

## 2.4 ¿Dónde están las diferencias?

### *Inmigrantes en una consulta de pediatría*<sup>(1,2)</sup>

Arantxa Meñaca

Departament d'antropologia, filosofia i treball social, Universitat Rovira i Virgili (Tarragona)

#### *1. Equal access for equal needs: Antecedentes*

El objetivo del estudio que aquí se presenta, es el de analizar si existen diferencias en el acceso a la atención pediátrica por parte de hijos de inmigrantes, frente a los autóctonos, en un ABS concreto de la periferia de Barcelona. Y de ser así, cuáles pueden ser los factores socioculturales relacionados con las mismas. Ya en diversas ocasiones, se han realizado estudios epidemiológicos sobre la cuestión de la equidad en la utilización de los servicios de salud. Los resultados no muestran una única tendencia homogénea en la relación entre etnicidad y uso de los servicios de salud: mientras en algunas ocasiones se habla de una mayor admisión de ciertos grupos de inmigrantes en los servicios de salud mental de Países Bajos (UNIKEN VENEMA H.P. - GARRETSEN H.F.L. - VAN DER MAAS P.J. 1995) o en la asistencia a la atención primaria (STRONKS K. - RAVELLI A.C.J. - REIJNEVELD S.A. 2001); otros relatan cómo es menor el periodo de hospitalización en afroamericanos comparado con el de la población blanca en Estados Unidos (CORNELIUS S.J. 1991) o el acceso a médicos especialistas de algunos grupos étnicos (STRONKS K. - RAVELLI A.C.J. - REIJNEVELD S.A. 2001); y en varias ocasiones se llega a la conclusión que no se puede decir que haya un efecto claro del factor étnico, frente a la población mayoritaria (BLAIS R. - MAIGA A. 1999, SMAJE C. - GRAND 1997, KRASNIK A. *et al.* 2002), en lo que se refiere a la media de servicios utilizados durante un año, o bien a la duración del periodo de hospitalización en distintos grupos diagnósticos. Esta heterogeneidad de resultados nos muestra la complejidad del estudio sobre si, en condiciones de igual necesidad, existe un acceso igualitario al sistema de salud para los distintos grupos étnicos (equal access for equal needs). Para comprender esta complejidad cabe detenernos en dos reflexiones, una sobre los conceptos utilizados en este tipo de estudios, otra sobre

las diferencias entre los distintos escenarios en los que se pueden llevar a cabo estas investigaciones: no es lo mismo hablar de unidades de atención primaria, que de especialistas de distintos tipos, urgencias u hospitalizaciones, hablar de servicios de medicina pública o privada, etc.

En primer lugar, cabe señalar que los conceptos de “igual necesidad” y “acceso igualitario” no están exentos de ambigüedad y diferencias en su definición o uso (GODDARD M. - SMITH P. 2001): es fundamental reconocer y tener en cuenta en los estudios que no todos los grupos sociales tienen las mismas necesidades de salud, así como que para evaluar el acceso a un servicio sanitario es necesario tener en cuenta no sólo la utilización del mismo, sino los factores que facilitan o dificultan su accesibilidad. En lo que respecta al concepto de “etnicidad”, no siempre se habla de lo mismo. En los distintos estudios epidemiológicos consultados, muchas veces, se utilizan indistintamente los términos de etnicidad y migraciones, cuando la variable que finalmente, están tomando en cuenta es la de nacionalidad o país de nacimiento; en otros casos, en gran parte ingleses, se habla exclusivamente de etnicidad y ésta se define por auto-adscripción.

¿Dónde se pone entonces la razón de las diferencias entre los grupos? ¿el hecho de migrar? ¿las diferencias culturales? En la mayor parte de los estudios consultados las diferencias étnicas encontradas se explican en gran medida con las variables socio-económicas (COOPER H. 2002), aunque en distintas ocasiones se encuentra que las diferencias siguen siendo significativas después de los ajustes por factores socio-económicos (IGLESIAS E. *et al.* 2003). En otra de las investigaciones (CHANDOLA T. 2001) se llega a concluir que el uso de mediciones de clase social más elaboradas, que puedan valorar por ejemplo las situaciones de autoempleo, explicarían todavía una mayor parte de las diferencias que normalmente se consideran étnicas. Para los casos en los que se considera que los factores socioeconómicos no justifican las diferencias, aparecen entonces una multitud de posibilidades que nunca son profundizadas: problemas de comunicación, discriminación en las derivaciones, uso irregular de los documentos sanitarios, baja educación que conlleva el uso erróneo de los servicios, red social de autocuidado, dificultad de acceso a servicios privados por los costes etc. Resulta llamativo que en los dos estudios epidemiológicos en los que se valora el uso de los servicios pediátricos (COOPER H. - SMAJE C. - ARBER S. 1998, SAXENA S. - ELIAHOO J. - MAJEED A. 2002, ambos realizados en el Reino Unido) se concluye que mientras no se encuentran diferencias relacionadas con el estatus socioeconómico, sí las hay dependiendo del grupo étnico al que se adscriban los padres de los pacientes: algunos grupos étnicos utilizarían más los servicios de aten-

ción primaria y menos los servicios especializados. Como se verá más adelante, no sucede de igual manera en el caso concreto de la investigación aquí presentada.

En este estudio se reconoce la gran importancia de los factores socioeconómicos para la explicación de las diferencias en la equidad en el acceso al sistema de salud, y todavía más para la evaluación de las necesidades de salud. Ahora bien, teniendo en cuenta que el nivel socioeconómico de las personas que asisten al Centro de Salud donde se ubica el estudio, sean o no inmigrantes, es bajo en general, al residir en un municipio donde el 70% de la población tiene unos niveles de renta bajos, entre el 80 y el 55% de la media metropolitana (SERRA J. 2001). No se ha considerado que existan variaciones sustantivas de estrato socioeconómico entre inmigrantes extranjeros y no inmigrantes que son usuarios del mismo<sup>(3)</sup>. Nos centraremos, entonces, en la discusión de otro tipo de factores socioculturales que explican las diferencias encontradas, en gran parte vinculados al hecho de migrar y a los cambios que supone. Este es, por tanto, un estudio sobre inmigrantes y no sobre minorías étnicas, y es por ello que se ha tomado en cuenta la variable de nacionalidad y no la adscripción a categorías étnicas.

Como hemos visto al inicio, la heterogeneidad en las situaciones de los trabajos epidemiológicos comparados, de distintos países y sobre servicios sanitarios muy diversos, tampoco permite generalizar tendencias en la relación entre migraciones y/o etnicidad y el acceso al sistema sanitario. La variedad de escenarios conlleva variedad de resultados. La complejidad del sistema biomédico debe ser tenida en cuenta. Las investigaciones muestran grandes diferencias entre las consultas de atención primaria, los especialistas, las urgencias, las hospitalizaciones, rangos de edad atendidos, etc. También hay que tener en cuenta la diversidad de situaciones en las que los sistemas biomédicos se encuentran en distintos países, en especial la existencia o no de un estado del bienestar y las diferencias entre el acceso a servicios públicos y privados de distintos tipos. Sin desdeñar el hecho de que los procesos migratorios y de integración de los grupos minoritarios también varían en los distintos países, y afectan a su acceso al sistema sanitario.

Se hace necesario, entonces, definir primero las particularidades del contexto donde se ha realizado el estudio – unas consultas pediátricas de atención primaria en el área metropolitana de Barcelona – para después señalar dónde no y dónde sí se encontraron diferencias entre los usuarios migrantes y aquellos que no lo son.

## 2. Contexto de la investigación

Esta investigación se ha realizado en una de las tres consultas de pediatría de un ABS localizado en un municipio de la periferia de Barcelona. Dicho municipio se caracteriza por ser estructuralmente una ciudad de migrantes, su desarrollo desde principios del siglo veinte hasta la década de los setenta inclusive ha estado vinculado a las corrientes migratorias internas. En los últimos años hay una creciente presencia de población de nacionalidad extranjera, que en la actualidad supone un 10,71% del total de la población del mismo. Ahora bien, dentro del municipio, el barrio al que está asignado el ABS donde se ha ubicado este estudio, es uno de los que tienen menor porcentaje de población extranjera: un 4,72%.

Según los datos del Ministerio del Interior, a finales del 2002 eran 1.324.001 los extranjeros con permiso o tarjeta de residencia en el país. De ellos, el 24,81% se encuentra en Catalunya, y más concretamente, el 17,94% en Barcelona, siendo la segunda provincia con mayor concentración de residentes extranjeros después de Madrid. Tanto en el nivel nacional, como en el autonómico tratándose de Catalunya y en el provincial si vamos a Barcelona, la mayoría de los extranjeros regularizados son de origen marroquí, seguidos en segunda posición por los ecuatorianos. Estos datos contrastan con los que nos llegan del anuario estadístico del municipio del estudio donde son los ecuatorianos el grupo principal, constituyendo el 32% de los 26.837 extranjeros allí empadronados, les siguen los marroquíes con, aproximadamente, la mitad de efectivos. Esta aparente contradicción se puede explicar fácilmente analizando la dinámica de las migraciones a la zona: no es hasta 1997 que comienza un aumento considerable en el municipio de las altas de nacionalidad extranjera<sup>(4)</sup>, cuando ya otras áreas, como los barrios del centro de Barcelona, concentran una buena cantidad de población de origen extranjero. Es en 1998 cuando comienza el crecimiento acelerado de la inmigración ecuatoriana, ubicándose por consiguiente en lugares de la periferia no ocupados en el momento por otros grupos.

Este estudio, por tanto, está ubicado en una zona urbana con una baja densidad migratoria en comparación con otros barrios adyacentes, y en la cual la presencia mayoritaria es de inmigrantes latinoamericanos, especialmente ecuatorianos, que comparten lengua con una buena parte de los usuarios autóctonos del Centro de atención primaria (CAP). Nos encontramos entonces ante una situación menos crítica que la que se presenta en otras ciertas zonas del área metropolitana de Barcelona, donde la alta densidad de inmigrantes y las dificultades en la comunicación relacionadas con las diferencias lingüísticas pueden llegar a ser mucho mayores.

Una segunda característica específica de este estudio es el hecho de realizarse en un CAP<sup>(5)</sup>. No se debe pasar por alto que, junto con los profesionales de salud mental y los especialistas en medicina tropical, ha sido la atención primaria uno de los ámbitos sanitarios en los que las migraciones despertado más interés (JANSÀ J.M. - BORRELL C. 2002, MARTÍN LASO M.A. 2001), apareciendo múltiples propuestas de acción. Sin ir más lejos, en el municipio donde se ubica el estudio, desde la primavera del 2002 se está llevando a cabo un curso de “Formación de mediadores sociosanitarios”. Y más concretamente, en el CAP de la investigación, se ofertan cursos de formación continuada para el personal sanitario, sobre comunicación con pacientes inmigrantes<sup>(6)</sup>.

En tercer y último lugar esta investigación se ha realizado en consultas de atención pediátrica. Como veremos, el que se trabaje con niños va a dar lugar a diferencias substanciales frente a lo que sucede con inmigrantes adultos. Hay que tener en cuenta que en lo que respecta a los menores la ley sí que reconoce el derecho a una asistencia gratuita en las mismas condiciones que los españoles (LEY ORGÁNICA 4 /2000), derecho que va en consonancia con otras declaraciones universales, así como con la construcción cultural hegemónica de la infancia que considera a los niños y niñas objeto de múltiples cuidados y protección. Por otra parte, al menos en los casos en los que los hijos que nacidos en otros países vienen a reunirse con sus padres, estamos hablando de familias que ya llevan aquí algún tiempo y tienen una cierta estabilidad, como mínimo económica. Y no sólo eso, como para ir a la escuela es obligatoria la presentación del certificado vacunal, deben ser excepcionales los niños que no pasan por los pediatras de atención primaria una vez llegado – siendo diferente lo que les ocurre a los inmigrantes adultos jóvenes, que no acuden al médico hasta que no se sienten enfermos –. No sólo es la obligatoriedad del certificado de vacunación lo que mueve a los padres de los niños/as inmigrantes a ir a las consultas de atención primaria, también ellos valoran y están habituados a controlar la salud de sus hijos. A lo largo de mi estancia en la consulta hubo muchos padres que demandaron “chequeos” en sus primeras visitas; en algunas ocasiones ya habían realizado un control de salud previo a salir de su país, y les traían con más vacunas de las que aquí se exigen; e incluso hubo un caso en el que la madre priorizó la atención médica a la escuela a la que no pensaban llevarlos hasta el curso siguiente.

Es en este contexto – una consulta de pediatría y enfermería pediátrica, de un centro de atención primaria, en un barrio con una relativamente baja densidad de migrantes del área metropolitana de Barcelona – donde estuve realizando mi trabajo de campo durante tres meses. Junto con la obser-

vación participante, llevé a cabo el análisis de los datos del registro de pacientes por día de la pediatra y de las historias clínicas de los pacientes que pasaron por la consulta en esos meses: Fueron total de 487, de los cuales un 16,63% eran hijos de inmigrantes<sup>(7)</sup>. El 67,90% de los hijos de inmigrantes resultaron ser de origen latinoamericano, mientras que sólo un 17,28% son de origen magrebí. En total se citaron 1244 consultas pediátricas, de las cuales el 13,26% fueron de hijos de inmigrantes.

### 3. *Dónde NO están las diferencias*

Comienzo la exposición de los resultados por las similitudes encontradas entre los inmigrantes y la población autóctona, dado que a lo largo de estos tres meses han estado tan presentes como las diferencias y han sido, como iremos viendo, igual de relevantes. Considero que el énfasis en las diferencias – en este caso, además, no justificado por los resultados obtenidos – y más concretamente en las diferencias culturales, tiene entre sus riesgos una mirada “exotizante”, y con ello estigmatizadora, de los inmigrantes. Más allá, para el caso de los Países Bajos, hay autores (VAN DIJK R. 1998, VAN DIJK R. - VAN DONGEN E. 2000) que han expuesto cómo el conocimiento cultural que en un momento se propuso como la solución a todos los problemas de los profesionales sanitarios con los inmigrantes, fracasó en su empeño, en gran medida por ofrecerse una imagen de la cultura de los inmigrantes tradicional, exótico, diferente, inflexible e inmutable. Cuatro son los aspectos principales en los que no se encontraron diferencias, y que desarrollamos a continuación: los diagnósticos mayoritarios, los bajos índices de trastornos de la conducta, la asistencia a consultas preventivas y la comunicación en las consultas por enfermedad.

En primer lugar, las enfermedades por lo que más se acude al pediatra de atención primaria son las mismas hablemos de la población en general o de la población migrante: mientras que del total de las 820 consultas con un primer diagnóstico<sup>(8)</sup> el 38,86% de los casos corresponden a los tres diagnósticos mayoritarios<sup>(9)</sup>: infección viral no especificada, nasofaringitis aguda o resfriado común, y amigdalitis aguda. En lo que respecta a usuarios inmigrantes el porcentaje es de un 42,16%. Un mediodía, hablando con los pediatras al final de las consultas sobre su trabajo, me comentaba uno cómo había tenido la esperanza de que con la llegada de los inmigrantes cambiase el tipo de demandas, encontrando casos más estimulantes, distintos, y cómo la realidad no había sido así: los pacientes inmigrantes vienen por los mismos motivos que los autóctonos, la otra

pediatra confirmaba tener la misma impresión. En una ocasión, ante una pirexia de origen desconocido, la madre de la paciente dice que su hija había tenido “fiebre tifoidea” hace algún tiempo en Ecuador, la pediatra lo anota en la historia con dudas y posteriormente lo descarta. Más que con una enfermedad exótica, no encontramos con un malentendido lingüístico: entre lo que para la pediatra significa una tifoidea, y lo que para una madre ecuatoriana significa esta palabra.

No se han encontrado en esta consulta enfermedades relacionadas con las migraciones: ni propias de climas tropicales y excepcionales como la miasis (BELDA HOFHEINZ S *et al.* 2003); ni relacionadas con situaciones de pobreza, hacinamiento e ilegalidad tanto en origen como aquí, ejemplo de este caso sería la tuberculosis (CHIRVECHES PÉREZ E. *et al.* 2001); ni relacionadas con hábitos y/o déficits alimenticios (APARICIO APARICIO M.D. *et al.* 2002, BONET ALCAINA M. *et al.* 2001, PARRILLA RUIZ F. *et al.* 2003, OLIVÁN GONZALVO G. 2000). También es escasa presencia de demandas de atención primaria de inmigrantes por traumatismos, contusiones y heridas, si bien la muestra no es lo suficientemente grande para llegar a conclusiones firmes: existen diversas investigaciones, principalmente en los Estados Unidos, que documentan la relación entre este tipo de demandas pediátricas y los grupos étnicos (MULL D.S. *et al.* 2001), cabría preguntarse si en nuestro entorno se da una situación parecida o no, y qué factores pueden estar detrás de este tipo de asociaciones – si no será uno de tantas diferencias entre grupos étnicos relacionada más con las condiciones socioeconómicas que con el hecho de migrar o que alguna característica específicamente relacionada con la identidad cultural.

Un caso representativo es el de las parasitosis intestinales, datos de las cuales encontramos en seis historias clínicas, de las cuales cuatro son de inmigrantes latinoamericanos. Aparentemente parecería un claro caso de enfermedad distintiva y relacionada con la inmigración. Pero cuando analizamos cada una de las historias encontramos que: 1) en dos de los casos de inmigrantes se realizan análisis de heces que dan como resultado que no se observan parásitos. 2) En un tercer caso de los de inmigrantes, el niño refiere que considera tener parásitos, porque le rechinan los dientes, en el primer control, recién llegados de Ecuador, que se realiza en la consulta, sin que se confirme mediante análisis. 3) El cuarto caso es de un niño nacido aquí y no está relacionado con un viaje al país de sus padres. 4) En los dos casos de autóctonos la presencia de parásitos intestinales es detectada mediante análisis de heces y a partir de allí tratada. 5) Cuando pregunto a la pediatra sobre esta enfermedad, me comenta que ciertos parásitos pueden ser relativamente frecuentes en los niños, y que no ha en-

contrado diferencias en el trato con niños inmigrantes. Parece, por tanto, que en esta consulta no está tan clara la vinculación entre las parasitosis y la migración. No se puede negar que dentro de las preocupaciones de las familias de inmigrantes sí están las posibles enfermedades parasitarias, como queda reflejado en sus demandas, principalmente en las primeras citas programadas, las consecuentes actuaciones y anotaciones en sus historias pediátricas. Teniendo en cuenta que las parasitosis son endémicas en distintos lugares del mundo, resulta comprensible que formen parte del repertorio de enfermedades habituales para algunas familias migrantes. Como además, al igual que de las otras enfermedades comentadas anteriormente, hay estudios que permiten suponer una cierta incidencia en inmigrantes en España<sup>(10)</sup>, puede resultar importante que los pediatras tengan en cuenta su posible aparición, siempre y cuando se valoren en función de su aparición, escasa, y no se utilicen para estigmatizar, por tanto, a una población que, como se demuestra en este estudio, tiene, en sus motivos de consulta de la atención primaria mucho más de común que de exótico.

En segundo lugar, las consultas por problemas de conducta – tanto alimenticia, como de sueño, ansiedad, rendimiento escolar, lenguaje, celos, comportamiento en casa o en el colegio – son bajas tanto para los niños autóctonos como para los inmigrantes. A lo largo de estos tres meses se realizaron 21 consultas en total. De ellas sólo 2 son de niños considerados como inmigrantes, y no precisamente de los prototípicos: ambos tienen un progenitor español y el otro europeo. Este dato contrasta con los datos generales sobre inmigrantes que plantean los potenciales efectos patogénicos del estrés y los duelos de la migración, así como los consecuentes problemas de salud mental (BARTOLI P. - PAQUINI C. - ZÚÑIGA VALLE C. 2001, ACHOTEGUI J. 2000). Problemas que son expresados, en muchas ocasiones, en las consultas de atención primaria, donde pueden llegar a ser la segunda causa de consulta (ESTEBAN Y PEÑA M.M. 2001). Pareciera que mientras que tanto en los países receptores de migrantes como en los de origen – pongamos como ejemplo el caso de Ecuador (CAMPANA A. 2001) – el proceso y condiciones migratorias se consideran factores de riesgo para distintas enfermedades mentales en adultos, no sucede lo mismo si hablamos de niños. Se argumenta que su plasticidad y capacidad de adaptación a las nuevas situaciones, les hace sencillo acostumbrarse a vivir en un nuevo sitio. El duelo y los problemas psíquicos en el caso de los niños se consideran vinculados a la permanencia en el lugar de origen una vez que los padres, especialmente la madre, ha migrado. En Ecuador «se sostiene como verdad incuestionable que la ausencia de los padres, (especialmente de la



madre) es la causa de graves desórdenes psicológicos en niños, niñas y del alcoholismo, la drogadicción y los embarazos precoces en los y las adolescentes» (HERRERA G. - MARTÍNEZ A. 2002: 50). Esta visión está generalizada, es compartida tanto por familiares y vecinos de los migrantes, como por maestros, trabajadores sociales, curas, médicos y políticos de Ecuador. También en España se opina de igual manera: la estabilidad que los niños necesitan es la que les dan sus padres. En la consulta de pediatría siempre que se conocía la existencia de hijos menores de edad que seguían en el lugar de origen se instaba a *traerlos pronto*. Es por tanto en lo relacionado con la salud mental donde se encuentra una de las principales variaciones por grupos de edad en la relación entre salud y migraciones<sup>(11)</sup>. Como hemos podido ver, esta diferencia se manifiesta en las demandas que se hacen al sistema de salud.

Una tercera similitud se encuentra en la asistencia a consultas preventivas. Al contrario que lo que sugieren distintos estudios realizados con adultos (BARTOLI P. - PAQUINI C. - ZÚÑIGA VALLE C. 2001, ESTEBAN Y PEÑA M.M. 2001) en los que los inmigrantes muestran una muy baja asistencia encaminada a la prevención. Los inmigrantes, que recordamos forman el 16,63% de la población atendida por este equipo, ocupan un 15,17% de las consultas programadas, prácticamente un porcentaje equiparable al de su presencia. Sin dudar de la importancia que para muchas familias de inmigrantes tiene el control de la salud de sus hijos, es necesario apuntar que el hecho de que las nuevas incorporaciones sean principalmente de inmigrantes a los que se hace necesario abrir una historia, hace necesaria una mayor programación de controles del niño sano: Sólo en los días en que no hay mucho trabajo, lo cual puede ser algo más frecuente en estos meses que en el otoño / invierno, se pueden permitir realizar el control en el tiempo de consulta a demanda.

Por último, al ser el uso del castellano en la consulta tan común como el del catalán – no olvidemos que nos encontramos en una zona donde viven muchos inmigrantes e hijos de inmigrantes españoles que se expresan habitualmente en castellano – y dado que la mayoría de los inmigrantes son latinoamericanos, no resulta, la lengua, un impedimento serio de comunicación. Las variaciones en el vocabulario sí han podido ser fuente de algún malentendido, en especial en cuando comenzaron a venir pacientes de origen latinoamericano. Con el aprendizaje que se lleva a cabo al ir haciéndose habitual la presencia de usuarios latinoamericanos, cada vez son menos los malentendidos de este tipo. La pediatra no consideraba tener dificultades a la hora de hacer su trabajo en este tipo de consulta: El hecho de que en estas consultas la comunicación verbal se complementa con una

exploración física<sup>(12)</sup>, que es la base fundamental del diagnóstico y el consecuente tratamiento, está en la base de ese consenso, como mínimo social<sup>(13)</sup>, en las consultas a demanda: la pediatra considera que ha podido llevar a cabo su trabajo y el paciente ha obtenido lo que venía a buscar.

#### 4. *Dónde SÍ están las diferencias*

Tal y como hemos ido viendo no nos encontramos en una consulta con una situación crítica: no hay una alta concentración de pacientes inmigrantes y/o problemas lingüísticos. Más bien nos encontramos en una situación en la que los propios profesionales reconocen que hay muchos aspectos en los que no hay diferencias. Sin embargo también consideran que hay aspectos en los que sí que hay diferencias y que los inmigrantes “dan trabajo”. A continuación relato los ámbitos principales donde se han encontrado diferencias en este estudio.

En primer lugar en estos tres meses los pacientes de origen inmigrante han asistido menos que los autóctonos a la consulta de esta pediatra: formando un 16,63% de los pacientes sólo ocupan un 13,26% de las consultas. Esto podría ser una manifestación de que, como plantean BARTOLI P. - PAQUINI C. - ZÚÑIGA VALLE C. 2001, los migrantes tienen un consumo médico más moderado y circunscrito; o bien de que tienen un patrón de demanda de atención pediátrica distinto, que pudiera incluir una preferencia mayor por el uso de urgencias. Ambas alternativas pueden estar relacionadas tanto con las condiciones de vida aquí (problemas de compatibilizar horarios laborales entre otros) como con pautas de demanda que vengán condicionadas por la relación con los servicios médicos que tuvieran en el país de origen.

Una segunda diferencia, que apuntamos brevemente con anterioridad, se debe a los cambios poblacionales que producen las migraciones. El 56,79% de los hijos de inmigrantes se han incorporado a la población de la consulta en el último año, muchos de ellos recién inmigrados, en comparación con el 13,79% de nuevas incorporaciones que ha habido en los pacientes de origen español, de los cuales además la mayoría era recién nacidos. Cada nueva incorporación supone la apertura de una historia clínica y un control del niño sano, para lo que en la mayor parte de ocasiones se programa una visita tanto con la pediatra como con la enfermera. El protocolo de abrir las nuevas historias clínicas, organizar los certificados vacunales, completando las dosis de vacunas necesarias, y realizar los controles del niño sano, lleva tiempo, y en el caso de los hijos de inmigrantes se ha

convertido en un procedimiento habitual. Es principalmente a estas actividades a las que se refieren algunos profesionales al asegurar que los inmigrantes dan “mucho trabajo”.

Es más, con la incorporación de los inmigrantes a las visitas programadas, los equipos de pediatría han tenido que valorar y tomar decisiones respecto en distintos aspectos. Han tenido que valorar los certificados de vacunación de los distintos países de origen de los inmigrantes, y establecer a partir de ellos los criterios de vacunación para esos niños cuando traían estos certificados así como cuando llegan sin ellos. Han tenido que preguntarse sobre la validez de los indicadores de nutrición y crecimiento que utilizan (DE ARANZABAL AGUDO M. 2003), y valorar el uso que pueden hacer de los mismos cuando trabajan con población inmigrante. También aumenta el malestar de los profesionales al ver que ese trabajo realizado muchas veces no tiene continuidad debido a los cambios de domicilio que son frecuentes entre los inmigrantes en los primeros años aquí, pudiendo interpretarlo como “trabajo perdido”.

En tercer lugar, el desconocimiento de algunas normas implícitas y prestaciones del sistema biomédico, puede estar entre las causas de una mayor asistencia de urgencia, y la total ausencia de demandas telefónicas y peticiones de atención a domicilio, características de su demanda que les diferencian de los autóctonos. Prestemos atención al caso de la demanda por *emergencias* especialmente aquella que se da a partir de las 12.00, es decir fuera ya del horario de cita previa, de manera espontánea. Este tipo de demandas no son del agrado de los profesionales, quienes consideran que en la mayor parte de los casos no se tratan de verdaderas urgencias, por lo que podrían haber ido en horario de cita previa, o bien esperado hasta el día siguiente. Sin embargo, tanto los usuarios de origen extranjero como español realizan este tipo de consulta espontánea. Los profesionales relatan cómo se incrementó en la medida en que ellos no fueron muy estrictos y comenzaron a atender a los pacientes que llegaban fuera de hora de citas, y cómo posteriormente han conseguido “educar” a sus usuarios para que vayan en el horario dispuesto para ello: el de cita previa. A pesar de este proceso de educación hay padres autóctonos que siguen trayendo a sus hijos a partir de las doce del mediodía. En algunos casos, esto sucede por el desacuerdo que existe entre las normas de horario de atención que ponen los pediatras, y las lógicas de los usuarios, vinculadas tanto sus condiciones de vida como a lo que perciben como derecho dentro de un centro que se autodenomina como de atención continuada. Entre los usuarios inmigrantes, en muchas ocasiones, las visitas de *emergencia* son fruto del desconocimiento de las normas de horario de los pediatras,

pudiéndose observar, que, una vez realizada la llamada de atención no vuelve a suceder.

El desconocimiento de algunas características específicas del funcionamiento del sistema sanitario español, va acompañado del conocimiento de un sistema biomédico diferente: el de su país de origen. Conocimiento y expectativas que en algunas ocasiones son origen de malentendidos, como en el caso de los “chequeos”: Al equipo que acompañé en esos tres meses, les llamaba la atención que pidiesen análisis diversos que bajo su punto de vista no eran necesarios, y que se refiriesen a que hacía mucho tiempo que no se “purgaban”. Tengamos en cuenta, por ejemplo, lo que sucede en Ecuador, país del que provienen la mayoría de los hijos de migrantes. Allí, anualmente, se exige en las escuelas junto con el certificado vacunal, unos análisis de orina y coproparasitarios, así como una revisión médica y otra odontológica; asimismo, al menos en las zonas de parasitosis endémica, se realizan desparasitaciones regulares a todos los niños y niñas de las escuelas. De esta manera se podrían interpretar estas demandas específicas de la población migrante por sus hábitos de relación con el sistema sanitario en el país de origen.

En último lugar sí que encuentran diferencias y dificultades a la hora de dar pautas y consejos, de educar sobre la crianza de los niños. En muchas ocasiones la enfermera me habló a cerca de los problemas de comunicación percibidos en su labor de educación para la salud, pongamos por ejemplo el día que me dijo *«no me he enterado de nada de lo que están haciendo con la alimentación del niño, y no creo que ellos se hayan enterado de los alimentos que tienen que incorporar ahora, y eso que he estado un buen rato con ellos, total para nada»*. A la hora de hablar sobre lo que se come, cómo se duerme, la higiene, el ejercicio físico, así como de otras prácticas cotidianas, las peculiaridades que dependen del lugar de origen se entremezclan con las condiciones y cambios que suponen los procesos de inmigración. Factores que están presentes tanto en la vida de los migrantes, como en los razonamientos que los profesionales con que yo trabajé hacían sobre la situación de estos nuevos pacientes, y sus consiguientes adaptaciones de los mensajes educativos: que si en Ecuador no se tiene la costumbre de utilizar aceite de oliva como hacemos aquí; que si con las limitaciones de espacio que tienen en unas viviendas muy compartidas no permiten muchas veces separar los dormitorios de niños y padres, como aquí se considera que se debe hacer; que si los jugos naturales tan comunes y sanos en sus países de origen están siendo reemplazados por zumos comerciales y bebidas gaseosas, costumbre habitual aquí, que no aporta nada positivo al organismo (COMITÉ DE NUTRICIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2003). En algunos

casos, se procura aprender de las costumbres, en especial de las alimenticias, del otro cuando hay tiempo y disponibilidad por parte del otro para entablar este tipo de conversaciones. En otros muchos se dejan notar las dificultades que estas diferencias en la forma de vida suponen para la educación para la salud <sup>(14)</sup>.

Hemos podido ver cómo las diferencias entre hijos de inmigrantes y de autóctonos en el acceso a esta consulta de pediatría pueden estar relacionadas con una amplitud de factores socioculturales. Las formas de acercarse a la atención sanitaria están vinculadas a las dinámicas demográficas que supone el proceso migratorio, los conocimientos del sistema biomédico que tenían en su país de origen, el conocimiento que van adquiriendo sobre el sistema sanitario español, y las maneras de gestionar su salud en el país receptor – en las que se entrelazan hábitos previos y unas nuevas condiciones de vida –. Todos ellos son factores socioculturales, factores que nos hablan de la cultura como algo dinámico y situacional. A lo largo de estos tres meses sólo se hizo referencia a una práctica folk de salud, uno de los bebés ecuatorianos llevaba un amuleto contra el mal de ojo – de la misma manera que otros niños españoles llevaban medallas de alguna virgen –. Esta ausencia nos permite ver lo situacional de los conocimientos y prácticas culturales. Al igual que otros pacientes autóctonos, los padres de los niños inmigrantes, saben qué puede curar el sistema biomédico y qué va a mirar como supersticiones. Esta es una de las razones que hace necesaria la investigación desde los conocimientos y prácticas de los inmigrantes, si queremos saber cuáles son, desde su perspectiva, los factores que condicionan su acceso al sistema sanitario y qué otros recursos tienen para cuidar de su salud.

## Notes

<sup>(1)</sup> Este estudio ha sido realizado bajo el auspicio de una beca FPU del Ministerio de educación y cultura vinculada a los proyectos financiados con fondos europeos Partners for Health I y Partners for Health II. Las informaciones recogidas en Ecuador se llevaron a cabo durante una estancia como investigadora asociada a FLACSO - Ecuador.

<sup>(2)</sup> Este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de Xenia, Gloria, Mercè, y todo el equipo del Área básica de salud que me acogió y permitió realizar con ellos el trabajo de campo.

<sup>(3)</sup> En muchas ocasiones nos encontramos con que los padres inmigrantes que asisten a la consulta tienen un mayor grado de formación que los padres autóctonos, y que ha sido con el proceso migratorio como han bajado de estrato social.

<sup>(4)</sup> En 2002 las altas de nacionalidad extranjera supusieron el 67,97% del total.

<sup>(5)</sup> Para una visión antropológica de un centro de atención primaria en el Estado español véase URIBE J.M. (1996).

<sup>(6)</sup> Este interés concuerda con otras iniciativas que se están llevando a cabo en distintas instancias políticas, sanitarias y no gubernamentales (COMELLES J. M. *et al.* 2000, MASCARELLA L. 2002).

<sup>(7)</sup> Consideramos hijos de inmigrantes, y por tanto pertenecientes a esta categoría de la muestra, a aquellos pacientes que tienen como mínimo a uno de sus progenitores de origen extranjero. Tomamos este criterio, y no el de lugar de nacimiento del niño/a, para agrupar en esta categoría tanto a los nacidos en el país de origen como a los que ya han nacido en España.

<sup>(8)</sup> El número es menor al total de consultas: 1659, dado que excluye todas las consultas que no sean con el pediatra, y dentro de las del pediatra aquellas en las que el paciente no se presenta, las que son programadas, las de seguimiento de una enfermedad ya diagnosticada, y las de peticiones burocráticas.

<sup>(9)</sup> Diagnósticos mayoritarios que coinciden con los encontrados en una unidad de urgencias pediátricas de un hospital catalán (ALLUÉ X. 1999).

<sup>(10)</sup> *Resúmenes del X Congreso de la Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica (SEIMC)* (2002).

<sup>(11)</sup> Aunque queda fuera de las posibilidades de este artículo, considero importante seguir con la reflexión a cerca de las relaciones entre salud mental, migraciones e infancia. Es necesario complejizar y profundizar en las diferencias encontradas, sobre todo teniendo en cuenta que la salud mental ha sido uno de los principales focos de interés en el estudio de las repercusiones de las migraciones en los procesos de salud, enfermedad y atención.

<sup>(12)</sup> El valor indiscutible de la exploración física dentro de la biomedicina, pudiera estar acentuado, en el caso de los niños, por el hecho de que la narración de los síntomas no la realiza el propio paciente sino que proviene de una tercera persona.

<sup>(13)</sup> La diferencia entre consenso social y el consenso cultural, es que el primero se refiere al acuerdo dentro del plano de las acciones, en este caso las que tienen que ser llevadas a cabo en la consulta, y el segundo a los significados de esas acciones, que no tienen por qué ser iguales para el pediatra y el usuario. La aplicación de estos términos al ámbito de la atención primaria está tomada de URIBE J.M. 1996: 293.

<sup>(14)</sup> Una crítica al concepto de estilo de vida dentro del sistema biomédico y de su uso en los consejos, la educación para la salud, médicos, sobre lo que se tiene y no se tiene que hacer, puede encontrarse en MENÉNDEZ E.L. 1998.

## Bibliografía

AA.VV. (2002), *Anuari estadístic de la ciutat de L'Hospitalet*, Ajuntament de L'Hospitalet, L'Hospitalet, Barcelona.

AA.VV. (2002), *Anuario estadístico de extranjería*, Ministerio del Interior, Delegación de Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, Madrid.

AA.VV. (2002), *Resúmenes del X Congreso de la Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica (SEIMC)*, "Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica", vol 20 (supl. 1), 2002, pp. 94-95.

ACHOTEGUI J. (2000), *Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial*, pp. 83-100, en PERDIGUERO E. - COMELLES J.M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Edicions Bellaterra, Barcelona.

ALLUÉ X. (1999), *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*, Mira Editores, Zaragoza.

APARICIO APARICIO M.D. - MUÑOZ GALÁN M.D. - ALARCÓN DÍAZ I. - ORTEGA DOMÍNGUEZ J.A. (2002), *Inmigración, nuevas enfermedades: tetania hipocalcémica nutricional*, "Atención Primaria", vol 30, 2002, p. 662.

- DE ARANZABAL AGUDO, M. (2003), *Inmigración: indicadores de nutrición y crecimiento*, "Anales de Pediatría", vol. 58, 2003, pp. 236-240.
- BARTOLI P. - PAQUINI C. - ZÚÑIGA VALLE C. (2001), *Health-seeking behaviours of immigrants in Umbria. Practices of domestic management of health and illness and recourse to health and social services*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 11-12, 2001 (*Medical Anthropology and Anthropology*), pp. 255-272.
- BELDA HOFHEINZ S. - GUILLÉN MARTÍN S. - PÉREZ CAMPOS D. - RASERO PONFERRADA M. - RAMOS AMADOR J. T. - SALTO FERNÁNDEZ E. (2003), *Miasis en el cuero cabelludo en niño inmigrante*, "Anales de Pediatría", vol. 59, 2003, pp. 114-116.
- BLAIS R. - MAIGA A. (1999), *Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada*, "Social Science and Medicine", vol. 48, 1999, pp. 1237-1245.
- BONET ALCAINA M. - MARTÍNEZ ROIG A. - PUJALS FERRER J. M. - VALL COMBELLES O. (2001), *Kwashiorkor como síntoma de maltrato y negligencia en Barcelona*, "Anales Españoles de Pediatría", vol. 54, 2001, pp. 405-408.
- CAMPAÑA A. (2001), *Salud mental y migración*, conferencia del *Cuarto Curso Internacional "Nuevos Paradigmas en Psiquiatría"*, Asociación Latinoamericana de Psiquiatría y Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría, Quito.
- CHANDOLA T. (2001), *Ethnic and class differences health in relation to British South Asians: using the new National Statistics Socio-Economic Classification*, "Social Science and Medicine", vol. 52, 2001, pp. 1285-1296.
- CHIRVECHES PÉREZ E. - PELEATO CATALÁN M. D. - CABELLO DÍAZ M. S. - TORNÉ CACHOT J. (2001), *Enfermedad tuberculosa en la comarca de Garraf*, "Atención Primaria", vol. 28, 2001, pp. 508-509.
- COMELLES J. M. - MASCARELLA L. - BARDAJI F. - ALLUÉ X. (2000), *Some health care experiences of foreign migrants in Spain*, pp. 144-173, en VULPIANI P. - COMELLES J. M. - VAN DONGEN E. (eds.), *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*, CIDIS ALISEI, Perugia.
- COMITÉ DE NUTRICIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (2003) *Consumo de zumos de frutas y de bebidas refrescantes por niños y adolescentes en España. Implicaciones para la salud de su mal uso y abuso*, "Anales de Pediatría", vol. 58, 2003, pp. 584-593.
- COOPER H. (2002), *Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health*, "Social Science and Medicine", vol. 54, 2002, pp. 693-706.
- COOPER H. - SMAJE C. - ARBER S. (1998), *Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey*, "British Medical Journal", vol. 317, 1998, pp. 1047-1051.
- CORNELIUS L. J. (1991), *Access to medical care for black Americans with an episode of illness*, "Journal of the American Medical Association", vol. 83, 1991, pp. 617-626.
- ESTEBAN Y PEÑA M. M. (2001), *Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid)*, "Atención Primaria", vol. 27, 2001, pp. 25-28.
- FERNÁNDEZ-RUFETE J. (2002), *Capitalismo global, Estado e inmigración. La lógica de los espacios derogados y los procesos de salud / enfermedad / atención*, en AA. VV., *Cultura y Política, Actas del IX Congreso de Antropología*, Institut Català d'Antropologia, Barcelona.
- GODDARD M. - SMITH P. (2001), *Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK*, "Social Science and Medicine", vol. 53, 2001, pp. 1149-1162.
- IGLESIAS E. - ROBERTSON E. - JOHANSSON S-E. - ENGFELDT P. - SUNDQUIST J. (2003), *Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age*, "Social Science and Medicine", vol. 56, 2003, pp. 111-124.
- HERRERA G. - MARTÍNEZ A. (2002), *Género y migración en la región del sur. Informe final revisado*, FLACSO-Ecuador, Quito.
- JANSÀ J. M. - BORRELL C. (2002), *Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades*, "Atención Primaria", vol. 29, 2002, pp. 466-468.

- KRASNIK A. - NORREDAM M. - SORENSEN T.M. - MICHAELSEN J.J. - NEILSEN A. S. & N. (2002), *Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns*, "Social Science and Medicine", vol. 55, 2002, pp. 1207-1211.
- LEY ORGÁNICA 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, en su redacción dada por la *Ley Orgánica 8/2000*, de 22 de diciembre.
- MARTÍN LASO M.A. (2001), *El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados?*, "Atención Primaria", vol. 28, 2001, pp. 21-22.
- MASCARELLA L. (2002), *Cultura, poder y salud*, en AA. VV., *Cultura y Política, Actas del IX Congreso de Antropología*, Institut Català d'Antropologia, Barcelona.
- MENÉNDEZ E.L. (1998), *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*, "Estudios Sociológicos", vol. XVI, 1998, n. 46, pp. 37-67. México.
- MULL D.S. - AGRAN P.F. - WINN D.G. - ANDERSON C.L. (2001), *Injury in children of low-income Mexican, Mexican American and non-Hispanic white mothers in the USA: a focused ethnography*, "Social Science and Medicine", vol. 52, 2001, pp. 1081-1091.
- OLIVÁN GONZALVO G. (2000), *Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí*, "Anales Españoles de Pediatría", vol. 53, 2000, pp. 17-20.
- PARRILLA RUIZ F. - CÁRDENAS CRUZ D.P. - VARGAS ORTEGA D.A. - CÁRDENAS CRUZ A. (2003), *El ayuno en Ramadán y una unidad de urgencias*, "Atención Primaria", vol. 32, 2003, pp. 145-146.
- SAXENA S. - ELIAHOO J. - MAJEED A. (2002), *Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study*, "British Medical Journal", vol. 325, 2002, pp. 520.
- SMAJE C. - GRAND J. (1997), *Equity and the use of health services in the British NHS*, "Social Science and Medicine", vol. 45, 1997, pp. 485-496.
- SERRA J. (2001), *L'Hospitalet a l'àrea de Barcelona, 1925-2000: de la perifèria al centre*, "Quaderns d'Estudi" (Centre d'Estudis d'Hospitalet), vol. 17, 2001, pp. 31-48.
- STRONKS K. - RAVELLI A.C.J. - REIJNEVELD S.A. (2001), *Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs?* "Journal of Epidemiological Community Health", vol. 55, 2001, pp. 701-707.
- UNIKEN VENEMA H.P. - GARRETSSEN H.F.L. - VAN DER MAAS P.J. (1995), *Health of migrants and migrant health policy. The Netherlands as an example*, "Social Science and Medicine", vol. 41, 1995, pp. 809-818.
- URIBE J.M. (1996), *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*, Ministerio de Cultura, Madrid.
- VAN DIJK R. (1998), *Culture as a excuse: the failures of health care to migrants in Netherlands*, pp. 243-251, in VAN DER GEEST S. - RIENKS A. (eds.), *The art of medical anthropology. Readings*, Het Spinhuis, Amsterdam.
- VAN DIJK R. - VAN DONGEN E. (2000), *Migrants and health care in the Netherlands*, pp. 47-68, in VULPIANI P. - COMELLES J.M. - VAN DONGEN E. (eds.) *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*, CIDIS ALISEI, Perugia.