

# SALUD E INMIGRACIÓN

Agentes de salud en pediatría, atención sanitaria y social a menores inmigrantes en el Área Básica de Salud «Raval Sud» (Ciutat Vella) de Barcelona

AMELIA CAPITÁN\*

*Enfermera de Pediatría. Área Básica de Salud «Raval Sud»  
(Ciutat Vella) de Barcelona*

F. JAVIER MARTÍNEZ ANTONIO

*Unitat d'Història de la Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona*

## Cultura y salud: la inmigración

Según el sociólogo Charles Taylor (1989), la cultura comprende un conjunto de conocimientos, creencias, expresiones artísticas, leyes, normas y costumbres adquiridas por las personas como miembros de una sociedad. A partir de ellas, se conforma un conjunto integral de valores, actitudes, conductas y modos de vida que configuran patrones determinados de mentalidad y comportamiento, es decir, «identidades».

En este sentido, por ejemplo, la identidad de hombres y mujeres no se concibe como producto de una esencia masculina o femenina eterna e inmutable, sino construida en forma de «género» mediante procesos de aculturación y socialización. A

\* La información sobre las actuaciones pediátricas con familias inmigrantes, que constituye la base empírica de este trabajo, procede de la actividad profesional de Amelia Capitán como enfermera de pediatría. Cuando se emplee en ocasiones el plural «nosotros» para hablar sobre dicha información y actuaciones, deberá entenderse que hace referencia exclusivamente a Amelia Capitán.

través de ellos se impone un modelo concreto que establece las conductas y actitudes consideradas «apropiadas» para cada sexo. Para Taylor, la construcción de la identidad personal, de género, de clase, de raza u otras constituye un proceso que tiene lugar en todas las etapas de la vida, y no tan sólo en la infancia. Este proceso está condicionado, entre otros factores, por la experiencia adquirida en diferentes momentos vitales, así como por las posiciones que se van ocupando sucesivamente en el entramado social.

Sobre esta base, se debe considerar la salud no como un fenómeno de carácter meramente biológico o exclusivamente definible desde un punto de vista científico-médico, sino como un hecho sociocultural. La forma en que las personas perciben y expresan el dolor físico o el malestar psíquico, la manera en que abordan el tratamiento de sus enfermedades varía en las distintas sociedades y culturas, y también son diferentes las características de la organización sanitaria y los usos que se hacen de la misma. Cada sociedad y cada cultura tiende a definir de manera específica los «conceptos» de enfermedad y salud, la «identidad» de los profesionales sanitarios y la de los pacientes, la «asistibilidad» por parte del sistema sanitario o las «expectativas» y «actuaciones» de individuos, grupos e instituciones.

Disciplinas como la antropología médica o la historia social de la medicina se han ocupado en las últimas décadas de mostrar la influencia de los condicionantes socioculturales en el campo de la salud, cómo se han constituido y cómo han variado en el curso del tiempo y en los distintos ámbitos geográficos.<sup>1</sup> Entre los múltiples temas abordados ocupa un lugar im-

1. Entre las publicaciones recientes internacionales y españolas sobre «salud y cultura» o «factores culturales en salud» destacamos: Ackerknecht (1985); Helman (1990); Rosenberg, Golden (1992); Vaughan (1991); Hahn (1995); Maccormack (1997); Vulpani, Comelles, Dongen (2002); Co-

portante el de la inmigración, que cada vez ha ido adquiriendo una mayor relevancia en Europa y también, desde los años 90 especialmente, en España y en Cataluña. Según los datos de la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, a 31 de diciembre de 2002 había en España 839.714 extranjeros extracomunitarios regularizados, de los cuales 328.461 residían en Cataluña (Collegi Oficial de Metges, 2003 : 4).

El fenómeno de la inmigración ha puesto de manifiesto de forma especialmente clara y a menudo dramática la diversidad en las vivencias del proceso de enfermedad, en las características del diagnóstico, tratamiento, cuidado y curación de las dolencias, así como en las actuaciones sanitarias y en los mecanismos y estructuras de protección y respuesta correspondientes, por un lado, al modelo sanitario «dominante» en las sociedades receptoras y, por otro, a las sociedades de origen de las comunidades de inmigrantes.

Entre otras cosas, el paciente que ha inmigrado recientemente todavía no ha abandonado las prácticas sanitarias específicas propias de su sociedad y su cultura de origen y no está dispuesto en muchas ocasiones a renunciar a ellas para adaptarse a la medicina occidental. Por su parte, los profesionales y las instituciones sanitarias de los países receptores tienen dificultades para conseguir ampliar su radio de acción a los colectivos de inmigrantes y para comprender adecuadamente su mentalidad y sus prácticas en relación con la salud y la enfermedad. Estos hechos merman la eficiencia de los servicios y de los profesionales sanitarios, dificultan la comprensión y el ac-

---

melles (1984); Arrizabalaga (1991); Comelles, Martínez Hernández (1993); Barona (1995); Perdiguero, Comelles (2000). Sobre la historia social de la medicina y la salud, ver, entre otras, Goubert (1982); Labisch (1985); Faure (1990); Jordanova (1995). En España, López Piñero (1984 y 1987); Rodríguez Ocaña (1998 y 2000); Molero Mesa (1999); Molero Mesa, Martínez Antonio (2002); Arrizabalaga (1992); Navarro (1999).

ceso a ellos por parte de los inmigrantes y tienen importantes repercusiones para el estado de salud del conjunto de la población (Seppinelli, 2000 : 34).<sup>2</sup>

En definitiva, los retos sanitarios planteados por el fenómeno de la inmigración en las actuales sociedades transculturales han obligado a revisar profundamente múltiples aspectos en relación con la enfermedad y salud, con la utilidad de las medidas diagnósticas y terapéuticas, con la organización de los servicios asistenciales y preventivos, con la formación de los profesionales de la salud, con la orientación de la política sanitaria o con la relación que debe existir entre los gestores y los usuarios del sistema sanitario. En este proceso de cambio las tensiones son difícilmente evitables y oscilan entre la ignorancia o la falta de atención al problema, la tendencia de la sociedad receptora a «culpabilizar» sistemáticamente a los inmigrantes o la falta de flexibilidad por ambas partes para establecer bases de diálogo y negociación.

En este sentido, nuestro trabajo presenta un ejemplo de los esfuerzos actuales por crear mecanismos que permitan acercar los servicios sanitarios a la población inmigrante, al tiempo que respeten y tengan en cuenta sus especificidades socioculturales. Se trata de mostrar un proyecto personal de formación de agentes de salud en Pediatría dirigido a las comunidades de inmigrantes provenientes de países islámicos —con especial énfasis en los colectivos paquistaní y magrebí y en los denominados «niños de la calle»— llevado a cabo desde nuestra posición de enfermera pediátrica en el Àrea Bàsica de Salut «Raval Sud» del distrito de Ciutat Vella de Barcelona (Centre d'Atenció

2. Algunas referencias generales recientes sobre inmigración o migración y salud en España son: Tizón, Salmero, Pellejero, Sáinz, Atxótegi, De la Lama (1993); Bada Aínsa, Bada Jaime (1996); Kaplan (1998); Institut Municipal (2002); Comelles, Bardají, Mascarella, Allué (2002); Col·legi Oficial de Metges (2003).

Primària Drassanes). Los proyectos de este tipo son todavía bastante escasos en España y en Cataluña, y creemos que es importante promoverlos tanto para favorecer su «visibilidad» como para que se valore su relevancia a la hora de organizar las estructuras sanitarias.

Antes de proceder a la exposición de los detalles concretos, debemos señalar que nuestra actuación ha sido guiada por ciertos principios, algunos de ellos ya definidos desde campos científicos diversos como «antropología y salud», «enfermería transcultural» o «salud comunitaria», y otros, fruto de nuestra experiencia personal.<sup>3</sup> Entre ellos han figurado, por ejemplo, no atender sólo a objetivos de la organización sanitaria «dominante» o mayoritaria y no contemplar a la comunidad inmigrante exclusivamente como posible objeto de intervenciones. También la necesidad de dar tiempo a la población inmigrante para que desarrollase una participación no condicionada, es decir, para que pudiera tener lugar un intercambio real y un aprendizaje mutuo entre ella y los profesionales sanitarios.

Por otra parte, nuestra actuación se ha basado en el hecho de que muchos conceptos, como el de prevención, no son abordables sin la contribución activa de todas las partes implicadas y de que la participación conjunta en los programas educativos, ya fueran de salud o sociales, debía partir de un enfoque interdisciplinar. El análisis de diferentes «espacios de identidad» ha sido importante, como también el ver las diferentes estrategias que tienen los grupos en su adaptación a la cultura receptora.

Creemos que este trabajo puede interesar a profesionales sanitarios y a gestores de los sistemas de salud, pero también a

3. Sobre la enfermería transcultural ver, entre otros, Leininger, Macfarland (2002); Spector (2000); Purnell, Paulanka (2003). Para la aplicación de las investigaciones de estos campos al ámbito concreto de la pediatría, ver, por ejemplo, Back (1999); Allué (2000).

sociólogos, antropólogos e historiadores que se ocupan de las relaciones entre cultura, sociedad y salud, en todos los casos relacionados con el fenómeno concreto de la inmigración y, más en concreto, con el colectivo de inmigrantes procedentes de países islámicos.

### **Día a día en la atención a la población inmigrante magrebí y paquistaní que acude a la consulta de Pediatría del Àrea Bàsica de Salut «Raval Sud»**

En el curso de nuestro trabajo, que se prolonga ya durante más de cuatro años, con la población infantil inmigrante del distrito de Ciutat Vella de Barcelona, se han planteado una serie de cuestiones que consideramos imprescindible aclarar y unos problemas que necesitamos abordar para poder atender de forma «culturalmente competente» a los niños de las comunidades magrebí y paquistaní establecidas en la citada área urbana. (Existen varios protocolos de atención a niños inmigrantes: Masvidal, 2002; Huerga, López Vélez, 2002b).

Estos problemas y cuestiones podrían agruparse de la siguiente manera:

#### *1. Dificultades en la atención y seguimiento de los problemas de salud o patologías.*

a) Dificultades de comunicación (idioma no conocido, contacto difícil con las personas y grupos en función de cuestiones de género, trabajo, residencia y situación legal, nivel de asociacionismo o rol familiar y social).

– La mayor parte de los padres magrebíes y paquistaníes que acuden a la consulta no hablan castellano o catalán, o lo hacen insuficientemente.

– Las mujeres son menos accesibles que los hombres. Los hombres ocupan claramente la posición de «cabeza de familia»

y además han sido generalmente los primeros en inmigrar, por lo que suelen tener algún conocimiento de idioma y cierto grado de integración sociolaboral. Las mujeres, por el contrario, suelen llegar por reagrupación familiar y a menudo permanecen la mayor parte del tiempo en casa. Esto es especialmente claro en las mujeres paquistaníes, a las que les resulta difícil contactar con su realidad social circundante. El caso de las mujeres jóvenes magrebíes es diferente, ya que por diversos factores, como el menor número de hijos, su nacimiento ya en España o su propia diferencia de mentalidad, suelen tener más acceso al trabajo y disponen de más mecanismos de sociabilidad.

– Los inmigrantes «sin papeles» suelen tener prevenciones a la hora de acudir a los servicios sanitarios, especialmente a los especializados, por miedo a que se descubra su situación y se tomen medidas de repatriación o que afecten a su empleo.

*b)* Diferencias en los conceptos de salud-enfermedad, en la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

– Los padres de los niños paquistaníes y magrebíes no suelen estar acostumbrados a que haya un seguimiento tan exhaustivo del estado de salud de sus hijos, y no suelen considerar necesario que se tomen medidas en un niño al que no le duele nada o no parece tener ninguna dolencia. En el caso de los inmigrantes procedentes de zonas rurales, alejadas de las ciudades principales, las dificultades para llevar a cabo medidas de seguimiento, de prevención o vacunación son mayores que en los que proceden de zonas urbanas. En Marruecos, los programas de vacunaciones son distintos, ya que, por ejemplo, se aplica la BCG de manera masiva, mientras que en Cataluña esta práctica preventiva se abandonó en los años 80 como consecuencia de la baja prevalencia de tuberculosis. Otro ejemplo es que en algunos países del Magreb, cuando nace un niño, no

se le practica el diagnóstico precoz de hipertiroidismo y de feilcetonuria.

c) Diferencias en el seguimiento del tratamiento.

– Hay veces en que no se entiende la importancia del tratamiento. Este sería el caso de la quimioprofilaxis de la tuberculosis en niños con «Mantoux positivo». Habitualmente, dado que los niños no tienen la sensación de estar enfermos porque no les duele nada, los padres abandonan el tratamiento.

d) Los niños traductores.

– Algunas veces nos encontramos con que vienen las madres con sus hijos mayores (6-12 años), y son ellos quienes hacen de intérpretes y explican los motivos de la consulta y qué necesidades o problemas tienen. Esto también es un origen de conflicto, puesto que normalmente los niños son pequeños, en edad escolar, y no tendrían por qué tener tales responsabilidades. De cara a la efectividad de nuestra actuación, es habitual que simplemente traduzcan de manera literal, lo que no siempre conduce a los resultados esperados.

– También hay veces en que, como el personal sanitario desconoce completamente su idioma, las madres se sienten mal interpretadas y prefieren no acudir a la consulta. En este caso, vienen los niños mayores acompañando a sus hermanos menores que se encuentran mal. Estos niños están de nuevo asumiendo responsabilidades de adulto que no les corresponden. Además, esto implica que no se pueda prescribir un tratamiento, ni explicar las medidas curativas y ni tan siquiera poner vacunas, ya que todo ello requeriría la presencia y el consentimiento de un adulto.

2. *Desconocimiento de las necesidades y expectativas de los inmigrantes respecto al sistema sanitario.*

a) Es necesario saber qué esperan de nuestros servicios sanitarios y qué percepciones tienen del nuevo modelo que empiezan a conocer. Esta percepción puede variar considerablemente dependiendo de factores como si tienen tarjeta sanitaria o no, o de la disponibilidad de los profesionales sanitarios para valorar las particularidades de su situación.

b) También es necesario conocer qué necesidades tienen. En nuestro caso, a los que acuden por primera vez a la consulta se les hace una «visita de acogida» en la que se les informa de por qué y para qué hay que realizar medidas de seguimiento, prevención y vacunación. En realidad, se trata de un procedimiento que se aplica a todas las personas que acuden por vez primera a la consulta, sean inmigrantes o no, aunque en el primer caso se preste una mayor atención por las dificultades idiomáticas y culturales. Esta primera visita debe servir para empezar a conocer la situación personal, laboral, legal o social del inmigrante, lo que permitirá valorar las necesidades sanitarias más urgentes.

### **Agentes de salud, mediadores culturales. Talleres**

Como respuesta a las dificultades identificadas y a las cuestiones planteadas en el punto anterior, hemos establecido un plan estratégico que valora la necesidad de formar agentes de salud o mediadores culturales. La formación de los agentes de salud surge por la necesidad de comunicación social, cultural y sanitaria con los inmigrantes. Se trata de personas representativas dentro de la comunidad de origen, líderes dentro del colectivo y por tanto dignos de respeto. Este es el perfil que se necesita para poder integrar a esta persona en la red sanitaria y establecer los medios comunicativos que nos ayudarán a va-

lorar los problemas y necesidades de cada colectivo de inmigrantes. En estos momentos su colaboración resulta imprescindible para estas cuestiones.<sup>4</sup>

El primer centro sanitario de Barcelona y de Cataluña en formar agentes de salud ha sido el Centro de Enfermedades Importadas del CAP Drassanes, mediante un proyecto que comenzó en 1998. A partir de él se reconoció que la implementación de un programa de formación era básica para poder crear una red de acogida, de información y de detección de necesidades de salud. La formación de agentes de salud ha permitido realizar tareas de prevención y promoción de salud, así como tratamientos de una forma muy cercana a la población. Un ejemplo es la administración del tratamiento directamente observado de la tuberculosis que aconseja la OMS. En la actualidad están trabajando en este programa agentes de salud originarios de Paquistán, Magreb, África subsahariana y Sudamérica.

En la línea de este proyecto, desde el mes de mayo de 2001 contamos con agentes de salud de dos de los colectivos de inmigrantes con más presencia en Ciutat Vella, que son el magrebí y el paquistaní (ver gráfico). El programa piloto de agentes de salud ha sido puesto en marcha para estos dos grupos con la intención de que pueda ser ampliado y modificado en función de las necesidades que se vayan detectando después de un periodo de cuatro a seis meses y de efectuar la evaluación de los resultados obtenidos a lo largo del mismo.

En el caso de la comunidad paquistaní, se ha visto que es mejor que la mediadora sea una mujer, ya que en el ámbito de la pediatría su actuación se traduce en un contacto más directo

4. Entre las no muy abundantes publicaciones sobre «pediatría e inmigración» y sobre agentes de salud en España figuran, por ejemplo, Níguez, Amoraga, Bernal (2001); Huerga, López Vélez (2002a); Blázquez Rodríguez, Mazarrasa Alvear, Otero García (2004); Cortés Marina (2004).

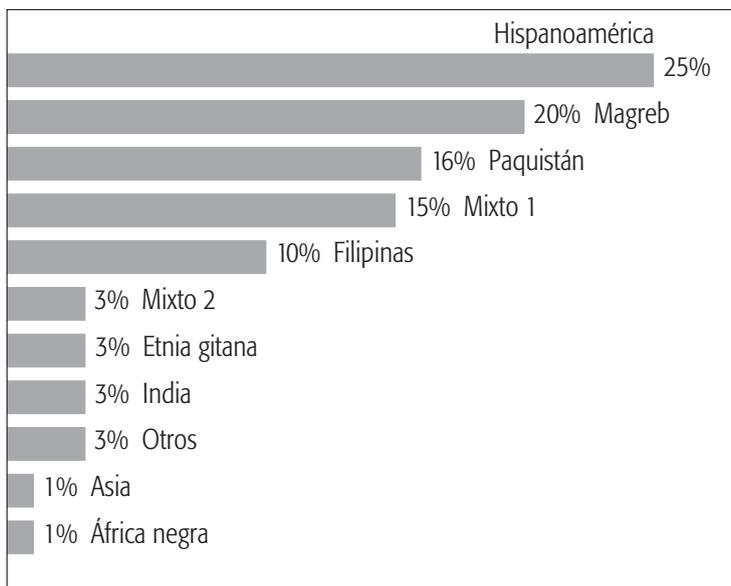


GRÁFICO. *Distribución porcentual de los principales colectivos de inmigrantes en el distrito de Ciutat Vella (Barcelona) en 2004.*

con las madres y niños. Nuestra agente paquistaní es Sahida Shahehe, una mujer que tiene cuatro hijos, dos niños y dos niñas. Lleva viviendo en Ciutat Vella unos diez o doce años y conoce perfectamente el idioma catalán y también el castellano, el inglés, el francés y el hindi. Tiene una tienda de telas en la calle Hospital, en el centro de Ciutat Vella, y es una persona muy representativa para su colectivo. El contacto con esta mujer pudo realizarse por el hecho de que colaboraba en la realización de traducciones al castellano para la Unidad de Enfermedades Tropicales del CAP Drassanes. Esta unidad, con una trayectoria de veinte años en el campo de la salud internacional y de la salud de los inmigrantes, está ubicada en nuestro mismo CAP.

Nuestra otra agente, Fátima Idrissi, es magrebí y domina el

castellano, el árabe, el francés y diversos dialectos de la zona del Magreb y de Argelia. Lleva viviendo en España aproximadamente diez años, dos de ellos en Cataluña. También en este caso es muy importante que cuando acude una madre magrebí, sea una mujer quién trate con ella, y no un hombre, pues el nivel de confianza y contacto sería muy distinto.

Con la ayuda de ambas personas se ha puesto en marcha desde mayo de 2001 un programa de actividades con madres procedentes principalmente de India, Bangladesh y Paquistán, cuyo núcleo básico es la realización de talleres educativos sobre temas de salud infantil. Para facilitar la difusión de información y la captación de las madres, se han editado trípticos sobre temas específicos (alimentación, diarreas-estreñimiento, resfriados, analgésicos, fiebre, hábitos higiénicos). La difusión de trípticos y otros soportes informativos se realiza en nuestra consulta y en todo el servicio de Pediatría en general, en el Centro de Enfermedades importadas y directamente en las comunidades inmigrantes a través de los agentes de salud.

Sobre la base de la información general contenida en los trípticos, preguntamos a las madres o ellas mismas deciden qué temas más concretos quieren tratar. También se les pregunta a las madres sobre sus conocimientos previos sobre salud infantil. Como resultado, se elabora un programa educativo en función de las demandas y necesidades que se van detectando. Los talleres se realizan en la consulta de pediatría normalmente dos veces al mes, aunque, dadas las demandas, han pasado a realizarse semanalmente. Al finalizar los talleres se hacen preguntas concretas a las madres para saber si los conceptos que queremos transmitir a través de los talleres han sido asimilados.

## **Actuaciones específicas con los «niños de la calle» o «menores inmigrantes no acompañados» (MINA)**

Al ir profundizando en el conocimiento de las diferentes expectativas y de las necesidades en salud infantil de los colectivos paquistaní y magrebí, nos hemos encontrado con la existencia de un sector de niños preadolescentes y de adolescentes que carecen de puntos de referencia familiares o de recursos económicos. Se trata de los así denominados «niños de la calle» o, más técnicamente, «menores inmigrantes no acompañados», un fenómeno que viene dándose desde hace décadas en países latinoamericanos o del sudeste asiático, pero sólo más recientemente en Europa o en España (Jiménez, 2003; Human Rights Watch, 2003; Canal Solidario, 2004; Bermúdez, 2004; Vidal, 2004; <http://www.enscw.org/esp/newsletters.htm#>). Se trata de niños generalmente de entre 10 y 17 años de edad y mayoritariamente de origen magrebí (en especial, marroquí) que han emigrado de forma autónoma desde la otra orilla del estrecho de Gibraltar y que, por las particularidades de su situación, requieren formas alternativas de ayuda, acercamiento, información y educación sanitaria.

Hemos contactado con el Casal d'Infants del Raval para conocer mejor la realidad y las necesidades de estos niños en el distrito de Ciutat Vella. Esta organización no gubernamental, fundada en 1983, tiene entre otros objetivos acoger durante un periodo de seis a ocho meses a niños que han pasado a ser tutelados por la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència —organismo dependiente de la Generalitat de Catalunya—, para proporcionarles alojamiento y manutención y para promover su escolarización e inserción sociolaboral. Esta labor se realiza a través del centro «Marhaba», creado en 1999, y del proyecto «Mirall» (más información en <http://www.casaldelraval.org>). El contacto era lógico, dado que los niños del Casal acuden al CAP de Drassanes para hacer el segui-

miento de sus enfermedades, acompañados por una voluntaria que trabaja en aquel centro. Después de nuestros primeros contactos con el Casal hemos puesto en común un conjunto de puntos importantes a nivel de prevención y promoción de la salud que estos niños en especial situación de marginación y de riesgo deberían conocer.

Sobre esta base se ha elaborado un programa educativo organizado en dos partes fundamentales. En primer lugar, información y educación sobre prevención de diversas enfermedades, como la tuberculosis (conceptos sobre la enfermedad, prevención, quimioprofilaxis y tratamiento), el sida (concepto, transmisión y prevención), las enfermedades de transmisión sexual (ETS), las adicciones a drogas, alcohol, inhalaciones y tabaco, o las enfermedades respiratorias; también sobre hábitos higiénicos y alimenticios (conceptos básicos sobre la dieta equilibrada). En segundo lugar, temas abiertos, según propuestas formuladas por los propios niños, y temas específicamente orientados a necesidades relacionadas con su incipiente actividad laboral. Así, por ejemplo, conjuntamente con Fátima Idrissi estamos llevando a cabo un programa de prevención de riesgos laborales desde el año 2003.

Los objetivos incluyen fomentar hábitos saludables mediante la información y la educación sanitaria, promover actitudes positivas hacia los cambios de hábitos, abordar problemas específicos de salud laboral y facilitar la participación y la interrelación entre los profesionales sanitarios y los preadolescentes/adolescentes. El programa incluye talleres grupales de 10 a 14 asistentes y mesas redondas para facilitar la comunicación bidireccional. Ambas actividades suelen desarrollarse en el propio Casal. Se emplean métodos audiovisuales diversos en función de los temas, y pósters para reforzar los contenidos orales.

## Evaluación cualitativa de los talleres en Pediatría

Respecto al programa puesto en marcha para las madres paquistaníes y magrebíes, hasta la fecha han acudido a las charlas unas diez madres cada sesión. Las madres magrebíes suelen acudir menos que las paquistaníes por su mayor nivel de integración sociolaboral, al que ya hicimos referencia: en ocasiones, sucede que los talleres coinciden con su horario de trabajo y, en otras, que acuden sin dificultades a los servicios sanitarios y, por eso mismo, no asisten a los talleres.

Las madres hacen muchas preguntas sobre los temas tratados y manifiestan sus necesidades, así como los temas concretos que les gustaría abordar. Asimismo, muestran su satisfacción por tenerlas en cuenta no sólo desde el punto de vista de las charlas sino también de un agente de salud que tenga capacidad para dar información y traducir. En definitiva, se ha avanzado en temas como *a)* mejorar la comunicación y la relación asistencial; *b)* disminuir la *ratio* de consulta; *c)* aumentar el nivel de confianza hacia los profesionales sanitarios; *d)* mejorar el cumplimiento del tratamiento y el seguimiento de las prescripciones; *e)* concretar mejor las solicitudes de necesidades; y *f)* incrementar la petición de talleres de educación sanitaria en el Casal del Raval.

Los resultados positivos de este proyecto han sido posibles, sin duda, en gran parte, gracias a la figura del agente de salud. Su participación ha permitido mejorar significativamente la aproximación a —y la comunicación con— las comunidades de inmigrantes, ayudando a avanzar en la implementación de medidas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud sobre la base de una mayor interrelación y proximidad humana y cultural. Los agentes de salud reciben formación en temas de comunicación y sanitarios. Esta formación se evalúa constantemente y se actualiza periódicamente en función de las demandas y necesidades de los colectivos de inmigrantes.

Los talleres educativos dirigidos a los niños tutelados en el Casal del Raval han logrado una gran participación y deseos de continuidad. Su evaluación se ha efectuado en términos de valoración del interés, actitud, asistencia y comunicación de los niños, así como de la observación directa sobre la participación y preguntas concretas. Al finalizar los talleres se hacían preguntas abiertas para valorar el grado de comprensión.

En definitiva, creemos que estos proyectos son sin duda susceptibles de mejora a través de la evaluación sistemática y de su trayectoria en el tiempo. En cualquier caso, su valor reside en que contribuyen a impulsar una corriente innovadora de proyectos teóricos y prácticos orientados a contar con la población inmigrante a la hora de abordar la necesaria transformación de las mentalidades, hábitos, instituciones y estructuras de salud y enfermedad que exigen nuestras sociedades actuales en un marco de creciente mundialización.

## Bibliografía

- Ackerknecht, E. (1985): *Medicina y antropología social*, Madrid, Akal.
- Allué, X. (1996): «Present i futur de la utilització dels recursos pediàtrics a Catalunya», *Pediatría Catalana*, 56, pp. 7-9.
- (2000): «De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales», en Perdiguero, E., Comelles, J. M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, pp. 55-70.
- Arrizabalaga, J. (1991): «Historia de la enfermedad. Nuevos enfoques y problemas», *Dynamis*, 11, pp. 317-385.
- (1992) «Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social», *Arbor*, 142, pp. 147-166.
- Back, M. R. (1999): «Culturally Effective Pediatric Care: Education and Training Issues», *Pediatrics*, 103, pp. 167-170.

- Bada Aínsa, J. L., Bada Jaime, R. M. (1996): «Repercusiones sanitarias de la inmigración en España», *Formación médica continuada en Atención Primaria*, 3, pp. 277-278.
- Barona, J. L. (ed.) (1995): *Malaltia i cultura*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- Bermúdez González, M<sup>a</sup>. M. (2004): *Los MINA: niños de la calle en la España del siglo XXI*, Barcelona, Tempora.
- Blázquez Rodríguez, M<sup>a</sup>. I., Mazarrasa Alvear, L., Otero García, L. (2004): «Aproximación a las asociaciones africanas como agentes de salud en sus comunidades inmigrantes. Experiencias desde la práctica», *Suplementos OFRIM*, 11, pp. 71-90.
- Canal Solidario (2004): «Los niños de la calle en España», *Rebelión*, 26 de mayo. Revista electrónica: <http://www.rebellion.org>  
Acceso: 23/11/2004.
- Collegi Oficial de Metges de Barcelona (2003): «Els immigrants i la seva salut», *Quaderns de la Bona Praxi*, 16. [<http://www.comb.es/quaderns> Acceso: 5/11/2004].
- Comelles, J. M. (comp.) (1984): *Antropologia i salut*, Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.
- (1997): «De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual». *III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud*. [<http://www.maya.org.ar/articulos/medo1.htm> Acceso: 3/10/2004].
- Comelles, J. M., Martínez Hernández, Á. (1993): *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Madrid, Eudema.
- Comelles, J. M., Bardají, F., Mascarella, L., Allué, X. (2002): «International Migrations and Health Care Policy in Spain», en Vulpani, P., Comelles, J. M., Dongen, E. Van (eds.): *Health for All, All for Health. European Experiences on Health Care for Migrants*, Perugia, Cidis Alisei, pp. 84-112.
- Cortés Marina, R. M<sup>a</sup>. (2004): *Características de la población inmigrante de origen marroquí atendida en una consulta de Pediatría de Atención Primaria en Cataluña* (Sant Feliu de Guíxols). [<http://www.aepap.org> Acceso: 9/11/2004]

- Faure, O. (1990): «The Social History of Health in France: A Survey of Recent Developments», *Social History of Medicine*, 3, pp. 437-451.
- Glittenberg, J. (2004): «A Transdisciplinary, Transcultural Model for Health Care», *Journal of Transcultural Nursing*, 15, pp. 6-10.
- Goubert, J. P. (1982) : *La médicalisation de la société française 1770-1830*, Waterloo, Historical Reflections Press.
- Hahn, R. A. (1995): *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*, Cambridge, Yale University Press.
- Helman, C. (1990): *Culture, Health and Illness*, Londres, Wright.
- Huerga, H., López Vélez, R. (2002a): «Infectious Diseases in sub-Saharan African Immigrant Children in Madrid, Spain», *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 21, pp. 830-834.
- (2002b): «Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante», *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4, pp. 73-80.
- Human Rights Watch (2002): «Callejón sin salida. Abusos cometidos por las autoridades españolas y marroquíes contra niños inmigrantes». <http://www.hrw.org/spanish/informes/2002/callejon9.html>.
- Institut Municipal de la Salut Pública (2002): *La salut dels immigrants estrangers (Informe 2000)*. Barcelona, Institut Municipal de la Salut Pública.
- Jiménez, M. (2003): «Menores inmigrantes en España: fracaso compartido, responsabilidad compartida», *Rebelión*, 21 de febrero. Revista electrónica: <http://www.rebelion.org> Acceso: 23/11/2004.
- Jordanova, L. (1995): «The Social Construction of Medical Knowledge», *Social History of Medicine*, 8, pp. 361-381.
- Kaplan, A. (1998): *De Senegambia a Catalunya: procesos de aculturación e integración social*, Barcelona, Fundació La Caixa.
- Labisch, A. (1985): «Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of “Health” and the “Homo Hygienicus”», *Journal of Contemporary History*, 20, pp. 599-615.

- Leininger, M. (2002): «Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices», *Journal of Transcultural Nursing*, 13, pp. 189-192.
- Leininger, M., Macfarland, M. (2002): *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*, 3ª ed., NovaYork, McGraw-Hill.
- López Piñero, J. M. (1984): «Introducción. Los estudios histórico-sociales sobre la medicina», en Lesky, E. (selecc.), *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 9-30.
- (1987): «Los modelos de investigación histórico-médica y las nuevas técnicas», en Lafuente, A., Saldaña, J. J. (eds.), *Historia de las ciencias*, Madrid, CSIC, pp. 125-150.
- Maccormack, C. (1997): «Medicine and Anthropology», en Bynum, W. F., Porter, R. (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, Londres, Routledge, pp. 1436-1448.
- Masvidal, R. M. (2002): «Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes», ABS Raval Nord, Barcelona. [<http://aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm> Acceso: 10/11/2004].
- Molero Mesa, J. (1999): «Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo xx español», *Trabajo Social y Salud*, 32, pp. 19-59.
- Molero Mesa, J., Martínez Antonio, F. J. (2002): «Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina», *Trabajo Social y Salud*, 43, pp. 119-148.
- Navarro Brotons, V. (1999): «Constructivismo e historia de la ciencia: ¿por qué resistirse al constructivismo?», *Cronos*, 2, pp. 157-184.
- Níguez, J. C., Amoraga, J. F., Bernal, P. J. et al (2001): «Vacunaciones en escolares inmigrantes del Área II de la Región de Murcia. Estrategias de captación». *Resúmenes del Congreso de la Sociedad Española de Vacunología*, Cádiz.
- Perdiguero, E., Comelles, J. M. (2000): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra.

- Purnell, L., Paulanka, B. (2003): *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*, 2ª ed., Filadelfia, F. A. Davis.
- Rodríguez Ocaña, E. (1998): «La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España», *Historia Contemporánea*, 18, pp. 19-52.
- (2000): «Social History of Medicine in Spain: Points of Departure and Directions of Research», *Social History of Medicine*, 13, pp. 495-514.
- Rosenberg, C., Golden, J. (eds.) (1992): *Framing Disease. Studies in Cultural History*, New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press.
- Seppinelli, T. (2000): «De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación», en Perdiguero, E., Comelles, J. M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp. 33-44.
- Spector, R. (2000): *Cultural Diversity in Health and Illness*, 5ª ed., Englewood Cliffs (N. J.), Prentice Hall.
- Taylor, C. (1989): *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Tizón, J., Salmero, M., Pellejero, N., Sáinz, F., Atxótegui, J., De La Lama, E. (1993): *Migraciones y salud mental*, Barcelona, PPU.
- Vaughan, M. (1991): *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Cambridge, Polity Press.
- Vidal, C. (2004): «Niños y niñas de la calle», *Oneworld España*, septiembre de 2004. [<http://www.oneworld.net/article/archive/1344/> Acceso: 20/11/2004].
- Vulpani, P., Comelles, J. M., Dongen, E. Van (eds.) (2002): *Health for All, All for Health. European Experiences on Health Care for Migrants*, Perugia, Cidis Alisei.



*Una alumna en prácticas y las madres paquistanís, junto a la enfermera, en la sala de atención de pediatría del Centro del ABS Raval Sud.*



*Los monitores del Casal del Raval con la enfermera de pediatría.*



*Mohamed Elkabouri.*