollo de estrategias viables para superar las dificultades. Reflexionamos, asimismo, sobre el papel que juegan las representaciones culturales en la prestación de cuidados de salud por parte de estos profesionales de salud.

El trabajo es parte del proyecto de doctorado *“La salud de las mujeres inmigrantes: una cuestión de ciudadanía e inclusión”* (SFRH/BD/77363/2011) y del proyecto de investigación-acción: *“Salud y ciudadanía: Disparidades y necesidades interculturales en la atención sanitaria a madres inmigrantes”*¹ financiado por la Fundación para la Ciencia y Tecnología (FCT) del Ministerio de Educación de Portugal.

Los resultados del estudio muestran que a pesar de los esfuerzos realizados por Portugal en materia de salud pública e integración, las dificultades en el acceso a los servicios de salud persisten y tienden a agravarse como resultado de la actual crisis económica y de las recientes reformas del sistema de salud portugués. Estas limitaciones cada vez mayores condicionan una atención sanitaria de calidad, poniendo en riesgo la universalidad del sistema. A su vez, muestran que los profesionales de salud presentan diferentes posicionamientos frente a las dificultades que enfrentan en la prestación de cuidados de salud materna a mujeres inmigrantes., siendo que estos posicionamientos varían entre actitudes de mayor acercamiento y mayor distancia e influyen en la calidad de la atención.

El mundo moderno y particularmente las sociedades europeas contemporáneas se caracterizan por un aumento creciente de las migraciones internacionales; las sociedades hoy en día son cada vez más plurales y multiculturales. Estos procesos de movilidad generan escenarios cada vez más heterogéneos y complejos que se transforman en importantes desafíos para la salud pública (Carballo; Divino y Zeric, 1998, Ingleby, 2008, Dias y Gonçalves, 2007). A esto se suma el desconocimiento de la problemática de la salud en comunidades inmigrantes, que genera no solo dificultades a nivel del acceso y de la calidad de los servicios de salud, sino también a nivel de la prestación de cuidados de salud por parte de los profesionales sanitarios (Padilla y Pereira Miguel, 2009; Rodrigues y Dias, 2012; Masanet; Hernández-Plaza y Padilla, 2012).

¹ Proyecto coordinado por la profesora Beatriz Padilla y que tuvo lugar durante los años 2011-2013 en Portugal.

A su vez, el acceso a la salud es considerado un importante factor de inclusión de los inmigrantes y constituye así un eje fundamental en el desarrollo de condiciones para los procesos de integración (Ingleby, 2011; Padilla, 2011; Fonseca; Silva; Esteves y Mc, Garrigle, 2009; Freitas, 2011). De este modo el papel que desempeñan los profesionales de salud, puede contribuir de forma positiva a esta “integración”.

A pesar de que los estudios sobre salud y migraciones son bastante recientes en Portugal (Padilla y Pereira Miguel, 2009; Mighealthnet, 2009) existe evidencia que señala que los inmigrantes presentan peores indicadores de salud, comparado con los nacionales (Padilla; Hernández-Plaza; Rodrigues y Ortiz, 2014; Padilla, 2013; WHO Regional Office for Europe, 2010). Dentro del grupo de los inmigrantes, las mujeres son las que presentan peores indicadores de salud, en particular en lo relacionado con la salud materna y reproductiva (Machado et al., 2009; Machado et al., 2006; Harding; Santana; Cruickshank y Boroujerdi, 2006), siendo que además presentan mayores problemas en el acceso y la calidad de la salud. Algunos de los estudios más recientes en materia de migraciones y salud (Padilla et al, 2014; Dias y Gonçalves, 2007; Fonseca y Silva, 2010; Almeida y Caldas 2012; Masanet, et al., 2012; Hernandez-Plaza; Padilla, Ortiz y Rodrigues, 2014; Machado et al., 2009) indican la permanencia de barreras en el acceso a la salud por parte de las mujeres inmigrantes, relacionadas principalmente con factores socioeconómicos, lingüísticos, diferencias culturales, organizacionales y de estatuto legal.

En Europa las migraciones y la salud han sido analizadas de forma general en términos de oportunidad y de desafíos. Por un lado, los inmigrantes representan una oportunidad en el sentido de contrarrestar la tendencia europea de las bajas tasas de natalidad y fecundidad, así como contra-restar el elevado envejecimiento de la población. Por otro lado la diversidad de prácticas, representaciones y tradiciones de salud que traen los inmigrantes, representan desafíos que exigen una adaptación del servicio de salud a varios niveles y en beneficio de todos. Esto, implica cambios no solo a nivel institucional y organizativo, sino a nivel del modelo de atención vigente. Así, las creencias y representaciones sociales de los profesionales de salud interfieren en la prestación de estos cuidados de salud (Rodrigues y Dias, 2012) y en la identificación de necesidades prioritarias. Analizar sus actitudes y posicionamientos frente a esta nueva realidad resulta fundamental.

Metodología

La metodología utilizada es de carácter esencialmente cualitativo, adoptando una perspectiva integral que considera la inclusión de los diferentes actores sociales implicados.

Fueron utilizadas las técnicas cualitativas de observación participante y entrevistas en profundidad a mujeres inmigrantes, profesionales de salud e integrantes de la sociedad civil.

Para este artículo se analizaron las entrevistas en profundidad realizadas a profesionales de la salud, entre ellos, médicos, enfermeros, asistentes sociales, y mediadores interculturales. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en las unidades de salud del Área Metropolitana de Lisboa que concentran mayor proporción de inmigrantes.

Las entrevistas siguen un abordaje centrado en el discurso y en los significados que son atribuidos a ese discurso basado en las experiencias subjetivas de los profesionales de salud. Así, obtenemos relatos y narraciones donde se entrecruzan por un lado, descripciones, percepciones y sentidos aplicados a esas prácticas y por otro lado experiencias, valores y preconceptos.

Para el análisis de la información utilizamos la técnica de análisis de contenido por temáticas, identificando las principales dificultades que enfrentan los profesionales de salud en la prestación de cuidados de salud materna a mujeres inmigrantes y las actitudes que asumen frente a este desafío.

La inmigración en Portugal: breve marco²

Portugal fue considerado durante siglos un país de tradición emigratoria, si bien la emigración fue un fenómeno constante en la sociedad portuguesa a lo largo del siglo XX e inicio del siglo XXI (Padilla y Ortiz, 2012), es a partir de la década del sesenta con la Revolución de 1974 y el proceso de independencia de las colonias africanas, que la inmigración se torna relevante para el país (Baganha y Peixoto, 1997; Baganha, 2009). Los primeros inmigrantes llegados a Portugal provenían de las ex colonias portuguesas en África, en especial de Cabo Verde. En las décadas siguientes y a raíz de la adhesión de Portugal a la entonces Comunidad Económica Europea en el año 1986, la tendencia migratoria aumenta y se consolida, triplicando su proporción. Siendo los factores que más contribuyeron para este viraje, la independencia de las colonias africanas en 1974, con el regreso de más de 400.000 ciudadanos nacionales (llamados retornados) en un corto período de tiempo (Pires, 1999, Pires; Machado; Peixoto y Vaz, 2010) y la adhesión a la Unión Europea que atrajo muchos inmigrantes debido a las importantes obras de infraestructuras realizadas (carreteras, puentes, etc.). El salto más importante verificado hasta el momento sucede en el año 2001, a partir del cual, la inmigración hacia Portugal

² Para más información sobre la inmigración en Portugal, ver Padilla y Ortiz, 2012; Pires et. al, 2010; Peixoto, 2004, Baganha e Peixoto, 1997.

mantiene un crecimiento constante hasta el año 2010, donde por primera vez presenta un saldo negativo que se mantiene hasta el presente.

En relación a las mayores comunidades inmigrantes, durante décadas, Cabo Verde y otros países de lengua oficial portuguesa (PALOP), como es el caso de Angola y Guinea Bissau, fueron mayoría, así como la comunidad de Brasil, aunque menos representativa en un inicio. Es a partir de la década del 90 que los flujos migratorios se intensifican y diversifican siendo, Portugal, hoy en día, un país constituido por inmigrantes de diferentes orígenes. A finales de la década del 90, se suman a los tradicionales flujos de los PALOP (Angola, Cabo Verde, Guinea Bissau, San Tomé y Príncipe y Mozambique) inmigrantes provenientes de Europa del Este, en especial de Ucrania, Rumania y Moldavia y una importante segunda oleada de brasileiros. A partir del año 2007 y por primera vez en la corta historia migratoria de Portugal, Brasil pasa a ser la primera comunidad inmigrante, superando a la tradicional comunidad caboverdiana. Más recientemente se verifica un nuevo flujo de inmigrantes provenientes de Asia, especialmente de China, Paquistán, India y posteriormente Bangladesh (Padilla y Ortiz, 2012), que presentan una tendencia creciente.

A partir del año 2009, se observa un leve decrecimiento de los flujos migratorios, a raíz de la reciente crisis económica que afecta a Europa, caracterizada por fuertes medidas de austeridad, alto índice de desempleo y escasez de recursos. Las comunidades originarias de los PALOP han venido a decrecer de forma consistente en los últimos años. Sin embargo, esta disminución no es significativa. De acuerdo con los últimos datos disponibles³, Portugal cuenta en 2013 con 401.320 extranjeros que representan el 3,5% de la población residente en Portugal (SEF, 2013). La mayoría de los extranjeros (53%) reside en el Área Metropolitana de Lisboa y se concentra en las áreas urbanas del país. Con respecto a la nacionalidad de origen, la mayoría de los inmigrantes provienen de Brasil (23%), Cabo Verde (11%), Ucrania (10%), Rumania (9%), Angola, China y Guinea Bissau. En relación con la distribución por sexo, actualmente existe una mayor proporción de mujeres entre los inmigrantes (52,3%). Esta tendencia se invirtió recientemente, ya que la inmigración en Portugal era mayoritariamente de hombres. En relación a las mayores comunidades, se observan diferencias, mientras que dentro de los brasileiros, se encuentran más mujeres, entre los ucranianos, guineanos y rumanos se encuentran más hombres. Con respecto a la distribución por edad, se observa que la población de nacionalidad extranjera es tendencialmente más joven que la población nacional, concentrándose en las edades comprendidas entre los 20-49, representando el 63% del total de extranjeros. Las

³ Dados do Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, SEF, 2014

nacionalidades de origen donde la edad media es más baja son la rumana, la brasilera, la china y la guineana.

El acceso a los cuidados de salud en Portugal

El derecho a la salud es reconocido por varios tratados y convenciones internacionales, entre ellos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), la Convención Europea de Derechos Humanos (1950), la Convención Internacional de Protección de Derechos de los trabajadores inmigrantes y los miembros de sus familias (1990) y las Directivas contra la Discriminación (2000). Sin embargo en la práctica este derecho no es implementado de forma igualitaria para extranjeros y nacionales (Barros e Pereira, 2009).

En Portugal el derecho al acceso a la salud se encuentra estipulado en la Constitución de la República Portuguesa (artículo 15º, nº1) y ratificado en la Ley de Bases de la Salud (Ley nº 48/90 del 24 de Agosto) y se basa en los principios de universalidad, generalidad y gratuidad⁴ abarcando a todos los ciudadanos independientemente de su nacionalidad, estatuto legal o situación económica (Despacho do Ministerio da Salud nº25 360/2001). La Constitución de la República Portuguesa establece que “todos tienen derecho a la protección de la salud, y el deber de defenderla y promoverla” (Artículo nº 64). El derecho a la salud, forma parte de los derechos sociales fundamentales.

Antes de la creación del Servicio Nacional de salud en la década del 70, los cuidados de salud en Portugal estaban a cargo de las familias, de instituciones privadas y de las Misericordias, instituciones de solidaridad social, creadas a fines de la década del 50 que gestionaban los hospitales y otros servicios de salud, brindando asistencia sanitaria y cuidados a la mayor parte de la población.

La primera reforma del sistema de salud en Portugal data del año 1971, pudiendo ser considerada como la primera tentativa de creación de un Servicio Nacional de Salud (Barros; Machado y Simoes, 2011; Fonseca, et al., 2009). El desarrollo político y social de Portugal durante los años posteriores a la revolución del 74 y el proceso de descolonización alteraron profundamente las políticas de salud, culminando con la creación de un Servicio Nacional de Salud (SNS) en el año 1976, que solo llegó a implementarse a mediados de la década del 90 (Carapinheiro, 2010; Fonseca, et. al, 2009). Desde el año 2001, el acceso al Servicio Nacional de Salud es universal y abarca todas los ciudadanos, independientemente de su estatuto legal, (Despacho del Ministerio de la Salud nº25 360/2001). Para acceder al

⁴ “tendencialmente gratuito”. Dentro de los cuidados exentos de tasas moderadoras relacionados con la temática en cuestión, se encuentran, la salud materna (hasta 8 semanas después del parto); la salud infantil hasta 12 años, el planeamiento familiar y la interrupción voluntaria del embarazo (desde el 2007)

SNS los ciudadanos deben solicitar una tarjeta/carné (cartão de utente) en el Centro de salud de su residencia. También es facultado a los ciudadanos extranjeros sin autorización de residencia, ni visto de trabajo (inmigrantes en situación irregular) mediante la presentación de un documento que compruebe su residencia en Portugal por más de 90 días. (Barros y Pereira, 2009).

Crisis y Reforma en la salud

La crisis económica que afecta a Europa desde el año 2009 agudizada a partir del 2011 tuvo como consecuencia un empobrecimiento de la población, sumada a altos índices de desempleo, cortes en salarios, pensiones y prestaciones sociales y un importante recorte del gasto público en el marco de una política restrictiva caracterizada por fuertes medidas de austeridad. La salud también se vio fuertemente afectada por los cortes presupuestales impuestos a Portugal, con un importante aumento de las tasas moderadoras, tercerización de servicios esenciales, escasez de material sanitario, suspensión de nuevas contrataciones y discontinuidad de servicios vinculados en su mayoría con la salud comunitaria. Estos cambios tuvieron un impacto directo en la accesibilidad y calidad de los cuidados de salud en especial en poblaciones en situaciones de vulnerabilidad (Padilla, et al., 2014; Masanet; Padilla; Ortiz; Hernández-Plaza y Rodrigues, 2014).

A su vez, en los últimos años se ha llevado a cabo una importante reforma del Servicio Nacional de Salud en varios niveles, que pretende garantizar su sustentabilidad y mejorar el servicio, tornándolo más eficiente. Sin embargo, esta reforma no ha sido coherente en el alcance de los objetivos previstos (Barros et al., 2011). Entre los cambios más importantes, se encuentran la agrupación de los antiguos Centros de Salud en diferentes unidades de atención primaria, la creación de nuevas unidades, y la eliminación de otras, lo que implica una reestructuración profunda a nivel de los equipos de trabajo existentes. Estos cambios afectan directamente la labor de los profesionales de salud, que se ven obligados a adaptarse en poco tiempo a un sistema diferente. Esta reforma, aún en curso, ha generado conflictos y tensiones en varias unidades de salud, que vieron sus recursos materiales y humanos fuertemente recortados. Incluso fueron confrontados con la discontinuidad de prácticas que habían sido consideradas “exitosas” y que atendían a las poblaciones en situaciones de mayor vulnerabilidad. Así, esta reforma, es bastante criticada por los profesionales de salud, considerando que en lugar de mejorar el servicio en términos de incluir, excluye. Existe entre muchos profesionales una disconformidad manifiesta en relación a esta reforma, donde a su vez, señalan que genera tensiones y rivalidades dentro

del propio servicio (Padilla et al., 2014), así como acaba por generar distinciones “simbólicas” entre pacientes de primera y de segunda (Teixeira, 2012).

Diferencias culturales: cómo influyen en la prestación de cuidados de salud a mujeres inmigrantes

La actual tendencia de adaptar la prestación de cuidados de salud a las necesidades de los inmigrantes en un contexto cada vez más plural, ha suscitado la necesidad de mayor conocimiento sobre la relación entre los profesionales de salud y los pacientes inmigrantes. Estudios recientes (Padilla et al., 2014; Rodrigues y Dias, 2012; Almeida y Caldas 2012; Masanet, et al., 2012, Fonseca y Silva, 2010; Dias y Gonçalves, 2007, Hernandez-Plaza et al. 2014, Santinho, 2005) han señalado las dificultades y desafíos que representa para los profesionales de salud la prestación de cuidados a poblaciones inmigrantes. Sin embargo, poco se ha analizado sobre las actitudes de los profesionales y como las mismas influyen en la prestación de cuidados de salud (más o menos) inclusivos.

Para ello, en este trabajo nos centramos en las “diferencias culturales” identificadas y señaladas por los profesionales de salud como dificultades relevantes y recurrentes. Estas dificultades se relacionan con aspectos culturales asociados a las pacientes inmigrantes y que median en la interacción en contexto de consulta, así como en el modo de relacionamiento con la paciente (desde donde me relaciono). Reflexionamos también sobre las representaciones y sentidos sociales que sustentan estas diferencias. Incorporando en el análisis, la importancia real y simbólica de la racionalidad del saber médico frente a otras racionalidades, así como la importancia de las relaciones de poder que se encuentran latentes y presentes en los discursos y actitudes de los profesionales de salud.

Seguidamente, analizaremos las “diferencias culturales” más señaladas desde el punto de vista de los profesionales de salud en torno a tres temas, a) la comunicación; b) el seguimiento del embarazo y c) la lactancia y hábitos alimenticios.

Estas diferencias constituyen motivos de tensión y también de aprendizajes. Siendo que las posiciones adoptadas por el profesional y por la paciente marcan distancias (sociales, culturales, históricas, reales y simbólicas) pero también generan acercamientos, que se pueden traducir en prácticas inclusivas, de reconocimiento y aceptación.

a) Comunicación

El primer punto se refiere a las dificultades de comunicación, las llamadas barreras lingüísticas. Estas dificultades de comunicación entre médicos y población inmigrante se encuentran bien documentadas en diversos estudios realizados en Portugal (Padilla et al.,

2013; Fonseca et al, 2010; Machado et. al, 2009; Topa, 2013) y también a nivel internacional (Bollini; Pampallona; Wanner y Kupelnick, 2009; Jelin, et al., 2006; Caggiano, 2007; Mombello, 2006; Baeza, 2011), confirmando que las barreras lingüísticas constituyen uno de los problemas principales a la hora de acceder a los cuidados de salud. Las barreras de comunicación o lingüísticas no necesariamente se relacionan con el desconocimiento del idioma, sino también, como apuntado por varios estudios, con diversas concesiones sobre salud y enfermedad (Bäckström, 2009; Santinho, 2005; Pusseti, 2009).

En el análisis de los discursos de los profesionales de salud, también encontramos esta referencia a las dificultades de comunicación como una importante barrera. En este sentido, se observan claramente dos distinciones, por un lado las dificultades resultantes del desconocimiento del idioma y por otro las dificultades de entendimiento y expresión de necesidades.

Cuando la dificultad se relaciona únicamente con el idioma, es posible utilizar estrategias que superen estas dificultades, como ser la mímica, el lenguaje gestual, el envío de recados para casa con el detalle escrito, el recurso del traductor de internet o la línea de traducción del ACIDI⁵, que si bien tienen sus limitaciones, ayudan a la comunicación entre ambas partes.

“...las barreras lingüísticas causan problemas de comunicación que pueden originar desentendidos y hasta abandono de los cuidados de salud” (Médica)

“Las barreras del idioma, hay muchos extranjeros, que tienen dificultades, hay consultas que solo con el lenguaje gestual, es un trabajo muy difícil, pero lo logramos, logramos establecer una relación con ellos” (Enfermera)

También se recomienda a la paciente que venga acompañada de algún familiar que hable portugués, aunque esta opción interfiera con el sigilo profesional y en algunos casos, relativos a la salud materna y reproductiva no sea lo más indicado.

“Encontramos dificultades de comunicación, en las personas recién-llegadas, no dominan bien el idioma, y vienen ya embarazadas, nosotros intentamos de que traigan a alguien que las acompañe a las consultas” (Enfermera)

“Si, en relación a las personas de acá, es más fácil establecer una comunicación, son más receptivas. Con las personas de afuera es más difícil, algunas tienen más dificultades con el idioma y no logran entender. Algunas hablan inglés y así lo vamos logrando. También hay personas que vienen a veces acompañadas de familiares y es el familiar que va transmitiendo la información” (Enfermera)

⁵ El Alto Comisariado para las Migraciones, creó una línea telefónica de traducción simultánea que es utilizada por algunos profesionales de salud, aunque otros ni siquiera la conocen.

“..Pero cuando traen familiares para traducir, siempre nos quedamos con la duda si la información llegó correctamente, no sabemos, eso. Nos quedamos sin saber. También tenemos casos que aparecen solas y en términos de comunicación verbal, no se puede hacer mucho, es muy complicado” (Enfermera)

En relación a las comunidades que presentan mayores dificultades, existe un consenso entre los profesionales de salud en la identificación de las mismas. Se trata de la comunidad de China, de Paquistán y de Bangladesh. También son mencionadas como presentando barreras lingüísticas las inmigrantes provenientes de la India, en menor grado porque la mayoría habla inglés, ellas o los maridos, que son normalmente los que hablan durante la consulta médica.

“La barrera del idioma es mayor en las mujeres de India y de China, donde el idioma es una barrera. Esas son comunidades muy cerradas” (Médica).

“Acá tenemos indianos, y brasileiros, con los indianos es muy difícil por causa del idioma....y con algunas chinas que aparecen también, ahí también es todo muy difícil, todo, la consulta, la evaluación del crecimiento del niño, normalmente no traen documentos. India, Paquistán y Bangladesh es muy difícil, porque las mujeres nunca hablan portugués” (Médica)

Ahora bien, las dificultades de comunicación señaladas por los profesionales de salud no se suscriben únicamente al desconocimiento del idioma portugués, sino que van más allá, siendo referidas frecuentemente dificultades en “entender” tal o cual recomendación médica. Este aspecto del entendimiento bastante frecuente es adjudicado a factores “culturales” pudiendo traer consecuencias negativas en los tratamientos. El tipo de necesidades de la paciente inmigrante no siempre se corresponde con el del profesional de salud.

“Hay dificultad en la comunicación, la mayoría son de Cabo Verde y de Guinea (Bissau) y hablan portugués, entienden el idioma, pero la dificultad mayor está mismo en percibir, entender tal necesidad, por ejemplo en los hábitos alimenticios” (Médica)

“No ven la necesidad por ejemplo de hacer reposo y tampoco lo hacen, porque si no trabajan, no ganan, entonces no ven la necesidad, pero en las condiciones de esa embarazada, tiene que hacer reposo” (Enfermera)

“Creo que tiene que ver con la personalidad de las personas y con los hábitos, con la propia cultura y punto. Pero muchas veces nos quedamos con la sensación de que estamos hablando, pero no estamos comunicando” (Médica)

Por otro lado, también son señaladas dificultades en la verbalización por parte de la paciente de sus necesidades de salud. Entre los profesionales de salud se considera probable que las mujeres inmigrantes no sean capaces de transmitir sus necesidades de salud, relacionando esto con carencias económicas y bajos niveles de educación de esta población.

“Estas mujeres tienen también dificultades en términos de educación básica, cosas básicas, una alimentación correcta, todo tiene que ser hablado, explicado para poder cambiar alguna cosa en su comportamiento” (Enfermera).

“Detectamos una falta de verbalización de las necesidades por parte de estas mujeres carenciadas” (Médico)

En relación a las dificultades de comunicación, podemos afirmar que existen mujeres inmigrantes que desconocen el idioma, y en este caso, las dificultades son superadas por los profesionales de salud a través de diferentes estrategias que demuestran una gran capacidad de respuesta.

En las situaciones donde las barreras de comunicación, no responden únicamente al desconocimiento del idioma, sino a cuestiones de “entendimiento” (asociadas a las diferencias culturales), los profesionales enfrentan desafíos mayores. Estas situaciones son en la práctica superadas por el profesional recurriendo al modelo de atención asistencialista, que genera mayores distancias en la relación con la paciente.

Así, estas dificultades de “entendimiento” lejos de generar un aprendizaje o acercamiento entre ambas partes, refuerzan una relación asimétrica de poder, materializada por la imposición de una práctica de salud hegemónica dentro de un modelo de salud de cariz asistencialista y etnocéntrico. Con respecto a las dificultades de verbalización de necesidades, si bien esta dificultad es mencionada respecto a mujeres inmigrantes, resulta transversal a la población de bajo nivel educativo y condiciones socioeconómicas precarias, no siendo exclusivo de poblaciones inmigrantes.

b) Seguimiento del embarazo

En relación al seguimiento del embarazo, se observa entre los profesionales de salud, diferentes opiniones. Mientras que algunos de ellos resaltan que las mujeres inmigrantes, realizan los controles y cumplen con los tratamientos prescritos, otros tienen la clara percepción de que no lo hacen. En este sentido, se destacan algunas diferencias entre las nacionalidades de origen de las inmigrantes que atienden.

En general existe un consenso sobre la preocupación de las mujeres brasileñas en relación a su salud, siendo que son mujeres informadas y recurrentes de las consultas.

“Si, brasileños tengo muchos, muchos, los brasileños son otras personas, por los hábitos de ellos, por el grado de instrucción, también son muy interesados no solo con su salud es con todo...esto es en términos de salud materna, de planeamiento familiar, de rastreos oncológicos, ellas son muy preocupadas con eso, vienen siempre” (Médica)

“...más las brasileiras, son las que tienen más cuidado a nivel de salud, saben que exámenes tienen que hacer, hacen un mejor seguimiento del embarazo, se interesan por su salud” (Enfermera)

En relación a las mujeres africanas⁶, la mayoría de los profesionales manifiesta que comienzan un seguimiento tardío del embarazo. Si bien, son mencionados algunos casos de mujeres que realizan un seguimiento adecuado y asisten a todas las consultas previstas.

Respecto a las causas de esta falta de seguimiento regular del embarazo, según las prescripciones, los profesionales señalan aspectos relacionados con “su cultura”, ya que muchas de ellas, no sienten la necesidad de realizar las consultas hasta fechas próximas del parto. En la práctica, sin embargo se observa que varias mujeres inmigrantes no realizan las consultas por desconocimiento de esta posibilidad o simplemente, por falta de dinero y de apoyo para trasladarse al centro de salud.

“En las mujeres de origen africano, la principal razón para una ausencia de seguimiento del embarazo en los primeros tiempos de gestación, se debe sobre todo a anteriores embarazos, en su país de origen, donde el servicio de salud es de muy mala calidad...en la tierra de ellas nadie hace ecografías, ni seguimiento ni exámenes, ni nada, cuando llegan acá, llegan sin nada, sin boletín de exámenes, sin una sola ecografía, nada” (Médica)

“Ellas van al centro, no tienen problemas en ir al centro de salud, pero no hacen el seguimiento regular del embarazo, no lo hacen, es por la cultura, es porque en su país de origen no lo hacen, entonces acá tampoco” (Asistente Social)

“Ellas vienen a buscar cuidados que allá no tienen. Es notorio que esta población nunca tuvo acceso a los cuidados de salud” (Enfermera)

“...muchas veces no adhieran al seguimiento normal de un embarazo y faltan mucho a las consultas, son más dependientes de los otros, a veces no tienen quién las traiga, a veces tienen que venir caminando y no vienen porque es lejos o porque no tienen dinero para el transporte” (Enfermera)

La falta de seguimiento de salud se traslada también a los niños y demás miembros de la familia, no solo se reduce a las mujeres inmigrantes embarazadas, existe en términos generales, según opinión de los profesionales de salud, poco seguimiento de la salud. La utilización de los servicios de salud se restringe a las cuestiones de urgencia o de problemas crónicos de salud, salvo estas excepciones no existe un seguimiento regular de la salud.

“Detectamos en el centro, un aumento de la población que venía con niños enfermos de 3 años o más que nunca habían sido vistos por un profesional de salud, eran principalmente africanos y venían del barrio...Las primeras cuestiones que tratamos eran el seguimiento del embarazo, la vacunación y el planeamiento familiar” (Enfermera).

⁶ Este término es frecuentemente usado sin distinción de origen nacional, incluye normalmente a los inmigrantes de los países de lengua oficial portuguesa – PALOP (Cabo Verde, Angola, Guinea Bissau, San Tomé y Príncipe y Mozambique).

A modo general, los profesionales de salud asocian la falta de seguimiento del embarazo a cuestiones culturales, argumentando que en los países de origen no existe tal seguimiento y no está reglamentado como es el caso de Portugal, donde la paciente debe realizar entre 6 y 10 consultas durante el período de embarazo según las orientaciones técnicas establecidas por la Dirección General de los Cuidados de Salud Primarios (DGS, 2004a, citado por Topa, 2013).

Es sabido que en la práctica, el seguimiento tardío del embarazo, responde a diferentes causas, no únicamente relacionadas con cuestiones culturales. Entre ellas, las condiciones socioeconómicas y de trabajo precarias pasando por la falta de recursos para pagar el transporte público o la falta de apoyos para ir, acompañarlas o cuidar de sus otros hijos, la distancia de las unidades de salud hasta el desconocimiento de derechos y las situaciones de irregularidad.

c) Lactancia y alimentación

En Portugal la lactancia es una práctica corriente, la recomendación por parte de los profesionales de salud a una lactancia exclusiva en los primeros meses de vida de los bebés, independientemente de las tradiciones “culturales” de la madre inmigrante es igual para todas las madres, sin distinción. En algunos de los centros de salud analizados, inclusivamente existen jornadas específicas sobre la lactancia y sus beneficios, programas de lactancia, caminatas a favor de la lactancia materna y diversos tipos de actividades de promoción de esta práctica de salud.

La adherencia a la lactancia, también surge como un tema recurrente entre los profesionales de salud donde también se observan diferencias entre las comunidades inmigrantes. Las mujeres inmigrantes son clasificadas según su grado de adhesión a la práctica de la lactancia y de acuerdo con su origen inmigrante.

“...(las africanas) casi todas amamantan, siempre, hacen lactancia exclusiva, quieren mucho” (Médica)

“Las madres chinas, no amamantan, porque la mama pertenece al padre, aquellas con más tiempo en Portugal, ya si lo hacen” (Enfermera)

“La etnia gitana si amamanta, aunque las más jóvenes también tienen la cultura de la leche artificial, aunque antes esto era más notorio entre las mujeres gitanas” (Enfermera)

En relación a las mujeres africanas, son mencionadas diferencias entre inmigrantes recientes y aquellas más antiguas. En las más recientes se observa una alta adhesión a la

lactancia, mientras que entre las inmigrantes más antiguas, se observa una preferencia por la leche artificial.

“...las madres africanas no tienen ningún problema con la lactancia, es lo más natural, lo hacen de cualquier forma. Pero las madres también de raza negra, mas aculturadas, aquellas que viven hace más tiempo acá o que nacieron acá y tienen sus padres allá, son las que tienen más dificultades en amamantar, estas madres optan por la leche artificial, tienen muchas dificultades, los bebés no agarran y se quedan ya estresadas” (Enfermera)

También son señaladas diferencias generacionales, en las más jóvenes se nota una menor adhesión a la lactancia, que puede depender de diversos motivos relacionados más que nada con el retomar su vida normal (*quieren volver a fumar, a beber, a ir a la discoteca...*).

“Las adolescentes son muy influenciadas por las madres o por las tías, que les dicen que no precisan de amamantar....para qué. Ahora, bien, por un lado les dicen que le den leche artificial al bebé y por otro les dicen que tienen que comprar la leche” (Asistente social)

En relación a la alimentación de la embarazada y la de los recién nacidos, también son mencionadas diferencias entre las comunidades inmigrantes. Las mujeres provenientes de India, tienen mayores restricciones debido a las prescripciones religiosas. Otras diferencias se relacionan con aspectos socioeconómicos, que afectan a las mujeres y sus bebés y se traducen en una alimentación deficitaria.

“Los hábitos alimenticios son muy diferentes, tienen que ver con otras culturas, hay bebés de tres meses a tomar sopa...para desmontar todo esto, es muy difícil, pero tenemos que ir al encuentro de todo esto, las culturas de ellas son desconocidas para nosotras” (Enfermera)

“Son personas que están ilegales en el país, con dificultades económicas bastante grandes, que viven en barrios sociales, con muchas carencias y ahora con nuestra crisis más agravada, no tienen forma de dar a sus bebés leche adaptada y recorren a la leche de vaca en edades cuando no es aconsejable hacerlo” (Enfermera)

Las condiciones socioeconómicas son las principales causas en relación al tipo de alimentación de las madres y los bebés, siendo que los aspectos culturales, si bien son mencionados por los profesionales de salud, refieren únicamente a las mujeres indianas y musulmanas, en el sentido de restricción de algunos alimentos. La alimentación deficitaria de estas poblaciones es una cuestión transversal que depende sobretudo de las condiciones socioeconómicas precarias y de los bajos niveles de educación.

Analizando las diferencias culturales identificadas por los profesionales de salud, podemos destacar lo siguiente: Por un lado existe un consenso sobre cuáles son las

mayores dificultades en la prestación de atención sanitaria a mujeres inmigrantes. Y por otro lado existe una asociación tácita entre prácticas de salud y representaciones culturales que orientan el desarrollo de la consulta. Así, una gran parte de las orientaciones de los profesionales de salud se basan en las distinciones culturales que hacen de sus pacientes inmigrantes.

Esto conlleva importantes riesgos, por un lado el de la naturalización de las prácticas de salud; asociando prácticas de salud menos convenientes a ciertas representaciones culturales, como podría ser la falta de seguimiento del embarazo, los problemas de “entendimiento” y la alimentación deficitaria. Asimismo, esto genera una visión esencialista de la cultura del otro, orientando una práctica demasiado clasificatoria, con tendencia a la homogeneización de grupos de mujeres inmigrantes, no reconociendo su heterogeneidad interna. Por otro lado, esta asociación entre cultura y práctica de salud, encubre factores relacionados con las condiciones sociales y económicas de estas mujeres, como el desempleo, las condiciones de vivienda, la falta de apoyos y redes familiares, o inclusive las situaciones de irregularidad.

De esta forma se tiende a asociar a algunos grupos inmigrantes con prácticas de salud inconvenientes, que son por otro lado comunes a poblaciones de bajos recursos, independientemente del origen nacional. Este tipo de identificación funciona como una barrera generando mayores distancias.

Entre puntos de encuentro y de cierre

En relación a los tipos de posicionamientos visibles en los discursos de los profesionales de salud frente a estas “diferencias culturales”, encontramos que los mismos varían entre actitudes de cierre y de apertura, pudiendo ser identificados tres tipos diferentes. Cabe mencionar que estas actitudes pueden variar a lo largo del tiempo, no siendo siempre las mismas.

En primer lugar, observamos situaciones de imposición/discriminación, representadas por actitudes que buscan en primer lugar “imponer” una única posición, la posición del profesional, sin saber si las reglas o indicaciones son entendidas y comprendidas por las mujeres inmigrantes. Si bien es evidente el esfuerzo del profesional de salud por comunicar, su interés se centra más en lograr que la paciente “entienda” sus indicaciones, que en entender a la paciente. Esta actitud, evidentemente más cerrada y que genera distancias reales, se entiende y sustenta en el modelo tradicional de cuidados de salud, que asienta en la prestación de cuidados terapéuticos, siendo el paciente remitido a un papel de receptor pasivo de cuidados de salud (Almeida, 2010). Y donde el profesional

de salud es considerado el único poseedor del saber (racionalidad médica). Esta actitud puede generar tensiones y conflictos, desvalorizando los conocimientos, las creencias y tradiciones de salud de la paciente.

En segundo lugar, observamos situaciones de imposición diferenciadas que tienden a la asimilación. Se trata de actitudes que si bien buscan imponer sus reglas, se preocupan también por entender las prácticas y tradiciones de salud de sus pacientes. Sobre todo se centran en que la paciente inmigrante entienda las prácticas de salud portuguesas y las recomendaciones médicas que le son realizadas. En este sentido encontramos respeto y valoración del referencial de salud que traen las mujeres inmigrantes, pero también un accionar del modelo tradicional de salud sustentado en la jerarquización de los saberes médicos. Estas actitudes si bien generan mayores acercamientos entre ambas partes, mantienen una distancia simbólica entre las mismas.

Por último, observamos situaciones de reconocimiento, representada por actitudes que buscan, no solo entender las prácticas y referenciales de salud del otro, sino también incorporar el conocimiento y las tradiciones de las mujeres inmigrantes, en las prácticas de salud. Esta actitud más abierta genera acercamientos y aprendizajes e implica una valoración de los conocimientos, prácticas y tradiciones de salud de las mujeres inmigrantes, así como una tentativa de incorporar estos saberes en la práctica cotidiana.

Las diferentes actitudes de los profesionales de salud responden a diferentes causas. Destacamos, entre los aspectos estructurales, las condiciones de trabajo, los contextos de actuación, la flexibilidad y permeabilidad del sistema y la articulación de los equipos; entre los aspectos personales, la capacidad y autonomía de acción de los profesionales, la experiencia de trabajo en contexto de inmigración y los años en servicio. Finalmente, las representaciones y concepciones culturales que los profesionales adoptan juegan un papel fundamental y determinante.

Los profesionales vinculados a la salud comunitaria, tienden a ser más sensibles a la realidad social de las mujeres inmigrantes, buscando soluciones que pasan muchas veces por esfuerzos de carácter personal. Estos profesionales tienen un importante conocimiento acumulado sobre las poblaciones que atienden construido a lo largo de años de servicio, se trata de enfermeras de salud materna que atienden simultáneamente a las madres, a las hijas y hasta las nietas de una misma familia. Estos profesionales conocen la realidad social y económica de las inmigrantes, pero también su realidad afectiva y emocional tanto de las mujeres como de sus familias, conocen sus procesos migratorios, sus hábitos y prácticas de salud. Tienen mayor sensibilidad a la hora de intervenir en la comunidad y son considerados

referentes para esa comunidad. El riesgo con estos profesionales es la rigidez que pueden adquirir algunas de sus representaciones culturales, estas concepciones se vuelven menos permeables y tienden a adquirir un carácter más permanente. Esta naturalización de algunas prácticas de salud puede reproducir procesos de exclusión.

Conclusiones

Las diferentes actitudes de los profesionales de salud frente a las mujeres inmigrantes, generan diversos escenarios que van desde imposiciones directas hasta actitudes de reconocimiento. Así, las relaciones entre los profesionales de salud y las pacientes inmigrantes está marcada por tensiones y acercamientos que abarcan dimensiones culturales, pero también sociales, económicas y políticas. Sin embargo, las diferencias culturales son percibidas por los profesionales como la mayor fuente de desigualdad a la hora de la prestación de cuidados a mujeres inmigrantes. El hecho de pensar primero en términos de diferencias culturales, dificulta el acercamiento y el aprendizaje por parte del profesional, aumentando el riesgo de naturalizar prácticas de salud y asociarlas a representaciones culturales de forma acrítica. No queremos decir con esto que los profesionales de salud desconozcan la realidad social de estas mujeres, sino que no necesariamente asocian sus prácticas de salud a ésta, sino que predomina la explicación cultural.

Con esto, tampoco pretendemos desvalorizar el impacto de los aspectos culturales en la relación de consulta entre mujeres inmigrantes y profesionales de la salud, pero si resaltar la importancia de analizar esta relación en un contexto más amplio, considerando aspectos políticos, sociales y económicos que condicionan la calidad de los cuidados de salud.

Portugal, cuenta con las condiciones necesarias a nivel normativo para una atención inclusiva y equitativa, es necesario pensar en estrategias capaces de garantizar esto a nivel de la práctica. Así, las actitudes de los profesionales de salud, pueden constituir importantes pasos en este sentido. Lamentablemente, las condiciones de los profesionales de salud se han visto agravadas como consecuencia directa de la crisis económica y de la última reforma del Servicio Nacional de Salud. La crisis que afecta a Portugal desde el año 2009 tuvo un fuerte impacto en el sector de la salud, generando una fuerte reducción de costos, lo que implicó entre otras medidas, la tercerización de servicios esenciales, la congelación de salarios, la no-contratación de nuevos profesionales, la reducción de personal no sanitario y la escasez de materiales. Esto sumando a las consecuencias de la reciente reforma del SNS en lo que respecta a la reestructuración de los servicios de salud, provoca en los

profesionales de salud, situaciones de inestabilidad y esfuerzos de adaptación que pueden afectar su desempeño profesional, siendo los grupos más vulnerables los más afectados, entre ellos, las mujeres inmigrantes.

Citas bibliográficas

Almeida, L. y Caldas, J., 2012. "Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?". Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía, Vol. I, nº1, pp. 19-36.

Almeida, L. M. de, 2010. "Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde". Revista Portuguesa de Saúde Publica, vol.28, n.1, pp. 79-92.

Bäckström, B., 2009. "Saúde e Imigrantes. As representações e as práticas sobre a Saúde e a Doença na comunidade Cabo-verdiana em Lisboa". Lisboa: ACIDI.

Baeza, B., 2011. "La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina)". Anuario Americanista Europeo, 2221-3872, N° 11, 2013, Sección Tema Central pp. 179-197

Baganha, M., 2009. "The Lusophone Migratory System: Patterns and Trends", International Migration, Vol. 47 (3), IOM.

Baganha, M. and Peixoto, J. 1997. "Trends in the 90's: the Portuguese migratory experience", in María Baganha (ed.). Immigration in Southern Europe. Oeiras: Celta Editora, pp. 15-40.

Barros, P.P.; Machado, S. R.; Simões J. A., 2011. "Portugal: health system review 2011". Health Systems in Transition, 1-142.

Barros, P.P. and Pereira, I.M., 2009. "Health Care and Health Outcomes of Migrants: Evidence from Portugal". Research Paper, Human Development Reports UNDP, Vol. 28, No 2009. 1-64.

Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & Kupelnick, B., 2009. "Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature". Social Science & Medicine, 68 (3), 452-461

Caggiano, S., 2007. "Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción". Iconos. Revista de Ciencias Sociales (28): 93-106.

Carballo, M, Divino, JJ, Zeric, D.1998. "Migration and health in the European Union". Trop Med Int Health;3(12), 936-944.

Carapinheiro, G., 2010. "Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica". Aliceres; III(3), 57-64

Dias, S. y Gonçalves, A., 2007. "Migração e Saúde" em Sónia Dias (org.) Imigração e Saúde. Revista Migrações - Número Temático, n.º 1, Lisboa: ACIDI, 15-26.

Fonseca, M.L., Silva, S., Esteves, A., McGarrigle, J. 2009. *MIGHEALTHNET* – Relatório sobre o estado da arte em Portugal, Migrare Working Paper, Lisboa, Centro de Estudos Geográficos, 1-55.

Fonseca, M. L. y Silva, S., 2010. “Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na Área de influência do Centro de Saúde da Graça, Lisboa, ACIDI, 1-187.

Freitas, C., 2011. “Participation in mental health care by ethnic minority users: case studies from the Netherlands and Brazil. 381 p. Universiteit Utrecht.

Harding, S., Santana, P., Cruickshank, J., Boroujerdi, M., 2006. “Birth Weight of Black African babies of migrant and non migrant mothers living in Portugal” *Ann Epidemiol*, 16(7), 572-579

Hernández-Plaza, S.; Padilla, B.; Ortiz, A. and Rodrigues, E., 2014. “The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal-child healthcare in contexts of diversity: a psycho-sociopolitical approach”, *Psychosocial Intervention*, 23, 125-133.

Ingleby, D., 2011. “Good practice in health service provision for migrants”, En Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict & Martin McKee (Eds.), *Migration and health in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: McGraw Hill - Open University Press, 227-242.

Ingleby, D., 2008. “New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia”. Malmö, Malmö University (Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations), 1-26.

Jelin, E. (dir), Grimson, A., Zamberlin, N., Mombello, L., Cerrutti, M., Caggiano S. y Abel, L. 2006. *Salud y migración regional*. Buenos Aires: IDES, 1-119.

Machado M.C., Fernandes, A., Padilla, B., Dias. S., Gomes, I., Dias, A. & Oliveira da Silva, M., 2009. “Maternal and child healthcare for immigrant populations”. Background paper, for AMAC project. Brussels, International Organization for Migration, 1-22.

Machado, M.C., Santana, P., Carreiro, M. H., Nogueira, H., Barroso, M. R. & Dias, A. 2006. “Iguais ou diferentes? Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes”. Lisboa: Laboratórios Bial. Prémio Bial de Medicina Clínica, 1-190.

Masanet, E.; Hernández-Plaza, S.; Padilla, B. 2012, “A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares”, *Iberoamerican Journal of Health and Citizenship*, Vol. I, nº 1, 6-18.

Masanet, E.; Padilla, B.; Ortiz, A.; Hernández-Plaza, S. y Rodrigues, E., 2014. “Barreiras Socioeconómicas no acesso à Saúde Materno-Infantil das Mulheres Imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa”, En Maria Inês Carsalade Martins, Ana Paula Marques, Nilson do Rosário Costa & Alice Matos (Orgs.), *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*, Braga, CICS, 17-29.

Mombello, L., 2006. “Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidade. La cercanía barrial y la acción institucional”, en Jelin et al. (dir) *Salud y migración regional*. Buenos Aires: IDES, 103-116.

Padilla, B., 2013. "Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal". REMHU: Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana, 21(40), 49–68.

Padilla, B., 2011. "Health against poverty in Europe. Focus on child, women and older retired migrants from third national countries" Technical Report of the Third Transnational Workshop "Healthy and Wealthy Together: Developing common European modules on migrants health and poverty", INTI Programme, European Fund for the Integration of Third-Country Nationals, European Commission.

Padilla, B., Hernández-Plaza, S., Rodrigues, E., & Ortiz, A., 2014. "Saúde e cidadania: equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise", Universidade do Minho. Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS), 1-46.

Padilla, B., Hernández-Plaza, S., De Freitas, C., Masanet, E., Santinho, C. y Ortiz, A., 2013. "Cidadania e diversidade em saúde: Necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados", Revista Saúde & Tecnologia, Suplemento - Julio de 2013, 57-64.

Padilla, B y Ortiz, A., 2012. "Fluxos migratórios em Portugal: Do boom Migratorio à desaceleração no contexto de crise. Balanços e Desafios." REMHU: Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana, Brasília, Ano XX, No 39, 159-184.

Padilla, B. y Pereira Miguel, J., 2009. "Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action" in Ana Fernandes & José Pereira Miguel (Eds.), Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society 15-22. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Peixoto, J., 2004. "País de imigração ou emigração? Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal", in SOCIUS Working Papers Serie, ISEG-UTL.

Pires, R. P., 1999. "A Imigração", in BETHENCOURT, Francisco; KIRTI, Chaudhuri (orgs). História da Expansão Portuguesa. Volume V. Lisboa: Círculo de Leitores, 1999, 197-211

Pires, R. P., Machado, F.L., Peixoto, J., Vaz, M.J., 2010. "Portugal: Atlas das Migrações Internacionais", Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa: Tinta da China, 44-90.

Pussetti, C., 2009. "Introdução: Psiquiatria transcultural: uma prática aquém da promessa" em Pussetti (coord.) "Migrantes e saúde mental. A construção da competência cultural", Lisboa, ACIDI, 15-25.

Rodrigues, R. y Dias S. 2012. "Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto de prestação de cuidados aos imigrantes" Fórum Sociológico, Serie II, nº 22: 63-72

Santinho, C., 2005. "Os determinantes socioculturais da saúde e os contextos específicos da pobreza, minorias étnicas e imigrantes", Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde

SEF 2014. Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2011, Oeiras, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Teixeira, L., 2012. "A Reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos", 212 p. Editora



Mundos Sociais/CIES-IUL,. Lisboa,

Topa, J. B, 2013. Cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante residente em Portugal, Tese de Doutoramento, Universidade do Minho.

WHO 2010. How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.