

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA



Intervenciones desde los servicios de salud para mejorar la salud de mujeres migrantes: Una revisión de alcance.

AUTORA: González Gallego, Raquel.

TUTORA: Chilet Rosell, Elisa.

COTUTOR: Hernández Aguado, Ildefonso

Departamento: Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología.

Área: Medicina preventiva y Salud Pública.

Curso académico 2024- 2025

Convocatoria de mayo.

ÍNDICE

1. Resumen
2. Abstract
3. Introducción
4. Metodología
5. Resultados
 - 5.1. Resultados de las intervenciones dirigidas a la salud obstétrica
 - 5.2. Resultados de las intervenciones dirigidas a la salud oncológica
 - 5.3. Resultados de las intervenciones dirigidas a la salud sexual
 - 5.4. Resultados de las intervenciones dirigidas a la actividad física
 - 5.5. Resultados de otras intervenciones
6. Discusión
7. Conclusiones
8. Referencias bibliográficas
9. Anexos
 - 9.1. Anexo 1
 - 9.2. Anexo 2



1. RESUMEN

La migración se conoce como un determinante social de la salud, pudiendo afectar de manera negativa en la salud de las personas que se desplazan cuando esta condición se une a otros determinantes sociales. Esta situación es más desfavorable en el caso de las mujeres por la doble discriminación que sufren. Este estudio tiene como objetivo mapear la evidencia sobre las intervenciones realizadas desde los sistemas de salud para mejorar la salud de mujeres migrantes.

Se realizó una revisión de alcance en la que se incluyeron 24 estudios que abordan 22 intervenciones, de las que se realizó un análisis descriptivo.

Las intervenciones identificadas en el estudio se enfocaron en su mayoría a la salud obstétrica y sexual, y salud oncológica, abordando principalmente el cáncer de mama; además de actividad física, salud mental, y atención primaria, siendo esta última el grupo con menos intervenciones. Hubo mayor número de intervenciones realizadas de forma individual frente a grupal o mixta; y predominó la presencia de intérprete.

Se destaca el enfoque de forma mayoritaria en la salud sexual y reproductiva, a la que clásicamente se ha reducido la salud de la mujer, y la necesidad de intervenciones centradas en la morbilidad diferencial atendiendo a las necesidades del colectivo. Además, de la escasa representación de atención primaria en las intervenciones, siendo la especialidad con más potencial para paliar las desigualdades en salud. Estas consideraciones se recogen como lagunas de evidencia en las que se debería de profundizar en futuras investigaciones e implementaciones por parte de las instituciones sanitarias.

2. ABSTRACT

Migration is recognized as a social determinant of health, exerting a negative impact on the health of displaced individuals. This situation is particularly adverse for women due to the compounded effects of dual discrimination. This study aims to map the existing evidence on health system interventions designed to improve the health outcomes of

migrant women.

A scoping review was conducted, including 24 studies that described a total of 22 interventions, which were subjected to a descriptive analysis.

Most of the interventions identified focused on obstetric and sexual health, as well as oncological health, primarily breast cancer. Other areas addressed included physical activity, mental health, and primary care, the latter being the least represented category. Individual interventions were more common than group-based or mixed approaches, and interpreter support was frequently present.

The findings highlight a predominant focus on sexual and reproductive health—an area historically used to define women's health, underscoring the need for interventions that address differential morbidity based on the specific needs of this population. Furthermore, the limited inclusion of primary care, a field with high potential to reduce health inequities, was noted as a significant gap. These findings point to key evidence gaps that should be explored in future research and addressed through implementation by health institutions.

3. INTRODUCCIÓN

Alrededor del 3,6% de la población mundial era migrante internacional en 2020 (1). Aunque no existe una definición consensuada sobre la palabra “migrante”, en definitiva, hace referencia a las personas que residen en un lugar distinto al que nacieron, por lo que aparte de los migrantes internacionales, se incluyen en esta categoría las personas migrantes internas (aquellas cuyo desplazamiento se realiza dentro de un mismo país).

La población que migra ha ido aumentando en los últimos años, detectándose mayor número de migrantes internacionales masculinos que femeninos. Esta diferencia está aumentando ligeramente, con una disminución del porcentaje de mujeres migrantes internacionales del 49,4% en el año 2000 al 48,1% en 2020. Esto se debe a que la migración, como cualquier otro proceso social está sometido a las normas sociales de género (1).

Las motivaciones para migrar son múltiples, pero en su mayoría se persigue una expectativa de mejora de las condiciones de vida, bien por la búsqueda de nuevas oportunidades o por la huida de situaciones adversas o de conflicto. Sin embargo, el proceso de migración en sí tiene numerosas consecuencias que repercuten sobre la persona que migra, su comunidad e incluso la comunidad de acogida.

Por este motivo, la migración se considera un determinante social de la salud y tiene repercusión en las personas que se desplazan. En este sentido, se conoce una mayor prevalencia de mortalidad para infecciones, causas externas, enfermedades hematopoyéticas y cardiovasculares (2).

El estudio de la salud de las personas migrantes que supone una dificultad por su dinamismo y heterogeneidad, pues las culturas de procedencia son múltiples y muy diversas, esto es relevante ya que influye en el entendimiento de la salud y la enfermedad (3). Además, la mayoría de los datos acerca de esta población caracterizan a migrantes que residen en países desarrollados.

No obstante, se conoce que al igual que el contexto sociopolítico, la discriminación hacia las personas migrantes es un determinante de la salud que afecta de manera directa al bienestar, teniendo relación con patologías tanto mentales como físicas.

Aunque la migración en sí puede suponer un riesgo para la salud, hay diferentes factores que determinan esta influencia como son la edad en el momento del desplazamiento, la clase social, las políticas de migración del país de acogida, el género o la identidad sexual (4).

En cuanto al género, es uno de los ejes de desigualdad, que no puede estudiarse de forma aislada, ya que tiene intersecciones con otros determinantes asegurando una estructura social jerárquica que genera desigualdades en todos los ámbitos, influyendo también en la inequidad en términos de salud (4). Esta situación tiene como resultado una peor salud de mujeres migrantes.

El modelo biomédico, en el que se basa la atención sanitaria, tiende a considerar las causas biológicas que explican la enfermedad, por lo que puede dejar fuera las

dimensiones socioculturales de este proceso, dándole un carácter etnocéntrico que no tiene en cuenta las diferencias culturales ni étnicas, ni las implicaciones que ello conlleva (5).

En el caso de las mujeres, al sesgo etnocéntrico se suma el sesgo de género, lo que supone una asistencia desigual en los servicios, siendo un eje más de la discriminación.

El modelo de atención sanitaria se rige por los principios y valores sociales, donde las normas y jerarquías están bien marcadas, reproduciendo roles de poder y favoreciendo la existencia de una atención deficiente y homogénea ante una población con necesidades diversas (7).

De la misma forma que los valores xenófobos y androcéntricos influyen en el modelo de atención sanitaria, lo hacen en el ejercicio de profesionales sanitarios, estando cargada en muchas ocasiones de prejuicios y estereotipos. El trato recibido por este colectivo suele ser discriminatorio, tratándolas con paternalismo y exclusión (3).

A ello se suma la dificultad de acceso a los servicios, pues en muchos países es necesario contar con un seguro privado, por lo que las personas migrantes que no estén reconocidas legalmente e insertas en el sistema laboral no tendrán opción de atención sanitaria.

Como resultado, muchas personas que migran quedan excluidas de los sistemas de salud, siendo especialmente notable en el caso de personas en situación irregular, cuya única opción de atención son los servicios de emergencias (3, 8).

Debido a esto el uso de los sistemas de salud por parte de la población migrantes es menor (3). Además de la falta de adecuación del modelo sanitario, la discriminación y la dificultad en el acceso, existen otras barreras como los escasos apoyos sociales, dificultades idiomáticas, limitados conocimientos sobre el sistema sanitario (7), barreras personales, geográficas, y económicas (8).

Otra de las diferencias en salud de las personas migrantes puede explicarse por las malas condiciones de vida en los países de acogida, el trabajo precario, en ocasiones peligroso, y sus posibles consecuencias. La salud ocupacional también tiende a ser peor por el

trabajo mayoritario en empleos temporales, con alto riesgo y la ausencia de derechos laborales (9). En el caso de las mujeres, están destinadas en su mayoría a sectores de empleo que la población nativa no cubre, existiendo una concentración ocupacional en sectores feminizados que requieren de menor cualificación como el del cuidado o el doméstico (10).

Esta combinación es un caldo de cultivo idóneo para generar desigualdades que afectan a la salud de los colectivos más discriminados. En este ámbito, según Abubakar I, et al. (6) las personas migrantes cuentan con un mayor riesgo de desarrollo de enfermedades mentales, en relación con el ánimo y la psicosis, siendo uno de los principales factores precipitantes las situaciones estresantes que conlleva el proceso migratorio: discriminación en todas sus formas, violencia o eventos traumáticos.

Existen otros ámbitos de la salud en los que los resultados son peores para personas que han migrado como es la salud obstétrica y los resultados perinatales, que influyen tanto en la salud materna con mayores tasas de depresión postparto, como en la salud del recién nacido, con mayor riesgo de morbilidad neonatal (6).

Los riesgos específicos por género son mayores en el caso de las mujeres en el proceso migratorio, en especial cuando se habla de violencia sexual, siendo el 71% de personas en situación esclavitud moderna mujeres y niñas (11). A su llegada al país de destino, en el caso de España, la prevalencia de violencia de género en mujeres migrantes duplica a la de mujeres autóctonas, así como los feminicidios, donde existe mayor vulnerabilidad en este colectivo (12).

En el caso de mujeres detenidas en Centros de Internamiento de extranjeros (CIEs) se ha documentado la ausencia de seguimiento de mujeres embarazadas mediante atención especializada y la ausencia de información sobre la opción de interrupción voluntaria del embarazo. Así como la interrupción o denegación de tratamientos médicos en el caso de anticoncepción, metadona, o tratamientos hormonales a mujeres trans. También se relatan situaciones de abuso y discriminación en estos centros por cuestiones étnicas, de género e identidad sexual (12).

Teniendo esto en cuenta, se debería garantizar el acceso a los servicios de salud

mediante medidas de equidad en salud que puedan paliar los riesgos que supone la migración, no solo en pro de la salud sino también de la garantía de respeto a los derechos humanos.

En cambio, a la vez que se genera conocimiento acerca de esta problemática, se instauran políticas restrictivas desde los sectores políticos más reaccionarios que dificultan la equidad en este sentido (2).

El presente estudio surge de la necesidad de aportar una visión global sobre los intentos de mejorar la salud de las mujeres migrantes por parte de las instituciones sanitarias. Se pretende mapear la evidencia de intervenciones en este ámbito. El objetivo principal de esta revisión exploratoria es caracterizar la evidencia existente respecto a las intervenciones en salud dirigidas a mujeres migrantes desde los sistemas de salud, así como las lagunas de conocimiento existentes en la investigación de este campo.

4. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión de alcance basada en el marco metodológico de Arksey y O'Malley, y las recomendaciones de Levac, Colquhoun y O'Brien. Este marco propone distintas etapas de investigación que son: identificación de la pregunta de investigación, identificación de estudios relevantes, selección de estudios, extracción de datos y recopilación, resumen y presentación de resultados (13).

La pregunta de investigación que se pretende responder con esta revisión es: ¿qué intervenciones se han realizado desde los servicios sanitarios para fomentar la salud de las mujeres migrantes?

Se realizó una búsqueda en octubre de 2024 en Medline a través de PubMed con una ecuación de búsqueda previamente definida, en la que los estudios debían contener en el título o resumen palabras relacionadas con “género” o “mujer”, y, “intervención” o “programa”, y “migrantes” o “refugiados”.

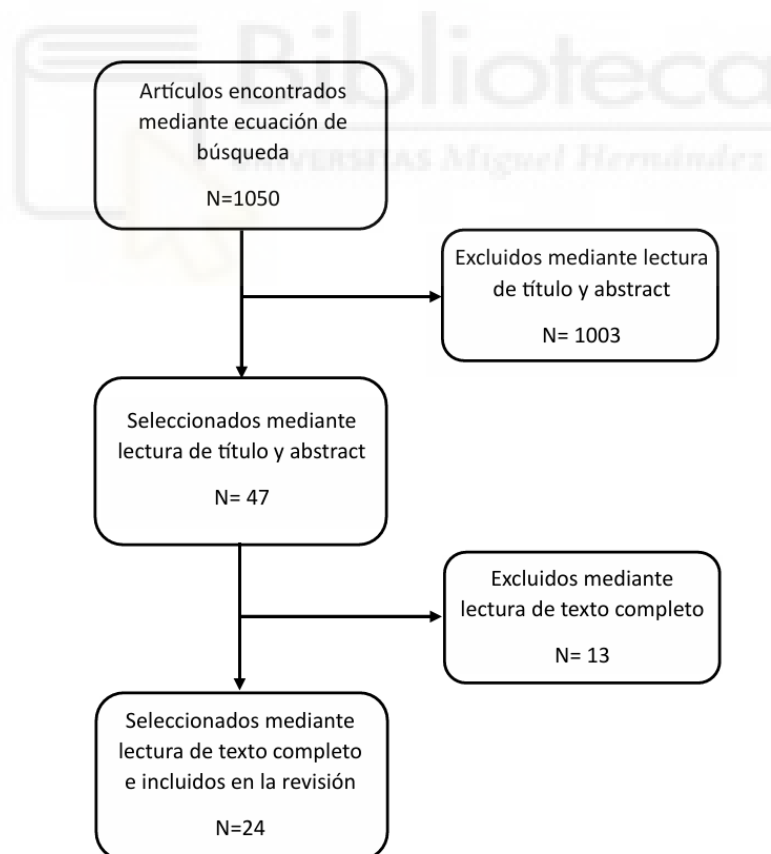
En esta búsqueda se obtuvieron 1050 artículos, de los que se seleccionaron 47 mediante

la lectura del título y el resumen. Posteriormente, con la lectura completa se descartaron 23, quedando un total de 24 artículos (Figura 1). Se seleccionaron los artículos que abordaban intervenciones dirigidas a mejorar la salud de mujeres migrantes, o con perspectiva de género, llevadas a cabo desde la atención sanitaria, y que estuvieran evaluadas. Se descartaron protocolos, intervenciones llevadas a cabo por ONGs u otras instituciones, e intervenciones no evaluadas o que evaluaran viabilidad o aceptabilidad.

Se realizó una lista de ítems con los datos que se consideraron de relevancia a cerca de las intervenciones, comenzando por características descriptivas de los artículos.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de la información obtenida mediante estos ítems.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.



5. RESULTADOS

Se incluyeron en la investigación un total de 24 estudios (anexo 1). Para la descripción de resultados nos referiremos a los estudios incluidos con una numeración alfanumérica, en la que las referencias incluirán la letra A para indicar que se refieren a las incluidas en el anexo y el número asignado por orden. Los 24 artículos incluidos evalúan 22 intervenciones, siendo los estudios A3 y A4 evaluaciones de una misma intervención, de la misma forma que los A12 y A18.

Los estudios, cuyas características se recogen en la tabla 1, se publicaron entre 2008 y 2024, siendo la mayoría de ellos (66%) de los últimos 10 años (A1-A16). El mayor número de intervenciones (37.7%) proviene de Estados Unidos. El enfoque metodológico de la evaluación fue en su mayoría cuantitativo (58.3%). De las 22 intervenciones estudiadas, el 54.16% (n=13) tuvieron un intérprete, había una persona bilingüe o el material estaba adaptado lingüísticamente. El tipo de intervención que predominó fue individual (45.8%), siendo el ámbito con menos intervenciones atención primaria (n =1).

Las intervenciones se clasificaron según el tema de la salud abarcado. Destacan las intervenciones dirigidas a la salud obstétrica (33.4%) siendo el grupo más numeroso, seguido del 29.2% dirigidas al cáncer.

Tabla 1. Descripción de las principales características de las 24 intervenciones dirigidas a mejorar la salud de mujeres migrantes promovidas por el sistema sanitario incluidas en la revisión.

	N = 24	Referencias
Tema de salud		
Salud obstétrica	8 (33.4%)	A1, A3, A4, A6, A7, A8, A11, A13
Salud sexual	3 (13.6%)	A2, A10, A17
Salud oncológica	7 (29.2%)	A5, A9, A12, A 14, A16, A18, A21
Actividad física	3 (13.6%)	A20, A22, A24
Atención primaria	1 (4,6%)	A19

Salud Mental	2 (9,1%)	A15, A23
Procedencia		
Europa	7 (29.2%)	A1, A3, A4, A6, A20 A22, A23
Asia	6 (27.7%)	A2, A5, A7, A14, A17, A19
América	9 (37.5%)	A8, A10, A11, A12, A15, A16, A18, A21, A24
Oceanía	2 (9.1%)	A9, A 13
Enfoque metodológico de la evaluación		
Cuantitativa	14 (58.3%)	A2, A3, A6, A7, A8, A12, A15, A16, A17, A18, A20, A21, A22, A24
Cualitativa	5 (20.8%)	A1, A4, A5, A13, A19
Mixta	5 (20.8%)	A9, A10, A11, A14, A23
Tipo de intervención		
Grupal	9 (40.9%)	A2, A5, A9, A14, A16, A20, A22, A23, A24
Individual	11 (45.8%)	A1, A3, A4, A6, A8, A10, A12, A15, A17, A18, A19
Mixta	3 (13.6%)	A11, A13, A21
Poblacional	1 (4.5%)	A7
Intérprete o adaptación cultural		
Sí	13 (54.16%)	A1, A3, A4, A5, A6, A12, A13, A15, A16, A18, A21, A22, A23
No	11 (45.8%)	A2, A7, A8, A9, A10, A11, A14, A17, A19, A20, A24

5.1. RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA SALUD OBSTÉTRICA.

Se encontraron 8 intervenciones dirigidas a la salud obstétrica (Tabla 2). Entre sus

objetivos destacan la mejora de las experiencias de atención sanitaria (n=3), y la mejora del acceso a la atención sanitaria (n=4). Abordan diferentes etapas perinatales y solo una se centra en el periodo postnatal.

El 50% de las intervenciones son de carácter individual asistencial, siendo la intervención mayoritaria consultas asistenciales durante el embarazo (37.5%), realizada de forma gratuita por las parteras para el seguimiento del embarazo; en el anexo 2 se recogen las intervenciones de forma más detallada. En el 62.5% de ellas cuentan con presencia de intérprete y solo el 12.5% fue dirigida migrantes internas.

La evaluación fue cuantitativa en el 50% de los estudios, y se realizó de forma mayoritaria tras la intervención, particularmente en aquellas intervenciones de evaluación cualitativa o mixta. Solo 2 utilizaron grupo control. En los resultados destacan el aumento de búsqueda de atención (n=3) y la menor preocupación respecto al parto (n=3).

Tabla 2. Descripción de las principales características de las 8 intervenciones dirigidas a mejorar la salud obstétrica de mujeres migrantes promovidas por el sistema sanitario incluidas en la revisión.

	N = 8	Referencias
Objetivo de la intervención		
Proporcionar bienestar psicosocial	1 (12.5%)	A1
Mejorar las experiencias de atención sanitaria	3 (37.5%)	A3, A4, A6
Mejorar el acceso a la atención sanitaria	4 (50%)	A7, A8, A11, A13
Proporcionar información	1 (12.5%)	A13
Etapas		
Perinatal	2 (25%)	A1, A7
Prenatal	3 (37.5%)	A8, A11, A13
Postnatal	1 (12.5%)	A6
Parto	3 (37.5%)	A3, A4, A6

Tipo de intervención		
Individual asistencial	4 (50%)	A1, A3, A4, A8
Mixta (Individual asistencia y grupal educativa)	2 (25%)	A11, A13
Promoción, asociación y movilización comunitaria	1 (12.5%)	A7
Intérprete o adaptación cultural		
Sí	5 (62.5%)	A1, A3, A4, A6, A13
No	3 (37.5%)	A7, A8, A11
Migrantes		
Externas	7 (87.5%)	A1, A3, A4, A6, A8, A11, A13
Internas	1 (12.5%)	A7
Intervención		
Visitas domiciliarias	1 (12.5%)	A1
Visita guiada al paritorio	2 (25%)	A3, A4
Acompañamiento intraparto	1 (12.5%)	A6
Asignación de personal a los asentamientos y mejora de suministros	1 (12.5%)	A7
Consulta asistencial durante el embarazo	4 (37.5%)	A8, A11, A13
Discusión grupal	1 (12.5%)	A11
Sesión informativa grupal	1 (12.5%)	A13
Enfoque metodológico de la evaluación		
Cuantitativa	4 (50%)	A3, A6, A7, A8
Cualitativa	3 (37.5%)	A1, A4, A13
Mixta	1 (12.5%)	A11
Tipo de evaluación		
Tras la intervención	4 (50%)	A1, A3, A4, A13

Comparación pre y post	2 (25%)	A7, A11
Comparación entre intervenciones	1 (12.5%)	A8
Comparación con grupo control	2 (25%)	A6, A7
Resultados		
Aumento de recursos de crianza	1 (12.5%)	A1
Aumentó la búsqueda de atención	3 (37.5%)	A3, A4, A7
Reportaron experiencias positivas	1 (12.5%)	A6
Aumento de detección de DM, SGB, vacunación	1 (12.5%)	A8
Aumento de conocimiento auto informado a cerca del embarazo	1 (12.5%)	A11
Menor preocupación por el parto	3 (37.5%)	A3, A4, A13

5.2. RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA SALUD ONCOLÓGICA.

Siete de las intervenciones incluidas abordan el cáncer (Tabla 3), de ellas, solo una (14.3%) trata el cáncer de cérvix (A9), y el resto el de mama. El objetivo mayoritario (57.1%) fue la disminución de las disparidades en la detección. Todas las intervenciones fueron educativas, siendo el 57.1% grupales. El 71.4% tuvieron adaptación lingüística o cultural, y el 57.1% consistieron en sesiones informativas. Solo una intervención incluía además a migrantes internas.

La evaluación fue principalmente fue cuantitativa (57.1%), y se realizó mediante la comparación de datos previos y posteriores a la intervención (57.1%). En los resultados destaca el aumento de mujeres que se sometieron al cribado mamográfico (57.1%).

Tabla 3. Descripción de las principales características de las 7 intervenciones dirigidas a la salud oncológica de mujeres migrantes promovidas por el sistema sanitario incluidas en la revisión.

	N = 7	Referencias
--	-------	-------------

Tipo de cáncer		
Mama	6 (85.7%)	A5, A12, A18, A 14, A16, A21
Cérvix	1 (14.3%)	A9
Objetivo de la intervención		
Aumentar la concienciación	2 (28.6%)	A5, A16
Disminuir las disparidades en la detección	4 (57.1%)	A12, A16, A18, A21
Aumentar la comprensión del programa de cribado y mejorar la alfabetización	1 (14.3%)	A9
Tipo de intervención		
Individual educativa	1 (14.3%)	A12, A18,
Grupal educativa	4 (57.1%)	A5, A9, A14, A16
Mixta	1 (14.3%)	A21
Intérprete o adaptación cultural		
Sí	5 (71.4%)	A5, A12, A18, A16, A21
No	2 (28.6%)	A9, A14
Migrantes		
Externas	6 (85.7%)	A5, A9, A12, A18, A16, A21
Externas e internas	1 (14.3%)	A14
Intervención		
Sesiones informativas	4 (57.1%)	A5, A9, A16, A21
Proporción de material educativo	1 (14.3%)	A12, A18
Concienciación sobre prevención vía telefónica	3 (42.9%)	A12, A18, A21
Formación sobre autoexploración	1 (14.3%)	A14
Invitación a cribado mamográfico	1 (14.3%)	A14

Enfoque metodológico de la evaluación		
Cuantitativa	4 (57.1%)	A12, A16, A18, A21
Cualitativa	1 (14.3%)	A5
Mixta	2 (28.6%)	A9, A14
Tipo de evaluación		
Tras la intervención	1 (14.3%)	A9
Comparación pre y post	4 (57.1%)	A5, A16, A18, A21
Comparación con otro grupo	2 (28.6%)	A12, A18
Comparación con grupo control	1 (14.3%)	A14
Resultados		
Aumento de mujeres que se sometieron a cribado mamográfico	4 (57.1%)	A12, A16, A18, A 21
Aumento de conocimiento respecto al cáncer	3 (42.9%)	A5, A16, A18
Aumento de alfabetización en salud	1 (14.3%)	A9
Realización de autoexploración	1 (14.3%)	A5
Disminución de barreras respecto a la mamografía y autoexploración	1 (14.3%)	A14

5.3. RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA SALUD SEXUAL.

Se encontraron 3 intervenciones dirigidas a la salud sexual con objetivos diversos (Tabla 4). Dos de ellas fueron individuales, y solo una se dirigía a migrantes internas. Ninguna de las intervenciones en este ámbito contaba con adaptación lingüística o cultural.

La evaluación mayoritaria fue cuantitativa (n=2), se realizó mediante la recogida de datos previos y posteriores a la intervención (n=2), y mediante la comparación entre grupos (A10).

En los resultados se destacó la mejora de la satisfacción sexual, la reducción de las tasas de inasistencia a las consultas ginecológicas (A10), y la disminución de embarazos no deseados en el periodo postparto.

Tabla 4. Descripción de las principales características de las 3 intervenciones dirigidas a mejorar la salud sexual de mujeres migrantes promovidas por el sistema sanitario incluidas en la revisión.

	N = 3	Referencias
Objetivo		
Mejorar la función y satisfacción sexual	1 (33.3%)	A2
Mejorar el acceso a la atención	1 (33.3%)	A10
Prevención de embarazos no deseados	1 (33.3%)	A17
Tipo de intervención		
Individual	2 (66.7%)	A10, A17
Grupal educativa	1 (33.3%)	A2
Intérprete o adaptación cultural		
Sí	0	
No	3 (33.3%)	A2, A10, A17
Migrantes		
Internas	1 (33.3%)	A2
Externas	2 (66.7%)	A10, A17
Intervención		
Sesiones educativas sobre temas relacionados con la menopausia, función sexual y pareja	1 (33.3%)	A2
Facilitación de transporte para acudir a citas ginecológicas	1 (33.3%)	A10
Sesión de asesoramiento preparto sobre	1 (33.3%)	A17

anticoncepción y proporción de método anticonceptivo elegido		
Enfoque metodológico		
Cuantitativa	2 (66.7%)	A2, A17
Mixta	1 (33.3%)	A10
Tipo de evaluación		
Tras la intervención	1 (33.3%)	A17
Comparación pre y post	2 (66.7%)	A2, A10
Comparación entre grupos	1 (33.3%)	A10
Resultados		
Aumento de la función y satisfacción sexual	1 (33.3%)	A2
Reducción de las tasas de inasistencia	1 (33.3%)	A10
Disminución de la incidencia de embarazos no deseados	1 (33.3%)	A17

5.4. RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA.

Se incluyeron 3 intervenciones dirigidas a promover la actividad física (Tabla 5), todas ellas consistentes en sesiones grupales de actividad física y asesoramiento.

Solo una tuvo presencia de intérprete, y la evaluación fue cuantitativa en todas las intervenciones, existiendo comparación con grupo control en el 66.7%.

Tabla 5. Descripción de las principales características de las 3 intervenciones dirigidas a fomentar la actividad física de mujeres migrantes promovidas por el sistema sanitario incluidas en la revisión.

	N = 3	Referencias
Objetivo		

Promoción de actividad física	3 (100%)	A20, A22, A24
Tipo de intervención		
Grupal	3 (100%)	A20, A22, A24
Intérprete o adaptación cultural		
Sí	1 (33.3%)	A22
No	2 (66.7%)	A20, A24
Migrantes		
Externas	1 (33.3%)	A22
Externas e internas	2 (66.7%)	A20, A24
Intervención		
Sesiones grupales de actividad física	3 (100%)	A20, A22, A24
Asesoramiento y educación sobre actividad física	3 (100%)	A20, A22, A24
Discusión grupal	1 (33.3%)	A24
Enfoque metodológico		
Cuantitativa	3 (100%)	A20, A22, A 24
Tipo de evaluación		
Tras la intervención	1 (33.3%)	A24
Comparación pre y post y con grupo control	2 (66.7%)	A20, A22
Resultados		
Aumento de la actividad física	1 (33.3%)	A20
Realización de niveles mínimos recomendados de actividad física	1 (33.3%)	A24
Aumento de la capacidad aeróbica relativa	1 (33.3%)	A22

5.5. RESULTADOS DE OTRAS INTERVENCIONES.

El resto de las intervenciones fueron dirigidas a atención primaria y salud mental.

En la primera se encontró una única intervención con objetivo de desarrollar un servicio sostenible de atención primaria de salud materno infantil, dirigido a trabajadores temporales e incluía a migrantes internas y externas. Se realizó mediante un programa de visitas domiciliarias con derivación, educación sanitaria y se proporcionaron servicios de salud en las residencias temporales. Se evaluó mediante una metodología cualitativa, destacando en los resultados la mejora significativa de la tasa de vacunación completa, anemia, uso de sal, pesticidas, instalaciones sanitarias, etc. (A19).

En salud mental se incluyeron 2 intervenciones, cuyos objetivos fueron dirigidos a fomentar la participación en psicoterapia (A15), y a mejorar la alfabetización entorno a la salud mental (A23). Se realizó mediante una herramienta clínica de atención por etapas, que se basa en un protocolo de 4 visitas para abordar salud física y global, y psicoterapia informada sobre el trauma disponible en los entornos de atención primaria (A15); y mediante la realización de sesiones grupales donde se impartieron charlas abordando temas de salud mental, apoyo psicosocial y parental mediante un enfoque participativo (A23).

En ambas intervenciones se contempló la adaptación lingüística, salvando la barrera idiomática, y se incluyeron únicamente migrantes externas.

En este caso la evaluación fue cuantitativa (A15) y mixta (A23), realizada en ambos casos mediante la comparación de datos previos y posteriores a la intervención, y adicionalmente mediante comparación con grupo control (A15).

En los resultados se apreció una mayor utilización de los servicios de atención primaria frente a urgencias en las mujeres derivadas a psicoterapia (A15), y un mayor empoderamiento, alfabetización y herramientas para el manejo del estrés y la ansiedad (A23).

6. DISCUSIÓN

Esta revisión abarca la evidencia disponible sobre los intentos que se han realizado desde los sistemas de salud por mejorar la salud de las mujeres migrantes.

Se ha observado una clara predominancia de las intervenciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, siendo el grupo mayoritario del estudio. Esto se puede explicar teniendo en cuenta la edad de las mujeres que migran. En España, según las encuestas de migración del INE (14), el grupo de edad mayoritario a su llegada es el de 15 a 29 años, seguido del grupo de 30 a 44 años. Estos periodos coinciden con la etapa fértil en la vida de las mujeres, por lo que se presupone que existe más población migrante femenina que pueda necesitar estos servicios.

Además, no deben pasarse por alto, las normas sociales patriarcales que clásicamente han reducido el género femenino al rol reproductivo. En este sentido, la investigación desde las ciencias médicas puede haber seguido esta misma dinámica, considerando que la salud de la mujer es sinónimo de salud reproductiva, centrándose en el embarazo, la anticoncepción y la planificación familiar; de la misma forma se invisibilizan otros problemas dentro de la salud sexual como la menstruación. Esta reducción obstaculiza la introducción en la clínica y en la investigación de la morbilidad diferencial de las mujeres, entendida como las patologías que no solo afectan de forma exclusiva a ellas, sino también las que se presentan con mayor frecuencia, con presentaciones clínicas o factores de riesgo diferentes respecto a los hombres (15).

En relación con esto, es amplia la evidencia acerca de la morbimortalidad materno infantil en el colectivo de mujeres migrantes, lo que puede haber dado pie a un mayor desarrollo de intervenciones dirigidas a esta problemática. En Europa las migrantes tuvieron mayor riesgo de mortalidad materna (16); en el caso específico de mujeres refugiadas tienen mayor riesgo de recibir atención prenatal insuficiente lo que se traduce en mayor tasa de abortos espontáneos y muerte fetal intrauterina, así como mortalidad perinatal, respecto a las no migrantes (17), estas diferencias de mortalidad perinatal son más pronunciadas en el caso de mujeres migrantes indocumentadas (18). En muchos países está ampliamente sistematizada la atención prenatal, y es conocida como una de las mejores estrategias para alcanzar la reducción de la morbimortalidad

neonatal (2), hecho que justifica que gran parte de las intervenciones incluidas en esta revisión persigan el objetivo de mejorar el acceso a la atención en este periodo.

En orden de frecuencia, el segundo grupo con más intervenciones es el que aborda el cáncer, exclusivamente de mama y cérvix. Es llamativo de nuevo la vinculación de los problemas de salud de la mujer al sistema reproductor.

En este sentido, se puede explicar el interés con la evidencia sobre la menor participación de las mujeres migrantes en las pruebas de detección precoz de estas patologías. En España, las mujeres migrantes tienen mayor tasa de incumplimiento de las recomendaciones de cribado tanto de cáncer de mama como de cérvix respecto a las mujeres autóctonas (19). Sin embargo, también existe evidencia a cerca de la menor prevalencia de cáncer relacionados con los hábitos de vida (mama, cérvix, colon, etc.) en las mujeres migrantes respecto a las nativas, aumentando el riesgo paralelamente a los años de residencia (20). En cambio, se conoce un mayor riesgo para el desarrollo y mortalidad por cáncer de etiología infecciosa (hígado y estómago) respecto a las autóctonas (21), por lo que cabe destacar la ausencia de intervenciones dirigidas a esta desigualdad.

Por otra parte, recogemos la única intervención realizada en atención primaria, siendo este servicio el primero, y en muchos casos el único, contacto de las diferentes poblaciones con el sistema sanitario. Teniendo esto en cuenta, y la relevancia de este servicio en el abordaje de los determinantes sociales, se sabe que los modelos basados en la atención primaria de la salud, como es el caso de España, tienen mayor efectividad en la reducción de las desigualdades (22).

El grupo de las intervenciones en salud mental son también escasas, y en ocasiones se dirigen a mujeres que han sufrido traumas explícitos relacionados con situaciones de guerra en sus países de procedencia. De esta forma no se abarca gran parte de la problemática en salud mental en este colectivo, que no solo tiene que ver con las consecuencias de guerra, sino con la posición que ocupan en el mundo por el hecho de ser mujeres y emigrar de sus países natales.

Esta revisión presenta algunas limitaciones. La búsqueda bibliográfica se realizó

únicamente en una base de datos, para salvar esta limitación hemos tratado de ser sensibles en el procedimiento. Se encontraron gran variedad de intervenciones y enfoques metodológicos, lo que puede haber dificultado la extracción de datos de forma sistemática. Además, las intervenciones incluidas se realizaron en pocos países, en su mayoría industrializados, por lo que sus resultados pueden no ser extrapolables a otros contextos.

En este aspecto cabe tener en cuenta que los sistemas sanitarios son muy diversos, por lo que condicionan el objetivo de las intervenciones que se llevan a cabo. En los países con mayor privatización de la sanidad, existen mayores dificultades de acceso, por lo que las intervenciones irán dirigidas a la garantía de los derechos básicos de salud, mientras que, en países con cobertura universal, se centrarán en la mejora del bienestar, de las experiencias de atención, etc. Es necesario tener en cuenta estos contextos y necesidades, a la hora de implementar los diferentes programas.

Esta revisión se destaca por su carácter global, pues hasta lo leído no se han encontrado revisiones de intervenciones de salud con estos criterios. En cambio, sí existen focalizadas en diferentes poblaciones migrantes o en diferentes temáticas de salud.

En cuanto a la futura investigación en esta línea, se han identificado diferentes lagunas de conocimiento. Los sistemas de salud parecen no haberse implicado en el desarrollo de intervenciones en atención primaria, donde se debería profundizar. De esta misma forma, se evidencia ausencia de intervenciones en otros ámbitos como la prevención de la enfermedad, el abordaje de la salud mental de forma global atendiendo al contexto, así como la salud laboral cuya precariedad es conocida en este colectivo.

Además, existen otras importantes causas de mortalidad a nivel global en las mujeres como las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades infecciosas, o las causas externas que tampoco han sido abordadas.

Por último, es relevante destacar el perfil de mujeres incluidas en los estudios revisados, pues a pesar de ser un colectivo vulnerable por cuestiones de etnia y género, se dejan fuera otros grupos de mujeres cuya salud, con necesidades específicas, también está en juego, como las mujeres víctimas de violencia de género, las mujeres trans, las

encerradas en cárceles y CIES, las víctimas de trata y las que mueren en el proceso de emigrar.

7. CONCLUSIONES

Con esta revisión se ha evidenciado que los intentos de los sistemas de salud por mejorar la salud de las mujeres migrantes se centran en lo relativo a la función sexual y reproductiva, incluyendo la detección precoz del cáncer de mama.

Entre los principales hallazgos destacan la ausencia de investigación en otros campos altamente eficaces para la detección y paliación de inequidades en salud como la atención primaria.

Se hace necesaria la promoción por parte de los sistemas sanitarios de intervenciones dirigidas a mujeres migrantes que tengan en cuenta la morbilidad diferencial, y aborden la salud de forma global abordando las necesidades específicas de este colectivo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McAuliffe, M. y L.A. Oucho, 2024. World Migration Report 2024. Geneva: International organization for migration (OIM); 2024.384.
2. World Health Organization. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health: Summary. World Health Organization regional office for Europe; 2018.
3. Álvarez C, et al. El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. Cultura de los Cuidados. 2011;(30):45-51. doi: 10.7184/cuid.2011.30.07
4. Heise L, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. Lancet. 2019; 393(10189): 2440-2454.
5. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? BMJ. 2004;329(7479):1398-401. doi: 10.1136/bmj.329.7479.1398.

6. Abubakar I, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*. 2018;392(10164):2606-2654. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32114-7.
7. Ugarte M. La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes: el “plus” de la desigualdad. *Atlánticas*. 2019;4(1): 179-196. doi: 10.17979/arief.2019.4.1.3705.
8. Santillanes N. Relación entre violencia y depresión en mujeres migrantes a través de las experiencias en los servicios de atención. *Salud Colect*. 2021; 17. doi: 10.18294/sc.2021.3054
9. Rechel B, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381(9873):1235-45. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62086-8.
10. Molpeceres L. Situación laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuad. relac. labor*. 2012;30(1):91-113. doi: 10.5209/rev CRLA.2012.v30.n1.39116
11. Llácer A, et al. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants’ health. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(Suppl 2):ii4-10. doi: 10.1136/jech.2007.061770
12. Alianza por la solidaridad, et al. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. España; 2016.77. Disponible en: <https://sedra-fpfe.org/publicacion/deficiencias-e-inequidad-en-los-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-espana/>
13. Levac D, Colquhoun H, O'Brien, KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5:69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.
14. Inmigrantes por continentes y países más representados, según edad y sexo a su llegada a España [Internet]. España:INE.2007 [citado el 11 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=22322>
15. Valls C. Mujeres invisibles para la medicina. 3ª ed. Madrid: Capitán Swing; 2020.
16. Eslier M, et al. Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2023;20(6):e1004257. doi: 10.1371/journal.pmed.1004257.
17. Sturrock S, Williams E, Greenough A. Antenatal and perinatal outcomes of refugees in high income countries. *J Perinat Med*. 2020;49(1):80-93. doi: 10.1515/jpm-2020-0389.

18. Eick F, et al. Perinatal mortality among pregnant undocumented migrants in Norway 1999-2020: A register-based population study. *Soc Sci Med.* 2024;353:117055. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.117055.
19. Barrera M, et al. Integración social y cribado de cáncer ginecológico de las mujeres inmigrantes en España. *Gac Sanit.* 2029;34(5):468-473.
20. Lamminmäki M, et al. A population-based cohort study on changes in breast, lung and colorectal cancer incidence and mortality among non-Western immigrant women. *BMC Cancer.* 2023;23(1):665. doi: 10.1186/s12885-023-11140-6.
21. Sarkeala T, et al. Cervical, liver and stomach cancer incidence and mortality in non-Western immigrant women: a retrospective cohort study from four Nordic countries. *Acta Oncol.* 2023;62(9):977-987. doi: 10.1080/0284186X.2023.2245557.
22. Hernández I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26:6-13. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.036

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1

- A1. Marti-Castaner M, et al. Refugee mothers' mental health in Denmark: possibilities and limits of home visiting programs. *Arch Womens Ment Health.* 2025;28(2):245-255. doi: 10.1007/s00737-024-01529-y.
- A2. Mohammadi M, et al. Effect of sexual health education on sexual function and satisfaction of menopausal migrant women: an application of the theory of planned behavior. *BMC Public Health.* 2024;24(1):1626. doi: 10.1186/s12889-024-19162-w.
- A3. Ternström E, et al. Obstetric outcomes and uptake of care among 149 non-Swedish speaking migrant women attending a birth preparation visit during pregnancy - An observational study from Sweden. *J Migr Health.* 2024;9:100226. doi: 10.1016/j.jmh.2024.100226.

- A4. Ternström E, Small R, Lindgren H. Migrant women's experiences of an individual language-assisted information and support visit to the labor ward before giving birth - A qualitative study from Sweden. *Sex Reprod Healthc.* 2023;38:100915. doi: 10.1016/j.srhc.2023.100915.
- A5. Kizilkaya MC, et al. Effectiveness of a telehealth patient education intervention for breast cancer awareness and screening uptake among Afghan refugee women: a cross-sectional survey and feasibility study. *EClinicalMedicine.* 2023;62:102094. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102094.
- A6. Schytt E, et al. Community-based bilingual doula support during labour and birth to improve migrant women's intrapartum care experiences and emotional well-being- Findings from a randomised controlled trial in Stockholm, Sweden [NCT03461640]. *PLoS One.* 2022;17(11):e0277533.
- A7. Babu BV, et al. Inclusive partnership and community mobilization approaches to improve maternal health care access among internal migrants in nine Indian cities. *J Migr Health.* 2022;6:100130. doi: 10.1371/journal.pone.0277533.
- A8. Welder E, et al. Providing Prenatal Care for Patients with Limited Medical Insurance Coverage. *J Community Health.* 2022;47(6):974-980. doi: 10.1007/s10900-022-01133-0.
- A9. Power R, et al. Co-designed, culturally tailored cervical screening education with migrant and refugee women in Australia: a feasibility study. *BMC Womens Health.* 2022;22(1):353. doi: 10.1186/s12905-022-01936-2.
- A10. Vais S, et al. Rides for Refugees: A Transportation Assistance Pilot for Women's Health. *J Immigr Minor Health.* 2020;22(1):74-81. doi: 10.1007/s10903-019-00946-x.
- A11. Madeira AD, Rangen CM, Avery MD. Design and Implementation of a Group Prenatal Care Model for Somali Women at a Low-Resource Health Clinic. *Nurs Womens Health.* 2019;23(3):224-233. doi: 10.1016/j.nwh.2019.03.007.
- A12. Rodriguez-Torres SA, et al. Long-Term Impact of a Culturally Tailored Patient

Navigation Program on Disparities in Breast Cancer Screening in Refugee Women After the Program's End. *Health Equity*. 2019;3(1):205-210. doi: 10.1089/heq.2018.0104.

A13. Riggs E, et al. Cultural safety and belonging for refugee background women attending group pregnancy care: An Australian qualitative study. *Birth*. 2017;44(2):145-152. doi: 10.1111/birt.12272.

A14. Tuzcu A, Bahar Z, Gözüml S. Effects of Interventions Based on Health Behavior Models on Breast Cancer Screening Behaviors of Migrant Women in Turkey. *Cancer Nurs*. 2016;39(2):E40-50. doi: 10.1097/NCC.0000000000000268.

A15. White CC, et al. Does Integrated Care Affect Healthcare Utilization in Multi-problem Refugees? *J Immigr Minor Health*. 2015;17(5):1444-50. doi: 10.1007/s10903-014-0088-6.

A16. Gondek M, et al. Engaging Immigrant and Refugee Women in Breast Health Education. *J Cancer Educ*. 2015;30(3):593-8. doi: 10.1007/s13187-014-0751-6.

A17. Huang Y, et al. Perinatal/Postpartum Contraceptive Services Project for Migrant Women Study Group. The free perinatal/postpartum contraceptive services project for migrant women in Shanghai: effects on the incidence of unintended pregnancy. *Contraception*. 2014;89(6):521-7. doi: 10.1016/j.contraception.2014.03.001.

A18. Percac-Lima S, et al. Decreasing disparities in breast cancer screening in refugee women using culturally tailored patient navigation. *J Gen Intern Med*. 2013;28(11):1463-8. doi: 10.1007/s11606-013-2491-4.

A19. Simsek Z, Koruk I, Doni NY. An operational study on implementation of mobile primary healthcare services for seasonal migratory farmworkers, Turkey. *Matern Child Health J*. 2012;16(9):1906-12. doi: 10.1007/s10995-011-0941-3.

A20. Gademan MG, et al. The effect of exercise on prescription on physical activity and wellbeing in a multi-ethnic female population: A controlled trial. *BMC Public Health*. 2012;12:758. doi: 10.1186/1471-2458-12-758.

A21. Percac-Lima S, et al. Patient navigation to improve breast cancer screening in

Bosnian refugees and immigrants. J Immigr Minor Health. 2012;14(4):727-30. doi: 10.1007/s10903-011-9539-5.

A22. Sundquist J, et al. Effect of a primary health-care-based controlled trial for cardiorespiratory fitness in refugee women. BMC Fam Pract. 2010;11:55. doi: 10.1186/1471-2296-11-55.

A23. Ekblad S. To Increase Mental Health Literacy and Human Rights Among New-Coming, Low-Educated Mothers With Experience of War: A Culturally, Tailor-Made Group Health Promotion Intervention With Participatory Methodology Addressing Indirectly the Children. Front Psychiatry. 2020;11:611. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00611.

A24. Bacardí-Gascón M, Rosales Garay P, Jiménez-Cruz A. A diabetes intervention program of physical activity carried out at primary care settings in Mexico. Diabetes Res Clin Pract. 2005;68(2):135-40. doi: 10.1016/j.diabres.2004.09.003.

9.2. ANEXO 2

Tabla 1. Descripción de las intervenciones enfocadas a la salud obstétrica y sus resultados.

Referencia	Intervención	Resultados
A1	Consiste en 5 visitas adicionales al programa de visitas existente realizadas por enfermeras comunitarias	Proporcionó recursos para la crianza, el apoyo emocional y oportunidad para construir nuevas redes sociales.
A3, A4	Consulta y visita guiada llevada a cabo por matronas y auxiliares de enfermería por la sala de partos y puerperio	Mayor búsqueda de atención por disminución de movimientos fetales, menor preocupación por el parto.

A6	Acompañamiento durante el parto de doula bilingüe que proporciona apoyo físico, emocional y asistencia para la comunicación; con una a o dos reuniones pre y post parto.	Las participantes refirieron en mayor medida experiencias positivas respecto al parto pero no hubo diferencias significativas con el grupo control.
A7	Asignación de personal sanitario periférico a los nuevos asentamiento, mejora de los suministros, medicamentos, supervisión y el seguimiento. Promoción de función activa de líderes locales mediante información y educación.	Se aumentaron las visitas domiciliarias de los trabajadores de la salud y una mayor proporción de mujeres buscaron atención prenatal durante la intervención
A8	Asistencia clínica gratuita durante todo el embarazo.	Aumento en la detección de diabetes gestacional, la recepción de las vacunas recomendadas y la detección de estreptococos del grupo B.
A11	Sesiones quincenales que consistían en una visita individual con la partera, y una reunión grupal en la que se discutían temas relacionados con la salud de la mujer. Además se realizaron terapias integrativas grupales.	El conocimiento autoinformado sobre el ejercicio seguro durante el embarazo, lactancia materna exclusiva, lo que sucede en el hospital, manejo del estrés y el conocimiento general autoinformado fueron significativamente mayores. Además de percibir mayor responsabilidad en la toma de decisiones sobre la salud.
A13	Citas prenatales individuales, según el cronograma del hospital, con la partera, junto con sesiones informativas grupales quincenales.	Se sintieron más empoderadas, seguras y tranquilas respecto al embarazo. Destacaron los beneficios de compartir historias entre iguales.

Tabla 2. Descripción de las intervenciones enfocadas a la salud oncológica y sus resultados.

Referencia	Intervención	Resultados
A5	Sesión interactiva llevada a cabo por un médico con materiales educativos.	Aumentó el conocimiento sobre los signos de alarma del cáncer de mama y las participantes que informaron realizar autoexploración mensualmente. Todas eligieron participar en el cribado.
A9	Foros presenciales y online a cargo de profesionales de salud comunitarios que proporcionaron información sanitaria solicitada por la comunidad (manejo del estrés, salud ósea, cáncer de cérvix). Además de actividades grupales.	Mejóro la alfabetización en salud y la intención de someterse a pruebas de detección, refirieron mayor empoderamiento.
A12, A18	Se presentaba el programa por carta junto con material educativo adaptado sobre la detección del cáncer de mama. Mediante una llamada educaban a las pacientes sobre la atención preventiva y la importancia de las mamografías de rutina, y exploraban las barreras de cada paciente para la participación en el cribado.	Las tasas de cribado mamográfico fueron significativamente mayores.
A14	Formación sobre autoexploración mediante una presentación, un corto y un taller de entrenamiento. Además de una invitación de participación en el cribado.	Aumentó la percepción de susceptibilidad, motivación en salud, beneficios de la autoexploración, y disminuyeron las barreras a esta y a la mamografía respecto al inicio.
A16	Sesión educativa liderada por un educador de salud sobre el cáncer de mama, factores de riesgo, signos y síntomas y métodos de detección.	Mejóro significativamente el conocimiento en relación con el cáncer de mama y aumento el porcentaje de mujeres que se sometieron a mamografía.

A21	Fomentar la participación en cribado por vía telefónica y visitas domiciliarias, además de sesiones grupales sobre salud mamaria,	Hubo un aumento significativo de mujeres que se realizaron la mamografía tras la intervención
-----	---	---

Tabla 3. Descripción de las intervenciones enfocadas a la salud sexual y sus resultados.

Referencia	Intervención	Resultados
A2	4 sesiones de 90 min en el que se abordaron diferentes temas como la menopausia, sistemas reproductores, trastornos de la función sexual en menopausia, y habilidades de comunicación en pareja.	Aumentó la función sexual media de forma significativa, aumentó significativamente la satisfacción marital y la puntuación de actitud de forma inmediata tras la intervención y durante el seguimiento. Los resultados del control de la conducta tuvo una mejoría significativa tras la intervención, pero no en la etapa de seguimiento.
A10	Se contactó con mujeres con cita ginecológica los días posteriores para preguntarles por sus dificultades y ofrecerles transporte en caso de precisar.	Todas las mujeres con dificultades en el transporte aceptó el servicio de TNC. Se redujeron las tasas de inasistencia, pero no fue estadísticamente significativo.
A17	Sesión de asesoramiento preparto a la mujer y su pareja mediante un folleto sobre métodos anticonceptivos, retorno a la fertilidad, riesgos de embarazos no deseados, accesibilidad gratuita a servicios de planificación familiar. Tras el parto se proporcionó el método anticonceptivo deseado y se realizó seguimiento.	La prevalencia general de uso de anticonceptivos a los 12 meses fue del 97,1%, y más de la mitad de las mujeres utilizaban anticonceptivos de acción prolongada. La tasa de incidencia de embarazos no deseados durante el primer año después del parto fue mucho menor que la de las dos cohortes sin intervención.

Tabla 4. Descripción de las intervenciones enfocadas en la actividad física y sus

resultados.

Referencia	Intervención	Resultados
A2	18 sesiones de actividad física grupal supervisada, concienciación sobre los efectos positivos del ejercicio y empoderamiento para fomentar la continuación de la conducta	La cantidad de actividad física fue significativamente mayor tras la intervención respecto al grupo control. No hubieron diferencias en el IMC, circunferencia abdominal o salud subjetiva.
A10	28 sesiones semanales de actividad física con asesoramiento impartido por instructores capacitados	Hubo un aumento significativo en el segumímetro a los 6 meses de la capacidad aeróbica relativa respecto al grupo control
A17	Discusión grupal sobre actividad física con información mediante folletos, asesoramiento y ejercicio físico grupal	La mayoría de mujeres participantes parecen realizar los niveles mínimos recomendados de actividad física.

