

I. Gómez de Terreros

An Esp Pediatr 1999; 51: 622-624.

El pediatra ante los niños de familias inmigrantes

En pocos ámbitos sociales se aprecia tanto el acelerado cambio experimentado por la sociedad española como en el de la emigración /inmigración. En un país que ha sido secularmente de emigración, se ha producido una inversión total de esa dinámica.

Efectivamente, desde hace dos décadas se vive un flujo de inmigración, con alta incidencia de ilegalidad (término a desplazar por el de “irregular”) y grave problemática socio-sanitaria, en especial en Madrid, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Murcia y Andalucía. Situación que desgraciadamente convierte a los niños y los jóvenes, por la vulnerabilidad y riesgos inherentes a su grupo etario y condiciones socio-familiares, en especiales protagonistas.

El término “niño inmigrante” incluye tanto a los ya referidos inmigrantes legales(documentados) o en situación irregular, como a los refugiados o a los procedentes de la adopción internacional. No debemos olvidar la situación de los denominados inmigrantes “esporádicos”, desplazados por espacios cortos de tiempo en programas de ONG para tratamientos médicos, paso de temporadas en España (en ocasiones desprotegidos de adecuada asistencia pediátrica o sin criterios asistenciales) o programas estatales (caso Kosovo).

La Unión Europea constituye la tierra prometida para millones de personas nacidas en países con alto nivel de pobreza y nuestro país ha pasado en muy pocos años de recibir a una inmigración de tránsito hacia los otros Estados europeos, a constituirse en lugar de destino final. No obstante, en contraste con países como Alemania, Bélgica y Austria con cifras en torno al 10% y especialmente con Luxemburgo, que sobrepasa el 30%, España, por su tardío desarrollo económico, presenta una cifra ostensiblemente menor, alrededor de un 1,7%, lo que nos permite enfrentarnos al tema con racionalidad y eficacia y, por supuesto, con espíritu de solidaridad, no olvidando la diversidad de distribución en cuanto a regiones, comarcas o barrios⁽¹⁾.

A nadie le cabe duda de que el fenómeno de la emigración continuará creciendo en los próximos años, pues a las diferencias económicas entre las regiones del mundo, se le unen los desequilibrios demográficos, calculándose que la población del mundo desarrollado rondará los 1.300 millones de personas en el año 2.000 mientras que la de los países en desarrollo se situará en más de 7.000 millones de personas.

La Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (1/1996) garantiza derechos individuales y sociales, reconociendo al menor extranjero que se encuentre en España el derecho a la asistencia sanitaria y a los demás servicios públicos, aun cuando no resida legalmente en España⁽²⁾. A los que se encuentren en situación de guarda o tutela (menores sin acompañantes o declarados en desamparo) por parte de la Administración, se les facilitará el permiso de residencia, que tendrá validez desde el mismo momento en que ha sido acogido, en los términos previstos por el nuevo Reglamento de Extranjería, aprobado por el Real Decreto 155/96. Estos derechos, vinculados a la situación de menor, hace que el pediatra se pueda ver involucrado en determinar la correspondencia entre edad biológica y edad civil-penal⁽³⁾.

Si bien, por tanto, los inmigrantes en nuestro país gozan de un reconocimiento jurídico de derechos muy amplio y equiparables en la mayoría de los ámbitos económicos y sociales al de los nacionales, no podemos olvidar la problemática socio-familiar de la inmigración por sí y el agravamiento del fenómeno ante el incremento del número de inmigrantes que acceden de forma irregular a España. Ello nos obliga a recordar que, aunque los niños estén protegidos por la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, de poco sirve, si sus padres no tienen una protección similar, pues en dicha circunstancia serán repatriados con lo que la vulnerabilidad del niño reaparece.

La Pediatría Española y, por supuesto, la Sección de Pediatría Social de la A.E.P. debe ejercer su papel de abogado de esa infancia vulnerable, haciendo oír su voz en relación con estas personas que se encuentran en “situación de exclusión social” y hacerse presente en ese espíritu de solidaridad con el que debe afrontarse el problema, en lo que respecta al espacio socio-sanitario que nos corresponde. Para ello debemos conocer, analizar y reflexionar sobre “las barreras” y/o los problemas que retrasan o impiden su acceso a la asistencia socio-sanitaria y educativa, siendo conscientes de las especiales necesidades de cuidados de salud y de la situación de vulnerabilidad en que se encuentra el niño inmigrante y sus familias, fruto de los riesgos individuales y/o del entorno socio-familiar, caracterizada por los siguientes rasgos⁽⁴⁾:

- Situación de irregularidad y temor a ser repatriado, que le hacen evitar el acudir a los servicios, efectuándolo sólo en situaciones extremas.

- Bajos ingresos y estilo de vida itinerante, que le hacen adoptar un esquema de utilización de servicios *ad hoc*, generalmen-

Presidente de la Sección de Pediatría Social de la A.E.P.

te fragmentado, no permitiendo la deseada continuidad de asistencia.

- Residencia no fija que dificulta la detección de vulnerabilidad por los profesionales y le hace a su vez desconocer los recursos locales que se le ofrecen.

- Diferencias culturales y barreras idiomáticas. Los niños y adolescentes emigrantes o pertenecientes a minorías étnicas no reciben los referentes positivos necesarios para poder elaborar una identidad social gratificante.

- Problemas de escolaridad. Falta o inadecuada frecuentación. Dificultad de integración tanto del niño/joven como de los padres en el contexto escolar (contactos con profesores, asociaciones de padres de alumnos...).

- Problemas de salud. Sus habituales condiciones de vida, el hacinamiento acompañado de las malas instalaciones sanitarias y la situación de pobreza, hacen que el binomio pobreza-riesgo de salud se manifieste.

Los pediatras debemos conocer la morbilidad que suele afectar a los hijos de trabajadores emigrantes, algunos de cuyos procesos son inhabituales en nuestro país (malaria, amebiasis etc.). Por su frecuencia destacan las infecciones respiratorias y óticas, gastroenteritis bacterianas y víricas, parasitosis intestinales diversas, infecciones cutáneas, sarna, piojos, exposición a pesticidas, tuberculosis, malnutrición, anemia, caries (un 75% presentan enfermedad dental en su primer reconocimiento), talla baja, anomalías congénitas no diagnosticadas, retrasos del desarrollo no diagnosticados, accidentes y embarazo en las adolescentes. Vacunaciones inexistentes o retrasadas. Ausencia de *screening* visual, auditivo o de enfermedades crónicas. Se calcula en una cifra superior al 50% los niños procedentes de adopción internacional que presentan algún problema de salud.

Los problemas relacionados con la salud mental deben ser igualmente objeto de especial supervisión ante el estrés psíquico en que se encuentran envueltos. La ansiedad, el temor, la tristeza y la depresión surgen como resultado de su recolocación en una nueva comunidad y en una nueva cultura, a lo que se asocian las experiencias traumáticas que pueden haber vivido en sus países de origen.

En el aspecto educativo, su adaptación escolar suele verse igualmente dificultada. La falta de/o la deficiente escolaridad previa, el desconocimiento del idioma, el estrés de separación de su familia mientras asiste a la escuela afectarán a su rendimiento y favorecerán el fracaso en su aprendizaje y la desadaptación escolar^(1,5).

Por supuesto que en muchas ocasiones el pediatra se verá rebasado por la complejidad del problema, pero sin duda existe una parcela del mismo a la que le corresponde dar respuesta, como constituye el preocuparse por la adecuada atención socio-sanitaria y educativa de los niños de familias inmigrantes, máxime cuando su cobertura universal tiene respaldo jurídico en nuestro país.

¿Cómo puede efectuarlo? La Sección de Pediatría Social de la A.E.P. marca las siguientes directrices:

Abogando ante las autoridades sobre la problemática del binomio niño-familia inmigrante en nuestro entorno de trabajo y

considerando sus peculiaridades diferenciales según ámbitos, regiones, colectivos, etc.

Demandando dentro de lo posible una asistencia bilingüe.

Colaborando con el resto del equipo sanitario en un trato culturalmente sensible, dentro del contexto del estilo de vida de los inmigrantes.

Informando a la familia inmigrante de los recursos disponibles de toda índole en la comunidad que puedan dar respuestas a sus necesidades.

Informando y ofreciendo servicios disponibles de asistencia prenatal, perinatal, programas del niño sano (pediatría preventiva y del desarrollo). Pediatría del adolescente. Trastornos de conducta y aprendizaje.

Ofreciendo información de cómo mejorar su "hábitat", aconsejando en cuanto a medidas de higiene, saneamiento y seguridad.

Impulsando y/o colaborando en programas de educación para la salud, prevención y educación familiar.

Facilitando y cumplimentando la cartilla de salud infantil. Acentuando la importancia de la misma, especialmente ante su situación de itinerante.

Colaborando con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en la detección e información de situaciones de vulnerabilidad y riesgo. No olvidemos que en múltiples ocasiones, por temor ante una situación de irregularidad, no demandan servicios. Los servicios de urgencias son habitualmente los puntos de detección, debiendo estar preparados para dar respuestas.

Es importante que el pediatra conozca las peculiaridades culturales de estas familias. Hay que hacer un esfuerzo para abrirse al conocimiento del mundo social y cultural del que proceden. Debemos preguntar sobre sus creencias, valores, actitudes y prácticas curativas tradicionales, para aconsejarles sobre seguridad y salud de una forma que sea complementaria, más que sustitutiva, de aquellas prácticas y creencias. Aunque, por supuesto, ello no debe incluir las prácticas tradicionales que puedan ser nocivas o perjudiciales. Para integrar efectivamente a niños emigrantes hay que hacer un equilibrio entre el respeto de su cultura de origen y la del país de acogida⁽¹⁾.

Los pediatras, por tanto, insistimos en que debemos abogar por una asistencia completa y de calidad, rechazando que situaciones de "irregularidad", pobreza o diferencia idiomática, limiten el derecho de equidad en cuanto a su asistencia socio-sanitaria y educativa. A la pediatría social le corresponde la promoción de la investigación sobre la repercusión que los estilos de vida de los inmigrantes puedan tener en su salud, así como en su desarrollo psicosocial, manteniendo un observatorio continuo en cuanto a la problemática y sus repercusiones que le permita promover "protocolos y/o programas de actuación".

Igualmente colaborando con profesionales y/o asociaciones profesionales de pediatría de los países de origen y/o con las ONG e instituciones que trabajen en dichos países, nos pondremos en situación de conocer mejor las diferentes realidades y contribuir a evitar estereotipos como el de niño inmigrante = enfermedad = pobreza económica-social-cultural.

Bibliografía

- 1 Sánchez Miranda J. Niños/as inmigrantes: ¿Cómo ser hijos de distintos mundos? *An Esp Pediatr* 1997; **S108**:123-124.
- 2 Ley 1/1996 de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Ministerio de Asuntos Sociales. BOE nº 15 de 17-Enero-1996.
- 3 Gómez de Terreros I, Pérez-Prat Durbán L. Los derechos del niño en Europa. *An Esp Pediatr* 1998; **S119**:45-49.
- 4 Committee on Community Health Services. Health Care for Children of Immigrant Families. *Pediatrics* 1998; **100**:153-156.
- 5 Ritorri G, Romo-Jiménez L, Mouren-Simeoni MC. Adaptación escolar en familia de inmigrantes. *An Esp Pediatr* 1997; **S108**: 123-124.