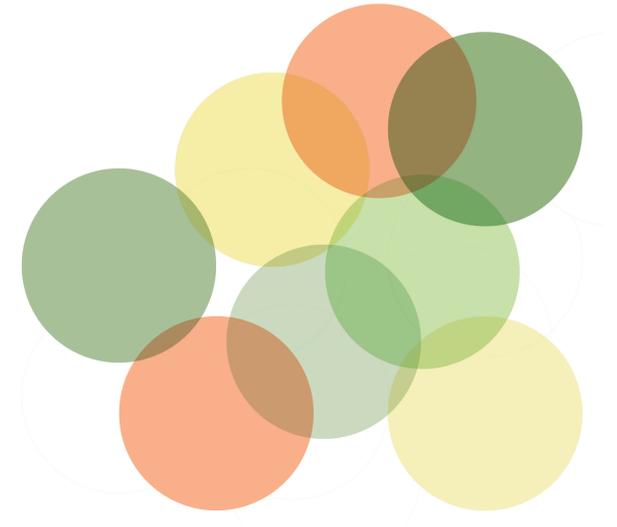


DISPARIDADES Y NECESIDADES MULTICULTURALES EN LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS MADRES INMIGRANTES



PERSPECTIVA DE LAS MADRES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Título:
Percepción de las madres inmigrantes sobre la atención recibida
durante el embarazo y el parto. Resultados y propuestas de mejora.

© Elvira Méndez, Manuel Santiñà, 2009

© Associació Salut i Família, Barcelona, 2009
Via Laietana, 40, 3è 2ª B
08003, Barcelona
www.saludyfamilia.es

Fotocomposició e impressió: Gràfiques Marcet, S.A.

D.L.B-7825-2009

ÍNDICE

- 1** PRESENTACIÓN
- 2** JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO
- 3** OBJETIVOS
- 4** METODOLOGIA
- 5** RESULTADOS
- 6** PROPUESTAS DE MEJORA
- 7** PARTICIPANTES EN LA EVALUACIÓN
- 8** ANEXOS

Esta publicación recoge un estudio realizado conjuntamente por la Asociación Salud y Familia y el Hospital Clínico de Barcelona, con el apoyo del Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia (ICGON) en el marco del Proyecto “Prevención y promoción de la salud materno-infantil para madres inmigrantes con hijos/as menores de tres años” financiado por la Obra Social de Caja Madrid.

La Asociación Salud y Familia y el Hospital Clínico de Barcelona vienen desarrollando desde el año 2006 un programa colaborativo de mediación intercultural orientado a las madres de origen chino y magrebí con el fin de mejorar la comunicación y la calidad de la asistencia prestada a estos colectivos. Pues el volumen de madres extranjeras atendidas en el Hospital Clínico con ocasión del parto se ha más que duplicado en el reciente período que va del año 2002 al 2007.

En una economía global los flujos de población son cada vez más dinámicos y universales constituyendo redes transnacionales que los inmigrantes mantienen tanto en origen como en destino, así como entre ambos lugares. Complementariamente, todas las previsiones apuntan a que las madres extranjeras continuarán aumentando gradualmente a lo largo de los próximos años ya que una buena parte de las familias inmigrantes se asentarán de forma permanente en nuestro país.

La atención accesible y de buena calidad al embarazo, el parto y el neonato es un factor determinante, tanto para las familias inmigrantes como para las autóctonas, de la calidad de vida diaria

de las madres y los bebés, a la vez que sirve para amortiguar el efecto desintegrador de otras privaciones y frustraciones psicosociales, sobre todo entre las poblaciones más vulnerables. Por ello, uno de los retos de un Hospital moderno y abierto a la comunidad es adaptar sus servicios, y especialmente los servicios de medicina materno-fetal y pediatría, a la diversidad cultural de las nuevas familias así como a las situaciones de especial vulnerabilidad biológica y psicosocial que todas las grandes transformaciones sociales y demográficas conllevan.

En un mundo interconectado por las nuevas tecnologías en el transporte, las comunicaciones y la información, en un mundo de migraciones globales, el valor estratégico de la salud de las madres y los bebés está en la base de la supervivencia social y económica a gran escala. En consecuencia, las organizaciones y los profesionales sanitarios debemos estar atentos a las nuevas necesidades de este colectivo de forma que estas sean el motor y la inspiración de nuestro trabajo asistencial y preventivo.

Esta publicación trata de una investigación-acción cuyo foco es profundizar en el conocimiento de las percepciones y expectativas de las madres extranjeras sobre la atención recibida en las últimas etapas del embarazo y el parto para posteriormente contrastar los resultados con los profesionales de los servicios sanitarios. Este proceso ha supuesto una evaluación pluralista que ha movilizado los puntos de vista y la disposición a realizar cambios adaptativos de los profesionales sanitarios participantes, hasta el punto que estos han diseñado una agenda de mejoras de carácter pragmático. Por consiguiente, han seleccionado cambios concretos, con valor añadido, factibles y de amplio impacto para los grupos de madres inmigrantes. Mejoras que en su conjunto pueden ser desarrolladas y reevaluadas en el corto período de un año y medio.

Este estudio muestra que una organización sanitaria orientada a la excelencia conoce bien el valor de la colaboración y la complementariedad con otras organizaciones expertas para remover obstáculos, afrontar nuevos desafíos y ofrecer una asistencia tecnológica y humanamente actualizada. Todos los participantes en la investigación-acción se han empleado en ofrecer propuestas que reaseguren y promuevan la confianza de las madres inmigrantes en sus propias capacidades, que generen entornos ricos en oportunidades de contacto intercultural y han buscado modalidades de formación continuada que permitan desarrollar competencias interculturales entre los profesionales sanitarios.

Deseamos, pues, agradecer los esfuerzos y la colaboración de todos los participantes en el estudio así como la financiación de la Obra Social de Caja Madrid que ha facilitado la edición de esta publicación. Todos gozan de nuestro reconocimiento a su trabajo, a su rigor intelectual y a su compromiso profesional.

Raimundo Belenes
Consejero Delegado
Hospital Clínico

Elvira Méndez
Directora General
Asociación Salud y Familia

2 JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

La población extranjera empadronada en España (2008) es de 5.268.762 personas de las cuales el 46,8% son mujeres. La evolución demográfica de los movimientos migratorios muestra grandes volúmenes y rapidez en los flujos, pues en el período 2002-2007, el número de extranjeros empadronados se incrementó en un 126,6%. La distribución geográfica del asentamiento de inmigrantes es cada vez más dispersa, aún cuando las CCAA de Madrid, Cataluña, Andalucía y Valencia registran los mayores flujos.

La población extranjera empadronada en Cataluña (2008) es de 1.103.790 personas lo que supone un 14,9% de la población total residente. En el caso de la ciudad de Barcelona (2008) el 16,9% de la población total es de origen extranjero y este colectivo está compuesto principalmente por personas originares de América Latina, Magreb y Sudeste asiático. Cerca de la mitad de la inmigración que recibe Cataluña es femenina y está concentrada en las franjas de edad reproductiva.

Los nacimientos de madre extranjera en Cataluña (2007) fueron 21.553 suponiendo el 25,6% de todos los nacimientos. La procedencia de las madres extranjeras por orden de magnitud fue latinoamericana, magrebina, rumana (en el grupo de países europeos) y china (este colectivo representa el 53,4% de los nacimientos de madres con origen asiático). El 67,6% de los nacimientos de madre extranjera se produjeron en la provincia de Barcelona.

El Servicio de Medicina Materno-Fetal del Hospital Clínico de Barcelona ha atendido a lo largo de 2002-2007 un total de 6.986 madres extranjeras que se han multiplicado por 2,3 veces desde el inicio al final del periodo suponiendo el 29% del total de madres atendidas. Entre las madres extranjeras es altamente significativa la presencia de madres de origen latinoamericano, magrebí y chino (es el Hospital público de Cataluña que más madres de este último origen atiende). Desde el año 2006 el Hospital Clínico de Barcelona en colaboración con la Asociación Salud y Familia desarrolla un programa de mediación intercultural orientado a las madres de origen chino y magrebí con el fin de mejorar la comunicación y la calidad de la asistencia prestada a estos colectivos.

La edad media de la población extranjera en Cataluña (2003) es de 31 años frente a 41,6 años en la población autóctona, siendo el índice de envejecimiento de los extranjeros de 19,2 frente a 135 el de la población autóctona. En el período 1996-2001 los índices sintéticos de fecundidad fueron de 2,2 hijos por mujer extranjera frente a 1,21 hijos por mujer autóctona y la edad media de fecundidad (2001) fue de 28,8 años para las mujeres extranjeras frente a 31,3 años para las autóctonas.

Las tasas de fecundidad son comparativamente más elevadas entre las mujeres inmigrantes respecto a las autóctonas y el parto es la causa principal de ingreso hospitalario entre la población extranjera. La existencia de deficiencias sociales y económicas entre las mujeres inmigrantes tales como redes insuficientes de apoyo social, empleos de baja calificación, déficits notables en el uso de la contracepción moderna y utilización tardía de la atención prenatal

disponible dibujan un escenario de profundas disparidades y de necesidades insatisfechas en los ámbitos de la salud materna y la salud reproductiva.

Desde una perspectiva de salud pública existen evidencias suficientes y consenso profesional acerca de que las madres inmigrantes constituyen un grupo poblacional especialmente necesitado de actuaciones específicas en prevención y promoción de la salud que complementen otras intervenciones enfocadas a identificar y reducir las barreras selectivas de acceso y utilización de los servicios sanitarios.

- Conocer la percepción de las madres inmigrantes (colectivos latinoamericano, magrebí y chino) respecto a la atención sanitaria recibida durante el embarazo y el parto.
- Identificar las barreras específicas que pueden existir para el acceso y la utilización de los servicios sanitarios durante el embarazo y el parto por parte de las madres inmigrantes de origen latinoamericano, magrebí y chino. Se tomarán en consideración las barreras exógenas y endógenas al sistema sanitario.
- Contrastar la percepción de las madres inmigrantes respecto a la atención recibida con la percepción del personal sanitario respecto a la atención prestada durante el embarazo y el parto.
- Diseñar conjuntamente con el personal sanitario una agenda de cambios adaptativos de los servicios de atención a la salud materna respecto a las demandas y necesidades de las nuevas poblaciones de inmigrantes.
- Difundir los resultados referentes a disparidades, demandas y necesidades sanitarias de las madres inmigrantes entre los colectivos de profesionales sanitarios responsables de la continuidad en la atención a la salud materna.

4 METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una investigación cualitativa utilizando la técnica del grupo focal consistente en un encuentro único conducido por expertas en la técnica acompañadas de las correspondientes mediadoras interculturales. Se garantizaron las preceptivas condiciones de anonimato y confidencialidad de todas las participantes.

Los grupos focales se han centrado en explorar las circunstancias sociales y culturales del embarazo y la maternidad en la sociedad receptora así como la percepción de las madres inmigrantes sobre la atención recibida por parte de los servicios sanitarios públicos durante el embarazo y el parto.

Durante el período 1 de Julio-30 de Septiembre 2008 se reunieron cuatro grupos focales compuestos por un total de 39 madres atendidas durante el parto en la mayoría de los casos en el servicio de Medicina Materno-Fetal del Hospital Clínico entre Agosto 2007 – Junio 2008. Se combinó el criterio de inclusión común de haber sido madres durante el último año junto con la búsqueda de la más amplia variedad de edades y clases sociales dentro de la franja reproductiva.

El primer grupo focal o grupo de control cultural estuvo compuesto por 7 madres españolas con edades comprendidas entre 29 y 38 años de procedencias geográficas diversas entre las que predominaban mujeres con estudios medios y superiores que vivían en pareja. El 40% eran madres por segunda vez.

El segundo grupo focal estuvo compuesto por 13 madres latinoamericanas con edades comprendidas entre 20 y 38 años de procedencia Centro América y Cono Sur entre las que predominaban mujeres con estudios medios que tenían pareja estable. El 50% eran madres por segunda vez en España y una tenía un hijo viviendo en su país.

El tercer grupo focal estuvo compuesto por 10 madres magrebíes con edades comprendidas entre 23 y 40 años todas ellas casadas procedentes de Marruecos entre las que predominaban mujeres con estudios básicos. El 70% eran madres por primera vez y una tenía un hijo viviendo en Marruecos.

El cuarto grupo focal estuvo compuesto por 9 madres chinas con edades comprendidas entre 24 y 34 años en el 90% procedentes de zonas rurales de China, todas ellas casadas y con estudios básicos. El 80% eran madres por segunda vez, y una tenía un hijo viviendo en China.

5 RESULTADOS

Los resultados muestran un marcado contraste de las percepciones y expectativas sobre el sistema sanitario público según las culturas de origen aún cuando también aparecen experiencias comunes en el uso de los servicios sanitarios y en la atención recibida.

Las mujeres españolas planifican su primer embarazo y la maternidad es una elección tomada muy a menudo en un entorno familiar estable y en un entorno laboral complejo. En una mayoría abrumadora de los casos el segundo embarazo no se planifica, no se toman medidas de control contraceptivo eficaz y se acepta cuando llega siendo el período intergenésico más frecuente de dos años. En casi todos los casos, las mujeres disponen de apoyo familiar pero aún así el embarazo y la maternidad suponen casi siempre cambios drásticos, o incluso abandonos, en su actividad laboral. Las mujeres españolas conocen razonablemente bien el sistema sanitario público que les inspira un elevado nivel de confianza técnica y mantienen unas expectativas medias respecto al trato y la información a obtener. Ellas ejercen la “voice” cuando desean conseguir algo que no está fácilmente accesible, como puede ser el caso de asistir a cursos de preparación al parto, insistir en alguna preocupación especial o buscar atención psicológica. Sin embargo, les gustaría que no existiera tanta variabilidad de respuestas entre el personal sanitario ante situaciones no rutinarias y que les ofertaran de forma sistemática los recursos complementarios disponibles. Las fumadoras recibieron consejo genérico para abandonar el hábito en todos los casos pero ningún tipo de apoyo práctico. Un aspecto que genera desconcierto son

las creencias y recomendaciones prácticas inconsistentes entre las diferentes comadronas que las atienden, lo cual perciben como una falta de coordinación entre la atención primaria y el Hospital.

Respecto a la atención al parto desean ser informadas en primera persona del curso de los acontecimientos y participar en las decisiones (epidural, cesárea, etc.) en la medida que su situación lo permita. Las mujeres que presentan necesidades de información especiales (enfermedades genéticas familiares o secuelas post-parto) se sienten insatisfechas por la ausencia de información y seguimiento activo post-parto. La aspiración común y general es que los recursos humanos del Hospital o bien aumenten o se organicen de acuerdo con las fluctuaciones de la demanda para amortiguar o evitar en lo posible la sobrecarga asistencial y el ambiente de prisas y nerviosismo. La mayoría de las mujeres valoran muy positivamente la opción de poder permanecer hospitalizadas en una habitación individual aún cuando suponga un pago complementario.

Las mujeres magrebinas han deseado sus embarazos y la maternidad es una experiencia vivida en un entorno familiar muy estable y en un entorno laboral complementario al del marido con trabajos de baja cualificación o bien ausencia de trabajo extradoméstico. En todos los casos de inmigración reciente, las mujeres disponen de poco apoyo familiar en España y carecen de una red activa de amistades femeninas.

En líneas generales refieren un alto grado de confianza y satisfacción con el sistema sanitario público español y valoran muy positivamente que sea gratuito, universal y competente técnicamente. Una buena parte de las mujeres son conocedoras a través de sus redes

familiares en Marruecos de multitud de problemas obstétricos e incluso muertes maternas durante el parto. Las mujeres que han tenido varios hijos en España dicen percibir una mejora en el trato en los partos más recientes.

Durante el embarazo refieren historias de anemias, vómitos, malestar general, cansancio y diabetes gestacional que viven como circunstancias habituales de este estado. Cuando tienen “buenos” embarazos refieren un aumento del apetito y consiguientemente del peso. Suelen seguir las recomendaciones médicas de realizar algo más de actividad física saliendo a pasear acompañadas del marido. Solicitan información sobre los cursos pre-parto pero cuando el personal sanitario aplaza la inclusión en el grupo o surge cualquier otra barrera idiomática o laboral abandonan el intento. La variabilidad de consejos y opiniones sobre los cuidados del embarazo por parte de las comadronas les produce un notable desconcierto.

El momento del parto es vivido con una intensa ansiedad y dramatismo. Los maridos suelen acompañarlas pero son más una fuente de preocupación (se ponen nerviosos, se cansan, se marean) que de apoyo práctico. Durante la atención al parto se sienten totalmente a merced de quienes les rodean viviendo su situación como algo absolutamente fuera de su control. Por ello, cuando son tratadas con cierta paciencia y amabilidad y reciben información precisa sobre como va el curso del parto lo valoran muy positivamente. Respecto a la hospitalización post-parto mencionan con satisfacción la limpieza y el orden de las instalaciones y el apoyo de las enfermeras. La barrera idiomática se ve amortiguada por el uso de recursos extralingüísticos y por la presencia de familiares que hablan la lengua llegando a crearse una

cierta corriente de entendimiento sobre lo que está sucediendo que hace que no se sientan totalmente perdidas dentro del sistema sanitario.

Las mujeres latinoamericanas presentan numerosos embarazos no planificados a lo largo de su vida reproductiva tanto en el caso de los primeros hijos como de los sucesivos. La experiencia de la maternidad cambia radicalmente entre mujeres con pareja estable o mujeres que han sufrido rupturas o abandonos. Cuando las mujeres disponen de una mínima red de apoyo familiar, la relación con los servicios sanitarios durante el embarazo y el parto acostumbra a ser más fluida y a producir más satisfacción, no así en el caso contrario donde cada paso supone un problema potencial. Las mujeres latinoamericanas intentan informarse y formarse un criterio sobre la calidad técnica del Hospital en que tendrán el parto aceptando de forma más pasiva el centro de atención primaria que les corresponde. En cualquier caso, es el colectivo de mujeres extranjeras más sensible al trato personal recibido y el que más acusa los cambios de personal sanitario (médicos y comadronas) en la atención primaria. En líneas generales perciben la variabilidad en el trato que reciben como característica de un sistema poco centrado en las pacientes y no tanto como un problema de discriminación activa hacia ellas.

En el momento del parto suelen sentir una sensación de extrema urgencia de acudir al Hospital, sobre todo entre las primerizas, y todas manifiestan quejas sobre la falta de privacidad que sienten y el número de médicos que las exploran "*para aprender*". Este aspecto es el peor percibido de la asistencia recibida pues incluso las esperas o las prisas por exceso de trabajo llegan a ser disculpadas. De forma unánime, las mujeres latinoamericanas coinciden en señalar la buena fama desde el punto de vista técnico del Hospital

Clínico (“es el mejor quirófano de Barcelona”) y se sienten acogidas en un lugar seguro. La inexistencia de la barrera idiomática facilita que este colectivo aprenda con rapidez el funcionamiento del sistema a la par que mejora su capacidad de discernimiento respecto a la atención recibida con el efecto consiguiente de aumentar sus expectativas de recibir información y que pongan en juego habilidades para elegir proveedores en la medida de sus posibilidades.

Las mujeres chinas no han planificado sus embarazos, que en la mayoría de los casos son segundos hijos con intervalos intergenésicos que van de 2 a 12 años. Una buena parte de los embarazos se produce con posterioridad inmediata a la reagrupación familiar del marido en España. La mayor parte han trabajado tanto en China como en España abandonando la actividad laboral cuando tienen dos hijos o más. El apoyo familiar en España se limita a hermanos/as y primas/os que forman parte de la propia cadena migratoria. La comunidad china en un sentido amplio no es una fuente de apoyo demasiado activa y, de hecho, las adversidades en relación a la fecundidad (tener solo hijas, muertes neonatales, etc.) se intentan ocultar para no ser objeto de críticas.

El aislamiento social e idiomático de las mujeres chinas de origen rural atraviesa toda su experiencia de atención durante el embarazo y el parto. Las visitas a los servicios sanitarios son algunas de las contadas ocasiones en que las mujeres deben hacer otros circuitos físicos y establecer relaciones diferentes a sus diarias rutinas familiares y laborales que transcurren en el seno de la comunidad china. El aislamiento social, cultural e idiomático de estas mujeres reduce a mínimos su capacidad de elección y discernimiento de tal manera que no se preguntan y no distinguen si quien las atiende durante el embarazo es una comadrona o un médico. En general

continúan trabajando y/o haciéndose plenamente cargo de sus tareas domésticas durante el embarazo y la atención sanitaria juega el papel de reasegurar que el embarazo va bien. Los episodios de fracaso y frustración en la comunicación y el trato con el personal sanitario son numerosos y repetitivos. La práctica totalidad de las informantes refieren ser atendidas con impaciencia, y poca amabilidad incluso cuando van acompañadas de intérpretes privados que pagan de su bolsillo. En consecuencia, no buscan ni reciben información adicional de ningún tipo referente a cursos de preparación al parto u otras recomendaciones.

En el momento del parto, la gran mayoría de estas mujeres pasan horas en sus casas con dolores de parto a fin de llegar al Hospital cuando ya estén casi a punto, produciéndose a menudo situaciones de gran ansiedad con respecto al transporte al centro que se decide buscar cuando los dolores son intensos y a intervalos muy cortos. En la totalidad de los casos consideran que su marido tiene la obligación de acompañarlas y habitualmente así sucede. Respecto a la atención técnica recibida en el Hospital se sienten seguras y satisfechas y valoran muy positivamente el apoyo de las enfermeras para iniciar la lactancia así como todas las atenciones que recibe el neonato. Sus expectativas en relación a la información y consejos durante el transcurso del parto y el post-parto son muy bajas. Casi todas convergen en un foco de expectativas predominantemente técnico y pragmático que permite evitar, en la medida de lo posible, la búsqueda de la comunicación y el contacto “extra” con el personal sanitario y con otras pacientes. En la mayoría de los casos comparten habitación con otras pacientes por las que no se interesan en absoluto y de las cuales no recuerdan ni el origen cultural.

6 PROPUESTAS DE MEJORA

Se reúne un grupo plural de profesionales de los servicios de Medicina Materno-Fetal y Neonatología del Hospital Clínico de Barcelona y del PASIR del CAP Les Corts junto con las evaluadoras de la Asociación Salud y Familia con el fin de:

- Contrastar la percepción de las madres inmigrantes respecto a la atención recibida con la percepción del personal sanitario respecto a la atención prestada durante el embarazo y el parto.
- Diseñar conjuntamente con el personal sanitario una agenda de cambios adaptativos de los servicios de atención a la salud materna en respuesta a las demandas y necesidades de las nuevas poblaciones de inmigrantes.

En conjunto, los resultados de la percepción de las madres inmigrantes sobre la atención recibida durante el final del embarazo y el parto son consistentes con la percepción que tiene el personal sanitario de las características y manifestaciones socioculturales de los mismos grupos de madres estudiados. El personal sanitario recibe con satisfacción, y reconoce que es un feedback necesario para trabajar con calidad, los resultados favorables que reafirman la calidad técnica de los Servicios de Medicina Materno-Fetal y Neonatología del Hospital Clínico de Barcelona así como el reconocimiento del esfuerzo asistencial que se lleva a cabo en relación con las madres inmigrantes.

De forma mayoritaria, el grupo de trabajo de personal sanitario

admite que existe variabilidad en el trato con las diferentes usuarias y que sería necesario promover y desarrollar un paquete de habilidades básicas para aproximarse a las madres de cualquier sustrato sociocultural. Asimismo, se considera que el conocimiento de la diversidad cultural no puede ni debe enfocarse como un recetario, pues las realidades socioculturales de las madres inmigrantes son muy dinámicas y se transforman con rapidez a través del contacto con la sociedad receptora. Por otra parte, se pondera el riesgo que supone una aproximación “culturalista” que puede contribuir de forma involuntaria a producir discriminaciones prácticas como consecuencia de un trato basado en estereotipos. Los/as participantes en el estudio de la evaluación se centran en diseñar una agenda de cambios adaptativos de carácter pragmático y organizacional. Por tanto, se seleccionan cambios concretos, con valor añadido, factibles y de amplia cobertura para los grupos de madres inmigrantes, cambios que puedan ser desarrollados y reevaluados en el corto plazo de dieciocho meses.

Las propuestas de cambio afectan a los siguientes ámbitos:

- **Atención e información intercultural en la fase final del embarazo.** Realización de grupos de información intercultural para madres inmigrantes antes del ingreso hospitalario con ocasión del parto. Los grupos se dirigirán a madres de origen latinoamericano, magrebí y chino y contarán con el soporte de las correspondientes mediadoras interculturales. Asimismo, en dichos grupos se les proporcionará la información del Programa “Madres entre dos culturas” de la Asociación Salud y Familia y se les anticipará información disponible sobre contracepción reversible de larga duración.

- **Atención a las madres inmigrantes durante el parto y en la sala de hospitalización.**

- Se intentará recabar en las salas de preparación al parto información sobre las preferencias de las madres respecto a la contracepción irreversible en situaciones de familia completada. Dichas preferencias se tendrán en cuenta para practicar simultáneamente la ligadura de trompas en casos de cesárea.
- Se reforzará el apoyo a las madres inmigrantes en la sala de hospitalización ofreciéndoles atención individual e intensificando la colaboración de las mediadoras interculturales.
- En el momento del alta hospitalaria se distribuirá un folleto interculturalmente adaptado sobre los cuidados básicos de la madre y el neonato durante los tres primeros meses de vida.
- Se ofrecerá, en el momento del alta hospitalaria, la asistencia a grupos de atención post-parto. Estos grupos, que contarán con el apoyo de las mediadoras interculturales, se realizarán mediante la colaboración del personal de los Servicios de Medicina Materno-Fetal y Neonatología del Hospital Clínico y de la Asociación Salud y Familia.

- **Atención a las madres/padres de neonatos con necesidades especiales.** Hasta ahora el impacto del trabajo desarrollado por las mediadoras interculturales ha sido bajo en el ámbito del servicio de neonatología. En consecuencia, se reforzará el apoyo de las mediadoras interculturales a las madres y los padres de los neonatos hospitalizados con el objetivo de que puedan incluirse en el programa, ya existente, de

apoyo domiciliario a los neonatos con peso inferior a 2000 gr. cuyos progenitores presenten barreras lingüísticas y, eventualmente, se llevarán a cabo sesiones informativas grupales sobre los cuidados básicos a los bebés prematuros.

- **Mejora de las competencias interculturales del personal sanitario y parasanitario.** Los resultados del estudio de evaluación se publicarán y se darán a conocer mediante una sesión general monográfica. Asimismo, se diseñarán dos talleres breves de aprendizaje de competencias interculturales que se integrarán en el Plan de Formación del Hospital Clínico. Un primer taller estará orientado a personal sanitario y el segundo a personal parasanitario.
- **Producción de material interculturalmente adaptado.** Se propone la producción de dos folletos interculturalmente adaptados: un primer folleto sobre los cuidados básicos de la madre y el neonato durante los tres primeros meses de vida y un segundo folleto destinado a los progenitores de neonatos con necesidades especiales. Estos materiales serían utilizados en las salas de hospitalización y entregados en el momento del alta de la madre y el neonato así como en los casos de neonatos con necesidades especiales.

7 PARTICIPANTES EN LA EVALUACIÓN

Coordinación de la evaluación:

- Dra. Elvira Méndez. Directora General de la Asociación Salud y Familia.
- Dr. Manuel Santiñà. Coordinador General de la sede Maternidad del Hospital Clínico de Barcelona

Colaboradoras de la Asociación Salud y Familia:

- Sra. Mariana Isla. Coordinadora “Inmigración y Salud” de Barcelona y área metropolitana.
- Sra. Carolina Herrera. Coordinadora Administrativa.
- Sra. Weiping Lu. Mediadora intercultural china.
- Sra. Nora Toukal. Mediadora intercultural árabe.

Colaboradoras del Hospital Clínico de Barcelona:

- Sra. Carme Comas. Supervisora del Servicio de Medicina Materno-Fetal, ICGON.
- Sra. Isabel Salgado. Coordinadora asistencial de la Sala de Partos del Servicio de Medicina Materno-Fetal, ICGON.
- Dra. Anna Pericot. Médica del Servicio de Medicina Materno-Fetal, ICGON.
- Dra. Glòria Moretones. Médica-Pediatra del Servicio de Neonatología, ICGON.
- Sra. Susana Cano. Enfermera del Servicio de Neonatología, ICGON.

- Sra. Rosa María Lladó. Comadrona del Servicio de Medicina Materno-Fetal, ICGON.
- Sra. Lourdes Arroyo. Enfermera del Servicio de Neonatología, ICGON.
- Sra. Montserrat Español. Comadrona del Centro de Atención Primaria Les Corts-GESCLÍNIC.
- Sra. Carmen España. Comadrona del Servicio de Medicina Materno-Fetal, ICGON.

GRUPO DE TRABAJO DE MADRES AUTÓCTONAS

	NOMBRE	EDAD	Nº HIJOS	SEXO DE HIJOS	EDAD DE HIJOS	ESTADO CIVIL	PAREJA	TRABAJO	Quiere o busca trabajar	Desde cuándo no trabaja?	Nivel Instrucción	Especialidad	Información contracepción
1	DRM	32	2	H M	7 meses 3 años	Casada	NO	NO	Busca	Septiembre 07 (lo dejó embarazada)	Superior	Bióloga	NO (vasectomía)
2	DCR	34	1	M	9 meses	Casada	SÍ	SÍ	Ha reducido 1 hora su jornada (35 horas semanales)		Licenciatura Matemáticas	Trabaja en consultoría	SÍ
3	IDO	35	1	M	9 meses	Pareja hecho	SÍ	SÍ	Ha reducido jornada a 20h. semanales		FP2 Secretariado Universidad incompleta	Trabaja como comercial multinacional	NO
4	MSC	35	1	H	10 meses	Casada	SÍ	SÍ	Trabaja jornada completa (40h)		Superior	Médico	SÍ
5	MCC	38	2	H H	3 años 11 meses	Casada	NO	NO	NO	1er embarazo noviembre 2005	Bachiller	COU	NO (vasectomía)
6	NMB	37	2	H H	3 años 8 meses	Pareja hecho	NO	NO	Busca	Enero 07 (antes de quedar embarazada)	FP	Artes Especialización escapatismo	SÍ
7	SRI	29	1	M	7 meses	Casada	NO	NO	Busca	Desde el embarazo: julio 2007	Técnico	Auxiliar geriatría	SÍ

GRUPO DE TRABAJO DE MADRES LATINOAMERICANAS

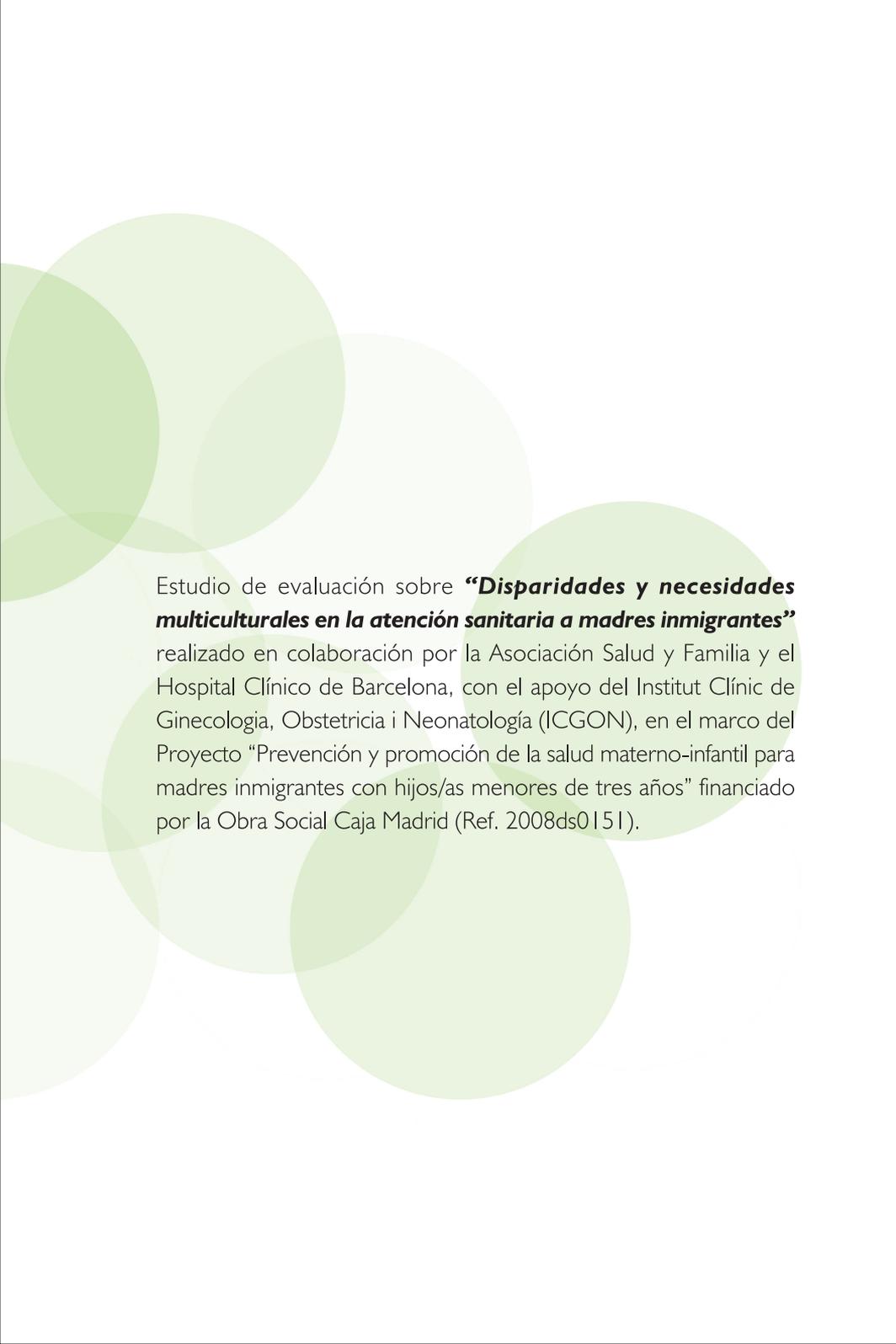
	NOMBRE	PAÍS	EDAD	HIJOS EN ESPAÑA	SEXO DE HIJOS EN ESPAÑA	EDAD DE HIJOS EN ESPAÑA	HIJOS EN ORIGEN	ESTADO CIVIL	PAREJA EN ESPAÑA	TIEMPO EN ESPAÑA	TRABAJO	Quiere o busca trabajar	Desde cuándo no trabaja?	Nivel Instrucción	Especialidad
1	VP	COLOMBIANA	34	1	M	8 MESES	0	CASADA	SÍ	9 AÑOS	SÍ Servicio Doméstico			ESTUDIOS MEDIOS	Auxiliar Contable
2	GC	PERUANA	33	2	M H	6 AÑOS 9 MESES	3	UNIÓN DE HECHO	SÍ	9 AÑOS	SÍ Limpieza			ESTUDIOS MEDIOS	Auxiliar Enfermería
3	VQ	CHILENA	34	2	M M	14 AÑOS 8 MESES	0	CASADA	SÍ	8 AÑOS	SÍ Limpieza			ESTUDIOS MEDIOS	Auxiliar Parvulario
4	GR	ARGENTINA	34	3	M y M M	6 Y 4 AÑOS 7 MESES	0	UNIÓN DE HECHO	SÍ	9 AÑOS	NO	NO	JULIO 2007	UNIV. INCOMPLETA	
5	CI	COLOMBIANA	37	2	H M	5 AÑOS 8 MESES	0	CASADA	SÍ	8 AÑOS	SÍ Marketing			UNIV. COMPLETA	Marketing
6	VS	ECUATORIANA	31	1	H	10 MESES	1 Mujer de 13 años	CASADA	SÍ	8 AÑOS	SÍ Camarera			SECUNDARIA COMPLETA	
7	DG	COLOMBIANA	32	2	H M	2 AÑOS 5 MESES	0	SOLTERA	NO	8 AÑOS	NO	BUSCA	JULIO 2006	UNIV. COMPLETA	Contabilidad y finanzas
8	AA	CHILENA	38	1	M	8 MESES	0	UNIÓN DE HECHO	SÍ	8 AÑOS	NO	NO	AGOSTO 2007	UNIV. COMPLETA	Odontología
9	VM	ARGENTINA	33	1	H	8 MESES	0	CASADA	SÍ	7 AÑOS	SÍ			UNIV. COMPLETA	Diseñadora gráfica
10	LP	DOMINICANA	27	2	M M	3 AÑOS 7 MESES	0	CASADA	SÍ	6 AÑOS	NO (paro)	BUSCA	SEPTIEMBRE 2007	BACHILLERATO	
11	MC	ARGENTINA	32	2	M M	2 AÑOS 4 MESES	0	DIVORCIADA	SÍ	28 AÑOS	SÍ (secretaría)			ESTUDIOS MEDIOS	
12	MA	BOLIVIANA	20	1	H	2 SEMANAS	0	UNIÓN DE HECHO	SÍ	2,5 AÑOS	NO	BUSCA	MAYO 2008	SECUNDARIA INCOMPLETA	
13	CE	HONDUREÑA	38	2	M M	3 AÑOS 9 MESES	0	CASADA	SÍ	16 AÑOS	SÍ (autónoma) tiene negocios			BACHILLERATO	

GRUPO DE TRABAJO DE MADRES MAGREBINAS

	NOMBRE	PAÍS	EDAD	HIJOS EN ESPAÑA	SEXO DE HIJOS EN ESPAÑA	EDAD DE HIJOS EN ESPAÑA	HIJOS EN ORIGEN	ESTADO CML	PAREJA EN ESPAÑA	TIEMPO EN ESPAÑA	TRABAJO	TRABAJO MARIDO	NIVEL IDIOMA	Nivel Instrucción
1	OB	MARRUECOS	23	1	H	18 MESES	0	CASADA	SÍ	3 AÑOS	AMA DE CASA	ELECTRICISTA	BIEN	SECUNDARIA
2	FA	MARRUECOS	23	1	H	2 AÑOS	0	CASADA	SÍ	3 AÑOS	AMA DE CASA	ALBANIL EN PARO	BÁSICO	PRIMARIA
3	AA	MARRUECOS	39	3	H, H y M	13 Y 6 AÑOS 9 MESES	0	CASADA	SÍ	20 AÑOS	LIMPIEZA	ALBANIL BAJA POR ENFERMEDAD	ALTO	PRIMARIA
4	NO	MARRUECOS	42	1	H	3 MESES	0	CASADA	SÍ	10 AÑOS	LIMPIEZA	LIMPIEZA	BIEN	ANALFABETA
5	NA	MARRUECOS	36	3	M, H y H	18 Y 6 AÑOS 11 MESES	0	CASADA	SÍ	33 AÑOS	EN PARO	MOSO DE ALMACÉN	ALTO	PRIMARIA
6	FA	MARRUECOS	27	1	M	7 MESES	0	CASADA	SÍ	27 AÑOS	AMA DE CASA	CAMARERO	ALTO	BACHILLERATO
7	RM	MARRUECOS	40	1	H	1 MES	0	CASADA	SÍ	6 AÑOS	AMA DE CASA	FONTERO	BIEN	PRIMARIA
8	CM	MARRUECOS	29	1	H	1,5 MESES	1	CASADA	SÍ	1 AÑO	NO (no permiso de trabajo)	NO (no permiso de trabajo)	BÁSICO	PRIMARIA
9	MC	MARRUECOS	40	1	H	4 MESES	0	CASADA	SÍ	9 AÑOS	AMA DE CASA	RESTAURACIÓN	ALTO	PRIMARIA

GRUPO DE TRABAJO DE MADRES CHINAS

	NOMBRE	CAMPO / CIUDAD	EDAD	HIJOS EN ESPAÑA	SEXO DE HIJOS EN ESPAÑA	EDAD DE HIJOS EN ESPAÑA	HIJOS EN ORIGEN	ESTADO CIVIL	PAREJA EN ESPAÑA	TIEMPO EN ESPAÑA	NIVEL DE CASTELLANO	TRABAJO	TRABAJO MARIDO
1	OB	Campo	31	1	H	2 MESES	0	CASADA	SÍ	10 MESES	nulo	NO	SÍ
2	CJ	Campo	32	2	M H	9 AÑOS 2 MESES	0	CASADA	SÍ	3 AÑOS	bajo	SÍ	SÍ
3	ZW	Campo	30	1	M	5 AÑOS	Hombre de 9,5 Mes	CASADA	SÍ	4 AÑOS	bajo	SÍ	SÍ
4	XY	Campo	34	3	H M M	4 AÑOS 3 AÑOS 6 MESES	0	CASADA	SÍ	10 AÑOS	medio	SÍ	SÍ
5	HX	Ciudad	42	2	H H	20 AÑOS 7 MESES	0	CASADA	SÍ	4,5 AÑOS	bajo	SÍ	SÍ
6	HL	Campo	31	2	H H	5 AÑOS 1 AÑO	0	CASADA	SÍ	2 AÑOS	bajo	NO	SÍ
7	LF	Campo	24	3	M M H	3,5 AÑOS 1,5 AÑOS 6 MESES	0	CASADA	SÍ	4 AÑOS	bajo	NO	SÍ
8	GQ	Campo	25	0 (muerte del bebé)	H	0	0	CASADA	SÍ	2,2 AÑOS	bajo	NO	SÍ
9	GU	Campo	35	2	H M	14 AÑOS 2 MESES	0	CASADA	SÍ	1 AÑO	nulo	NO	SÍ



Estudio de evaluación sobre **“Disparidades y necesidades multiculturales en la atención sanitaria a madres inmigrantes”** realizado en colaboración por la Asociación Salud y Familia y el Hospital Clínico de Barcelona, con el apoyo del Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia (ICGON), en el marco del Proyecto “Prevención y promoción de la salud materno-infantil para madres inmigrantes con hijos/as menores de tres años” financiado por la Obra Social Caja Madrid (Ref. 2008ds0151).