

Informe narrativo final: *Experiencias de Mujeres Mexicanas en su acceso a la Salud Sexual y Reproductiva en California y México*

Periodo: 15 Junio 2008 - 28 de febrero de 2010. Prorroga al 31 de agosto 2010

Natalia Deeb Sossa y Claudia Díaz Olavarrieta

## **INTRODUCCIÓN**

Nuestro proyecto de investigación intitulado “*Experiencias de Mujeres Mexicanas en su acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) en México y California: Efectos de la globalización y las políticas de inmigración*” tiene como objetivo explorar los mecanismos mediante los cuales las mujeres mexicanas entre 18 a 45 años en ambos lados de la frontera obtienen información y solicitan servicios e insumos en servicios formales de salud (médicos y enfermeras en clínicas) e informales (curanderas, parteras, yerberas, farmacias, bodegas, y amigo/as o familia) sobre tratamiento médico para infecciones de transmisión sexual (ITS), métodos de planificación familiar y servicios de aborto, entre otros. A partir de una revisión exhaustiva de la literatura existente en México y Estados Unidos (EU) y con base en entrevistas a profundidad con mujeres mexicanas originarias de estados con altas tasas de migración a EU, y con mujeres mexicanas migrantes que radican en California, el estudio comparó los patrones de búsqueda de ayuda y las preferencias de las mujeres al solicitar diferentes tipos de servicios médicos así como los factores estructurales y culturales que participan en la forma en que ellas resuelven sus necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR).

Nuestra hipótesis de trabajo es que una gran cantidad de mujeres mexicanas utilizan una combinación de fuentes formales e informales de cuidados médicos para satisfacer sus

necesidades de salud sexual y reproductiva, y que las mujeres de dichos estados expulsores que emigran a los EU continúan haciendo un uso creativo de diversas fuentes (formales e informales) una vez que llegan a California y se enfrentan a una nueva gama de barreras que les dificulta o impide el acceso a los sistemas formales de salud.

Un quipo multidisciplinario y multi-nacional de investigadores conformó el equipo que participó en la presente investigación. Los resultados del proyecto que se presentan a continuación tienen relevancia para el personal de salud, para los tomadores de decisión encargados de formular las políticas de salud pública, así como para los grupos de abogacía y defensa de migrantes que laboran en ambos lados de la frontera quienes consideran que las mujeres inmigrantes – independientemente de su condición legal - tienen derecho a acceder a servicios de salud reproductiva de calidad.

## **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Nuestro proyecto de investigación se fundamenta en dos hipótesis de trabajo. En primera instancia, la hipótesis de que las mujeres mexicanas que habitan en zonas rurales, cuentan con menores ingresos, menor nivel de escolaridad y un acceso limitado a los sistemas formales de salud, son más propensas a utilizar una combinación de servicios formales e informales de salud reproductiva. No parece ser una casualidad que este tipo de entorno sea el de los estados con alta densidad migratoria hacia los EU. Nuestra segunda hipótesis es que al momento que estas mujeres de estados expulsores emigran a los EU se enfrentan a una nueva gama de barreras tanto estructurales como culturales, estos patrones y preferencias probablemente se mantienen e incluso son una variable que influye en la forma en que dichas mujeres, que no cuentan con una condición de legalidad migratoria, acceden a las fuentes informales de salud. Con el fin de explorar más a fondo ambas hipótesis, llevamos a cabo la siguiente metodología de investigación.

*Actividad 1:* Revisar y resumir la literatura sobre los tipos y las fuentes de servicios de salud reproductiva que utilizan las mujeres en México, y la forma en que dichos patrones se modifican al momento que las mujeres mexicanas migran a California y su experiencia con un nuevo sistema político y legal así como los diferentes tipos de servicios de salud.

¿Cuáles son las actitudes de las mujeres ante esta situación, cuáles son las prácticas y las preferencias que rodean a la salud sexual y reproductiva, especialmente en temas como diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, métodos de planificación familiar y aborto? ¿En qué medida y en qué circunstancias solicitan las mujeres atención de proveedores de servicios médicos formales, de curanderos tradicionales, y/o de otras fuentes informales como las “bodegas”? ¿Qué factores influyen en su decisión de utilizar los diferentes esquemas de cuidados médicos? ¿Cómo determina la calidad migratoria de las mujeres su acceso a la salud?

Aun cuando la literatura sobre este tema es limitada, al conjuntar el trabajo que se ha realizado en México y en California logramos crear un mosaico que nos ilustra las tendencias y el contexto en el que las mujeres solicitan y acceden a los servicios de salud. La revisión de la literatura también nos puede aportar temas valiosos así como una guía para las entrevistas a profundidad. Así mismo, al conjuntar los aportes existentes, podemos crear una red de investigadores interesados en el tema de modo que podamos discutir nuestros resultados, identificar vacíos de información e incluso identificar de manera conjunta la información que aún no se ha analizado a fondo.

**Actividad 2:** A través de entrevistas a profundidad exploraremos la forma en que las mujeres mexicanas y las mujeres mexicanas que emigran a los EU obtienen los servicios que requieren de salud reproductiva así como los factores que facilitan o inhiben su capacidad para lograr acceder a dichos servicios dadas las circunstancias que enfrentan en

cada país. ¿Cuál es su conocimiento y su experiencia con los sistemas de salud de México y en California? ¿Cómo definen estas mujeres sus derechos de salud sexual y reproductiva? ¿Cómo conceptualizan y entienden el debate actual sobre migración en los EU y cómo dicho debate afecta su capacidad para obtener servicios de salud? ¿Cuáles son sus actitudes, prácticas y preferencias sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en temas como diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, métodos de planificación familiar y aborto? ¿Cómo identifican y acceden a las distintas fuentes de cuidado médico? ¿En qué medida utilizan la información provista por miembros de la familia o amigos para acceder a métodos de medicina tradicional (hierbas), medicamentos u otros insumos relacionados con la salud reproductiva en México? ¿Qué cambios en las políticas públicas a nivel de sistemas de salud se deben lograr para tornar los servicios de salud reproductiva más confiables y que las mujeres deseen acceder a ellos?

Las entrevistas a profundidad fueron diseñadas e implementadas de acuerdo a la metodología de teoría fundamentada (*grounded theory*). La teoría fundamentada enfatiza la necesidad de llevar a cabo una recolección exhaustiva de información sobre las opiniones de los participantes en las entrevistas, los detalles de las mismas, los sentimientos, intenciones y acciones, así como el contexto y la estructura de vida de los participantes. Este enfoque metodológico obliga al investigador a mantener un contacto constante con su información de modo que logre identificar patrones emergentes así como preguntas o personas novedosas, sitios o información que enriquezcan el análisis.

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

El objetivo general de la presente revisión será mostrar cómo las mujeres nacidas y criadas en México, las mujeres mexicanas que emigran a los EU desde México a California, y las mujeres de origen mexicano que nacieron los EU y radican en California satisfacen sus necesidades de salud reproductiva y transitan por los distintos sistemas de salud.

### **Mujeres originarias de México que ahí residen**

La heterogeneidad cultural y económica de México tiene una influencia directa en una diversidad de áreas de la vida de las personas, incluyendo sus decisiones sobre planificación familiar. Miranda (2005) señala que la población indígena de México generalmente reside en zonas rurales donde la agricultura es la actividad predominante. En las zonas rurales, donde muchos mexicanos indígenas habitan existe una escasez de servicios de salud y educativos. De hecho, la población indígena en México tiene un nivel educativo promedio inferior (alrededor de 5 ° grado de primaria) que los mestizos (mezcla racial entre indígena-español) mexicanos (aproximadamente primero de secundaria) (Miranda, 2005). Por tanto, a la luz de las diferencias en educación, no es sorprendente que las mujeres indígenas que hablan otra lengua diferente al español inicien la maternidad a edades más tempranas que las mujeres que hablan español (Miranda, 2005). Para apoyar lo anterior, un grupo de investigadores encontró que la falta de escolaridad es un predictor muy importante del no uso de anticonceptivos (Nazar-Beutelspacher, Molina Rosales, Salvatierra Izaba, Zapata Martelo y Halperin, 1999). El nivel socioeconómico (NSE) también predice el uso de anticonceptivos en las mujeres mexicanas. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo entre mujeres de escasos recursos que viven en Chiapas, los

investigadores encontraron que las mujeres que vivían en casas con piso de cemento tenían dos veces más probabilidad de utilizar anticonceptivos en comparación con aquellas que vivían en hogares con piso de tierra u otro revestimiento es decir, en casas con pisos de barro (Nazar-Beutelspacher y cols, 1999). En México el revestimiento del piso de la casa frecuentemente se utiliza como proxy para calcular el ingreso de la vivienda.

Investigadores han identificado las actitudes y creencias como barreras a la atención de la salud reproductiva en México. Castañeda, Bilings, y Blanco (2003) entrevistaron a nueve parteras o comadronas en México y encontraron que la mayoría de las parteras tenían actitudes negativas y creencias acerca del aborto espontáneo. En ocasiones, las parteras culpaban a las mujeres por no poder mantener un embarazo. En su opinión, los abortos espontáneos habían sido causados por actividades cotidianas como levantar objetos pesados y movimiento excesivo. Los autores explican que el esfuerzo físico importante es común entre las participantes debido al tipo de trabajo que desempeñan (por ejemplo, la siembra, la cosecha, y el traslado de cargas pesadas). Las parteras también consideraban que los “antojos”, el miedo (susto), la ira (coraje), la desnutrición, la violencia doméstica, el no cumplir con alguna antojo eran los causantes dichos abortos. Las nueve parteras entrevistadas para este estudio se referían de manera peyorativa a las mujeres que habían tenido un aborto inducido. Consideraban que el aborto inducido era un "asesinato" o un "pecado grave" (Castañeda y cols., 2003). Castañeda y cols (2003) resaltan las dificultades que una mujer mexicana puede experimentar en su búsqueda de tratamiento para un aborto espontáneo. Manejar el dolor y la tristeza de la pérdida de embarazo es difícil para una mujer, sin embargo, las mujeres mexicanas que recurren a una partera tienen además que lidiar con la culpa inflingida por la partera.

En la sociedad mexicana, las actitudes y las creencias sobre las dinámicas de la anticoncepción y el género pueden influir así mismo en los patrones de planificación familiar. Castro (2001) estudió a hombres mexicanos que habitan en el municipio de Ocuituco, en el centro de México y su estudio se enfocó en las creencias sobre la sexualidad y la anticoncepción. Las mujeres de esta pequeña comunidad de aproximadamente 3,200 habitantes en el estado de Morelos viven bajo la dominancia masculina. Los investigadores entrevistaron a 34 mujeres, 24 hombres, y 16 informantes clave en Ocuituco. Los resultados de dichas entrevistas apoyan el que los participantes consideran que la sexualidad es un impulso natural en los hombres pero que en las mujeres este impulso puede ser controlado. Una dinámica aceptada por hombres y mujeres es que los hombres acosan a las mujeres y el papel de las mujeres consiste en resistir a este acoso. El ser incapaz de resistirse a la persistencia y al acoso de los hombres es visto como un fracaso por parte de una mujer (Castro, 2001). Este estudio encontró que los hombres en Ocuituco ejercen una influencia muy importante en las decisiones reproductivas de la mujer. Ellos son los que toman las decisiones sobre el embarazo y el trabajo de parto. Los hombres en Ocuituco en última instancia, deciden en que momento se inicia el trabajo de parto y quien va a atender el parto. De hecho, los hombres son los que se ponen en contacto con el médico. Por último, una creencia interesante que tienen los participantes en las entrevistas de Ocuituco es que las mujeres acumulan el semen en su cuerpo y el que no lleva al nacimiento de un niño se deteriora para convertirse en gusanos. Se cree que estos gusanos a su vez producen un deseo sexual incontrolable en las mujeres. Como resultado de dicha creencia, a algunos hombres no les gustan los anticonceptivos por temor a que el deseo sexual incontrolable de sus esposas, causado por los gusanos, dará lugar a infidelidad en ellas (Castro, 2001). Este estudio ilustra la forma en que las creencias culturales pueden

influir en las prácticas de planificación familiar. Por tanto, es esencial que los investigadores conozcan las creencias culturales que pueden influir en las decisiones de planificación familiar de una sociedad.

En México, las mujeres y hombres que están a favor del uso de anticonceptivos tienden a frecuentar las farmacias. (Goel, Ross-Degnan, Berman y Soumerai, 1996). Las mujeres en ocasiones solicitan información de salud reproductiva y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) en farmacias cercanas a su casa. Algo relativamente común es que las mujeres reciban tratamiento con medicamentos en farmacias recetado por personal de la farmacia, sin embargo, a partir de mediados del 2010, la venta de antibióticos (medicamento muy utilizado y frecuentemente auto-prescrito) sin receta está prohibida a nivel nacional. Algunas de las ventajas de acudir a las farmacias incluye que los medicamentos son de menor costo en comparación con los servicios formales de salud en una clínica u hospital, no se tiene que pagar una cuota por consulta médica con un especialista, la confidencialidad, los horarios de venta son convenientes así como la cercanía a los hogares y sitios de trabajo. Un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México encontró que la mayoría del personal que laboraba en las farmacias participantes en el estudio conocían sobre medicamentos para interrumpir un embarazo (49%) y habían recomendado un fármaco abortivo (para inducir un aborto) a las mujeres que les habían solicitado dicha información (74 %) (Goel y cols., 1996). En otro estudio de farmacias en la Ciudad de México, los investigadores documentaron que los fármacos que se recomendaban con más frecuencia eran hormonales inyectables para inducir un aborto (Kroeger, Ochoa, Arana, Díaz, Rizzo y Flores, 2001). El estudio se llevó a cabo tanto en farmacias grandes pertenecientes a una cadena de farmacias así como en farmacias independientes en el estado de Morelos y se encontró que, en general, el personal de las



farmacias conocía la existencia del misoprostol como medicamento abortivo. Los investigadores también encontraron que el personal de las farmacias frecuentemente recomendaba el misoprostol a clientes “simuladas” que solicitaban un medicamento para interrumpir un embarazo. Un aspecto importante a resaltar es que el personal de las farmacias frecuentemente desconocía las dosis seguras y efectivas para interrumpir un embarazo de manera exitosa (Lara, Abuabara, Grossman y Díaz-Olavarrieta, 2006).

Además de las farmacias como fuentes primarias de cuidados de salud reproductiva, las mujeres mexicanas también recurren a la medicina tradicional o a los tratamientos no biomédicos. Estas prácticas de salud son especialmente prevalentes entre mujeres pobres y entre mujeres que habitan en zonas rurales con acceso limitado a servicios formales de atención médica. Los proveedores tradicionales pueden incluir a los curanderos, yerberas, hueseros y parteras. Las mujeres a menudo acuden a los curanderos cuando presentan una menstruación irregular o un flujo menstrual abundante, por síndrome pre-menstrual, infertilidad, aborto espontáneo o cuando desean interrumpir un embarazo (aborto inducido). Se ha documentado que las mujeres logran inducir un aborto recurriendo a los consejos de los curanderos tradicionales que incluyen cargar cosas pesadas, recurrir a una inyección o consumo de alguna sustancia (pocion) (Finkler y cols., 2001). Cabe señalar que los curanderos tradicionales también emplean medicamentos convencionales como la oxitocina (para la hemorragia post-parto) y el misoprostol (para inducir un aborto) en sus prácticas (Castañeda y cols., 2003) cotidianas. Por tanto, algunas mujeres mexicanas recurren a una combinación de fuentes convencionales y tradicionales de salud reproductiva, lo que se puede deber a circunstancias estructurales y preferencias culturales, en un intento creativo por satisfacer sus necesidades de salud (Galante y cols., 1992; Hernández y cols., 1992, Rubel, Weller-Fahey, y Trosdal 1975).

Hasta el mes de abril del 2007, el aborto no era legal en la mayor parte de México y en esta fecha se legalizó el procedimiento en la Ciudad de México dentro de las primeras doce semanas de gestación. Anteriormente las causales para un aborto legal en la Ciudad de México eran violación, si el embarazo constituía un riesgo para la vida o la salud de la mujer, o si se trataba de un aborto espontáneo (Lamas y Bissel, 2000). Esta reforma legislativa sólo aplica a la Ciudad de México donde las mujeres tienen acceso a un aborto electivo, sin embargo, en el resto de los estados las causales de aborto legal están restringidas y limitadas a las circunstancias arriba descritas. Sin embargo, a pesar de estas excepciones a la ley de aborto, algunas mujeres que tenían derecho a un aborto les fue negado el servicio porque el personal médico se negó a realizar el procedimiento (Lamas y Bissel, 2000). Paulina del Carmen Ramírez, una niña de 13 años de edad fue violada y se le negó un aborto al que por ley tenía derecho por tratarse de la causal de violación en el Estado de Baja California. Ella y sus padres fueron engañados por el personal médico que exageró los riesgos asociados al procedimiento de aborto al decirle que si se sometía al procedimiento se quedaría estéril y fallecería. Estas exageraciones infundieron miedo a la familia de Paulina y los persuadió de no someter a la menor de edad a un aborto (Lamas y Bissel, 2000).

En México las restricciones legales contra el aborto inducido conducen a muchas mujeres a recurrir a abortos clandestinos. Amuchástegui y Zivy (2002) entrevistaron a 12 mujeres que se sometieron a abortos clandestinos. Las razones de las mujeres para interrumpir un embarazo incluían una relación de pareja conflictiva, el miedo a no poder ejercer una maternidad plena debido a que ya tenían muchos hijos y una historia de maltrato por parte de la pareja entre otras (Amuchástegui y Zivy, 2002). Estudios de investigación han documentado el diferencial en la calidad de la atención médica recibida entre mujeres de un

mayor nivel socioeconómico (NSE) comparadas con mujeres de menores recursos. Las mujeres con un NSE mayor eran capaces de gestionar una mejor atención médica que sus homólogas de un menor nivel socioeconómico. Las mujeres de mayores recursos no experimentaron ninguna complicación durante un aborto clandestino o requirieron ser hospitalizadas después del procedimiento en comparación con las otras mujeres que tuvieron que recurrir a una atención de salud de menor costo ya sea con parteras o recurriendo a auto-inducir un aborto utilizando sondas quirúrgicas, té y / o inyecciones (Amuchástegui y Zivy, 2002). Los abortos clandestinos en México constituyen un problema de salud pública relevante por la morbi-mortalidad asociada a procedimientos mal practicados y a las complicaciones asociadas, incluyendo la muerte. Amuchástegui Herrera y Zivy (2002) señalan que los abortos clandestinos son la tercera causa de muerte materna en México. Es necesario fortalecer los esfuerzos para reducir las tasas de mortalidad materna a través de políticas y actitudes sociales que favorezcan la autonomía reproductiva de las mujeres incluyendo el aborto electivo dentro del marco legal.

Aunado a las dificultades asociadas al aborto, algunas mujeres mexicanas también experimentan dificultades durante el trabajo de parto. Castro y Erviti (2003) encontraron evidencia de maltrato a las mujeres por parte del personal médico durante el trabajo de parto. Al conducir un estudio cualitativo con un objetivo diferente, los investigadores se percataron de que muchas mujeres reportaban maltrato del personal de salud durante el trabajo de parto. A continuación decidieron llevar a cabo un estudio que incluyó los testimonios y las observaciones directas del comportamiento del personal de salud durante el trabajo de parto. Los investigadores encontraron que el personal médico en ocasiones exhibía una actitud despectiva hacia las pacientes durante el trabajo de parto. Los médicos y las enfermeras también tendían a minimizar o invalidar el dolor que las mujeres

reportaban. Por ejemplo, cuando una mujer mencionada tener un dolor intenso, los médicos le respondieron que seguramente estaba nerviosa y estaba magnificando la sensación de dolor. Señalaron que el personal médico consideraba que las mujeres eran “buenas” pacientes cuando cooperaban con las indicaciones que éstos les daban. En ocasiones, tanto los médicos como las enfermeras culpaban a la paciente cuando surgía alguna complicación o cometían algún error. Otro dato importante es que algunas mujeres a veces eran obligadas a adoptar algún método anticonceptivo después del parto. Los médicos y las enfermeras obligaron a dos mujeres a utilizar un dispositivo intrauterino (DIU), dándoles información incorrecta acerca de otros métodos disponibles. Por ejemplo, en una interacción observada por los investigadores mostraba a un médico y una enfermera tratando de persuadir a una paciente para que les permitiera insertar un DIU. La paciente preguntó acerca de otros métodos y el médico le respondió que el DIU era el método más eficaz mientras que la enfermera le decía a la paciente que los anticonceptivos hormonales la iban a tornar "gorda y fea." La enfermera también mencionó que la efectividad del DIU era de 90% mientras que otros métodos sólo tenían una eficacia del 50% (Castro y Erviti, 2003).

## **MUJERES MEXICO AMERICANAS Y MIGRANTES MEXICANAS QUE HABITAN EN LOS EU**

### *Inmigración en los EU*

Entre 1971 y el año 2000, los Estados Unidos recibieron 20.9 millones de inmigrantes alcanzando un máximo de 9.1 millones en la última década del siglo XX (Government Printing Office, 2000, Statistical Yearbook). Por otro lado, entre 1901 y 1930 los Estados Unidos admitió 18.7 millones de inmigrantes alcanzando un máximo de 8.8 millones en la

primera década. La tasa de inmigración actual en relación con la población total de EU es muy inferior a las cifras de años previos en parte debido a que durante el siglo XX, la población actual de los EU casi se triplicó (James P. Smith y Barry Edmonston, 1997, *The New Americans: Demographic and Fiscal Effects of Immigration*. National Academy Press). A partir del año 2000, la población nacida en el extranjero representa un 10.4 % de la población total de los EU, en comparación con aproximadamente el 25% a inicios del siglo XX. La composición de las oleadas migratorias también ha cambiado, de una mayoría de inmigrantes europeos en un inicio a un grupo predominantemente no europeo (Government Printing Office, 2000, Immigration and Naturalization Service, *Statistical Yearbook of the Immigration and Naturalization Service*).

Entre 1971 y 2000 los EU dieron entrada a 20.9 millones de inmigrantes legales, incluyendo 2.2 millones anteriormente considerados como extranjeros no autorizados (unauthorized aliens) y 1.3 millones de trabajadores agrícolas “especiales” que se les concedió el status de residente permanente conforme a las disposiciones de la Reforma y Control de Inmigración (IRCA) de 1986 (Immigration Reform and Control Act, 1986, Pub. L.: 99-603). Esta afluencia se ha caracterizado por un aumento en la participación de las mujeres inmigrantes. Desde el año 1993, la proporción de mujeres dentro de la proporción del total de los inmigrantes ha variado de 53 a 55%, cifra mucho más elevada que en años anteriores. En el año 2000, aproximadamente el 60% de los inmigrantes de México, China, Filipinas y Vietnam fueron mujeres (Government Printing Office, 2000, Immigration and Naturalization Service, *Statistical Yearbook of the Immigration and Naturalization Service*)). Este flujo de migrantes mujeres también es mucho más joven. A partir del año 2000, el 79% de los nacidos en el extranjero tenían entre 18-64 años, comparado con el 60% de la población nativa, y el 44% de los nacidos en el extranjero tenían entre 25-44

años, en comparación con el 29% de los nacidos en los EU (Census Bureau, 2001, “The Foreign-Born Population in the United States: Population Characteristics,” March 2000, P20-534). Esta estructura de edad más joven nos sugiere que estos inmigrantes se encuentran en una edad reproductiva.

### *Inmigración de México a los EU*

Se estima que 35.7 millones de las personas que viven en los EU actualmente son nacidos en el extranjero y casi uno de cada tres entró al país sin autorización del gobierno de los EU (Passell, 2005). Desde la década de 1990, han ingresado un número cada vez mayor de personas no autorizadas que de inmigrantes legales (Passell, 2005). Los patrones actuales de la migración desde México a los EU está determinado por una historia de fronteras cambiantes, en donde la mayor parte de lo que hoy es el suroeste de los EU fue territorio mexicano hasta el fin de la guerra española-americana de modo que los EU y México comparten la frontera contigua más grande en el mundo (Rubel y cols., 1975). No es de extrañar por tanto, que de los 10.3 millones de inmigrantes no autorizados que residen en los EU., más de la mitad (57%) provienen de México, con otro 24% que provienen de otros países de América Latina (Rubel y cols., 1975). El estado de California ha sido y continúa siendo el sitio de mayor crecimiento de inmigrantes legales e ilegales provenientes de América Latina.

La inmigración mexicana se encuentra altamente concentrada. Existen aproximadamente 63% de inmigrantes mexicanos en el oeste de los EU. Casi la mitad (48.2% o 3.8 millones) de todos los inmigrantes mexicanos viven en California. El estado de Texas alberga otro 18.5% o 1.5 millones de todos los inmigrantes mexicanos que viven en los Estados Unidos. En combinación, los estados de Texas, California, Arizona y Nuevo México (todos los

estados fronterizos) representan el 72.7% de los mexicanos que se han asentado en los Estados Unidos (Center for Immigration Studies, 2001).

### *Los latinos y la salud general*

La tasa de pobreza para los inmigrantes mexicanos es mucho más elevada que la de los residentes nacidos en los EU o en general de los inmigrantes no mexicanos. En 1999, aproximadamente 1 de cada 4 (25%) de los inmigrantes nacidos en México, en comparación con uno de cada diez personas nacidas en los EU vivía en la pobreza (Center for Immigration Studies, 2001). Es decir, los inmigrantes nacidos en México tienen más de dos veces la probabilidad de ser pobres que sus contrapartes nacidas en los EU. El Centro de Estudios de Inmigración (2001) estima que de los tres millones de inmigrantes no autorizados procedentes de México, 2.1 millones (71.4%) viven en situación de pobreza. El Centro de Estudios de Inmigración (2001) reporta que el 56.5% de los inmigrantes mexicanos documentados viven en niveles de pobreza o cerca de los niveles de pobreza. Los inmigrantes ilegales procedentes de México reportan tasas significativamente más altas de pobreza y de niveles cercanos a la pobreza en comparación con los inmigrantes mexicanos legales. Sin embargo, los índices de pobreza entre los inmigrantes mexicanos legales se estima que es dos veces mayor que la de las personas nacidas en los EU o de los inmigrantes no mexicanos (Center for Immigration Studies, 2001).

A medida que se incrementan las cifras de las personas sin acceso a seguro y cobertura médica, se hace mayor hincapié en el acceso a los servicios de salud y su asociación con el estado general de salud de las personas. Gran parte de la información en este campo indica que los latinos son uno de los grupos más grandes y de mayor crecimiento entre los grupos raciales/étnicos que no cuentan con seguro médico. En los EU, entre el 40 y el 50% de los

ciudadanos no estadounidenses no tienen seguro médico (Kaiser Family Foundation, 2005) y los latinos constituyen el 32% de la población no asegurada (DeNavas Walt-2004, citado en Marshall y cols., 2005). De acuerdo con el Women's Health Survey, el 37% de las latinas entre 19 a 64 años no contaban con seguro médico (Kaiser Family Foundation, 2001, citado en Marshall y cols., 2005). Estos resultados muestran que los latinos frecuentemente carecen de seguro médico y esto es preocupante debido a la asociación que existe entre cobertura médica y la forma en que esto influye en su estado general de salud. Más de la mitad (52.6%) de los mexicanos que viven en los Estados Unidos no tienen seguro médico, comparado con el 13.5% de las personas nacidas en los EU (Center for Immigration Studies, 2001). El Centro de Estudios de Inmigración (2001) estima que más de dos tercios, el 68.4% de los inmigrantes ilegales no cuentan con cobertura de seguro médico. Sin embargo, la falta de seguro médico es común incluso entre los inmigrantes documentados mexicanos que viven en los Estados Unidos. Muchos inmigrantes mexicanos documentados (41.4%) no cuentan con seguro médico y tienen más tres veces de probabilidad de no contar con seguro médico comparados con las personas que nacieron en los EU (Center for Immigration Studies, 2001).

Se han documentado diferencias en el tipo de atención médica al que acceden los inmigrantes indocumentados y los documentados. Los inmigrantes indocumentados acuden con menos frecuencia al médico y tienen una tasa inferior de visitas al médico en comparación con otros latinos o con la población de los EU en su conjunto. Sin embargo, las hospitalizaciones por parto fueron mayores entre las mujeres latinas indocumentadas: en un estudio llevado a cabo en 1994, el 2.6% de las latinas habían tenido un ingreso a un hospital/clínica relacionado con el parto, en comparación con 3.4 a 6.4% de las latinas indocumentadas (Berk, Schur, Chávez y Frankel, 2000). Berk y sus colegas (2000)



preguntaron a los participantes en su estudio si habían tenido miedo de buscar atención médica debido a su estatus migratorio. Treinta y tres % de los indocumentados en Houston, 36% en Los Ángeles, 47% en Fresno y 50% en El Paso, dijo que temían que se les negara la atención debido a su estatus migratorio. Basado en sus hallazgos, los autores concluyen que excluir a los inmigrantes indocumentados de los servicios de salud no va a afectar de manera importante la inmigración, pero en cambio, negar servicios médicos a una población vulnerable puede traer consigo problemas de salud más graves y más costosos. Ortega, Fang, Pérez, Rizzo, Carter Pokras, Wallace y Gelberg (2007) analizaron los datos de la Encuesta de Salud de California (CHIS) para comparar acceso a la atención, uso de los servicios de salud, así como los reportes sobre experiencias de atención médica entre las mujeres latinas nacidas en los Estados Unidos y las inmigrantes latinas indocumentadas. No es de extrañar que los autores encontraron que el uso de servicios de salud de las latinas inmigrantes es menor al de las latinas nacidas en los Estados Unidos. Los patrones de uso de servicios de salud parecía imitar el continuo de su estatus migratorio - es decir, las latinas con estatus de legalidad migratoria tendían a incrementar su uso de servicios de salud. En comparación con los mexicanos nacidos en los Estados Unidos, los inmigrantes mexicanos indocumentados en California tienen menor probabilidad de contar con una fuente de cuidados médicos, acuden menos frecuentemente a consultas médicas de rutina, incluso después de controlar por variables socio-demográficas como seguro médico y necesidad de acudir al médico. A pesar de que los indocumentados latinos o los inmigrantes en este estudio tenían menor probabilidad que sus contrapartes nacidas en los Estados Unidos de tener un seguro médico y una fuente habitual de atención médica, también tenían menor probabilidad de haber acudido/utilizado servicios de urgencias en el último año (Ortega y cols., 2007) .

Mientras que los inmigrantes indocumentados en el estudio de Ortega y colaboradores (2007) reportaron tener un estado general de salud regular o bueno, sus contrapartes nacidas en los Estados Unidos eran más propensas a reportar su estado general de salud como bueno o excelente. Contrario a las expectativas, las latinas nacidas en el extranjero reportaron tener menos problemas para acceder a la atención médica necesaria y reportan puntajes más elevados sobre la calidad en el servicio comparadas con sus contrapartes mexicanas nacidas en los Estados Unidos. Los autores postulan que los inmigrantes nacidos en el extranjero, probablemente hacen menos intentos por acceder a los servicios de salud y en general están más satisfechos con la calidad de la atención que reciben en los EU en comparación con el cuidado médico que reciben en sus países de origen. Los latinos nacidos en el extranjero también son más propensos que las latinas nacidas en los Estados Unidos a creer que recibirían una mejor atención médica si fueran de una raza o una etnia diferente. Asimismo, los latinos eran más propensos a reportar dificultades para entender a sus proveedores de salud lo que demuestra que las barreras de comunicación son un reto a vencer en la atención médica de este grupo poblacional. Ortega y sus colegas (2007) concluyen que restringir los servicios de salud a las personas indocumentadas, sólo servirá para exacerbar las desigualdades en el sector salud en los EU.

Nandi (2008) examinó el acceso y el uso de servicios de salud de los inmigrantes mexicanos indocumentados que viven en la ciudad de Nueva York. Los autores postulan que las características de los inmigrantes indocumentados, incluyendo edad, género, estatus migratorio, año de ingreso a los EU, la aculturación lingüística y social y los recursos económicos influyen en la probabilidad de que una persona cuente con cobertura médica, tenga acceso a un proveedor regular de salud y utilice los servicios de emergencia. De los 431 inmigrantes indocumentados nacidos en México que participaron en el estudio, una

décima parte, dijo que la mala salud física o mental impidieron sus actividades habituales durante más de cinco días de los últimos 30 días, sólo 10% informó haber tenido seguro médico en los últimos 6 meses y un poco más de un tercio (36%) mencionó haber tenido acceso a un proveedor de salud de manera regular. Los investigadores encontraron que las mujeres tenían tres veces más probabilidades que los hombres de reportar haber tenido acceso a un proveedor de salud habitual, una diferencia que ellos atribuyen al hecho de que las mujeres tienden a utilizar servicios de atención obstétrica y ginecológica. Asimismo, existe la hipótesis de que los hombres tienden a migrar en primer lugar, y son seguidos por sus esposas, una vez que los varones han establecido las redes de apoyo social y económico que sus parejas tienden a aprovechar (Nandi y cols., 2008).

De acuerdo con Ortega y cols., (2007), los inmigrantes que participaron en el estudio y que habían llegado antes de 1997 eran más propensos a reportar acceso a un proveedor de salud habitual, probablemente porque el conocimiento y la utilización de los servicios se incrementa a medida que transcurre su estancia en el país. Por otro lado, estos resultados pueden ser un reflejo de los cambios en la legislación, como la reforma del sistema de bienestar social bajo la administración Clinton que limitó la provisión de servicios financiados con fondos públicos para los inmigrantes indocumentados. Los participantes en el estudio que habían completado escolaridad universitaria tenían más probabilidad de recibir atención en salas de urgencia comparados con los que solo contaban con escolaridad secundaria. Los autores aducen que este hallazgo se puede deber a que las personas con mayores índices de educación cuentan con un mejor conocimiento sobre cómo funciona el sistema de salud. Cabe mencionar que los investigadores encontraron una asociación entre el ingreso percibido en el último año, la probabilidad de reportar que contaban con cobertura médica en los últimos 6 meses, y la probabilidad de contar con una fuente regular

de atención médica. Corroborando los hallazgos de estudios previos, los autores encontraron que los retrasos en la búsqueda de atención médica guardan una relación directa con el temor a ser descubiertos por funcionarios del gobierno. Aun cuando no preguntaron de manera directa sobre este tema, los autores reportaron una asociación significativa entre contar con redes de apoyo social y el acceso a los servicios de salud. Por último, los encuestados con más necesidades de salud eran los más propensos a contar con cobertura de seguro médico, a buscar atención en salas de urgencias pero no a contar con proveedor de salud que los atendiera de manera regular (Ortega y cols., 2007).

### *Aculturación y salud*

Lee Goldstein, Brown, y Ballard Barbash (2008) utilizaron el CHIS para examinar la relación entre aculturación y utilización de medicina no occidental entre mexicano-americanos y asiáticos. Los autores definen la aculturación como el ajuste a una nueva cultura. Las personas generalmente adquieren las creencias y los valores de la nueva cultura dominante al tiempo que pueden mantener o rechazar los rasgos de su cultura original. Reconocen que esta definición de la aculturación es un poco limitada dado que las teorías más recientes sobre aculturación toman en cuenta la realidad de las identidades biculturales así como las formas diversas que adopta la aculturación en la sociedad de los EU. Es decir, la cultura en los EU es muy diversa y existe más de una forma de aculturación a la sociedad estadounidense. Lee y sus colegas (2008) afirman que en el caso de la salud, la aculturación puede operar tanto como un factor de riesgo como un factor de protección. Los autores utilizan nivel de conocimientos de inglés y tiempo de vida transcurrido en los EU como una medida “Proxy” de aculturación.

## *Salud Reproductiva*

*Uso de anticonceptivos.* La mayoría de los modelos de salud pública postulan que el conocimiento y las actitudes acerca de ciertos comportamientos en salud y sus efectos a corto y largo plazo influyen de manera directa en el comportamiento de una persona.

Dichos modelos tienden a subestimar los factores culturales y estructurales que contribuyen a crear el contexto en el que operan los grupos y las personas. Gran cantidad de la literatura sobre anticoncepción se basa en el concepto de que una mujer elige un método anticonceptivo después de una sesión de consejería o educativa y que ella va a utilizar dicha información de manera eficaz. Varios estudios, sin embargo, demuestran que el conocimiento y las actitudes son sólo una parte de la ecuación en anticoncepción. Otros factores fundamentales que participan en dicha ecuación son las normas culturales y las creencias colectivas, el ingreso de una persona, el acceso a la salud, su condición migratoria, etc.

En un estudio llevado a cabo entre beneficiarios de un programa de WIC en Tennessee, Garcés Palacio, Altarac y Scarinci (2008) encontraron que las latinas de escasos recursos tenían menos conocimientos sobre anticoncepción que sus contrapartes no-latinas. Se evaluó el conocimiento sobre métodos anticonceptivos utilizando un puntaje promedio basado en una serie de preguntas con opción de respuesta de verdadero/falso. El puntaje promedio para las latinas fue significativamente menor (2.5) en comparación con el puntaje promedio de las participantes no latinas (4,3).

Varios estudios han reportado que el uso de anticonceptivos entre latinas es menor al de cualquier otro grupo racial en los EU (Darroch, Haas y Ranjit, 1999; Mosher y Jones, 2010; al Abma y otros, 1997) Un estudio que se incluyó en esta revisión (Garcés-Palacio y cols., 2008) confirma dicho hallazgo. Los investigadores encontraron que las latinas de menores

ingresos tienen un menor uso de anticonceptivos (48%) comparadas con las mujeres no latinas de escasos recursos (78%).

Harvey, Henderson, y Casillas (2006) reportan que tan solo el 35.6% de mujeres latinas entre 18 a 25 años reportaron un uso eficaz de anticonceptivos. Los predictores más significativos de uso eficaz de anticonceptivos incluyen estar en una relación de pareja de 1 a 2 años de duración, participar en el proceso de toma de decisiones sobre uso de anticonceptivos, y haber discutido uso de anticonceptivos con una pareja masculina previo a una relación sexual. Garcés-Palacio y sus colegas (2008) reportan que las mujeres latinas casadas tenían mayor probabilidad de utilizar anticonceptivos que las mujeres latinas solteras, y las mujeres latinas solteras que viven con una pareja tenían más probabilidades de utilizar anticonceptivos comparadas con las mujeres latinas solteras pero menos que las latinas casadas.

#### *Aculturación y uso de anticonceptivos*

*Nacimientos.* Minnis y Padian (2001) realizaron un estudio sobre uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes (15 a 24 años) comparando a las mujeres latinas nacidas en el extranjero con las latinas nacidas en los Estados Unidos y las mujeres no latinas nacidas en los EU. Los autores encontraron que las mujeres latinas nacidas en los Estados Unidos eran más propensas a tener relaciones sexuales vaginales sin utilizar métodos anticonceptivos (33%) comparadas con los otros dos grupos de mujeres (54%). Así mismo encontraron que existe un menor uso de anticonceptivos orales, anticoncepción de emergencia (4% vs 18%), y preservativos (75% vs 88%) entre las mujeres latinas nacidas en el extranjero (20%) en comparación con las mujeres latinas nacidas en los EU (40%).

Unger y Molina (2000) reportaron que las mujeres de 15 a 50 que reportaron contar con distintos niveles de aculturación al lenguaje utilizaban niveles similares de anticonceptivos. Por el contrario, Romo, Berenson, y Segarra (2004) encontraron que las latinas entre 18 a 44 que tienen más años viviendo en los EU tienen 1.7 más probabilidades de ser usuarias constantes de anticonceptivos comparadas con aquellas mujeres que han residido menos años en los EU. Es posible que los resultados de ambos estudios sean diferentes debido a que las medidas de aculturación utilizadas por los investigadores son diferentes. Unger y Molina (2000) utilizaron el lenguaje como medida de aculturación y Romo y colaboradores (2004) utilizaron tiempo de residencia en los EU como medida de aculturación. Se requiere llevar a cabo mayor investigación para lograr comprender el rol que juegan los diferentes tipos de aculturación en el uso de anticonceptivos entre mujeres de descendencia mexicana.

*Aborto.* Existe información insuficiente sobre el tema de aborto y el acceso a servicios entre la población latina o específicamente entre mujeres mexicanas en los EU. Las tasas de aborto entre latinas en los EU son más bajas comparadas con las de otros grupos. Kaplan, Erickson, Stewart, y Crane (2001) encontraron que el 7.5% de las mujeres entre 14 a 24 reportaron haber tenido un aborto una vez en su vida. El subregistro del aborto inducido en esta población podría contribuir a las diferencias que se observan entre mujeres latinas y no latinas.

A pesar de que el aborto inducido es más frecuente entre las mujeres latinas, existe evidencia de que el aborto inducido es más frecuente entre las mujeres latinas nacidas en los EU comparadas con las mujeres latinas nacidas en el extranjero (Minnis y Padian, 2001). Un estudio realizado entre mujeres jóvenes de 15 a 24 en el área de San Francisco

reportó que el antecedente de aborto inducido es significativamente menor entre las latinas nacidas en el extranjero (28%) en comparación con las mujeres latinas nacidas en los EU (80%) (Minnis y Padian, 2001) .

Kaplan y colaboradores (2001) analizaron los factores predictores de aborto inducido en una muestra de mujeres entre 14 a 24. Encontraron que las mujeres que cuentan con creencias menos tradicionales sobre el papel de la mujer eran significativamente más propensas a reportar un aborto inducido comparadas con las mujeres más tradicionales. El grado de aculturación y el énfasis en la familia no estaban asociados con reportar haber recurrido a un aborto. Los autores hallaron que haber tenido un mayor número de embarazos y un mayor número de parejas sexuales estaba asociado de manera positiva con haber tenido un aborto inducido. El tiempo de vida sexual activa se asoció de manera negativa con reportar un aborto (Kaplan y cols., 2001).

Un estudio realizado por Angulo y Guendelman (2002) exploró las características de las mujeres que han obtenido un aborto inducido en San Diego. Los investigadores revisaron los expedientes clínicos de mujeres que acudían a una clínica a solicitar un aborto y los clasificaron en cuatro grupos: mujeres residentes de Tijuana (20%), mujeres norteamericanas no latinas (48%), mujeres latinas que hablan inglés de manera predominante (13%) y latinas norteamericanas que hablan español de manera predominante (19%). Los investigadores también llevaron a cabo entrevistas a profundidad con cuatro miembros del personal médico que hablaban español. Las mujeres mexicanas residentes en México tenían menor probabilidad de ser menores de 20 años en comparación con las mujeres no latinas. Las mujeres residentes en México y las latinas que hablaban español eran menos propensas a tener un aborto en el segundo trimestre en comparación con las mujeres no latinas. Por otro lado, las mujeres mexicanas residentes en México y las mujeres



latinas que hablan español tienen menor probabilidad de ser mujeres repetidoras de aborto con comparación con las mujeres no-latinas. Como era predecible, la mayoría de las mujeres mexicanas residentes en México pagaron por el procedimiento de aborto con dinero en efectivo (97.7%) en comparación con menos de dos tercios de los otros grupos ( $p < 0.01$ ). Las mujeres latinas con altos niveles de aculturación fueron mucho más propensas a pagar por el procedimiento utilizando la cobertura del seguro médico privado. Casi el 22% de las mujeres no-latinas utilizaron los seguros médicos privados en comparación con 11% de las mujeres latinas que hablaban inglés, 2% de las latinas que hablaban español, y el 0.7% de las usuarias transfronterizas. Los resultados de las entrevistas a profundidad indican que las mujeres mexicanas que asistieron a la clínica a solicitar un aborto eran casi todas de clase media, contaban con un trabajo, y tenían niveles altos de escolaridad. El estudio también describió a las usuarias transfronterizas como mujeres decididas, inteligentes, ingeniosas, y que dejaban pocas cosas al azar (Angulo y Guendelman, 2002).

Aunado a las fuentes tradicionales de servicios de aborto, cada día existe mayor evidencia que demuestra que las mujeres latinas inmigrantes en los EU también se automedican, específicamente para inducir un aborto. Un grupo de investigadores estudió una muestra predominantemente latina en clínicas en Nueva York reveló que el 37% de las mujeres encuestadas conocía sobre un método para auto-inducir un aborto y 5% lo había utilizado (Rosing y Archbald, 2000). En este estudio, el uso de misoprostol se asoció de manera significativa con haber emigrado recientemente a los EU así como contar con información sobre el medicamento. Cuando se les preguntó a las participantes por qué creían que las mujeres usan misoprostol, la respuesta más frecuente fue porque es "*más fácil*" que el aborto y porque "*el aborto es demasiado caro*". Los investigadores también han documentado los intentos de las mujeres mexicanas de auto-inducir un aborto antes de

solicitar un procedimiento en una clínica de San Diego (Grossman, Kingston, Schweikert, Troncoso, Falquier y Billings, 2005). En una encuesta de 1,516 usuarias en cuatro clínicas de aborto en San Diego, participaron 87 mujeres (57 %) residentes en México. De las mujeres mexicanas, dieciséis de ellas reportaron haber tomado algo durante el embarazo actual para inducir un aborto. Siete mujeres reportaron haber usado misoprostol, y el resto dijeron que habían utilizado inyecciones hormonales o preparados a base de hierbas (Grossman y cols., 2005). Este grupo de investigadores no examinó la automedicación entre las usuarias no mexicanas.

*Servicios informales de salud.* Deeb-Sossa y Moreno (trabajo inédito) han documentado el uso de fuentes tradicionales e informales de atención en salud para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva por parte de mujeres mexicanas inmigrantes en Carolina del Norte y California. Su investigación utilizó métodos etnográficos y estudios de caso así como grupos focales y entrevistas semi-estructuradas, con mujeres latinas de diferentes edades, y con médicos y curanderas. Se realizaron 13 entrevistas con informantes clave en California y en Carolina del Norte que incluyeron dos parteras, una coordinadora del proyecto Latina Health Project en un hospital universitario, el Director del Programa de Migrantes de una clínica comunitaria, y ocho curanderas. El análisis se centró en la forma en que las instituciones adecuan las prácticas de salud de las mujeres socialmente marginadas. En Carolina del Norte por ejemplo, cuando las mujeres latinas menores de edad deseaban recurrir a un aborto, se encontraban con barreras institucionales tales como tener que obtener un permiso legal o una autorización de un juez en caso de no poder o no querer solicitar el consentimiento de sus padres. Las mujeres latinas adolescentes y adultas frecuentemente eran referidas a servicios como "Servicios de Apoyo del embarazo," uno de

los muchos centros a cargo de activistas en contra del aborto que frecuentemente les brindan a estas mujeres que desean interrumpir un embarazo información sesgada, opciones limitadas, y de alguna u otra forma tratan de disuadir a las mujeres de ejercer su derecho a decidir . Muchas latinas no tenía más opción que recurrir a un aborto en clínicas privadas porque era menos costoso, sin embargo, en estas clínicas las participantes reportaron sentirse humilladas por el discurso y las prácticas de los médicos. Por tanto, los abortos clandestinos se llevaban a cabo cuando las mujeres latinas intentaban resolver sus necesidades de salud reproductiva a través de servicios informales de salud y automedicación. Las curanderas que fueron observadas y entrevistadas indicaron que las mujeres acuden con ellas para que les brinden ayuda con sus necesidades reproductivas, el diagnóstico y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, consejería sobre como relacionarse con sus parejas, control prenatal y posnatal y aborto. Desde la perspectiva de las curanderas, sus servicios son solicitados por aquéllas mujeres que sienten que no pueden acudir a un proveedor formal por tener un estado migratorio de ilegalidad, por no poder pagar una consulta médica, porque en ocasiones no les gusta el trato que reciben, porque no respetan sus derechos, por motivos de confidencialidad, y porque desean tener un enfoque más privado de planificación familiar y aborto que sus parejas en ocasiones. En cuanto a los temas de anticoncepción y aborto, varias curanderas mencionaron que sus clientes prefieren utilizar hierbas, raíces y tés preparados con extractos de plantas para controlar su fertilidad, ya que algunas tenían duda sobre los métodos hormonales y en casos en los que se presentaba un embarazo no deseado, para inducir un aborto (Deeb- Sossa y Moreno, inédito).

El estado de California ha implementado medidas y políticas públicas relativamente audaces para crear y mantener una red de apoyo social para la población inmigrante. A la

luz del clima político federal que día a día adopta medidas cada vez más restrictivas que intentan limitar de manera muy importante o eliminar por completo todos los servicios de salud, educación y servicios sociales para inmigrantes indocumentados que reciban financiamiento público, en el año de 1996 California inauguró un programa que brinda servicios gratuitos de salud reproductiva a las mujeres, los hombres y adolescentes de escasos recursos que residen en el estado, independientemente de su calidad migratoria. El programa denominado Family PACT ha crecido exponencialmente desde su creación, ampliando el número de clínicas participantes así como de proveedores, facilitando las normas de elegibilidad y afiliación y ofreciendo una amplia gama de servicios (UCSF Bixby Center for Reproductive Health, 2006). En la actualidad dicho programa da servicio a más de 1.5 millones de pacientes al año, de los cuales aproximadamente el 18% son inmigrantes indocumentados (Foster y cols., 2006). Aun cuando programa Family PACT ha logrado progresos significativos en la prestación de servicios de salud reproductiva a las mujeres (y hombres) de escasos recursos en todo el estado de California, incluyendo las mujeres indocumentadas, todavía existe un nivel elevado de demanda insatisfecha de anticonceptivos, y tal vez a consecuencia de lo anterior, una demanda de servicios de aborto.

### *Conclusiones*

En su conjunto, los estudios antes descritos plantean una infinidad de preguntas relevantes sobre las políticas de salud y la inmigración, y cómo influyen éstas en las tendencias de salud reproductiva y las decisiones que toman las mujeres migrantes mexicanas que residen en California. Muchos de estos cuestionamientos son de naturaleza cuantitativa ya que examinan las tendencias más generales. Un enfoque cualitativo podría ilustrar de manera

más detallada algunos de los factores que subyacen a estos patrones demográficos así como a las experiencias personales.

El estudio realizado por Castañeda y colaboradores (2003) alerta sobre las dificultades que una mujer mexicana puede experimentar al buscar tratamiento para un aborto espontáneo. Es importante capacitar a los proveedores de salud formales e informales en México sobre sus actitudes y creencias en torno al tema del aborto espontáneo.

El aborto electivo hasta las doce semanas de gestación fue legalizado recientemente en la Ciudad de México. En el resto de los 31 estados, el aborto es legal sólo si la mujer es víctima de una violación, si el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, o si se trata de aborto espontáneo. A pesar de estas causales contempladas en la ley, todavía se siguen reportando casos de mujeres que tenían derecho a una interrupción legal del embarazo y que les fue negado el servicio porque el personal médico se negó a realizarlo (Lamas y Bissel, 2000). Estos resultados ilustran que, incluso en los casos en los que una mujer por ley tiene derecho a un aborto existen otros desafíos asociados con las actitudes de los proveedores de salud en México y su disposición a realizar abortos.

Aunado a las dificultades para acceder a servicios de aborto, algunas mujeres mexicanas también reportaron haber tenido dificultades durante el trabajo de parto. De acuerdo a una investigación, algunas mujeres eran objeto de maltrato por el personal médico durante el trabajo de parto (Castro y Erviti, 2003). Castro y Erviti (2003) también encontraron que los médicos y enfermeras tendían a minimizar o invalidar el dolor experimentado por las mujeres y en ocasiones llegaban a culpar a la misma mujer si surgía alguna complicación o error médico. Los autores reportaron que las mujeres en ocasiones eran obligadas a utilizar un dispositivo intrauterino (DIU) como único método anticonceptivo, dando información sesgada sobre otros métodos de planificación familiar. Este estudio demuestra la necesidad

de mejorar la calidad de la atención en el ámbito de los derechos reproductivos de las mujeres mexicanas.

En conclusión, México es un país muy heterogéneo con una diversidad de valores culturales y perspectivas en el campo de la planificación familiar. Los valores culturales y la perspectiva de género juegan un papel central en las creencias e influyen así mismo en el uso de anticonceptivos. Los investigadores que estudian el campo de las creencias de los latinos en torno a la planificación familiar, las actitudes y conductas en México y en los EU deben tomar en cuenta estos puntos de vista con el objetivo de lograr comprender a cabalidad el origen de dichas creencias. Estas creencias influyen en la forma en que las mujeres mexicanas y las mexico-americanas eligen sus opciones de planificación familiar tanto en México como en los EU. Se ha reportado así mismo que algunas mujeres buscan asesoría sobre temas de salud reproductiva con el personal de las farmacias, y algunas otras están interesadas en tratamientos no médicos mientras que otras utilizan una combinación de fuentes de medicina alternativa y medicina alopática en temas de salud reproductiva. Algunos temas que surgen y son objeto de preocupación son los que atañen a las cuestiones de justicia de mujeres y salud reproductiva, por ejemplo a causa de negación de servicios de aborto legal que obliga a las mujeres a recurrir a abortos clandestinos así como el tema del maltrato por parte de los proveedores de salud durante el parto. Se requiere ampliar la investigación así como diseñar formas de controlar o minimizar algunas de las injusticias de que son objeto algunas mujeres mexicanas.

En conclusión, las mujeres mexicanas que residen en los EU especialmente las mujeres indocumentadas, todavía cuentan con un alto nivel de necesidades insatisfechas de servicios de anticoncepción y aborto. Las mujeres latinas reportan una tasa de uso de anticonceptivos más baja que el resto de otros grupos raciales en los EU. (Darroch, Haas y Ranjit, 1999;

Mosher y Jones, 2010; Abma y cols., 1997) Como se señaló anteriormente, investigadores han reportado que las mujeres latinas de escasos recursos tienen un menor uso de anticonceptivos uso (48 %) en comparación con mujeres no latinas del mismo nivel socioeconómico (78 %).

A pesar de que existe poca información sobre servicios de aborto y sobre acceso a los mismos, la población latina o específicamente las mujeres mexicanas que residen en los EU reportan tasas de aborto más bajas que otras mujeres en los EU (Kaplan, Erickson, Stewart, y Grúa de 2001). A pesar de que el aborto es más frecuente entre las latinas, existe evidencia que indica que el aborto es más frecuente entre las latinas nacidas en los EU en comparación con mujeres latinas nacidas fuera de los EU (Minnis y Padian, 2001). Un estudio realizado entre mujeres jóvenes de 15 a 24 en San Francisco reportó que un antecedente de aborto es significativamente menor entre las mujeres latinas nacidas en el extranjero (28%) en comparación con las mujeres latinas nacidas en los Estados Unidos (80%) (Minnis y Padian, 2001).

Algunos investigadores han reportado que las mujeres latinas inmigrantes acceden a fuentes tradicionales de servicios de aborto. Las mujeres latinas inmigrantes tienden a automedicarse, específicamente para inducir un aborto (Grossman, Kingston, Schweikert, Tronsoso, Falquier y Billings, 2005; Rosing y Archbald, 2000). Deeb, Sossa y Moreno (manuscrito inédito) también han documentado el uso de fuentes tradicionales e informales de salud entre mujeres mexicanas inmigrantes en Carolina del Norte y en California con el fin de satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

## OBJETIVOS DEL PROYECTO PIMSA

El objetivo de la presente investigación fue explorar los mecanismos que las mujeres mexicanas entre 18 a 45 años utilizan en México y en California para conocer sobre y acceder a servicios e insumos de proveedores de salud formales (médicos y enfermeras en clínicas/hospitales) e informales (curanderas, parteras, yerberas, farmacias, bodegas, amigos o y miembros de la familia). El proyecto se basa en dos hipótesis de trabajo. En la primera, planteamos que las mujeres mexicanas que viven en zonas rurales, son de escasos recursos, cuentan con menores niveles de escolaridad y tienen un acceso limitado al sistema de salud formal son más propensas a utilizar una combinación de fuentes formales e informales de salud para satisfacer sus necesidades de salud reproductiva. En segundo lugar, consideramos que cuando las mujeres originarias de estas zonas migran hacia los EU y se enfrentan a un nuevo conjunto de barreras estructurales y culturales, probablemente mantienen estos patrones y preferencias de uso de servicios de salud y de alguna manera pueden influir en la forma en la que mujeres con un estado migratorio de ilegalidad acceden a fuentes informales de salud.

## MÉTODOS

Se llevaron a cabo un total de nueve entrevistas a profundidad en California con mujeres que habían emigrado de México y contaban con experiencia en el acceso a servicios de salud reproductiva en el sector de salud formal o informal en los EU, en México o en ambos países. Las mujeres en California fueron reclutadas en el condado de Yolo utilizando folletos informativos que fueron colocados en las siguientes clínicas y centros comunitarios: Planned Parenthood en Sacramento y Woodland, the Davis Community Clinic, y el Yolo Family Resource Center en Woodland. Las entrevistas semi-estructuradas



se llevaron a cabo en el Woodland mall, en los hogares de las participantes, y en el Yolo Family Resource Center. Las entrevistas se completaron entre marzo a mayo de 2010 y estuvieron a cargo de una investigadora (Dra. Natalia Sossa-Deeb) con amplia experiencia en investigación cualitativa.

## ANÁLISIS

Los datos fueron analizados inductivamente utilizando el software para datos cualitativos ATLAS.ti 5.5 (Scientific Software Development, Berlin, Germany). Para identificar los temas clave en las entrevistas primero se llevó a cabo la lectura de todas las transcripciones de las entrevistas y se crearon códigos basados en la guía de preguntas de las entrevistas, los objetivos del estudio, y los resultados de la entrevista. A continuación se codificaron las transcripciones y se crearon grupos de códigos que se organizaron en líneas temáticas. Se exploró la riqueza de los datos de acuerdo a las categorías cuantitativas y cualitativas, se identificaron los conceptos clave y se exploraron las perspectivas de los diferentes subgrupos de participantes en las entrevistas. A continuación se completó una reducción de información mediante la creación de matrices que incluían los temas más relevantes así como las asociaciones clave de modo que se pudiera identificar cómo se relacionan los temas entre sí y con el contexto. Finalmente se compiló un resumen para cada una de las participantes en combinación con una tabla que resume hallazgos socio-demográficos clave (ver Apéndice).

## **RESULTADOS**

### *Características de las participantes*

La edad de las participantes oscilaba entre 20 y 45 años. Seis participantes estaban casadas, dos eran solteras, y una estaba separada. Dos participantes no habían completado la educación primaria, cinco contaban con algún nivel de secundaria o formación técnica y dos contaban con nivel universitario. La mayoría había migrado a los EU entre 1988 y 2004. Dos de las participantes habían vivido en los EU por 20 años o más, cuatro entre 10 y 19 años, y dos habían permanecido en los EU al menos 10 años. Una de las participantes era originaria de Texas, pero su familia regresó a México hasta que ella cumplió siete años y después su familia se mudó a Texas y California. Casi todas las participantes habían emigrado de estados ubicados en el norte de México, Jalisco, Michoacán y Guanajuato, una de las participantes era originaria de Oaxaca (uno de los estados más pobres en el sureste de México con una alta proporción de población indígena), y otra provenía del estado de Morelos, situado en el centro del país. Siete participantes tenían al menos un hijo, y dos nunca se habían embarazado. Una de las participantes estaba embarazada al momento de la entrevista. (Ver tabla 1 para características socio-demográficas de las participantes).

### *Utilización y experiencias con servicios informales de salud reproductiva*

Cuatro de las nueve mujeres reportaron que habían visitado a un proveedor de salud informal en los EU o en México para obtener servicios de salud reproductiva. Un proveedor de salud informal incluyó las siguientes opciones: curanderas, yerberas, hueseros, sobadoras, parteras tradicionales, y personal que labora en farmacias. En el caso de EU las parteras capacitadas se consideraron proveedores formales, ya que cuentan con

entrenamiento formal en las universidades y llevan a cabo su práctica profesional en el sistema de salud. Dos de las participantes reportaron que habían acudido con proveedores informales, pero no para cuestiones de salud reproductiva.

Tres de las mujeres que visitaron a los proveedores informales mencionaron haber acudido con parteras tradicionales, una en los EU y dos en México. Sólo una mujer mencionó haber acudido con una curandera en México. Las dos mujeres que acudieron con parteras tradicionales en México lo hicieron a sugerencia de familiares o vecinos. Una mujer joven que residía en Los Ángeles durante su primer embarazo, dijo: *“Cuando yo estaba embarazada mi mamá y mi suegra me llevaban para que me sobaran”* (Participante C04)

Las razones por qué las mujeres acudieron con estos proveedores informales en casi todos los casos estaba relacionado con el control prenatal y el parto. Tres mujeres visitaron las parteras tradicionales para tener un tratamiento más "directo", es decir para un procedimiento en el cual se logra colocar al bebé en la posición correcta para el parto. Una mujer que visitó una partera en México, dijo: *"Tienes que ir para que te soben cada mes, cada dos meses de embarazada tienes que ir para que te acomoden el niño"* (C03). Otra mujer dijo que además de la colocación del bebé, la partera también determinó que el bebé sería un niño: *"ella sabía... dice que sabía que iba a ser hombre "* (C04).

Sólo una mujer acudió con una curandera en México, porque tenía problemas con la menstruación (un posible aborto espontáneo):

Entrevistador: ¿Usted ha ido alguna vez a una curandera o sabe que es una curandera?

Participante: Si, si se. En México si, y este, fui por que tenía una hemorragia, me vino mi regla y empecé a reglar mucho, tarde como quince días sangrando.

Entonces dijo que era como la ruptura de la cadera y fue la única vez que fui. Me sobó me -- este pero no me dio nada de beber...."(C06).

Dos mujeres no expresaron opiniones sobre sus experiencias con parteras tradicionales en México (la entrevistadora llevó a cabo un sondeo para lograr obtener dicha información), sin embargo, una mujer dijo que ella había tenido una experiencia negativa que contribuyó a su decisión de continuar con su control prenatal con un proveedor formal: "Yo fui con una [partera] y me empezó a sobar pero era tan doloroso que le dije sabes que mejor ahí no más... Así que esa también fue una experiencia muy mala entonces dije no, me dio miedo en vez de ayudarme a mi criatura me la matan. Así que ya de allí dije no, no mas parteras y pues ya gracias a Dios tenía la posibilidad del seguro médico y pues fue por eso que escogí el hospital." (C03). La participante que acudió con una curandera no expresó ninguna opinión sobre su experiencia.

#### *Opinión acerca de proveedores informales de salud*

Seis mujeres expresaron sus opiniones sobre proveedores informales de salud. Dos de ellas reportaron opiniones negativas (C02, C06), y el resto opiniones neutrales o positivas (C03, C05, C07, C08).

Las mujeres que expresaron opiniones negativas mencionaron que la falta de confianza en los proveedores informales estaba asociada al hecho de que el conocimiento de estos proveedores no se basa en capacitación formal. Las mujeres citaron el temor de que estos proveedores puedan causar algún daño o generar complicaciones como resultado de sus prácticas. Una mujer que terminó estudios de formación vocacional en México, dijo: "pero ya realmente no saben que hueso tienes aquí o no saben que si tocan la vértebra o

algo...por eso porque ese es su conocimiento – empírico... Pero a veces yo no creo que ellos sepan, te pueden dejar invalido, a mi me da miedo"(C02). Una participante mencionó que había considerado acudir con una partera tradicional, pero era un embarazo avanzado y sentía que hubiera sido muy riesgoso acudir con una partera: " No, porque me dijo mi mama, ella dice, no dice, ya son ocho meses, ya está muy grande. Donde le dan vuelta lo puedan ahorcar."(C08). Otras mujeres discutieron que en su opinión era mejor acudir con un proveedor de salud formal, pero que en ocasiones las personas acuden con los proveedores informales porque los servicios son más baratos, por tanto son más accesible para los que tienen que hacer desembolsos de fuera de bolsillo o porque no tienen acceso a seguro médico.

Dos participantes hablaron acerca de cómo algunas personas acuden con proveedores informales de salud para mejorar su salud general, o para tratar una enfermedad vinculada con la mala suerte o la superstición. Una mujer (C03) habló acerca de cómo sus vecinos acudían con curanderos por problemas de fertilidad y cuando quieren quedar embarazadas.

Dos participantes (C07, C03) mencionaron que las mujeres acuden con proveedores informales para tratar problemas como indigestión (empacho), "el mal de ojo" o para "hacerse limpias".

#### *Utilización de servicios formales de salud reproductiva*

Todas las mujeres entrevistadas reportaron haber acudido con un proveedor formal para obtener servicios de salud reproductiva. Seis informaron que habían acudido a estos servicios sólo en EU y tres mencionaron haber acudido a estos servicios en EU y en México.

Tres mujeres mencionaron haber acudido con parteras capacitadas para control prenatal y parto. Una mujer que acudido a control prenatal y asistencia al parto con una partera entrenada en los EU explicó que fue con ella porque su esposo no quería que acudiera con un médico varón: " No se, mi esposo también no quería que fuera con un doctor hombre y entonces la partera fue algo muy ideal para nosotros. "(C04). Cinco mujeres mencionaron haber acudido con médicos (médicos generales o gineco-obstetras). Tres mujeres acudieron con médicos para control prenatal y parto, y otras tres acudieron para tratar las siguientes condiciones: embarazo ectópico, aborto espontáneo y aborto inducido.

Las tres mujeres acudieron a control prenatal y parto con médicos estaban viviendo en México en ese momento. Una mujer habló de cómo su embarazo había sido de alto riesgo porque estaba desnutrida y tuvo que ser hospitalizada en un hospital público en México: "Y me dijeron que me iba a sacar mi bebe por que era posible que no naciera estaba mal acomodada igual. Pero como estaba muy malnutrida, muy desnutrida, mas bien no comía bien por el mismo embarazo era muy y luego la comida pues no todo se apetecía en ese estado, no tenía suficientes fuerzas y no podía tener a mi bebe. Me dijeron que era un principio de un aborto lo que tenía y me pusieron vitaminas en el suero y me mantuvieron quince días dentro del hospital general en Oaxaca "(C01).

Una de los participantes (C03), dijo que acudió a control prenatal a un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuando vivía en el estado de Jalisco y otra participante que requirió una cesárea acudió con médico privado y con un gineco-obstetra en el estado de Guanajuato: " Si, o sea, iba con una doctora primero y ella nada más me media y me pesaba y era todo. Ya después que cambiamos de doctor ya fue el que me hizo el ultrasonido y fue cuando dijo que la niña estaba sentaba fue como a los siete meses y medio y por eso me hicieron cesárea. "(C08).

Las tres participantes que habían acudido a solicitar servicios de salud reproductiva con médicos en los EU lo hicieron para obtener un aborto inducido, por un aborto espontáneo y una tercera a causa de un embarazo ectópico. Una mujer con cuatro hijos (C01) sostuvo la siguiente conversación con la entrevistadora:

Entrevistadora: Cuéntame, si no te importa, de el aborto que tuviste

Participante: Pues, pues fue algo que nunca a -- manejar y preferí hacérmelo porque yo decía, yo pues, sean los niños no puedo asistir a otro más y fue algo que yo misma pues, no lo busque

Entrevistadora: Y fue aquí en Estados Unidos

Participante: Si, fue aquí en Estados Unidos

Una participante de 34 años de edad que quería quedar embarazada fue atendida por un gineco-obstetra por un aborto espontáneo y un embarazo ectópico: "Pero no, no me ha, no me funcionó, el año pasado tuve un embarazo ectópico y hace un mes tuve un aborto espontáneo entonces ya no me funcionó esperarme... Nada pues que ya son como suertes que parece que estoy en todo bien pero que ya tuve mala suerte"(C02). (P). Otra participante que estaba embarazada al momento de la entrevista informó que había acudido al Davis Community Clinic para un aborto espontáneo previo: "Ya cuando después fui a Davis de emergencia ya fue cuando ya había tenido el aborto repetido." (C08). Seis de las nueve participantes mencionaron haber obtenido otros servicios de salud reproductiva por parte de proveedores formales en los EU como exámenes de Papanicolau, de mama, valoración para infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos (esta pregunta se hizo en algunas de las entrevistas, pero no en todas). La mayoría de las mujeres

obtuvieron dichos servicios en las clínicas de forma gratuita. Tres mujeres dijeron que obtuvieron estos servicios en la Davis Community Clinic y dos en la Clínica de Peterson. Dos mujeres también mencionaron haber acudido a la clínica de Planned Parenthood en Woodland.

Sólo una mujer mencionó haber obtenido servicios de salud reproductiva a través del Family PACT, sin embargo, ella dejó de utilizarlos cuando esposo obtuvoun seguro médico: "Ahí pero un año me quedé sin aseguranza y agarré la tarjeta que verde que dan en hay un centro por -- y ahí te daban los servicios esos gratis. Pero nada más cuando mi esposo tuvo ya la aseguranza, pues a mí como que me dio pena valerme de un servicio gratis y yo tenía mi aseguranza porque pues hay mucha gente que los están también ocupando."(C02)

Sólo una de las participantes mencionó contar con un seguro médico privado y que acudía de manera regular a los servicios de salud reproductiva en la Clínica Sutter. Esta participante había nacido en Texas y emigró a México con su familia porque su padre quería regresar a México. Cuando tenía siete años, la familia se trasladó de nuevo a los EU y la participante concluyó su educación universitaria en los EU.

#### *Experiencia con los servicios formales de salud reproductiva*

Seis mujeres evaluaron de manera positiva (buena o muy buena) su experiencia en los servicios formales de salud reproductiva, mientras que tres lo evaluaron de manera negativa (muy mala). Tres participantes no quisieron expresar sus opiniones o no se les hizo la pregunta de manera directa en la entrevista. La mayoría de las participantes reportó más de una ocasión en la que solicitaron servicios de salud reproductiva. Todas las experiencias de las participantes en los EU fueron evaluadas como buenas o muy buenas mientras que dos



mujeres reportaron experiencias negativas en México y una en los EU. Las experiencias que fueron clasificados como buenas incluían declaraciones positivas como: "me trataron muy bien", "me gustó mucho" y "todo el mundo se la pasaba bien allí." En los casos en que la experiencia fue clasificada como muy mala, las mujeres expresaron lo siguiente: "la atención era pésima" o me fue "muy mal".

Tres mujeres que habían tenido experiencias positivas con los servicios de salud reproductiva mencionaron cómo los proveedores estaban dispuestos a comunicarse con ellas en español o superar las barreras lingüísticas. Una participante que había acudido a control prenatal y la asistencia del parto durante su primer embarazo mencionó que le había gustado mucho la experiencia porque: "Porque ella, pues no sé, ella trataba de hablar español con nosotras y no se, ella nos informó muchas cosas y ella estuvo también ahí en mi parto" (C04). Una mujer de 29 años de edad que no contaba con primaria completa mencionó que había apreciado los esfuerzos que hacía la partera para comunicarse con ella a pesar de algunas limitaciones del lenguaje: "Ella no hablaba totalmente español ni total como se llama, no era totalmente mi dialogo con ella ni en español ni en inglés a veces se me olvidaba lo que quería decir en español y se lo decía en inglés de igual manera se me olvidaba de lo que quería decir en inglés y se lo decía en español y le decía es que no se la palabra dice dímelas a la mejor yo si la sé y le digo siempre es muy comprensiva siempre me daba mucho apoyo."(C01).

Esta misma participante expresó que su primer embarazo, que también acudió con una partera en los EU, no fue tan agradable como el segundo embarazo porque tenía más dificultades para expresar sus síntomas y su inglés no era muy bueno y requería un traductor.

Por el contrario, una mujer soltera de 34 años de edad, expresó su preocupación por la calidad del servicio debido a las limitaciones que presentaba el proveedor para entender sus síntomas: "...si hay doctores que hablan español o hay en veces doctores que en medio lo entienden el español que no lo hablan exactamente todo...porque a veces quieren que lo repita una, dos, tres veces, o tu vez que no están entendiendo muy claro lo que tu les dices. ... Pienso que no está muy bien porque si no está muy claro lo que uno le dice, no pueden darte lo adecuado, lo que uno necesita."(C05).

Dos mujeres reportaron estar satisfechas con los servicios debido a que recibieron información y educación para la salud en las clínicas. Una mujer que emigró hace 20 años a los EU y dio a luz dos veces allí, dijo: "ayuda mucho eso de el WIC y ya luego le dan a uno el WIC con unas clases tanto de que amantar y te van orientando como amantar y de nutrición... y si muy, muy importante." (C03). Por el contrario, esta misma mujer relató su primera experiencia de parto en un hospital de Jalisco, México y la calificó de traumática porque el proveedor no tenía compasión, no le dejaron estar con el bebé después del nacimiento, y no permitieron que su marido estuviera con ella durante el parto: " pero a pesar de que tuve mi niño en un hospital de verdad que fue una atención pésima... porque mi niño nació a las 8:45 de la noche y yo no mas oí que lloró y se lo llevaron. No me le trajeron hasta el siguiente día este para tratar de que lo amamantara, entonces eso digo que horror ya cuando miré el cambio acá yo digo que bonito aquí que tienes el niño y está contigo o sea, desde ya hay una conexión entre el niño y la mama y todo eso. Para mí eso fue muy traumático, muy traumático porque no te dejan que pase como aquí que pase el familiar o el esposo, la mama o alguien. Allá no podía, estaba mi esposo afuera pero nunca lo dejaron entrar para conmigo así es que él nunca se enteró de que me estaba pasando dentro la clínica."(C03).

Tres participantes expresaron cómo para ellas la competencia y la precisión del diagnóstico y el tratamiento son factores importantes para evaluar sus experiencias con los servicios de salud reproductiva. Una de las participantes (C02), mencionó confiar en su gineco-obstetra por su amplia experiencia y porque ha sido consistente en sus diagnósticos, y ella no se confía de los proveedores que no le inspiran confianza por ser poco precisos.

Otra mujer que acudió a consulta con una partera calificada en los EU habló de su experiencia negativa por considerar que la partera no contaba con las competencias necesarias. Esta participante, madre de dos hijos con discapacidad mental, dijo que había tenido una rotura prematura de membranas y que la partera le dijo que esperara una semana en su casa. Durante esa semana estaba exhausta y no podía dormir. Después de una semana, la partera indujo el trabajo de parto que fue largo y doloroso. Dijo que la partera tuvo que llamar a un gineco-obstetra quien asistió en el parto. La participante asoció el prolongado trabajo de parto con las crisis convulsivas frecuentes que su hijo ha tenido desde su nacimiento. Ella mencionó: "Entonces fue muy doloroso para mi ese primer...parto fue muy doloroso porque pues ya no tenía nada de agua, ya era parto seco. Y no llamaban a la doctora, no llamaban a ningún doctor. Ya fue hasta las cinco que veo la enfermera que no, que pues que no podía aliviar este mandaron a llamar el doctor al ginecólogo en turno y ya fue él. Con él fue cuando ya mi niño salió. Pero mi hijo nació con el cono... ya ve que nacen los niños con un cono pequeñito verdad...Pero mi hijo lo tenía demasiado su cabecita estaba así como un huevo. Entonces piensan que eso fue también lo que le provocó las convulsiones a él." (C06).

Otra de las participantes se quejó de la falta de atención que el proveedor prestaba a sus síntomas y sus problemas, y la forma en que la obligan a concentrarse en sólo un síntoma en cada consulta médica: "Pues como que a veces lleva uno varias complicaciones o algo y

cuando va uno así no mas quieren que se trate como una sola cosa. No es que para eso tienes que hacer otra cita y ahorita por el momento cual es lo mas que traes y ya. Y ya vas a una siguiente cita para lo demás."(C05). Cuatro participantes mencionaron los tiempos de espera para obtener una cita o el tiempo que transcurre durante una consulta. Sólo una de las cuatro participantes se refirió de manera favorable: "A veces hay un montón de gente, pero si usted tiene una cita es muy rápido" (C04). Las otras tres participantes reportaron opiniones negativas. Una mujer soltera con escolaridad secundaria en México que emigró a los EU hace 6 años, dijo: "Pues el servicio me parece muy malo porque bueno, cuando vas a consulta y eso a veces te tienen ahí adentro en el cuarto hasta una hora en espera y este pues eso no me parece. Porque a veces vas pues de emergencia o puedes ir de un dolor fuerte o algo no sé el tiempo de espera se me hace muy largo y muy exagerado... que ya uno dice ya se les olvido que estoy aquí pues sale uno a buscar a ver si donde está el doctor o que onda. Pero si muchas veces pasa eso y veo que coincide eso con mucha gente."(C05).

## **CONCLUSIONES**

El uso de proveedores informales de salud en los EU entre las mujeres migrantes mexicanas entrevistadas en nuestro estudio fue poco frecuente. Sólo una de las nueve mujeres había acudido con una partera calificada en los EU para control prenatal. Otras tres habían acudido con proveedores informales en México, dos acudieron con parteras tradicionales para control prenatal y una con una curandera para un “trastorno menstrual”. Por el contrario, todas nuestras participantes mencionaron haber obtenido servicios de salud reproductiva en México o en los EU con proveedores del sector salud. La utilización de parteras profesionales para control prenatal y parto es muy común entre las mujeres

migrantes mexicanas en los EU, y un tercio de las participantes reportó experiencias con este tipo de proveedores.

El uso de los proveedores informales de salud puede haber estado subestimado en nuestro estudio, ya que nuestra muestra es pequeña y el muestreo fue por conveniencia. Así mismo, algunas de las participantes fueron reclutadas en las clínicas, y estas usuarias tienden a preferir los servicios de salud formales vs los informales.

El uso de parteras tradicionales tanto en México como en EU puede estar mediado por los familiares de las mujeres y por algunos factores socio-culturales. También podría estar asociado a una edad más joven y a tener un primer embarazo. Las tres participantes que acudieron con parteras tradicionales eran menores de 20 años, y para todas era su primer embarazo. Debido a su falta de experiencia comparada con otras mujeres de más edad con más experiencia, es posible que hubieran sido más fácilmente influidas por familiares y amigos en su decisión sobre el tipo de proveedor de salud al que debían acudir. Los temas de género también pudieron influir en las decisiones de las mujeres de acudir con parteras, como lo demuestra el caso de la participante cuyo esposo no quería que ella acudiera a consulta con un proveedor masculino.

Nuestros resultados apuntan a que unos de los motivos por los que las mujeres acuden a consulta con proveedores informales en México y en EU son la falta de seguro médico y las barreras de acceso a proveedores de salud formales. En México, una mujer que no tuvo acceso a los servicios del IMSS acudió con una partera tradicional, pero cambió a un proveedor formal tan pronto tuvo acceso a un seguro médico. Algunas mujeres mexicanas en los EU también explicaron que las personas acuden con proveedores informales porque son el tipo de servicios que están al alcance de aquellos que no cuentan con seguro médico

o porque no pueden permitirse el lujo de hacer desembolsos fuera de bolsillo por servicios formales de salud.

Aun cuando la mayoría de las participantes en el estudio reportaron una opinión positiva sobre las curanderas y las parteras, dos participantes expresaron su preocupación ya que consideran que este tipo de proveedores no cuentan con los conocimientos suficientes o que puedan causar daño a las mujeres con sus prácticas.

La utilización de servicios de parteras capacitadas para control prenatal y parto en los EU fue muy frecuente entre nuestras participantes. La mayoría de las mujeres se mostraron satisfechas con la atención recibida y les gustó el hecho de que las parteras profesionales eran mujeres, que las apoyaban, que estaban dispuestas a comunicarse con ellas en español y de superar las barreras lingüísticas, y que les brindaban información sobre salud. Por el contrario, ninguna de las mujeres que tuvo un parto en los EU había acudido con un médico. Las mujeres que si habían acudido con gineco-obstetras en los EU generalmente fue para solicitar tratamientos más especializados.

La mayoría de las participantes dijeron haber obtenido otros servicios de salud reproductiva, como Papanicolau, exámenes de mama, diagnóstico de ITS, o servicios de planificación familiar por parte de proveedores formales en los EU, en su mayoría de forma gratuita en las clínicas. La mayoría de las participantes reportó una experiencia positiva con los servicios de salud tanto en EU como en México. Algunos de los problemas que enfrentaron las mujeres en los EU en su acceso a los servicios de salud incluyeron: barreras lingüísticas, falta de confianza en los proveedores, las consultas médicas se centraban en un solo problema de salud, y los tiempos de espera eran prolongados. Las mujeres que recibieron atención médica en México se quejaron de la falta de compasión de los médicos,

las prácticas del parto que no fomentaban una cercanía entre la madre y el niño, así como la falta de competencia profesional.

### *Síntesis de cada participante*

#### **C01**

Mujer originaria de Oaxaca. 29 años y entrevistada junto a su esposo mexicano de 44 años. Ambos hablaron extensamente acerca de la discriminación que han sufrido en los EU. Emigró a los EU en el 2007, porque toda su familia ya estaba allí. Cuando era niña trabajaba en el campo con su familia. Ha tenido cuatro embarazos. Tuvo su primer hijo a los 15 años cuando vivía en México. Acudió con una partera para "acomodar al bebe" cuando tenía 3 meses de embarazo. A los seis meses de embarazo empezó a presentar síntomas de parto prematuro y fue hospitalizada en el Hospital General de Oaxaca. En los EU tuvo 3 hijos en la Peterson Community Clinic. Se quejó acerca de los tiempos de espera prolongados durante sus visitas de control prenatal del segundo embarazo (su primera vez en los EU). Los partos fueron atendidos por una enfermera y una partera capacitada y le gustó la atención que recibió. De manera breve y superficial mencionó que tuvo un aborto en una clínica de los EU.

#### **C02**

Mujer originaria de México que emigró hace 10 años a los EU. Terminó la escuela secundaria y un programa profesional para ser secretaria en México. Emigró porque toda su familia ya vivía en los EU. Desde que se mudó a los EU ha trabajado en bodegas

empacadoras de productos. Se casó con un mexicano en los EU y tiene una hija de 7 años que nació en los EU y tuvo una experiencia favorable durante el parto. Después de su primer parto presentó un embarazo ectópico y un aborto espontáneo en los EU y ha estado tratando de quedar embarazada nuevamente. Reportó nunca haber acudido con proveedores informales por miedo a las consecuencias ya que considera que el conocimiento de este tipo de proveedores es empírico. Mencionó que incluso sus hermanas que viven en México acuden a consulta con médicos capacitados y no con proveedores informales. Dijo que tal vez su madre hubiera acudido alguna vez con parteras o curanderas. Sin embargo, su generación ya no acude con este tipo de proveedores.

### **C03**

Mujer originaria de Jalisco, México, que emigró a los EU en 1988. Estudió para ser maestra en México y vino a EU con su esposo con la intención de permanecer un año.

Posteriormente su marido fue asesinado y ella decidió quedarse. Primero vivió en Oakland y luego se trasladó a Woodland con sus cuatro hijos. Su primer hijo nació en México en una clínica del IMSS. Reportó una muy mala experiencia, porque en su opinión los médicos no cuentan con una formación profesional adecuada. Durante este primer embarazo acudió con una partera en México porque sus vecinos le dijeron que tenía que ir cada 2 meses "para que le acomoden al niño", pero como era demasiado doloroso y le pidió a la "sobadora" no hacerlo más y ya no regresó. Los otros dos embarazos (tuvo gemelos) fueron en los EU. Al comparar los sistemas de salud de los dos países mencionó que el control prenatal y los servicios de parto son mucho mejores en los EU que en México, porque las mujeres reciben más información, y porque el personal de salud está mejor entrenado y es más amigable.



#### **C04**

Mujer de 20 años que emigró de Michoacán en el año 2000 y se mudó a Los Angeles con su familia. Ahí conoció a su esposo y juntos se trasladaron a Sacramento. Tiene un hijo nacido en los EU. Al estar embarazada en Los Angeles, acudió con una "sobadora" por recomendación de su madre y su suegra. Dijo que la "sobadora" le "acomodó al bebe" y predijo que el bebé sería un niño. Luego, cuando se mudó a Sacramento continuó su control prenatal en la Davis Community Clinic donde una partera capacitada asistió en el parto. Mencionó que su esposo no quería que ella fuera a consulta con un médico varón para el parto y por este motivo decidió acudir a control prenatal y parto con una partera. Mencionó que le gustó la atención recibida. Dijo que actualmente en los EU es más común que las mujeres que buscan un aborto acudan a una clínica especializada para aborto en lugar de recurrir a hierbas o hacer otro tipo de cosas. Ella no tenía conocimiento del misoprostol.

#### **C05**

Mujer de 34 años originaria de Jalisco, México. Emigró a los EU en el 2004, porque toda su familia había emigrado anteriormente. Es soltera y vive con otra hermana que también es soltera. Actualmente está aprendiendo inglés y no trabaja. Mencionó que en ocasiones se siente discriminada. Nunca ha estado embarazada y acude a consulta para servicios de salud reproductiva en las clínicas de Peterson o de Davis. No le gusta el servicio porque dice que los tiempos de espera son prolongados, por lo general no tratan todos los problemas que presenta y solo se centran en uno de los síntomas. También mencionó que el nivel de español del médico tratante es variable, ya que a veces se da cuenta que él médico no entiende lo que ella le dice y por tanto duda de la calidad de la atención que recibe por las

barreras del idioma. Ha oído hablar de mujeres que tienen abortos en clínicas en los EU y también ha escuchado que algunas mujeres utilizan “ruda” para interrumpir sus embarazos. Ella nunca ha acudido con proveedores informales, pero dice que en ocasiones es necesario recurrir a ellos (curanderas, sobadores) si la persona cuenta con seguro médico.

## **C06**

Mujer de 37 años, de escasos recursos originaria de Morelos, México que creció en un ambiente muy hostil por un padre alcohólico y quiso escapar de esta situación. Decidió emigrar a los EU con una familia como empleada doméstica y niñera hace 12 años. Después se casó y tuvo dos niños con retraso mental y crisis convulsivas. Actualmente no trabaja y tiene dificultad para aprender inglés. Reportó que se ha enfrentado a mucha discriminación por ser latina y tener hijos con discapacidad. Ella acudió a una "sobadora" cuando vivía en México porque tenía períodos menstruales abundantes. Dijo que el tratamiento fue eficaz aun cuando no se refirió a la calidad de la atención. Su primer parto fue asistido por una partera capacitada y dijo que fue una muy mala experiencia. Tuvo un trabajo de parto prolongado y el bebé presentó problemas al pasar por el canal de parto. Después de muchas horas de trabajo de parto finalmente llamaron a un gineco-obstetra y dio a luz al bebé. Dijo que tal vez su hijo tiene convulsiones como consecuencia del trabajo de parto tan prolongado ya que la cabeza del bebé se deformó cuando nació. Dijo haber recibido servicios de salud reproductiva, como pruebas de Papanicolaou y de mama, en la Clínica de Peterson pero dejó de acudir a dicha clínica por la mala calidad del servicio y la discriminación por parte del personal de la clínica. Actualmente acude a la clínica de Davis y le gusta la atención que le brindan. No tenía ningún conocimiento sobre servicios de aborto en los EU o en México, o del uso del misoprostol.

## C07

Mujer de 32 años originaria de Texas. Su madre emigró a los EU hace 35 años y ella fue la única de nueve familiares que nació en los EU. La familia regresó a México y ella pasó los primeros 6 años en México para después regresar a Texas y luego a California. Dijo que había tenido problemas para entender y hablar inglés y la adaptación al sistema escolar en los EU no había sido sencilla. También reportó haber sufrido discriminación racial.

Actualmente está inscrita en un programa de Consejería Familiar y de Pareja en la USF. Es soltera, nunca ha estado embarazada y nunca ha acudido a servicios de salud reproductiva con proveedores informales. Ha oído hablar de personas que acuden con curanderas "para hacerse limpias." Reportó que alguna vez su madre "se hizo una limpia" porque tenía una enfermedad y no se había mejorado después de tomar los medicamentos recetados por el médico. Su madre fue atendida por una partera en sus tres primeros embarazos en México. Ella había oído hablar de personas que acuden con proveedores informales "sobadores" porque tienen "mal de ojo" o "empacho" o quieren quedar embarazada, pero no para un aborto. En su opinión, las personas acuden con proveedores informales por falta de seguro médico, porque son menos costosos y se puede establecer una mejor relación con este tipo de proveedor. No había oído acerca del misoprostol.

## C08

Mujer de 32 años que terminó el primer año de escuela secundaria en Guanajuato. Se casó en Guanajuato y emigró con su esposo a Woodland hace 8 años. Su primera hija nació en México y su hijo nació en los EU. Dijo haber tenido un aborto espontáneo en el 2007 y que estaba embarazada al momento de la entrevista. Durante su primer embarazo acudió a

control prenatal con un médico. Cuando tenía 8 meses de embarazo el médico le dijo que el bebé no estaba en posición cefálica. Los vecinos le dijeron que fuera con una "sobadora", pero se negó porque en ese momento tenía 8 meses de embarazo y le preocupaba que pudieran lastimar a su bebé. Tuvo una cesárea en una clínica en México. Durante su segundo embarazo asistió a control prenatal en la clínica de Peterson en los EU. Dijo haber tenido preeclampsia y una cesárea. Después de haber presentado un aborto espontáneo fue tratada en la clínica de Peterson y actualmente continúa acudiendo a control prenatal en este mismo hospital donde le gusta la atención que ha recibido. Considera que los servicios de salud en los EU son mejores que los de México. No se intercambió información sobre aborto o misoprostol en esta entrevista.

## **C11**

Mujer de 42 años procedente de Michoacán. Emigró a los EU con su esposo hace 21 años. Mencionó que el proceso de integración a la vida en EU fue muy doloroso. Estaba deprimida y sufría violencia doméstica y se separó de su esposo en el año 2007. Actualmente vive en Davis y mencionó que se siente inhibida para hablar en inglés. Cuando vivía en México, su madre solía llevarla a una curandera que le daba té cuando tenía "empacho" o dolor de estómago. Dijo que no le gusta acudir a las clínicas comunitarias por los tiempos de espera. Dijo que se enteró de que la hermana de un amigo quedó embarazada por accidente, tomo ruda con chocolate y tuvo un aborto. Así es como se enteró de que se utiliza la ruda con chocolate para tener un aborto. Dijo que no ha escuchado ninguna información sobre misoprostol.

## REFERENCIAS

Abma JC, Chandra A, Mosher WD, Peterson LS, Piccinino LJ. Fertility, family planning, and women's health: New data from the 1995 National Survey of Family Growth.

National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 23(19). 1997.

Amuchástegui Herrera, A. & Rivas Zivy, M. (2002). Clandestine abortion in Mexico: A question of mental as well as physical health. *Reproductive Health Matters*, 10(19), 95-102.

Angulo, V. & Guendelman, S. (2002). Crossing the border for abortion services: The Tijuana-San Diego connection. *Health Care Women Int.* 23(6-7), 642-53.

Berk, M. L., Schur, C. L., Chavez, L. R. & Frankel, M. (2000). Health care use among undocumented immigrants. *Health Affairs*, 19(4), 51-65.

Casteñada, X., Billings, D.L. & Blanco, J. (2003). Abortion beliefs and practices among midwives (parteras) in a rural Mexican township. *Women & Health*, 37(2), 73-87.

Castro, R. (2001). 'When a man is with a woman, it feels like electricity': subjectivity, sexuality and contraception among men in Central Mexico. *Culture, Health, and Sexuality*, 3(2), 149-165.

Castro, R. & Ervity, J. (2003). Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, 7(1), 90-110. Center for Immigration Studies. (2001).

Health insurance coverage. Retrieved from

<http://www.cis.org/articles/2001/mexico/health.html#25>

Center for Immigration Studies. (2001). Numbers and geographic distribution. Retrieved from <http://www.cis.org/articles/2001/mexico/numbers.html>

Center for Immigration Studies. (2001). Poverty and income. Retrieved from <http://www.cis.org/articles/2001/mexico/poverty.html>

Centers for Medicare & Medicaid Services. State Demonstration Waiver Projects. Accessed online on 7/26/07 at <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidStWaivProgDemoPGI>.

Darroch, FH, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. [Fam Plann Perspect](#). 1999 31(2):56-63.

Deeb-Sossa, N and Melissa Moreno. Unpublished. "A Struggle for Sexual and Reproductive Health: Testimonios of Latinas in North Carolina" with Melissa Moreno, reviewed and to be resubmitted to [Gender & Society](#). Working paper.

Finkler, K. (2001). Physicians at work, patients in pain: Biomedical practice and patient response in Mexico (2nd ed.). Durham, NC: Carolina Academic Press.

[Foster DG](#), [Biggs MA](#), [Amaral G](#), [Brindis C](#), [Navarro S](#), [Bradsberry M](#), [Stewart F](#)

Estimates of pregnancies averted through California's family planning waiver program in 2002. [Perspect Sex Reprod Health](#). 2006 Sep;38(3):126-31.

Galante, C. (1992). "Plantas medicinales de la region istmeña utilizadas en la reproduccion." en Sesia Paola (Edit.). Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria de Oaxaca. Edit. CIESAS/Gobierno del Estado de Oaxaca, Oaxaca, Mexico, 119-151.

Garcés-Palacio, I. C., Altarac, M. & Scarinci, I. C. (2008). Contraceptive knowledge and use among low-income Hispanic immigrant women and non-Hispanic women. [Contraception](#), 77(4), 270-5.

Goel, P., Ross-Degnan, D., Berman, P. & Soumerai, S. (1996). Retail pharmacies in developing countries: A behavior and intervention framework. [Soc Sci Med](#), 42(8):1155-61.

Grossman, D., Kingston, J., Schweikert, S., Troncoso, E., Falquier, S. & Billings, D. (2005). Women's experiences crossing from Mexico to San Diego to access safe, legal abortion services. Oral presentation at the American Public Health Association Annual Meeting, Philadelphia, December 12, 2005.

Harvey, S.M., Henderson, J.T. & Casillas, A. (2006). Factors associated with effective contraceptive use among a sample of Latina women. *Women Health*, 43(2), 1-16.

Hernandez, Libertad e Ignacio Bernal. 1992. "Practicas y procedimientos terapeuticos de las parteras tradicionales" en Sesia Paola (Edit.). *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria de Oaxaca*. Edit. CIESAS/Gobierno del Estado de Oaxaca, Oaxaca, Mexico, Pags. 189-208.

Kaplan, C.P., Erickson, P.I., Stewart, S.L. & Crane, L.A. (2001) Young Latinas and abortion: the role of cultural factors, reproductive behavior, and alternative roles to motherhood. *Health Care Women Int*, 22(7), 667-89.

Kroeger, A., Ochoa, H., Arana, B., Diaz, A., Rizzo, N. & Flores, W. (2001). Inadequate drug advice in the pharmacies of Guatemala and Mexico: The scale of the problem and explanatory factors. *Ann Trop Med Parasitol*, 95, 605-616.

Lamas, M. & Bissel, S. (2000). Abortion and politics in Mexico: 'Context is all.' *Reproductive Health Matters*, 8(16), 10-23.

Lara, D., Abuabara, K., Grossman, D. & Diaz-Olavarrieta, C. (2006). Pharmacy provision of medical abortifacients in a Latin American city. *Contraception*, 74(5), 394-9.

Lee, J.H., Goldstein, M.S., Brown, R.C. & Ballard-Barbash R. (2008). How does acculturation affect the use of complementary and alternative medicine providers among Mexican- and Asian-Americans? *Journal of Immigrant Minority Health*.

Minnis, A.M. & Padian, N.S. (2001) Reproductive health differences among Latin American-and US-born young women. *Journal of Urban Health*, 78(4), 627-637.

Miranda, A. (2006). Are young cohorts of women delaying first birth in Mexico? *Journal of Population Economics*, 19, 55-70.

Mosher WD, Jones J. Use of Contraception in the United States: 1982-2008. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 23 (29). 2010.

Nandi, A., Galea, S., Lopez, G., Nandi, V., Stronghorne, S., Ompad, D.C. (2008). Access to and use of health services among undocumented Mexican immigrants in a US urban area. *AJPH*, 98(11), 2011-2020.

Nazar-Beutelspacher, A., Molina-Rosales, D., Salvatierra-Izaba, B., Zapata-Martelo, E. & Halperin, D. (1999). Education and nonuse of contraceptives among poor women in Chiapas, Mexico. *International Family Planning Perspectives*, 25(3), 132-138.

Ortega, A., Fang, H., Perez, V., Rizzo, J.A., Carter-Pokras, O., Wallace, S. & Gelberg, L. (2007). Health care access, use of services, and experiences among undocumented Mexicans and other Latinos. *Arc, Arch Int Med*, 167(21), 2354-2360.

Padilla, R., Gomez, V., Biggerstaff, S.L. & Mehler, P.S. (2001). Use of curanderismo in a public health care system. *Arch Intern Med*, 161, 1336-1340.

Passell, J. (2005) Unauthorized migrants: Numbers and characteristics. Pew Hispanic Center. June 14, 2005. Accessed online on 2/25/09 at [www.pewhispanic.org](http://www.pewhispanic.org).

[Romo, L.F., Berenson, A.B. & Segars, A.](#) (2004) Sociocultural and religious influences on the normative contraceptive practices of Latino women in the United States. *Contraception*. 69(3), 219-25.



Rosing, M.A. & Archbald, C.D. (2000). The knowledge, acceptability, and use of misoprostol for self-induced medical abortion in an urban US population. *J Am Med Women's Assoc* 55(3),183-185.

Rubel, A. J. K. Weller-Fahey, M., & Trosdal. (1975). Conception, gestation, and delivery according to some Mananabang of Cebu. *Philipp. Quart. Cult. and Soc*, 3, 131-145.

UCSF Bixby Center for Reproductive Health. Fact Sheet on FAMILY PACT: Overview, Version.3. May 2006.

Unger, J.B.& Molina, G.B. (2000). Acculturation and attitudes about contraceptive use among Latina women. *Health Care Women Int*, 21(3), 235-49.

Venkat P, Masch R, Ng E, Cremer M, Richman S, Arslan A. Knowledge and Beliefs about Contraception in Urban Latina Women. *J Community Health* 2008; 33(5):357-62.