

Efectividad de una intervención socio-sanitaria dirigida a disminuir las desigualdades en salud reproductiva de las mujeres inmigrantes marroquíes en Cantabria.

María Paz Zulueta

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
zuletamp@yahoo.es

Tutor

Consuelo Álvarez Plaza

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
calvarezpl@yahoo.es

Resumen: España se sitúa en los niveles más desarrollados de nuestro entorno en términos de morbi-mortalidad infantil y materna gracias al establecimiento y la universalización de programas preventivos de atención al embarazo. Los objetivos de estos programas están encaminados a reducir la morbi-mortalidad perinatal y materna de causa obstétrica. El acceso normalizado a los servicios preventivos durante el embarazo se ve dificultado por idénticas barreras en el colectivo inmigrante en general. Además, en las mujeres inmigrantes marroquíes se suman particularidades culturales, religiosas y de género que las hacen más vulnerables a las desigualdades en salud que tienen las mujeres. Se pretende demostrar que, a través de la intervención formativa y socio-sanitaria planteada, las matronas podemos ofertar una asistencia sanitaria a las mujeres inmigrantes marroquíes similar a la ofrecida a población autóctona, culturalmente competente y adaptada a la gestante y puérpera, contribuyendo así a la disminución de la morbilidad materna y fetal.

Palabras clave: Embarazo en mujeres inmigrantes. Mujeres inmigrantes – Protección y asistencia. Mujeres inmigrantes - Salud.

Abstract: Spain is situated in the most developed levels of our environment in terms of infant and maternal morbidity and mortality, thanks to the establishment and universalization of preventive programs concerning pregnancy. The goals of these programs are headed to reduce maternal and prenatal morbidity and mortality with an obstetric cause. The standardized access to preventive services during pregnancy is handicapped by identical barriers in the immigrant community in general. Furthermore, features like gender, culture and religion are added in the Moroccan

immigrant women which make them more vulnerable to women's health inequality. The aim is to prove that through the learning and social and public health intervention suggested, midwives can offer medical attention to Moroccan immigrant women similar to that offered to indigenous women, culturally competent and adapted to the pregnant women and in puerperium, contributing this way to the reduction of infant and maternal morbidity.

Keywords: Women inmigrants pregnancy. Women inmigrants – Protection. Women Inmigrants - Health.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se observa en España una feminización de los flujos migratorios⁽¹⁾. Las mujeres inmigrantes, procedentes de países en vías de desarrollo, conforman una población joven, sana y mayoritariamente en edad fértil. Esta feminización de la inmigración se debe básicamente a dos motivos. Por un lado a la existencia de un creciente número de mujeres que inician en solitario, y de manera autónoma, su proyecto migratorio y por otro al fenómeno conocido como reagrupamiento familiar, consecuencia del asentamiento previo de varones inmigrantes. La reunificación familiar se ha visto favorecida por la legislación española, que permite que los trabajadores y trabajadoras inmigrantes traigan a su cónyuge, hijos e hijas menores, una vez estén establecidos a nivel económico, laboral y legal. Está regulado por la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, que reconoce el derecho a la vida en familia⁽²⁾.

Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística en España se estima que más de la mitad de estas mujeres inmigradas se encuentran en edad reproductora, lo que hace que sus necesidades socio-sanitarias estén estrechamente relacionadas con todos los aspectos relacionados con la reproducción y la maternidad. En nuestro país desde 1998, año en que el saldo vegetativo (nacimientos menos defunciones) fue uno de los más bajos de las pasadas décadas, se ha observado una tendencia creciente de la natalidad, principalmente debido a que en 5 años se han duplicado los nacimientos de niños de madres extranjeras. Este fenómeno se confirma con los datos del año 2008: el número medio de hijos por mujer en edad fértil se elevó hasta 1,46 y alcanzó su valor más alto desde 1990. Del total de nacimientos del 2008 (518.967) uno de cada cinco fue de madres extranjeras (20,7%). El número total de nacimientos de madres extranjeras alcanzó los 107.475, lo que refleja un aumento de un 15% respecto a los datos del año anterior. Cabe destacar que el principal país de origen de las mujeres extranjeras que tienen hijos en España es Marruecos, representando el 23,5 % del total de nacimientos de madre extranjera⁽³⁾.

Los datos en Cantabria según el Instituto Cántabro de Estadística son los siguientes: del total de población empadronada en enero del 2008 (582.138 personas), tenemos un 5,71% de inmigrantes. La media nacional se sitúa en 11,45%. En ese año se

produjeron 5760 nacimientos en Cantabria, que supone una tasa de natalidad del 10,04 %, dato ligeramente inferior al del conjunto del país que se sitúa en el 11,38%. El número de nacimientos de madres residentes en esta comunidad aumenta de forma constante desde el año 2000, con un incremento medio anual del 3,11%. Este incremento está íntimamente relacionado con la inmigración: 686 nacimientos en 2008 fueron de madres extranjeras, lo que supone un 11,91%⁽⁴⁾. Estos datos son acordes con la situación actual de la inmigración y la natalidad en la Comunidad de Cantabria.

Como matronas sabemos que un aspecto central en la salud reproductiva de nuestras mujeres inmigrantes es la atención al embarazo y el puerperio, pues constituye una necesidad prioritaria en este colectivo. El parto es la primera causa de ingreso de las mujeres inmigrantes en los hospitales de Cantabria⁽⁵⁾. El término “Salud Materno-Infantil” se sustituyó por el de “Salud Reproductiva y Sexual” en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, donde se definió como:

«Un estado de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear o de contraer enfermedades de transmisión sexual, y la libertad para hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia» (Pérez de Armiño, 2001).

Esta nueva definición amplía los límites de la salud de las mujeres, orientándola a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones personales.

Los estudios epidemiológicos constatan que los programas de atención prenatal, cuyo origen está en los modelos desarrollados en Europa a principios del siglo XX, consiguen una reducción de la mortalidad materna y perinatal, así como mejores resultados en el parto^(6,7). Los principales objetivos de un programa de control del embarazo están encaminados a reducir el número de abortos, la incidencia de recién nacidos de bajo peso, la morbi-mortalidad perinatal y materna de causa obstétrica, así como el fomento de la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud indica que la mortalidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control de embarazo, que debe realizarse antes de la semana doce, a un número suficiente de controles, y al hecho de recibir una atención adecuada durante el parto⁽⁸⁾. En la actualidad, España se sitúa en los niveles más desarrollados de nuestro entorno en términos de morbi-mortalidad infantil y materna gracias al establecimiento y la universalización de programas preventivos de atención al embarazo llevados a cabo fundamentalmente por matronas.

En la actualidad los estudios sobre la salud de las mujeres inmigrantes son escasos, existiendo aspectos como la salud reproductiva pendientes de investigar. No

obstante las investigaciones disponibles en otras Comunidades Autónomas señalan ya la existencia de déficit y desigualdades con respecto a las mujeres autóctonas que conllevan: alta natalidad, embarazos no deseados, mayores riesgos y unas mayores cifras de morbilidad materno-infantil en el embarazo y parto, dificultades para acceder y utilizar la contracepción adecuadamente y menor protección frente a las infecciones de transmisión sexual^(9, 10, 11, 12).

El bajo peso al nacer y el parto pretérmino son los dos predictores más importantes de la morbi-mortalidad perinatal, ya que los recién nacidos a los que afectan tienen más posibilidades de morir durante los primeros meses de vida o los primeros años. Los estudios que han analizado estas dos variables en mujeres extranjeras e inmigrantes, demuestran que existen diferencias en comparación con la población autóctona⁽⁹⁾. Los datos procedentes de los hospitales públicos españoles muestran el progresivo aumento en la atención a embarazadas y parturientas inmigrantes durante los últimos años, y sus propios datos de morbilidad asociada^(10, 11, 12, 13). En la ciudad de Valencia, en un estudio reciente realizado sobre altas hospitalarias en población inmigrante, destacaba que los partos y abortos supusieron entre octubre de 2001 y marzo de 2003 el 27,1% de todas las altas, y el diagnóstico más frecuente fueron las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio⁽¹³⁾. En las mujeres africanas son más frecuentes los partos prematuros, casi el doble que entre las españolas, y los niños de aquéllas tienen bajo peso al nacer en un 11,5% comparado con el 5,5% en las españolas^(10, 11). En un trabajo realizado en Barcelona, entre las madres de origen subsahariano se observaban proporciones más elevadas de recién nacidos con bajo peso y pretérmino que en el resto de los colectivos de extranjeros⁽¹⁴⁾. A la vista de los estudios se podría decir que la morbilidad neonatal observada en este colectivo tiene relación con los datos relativos al inadecuado control y seguimiento del embarazo y las condiciones socio-sanitarias en las que vive la mujer inmigrante.

Por contra, algunos trabajos sugieren que los recién nacidos de madres inmigrantes presentan mejores resultados que los nacidos de mujeres españolas. Se ha argumentado la posible existencia del llamado efecto del inmigrante sano, entendido como la migración selectiva de la gente con mejor estado de salud⁽¹⁵⁾. Esto podría explicar en parte estos mejores resultados, así como la presencia de factores individuales-genéticos protectores o comportamientos más saludables durante la gestación, procedentes de sus países de origen.

En Cantabria, desde el año 2007, está en funcionamiento el Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio del Gobierno de Cantabria⁽⁵⁾ que pretende extender la oferta asistencial con equidad a toda la población, teniendo además en cuenta las expectativas y necesidades de las mujeres gestantes. Por ello, en el Servicio Cántabro de Salud la vigilancia prenatal del embarazo normal la lleva a cabo la matrona de Atención Primaria con la colaboración del médico de familia y Atención Especializada. Así mismo, el control del embarazo de riesgo lo realiza Atención Especializada. Esta organización de la atención prenatal en función del riesgo permite una mayor

accesibilidad y eficiencia y unos mejores resultados perinatales. La elaboración de dicho Protocolo es una de las estrategias establecidas por la Dirección General de Salud Pública dentro del *"II Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2008-2011)"*. Este Plan tiene como área prioritaria de actuación, entre otras, aquellas actividades dirigidas a la mejora de la salud reproductiva disminuyendo las desigualdades de género en los Sistemas Sanitarios mediante la mejora de la información y el acceso⁽¹⁶⁾.

El acceso normalizado a los servicios preventivos durante el embarazo se ve dificultado por idénticas barreras (administrativas, lingüísticas y laborales) que el colectivo inmigrante en general. Sin embargo, en las mujeres marroquíes se suman particularidades culturales y de género que las hacen más vulnerables a las desigualdades en salud que tiene las mujeres. Existen diversos estudios^(17,18) destinados a conocer la percepción, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios durante la gestación por parte de las mujeres inmigrantes, en comparación con las autóctonas. De dichos estudios se desprenden los siguientes factores que intervienen en la forma de usar esos servicios sanitarios.

Factores administrativos y de accesibilidad

- **Situación administrativa en España.** A pesar del derecho a la asistencia sanitaria de las mujeres extranjeras durante el embarazo y parto, la irregularidad administrativa condiciona de forma negativa el acceso.
- **Barreras normativas y administrativas,** entendidas como las especiales dificultades que pueden atravesar estas mujeres para acogerse oficialmente a los derechos fundamentales de los que goza la población autóctona. Las mujeres en situación irregular temen que al acudir a unos servicios públicos oficiales puedan detectar su situación de irregularidad y comunicarlo a la policía, o detectarla una enfermedad y denegarle el permiso de residencia.

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre (no se reforma el articulado de derecho a asistencia sanitaria) regula el derecho de los inmigrantes a la asistencia sanitaria. El artículo 12 reconoce su derecho, una vez empadronado, a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los nacionales, siempre que se encuentren empadronados en un municipio, ante situaciones de urgencia, cuando sean menores de edad y a las embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio. El empadronamiento que se requiere para el normal ejercicio de este derecho también puede suponer otra vía de exclusión dado que algunos Ayuntamientos ponen trabas para empadronar a personas residentes en chabolas, en infraviviendas o en asentamientos no controlados ni urbanizados. La consecuencia más directa de la falta de empadronamiento o de la situación irregular es la especial dificultad para normalizar la cobertura del

Derecho de Asistencia Sanitaria de Seguridad Social que tramita el I.N.S.S. y la Tesorería Territorial. El alta en estas instituciones da lugar a la asignación de claves, médico y régimen de farmacia⁽¹⁷⁾.

- **Desconocimiento del derecho a la prestación sanitaria y de la red asistencial.** Muchas veces las mujeres desconocen su derecho a recibir prestaciones sanitarias o no tienen redes sociales que les informen sobre la existencia y el funcionamiento de los programas de atención prenatal en nuestro medio⁽¹⁷⁾.
- **Lugar de residencia.** La ubicación de la vivienda en nuestra área de salud influye en el control prenatal, determinando en gran medida la accesibilidad a los servicios de salud. A las mujeres marroquíes, si es necesario salir del pueblo, siempre las acompaña su marido o algún compatriota que se preste, porque no saben utilizar los medios de transporte ni conocen nuestro idioma. Ambas circunstancias dificultan una atención sanitaria adecuada y en el momento necesario, tanto para ellas como para los hijos menores, porque en ocasiones, el marido se encuentra trabajando en otro lugar y deben esperar a que regrese.

Factores lingüísticos

- **Barreras relacionadas con el idioma.** La mayoría de los inmigrantes marroquíes proceden de una de las zonas más desfavorecidas de Marruecos. Emigran desde zonas semidesérticas, rurales, de pocos recursos, dedicados a actividades laborales agrícolas y ganaderas. La lengua diaria en Marruecos es el dialecto árabe, así como el tamazight (bereber), hablado en el Rif, y otras regiones como los Atlas y el Souss y que varía según las regiones⁽¹⁸⁾.

En cuanto al colectivo que emigra, su nivel educativo es muy bajo, algunos de los hombres son analfabetos. Esta circunstancia afecta más a las mujeres, con el agravante de que cuando llegan a España aprenden muy poco español porque reproducen casi por completo su propia estructura social y no se relacionan con mujeres españolas. En el Área de Salud III se cuenta con una escuela de adultos que imparte clases de español por las tardes, pero a la que asisten en su mayoría los hombres. Son muy pocas las mujeres que tiene acceso a esta escuela por motivos como el desconocimiento, el cuidado de los niños o que no tiene quien las acompañe.

La barrera idiomática dificulta la relación con todas las instituciones, pero en especial con los servicios sanitarios, a los que cuando acuden solas la atención resulta muy difícil para ambas partes. En ocasiones lo intentan solucionar acudiendo con algún hijo/a mayor que sepa algo de español y que pierde la clase que le corresponde por acudir con su madre, con lo que se dificulta su integración. Estos problemas derivados de la comunicación constituyen la mayor dificultad en la atención sanitaria a este colectivo. Nos imposibilitan, sobre todo, la explicación de determinadas pruebas diagnósticas que requieren

una información detallada y el consentimiento de la embarazada, como por ejemplo las analíticas de screening prenatal, la amniocentesis y la analgesia epidural. En consulta las matronas tenemos grandes dificultades a la hora de elaborar la historia clínica y en ocasiones nos encontramos con que ni siquiera entienden el contenido de la pregunta o las indicaciones más simples^(17,18).

Factores socio-culturales

- **Pautas culturales de origen.** El concepto de salud-enfermedad es bastante distinto al nuestro ya que en Marruecos disponen de escasos recursos y parten de una medicina de supervivencia. La salud se considera un bien de uso, un medio para trabajar y atender a los demás, frente a un bien de consumo, de modo que a “la salud se le reconoce como valor cuando se ve la enfermedad, cuando la pérdida de salud es tan grave que imposibilita el ejercicio de las funciones diarias”(Castillo y Mazarrasa, 2001). En este contexto, los temas de prevención y promoción de la salud, que son centrales en los controles prenatales, tienen para estas mujeres un carácter secundario.

La falta de utilización de los servicios prenatales está relacionada con la percepción del embarazo como una situación que no requiere atención médica. Las mujeres inmigrantes, son jóvenes y se consideran sanas, no sienten la necesidad de usar los servicios de salud tal y como lo hacemos las autóctonas. Los cuidados profesionales durante el embarazo y parto en Marruecos no siguen nuestra sistemática, la oferta de salud pública es deficitaria y se tiene una escasa cultura de prevención. Nuestras mujeres inmigradas, poco familiarizadas con la asistencia prenatal, siguen actuando como en el lugar de origen, no utilizando los servicios preventivos prenatales a menos que sea estrictamente necesario y utilizando mucho la atención urgente. Según el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2008, la población inmigrante utiliza con menos frecuencia los servicios sanitarios que la autóctona, a excepción de las consultas de ginecología y obstétrica donde la demanda es 5 puntos superior en el caso de las mujeres extranjeras.

La dificultad de la comunicación junto con el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, hace que les resulte complejo utilizarlo adecuadamente, por lo que acuden de forma espontánea a las consultas, sin cita previa o con mucho retraso o adelanto sobre la hora citada⁽¹⁸⁾.

- **La distancia social.** Es un término utilizado para hablar de unión o distancia social entre dos grupos. En el caso la Comunidad de Cantabria, la distancia social que nos separa es muy grande y por tanto la comunidad marroquí tiene más dificultades para integrarse y aprender el idioma en Cantabria que en otras regiones del sur de España donde esa distancia es más reducida. Para J. Schumann, autor que ha estudiado la adquisición de la lengua en las

poblaciones inmigrantes, los factores que hacen que la distancia social sea mayor o menor son: la política, la técnica, la cultura y la economía. A mayor grado de similitud entre los dos grupos menor distancia social y por tanto más facilidad para la integración y la adquisición de la nueva lengua. Existe lo que se conoce como “preservación” de un grupo si este rechaza el estilo de vida y los valores de la región donde emigra e intenta mantener tanto como le es posible su propia cultura. La preservación se observa más frecuentemente en grupos donde la distancia social y psicológica (distancia que siente cada individuo) es mayor, como por ejemplo en algunas comunidades marroquíes asentadas en Cantabria^(17,19).

- **Pautas estructurales de origen.** Las mujeres de origen africano reagrupadas en nuestra área de salud son mujeres casadas, con frecuencia proceden de áreas rurales y ambientes tradicionales, presentando un fuerte arraigo a sus patrones culturales de origen. La estructura tradicional familiar tiene carácter patriarcal, comunitario y endogámico. Hay un cabeza de familia (padre) y sus descendientes no se disgregan al casarse, sino que se mantienen dentro de la estructura comunitaria y continúan sometidos a la autoridad del padre. En el caso de las mujeres, suelen mayoritariamente casarse con un pariente y así se mantiene dentro de esa comunidad familiar. El hombre es el que mantiene la economía doméstica y la mujer queda relegada a las tareas propias del hogar y al cuidado y educación de los hijos. Esta distribución de tareas se está perdiendo progresivamente en las zonas más urbanas de Marruecos debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral, pero se mantiene a nivel rural de donde procede la mayor parte del colectivo inmigrante^(17,18).
- **Cuestiones de género.** Las desigualdades de género son una barrera específica de las mujeres inmigrantes que dificulta el acceso a los recursos sanitarios. Tienen una autonomía limitada y, como hemos visto anteriormente, dependen de sus parejas para acudir a los servicios sanitarios de atención prenatal, para que les traduzca en la consulta y para desplazarse. Estas situaciones de dependencia colocan a las mujeres en una situación de especial vulnerabilidad, sobre todo cuando existen problemas y complicaciones durante el embarazo. La consideración del embarazo y la crianza como eventos totalmente femeninos en su cultura, dificulta que los varones inmigrantes se impliquen activamente en los cuidados durante la gestación^(17,18).
- **Cuestiones religiosas.** El Islam en árabe significa paz, sumisión y obediencia y consiste en aceptar sin reserva las enseñanzas y los preceptos de Dios revelados al profeta. El Islam es la religión oficial de Marruecos, pero convive perfectamente con otras confesiones (la práctica de estas religiones está garantizada por la constitución). Es la prolongación del judaísmo y el cristianismo. Los cinco pilares de esta religión son: la profesión de fe, las oraciones, el ayuno en el mes de ramadán, la zakat (es un deber religioso donde todo musulmán ha de entregar limosna) y la peregrinación a la meca⁽¹⁷⁾.

En concreto la práctica del Ramadán, puede interferir en los controles prenatales y en la asunción de determinados cuidados durante el embarazo ya que muchas mujeres por su alto nivel de fe y creencia desafían las exenciones repercutiendo negativamente en su propia salud y bienestar. Aunque el Islam no obliga a las mujeres embarazadas a realizar esta práctica religiosa, la mayoría lo practican, existiendo dificultades para realizar determinadas pruebas diagnósticas y procedimientos estandarizados (analíticas, vacunas, exploraciones ginecológicas, etc.) y un adecuado control de la Diabetes Gestacional. No interfiere en el fomento de la lactancia ni en el uso de anticonceptivos^(18,19).

Factores sanitarios

- **El rechazo pasivo del sistema o de los profesionales sanitarios.** La atención sanitaria a esta población tiene una especial complejidad y requiere más tiempo que una consulta “normal”. El profesional sanitario vive con estrés la atención al inmigrante por las propias características actuales del sistema, las interferencias lingüísticas, emocionales y culturales que favorecen en muchos casos actitudes de rechazo pasivo. A esto se le une la falta de formación de los profesionales en la atención a la diversidad cultural (competencia cultural) y en la atención de enfermedades no comunes en nuestro medio. Todos son factores que agravan el riesgo de exclusión a una mujer que acude tarde o “viene cuando le da la gana”. Se tiene la percepción de que es por desgana o escaso interés, cuando en realidad es por los motivos previamente citados⁽²⁰⁾.

Debemos tener presente que nuestro concepto de la salud y de la enfermedad puede ser distinto del suyo. Martín Cano define la medicina transcultural como “los conocimientos médicos y de comunicación aplicados entre un sanitario de un determinado grupo étnico y un paciente de otro”, abarca tanto aspectos físicos, psicológicos y sociales como aspectos de la cultura, religión o etnia. En el “Manual de medicina transcultural” se recogen muchas recomendaciones para minimizar la disonancia cultural con los pacientes extranjeros y como dice su autor “si se está dispuesto y sensible culturalmente, nos bastarán unos pocos conocimientos referidos a la interculturalidad para que aparezca la sintonía y se dé lugar a la mutua confianza y a la aceptación de nuestros eficientes cuidados clínicos”⁽²¹⁾.

Un principio ético de la asistencia sanitaria, el principio de justicia de la bioética moderna habla de la obligación de tener en cuenta a todo el mundo con la misma consideración y respeto en el orden social, y a no discriminar a nadie por razón de etnia, sexo, creencias, edad, etc., promoviendo la igualdad de oportunidades. Sin embargo, tratar a todo el mundo en condiciones de igualdad no significa tratar a todo el mundo de la misma manera⁽²²⁾.

Las matronas que atendemos a las mujeres inmigrantes durante el embarazo, parto y puerperio debemos ser sensibles a sus valores y necesidades. Cuando se

atiende a estas mujeres el objetivo debe ser una atención apropiada, respetuosa, flexible y sensible. Si la matrona de Atención Primaria tiene entre sus funciones la importante tarea de la prevención de salud, esta lo es más todavía con estas mujeres y son prioritarias las actividades preventivas encaminadas a la actualización y aplicación de un correcto calendario vacunal y las del programa materno-infantil. La matrona, una vez obtenidos los permisos institucionales, es el profesional más capacitado para llevar a cabo este proyecto.

En la actualidad en Cantabria, el equipo investigador al que pertenezco, está llevando a cabo un estudio observacional retrospectivo que permitirá conocer si los mínimos establecidos por la evidencia científica, en cuanto a la atención prenatal, se ven comprometidos en este colectivo de inmigrantes marroquíes. En estos momentos estamos realizando el análisis de comparabilidad entre ambos grupos. Los datos preliminares confirman que existen diferencias estadísticamente significativas y son acordes la bibliografía consultada. De confirmarse, se pondrá en evidencia una situación de desigualdad en materia de salud reproductiva y en la calidad de la asistencia integral que estamos prestando a dicho colectivo en Cantabria.

El presente proyecto, a través de la intervención formativa y socio-sanitaria planteada, permitirá conocer a las matronas como podemos ofertar una asistencia sanitaria similar a la ofrecida a población autóctona, culturalmente competente y adaptada en la medida de lo posible a la gestante y puérpera. De conseguirse los objetivos, según demuestran algunos estudios realizados, se contribuirá a la disminución de los embarazos no deseados y la morbilidad materna y fetal en esta población, mejorando los resultados en el parto y la lactancia. Se trata de un proyecto de gran impacto e interés socio-sanitario, ya que los programas de atención en el embarazo y parto son difíciles de hacer llegar a la población inmigrante, por lo que se presentará a diversos programas de subvenciones para la investigación.

Una mejora en control prenatal permitirá disminuir los costes de la asistencia sanitaria, a la gestante y puérpera marroquí, al conseguir una disminución de la morbilidad y del número de consultas espontáneas y urgentes, en beneficio de una asistencia preventiva y normalizada. Además del ahorro económico, nos orientará a la hora de adoptar políticas adaptadas en materia de salud y estrategias dirigidas a mejorar la calidad y la eficacia en la atención, considerando tanto las necesidades como las especificidades culturales de las mujeres inmigrantes marroquíes.

La atención a mujeres inmigrantes afecta de manera directa a los servicios sanitarios, planteándoles nuevos retos a las matronas y proporcionándonos nuevas líneas de investigación. Los resultados se difundirán en Congresos Nacionales e Internacionales de Matrona e Investigación y en revistas científicas, priorizando aquellas publicaciones que dispongan de mayor índice de impacto. Este proyecto amplía las posibilidades de investigación en un campo que se encuentra necesitado de estudios que sirvan para incrementar el cuerpo de conocimientos existentes. En ese

sentido, el estudio que ahora presento es solamente un primer paso para la iniciación posterior, con las modificaciones adecuadas, de una tesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio Permanente de la Inmigración [monografía en Internet]. España: 2008 [acceso Diciembre 2009]. Disponible en:
http://www.mtin.es/es/sec_bep/bibliotecas/central/Novedades/NOVEDADES0408/BOLETIN_NOVEDADES_0408.pdf.
2. Vicente TL. Importancia de los flujos migratorios de mujeres [monografía en Internet]. Bilbao: Observatorio Vasco de Inmigración; 2006 [acceso Diciembre de 2009]. Disponible en: www.ikuspegi.org.
3. Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa 4 de junio de 2009, [acceso Enero de 2010] Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/>.
4. Instituto Cántabro de Estadística. Santander: icane.es; 2009 [actualizada 1 de junio de 2009; [acceso Enero de 2010] Disponible en: <http://www.icane.es>.
5. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. Santander; 2007.
6. Pérez S, Muñoz N, Robledo A, Sánchez Y, Pallás CR, Cruz J de la. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. An Pediatr (Barc). 2004; 60:3-8.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia prenatal al embarazo normal. Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO; 2002.
8. Organización Mundial de la Salud. Migración Internacional, salud y derechos humanos [monografía en Internet]. Ginebra: OMS; 2003. (Publicaciones sobre salud y derechos humanos; 4). [Acceso abril 2008]. Disponible en:
http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf.
9. García-García J, Pardo-Serrano C, Hernández-Martínez A, Lorenzo-Díaz Marca, Gil-González D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. Programa Obstétrico Ginecológico. 2008;51(2):53-62.

10. Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, González-Zapata L, Regidor E. Relación en España de la duración de la gestación y del peso al nacer con la nacionalidad de la madre durante el período 2001-2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:331-337.
11. Rodríguez C, Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Low birth weight in Spain associated with sociodemographic factors. *J Epidemiology Community Health*. 1995;49:38-42.
12. Domingo Puiggròs M, Figaró Voltà C, Loverdos Eserverri I, Costa Colomer J, Badia Barnusell J. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(6):596-601.
13. Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R, et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:713-23.
14. Marqueta JM, Romagosa C, Plaja P, Vázquez M. Diferències en la morbiditat neonatal entre noutats magribins i autòctons. *Pediatr Catalana*. 2005;65:8-12.
15. Martín Ibáñez I, López Vílchez MA, Lozano Blasco J, Mur Sierra A. Resultados perinatales de las inmigrantes gestantes. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:550-6.
16. Gobierno de Cantabria. Dirección General de Salud Pública. II Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2008-2011. Santander; 2008.
17. Antich X. Tenemos un problema. *La Vanguardia*, 08/02/2010. Disponible en: <http://www.lavanguardia.es/free/edicionimpresa/res/20100208/53886345236.html?urlback=http://www.lavanguardia.es/premium/edicionimpresa/20100208/53886345236.html>.
18. Artazcoa, L. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gac Sanit*. [Revista en Internet]. Mayo 2004;18(supl 2): 1-2 [citado 01 Diciembre 2006]. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213.
19. Alonso Izquierdo A. La adquisición del español por inmigrantes marroquíes adultos. El español, lengua del mestizaje y la interculturalidad. *ASELE*. 2002; 99-112.
20. Lillo Crespo M, Galao Malo R, Casanova Martínez I, Mora Antón MD. Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia* [Revista en Internet]. 2004 sept-dic;1(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php>.

21. Martincano Gómez JL. Manual de medicina transcultural. Madrid: IM&C; 2003.
22. Barbero J. Inmigración, salud y bioética. En: Alonso A, Huerga H, Morera J. Guía de atención al inmigrante. Madrid: Ergon; 2003. p. 45-55.

HIPÓTESIS-OBJETIVOS

Hipótesis

Mediante una intervención socio-sanitaria y formativa adecuada podemos disminuir las desigualdades en materia de salud reproductiva en las mujeres marroquíes inmigradas, contribuyendo así a la disminución de la morbilidad materna y fetal.

Objetivo general

Mejorar los datos en los criterios de calidad establecidos en el Protocolo de Atención al embarazo y puerperio, con la consiguiente mejora en los resultados de morbilidad materno y fetal.

Objetivos específicos

- Conocer los datos de los indicadores sanitarios de seguimiento del embarazo de la población sujeta al estudio del área de salud II y III del Servicio Cántabro de Salud. (S.C.S.)
- Conocer las cifras de morbilidad materna en la población inmigrante marroquí del área de salud II y III del S.C.S.
- Realizar actividades encaminadas a mejorar el grado de formación y competencia cultural de los distintos profesionales implicados en el proceso de atención embarazo y puerperio en nuestra población.
- Establecer aquellas intervenciones socio-sanitarias que mejoren la accesibilidad a los recursos sanitarios.
- Establecer las intervenciones socio-sanitarias que mejoren la captación y seguimiento del proceso del embarazo y puerperio.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio quasi-experimental con grupo control⁽¹⁾.

Ámbito de estudio: Centros de Atención Primaria del Área de Salud II y III del Servicio Cántabro de Salud.

Población de estudio: Inmigrantes marroquíes que acudan a la consulta de la matrona en los centros de Atención Primaria del Área II y III del Servicio Cántabro de Salud y que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión

- Mujer cuyo país de origen sea Marruecos independientemente de poseer o no nacionalidad española.
- Gestante incluida en el Protocolo de Captación y seguimiento de embarazo en los Centros de Salud de la población de estudio.
- Púérpera incluida en el Protocolo de Posparto en los mismos Centros de Salud.

Tamaño muestral y selección de los participantes en el estudio

Para el estudio se seleccionará todo el universo de mujeres que cumplan los criterios de inclusión de ambos grupos, por lo que no habrá un tipo de selección aleatoria entre las gestantes y púerperas. En función del número de partos de mujeres inmigrantes marroquíes en los dos últimos años se asignarán los Centros de Salud que pertenecerán al grupo experimental o control. Se escogerán los tres centros de cada Área de Salud con mayor incidencia, siendo los del Área II considerados como grupo control y los del Área III como grupo experimental⁽²⁾.

Para conseguir una potencia del 80,0 % para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0: p_1 = p_2$ mediante una prueba X^2 bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta que el nivel de significación es 5%, y asumiendo que la proporción en el grupo de Referencia es del 50,0%, la proporción en el grupo Experimental es del 70,0%, y que la proporción de unidades experimentales en el grupo de Referencia respecto el total es del 50,0% será necesario incluir 93 gestantes experimentales en el grupo de Referencia y 93 gestantes en el grupo Experimental, totalizando 186 mujeres en el estudio⁽³⁾.

Variables del estudio sociodemográficas

1. Edad.
2. Nivel máximo de estudios en su país de origen.
3. Alfabetización en su país de origen.
4. Antigüedad de residencia en España.
5. Conocimientos de Español.

Variables del estudio independientes

La intervención socio-sanitaria y formativa en los Centros de Salud en el grupo experimental o control.

Variables del estudio dependientes

Tomamos para ello los criterios de calidad del Protocolo de Atención al Embarazo⁽⁴⁾, Cantabria 2007, puesto que lo que se pretende es disminuir las desigualdades en materia de salud. Por lo tanto las variables dependientes son las siguientes:

- Edad gestacional en la que se ha iniciado el control de embarazo.
- Edad gestacional en la que se inicia profilaxis con ácido fólico.
- Profilaxis con yodo durante toda la gestación.
- Ecografía obstétrica entre 11-14 semanas.
- Ecografía obstétrica entre 18-20 semanas.
- Screening de hepatitis B.
- Screening de VIH.
- Screening de diabetes gestacional entre 24-28 semanas.
- Profilaxis con Inmunoglobulina anti-D en gestantes con Rh negativo.
- Determinación de estreptococo B agalactiae entre 35-37 semanas.
- Número de visitas prenatales.
- Derivación a atención especializada para control de embarazo.
- Edad gestacional del parto o cesárea en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Recién nacidos con retraso de crecimiento al nacimiento diagnosticados prenatalmente.
- Peso del recién nacido.
- Apgar del recién nacido al nacimiento y a los 5 minutos.
- Recién nacidos ingresados al nacimiento en la Unidad de Cuidados Neonatales del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Número de visitas en el puerperio.

DESARROLLO DEL ESTUDIO

Primera fase de selección de centros (4 meses)

En función de los datos facilitados por el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en cuanto al Centro de Salud de referencia de las gestantes marroquíes, seleccionaremos los Centros de Salud que participarán en este proyecto. Consideraremos la totalidad de Centros de Salud del Área II y III del Servicio Cántabro de Salud y, en base a los datos facilitados por el Hospital, seleccionaremos

aquellos que durante el periodo 2008-2009 atendieron al mayor número de gestantes marroquíes. Se escogerán tres Centros del Área III en los que realizaremos las intervenciones planteadas junto con los equipos de Atención Primaria (grupo experimental) y, mediante el mismo procedimiento, seleccionaremos tres Centros del Área II a los que consideraremos como grupo control^(1,2).

Segunda fase, período formativo e intervención (24 meses)

Se establecerán reuniones periódicas con los distintos profesionales implicados en el proceso de embarazo y puerperio: matrona, médico de familia, trabajadora social, pediatra y enfermera de pediatría. Quiero destacar el gran interés, con su consiguiente implicación a la hora de aportar ideas y diferentes datos, que ha despertado este proyecto en los pediatras y la trabajadora social del Centro de Salud Besaya en el que actualmente trabajo. El objetivo de las sesiones será promover la sensibilización de los profesionales respecto a este tema, profundizar en las características socio-demográficas de nuestra población y mejorar sus conocimientos en competencia cultural. Se desarrollarán de manera presencial en los centros seleccionados según un calendario previamente establecido junto con los profesionales implicados y durante un periodo de 4 meses^(5,6).

Se establecerán las siguientes medidas para mejorar la accesibilidad y captación en los Centros de Salud seleccionados como grupo experimental:

- Realizar campañas activas semestrales de captación y difusión de los recursos asistenciales y de difusión del control prenatal en los principales centros de reunión, centros de Cruz Roja y en los servicios de atención a inmigrantes en los municipios de los Centros de Salud seleccionados^(6,7).
- Introducción de mediadoras interculturales para que las acompañen en sus primeros contactos con los servicios sanitarios. Su perfil es el de una mujer del colectivo con el que ha de mediar, que conoce la cultura y el idioma de su país y es respetada^(6,7). En Cantabria existen dos iniciativas, puestas en marcha por el Gobierno de Cantabria, que serán claves para el desarrollo de esta medida. Por un lado la Asociación Cantabria Acoge que dispone de profesionales de distintos ámbitos, desde psicólogos hasta voluntarios que hacen las veces de mediadores culturales, conocen el idioma, la cultura y llevan años trabajando en este sentido. Por otro lado está la Cruz Roja, cuyos profesionales son en muchas ocasiones la primera toma de contacto de los inmigrantes con los recursos socio-sanitarios de nuestro Área de Salud.

Se facilitará la atención a estas mujeres gestantes o puérperas aumentando el tiempo disponible de los profesionales para estas consultas^(8,9).

Con el fin de facilitación de la comunicación se procederá a la traducción al árabe y adaptación cultural de las siguientes guías educativas para su distribución^(6,7):

- Cuidados del embarazo.
- Cuidados en el puerperio, suelo pélvico y anticoncepción.
- Lactancia materna.
- Cuidados y revisiones del recién nacido.

Se procederá a la traducción al árabe y adaptación cultural de los siguientes procedimientos para facilitar su correcta realización⁽⁷⁾:

- Correcta realización del Test de O' Sullivan.
- Correcta recogida de un cultivo de orina.
- Correcta recogida del cultivo de Estreptococo vaginal y rectal.
- Consentimiento informado de la amniocentesis.
- Consentimiento informado de las ecografías obstétricas.
- Consentimiento informado de la analgesia epidural.

Además se realizarán cuatro pictogramas básicos: hoja de entrevista clínica, hoja de tratamiento, cuidados del embarazo y del puerperio^(6,7).

Tercera fase o período de recogida de datos en población diana (24 meses)

Desde el comienzo de la intervención se pedirá a todas las matronas de los centros del grupo experimental y control que realicen un registro de las variables especificadas en hoja de recogida de datos de todas las gestantes y púerperas incluidas en el proyecto, además de la asistencia habitual. Se recogerán las variables de los episodios de la base de datos de historias electrónicas OMI: "Embarazo confirmado", "Embarazo confirmado deseado", "Embarazo confirmado no deseado", "Parto normal nacido vivo" y "Cesárea nacido vivo", en cada uno de los Centros de Salud del Área II y III seleccionados.

Los datos se tabularán en una hoja de cálculo Microsoft Excel 2007 y para realizar el análisis de los distintos contrastes y pruebas estadísticas utilizaremos el paquete estadístico SPSS 16.0 para Windows⁽¹⁰⁾. Los datos obtenidos se analizarán junto con el departamento de estadística de la Gerencia de Atención Primaria 1 del Servicio Cántabro de Salud. Se realizará un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las diferentes variables del estudio. Asimismo se calculan las diferentes medidas del efecto (incidencia, prevalencia y riesgos), con posterior análisis de comparabilidad de ambos grupos. Como en este estudio manejaremos variables cualitativas y cuantitativas en ambos grupos, para las comparaciones entre ellas emplearemos la T-Student o ANOVA cuando se comparen variables cuantitativas y cualitativas, y el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher, según proceda, para variables cualitativas^(2,3).

Cuarta etapa o de divulgación de resultados (6 meses)

Se elaborará un informe detallado del estudio. Los resultados de esta investigación serán divulgados en las reuniones formativas de ambas Gerencias de

Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud y en los foros relacionados con la Enfermería Obstétrica Ginecológica y la Investigación. Se redactará al menos un artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas.

Limitaciones del estudio

- Colaboración insuficiente de los participantes o posibles abandonos, falta de colaboración de la Gerencia de Atención Primaria 2 para llevar a cabo el estudio.
- Es imposible que los profesionales desconozcan si pertenecen al grupo experimental o al grupo control. Para disminuir en lo posible este sesgo, y evitar las posibles interacciones que pudiesen condicionar los resultados de alguna manera, se seleccionarán a todos los profesionales implicados en el seguimiento y control del embarazo y puerperio que trabajan en los centros seleccionados, eliminando así la posibilidad de que coincidan los miembros de los dos grupos⁽¹⁾.
- Resulta imposible que el equipo investigador desconozca si los participantes del estudio pertenecen al Grupo Experimental o al Grupo Control. Para intentar paliar esta dificultad se codificarán los datos de manera que los investigadores que realicen el análisis estadístico de los resultados no poseerán información de si éstos proceden del grupo experimental o del grupo control⁽¹⁾.

Consideraciones éticas

Se pondrá en conocimiento de la Dirección de Gerencia del Área II y III de Salud de Cantabria la puesta en marcha del estudio y se solicitará la autorización para ello al comité de ética del Área.

Si la hipótesis se corroborara se pondría en conocimiento inmediatamente de la Dirección de Gerencia del Área II y se le propondría llevar a cabo la intervención en todas las gestantes y púerperas del grupo control que fuesen candidatas a beneficiarse de la misma asegurando así el derecho a un trato justo.

Se informará a la mujer que sus datos serán tratados de un modo confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal⁽¹¹⁾.

CRONOGRAMA

Primera etapa o fase preintervención (2 meses)

- Reunión con las dos Direcciones de Área para informar de la realización del estudio y solicitar la evaluación por el Comité Ético. (Investigador principal).
- Solicitud y recogida de las base de datos del servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (Investigador principal).
- Selección de los centros en los que realizará la intervención experimental y los centros controles. (Investigador principal).
- Reunión de los profesionales implicados de los centros seleccionados, donde se les informará verbalmente de las características del proyecto, sus objetivos y se solicitará su colaboración. (Equipo investigador).
- Elaboración de la base de datos necesaria para la introducción de datos. (Apoyo externo).

Segunda etapa o fase de intervención (24 meses)

- En los centros seleccionados para realizar la intervención se organizará un calendario de sesiones formativas con los distintos profesionales implicados en el proceso de embarazo y puerperio. El contenido de las sesiones lo establecerá el equipo investigador y se desarrollará de forma presencial en los propios centros asistenciales durante un periodo de 4 meses según el calendario previamente establecido (Equipo investigador).
- Se procederá a la traducción al árabe y adaptación cultural de las guías educativas, procedimientos más frecuentes y pictogramas para su distribución en los Centros de Salud, centros de asistencia a inmigrantes, Cantabria Acoge y Cruz Roja (Equipo investigador y apoyo externo).
- En este momento se establecerán las medidas para mejorar la accesibilidad y captación en los Centros de Salud que se prolongarán hasta la finalización del estudio: campañas activas de captación y difusión de los recursos asistenciales, la introducción de mediadoras culturales para que las acompañen en sus primeros contactos con los servicios sanitarios y el aumento del tiempo disponible de los profesionales para estas consultas (Equipo investigador y apoyo externo).

Tercera etapa o de recogida y análisis de los datos en población diana (24 meses)

- Se recogerán los datos de registro referentes al número de diagnósticos, las variables de estudio y los resultados obtenidos tanto por la matrona del grupo control como experimental, así como la evolución de los mismos desde el inicio de la fase de recogida de datos (Equipo investigador).
- Los datos serán recogidos y analizados, y tras obtener los resultados se procederá a extraer conclusiones (Equipo investigador y apoyo externo).
- En esta etapa y en las siguientes será necesario contar con un estadístico para ayudar en la elaboración de la base de datos y en el análisis de los resultados. Para el resto de tareas, el equipo investigador participará al completo en todas y cada una de ellas.

Cuarta etapa o de divulgación de resultados (6 meses)

- El equipo investigador elaborará un informe detallado del estudio. Se redactará al menos un artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas (Investigador principal).
- Los resultados de esta investigación serán divulgados en las sesiones formativas de ambas Gerencias de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud y en los foros relacionados con la Enfermería Obstétrica Ginecológica y la Investigación (Investigador principal).

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín A, Luna del Castillo JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4ª ed. Madrid: Norma; 1999.
2. Argimon Pallas JM, Jiménez Villas J. Método de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
3. Epi Info 6. versión 6.04. New York: Center for Disease Control & Prevention; 2005.
4. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. 2007. [Edita el Gobierno de Cantabria y no tiene autores personales].

5. Martínez MF, Martínez J, Calzado V. La Competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. *Interv psicococ* 2006; 15(3):331-350.
6. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria. Barcelona: semFYC 2001. [acceso Diciembre 2009] Disponible en: <http://www.semfyces>.
7. Elia Díeza R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2004;18(Supl 1):158-67.
8. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria.* 1999; 24:468-74.
9. Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18 (Supl):207-213.
10. SPSS para Windows, Rel. 11.0.1. Chicago: SPSS Inc.; 2001.
11. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).

PRESUPUESTO

Se trata de proyecto de interés socio-sanitario y con intención de presentar a obtención de ayudas económicas para su desarrollo. Adjunto la ayuda precisada para su elaboración:

Gastos de ejecución	Euros
Adquisición de bienes y contratación de servicios	
a) Inventariable:	
Material informático	3500 €
Material de oficina	1000 €
Traducciones de guías y procedimientos	2000 €
Apoyo estadístico para el análisis de los datos	1500 €
Traducciones del informe de investigación para su difusión	1000 €
Subtotal	9000 €
b) Viajes y dietas	
Encuentro Joanna Briggs: Foro de investigadores	2000 €
Congreso Nacional de Matronas	2000 €
Congreso Internacional de Matronas	3000 €
Subtotal	7000 €
Total	16.000 €

ANEXO I

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Variables sociodemográficas:

1. Número de historia:
2. Centro de Salud:
3. Edad materna en el momento del parto:
4. Nivel máximo de estudios en el país de origen:
5. Alfabetización en el país de origen: leer (SI/NO) escribir (SI/NO)
6. Meses de residencia en España:
7. Conocimientos de Español: leer (SI/NO) escribir (SI/NO)

Variable independiente:

8. País de origen: Marruecos / España

Variables dependientes:

9. Edad Gestacional en la que se ha iniciado el control de embarazo:
SEM DIAS
10. Edad Gestacional en la que se ha iniciado la profilaxis con ácido fólico:
SEM DIAS
11. Profilaxis con yodo durante toda la gestación: (SI/NO)
12. Ecografía obstétrica entre 11-14 semanas: (SI/NO)
13. Ecografía obstétrica entre 18-20 semanas: (SI/NO)
14. Serología completa de embarazo: hepatitis B, VIH, sífilis, rubéola y toxoplasma:
(SI/NO)
15. Screening de diabetes gestacional entre 24-28 semanas: (SI/NO)
16. Profilaxis con Inmunoglobulina anti-D en gestantes con Rh negativo: (SI/NO)
17. Determinación de estreptococo B agalactiae entre 35-37 semanas: (SI/NO)
18. Resultado positivo de estreptococo B agalactiae: (SI/NO)
19. Número de visitas que ha realizado prenatalmente:
20. Derivación de la gestante a atención especializada para control de embarazo:
(SI/NO)

21. Edad gestacional del parto o cesárea en el H. U. M. V.: SEM DIAS

22. Número de visitas que ha realizado en el puerperio:

23. Peso del recién nacido: gramos.

24. Apgar del recién nacido al nacimiento y a los 5 minutos: 1 min. 5 min.

25. Retraso de crecimiento al nacimiento diagnosticados prenatalmente: (SI/NO)

26. Ingreso al nacimiento en la Unidad de Cuidados Neonatales del H. U. M. V. :
(SI/NO)

OBSERVACIONES:

Recibido: 5 mayo 2011.

Aceptado: 8 mayo 2011.