

Atención al niño inmigrante. Introducción

D. Canadell Villaret

Pediatra. CAP Barberà del Vallès (Barcelona).

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8 Supl 2:S13-7

Dolors Canadell Villaret, 21223dcv@comb.es

Resumen

Se presenta el seminario dedicado a la atención pediátrica de los niños inmigrantes y procedentes de adopción internacional. Son dos colectivos emergentes en España en los últimos años, que tienen algunas necesidades sanitarias específicas y que constituyen un reto para la Atención Primaria pediátrica.

Palabras clave: Inmigración, Adopción internacional.

Abstract

We present a seminar devoted to the healthcare for immigrant children and children coming from international adoption. They are two rising communities in Spain in recent years, they have some specific sanitary requirements and represent a challenge for paediatric Primary Care.

Key words: Immigration, International adoption

La inmigración, como fenómeno masivo, es un hecho reciente en España que ha pasado, en unos diez años, de ser un país de emigrantes a ser uno de acogida. Las diferencias económicas cada vez mayores entre los países, mal llamados, desarrollados y en vías de desarrollo, justifican que España sea un país receptor de personas procedentes de países de renta baja (PRB) que vienen para mejorar su nivel socio-económico. Debido a esto, en los últimos años, en las consultas de pediatría de Atención Primaria (AP) han aumentado de forma sustancial los niños procedentes de PRB.

Según el Observatorio Permanente de Inmigración de la Secretaría de Estado de la Inmigración y Emigración del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en España, a finales de diciembre de 2005, había 2.738.932 de extranjeros con tarjeta sanitaria o autorización de residencia; probablemente la cifra sea bastante superior, ya que no se incluyen los inmigrantes sin tarjeta sanitaria y/o autorización en vigor. El 71,4% del total de extranjeros, es decir 1.958.091, proceden de países no comunitarios y 569.284 (el 20,7%) proceden de los países que forman la Unión Europea (UE). Según con-

Tabla I. Datos demográficos sobre inmigrantes: procedencia, diciembre 2005

Procedencia	Nº personas (%)	Nacionalidades	
Iberoamérica	986.178 (36,02)	Ecuador	357.065
		Colombia	204.348
		Perú	82.533
		Argentina	82.412
		R. Dominicana	50.765
		Bolivia	50.738
		Cuba	36.142
		Brasil	26.866
		Venezuela	25.372
		Uruguay	24.272
África	649.251 (23,71)	Otros	45.665
		Marruecos	493.114
		Argelia	35.437
		Senegal	27.678
		Otros	93.022
Europa no Comunitaria	337.177 (12,32)	Rumania	192.134
		Bulgaria	56.329
		Ucrania	49.812
		Polonia	34.600
		Rusia	22.223
		Otros	17.921
Asia	177.423 (6,48)	China	85.745
		Pakistán	28.707
		Otros	62.971
Unión Europea	589.284 (20,79)		
América del Norte	17.052 (0,62)		
Oceanía	1.466 (0,05)		
Apátridas/NC	1.101		
Total	2.738.932 (100)		

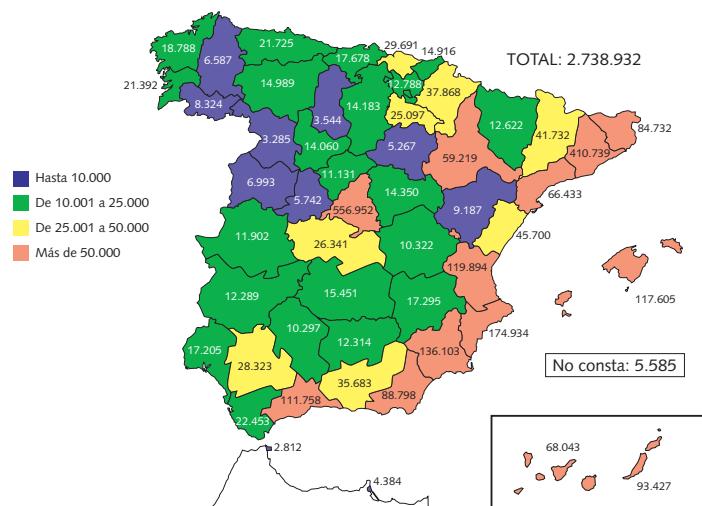
Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Observatorio Permanente de Inmigración de la Secretaría de Estado de la Inmigración y Emigración "Extranjeros con tarjeta sanitaria o autorización de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2005" (<http://extranjeros.mtas.es/>)

tinente (tabla I) el 36,0% son iberoamericanos, el 23,7% africanos, el 12,3% europeos de países no-UE, el 6,4% asiáticos y el resto proceden de los llamados países desarrollados. Según nacionalidad, los colectivos mayoritarios son el marroquí (493.114 personas), el ecuatoriano (357.065), el colombiano (204.348) y el rumano (192.134). Según grupo de edad, 312.512 extranjeros (11,4%) con tarjeta o autorización de residencia en vigor son menores de 16 años.

Cataluña, Madrid, la Comunidad Valenciana y Andalucía agrupan a más de las dos terceras partes de los extranje-

ros (figura 1). Pero no sólo esta distribución no homogénea se manifiesta entre las distintas provincias sino que se ha de considerar el denominado efecto "llamada" y de agrupación, de tal manera que las diferentes poblaciones de inmigrantes se distribuyen por zonas: pueblos, diferentes barrios de las ciudades, etc., sin que esto excluya que puedan coexistir diferentes grupos o etnias en ciertos lugares. El profesional sanitario ha de conocer su población y adaptarse a ésta y, en el tema que nos ocupa, ha de conocer de donde provienen "sus" inmigrantes y los

Figura 1. Extranjeros con autorización de residencia según provincias (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [www.mtas.es], 31 de diciembre de 2005).



factores de riesgo que pueden tener, ya que el niño inmigrante es un paciente como cualquier otro de la consulta pediátrica y solo el hecho de tener ciertos factores de riesgo justifica que se sigan protocolos específicos.

Los factores de riesgo que puede tener la población pediátrica inmigrada pueden ser específicos (por el país de origen, la etnia, la cultura, las condiciones del país de origen) o comunes a una parte de la población autóctona pero en una proporción superior (pobreza, analfabetismo de las madres, estrés familiar, condiciones insanas de la vivienda). Serán estos factores los que condicionarán nuestra actividad médica, con la finalidad de conseguir para los inmigrantes el mejor cuidado de su salud dentro de las posibilidades existentes (exactamente igual que para el resto de la población).

En la misma línea, otro fenómeno que debemos resaltar es el aumento de niños procedentes de la adopción internacional. El total de adoptados en nuestro país en el período 1997-2004, según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, ha sido de 24.042 y procedían de 49 países, aunque seis de ellos (China, Federación Rusa, Colombia, Ucrania, Rumania e India) suponen el 78% del total.

A pesar de que pueden tener patologías similares a otros niños inmigrantes, el

niño adoptado presenta aspectos diferenciales que el pediatra de AP debe conocer. Para empezar, los padres adoptivos dispondrán, en la mayoría de casos, de informes médicos pre-adoptivos cuya información, en general, deficiente, escasa e incompleta, será el documento sobre el que el pediatra deberá dar una primera valoración de los mismos. Por otro lado, los niños procedentes de adopción internacional presentan potencialmente factores de riesgo previos a la institucionalización (embarazo no deseado ni controlado, negligencia y abandono), y durante la institucionalización (carencia afectiva y cuidados inadecuados, entre otros) que pueden afectar a su posterior desarrollo psicomotor y a su salud mental. Una gran diferencia con los niños inmigrantes es que los padres adoptivos tienen una situación socio-económica favorable, están muy motivados por la salud de su hijo, son autóctonos y los problemas de marginalidad e integración serán mínimos.

La atención de los niños adoptados en algunas ciudades se realiza en consultas hospitalarias especializadas, pero creamos que en la gran mayoría de los casos estos niños deben ser atendidos en las consultas de AP y remitir a los especialistas aquellos casos que por su complejidad o por la necesidad de realizar ciertos exámenes complementarios, lo requieran.

Se ha de tener presente que alrededor de un 10-15% de los niños procedentes de adopción internacional presenta a su llegada problemas de salud física y/o mental no reconocidos o sospechados antes de la adopción.

Un aspecto en el que debemos avanzar es en la práctica de trabajos de investigación, multicéntricos y de ámbito nacional, encaminados a conocer mejor esta población. Los resultados de estos estudios nos permitirán profundizar y mejorar la atención a los niños.

