Atención Materna Intercultural y Libre de Discriminación

Guía práctica para profesionales sanitarios y mediadoras interculturales que acompañan el embarazo, el parto y el puerperio de mujeres migrantes en el Sistema Nacional de Salud



Introducción

Esta guía ha sido elaborada por Salud Entre Culturas, programa de la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas (AEEI), con la colaboración técnica del Laboratorio de Equidad en Salud (LABEQSA), en el marco del proyecto Maternidades que Cuidan: Atención Intercultural y sin Discriminación para Mujeres Migrantes.

El documento nace de la revisión de la evidencia científica y documental, de la experiencia compartida por mediadoras interculturales vinculadas al ámbito sanitario y de las percepciones y necesidades expresadas por profesionales que atienden a mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Los resultados muestran que las barreras lingüísticas, administrativas, culturales y organizativas pueden limitar la comprensión de la información, la participación en las decisiones y el ejercicio efectivo de los derechos, especialmente cuando se combinan con situaciones de vulnerabilidad social, falta de redes de apoyo o experiencias previas de discriminación.

A partir de estos hallazgos, la guía ofrece orientaciones prácticas dirigidas a profesionales sanitarios y mediadoras interculturales para prevenir la discriminación y el trato desigual, mejorar la comunicación, garantizar un consentimiento informado real, incorporar la perspectiva intercultural sin estereotipos e integrar adecuadamente la mediación intercultural en la atención sanitaria a mujeres migrantes durante todo el proceso de maternidad. Su finalidad no es ofrecer respuestas uniformes en función del origen, la nacionalidad o la cultura de cada mujer, sino promover una atención individualizada que pregunte, escuche, evite prejuicios y reconozca a cada mujer como protagonista de su proceso asistencial.

Queremos expresar un agradecimiento especial a Anna Kouyate, quien, durante su periodo de colaboración y prácticas en Salud Entre Culturas, aportó su mirada, sensibilidad y compromiso con la atención materna a mujeres migrantes e impulsó la idea inicial de este proyecto.

Confiamos en que este material contribuya a fortalecer el trabajo conjunto de los equipos, prevenir situaciones de trato desigual y avanzar hacia una atención materna más segura, digna, accesible, intercultural y libre de discriminación.

A quién se dirige

Esta guía traduce en gestos concretos la evidencia científica internacional, la voz de once mediadoras interculturales y la experiencia de cincuenta y dos profesionales sanitarios recogidas por el proyecto Maternidades que Cuidan: Atención Intercultural y sin Discriminación para Mujeres Migrantes. No sustituye ningún protocolo clínico: lo acompaña.

Base documental: Actividades 1.1, 1.2 y 1.3 del proyecto Maternidades que Cuidan.
Laboratorio de Equidad en Salud (LABEQSA).

Cómo usarla

EN 60 SEGUNDOS

→ Consulta el método CUIDA antes o durante la atención.

→ Utiliza las páginas Haz/Evita y las listas de comprobación.

→ Activa la mediación intercultural ante la presencia de barrera idiomática y/o cultural.

PARA EL EQUIPO

→ Revisa conjuntamente los circuitos de atención.

→ Adapta los protocolos, formularios y materiales del centro.

→ Utiliza los compromisos institucionales como hoja de ruta.

Índice

1 Lo que dicen los datos — pág 6–8

2 Lo que no se refleja en un porcentaje — pág 9

3 Siete planos, una misma desigualdad — pág 10–11

4 Ocho principios para una atención que cuida — pág 12–13

5 El método CUIDA — pág 14

6 Captación, parto y postparto — pág 15–19

Fase 1: Captación y seguimiento prenatal
Fase 2: Durante el parto
Fase 3: Postparto, puerperio, salud mental maternal y red de apoyo

7 Trabajar con mediación intercultural — pág 20–21

8 Cuándo activar la mediación intercultural pág 22

9 Comunicación con barrera idiomática pág 23

10 Comunicación con barrera cultural: interculturalidad sin estereotipos pág 24–25

11 El consentimiento informado es un proceso pág 26–27

12 Lista de comprobación antes y después de la consulta pág 28–29

13 Lista de comprobación para mediadoras interculturales pág 30

14 Lo que deben garantizar las instituciones pág 31–32

15 Cinco frases que cuidan y diez gestos que marcan la diferencia pág 33

1. Lo que dicen los datos

La desigualdad puede observarse, medirse y prevenirse

La literatura internacional, la experiencia de las mediadoras interculturales y la encuesta a profesionales sanitarios convergen en un mismo diagnóstico: las mujeres migrantes afrontan barreras específicas y evitables a lo largo de todo el proceso reproductivo.

3-4x

Mayor riesgo de mortalidad materna en mujeres racializadas en el Reino Unido, sin que la diferencia se explique por factores clínicos conocidos.

Fuente: MBRRACE-UK. Actividad 1.1 Revisión bibliográfica y documental (LABEQSA)

13-17 %

Mujeres que refieren alguna forma de maltrato durante el parto en contextos hospitalarios. En Italia, el 9,6 % de las mujeres migrantes describió abuso, estigma o discriminación.

Fuente: Vedam et al. 2019 · Mariani et al. 202. Actividad 1.1 Revisión bibliográfica y documental (LABEQSA)

La falta de comprensión genera desigualdad

Las mediadoras interculturales describen situaciones en las que la barrera idiomática termina afectando a:

→ El consentimiento informado

→ La capacidad para tomar decisiones

→ La confianza en el sistema sanitario

→ La seguridad clínica durante el embarazo y el parto

Fuente: Actividad 1.2 Grupo focal con mediadoras interculturales (LABEQSA)

90,3 %

de los profesionales encuestados en España atienden frecuente o muy frecuentemente a mujeres migrantes o con dificultades idiomáticas.

Fuente: Actividad 1.3. Encuesta Laboratorio de Equidad en Salud (LABEQSA)

80,7 %

Considera difícil o muy difícil asegurar la comprensión de toda la información clínica cuando existe una barrera idiomática importante.

Fuente: Actividad 1.3. Encuesta Laboratorio de Equidad en Salud (LABEQSA)

65 %

considera que su formación no aborda suficientemente la atención intercultural, la comunicación con barrera idiomática o el consentimiento informado en contextos complejos.

Fuente: MBRRACE-UK. Actividad 1.1 Revisión bibliográfica y documental (LABEQSA)

88,4 %

Percibe insuficientes los apoyos institucionales para gestionar situaciones culturales o idiomáticas complejas.

Fuente: Actividad 1.3. Encuesta Laboratorio de Equidad en Salud (LABEQSA)

El reto no está en la falta de conocimiento ni de horizonte normativo: para casi cada problema documentado ya existe una respuesta conocida. La cuestión es llevarla a la práctica cotidiana. Esta guía reúne esas respuestas.

2. Lo que no se refleja en un porcentaje

Hallazgos de la Actividad 1.2 Grupo focal con mediadoras interculturales LABEQSA)

Cuatro dimensiones del diagnóstico:
1. Calidad del vínculo y derechos humanos.
2. Comunicación, alfabetización en salud y acceso.
3. Interculturalidad y salud mental materna.
4. Transformación del sistema y mediación intercultural.

La mujer deja de ser la interlocutora
En ocasiones, profesionales y acompañantes hablan entre sí sin incluir plenamente a la mujer, que pierde información y control sobre su proceso.

El consentimiento se convierte en una firma
Se solicitan autorizaciones para pruebas o intervenciones sin garantizar una comprensión real de sus implicaciones, alternativas y consecuencias.

La barrera idiomatica se interpreta como incapacidad
Hablar más alto, utilizar un tono autoritario o infantilizar no mejora la comprensión: aumenta el miedo, la dependencia y la desconfianza.

Los estereotipos modifican la atención
El origen, la racialización, el número de hijos o la situación social pueden influir en la interpretación del dolor, los síntomas o la capacidad de cuidado.

Después del parto la madre se vuelve invisible
El seguimiento se concentra en el recién nacido y pueden quedar insuficientemente explorados el dolor, el cansancio, la recuperación física, el estado emocional o la soledad de la madre.

La mediación intercultural suele llegar tarde
Se activa cuando el conflicto ya se ha producido, en lugar de utilizarse preventivamente para favorecer la comprensión, la confianza y la toma de decisiones.

3. Siete planos, una misma desigualdad

La revisión de evidencia distingue siete planos en los que opera la desigualdad en la atención materna

Estructural

Qué lo produce
Racismo estructural y segregación racializada.

Qué ayuda, según la evidencia
Reconocimiento institucional explícito; planes de acción con perspectiva antirracista.

Lingüístico

Qué lo produce
Barrera idiomática no resuelta; ausencia sistemática de interpretación profesional.

Qué ayuda, según la evidencia
Interpretación y mediación integradas en todo el circuito; planes de parto en la lengua materna.

Administrativo

Qué lo produce
Empadronamiento, residencia previa, amenaza de facturación indebida en momentos de vulnerabilidad.

Qué ayuda, según la evidencia
Garantía de acceso universal; protocolos de captación temprana sin barreras punitivas o disuasorias.

Los planos no operan por separado: la barrera lingüística no resuelta agrava el riesgo de procedimientos sin consentimiento; los sesgos implícitos interactúan con la invisibilización institucional.

Cultural

Qué lo produce
Insensibilidad cultural, sesgos implícitos y estereotipos en el encuentro clínico

Qué ayuda, según la evidencia
Formación sostenida en competencia cultural y comunicación intercultural.

Institucional

Qué lo produce
Invisibilización en guías y estrategias; ausencia de datos desagregados por origen, idioma o estatus migratorio.

Qué ayuda, según la evidencia
Actualización de guías clínicas; sistemas de información desagregada.

Asistencial

Qué lo produce
Heterogeneidad entre centros; mediación intercultural fragmentaria o dependiente del azar geográfico.

Qué ayuda, según la evidencia
Programas estables de mediación; planes de parto adaptados; alianzas con el tercer sector.

Normativo y de derechos

Qué lo produce
Distancia entre el horizonte normativo internacional y los instrumentos del SNS.

Qué ayuda, según la evidencia
Incorporación operativa de los marcos de la OMS, ACOG, Consejo de Europa y CEDAW.

4. Ocho principios para una atención que cuida

Derechos, seguridad clínica y relación asistencial

1. Autonomía y protagonismo

La mujer decide sobre su cuerpo y su proceso; no ocupa un papel pasivo.

→ Consulta previa a cada prueba o intervención.

→ Respeto explícito a su decisión final.

2. Comprender forma parte de la seguridad clínica

Transmitir información no garantiza por sí solo que haya existido una comunicación efectiva. Dirigirse siempre a la mujer, incluso cuando hay mediadora o acompañante presente.

→ Lenguaje sin tecnicismos innecesarios.

→ Espacio real para preguntar.

3. El consentimiento es un proceso, no una firma

Requiere información comprensible, posibilidad de preguntar, libertad para decidir y respeto a la aceptación o al rechazo.

4. El tiempo como herramienta de equidad

La prisa es la primera barrera: comprender, preguntar y decidir necesitan minutos reales.

→ Flexibilizar la duración cuando hay barrera idiomática.

→ Evitar transmitir urgencia o impaciencia





5. Sensibilidad cultural: pregunta; no presupongas

El origen, la religión o la apariencia no permiten conocer las preferencias, valores o prácticas de una persona. Escuchar y validar las prácticas culturales sin prejuicio.

6. Trato digno e igualdad de estatus

Ver a cada mujer como persona con voz, historia y derechos, no solo como paciente de un circuito clínico.

→ Saludar, mirar, presentarse, dar la mano.

→ Reducir la asimetría profesional-usuaria.

7. Validación emocional

Reconocer el miedo y la incertidumbre del embarazo migrante, sin infantilizar.

→ Preguntar por miedos antes de pruebas invasivas.

→ Nunca gritar, ordenar o desligitimar.

8. La mediación intercultural debe prevenir, no solo resolver conflictos

Debe incorporarse desde el inicio cuando existan barreras relevantes, especialmente en decisiones complejas o momentos de elevada vulnerabilidad.

La barrera idiomática no es responsabilidad de la paciente: corresponde al sistema proporcionar los apoyos necesarios para participar en condiciones de igualdad.

5. El método CUIDA

Cinco pasos para cualquier encuentro asistencial

CUIDA = Conoce · Usa apoyos · Informa · Decide con ella · Acompaña
Una secuencia sencilla para convertir los principios de la atención intercultural en acciones concretas.

C	***CONOCE*** Identifica el idioma preferente, la comprensión real, las principales preocupaciones, la red de apoyo y las barreras administrativas, económicas o de movilidad.
U	***USA LOS APOYOS ADECUADOS*** Activa mediación o interpretación con antelación. No delegues en familiares o acompañantes la comunicación de información sensible o compleja.
I	***INFORMA*** Explica qué se propone, por qué, qué puede sentir, qué beneficios y riesgos existen, qué alternativas hay y qué ocurriría si decide no aceptar.
D	***DECIDE CON ELLA*** Deja espacio para preguntas, verifica la comprensión, pregunta por las preferencias y respeta la decisión. El silencio no equivale a consentimiento.
A	***ACOMPAÑA*** Resume lo acordado, facilita instrucciones comprensibles, informa sobre señales de alarma y recursos, registra las necesidades y garantiza continuidad.

6. Captación, parto y postparto

El proceso reproductivo tiene tres momentos con riesgos y respuestas distintas. En cada uno, la mediación funciona mejor cuando se activa de forma preventiva.

Fase 1. Captación y seguimiento prenatal

Detecta desde el primer contacto
Registra el idioma preferente y la necesidad de mediación intercultural. No esperes a una situación urgente.

Explica el funcionamiento del sistema
Aclara quiénes intervendrán, el calendario de controles, las pruebas previstas, cómo gestionar las citas, las señales de alarma y los recursos disponibles.

Facilita la participación
Pregunta qué espera y qué le preocupa. Explora experiencias previas. Explica el derecho a preguntar, aceptar o rechazar. Incorpora sus preferencias al plan de parto.

Garantiza el acceso a recursos preventivos
Ofrece en igualdad de condiciones preparación al parto, educación maternal, apoyo a la lactancia, recursos comunitarios y atención social o psicológica.

Adapta la organización
Agrupa citas y pruebas cuando sea posible; considera el desplazamiento, las responsabilidades de cuidado, la disponibilidad de transporte y la coordinación de la mediación.

No presupongas
No excluyas a una mujer de un taller o recurso porque pienses que no acudirá, no comprenderá o no estará interesada.

Fase 2. Durante el parto

La urgencia puede limitar el tiempo, pero no elimina la comunicación.

Momento de especial complejidad
Las profesionales encuestadas identificaron el parto como uno de los momentos más difíciles cuando existen barreras de comunicación, especialmente ante urgencias y decisiones que deben explicarse en poco tiempo.

Al recibir a la mujer

→ Preséntate e indica tu función.

→ Explica quiénes estarán presentes.

→ Comprueba el idioma y la necesidad de mediación.

→ Pregunta por sus preocupaciones y revisa las preferencias previamente expresadas.

Ante cada intervención

→ Explica qué vas a hacer y por qué.

→ Anticipa qué puede sentir.

→ Solicita permiso.

→ Protege su intimidad.

→ Informa de cualquier cambio en el plan.

En situaciones urgentes

→ Transmite primero la información esencial.
→ Utiliza lenguaje sencillo.
→ Activa los recursos profesionales disponibles.
→ Explica el motivo de la urgencia y la decisión propuesta.
→ Amplía la información cuando la situación se estabilice.

Recuerda

→ La rapidez asistencial no debe convertirse en despersonalización.
→ No minimices ni naturalices el dolor.
→ Evita órdenes, amenazas o reproches.
→ Valida la emoción e informa sobre las opciones disponibles.
→ No presupongas una mayor tolerancia al dolor por origen, etnia o multiparidad.

Fase 3. Postparto, puerperio, salud mental maternal y red de apoyo

El postparto puede invisibilizar a la madre

Las mediadoras describen un desplazamiento frecuente del foco asistencial hacia el recién nacido, mientras el dolor, el agotamiento, la recuperación, el estado emocional y las necesidades sociales de la mujer quedan en segundo plano.

Recuperación física

→ Dolor y sangrado.
→ Cansancio y descanso.
→ Recuperación tras cesárea o procedimientos.
→ Movilidad y lactancia.
→ Síntomas de alarma.

Bienestar emocional

→ Tristeza persistente.
→ Ansiedad, culpa o miedo.
→ Pensamientos intrusivos.
→ Sensación de incapacidad o desbordamiento.
→ Experiencia del parto o de una pérdida.

Explora la red de apoyo

→ ¿Con quién vive y con qué ayuda cuenta?

→ ¿Puede descansar?

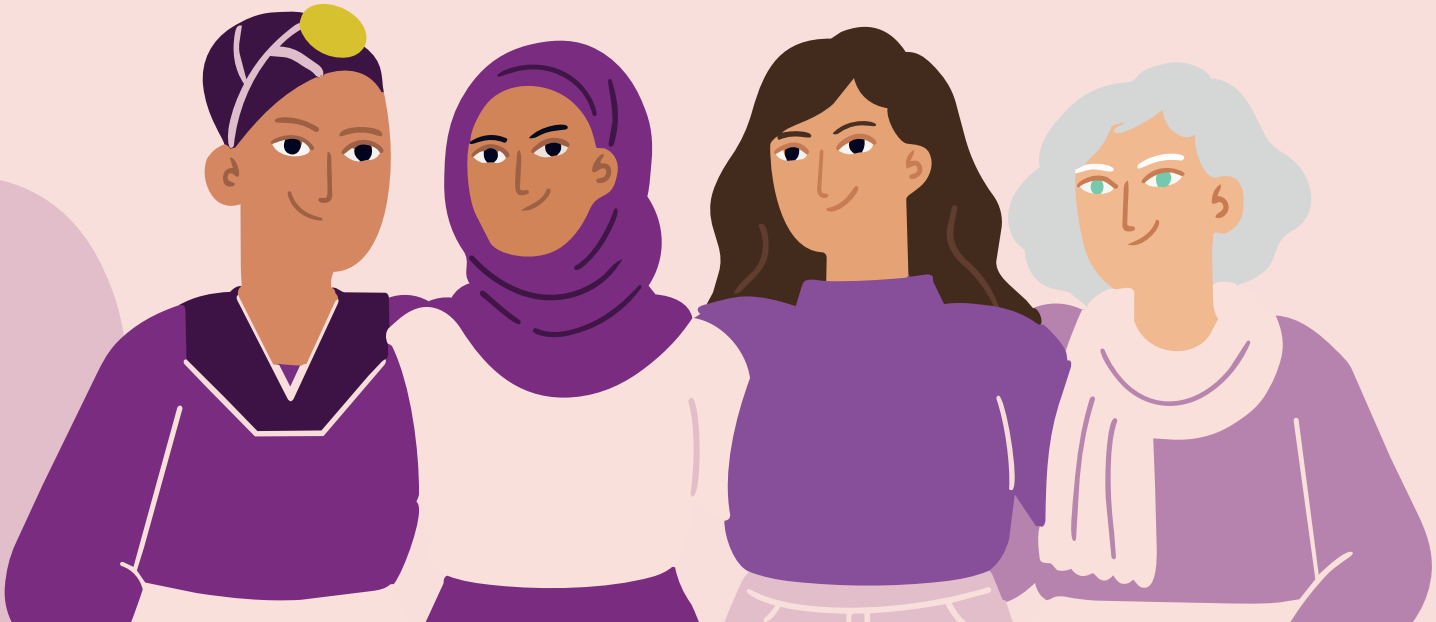
→ ¿Tiene otros hijos o personas dependientes?

→ ¿Conoce los recursos comunitarios?

→ ¿Existen dificultades económicas, administrativas o de vivienda?

Ante un duelo gestacional o perinatal

Utiliza una comunicación especialmente cuidadosa, garantiza mediación intercultural cuando sea necesaria, incluye a la madre en las decisiones, explora necesidades culturales o religiosas y ofrece seguimiento emocional.



7. Trabajar con mediación intercultural

No es solo traducción: facilita comprensión, contexto y confianza

La mediación intercultural ayuda a contextualizar significados, detectar malentendidos, facilitar la expresión de dudas y preferencias, apoyar el consentimiento informado y conectar a la mujer con los recursos disponibles.

Antes del encuentro

→ La profesional explica el objetivo y los asuntos sensibles.

→ Se identifican las decisiones que pueden ser necesarias.

→ La mediadora anticipa conceptos difíciles o posibles malentendidos.

→ Se comparte solo la información pertinente.

Durante el encuentro

→ La mujer sigue siendo la interlocutora principal.
→ Se evita toda conversación paralela.
→ Se facilita que la información sea comprendida.
→ Se dejan espacios para preguntas y desacuerdo.
→ La decisión no se desplaza hacia la mediadora.

Integración estructural

La mediación intercultural debe contar con criterios claros de activación, coordinación previa, continuidad del vínculo y reconocimiento como parte del equipo asistencial.

Después del encuentro

→ Resumir el plan acordado.
→ Verificar citas, indicaciones y recursos.
→ Aclarar dudas pendientes.
→ Coordinar la continuidad.
→ Favorecer, cuando sea posible, que la misma mediadora intercultural acompañe el proceso.

8. Cuándo activar la mediación intercultural

El criterio no es solo el idioma: también la complejidad y la vulnerabilidad

- ☐ *Primera valoración prenatal y elaboración del plan de parto.*
- ☐ *Explicación de pruebas, diagnósticos o procedimientos.*
- ☐ *Consentimiento informado y procedimientos invasivos.*
- ☐ *Atención al parto y decisiones obstétricas urgentes.*
- ☐ *Salud mental, violencia de género y salud sexual o salud reproductiva.*
- ☐ *Duelo gestacional o perinatal.*
- ☐ *Alta hospitalaria y seguimiento postparto.*
- ☐ *Dificultades administrativas, acceso a recursos o continuidad asistencial.*

Distribución de responsabilidades

Profesional sanitaria

→ Detectar la necesidad.

→ Solicitar y preparar la intervención.

→ Dirigirse siempre a la mujer.

→ Conservar la responsabilidad clínica.

Mediadora

→ Facilitar comprensión y contexto.

→ Mantener la neutralidad y la confidencialidad.

→ Señalar malentendidos relevantes.

→ No sustituir la decisión de la mujer.

Institución

→ Garantizar la disponibilidad del recurso.

→ Establecer protocolos sencillos de activación.

→ Reconocer profesionalmente la mediación.

→ Facilitar coordinación, continuidad y evaluación.

9. Comunicación con barrera idiomática

Comprender no es asentir: hay que verificar

Primera pregunta: «¿En qué idioma prefiere recibir la información sanitaria?»

Antes de empezar

→ Valora la comprensión real, no solo la capacidad para mantener una conversación cotidiana.

→ Activa mediación o interpretación profesional cuando la información sea clínica, sensible o compleja.

→ Reserva más tiempo cuando sea necesario y prepara los apoyos visuales o multilingües.

Haz: Habla directamente con la mujer.
Evita: Hablar solo con el acompañante o la mediadora.

Haz: Utiliza frases breves y una idea cada vez.
Evita: Elevar la voz para intentar que te comprendan.

Haz: Evita tecnicismos y explica de forma progresiva.
Evita: Mantener conversaciones paralelas delante de la mujer.

Haz: Haz pausas para facilitar la mediación.
Evita: Pedir a hijos o hijas menores que traduzcan.

Haz: Permite preguntas y expresiones de desacuerdo.
Evita: Usar aplicaciones como único apoyo en decisiones complejas.

Haz: Comprueba que toda la información relevante ha sido trasladada.
Evita: Dar por hecho que asentir significa comprender.

Verifica sin examinar: *«Para asegurarme de que lo he explicado bien, ¿podría contarme con sus propias palabras qué hemos acordado?»*

10. Comunicación con barrera cultural: interculturalidad sin estereotipos

Preguntar no es prejuzgar

Evita dos extremos
La imposición automática, que descarta una práctica sin explorarla; y el relativismo cultural, que atribuye cualquier preferencia o dificultad a «la cultura» y deja de valorar la situación individual o clínica.

1. Pregunta
«¿Hay alguna práctica, creencia o preferencia que debamos conocer para atenderla mejor?»

2. Escucha
Explora qué significa para la mujer y qué importancia tiene para ella o para su familia.

3. Valora
Diferencia entre prácticas compatibles con la atención, prácticas adaptables y situaciones que plantean un riesgo clínico.

4. Explica
Cuando una práctica no pueda mantenerse, explica el motivo clínico con claridad y sin descalificarla.

5. Negocia
Busca una alternativa que preserve, en la medida de lo posible, la seguridad, la dignidad, el significado cultural y la autonomía.



Aspectos que pueden explorarse

Entorno y decisiones

→ Pudor e intimidad.

→ Preferencia sobre el género del personal, cuando sea posible.

→ Acompañamiento familiar.

→ Prácticas religiosas.

→ Plan de parto.

Cuidados y recuperación

→ Alimentación.

→ Reposo postparto.

→ Higiene y movilidad.

→ Lactancia.

→ Rituales vinculados al nacimiento o al duelo.

11. El consentimiento informado es un proceso

Una firma no demuestra comprensión

Existe consentimiento informado cuando la mujer recibe información suficiente, puede comprenderla, dispone de oportunidad para preguntar, conoce las alternativas, decide sin presión y puede modificar su decisión.

Antes de una exploración o intervención

→ Qué se va a realizar y por qué.

→ Qué parte del cuerpo se explorará y qué puede sentir.

→ Quién estará presente y si existen alternativas.

→ Si puede detenerse el procedimiento y qué ocurriría si decide no aceptarlo.

Antes de una exploración o intervención

«¿Está de acuerdo en que continuemos?»

Durante

→ Anticipa cada paso.
→ Observa signos de incomodidad, miedo o dolor.
→ Detente cuando sea necesario.
→ Protege la intimidad corporal.
→ Limita la presencia de terceras personas.
→ Consulta sobre la presencia de alumnado.

Señal de alerta

Un documento puede ser formalmente válido y, al mismo tiempo, no garantizar que la mujer haya comprendido la decisión solicitada.

Después

→ Comprueba cómo se encuentra.
→ Responde a sus preguntas.
→ Explica los resultados y los pasos siguientes.
→ Asegura que conoce las señales de alarma.
→ Facilita un canal de consulta o seguimiento.

12. Lista de comprobación antes y después de la consulta

Las situaciones que documentan las mediadoras raramente son intenciones individuales: son patrones institucionales que se repiten cuando faltan tiempo, formación o recursos.

Este chequeo es una herramienta de mejora, no de culpa.

Si varias respuestas no han sido seleccionadas: no es un juicio sobre un trato individual, es una señal de que faltan recursos o protocolo en tu servicio. Coméntalo con tu equipo y solicita el apoyo de mediación o formación que necesitas

Pregunta final para el equipo

¿Esta mujer ha podido comprender, participar y decidir en condiciones comparables a las de cualquier otra paciente?

Comprueba antes y después de consulta:

☐ *He identificado el idioma en el que la mujer prefiere comunicarse.*

☐ *He valorado si necesita mediación o interpretación profesional.*

☐ *Me he dirigido directamente a la mujer, y no solo a quien la acompaña o a la mediadora.*

☐ *He explicado qué se propone hacer y por qué.*

☐ *He evitado tecnicismos innecesarios.*

☐ *He comprobado la comprensión con una pregunta abierta.*

☐ *Ha podido preguntar y expresar desacuerdo.*

☐ *He solicitado su consentimiento antes de intervenir.*

☐ *He protegido su intimidad.*

☐ *He preguntado por sus necesidades y preferencias sin presuponerlas.*

☐ *He explorado su estado emocional y su red de apoyo.*

☐ *Conoce los pasos siguientes, las señales de alarma y los recursos disponibles.*

☐ *He registrado las necesidades de comunicación para futuros contactos.*

13. Lista de comprobación para mediadoras interculturales

Comprueba antes y después de consulta:

☐ *Conozco el objetivo del encuentro y los asuntos sensibles que pueden surgir.*

☐ *La profesional sanitaria se dirige directamente a la mujer.*

☐ *La mujer recibe la información necesaria para decidir.*

☐ *Se han aclarado los conceptos técnicos relevantes.*

☐ *Puedo señalar posibles malentendidos culturales o comunicativos.*

☐ *La mujer dispone de espacio para preguntar y expresar preferencias.*

☐ *No se le atribuyen automáticamente comportamientos o decisiones culturales.*

☐ *Se han comprendido las indicaciones y el seguimiento.*

☐ *Se han identificado necesidades sociales, administrativas o comunitarias.*

☐ *Se ha previsto la continuidad de la atención o de la mediación.*

Límite profesional

La mediadora facilita la comunicación y la comprensión, pero no sustituye a la profesional sanitaria, no decide por la mujer y no asume la responsabilidad clínica.

14. Lo que deben garantizar las instituciones

La buena práctica individual es necesaria, pero no suficiente

La equidad no puede depender exclusivamente de que una profesional disponga de más tiempo, conozca un idioma o tenga contacto personal con una mediadora. Requiere recursos, protocolos y responsabilidades institucionales.

Listado de garantías:

- ☐ *Servicios estables de mediación intercultural e interpretación profesional.*
- ☐ *Protocolos claros y sencillos de activación.*
- ☐ *Disponibilidad en los momentos críticos del circuito materno.*
- ☐ *Materiales y consentimientos adaptados lingüísticamente.*
- ☐ *Tiempo asistencial suficiente cuando existan barreras de comunicación.*
- ☐ *Formación continuada en comunicación intercultural, sesgos, racismo, consentimiento y atención respetuosa.*
- ☐ *Formación especializada y reconocimiento profesional de las mediadoras.*
- ☐ *Continuidad entre embarazo, parto y puerperio.*
- ☐ *Coordinación con trabajo social y recursos comunitarios.*
- ☐ *Datos que permitan identificar, evaluar y corregir desigualdades.*

Un alegato: la mediación intercultural no puede seguir siendo una excepción

Los datos revelan una contradicción difícil de justificar: la inmensa mayoría de las profesionales reconoce la utilidad de la mediación intercultural (86,5 %) y considera insuficiente el apoyo institucional para atender la diversidad (88,4 %), pero menos de una de cada diez dispone de este recurso de forma habitual.

Esta brecha no puede resolverse únicamente con la buena voluntad de los equipos o con iniciativas aisladas de algunos centros sanitarios; requiere una decisión institucional que garantice el acceso a la mediación intercultural allí donde sea necesaria.

La mediación intercultural debe consolidarse como un recurso estructural del Sistema Nacional de Salud, integrado en la cartera de servicios, con financiación estable, profesionales cualificados y criterios homogéneos de implantación. No se trata de un servicio complementario, sino de una herramienta esencial para garantizar una atención segura, equitativa y centrada en la persona.

Extenderla al conjunto del Sistema Nacional de Salud es, según la propia evidencia recogida en este proyecto, una condición para garantizar una atención materna segura, digna y libre de discriminación, no un privilegio según el hospital, la comunidad autónoma o el idioma que se hable.

15. Cinco frases que cuidan y diez gestos que marcan la diferencia

Recursos sencillos para transformar la relación asistencial

1. ¿En qué idioma prefiere recibir la información?

2. Voy a explicarle qué vamos a hacer, por qué y qué alternativas existen.

3. ¿Qué dudas o preocupaciones tiene?

4. Para asegurarme de que lo he explicado bien, ¿qué ha entendido?

5. ¿Hay alguna práctica, preferencia o necesidad que debamos conocer para atenderla mejor?

Comprender, participar y decidir son condiciones de una atención segura, equitativa y libre de discriminación.

- → Preséntate y dirígete siempre a ella, no solo a quien la acompaña.
- → Explica qué vas a hacer y por qué, antes de hacerlo.
- → Pide mediación desde el primer contacto si hay barrera idiomática, no esperes al conflicto.
- → Nunca uses a un menor como intérprete en temas de salud sexual y reproductiva.
- → Verifica que ha entendido, no solo que ha firmado.
- → En momentos de alta vulnerabilidad, prioriza intérprete o mediadora presencial.
- → Pregunta por su estado emocional, no solo por el del bebé.
- → Dialoga sobre sus prácticas culturales de cuidado; no las descalifiques ni las impongas.
- → Evita comentarios sobre el número de hijos, el dolor o el origen.
- → Dale tiempo: la prisa es la primera barrera de la equidad.

Referencias

Basada en tres actividades del proyecto elaboradas por Laboratorio de Equidad en Salud (LABEQSA)

Actividad 1.1 — Revisión bibliográfica y documental: literatura internacional (OMS, NICE, ACOG, FIGO, MBRRACE-UK, Consejo de Europa, CEDAW) y experiencias del SNS (2026).

Actividad 1.2 — Grupo focal con 11 mediadoras interculturales del Servicio SIMI de Salud Entre Culturas (2026).

Actividad 1.3 — Encuesta a 52 profesionales sanitarios de doce comunidades autónomas (2026).

Las referencias científicas y normativas completas se encuentran en el informe de la Actividad 1.1. Entre los marcos de referencia figuran la OMS, NICE, ACOG, FIGO, MBRRACE-UK, el Consejo de Europa, CEDAW y el Parlamento Europeo.

Esta guía-infografía es una síntesis aplicada; no reemplaza la lectura de los informes completos del proyecto para quien necesite el detalle metodológico o bibliográfico.



Salud Entre Culturas

Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas

Entidad colaboradora:

EQ sa

laboratorio de equidad en salud.

Financiación:

Cofinanciado por la Unión Europea

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

SECRETARIA DE ESTADO DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN MIGRATORIA