

L'atenció sanitària als IMMIGRANTS

*L'experiència del Consorci
Sanitari de Mataró*





L'atenció sanitària als
IMMIGRANTS

*L'experiència del Consorci
Sanitari de Mataró*

t a l e i a

Experiències de Pedagogia Social, 46



L'atenció sanitària als IMMIGRANTS

*L'experiència del Consorci
Sanitari de Mataró*

Fundació Serveis de Cultura Popular

· 1996 ·

ConSORCI Sanitari de Mataró

ConSORCI Sanitari de Mataró

Lepant, 13

08301 Mataró

Tel. (93) 758 28 00

Text redactat per Joan Soler i Amigó a partir de documentació i entrevistes amb els doctors Xavier Balanzó, Anna Cabot i Josep Lluís Fernàndez, a petició de la Fundació Serveis de Cultura Popular

Primera edició: maig de 1996

© Fundació Serveis de Cultura Popular

Edició realitzada per Alta Fulla
Passatge d'Alió 10, 08037 Barcelona

Imprès a Grup 4, S. A.
Antoni Bori, 37, 08912 Badalona
Dipòsit legal: B. 25.385-1996
ISBN: 84-8000-080-5

Antecedents i dades sobre la immigració africana a Mataró

Diversos collectius de població immigrant africana s'han anat establint a Catalunya els darrers vint anys i el Maresme ha estat una de les comarques on aquesta immigració ha tingut quantitativament una major incidència. És sobretot els anys vuitanta quan esclata el boom de la immigració africana, procedent, d'una banda, del Senegal i de Gàmbia, i de l'altra, del Marroc.

La immigració africana a la comarca del Maresme està formada per dos grans grups: l'un prové de l'Àfrica occidental subsahariana; l'altre, del Magrib, de l'Àfrica del nord. El primer aplega majoritàriament senegambians, inicialment homes sols, i comença a arribar al Maresme a finals dels anys setanta. El segon està format sobretot per marroquins, també homes sols, tot i que el reagrupament familiar no tarda a produir-se, i el seu establiment té lloc a finals de la dècada dels vuitanta.

Aquests dos collectius estan integrats per unes cinc mil persones escampades pels diversos municipis de la comarca. Un 80% d'elles no té regularitzada la situació laboral i més d'un 40% no disposa de permís de residència. Com en qualsevol sector de població marginal, la problemàtica economicolaboral i les característiques socio-culturals influeixen en les condicions de salut.

■ Dades estadístiques sobre la població immigrada i els països de procedència

Les dades exposades a continuació —referents a la població censada— han estat facilitades pel Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Mataró i pel Centre Municipal d'Accollida. Dels altres municipis de la comarca, no se'n disposen dades específiques.

Un punt previ que cal considerar abans d'entrar en matèria és el coneixement de quina és i com és la població immigrant africana establerta a Mataró. En realitat, no és possible arribar a saber amb exactitud el nombre de persones immigrants africanes que de fet hi resideixen. Segons una estimació força plausible, es pot considerar que només un 50% hi està empadronat.

Això és degut, d'una banda, a problemes legals: segons l'anomenada Llei d'Estrangeria, per empadronar-se cal el permís de residència; i de l'altra, al fet que moltes d'aquestes persones solen condicionar la residència en un municipi al treball: si no hi troben feina, es desplacen a un altre.

A començaments de 1992, segons el padró, la població de Mataró és de 101.527 persones, 1.105 de les quals són immigrants del continent africà, és a dir, l'1,09%. D'aquestes 1.105 persones, el 74,32% són homes i el 25,68%, dones.

Gàmbia i el Marroc són els països de procedència majoritària: agrupen el 77,10% de tota de la immigració africana censada, mentre que el Senegal, Mali, Guinea i Guinea Bissau en representen un 20,72%. El 2,18% restant està format per persones procedents d'Argèlia, el Camerun, Costa d'Ivori, Egipte, Etiòpia, Guinea Equatorial, Mauritània, Nigèria i Sierra Leone.

■ Una població majoritàriament masculina

La immigració està constituïda sobretot per homes, amb una proporció d'una dona per cada tres homes.

Pel que fa a la població masculina, el 16,82% del total dels immigrants està format per homes de 25 a 29 anys; el 15,01% tenen de 30 a 34 anys; i el 10,94%, de 35 a 39 anys. És a dir, de tota la població africana censada a Mataró, el 42,77% són homes de 25 a 39 anys, una població masculina jove, en edat de treballar.

Pel que fa a les dones, els grups d'edat majoritaris es corresponen amb els dels homes, però són molt inferiors en nombre: les dones de 25 a 39 anys representen un 9,58% del total de la població africana. Amb tot, el seu paper en l'associacionisme és rellevant, com també ho és en la lluita reivindicativa dels seus drets, a causa de la seva doble discriminació com a immigrants i com a dones.

■ Una població jove

Dintre dels grups d'edats, cal prestar atenció als infants: els nascuts durant els darrers cinc anys representen el 9,95% del total. Una altra dada demogràfica prou significativa és l'absència de gent gran: només hi ha una persona més gran de 65 anys.

■ Altres dades: unitats familiars i nivells d'instrucció

Del total de la població africana empadronada a Mataró, 213 són consignats com a caps de família; tanmateix, no és fiable d'utilitzar aquesta dada com a indicador del nombre d'unitats familiars: en la confecció del padró consta com a cap de família una persona per habitatge,

sigui ocupat per una unitat familiar o bé compartit per un grup de persones sense parentiu de cap mena.

Per conèixer el nombre de famílies, resulta més ajustat considerar les persones empadronades com a espòs o esposa, tenint en compte que són rars els casos de bigàmia o poligàmia, tot i ser permesos per la llei islàmica. Així, doncs, havent-hi 107 *esposes*, el nombre de famílies empadronades no es deu allunyar gaire d'aquesta xifra. Tenint, a més, empadronats 248 *fills*, la mitjana de fills i filles per família seria de 2,32.

De les dades del padró es pot extreure que un 43,44% del sector immigrant africà *no llegeix ni escriu* —però els infants de nivell preescolar, força nombrosos, consten probablement dins aquest epígraf. Dels que mínimament llegeixen i escriuen, el 38,82% d'ells no té cap titulació —aquí també caldria comptar-hi els fills en edat escolar. Un 10,95% tenen estudis primaris.

La Unitat d'Atenció Sanitària per a Immigrants Africans

D'ençà de 1977 i de manera progressiva, aquests col·lectius comencen a acudir als serveis de l'Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró per resoldre els problemes de salut que els afecten.

L'Hospital —que actualment forma part del Consorci Sanitari de Mataró amb la Clínica Aliança Mataronina— es planteja, des del primer moment, l'assistència sanitària d'aquesta població sense exigir-ne contraprestació econòmica de cap mena, donant, però, a conèixer aquesta problemàtica a les instàncies superiors competents: al Ministeri de Sanitat i —un cop realitzats els traspasos de competències sanitàries— al Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, a fi d'obtenir-ne el suport institucional i els recursos econòmics necessaris per fer-hi front.

■ La Unitat i el Programa d'atenció sanitària a la immigració

Davant la demanda creixent d'atenció, aviat es veu la conveniència d'estructurar de forma diferenciada l'atenció mèdica i sanitària envers aquests col·lectius d'immi-

grants, amb l'objectiu d'aconseguir un mínim d'eficàcia en les actuacions. El servei no es pot reduir només a una assistència d'hospitalització: cal atendre també la consulta externa. La direcció de l'Hospital, encapçalada pel Dr. J. M. Teniente, té un gran interès a promoure un servei que respongui a les necessitats canviants de la ciutat i el seu entorn comarcal.

Així és com es crea una Unitat d'Atenció Sanitària per a Immigrants Africans, amb un Programa que és presentat, l'any 1982, a la Direcció General de la Salut del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

■ Objectius, línies d'actuació i evolució

L'equip format inicialment és constituït per Josep Lluís Fernández i Xavier Balanzó, metges de medicina interna, i Guadalupe Angelina, treballadora social. Posteriorment s'hi incorpora Anna Cabot, pediatra. La Unitat compta ben aviat amb la col·laboració dels diversos serveis de l'Hospital.

L'evolució de la Unitat es pot dividir en tres períodes:

- 1978-1981. L'aparició d'una nova realitat a la comarca: la progressiva presència d'immigrants, els quals acuden a l'Hospital per resoldre els seus problemes de salut. Aquesta població immigrant està formada per un col·lectiu d'africans negres que sol·liciten atenció en els diversos serveis i que generen disfuncions a causa de les característiques del grup.
- 1982-1989. En aquest període es planteja la necessitat d'estructurar la Unitat, de definir els objectius, i de consignar les tasques assistencials dutes a terme i les actuacions institucionals, la qual cosa fa que finalment el Departament de Sanitat i Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya reconegui la situació.
- 1990-1996. Té lloc l'estabilització de la Unitat i es posen en marxa les actuacions de prevenció, d'informació als col·lectius i de formació dels professionals.

■ 1978-1981. Una realitat sanitària nova

Entre la població d'immigrants es dona una noció diferent de malaltia —i, doncs, de salut—: manca el sentit i la consciència de prevenció, el metge sols és sol·licitat en cas de mals aguts... En aquest primer període, l'assistència sanitària es cobreix al marge d'horaris establerts, sense assegurances, procurant respondre a les demandes tal com arriben.

Es tracta d'una realitat sanitària nova, diferent, insuficientment reconeguda per les institucions, que suposa un repte per als professionals de la salut. Hospital endins, la situació genera desconcert entre els professionals i bastant desori en els esquemes organitzatius, atesos els comportaments i les actituds d'aquests col·lectius davant les malalties, les normes terapèutiques, els exàmens complementaris i els hàbits alimentaris.

Acuden amb retards considerables a les cites —l'«hora africana», en diuen ells mateixos— i les inassistències són habituals. Aquests comportaments arriben a generar problemes funcionals importants, especialment en els serveis de diagnòstic (laboratori, radiologia) i en les consultes externes.

A partir de l'anàlisi de la situació en aquest primer període, els professionals consideren que:

- Cal oferir una atenció diferenciada a fi de pal·liar els dèficits d'accés i de comunicació dels malalts immigrants. Per això convé conèixer qui són, quins problemes de salut tenen i per què. L'equip es planteja què cal fer i què es pot fer. Respondre-hi vol dir combinar imaginació i sentit pràctic en dosis adequades.
- És important que els responsables de cada àrea es donin a conèixer, amb la convicció que la personalització pot generar confiança i una actitud favorable d'aproximació.
- Es tracta de posar al seu abast la institució sanitària i flexibilitzar les estructures organitzatives i l'accés als seus serveis.

- S'ha de coordinar la via d'accés a l'Hospital des de les diferents institucions, sanitàries i no sanitàries: ambulatoris, serveis d'urgència d'altres hospitals, maternitats, centres de planificació familiar, serveis socials dels ajuntaments, escoles, etc.
- Convé fer un esforç per concretar les necessitats bàsiques en educació sanitària i per establir unes estratègies d'informació i de coneixement mutu.
- Cal comptar amb la participació dels líders dels col·lectius que agrupen els destinataris, a fi que la informació tingui un *segell* de garantia i un efecte d'expansió posterior en forma de *taca d'oli*.

■ 1982-1989. L'estructuració de la Unitat

A partir de 1982 s'estructura la Unitat d'Atenció Sanitària a la Immigració a través d'una organització que, a més d'oferir atenció específica, coordina, primerament, les actuacions intrahospitalàries i, posteriorment, les extrahospitalàries. Els objectius se centren bàsicament en:

- El coneixement dels seus patrons biològics i clínics més freqüents.
 - La prevenció i el tractament de malalties transmissibles.
 - La detecció dels problemes de salut més habituals.
 - La formació d'agents sanitaris que facilitin la transmissió de normes terapèutiques i de control de malalties.
 - La millora de la utilització de la xarxa sanitària i social.
- Més tard, com a conseqüència de la detecció de nous problemes, els objectius s'amplien a:
- L'atenció i la prevenció dels problemes de salut maternoinfantil.
 - Les campanyes de sensibilització i d'informació dels col·lectius, especialment sobre les malalties transmissibles.

bles, els problemes nutricionals i els hàbits alimentaris, la planificació familiar i les malalties anomenades *del retorn*.

La connexió amb el col·lectiu centrocàfric es duu a terme fonamentalment a través de les organitzacions d'immigrants africans del Maresme Jamakafo —d'homes— i Mussukafo —de dones—, i pel que fa a la immigració nord-africana, a través del cap religiós. Es mantenen un seguit de reunions amb la intenció de concretar i prioritzar els temes de més transcendència referits a la seva salut. És un primer pas.

Durant aquests anys, els professionals defineixen les problemàtiques més rellevants presentades per la població immigrant i van adaptant la resposta hospitalària i de la Unitat a les seves característiques.

Pel que fa a les dades, basta dir que, anualment, s'atenen unes dues mil consultes al Servei d'Urgències, s'ingressen un centenar de malalts a l'Hospital, s'obren —fins a 1993— prop de tres-centes històries clíniques en els consultoris de pediatria i s'atenen unes tres-centes primeres visites i sis-centes l'any de successives en el consultori d'adults.

D'altra banda, es continuen les gestions per aconseguir recursos oficials. La perseverància i la insistència davant les instàncies sanitàries, així com la detecció de nous problemes de salut, com ara la repercussió de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) i l'existència de les *segones generacions* d'immigrants, fa que s'aconsegueixi finalment, l'any 1989, el reconeixement oficial de la problemàtica i el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya aprova un ajut al Programa.

Una mostra de la conscienciació institucional davant la necessitat d'una atenció sanitària diferenciada envers la població immigrant ha estat la incorporació d'un capítol específic d'atenció i prevenció sanitària per a aquests col·lectius d'immigrants dins el desplegament del Pla de Salut de Catalunya per al període 1993-1995.

■ 1990-1996. Actuacions d'informació i de formació

El suport institucional permet consolidar el circuit assistencial. A partir d'aquí les tasques s'amplien a l'àmbit de la informació i la formació. És un principi ben establert que l'assistència ha d'estar relacionada amb el camp de la prevenció i la promoció de la salut, a fi de possibilitar el control dels problemes que reiteradament sorgeixen en el camp assistencial.

La informació

Se centra en quatre àmbits:

– *Malalties transmissibles*, entre les quals destaquen les de transmissió sexual (MTS). Les xerrades i les actuacions informatives contribueixen a l'estabilització d'aquest nou problema de salut aparegut els darrers anys del període. Un paràmetre orientatiu d'aquesta intervenció és la disminució remarcable de nous casos de MTS, entre les quals hi ha les de nous infectats pel VIH.

– *Alimentació i dietètica*. Té com a objectiu introduir en els costums i les formes de vida de la població immigrant una alimentació equilibrada, aprofitant els recursos del medi autòcton. Cal tenir en compte que la seva alimentació resulta molt uniforme, pobra i inadequada: arròs amb salsa de tomàquet, trossos de carn, cafè o te amb llet, cacauets... En aquesta línia, el Servei de Salut Comunitària del PASS (Prevenició i Assistència Sociosanitària del Consorci Sanitari de Mataró) —del qual és responsable la Sra. M. Eugènia Serra— ha treballat en l'elaboració d'una enquesta sobre hàbits alimentaris del col·lectiu.

Amb relació als aspectes nutricionals i dietètics s'han detectat anèmies ferropèniques (degudes a les deficiències alimentàries) i raquitismes carencials (en els nens). Aquests defectes s'observen molt sovint en les dones a causa de la freqüència dels embarassos, força vegades

controlats de forma deficient i que solen succeir-se sense un període intergestacional suficient de recuperació, des d'una situació d'aïllament accentuat i d'una pobra maternització. Aquesta és una altra de les causes de les carències: la desnutrició de la mare, ja des de l'inici de l'embaràs, afecta directament la gestació i pot tenir conseqüències en el fill.

– *Educació en la planificació familiar.* L'actuació no es limita a una informació sobre la pràctica de la contracepció, sinó que té en compte els aspectes conceptuals, a fi de generar hàbits més saludables amb relació a la gestació, l'alimentació infantil i la planificació familiar. La participació del col·lectiu de dones senegambianes Mus-sukafo ha estat força valuosa.

– *Malalties anomenades del retorn.* Al cap d'un cert temps de viure aquí, les defenses que els immigrants tenien en el país d'origen davant els mals epidèmics de l'Àfrica minven. Per aquest motiu, quan hi retornen temporalment —per celebrar en família el ritu de la circumcisió, per donar a conèixer els fills a la família, per casarse, per passar una temporada de vacances—, són propensos a patir determinades malalties tropicals, contra les quals estaven immunitzats abans d'emigrar. Cal, doncs, desplegar una profilaxi de defensa sensibilitzant el col·lectiu de la necessitat de vacunar-se contra algunes malalties o aplicant tractaments profilàctics, ja que en aquestes estades temporals al país d'origen poden contraure malalties, com el paludisme, de manera molt greu, fins i tot amb conseqüències mortals.

La formació

Aquesta tasca d'informació i presa de consciència del col·lectiu es desenvolupa a través de diverses actuacions formatives, entre les quals destaquen les següents:

– L'any 1991, l'àrea pediàtrica de la Unitat de Minories Ètniques organitza una sessió setmanal a l'Hospital, en

horari extralaboral consensuat, adreçada a les dones i orientada fonamentalment a l'alimentació infantil, amb un objectiu bàsic: estimular l'alletament matern. La pràctica de la lactància materna és majoritària entre les dones immigrants, un 92% aproximadament, mentre que entre les dones autòctones l'alletament tot just arriba a un 70%. Assisteixen al curs, però molt irregularment, sense un horari gaire definit ni prou constància. Els resultats són difícilment avaluables. S'hi torna a insistir per altres vies.

– L'any 1992 s'organitza un primer Curs de sensibilització sanitària adreçat a líders de la comunitat africana. S'obtenen recursos de la Comunitat Europea a través de l'organització Investrop. S'hi assegura l'assistència per mitjà del pagament de *beques* a les persones inscrites. Els assistents són de Mataró, Premià i Barcelona. El curs s'imparteix en dependències de l'Hospital durant sis setmanes i hi participen professionals de l'Hospital, del Servei de Salut Comunitària, del Centre de Planificació Familiar de Mataró i de la Unitat de Medicina Importada del Centre de Diagnòstic de les Drassanes de Barcelona.

El programa inclou vocabulari mèdic bàsic i nocions elementals d'anatomia humana i dels principals símptomes de les malalties més habituals (febres, diarrea, etc.), amb una atenció especial envers les malalties de la dona, el part i el puerperi, la salut dels infants (l'alimentació i cura dels nadons), les malalties de transmissió sexual, la planificació familiar, les malalties del retorn, la circumcisió i l'ablació del clítoris, etc. Al seu torn, s'aprofita l'avinentsa per elaborar senzilles enquestes per a la recollida de dades, que resulten de gran interès.

L'objectiu principal és ensenyar què cal fer, com s'ha d'actuar i de comportar-se davant les malalties. El curs, tanmateix, pretenia donar massa coneixements, i el vocabulari era massa especialitzat per ser entès i incorporat fàcilment. Tot i que s'aconsegueix un considerable grau de participació i d'intercanvi d'informació i coneixements, el nivell és massa elevat i els resultats de la intervenció, escassos.

En tot cas, l'element més positiu és el fet d'haver aconseguit la presa de consciència dels participants sobre la problemàtica, i la seva transmissió als respectius col·lectius: la iniciativa del pas següent ja parteix de les associacions.

– Aquesta inquietud de les associacions porta, l'any 1993, a l'organització dels «Diumenges de salut». Les associacions aconsegueixen locals en zona *neutral* —en dependències municipals— i subvencions aportades directament a les organitzacions d'immigrants, procedents dels ajuntaments de Mataró i Premià, les poblacions amb un major nombre d'immigrants africans. Se'n realitzen quatre a cada població.

Tenen lloc als matins i es disposa —en el cas de Mataró— de servei de guarderia, per tal de facilitar l'assistència de les dones. S'hi reserva un temps de descans per menjar junts... Cada «Diumenge de salut» es dedica a un tema bàsic i prioritari de salut: les malalties de transmissió sexual, l'alimentació, la planificació familiar, la salut dels infants i les malalties del retorn.

S'hi donen unes nocions relacionades amb la salut, simples, elementals, concentrades en missatges repetitius, procurant que siguin fàcilment assimilades. Aquests «Diumenges de salut» resulten una experiència molt interessant, i se'n fa una avaluació molt positiva, per l'òptima assistència i per l'alt grau de participació. Cal dir que es compta amb col·laboradors dels mateixos col·lectius, formats en el curs de sensibilització.

– A més d'aquestes jornades, es duen a terme xerrades de caire més informal adreçades a dones africanes, en domicilis particulars, sobre temes del seu interès, com la circumcisió femenina, la sexualitat de les dones, etc.

Posada en marxa la informació als col·lectius, es veu la necessitat de millorar la informació i la formació dels professionals que tenen relació amb els immigrants. Es realitzen col·laboracions orientades a la formació d'educadors, mestres, treballadors socials i personal sanitari d'àrees bàsiques; i també se'n fan a col·legis de metges



Taller de cuina.

d'altres comunitats de l'Estat. Entre les col·laboracions, destaca la participació en màsters i cursos de doctorat, la participació en sessions de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, les intervencions en congressos i jornades, i les publicacions en revistes especialitzades.

També cal remarcar l'organització de cursos adreçats a professionals d'atenció primària i a la formació d'agents sanitaris. Enguany, l'equip està organitzant un Programa de formació alimentària, amb el suport de la Fundació Serveis de Cultura Popular, el PASS, l'Ajuntament de Mataró i la Diputació de Barcelona.

El Programa comença amb una festa gastronòmica de la cuina pròpia de les seves cultures, amb una mostra dels plats més típics, tot oferint-ne les receptes per elaborar-los. Aquest és un motiu per entrar en el tema de l'elecció de menús: s'analitzen amb relació al valor alimentari de cada producte, els nutrients... La segona part consisteix en la participació en un curs en què es donen coneixements bàsics sobre el valor energètic dels diferents nutrients, sobre les necessitats alimentàries dels lactants, dels infants i de les gestants, sobre l'oferta alimentària del país, etc.

Finalment, durant l'any 1996, el Departament de Sanitat i Serveis Socials de l'Ajuntament posa en marxa un Programa d'educació maternoinfantil, «Baa-leme», amb l'objecte de facilitar el coneixement dels nostres hàbits higienicosanitaris i dels recursos socials existents a la comunitat, i d'orientar i assessorar les dones immigrants en el procés de criança dels seus fills.

Els professionals responsables d'aquest Programa són la Sra. Coral Cot, educadora especialitzada, i la Sra. Quima Robles, treballadora familiar, amb la col·laboració d'una mediatra cultural.

Des dels Centres d'Atenció Primària, des del Programa d'atenció a la dona i des de la Unitat de l'Hospital s'hi remeten les persones que necessiten rebre el suport educacional.



Curs de Nutrició i Cuina

per a immigrants africans



Diada inaugural: 5 de novembre

Mostra de Cuina Africana

(al pati del Col·legi Públic Torre Llauder)

Obert al públic a partir de les 13:00 h amb degustació gratuïta de plats i entrega de receptes.

MATARÓ

Curs de nutrició.

En l'àrea de Pediatria de la Unitat d'Atenció Sanitària a la Immigració, des de 1986 fins a octubre de 1995, s'han atès 451 infants fills d'immigrants. Se'n poden diferenciar clarament dos grups:

- Fills de famílies originàries sobretot del Senegal i de Gàmbia, 253 en total, el 91% dels quals són nascuts a Catalunya, el 86% amb cobertura de l'Institut Català de la Salut (ICS).
- Fills de famílies magribines, majoritàriament del Marroc, 159 en total, un 73% dels quals són nascuts a Catalunya, el 73% amb cobertura de l'ICS.

La meitat d'un i altre grup són lactants de menys de 12 mesos.

Ambdós grups són musulmans, tot i que, en el cas de la immigració subsahariana, solen conservar el *culte tradicional* junt amb la pràctica de l'Islam. La seva cultura, de base islàmica, influeix en l'estructura familiar i en els rols de l'home i de la dona, en els hàbits de la vida quotidiana, sobretot en els alimentaris, en l'educació, en el tractament dels genitals en alguns casos, etc. La bigàmia, tanmateix, no és gaire habitual: un 12% —9 famílies— entre els immigrants negroafricans, i un 2% —2 famílies— dins el grup magribí.

El grau de consanguinitat és del 52% en el grup centroafricà i del 20% en el magribí. Això facilita l'aparició

de cardiopaties, especialment en el grup magribí, i l'alta prevalença d'algun tipus d'anèmia de greus conseqüències, en el grup centroatricà.

Les mares, sobretot, tenen dificultats per comunicar-se, a causa del desconeixement del castellà i, encara més, del català. Més les negres que no les magribines, tot i que les que fa més temps que resideixen a Catalunya van aprenent de mica en mica —però molt lentament i amb considerables mancances— d'expressar-s'hi. La causa d'aquesta dificultat de comunicació és la situació d'aïllament de les dones, les quals tenen els nens i nenes al seu càrrec: això els dificulta l'accés a la informació sanitària.

Es dona una greu manca de contacte. Hi ha massa infants de més de dos mesos que no han estat mai duts al pediatra. Aquesta situació se sol donar en els infants nascuts a l'Àfrica i amb reagrupament familiar posterior: es perpetuen errors alimentaris i és freqüent l'escassa o nul·la cobertura vacunal.

El seguiment és molt irregular i el grau d'abandó és elevat. La seva concepció de la malaltia i la consciència de la necessitat d'atenció estan íntimament lligades als símptomes de la fase aguda, i es fa difícil de fer-los comprendre el sentit de la prevenció i la necessitat de tractament en els casos en què l'estat del pacient és asimptomàtic.

Naturalment, en les gestacions, poc o gens controlades, aquest seguiment insuficient i tardà augmenta el risc per al fetus i per al nadó, i posa també en perill la salut de la mare, encara més tenint en compte la successió de gestacions en situació de desnutrició.

■ L'atenció a la gestació i als lactants

Es dona un 12% de gestacions de menys de 37 setmanes entre les mares negres, al costat d'un 4% entre les magribines. La mitjana de pes dels nadons negres en néixer és, en general, lleugerament inferior a la dels autòctons: un 77% dels nadons centroatricans i un 49% dels magribins

tenen un pes inferior als 3.500 g, cosa que afavoreix l'aparició d'anèmia en el lactant, entre d'altres problemes.

L'alletament matern inicial és més freqüent en el cas dels infants negres —un 91%, el 38% dels quals el reben fins a l'any— que no en el dels infants autòctons (prenent com a referència la mitjana); en el cas dels infants magribins, és una mica més baix que en el dels infants negres —un 74%, el 30% fins als 12 mesos. Però la duració de l'alletament fins més enllà de l'any, malgrat un teòric benefici, obstrueix sovint l'acceptació d'altres aliments sòlids molt necessaris en aquesta primera edat.

No obstant això, el percentatge d'alletament matern minva, possiblement per *mimetisme occidental*. Es va donant un alletament artificial precoç, a partir dels tres mesos, en el cas d'infants que feien alletament matern. La introducció precoç d'«ajuda» amb biberó és sovint causa de l'abandó de l'alletament matern, o de preparacions hiperconcentrades i francament nocives per al lactant. Se'ls dona farinetes precoçment, independentment del tipus d'alletament, cosa que afavoreix l'obesitat i el raquitisme.

En els infants més grans, s'observen molt sovint conductes excessivament permissives respecte als derivats lactis, les llaunadures i les pastes, que substitueixen les proteïnes animals, les verdures i les fruites. Això facilita el raquitisme i l'anèmia ferropènica i, més endavant, la càries, l'obesitat i altres malalties.

■ Principals problemes de salut

Tots els problemes de salut estan íntimament relacionats amb la situació d'aïllament social i amb la desinformació, agreujada i perpetuada a causa de la «indigestió» de la cultura del país d'acollida i del semiabandó de la pròpia. Els problemes més freqüents són:

– *Les anèmies*, tant les ferropèniques —amb una història d'alimentació carencial clara— com les hereditàries: talassèmia β en els infants magribins i talassèmia α en els

centroafricans. Afecten un de cada quatre infants, en ambdós grups. La prevenció de les anèmies ferropèniques s'ha d'orientar a través de fàrmacs i de la creació d'hàbits, sobretot alimentaris. Requereix la intervenció coordinada del centre de planificació familiar, del ginecòleg, del pediatra, dels agents de treball social i de membres del col·lectiu immigrant ja formats. Sovint es dona una escassa resposta al tractament farmacològic i una manca de seguiment. Quant a la drepanocitosi, pot comportar una elevada mortalitat els primers anys de vida, si s'hereta en estat d'homozigot o heterozigot. Actualment s'està realitzant un estudi de la sang en el cordó umbilical en tots els nadons negres.

– *El raquitisme*, que pot donar lloc a greus deformacions esquelètiques. Afecta un 10% dels infants negres atesos i un 2% dels magribins. Sovint és poc aparent, tot i que es produeixen alguns casos greus. La prevenció requereix, també, la intervenció coordinada dels professionals esmentats anteriorment. Cal promoure una adequació de dieta i d'hàbits, com ara passejar, prendre el sol..., tant de la gestant com, després, del lactant.

– *Les malalties del retorn* són un altre camp d'actuació preventiva, sobretot pel que fa al paludisme. La simptomatologia inicial sovint és banal en els nens —febre, mal de panxa, vòmits— però moltes vegades la seva evolució és ràpida i pot provocar la mort. Cal estar atents a fi de *detectar* les malalties dels viatges de retorn, sobretot després de les vacances. I insistir en la profilaxi antipalúdica i en les vacunacions específiques, segons quina sigui l'àrea geogràfica visitada.

– Altres problemes que cal tenir en compte són les cardiopaties congènites —entre la immigració magribina—, les infeccions i les parasitacions cutànies, els abscessos, les cremades i d'altres accidents domèstics, les depressions en nois i noies grans recentment immigrants, les regressions, el maltractament infantil i el tractament quirúrgic dels genitals femenins i masculins.

Consideracions des de l'antropologia de la medicina

En la VI Reunió Anual de la Societat de Salut Pública de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears de 1992 sobre «Migració i salut: la conca mediterrània cap a l'any 2000», a la ponència «Itineraris migratoris, itineraris de salut», J. Canals Sala apunta unes propostes metodològiques de l'antropologia de la medicina especialment aclaridores. Planteja aquestes premisses inicials:

- A totes les societats la majoria d'intervencions sobre la salut, amb les preses de decisió corresponents, es produeixen en l'àmbit domèstic.
- A totes les cultures es tendeix a rebutjar que la malaltia sigui causada per fenòmens fortuïts o atzarosos. L'explicació sol basar-se en les cosmovisions que sostenen l'ordre social i les seves causes se solen atribuir a transgressions morals o a la violació d'una regla social.
- Els grups domèstics acostumen a prendre les decisions sobre els problemes de salut en funció de les experiències empíriques i, ensem, de les concepcions del món i de l'ordre social. Segons la manera d'interpretar i tractar la malaltia, poden recórrer simultàniament a especialistes diferents i a alternatives diverses.

■ La immigració, factor de canvi social i cultural

La consideració que Canals Sala fa de la població immigrant al nostre país és especialment suggerent:

– L'immigrant és alhora un exponent i un agent de canvi social, tant al país d'origen com en aquell on s'estableix. L'immigrant no és mai un ésser *primitiu* ni és el representant genuí d'una cultura completament autònoma respecte als sistemes dominants. L'immigrant és, ell mateix, una cruïlla cultural.

La decisió d'emigrar, més enllà dels condicionants econòmics, es produeix en un context cultural en transició, ple de sincretismes i que implica formes i graus diferents d'aculturació. El país d'origen i la seva cultura real viuen, doncs, un caòtic i peculiar procés de *modernització*.

– Les persones emigrants són elements que cooperen en aquests processos de canvi social: hi aporten recursos econòmics, coneixements, comportaments i valors que contribueixen a accentuar tal sincretisme.

– En els països receptors, la immigració també és un factor de canvi, com és obvi. Pel que fa a la salut, la immigració introdueix noves variables en el camp epidemiològic i unes altres concepcions, actituds i pràctiques. Però també contribueix a diversificar els dispositius de resposta als problemes de salut i afavoreix una oferta de medicines paral·leles extensible a d'altres col·lectius i a certs sectors de la població autòctona.

L'immigrant és *l'altre*, un ésser *diferent*, que s'introdueix en la nostra societat tot provocant reaccions diverses d'acceptació, rebuig o indiferència, tot suscitant temor al desconegut. En tant que és aportador de diversitat es pot percebre com a perillós, com algú que ve a trencar la suposada i aparent homogeneïtat del nostre món, en realitat ben divers i mancat de referents culturals unitaris. Per això remou els mecanismes de l'etnicitat, sempre amants.

Cal afegir que l'immigrant encomana fortes ambigüitats i ambivalències culturals: en el nostre país és un estrany, però també està condemnat a ser-ho en el seu país d'origen, en la mesura que va diferenciant-se dels seus compatriotes que hi resten, els quals, al seu torn, cada vegada representen més poc els elements culturals tradicionals.

Si els col·lectius d'immigrants fossin representatius d'una cultura homogènia i els professionals de la salut que els atenen també ho fossin, bastaria trobar les fórmules de traducció d'un codi cultural a l'altre. Però ni els uns ni els altres ho són. Una de les dèries dels estereotips és de simplificar la complexa realitat i configurar una imatge homogènia i generalitzable dels *altres*.

■ L'immigrant, una cruïlla cultural entre dos mons

L'immigrant —com s'ha dit— procedeix d'una situació d'intens canvi sociocultural i ha anat a raure a una altra situació de canvi caracteritzada per la diversitat. En tals condicions, acceptarà i adoptarà, del país receptor, allò que li porti avantatges perceptibles, cosa que tendirà a afavorir la seva integració social.

Això el durà a modificar les seves significacions i representacions, i fins i tot els comportaments i els valors. Al seu torn, ell esperarà modificacions semblants en la percepció de la diferència que ell representa, i també en els comportaments envers ell i en els valors consegüents.

Si això no es dóna i se li exigeix una adaptació que no li reporta avantatges clars, i es veu condemnat a restar en el darrer graó de la consideració social, tendirà a revaloritzar, des del seu sincretisme, reactivament, la seva cultura tradicional, per més que en el país d'origen ja se n'hagués distanciat: aquesta suposarà l'únic refugi on ell pugui significar quelcom per a si mateix. Fenòmens d'aquest caire solen tenir lloc en un context grupal i això encara els reforça més.

■ Entre dues cultures de la salut

Situacions semblants es produeixen també en el camp de la salut, un terreny cultural molt sensible a causa de les connotacions que té la malaltia: les experiències anteriors determinen percepcions i actituds susceptibles de modificació en sentits diferents, segons quina sigui la situació que la persona immigrant visqui en el país d'acollida.

Els professionals de la salut han de ser conscients que en les consultes no es manifesta només un problema de salut, sinó un balanç global del procés migratori i del grau d'integració social de l'individu. Això afecta molt clarament els seus hàbits de vida i, per tant, l'ús que puguin fer dels serveis de salut.

L'accentuació del rebuig en la relació amb la població autòctona afavorirà una sobrevaloració dels hàbits vinculats a la seva cultura d'origen. Intentar canviar-los per indicació mèdica serà vist com un expoli dels únics valors que li resten. Llavors es decantarà cap a d'altres ofertes terapèutiques, potser de menor eficàcia tècnica però certament de major virtut simbòlica. Cal comprendre que la modificació dels hàbits de vida pertany a l'àmbit dels processos d'aculturació i que en la primera generació d'immigrants no sol ser reeixida.

Un altre factor decisiu és la situació relacional de la persona immigrant. Si la seva xarxa social més propera ateny persones del seu mateix grup ètnic, els hàbits culturalment determinats tindran una forta significació per a la cohesió del grup. Així, és tan important el que es menja com amb qui es menja. Les xarxes socials mixtes no solen establir-se fins a la segona generació.

Pel que fa a l'ús dels serveis de salut, cal defugir d'entrada la tendència a primitivitzar la persona immigrant i recordar que són exponents d'un canvi social: en els països d'origen ja han conegut els serveis basats en la medicina occidental.

Quan els problemes de salut són resolubles en l'àmbit domèstic no acuden a l'especialista —cosa que també fem nosaltres. Si la medicina científica dóna una explicació satisfactòria a problemes de salut que no tenen connotacions culturals gaire específiques, no cerquen altres vies de resolució. En cas contrari, si les explicacions no els satisfan o si creuen que el problema de salut és produït per etiologies de caire sociocultural o sobrenatural, opten per vies alternatives.

Cal emprendre investigacions en aquesta línia, abans no es consolidin estereotips difícils d'eradicar, abans que el fet de ser immigrant, «moro» o «negre» forneixi al metge un diagnòstic a priori.

■ Els processos assistencials com a itineraris terapèutics

Tanmateix, quan es parteix de paràmetres clínics, cal estar molt atent a esquivar el doble perill de menysprear els factors culturals i de sobredimensionar els derivats de la diferència cultural o ètnica. En aquest sentit, és important detectar i analitzar com influeixen sobre els casos concrets els diversos factors socials i culturals (vegeu, a manera d'exemple, l'apèndix sobre aspectes de la sexualitat i la planificació familiar).

L'itinerari recorregut per una persona emigrant representat en el mapa és especialment interessant: epidemiològicament, perquè indica les oportunitats que ha tingut d'entrar en contacte amb certs gèrmens patògens; antropològicament, perquè assenyala interaccions amb concepcions diverses de la malaltia, de les causes i de les respostes més convenientes. La història clínica i la cultural s'haurien de fondre en una de sola.

Consideracions finals sobre les malalties importades i la medicina de la immigració

L'experiència adquirida aquests quinze anys al Consorci Sanitari de Mataró en l'atenció a immigrants africans porta a considerar de manera global la situació actual i les perspectives de futur. Tot i que ho centrem en els col·lectius d'africans se'n pot fer una extrapolació a col·lectius provinents d'altres països i/o cultures seguint un procés similar: l'anàlisi de la realitat concreta allí on es produeixi el fenomen immigratori, a partir del coneixement dels trets diferencials del col·lectiu i dels recursos de què disposi per adequar-ne la resposta organitzativa sanitària.

Els moviments migratoris i els viatges intercontinentals durant aquests quinze anys en el nostre país han comportat un augment considerable de les malalties importades i, en menor grau, de les introduïdes. Aquest és un fet d'una transcendència incontestable, tant per a la mateixa persona malalta com per a la comunitat. N'hi ha prou d'adonar-se de fenòmens d'abast mundial, com ara la difusió del còlera, l'extensió del paludisme o l'impacte de les malalties de transmissió sexual i del virus de la SIDA, per dir alguns dels problemes que afecten els col·lectius d'immigrants.

En un futur no llunyà, caldrà que, a la majoria dels centres d'assistència primària i hospitalària —sobretot a les comarques amb més implantació de la immigració—, hi hagi metges que aprofundeixin en el camp de la medicina tropical i en les malalties importades, i que coordinin els problemes de la medicina de la immigració, incorporant als programes de formació continuada els temes més rellevants d'aquest terreny i procurant que els fons bibliogràfics dels centres disposin dels instruments de consulta bàsics.

Pertoca als professionals ampliar i millorar els coneixements, especialitzar-se i, alhora, aconseguir que els centres assumeixin aquesta realitat en expansió i s'hi adaptin, tenint en compte les característiques personals, socials i culturals més rellevants d'aquests col·lectius, les peculiaritats dels quals comporten serioses dificultats a l'hora de desenvolupar una labor assistencial. Són, bàsicament, les que descrivim als apartats següents.

■ Dificultats derivades de l'entrevista mèdica o sociosanitària

En la realització de la història clínica de les persones immigrants, especialment durant els primers anys de la seva arribada, són evidents els problemes de comunicació lingüística i cultural, deguts al fet de tenir conceptes diferents, al desconeixement de les llengües del país d'acollida i, en general, a l'escàs nivell d'instrucció.

Una de les dificultats és la mateixa noció de malaltia. Com es poden definir les característiques d'un fet de naturalesa no tangible com és un determinat dolor? Com es pot parlar de certs temes usant mots considerats per ells tabú, especialment en l'esfera de la sexualitat?

Si ja és prou difícil establir una relació metge-persona malalta en les consultes a causa de crisis agudes de salut, encara ho és més davant els problemes crònics o de con-

valescència. La necessitat de trobar un alleujament immediat a la seva simptomatologia pot bloquejar les actuacions mèdiques.

Amb freqüència ha calgut requerir la presència d'acompanyants amb un temps més llarg de residència al país com a condició per a la visita, tant per a l'entesa en l'aspecte lingüístic com en el conceptual: si no es feia d'aquesta manera, el fracàs era continu.

■ Dificultats en el procés de diagnòstic

A vegades han estat degudes a la manca d'experiència davant determinades malalties, però més sovint es deuen a l'escassa col·laboració del malalt immigrant a deixar-se fer proves, com ocorre en les extraccions de sang per a anàlisis, en les proves radiològiques —especialment les que necessiten preparació— o en les endoscòpiques, etc.

Com se'ls pot fer entendre que, a vegades, cal més d'una extracció de sang? O que, per a una colonscòpia, cal introduir un tub de 150 cm per l'esfínter anal, amb les molèsties òbvies d'haver d'insuflar aire per desplaçar el tub i millorar la visió de l'explorador? O que, per fer una anàlisi de paràsits intestinals, han de portar una mostra de femta al laboratori?

També hi ha dificultats a l'hora de concretar quins són els patrons de normalitat clínica o biològica d'un determinat grup ètnic. Certs símptomes, en el seu cas, poden ser irrelevants.

Per resoldre els conflictes ha estat molt útil el reciclatge mèdic en el camp de les malalties importades, com també el fet que les visites fossin ateses per un mateix equip: tant per possibilitar l'aprofundiment en el coneixement de les seves característiques culturals i ètniques, com per l'habitualitat del tracte, que permeti disminuir els recels i acréixer la seva confiança en les propostes que se'ls fa.

■ Dificultats en el tractament i el control

Aquestes comencen ja en la comprensió de les ordres mèdiques i les normes terapèutiques, i s'accentuen a causa del recel que comporta l'aïllament. És freqüent l'abandó del tractament farmacològic tan bon punt desapareixen els símptomes, un fet greu en el cas de les malalties transmissibles i en altres de cròniques, com la hipertensió, l'asma, la diabetis, la tuberculosi o la SIDA.

Durant els primers anys era inquietant comprovar, per exemple, com, un cop iniciat el tractament d'una tuberculosi, la persona malalta abandonava el control al segon mes i era impossible de localitzar-la perquè havia canviat de domicili. O descobrir que, amb motiu del Ramadà, deixava el tractament sense amoïnar-se a consultar a qualsevol dels metges de la Unitat o al propi metge de capçalera la possibilitat d'alterar l'horari marcat pel dejuni religiós abans que deixar-ho córrer.

També el cost de certs medicaments podia dificultar el manteniment del tractament. La Unitat ja els donava els fàrmacs adients —especialment en el cas de les malalties transmissibles—, però, si se n'anaven a viure a una altra comarca, sense recursos econòmics, ni accés al padró de beneficència —abans de la creació del Servei Català de la Salut—, ni relació amb el nou punt d'assistència sanitària, el tractament s'abandonava.

L'incompliment en les cites també és una causa de dificultats per als controls. Al cap de deu anys d'actuació de la Unitat, el 40% de les primeres visites citades no hi acudia, i el 38% de les visites de control s'havien de citar una segona vegada per incompareixença el dia assignat, tot i que la llista d'espera no comportava ajornaments de més de quinze dies.

Aquesta situació, de fet, va palesar la necessitat d'establir una organització sanitària permeable i flexible. Altrament l'abandó dels controls hauria estat molt més alt, com succeïa els primers anys, en què els malalts ben poques vegades es presentaven a la segona visita.

■ Dificultats en el control epidemiològic

La manca de dades demogràfiques, les precàries condicions de treball i d'habitatge, els hàbits culturals pel que fa a la higiene domèstica i als costums alimentaris —cases compartides entre 8-12 persones, homes solters, escassament preparats per a l'autocura domèstica, sense una dieta adequada— són aspectes que afecten negativament el control de les malalties transmissibles, com també els programes de prevenció i educació sanitària.

El fet de la freqüent inexistència d'un nucli familiar porta com a conseqüència, entre d'altres, a pràctiques sexuals de risc amb prostitutes drogoaddictes. Això ha produït un nombre important de malalties de transmissió sexual adquirides al nostre país, amb les consegüents complicacions, com la gonorrea o la sífilis, o la infecció pel virus de la SIDA o de l'hepatitis B.

■ Dificultats derivades del nucli familiar i de les segones generacions

Els darrers anys, aquestes dificultats han obligat a configurar nous espais d'atenció. Així, a causa de les noves problemàtiques i de les patologies derivades de carències alimentàries, d'embarassos repetits i mal controlats, de la consanguinitat, de la bigàmia, i d'uns coneixement sanitaris molt deficitaris, s'ha vist la necessitat de crear un dispensari d'atenció pediàtrica.

Comportaments culturals colpidors, poc coneguts fins fa relativament poc, com pot ser l'ablació del clítoris, posen els professionals en estat d'alerta permanent i obliguen contínuament a reconduir tant les actuacions com els missatges.

■ Dificultats sorgides de la mateixa estructura sanitària

Es podrien resumir en la manca de reconeixement de l'especificitat de la problemàtica, els tradicionals obstacles burocràtics, l'escassetat de recursos assignats i la poca flexibilitat en establir mecanismes organitzatius adients.

Aquestes dificultats s'han intentat resoldre mitjançant una estructuració de la Unitat d'Atenció Sanitària a la Immigració en consultoris diversificats: de Persones Adultes, d'Atenció Maternoinfantil, i de Dermatologia i Malalties de Transmissió Sexual. Això ha permès l'elaboració de protocols diagnòstics i terapèutics, l'establiment de circuits àgils per a les proves diagnòstiques en relació amb el Servei de Radiologia i el Laboratori, així com una major eficiència i eficàcia resolutive dels casos individuals.

■ Una primera avaluació de les actuacions

Pel que fa a la salut comunitària, algunes de les actuacions realitzades, com, per exemple, les sessions informatives obertes i els cursos d'educació sanitària, sembla que comencen a donar els seus fruits. Com s'ha esmentat, l'esforç informatiu s'ha centrat en les malalties infeccioses i de transmissió sexual, en la salut maternoinfantil, en la higiene domèstica i alimentària, i en les malalties del retorn. L'estancament observat en l'extensió de les malalties transmissibles durant els dos darrers anys podria ser un indicador positiu de la tasca duta a terme i de l'enfocament de l'actuació.

■ Cap a una medicina de la immigració

Una de les conclusions més clares d'aquesta experiència és la necessitat d'abordar decididament el tema de la medicina de la immigració, amb el suport de totes les instàncies i institucions sanitàries. No n'hi ha prou a reconèixer l'accés de tothom a l'atenció sanitària, si en aquest «tot-hom» no s'inclou la població immigrant il·legal.

És imprescindible l'establiment de protocols d'actuació social, mèdica i d'educació sanitària elaborats per professionals dels centres de treball i enriquits amb les aportacions dels col·lectius d'immigrants de la zona respectiva.

En aquest sentit, convé que, en cada equip de salut d'atenció primària i hospitalària, es formi un grup que, a més de la seva tasca habitual, aprofundeixi professionalment en la problemàtica descrita, per tal d'aprendre els capítols més rellevants d'aquesta assignatura i poder-los aplicar en l'àmbit propi.

Aquest és un tema que no es plantejava a les escoles d'infermeria, ni a les escoles de treball social, ni a les facultats de medicina, i que ara cal que aprenguin els professionals de la salut a fi d'adaptar-lo a la nostra realitat: personal mèdic i d'infermeria, tècnics dels serveis hospitalaris, recepcionistes, treballadors socials, etc.

Alhora és imprescindible una voluntat política que es tradueixi en l'assignació de recursos humans i econòmics, i que integri totes les actuacions en la xarxa assistencial pública.

La tendència a una societat multicultural és inqüestionable. Per això convé remarcar la importància de l'*antropologia mèdica* —una branca aplicada de l'antropologia social—, útil per millorar l'organització sanitària i la pràctica clínica. En el cas de la immigració, és fonamental parlar d'*hermenèutica en el camp de la sanitat*: si es volen assolir resultats diagnòstics o terapèutics correctes cal encertar a interpretar i comprendre les veritables necessitats dels individus i de les col·lectivitats a les quals pertanyen.

Cal combatre els estereotips que consideren la medicina de la immigració com una medicina de paràsits i de virus rars: és una medicina d'homes i dones i joves i infants que es diferencien de nosaltres en la forma d'expressar i sentir el sofriment i els problemes, en les maneres de concebre la vida, la malaltia, el dolor i la mort.

Una medicina per a uns homes i unes dones que, com diu Inongo vi Makomé en el llibre *España y los negros africanos* (Ed. Hogar del Libro, Barcelona, 1990) i com va remarcar R. Colasanti al II Congrés de Medicina i Immigració (Roma, 1990), han deixat al seu país una cultura sanitària sense haver-se'n després, alhora que accedeixen a una altra sense haver-la comprès. Unes persones malaltes que esperen dels nostres serveis de salut una tecnologia carismàtica que els salvi, sense arribar a fer comprendre els seus problemes interiors als metges i els altres professionals que en tenen cura.

En el moment actual, en la branca hospitalària del Consorci Sanitari de Mataró es manté la Unitat d'Atenció Sanitària a la Immigració. De fet, l'evolució de la Unitat com a programa especial del Centre dona una resposta àmplia a les previsions que s'inclouen dins dels objectius i les intervencions del Pla de Salut de Catalunya (1993-1995), que pel que fa als problemes de salut dels immigrants ocupa el quinzè lloc d'entre les que corresponen a la Regió Sanitària del Barcelonès nord i el Maresme. Les línies d'actuació que el Pla de Salut proposa són:

- Millorar la identificació i caracterització d'aquesta població en el territori.
- Promoure la formació continuada dels professionals per tal de millorar la capacitat de resolució dels problemes de salut específics dels col·lectius d'immigrants.
- Impulsar la coordinació entre els centres, els nivells i els serveis assistencials, i també la coordinació amb d'altres institucions i organitzacions no governamentals, a fi de valorar la integració social i cultural d'aquests col·lectius.
- Incorporar els aspectes específics dels col·lectius d'immigrants en totes les activitats d'atenció i promoure mesures concretes pel que fa al tracte i a l'accessibilitat.

Passats els anys de novetat, amb un elevat nivell de sensibilitat davant d'aquesta problemàtica, la Unitat se situa en una fase de *normalitat*, havent superat amb escreix els objectius operacionals del Pla de Salut. La distribució de les seves activitats recents i actuals es pot resumir com segueix.

■ Atenció mèdica

Atenció urgent

De la mateixa manera que la població en general utilitza el Servei d'Urgències (SU) dels hospitals del Consorci Sanitari de Mataró com a lloc de consulta sobre problemes de salut de manera indiscriminada, també la població immigrant, sobretot la que no està inclosa en la xarxa assistencial, acut al SU de manera freqüent.

En aquest servei se'n fa un destriament i quan es considera necessari que el malalt segueixi un estudi o un control, en el cas que no disposi de cobertura sanitària, o que faci menys d'un any que està al país, o que convingui mèdicament, se'l remet a consultes externes. En la resta de casos, se l'adreça al metge d'atenció primària (AP). Així són ateses unes dues mil consultes l'any.

Consultes externes

Atenció a persones adultes

Es disposa d'un consultori específic tres dies la setmana. Hi acuden malalts remesos des del SU i des de l'AP, alguns des de Serveis Socials o des del Centre d'Atenció a la Dona i la Parella, i malalts donats d'alta d'hospitalització —en casos comptats, d'altres hospitals, especialment de l'Hospital Clínic de Barcelona—, quan el malalt és de la zona del Barcelonès nord i el Maresme. També hi han

estat adreçats malalts d'altres comarques de Catalunya, ja que la població immigrant sol canviar sovint de lloc de residència per motius laborals.

Els malalts són remesos a la xarxa d'AP un cop resolt el problema principal i tan sols es controlen quan no disposen de cobertura sanitària.

Hi ha un protocol bàsic d'exploracions i una llista de fàrmacs que la institució subministra en cas de malalties transmissibles i parasitàries, i en casos molt especials en què és imprescindible el tractament i es detecta la impossibilitat d'adquirir-los.

També hi ha un circuit que facilita les exploracions complementàries amb els serveis de radiodiagnòstic i de laboratori. Hi ha enregistrades les característiques més rellevants de les històries clíniques obertes a les persones adultes ateses a la Unitat. Donada l'experiència sobre geografia mèdica de què es disposa a la Unitat, també s'atenen consultes de medicina preventiva de viatgers a països tropicals.

Pediatría

Es disposa d'un consultori específic, un dia la setmana, on es fa el seguiment dels malalts hospitalitzats, dels malalts remesos d'urgències, dels malalts derivats d'obstetrícia i ginecologia, especialment amb relació al període de lactància, i dels malalts derivats dels Serveis Socials o dels pediatres de Mataró i d'altres municipis de la comarca. Es tenen enregistrades les característiques principals de les històries clíniques obertes als infants atesos. Hi ha un protocol d'actuació, es faciliten al màxim els exàmens complementaris i es proporcionen els fàrmacs per a malalties cròniques o especialment costoses de curar. També es porta a terme una revisió neonatal de la drepanocitosi.

Hospitalització

En els casos d'ingrés hospitalari —aproximadament 100 ingressos l'any, de totes les edats— els malalts són atesos pels equips clínics dels serveis respectius: medicina, cirurgia, traumatologia, pediatria, i obstetrícia i ginecologia. Quan es considera necessari, la Unitat col·labora en el seguiment o l'assessorament de problemes específics. Quan són donats d'alta, alguns malalts són controlats per la Unitat.

■ Relació amb instàncies diverses

Instàncies sanitàries

El Centre d'Atenció a la Dona i la Parella del Consorci Sanitari de Mataró. Està en funcionament fa més de 12 anys i atén força consultes. Des d'aquest centre són remesos a les Consultes Externes pacients que requereixen revisió d'altres processos. També hi són remesos des d'altres poblacions on funciona el Programa d'Atenció a la Dona.

El Servei de Salut Comunitària. Aquest Servei ha col·laborat sobretot pel que fa a les orientacions i la informació sobre hàbits alimentaris.

Els centres d'atenció primària del Maresme. A través de consultes telefòniques de metges o atenent directament malalts remesos per al filtratge de malalties importades, o per a l'orientació sobre mesures de prevenció en cas de viatges d'immigrants als seus països d'origen, o de viatges de persones del nostre país a l'estranger per motiu de vacances o de lleure.

La Unitat de Malalties Importades del Centre de Diagnòstic de les Drassanes de Barcelona. Coordinació assistencial i col·laboració en la protocolització diagnòstica i en les pautes terapèutiques. Durant uns anys, el

Dr. J. L. Bada Aínsa fou col·laborador docent i consultor de la Unitat.

La Secció de Malalties Tropicals de l'Hospital Clínic de Barcelona. Col·laboració i coordinació assistencial. Està dirigida pel Dr. M. Corachán.

Altres instàncies

La Comissió de Minories Ètniques de la Ciutat de Mataró. Creada l'any 1995, és presidida per la regidora de Sanitat i Serveis Socials de l'Ajuntament i hi participen representants de totes les entitats associatives dels immigrants, l'Associació Cultural Gitana, algunes ONG, els sindicats, la Federació d'Associacions de Veïns, el Centre d'Acolliment per a Africans Sant Pau i la Unitat d'Atenció a Immigrants del Consorci Sanitari de Mataró.

El Centre d'Acolliment per a Africans Sant Pau. Fa més de 10 anys que està en funcionament i fou a través seu que s'iniciaren les primeres actuacions d'informació i de prevenció per al col·lectiu fora de l'Hospital. (Vegeu *El Centre d'Acolliment per a Africans Sant Pau de Mataró*, «Taleia», 40.)

Les associacions d'immigrants. Per tractar de temes específicament sanitaris s'ha mantingut relació, durant els set o vuit darrers anys, amb representants de les associacions Jamakafo, Mussukafo, Associació de Famílies Mixtes i Associació de Senegalesos, tant de Mataró com de Premià de Mar, sensibilitzats per l'aspecte sanitari, així com amb persones magribines a títol individual, ja que no existeix cap associació d'immigrants nord-africans a la comarca del Maresme. S'han establert reunions periòdiques i s'han organitzat sessions informatives per als diferents col·lectius.

El Consell Municipal de Benestar Social de Barcelona, Subgrup de Salut. A instàncies d'aquest Consell, la Unitat d'Atenció Sanitària a la Immigració ha participat, entre 1990 i 1994, en l'assessoria d'elaboració de programes

de prevenció, especialment en les orientacions sobre les malalties de transmissió sexual (MTS) i sobre aspectes de salut maternoinfantil. En el camp de les realitzacions, la participació en el disseny d'un audiovisual informatiu sobre MTS (el vídeo *Mon cher frère*) destinat a facilitar informació als col·lectius complementària a les xerrades.

■ Docència i recerca

Docència

S'ha participat en la docència de cursos de doctorat de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), en cursos de formació de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), en un Màster d'Antropologia Social, de la UAB, i en l'Escola d'Estiu de Treball Social, de l'Institut Catòlic d'Estudis Socials (ICESB) i de la Diputació de Barcelona.

Participació en fòrums i jornades

S'han presentat ponències a diversos fòrums sobre problemes d'immigració:

- A les «Jornadas del Grupo Latino para el Estudio de los Problemas Médicos y Socioculturales de la Inmigración» (Barcelona, 1991 i 1994).
- Al seminari «Immigració no Comunitària en el Sud d'Europa», de l'Institut Català d'Estudis Mediterranis (Barcelona, 1991).
- A les jornades «Polítiques Socials i Immigració a Europa» (Barcelona, 1993).
- Al Congrés de Cultura del Maresme, dins el tema «Interculturalitat i Educació» (1994).
- A la Conferència de les Ciutats de la Mediterrània, grup d'Immigració i Salut (Barcelona, 1995).

Organització de cursos

Des de la Unitat d'Atenció Sanitària a la Immigració s'han organitzat i impartit diversos cursos a professionals d'atenció primària:

– Cursos d'immigració i salut del Consorci Sanitari de Mataró. Adreçats a metges de família per millorar les competències i els coneixements de les connotacions socioculturals i sanitàries dels col·lectius d'immigrants, en la línia de recomanacions del Pla de Salut. Se n'han realitzat dues edicions: la primera, a Mataró, a l'Àrea Bàsica de Salut Cirera-Molins del PASS (novembre de 1993) i la segona a l'Hospital de Calella (abril de 1995). Està en preparació un tercer curs a Girona, un altre a Barcelona, a través de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, i encara un altre més, previst per a 1997, a Mataró.

– S'han realitzat múltiples sessions en el context d'altres cursos de formació continuada organitzats per altres hospitals i per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques.

També s'han organitzat i impartit cursos i xerrades adreçats als col·lectius d'immigrants. Cal remarcar de manera especial el curs de formació d'agents sanitaris (1992) i els «Diumenges de salut» a Premià de Mar i Mataró (1993). A més d'actuacions diverses en reunions de les associacions, xerrades a familiars i mares d'infants ingressats al servei de pediatria, així com intervencions puntuals en els mitjans de comunicació.

Actualment, l'equip està organitzant un programa de formació alimentària, amb el suport de la Fundació Serveis de Cultura Popular, el PASS, l'Ajuntament de Mataró i la Diputació de Barcelona.

Recerca

Tant en el camp de les persones adultes com en el de la pediatria la Unitat ha dut a terme estudis de recerca mè-

dica, que han estat publicats en revistes especialitzades. Actualment hi ha altres estudis en curs. A més, la Unitat forma part del Grupo Español para el Estudio de VIH-2 (coordinat per l'Instituto Carlos III, de Madrid) i del Grupo de Trabajo de Enfermedades Importadas, de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

■ Aspectes de la sexualitat i de la planificació familiar

Cada un dels camps d'orientació i de tractament requereix conèixer i tenir en compte les referències culturals, i més en el cas de la persona immigrant. Un d'aquests camps és el de la sexualitat, que afecta tant els comportaments que estan relacionats amb la planificació familiar, com els processos de la gestació i del part.

Sembla especialment interessant de resumir aquí un treball de l'Organització Mundial de la Salut titulat *Actituds dels migrants en matèria de planificació familiar* (Dinamarca, 1986), elaborat a partir d'un treball amb dones magribines immigrants a Bèlgica, a fi d'avançar en aquesta comprensió.

Els comportaments en matèria de planificació familiar estan influenciats per factors molt diversos:

- Econòmics, tant pel que fa als models de producció (agrícola, industrial) com a la funció econòmica de la família.
- Socials, relatius al rol social de la família, a l'estatus de la dona i de l'infant, a les prescripcions religioses, a la liberalització de la contracepció i l'avortament, etc.

- Sanitaris, entre els quals el grau de mortalitat infantil.
- Individuals, com poden ser el projecte de vida personal i familiar, el joc de poder a l'interior de la parella, etc.

La immigració accentua i modula aquests factors —la dona, la sexualitat i la procreació— en tant que els col·lectius d'immigrants es veuen confrontats a dues representacions socials de la família, sovint ben diferents, sobretot tenint en compte els contrastos entre les societats d'origen, generalment rurals, i les d'acollida, industrials i urbanes.

En els col·lectius d'immigrants es dona un aiguabarreig de valors, normes i desigs a l'interior de la tensió que provoquen la influència del món occidental, d'una banda, i el pes de la tradició i dels vincles amb la cultura d'origen, de l'altra, davant del qual s'ha de prendre una opció. La immigració és alhora una oportunitat d'aprenentatge individual —adopció de nous comportaments i valors—, una experiència econòmica —d'estalvi, de previsió— i un procés de socialització.

■ La situació de les dones immigrants

Pel que fa a les dones, la seva nova situació en la societat d'acollida els capgira la imatge tradicional, lligada a la maternitat, i l'obre a nous rols. Això explica les modificacions de la fecunditat: el nombre de fills desitjats per les dones immigrants de la segona generació és inferior als desitjats pels seus pares i mares.

Els factors que hi intervenen són diversos: l'edat de les dones, el temps que fa que viuen al país d'acollida, la durada de l'escolaritat, l'origen rural o urbà de la família, la situació econòmica, l'estructura interna familiar i la posició que hi té el marit, la importància atribuïda al sexe dels fills, la possibilitat de contacte de les dones amb la societat d'acollida a través del treball, dels serveis de salut, de l'escola dels fills, d'associacions o grups de dones, etc.

Tanmateix, també als països d'origen els models familiars sofreixen canvis qualitatiu profunds, sobretot a les ciutats. Les noves generacions que arriben solen anar més enllà de les anteriors, les quals, d'altra banda, tendeixen a refermar reactivament els comportaments tradicionals.

Cal tenir en compte que la transició d'un model a un altre no es dona sense dificultats ni angúnies i que comporta situacions depressives. Sol anar acompanyada de sentiments de transgressió amb relació a la tradició: la referència a la mare acostuma a planar sobre el seu inconscient, accentuada pel sentiment d'íntima soledat quan la mare roman al país d'origen.

Aquesta transició comporta un capgirament de les relacions de poder dins la parella, sovint traumàtic. Qui decideix planificar els naixements, la muller o el marit? La contracepció és sovint percebuda per les dones com una opció personal, dictada per la necessitat econòmica, pel desig de modificar el curs «natural» de la seva existència. A vegades equival a un refús de la seva situació d'immigrant: és massa dolorós posar fills al món en un medi estranger i hostil.

D'altra banda, l'educació sexual rebuda és insuficient, fragmentària i fins distorsionada: als arguments racionals sovint oposa qüestionaments culturals i morals. El recurs a la religió és utilitzat regressivament per la necessitat de retrobar una coherència perduda.

La majoria de les adolescents immigrants han rebut a l'escola una informació sobre la sexualitat i la reproducció diferent de la de les seves mares, per més que a les escoles encara manqui una veritable educació sexual. El diàleg entre aquestes dues generacions de dones esdevé molt difícil: les filles se senten terriblement incompreses, aïllades. Tenen necessitat de llocs on puguin expressar-se, on puguin aclarir quins són els seus desigs, compartir experiències i neguits, aprendre a suportar situacions doloroses.

Les dones experimenten en el seu propi cos —l'únic llenguatge de què disposen— els conflictes que es donen en-

tre les diferents tendències contradictòries. Pateixen l'angoixa, el sentiment de culpabilitat, la por de ser excloses de la comunitat. Cada dona, cada parella, viuen aquestes dificultats a la seva manera, en funció d'una trajectòria personal a l'interior d'una història familiar.

<i>Antecedents i dades</i>	
<i>sobre la immigració africana a Mataró</i>	5
Dades estadístiques sobre la població immigrada i els països de procedència	6
Una població majoritàriament masculina	7
Una població jove	7
Altres dades: unitats familiars i nivells d'instrucció	7
<i>La Unitat d'Atenció Sanitària per a Immigrants Africans</i>	9
La Unitat i el Programa d'atenció sanitària a la immigració	9
Objectius, línies d'actuació i evolució	10
1978-1881. Una realitat sanitària nova	11
1982-1989. L'estructuració de la Unitat	12
1990-1996. Actuacions d'informació i de formació	14
<i>Aspectes de l'atenció pediàtrica</i>	23
L'atenció a la gestació i als lactants	24
Principals problemes de salut	25
<i>Consideracions des de l'antropologia de la medicina</i>	27
La immigració, factor de canvi social i cultural	28
L'immigrant, una cruïlla cultural entre dos mons	29
Entre dues cultures de la salut	30
Els processos assistencials com a itineraris terapèutics	31
<i>Consideracions finals sobre les malalties importades i la medicina de la immigració</i>	33
Dificultats derivades de l'entrevista mèdica o sociosanitària	34

Dificultats en el procés de diagnòstic	35
Dificultats en el tractament i el control	36
Dificultats en el control epidemiològic	37
Dificultats derivades del nucli familiar i de les segones generacions	37
Dificultats sorgides de la mateixa estructura sanitària	38
Una primera avaluació de les actuacions	38
Cap a una medicina de la immigració	39
<i>Situació actual del Programa</i>	41
Atenció mèdica	42
Relació amb instàncies diverses	44
Docència i recerca	46
<i>Apèndix</i>	49
Aspectes de la sexualitat i de la planificació familiar	49
La situació de les dones immigrants	50

1. TRAJECTE LABOR (exhaurit)

És una cooperativa d'educadors especialitzats que pretén la reestructuració de la personalitat dels joves, a través de la convivència i la participació social.

2. CENTRE DE FORMACIÓ I PREVENCIÓ DE MATARÓ

Actua en el camp de la prevenció i la reinserció social de joves inadaptats. Opta per acollir activament la demanda concreta de cada noi i noia que s'hi adrecen.

3. MOVI D'A

Moviment d'aturats del barri de la Mina, de Sant Adrià de Besòs. És una associació que té per objectiu l'ocupació juvenil. Pretén la integració dels joves al món laboral i a la societat on viuen.

4. LA VOLA

És una entitat que treballa en el camp de l'educació ambiental. Pretén que la societat, i en especial l'escola, participi activament en la solució dels problemes del medi ambient.

5. FUSTALL

És una associació que treballa en la formació i en la inserció social de nois amb problemes de fracàs escolar, en atur, propers al món de la delinqüència i la drogodependència.

6. MOVIBAIX

És un moviment educatiu en el temps lliure infantil i juvenil del Baix Llobregat. Ofereix serveis als centres d'esplai i als ajuntaments de la comarca amb un caràcter de servei públic.

7. EDUCACIÓ D'ADULTS A LA PERONA

Una experiència compromesa en la transformació de les deplorables condicions de vida de la comunitat gitana de la Perona, un barri de barraques desaparegut a Barcelona.

8. AULA-TALLER CRUÏLLA

És un servei que s'adreça a nois i noies dels barris barcelonins de Ciutat Me-

ridiana, Torre Baró i Vallbona que han deixat l'escola i no treballen.

9. CEPA (Centre d'Ecologia i Projectes Alternatius) (exhaurit)
Associació ecologista, científica i independent, que es proposa dotar d'una cobertura tècnica els grups de base i els moviments populars que promouen la defensa del medi i la qualitat de vida.

10. ESCOLA D'ADULTS LA VERNEDA-SANT MARTÍ

És un centre educatiu amb un projecte pedagògic i social definit: públic, pluralista i participatiu, integrat en el barri. Actua en la línia del que s'anomena desenvolupament comunitari.

11. CASAL DELS INFANTS DEL RAVAL

És un servei que té com a objectiu proporcionar als nens i nenes del barri del Raval de Barcelona l'esbarjo, l'educació i d'altres condicions de vida de què estan mancats però als quals tenen dret.

12. EXPERIÈNCIES D'ALFABETITZACIÓ

Tres col·lectius d'alfabetització —d'Osona, Castelldefels i la Mina— posen en comú les seves experiències i hi reflexionen conjuntament.

13. CLUB INFANTIL JUVENIL BELLVITGE

És una entitat pionera en l'educació en el lleure en el nostre país que presta un servei a la societat, des del barri de Bellvitge, a través de l'educació en l'esplai i el temps lliure.

14. TALLER ELS TRES TURONS

És una associació del barri del Carmel de Barcelona que treballa per a la rehabilitació i reinserció laboral i comunitària de persones amb trastorns psíquics.

15. TRINIJOVE

Una experiència de desenvolupament local a través de la promoció ocupacional, la inserció laboral, la informació i el lleure creatiu.

16. L'ESCOLA DEL BAIX

És una escola de formació de monitors i un centre d'investigació i documentació sobre l'educació en el lleure infantil i juvenil, a la comarca del Baix Llobregat.

17. CP'AC

Centre de Promoció i Gestió d'Iniciatives d'Autoocupació Juvenil de Catalunya. És un equip de joves professionals dedicats a l'assessorament en la creació de petites empreses i a la formació d'empresadors.

18. ESCOLA DE L'ESPLAI

Ofereix cursos d'animació sociocultural i d'educació en el lleure, social i ambiental, contemplant alhora les dimensions humana i transcendent.

19. CASAL INFANTIL I JUVENIL DE MARIANAO

Des que, l'any 1985, el moviment de joves del barri de Marianao (Sant Boi de Llobregat) va ocupar un edifici il·legal a tall de *squatters* fins avui, el CIJM ha desplegat una intensa activitat social.

20. UN MODEL D'ESCOLA DINTRE DE LA PRESÓ

L'experiència de cinc anys de treball docent a l'escola de la presó de dones «Concepció Arenal» i a la presó d'homes «Salvador Dalí». Una tasca educativa ben poc coneguda i en un context marcat per una dura problemàtica social.

21. CASAL DE CULTURA DE SANTA COLOMA DE GRAMENET

L'any 1976 un grup de persones sensibilitzades del barri de Santa Rosa va organitzar-se per impulsar un moviment de cultura popular compromès en la transformació de la societat des de la base.

22. EL SERVEI COLÒNIES DE VACANCES

És una entitat amb més de 25 anys d'història, amb vocació envers els infants, l'educació i la cultura. Actualment ofereix serveis de suport i d'infraestructura, fonamentalment cases de colònies.

23. ESCOLA D'ADULTS CONCÒRDIA

L'any 1975 sorgiren arreu de Catalunya diferents nuclis d'escoles d'adults lligades a moviments populars i d'ense-

nyants: un d'ells era el de Sabadell. El curs 1989-1990 diverses escoles s'unificaren en el Centre d'Adults Concòrdia.

24. ÀREA CULTURAL ORIOL

En el barri del Riu Nord, a Santa Coloma de Gramenet, un grup de persones desplega, des de l'any 1980, una tasca social, cultural i humanista adreçada a un col·lectiu que comprèn des dels infants i el jovent fins a la tercera edat.

25. MOVIMENT DE CENTRES D'ESPLAI CRISTIANS

Una realitat eclesial que està caracteritzada pel fet de proposar un projecte educatiu en el temps lliure a través d'una institució educativa com és el centre d'esplai.

26. EL SAFAREIG. GRUP DE DONES FEMINISTES DE CERDANYOLA

És un grup plural, amb dones de diferents orígens i concepcions. El fet de ser un grup «de poble» possibilita d'incidir en la realitat del municipi i de participar activament en la creació de serveis i activitats per a les dones.

27. FORMACIÓ PROFESSIONAL I PRÀCTIQUES A L'EMPRESA A CATALUNYA

La reactivació econòmica a partir de la primera meitat dels anys vuitanta va fer emergir un nou model de transició al treball, que valora la formació de base i les capacitats de polivalència i d'iniciativa.

28. ESCOLA D'ACCIÓ ESPECIAL F. GARCÍA LORCA

L'experiència va començar el curs 1980-1981, al barri de Sant Roc, a Badalona. Va sorgir per acollir els nens i nenes —principalment de famílies gitanes— que, a causa de la seva marginació, no havien estat escolaritzats.

29. MINYONS ESCOLTES I GUIES SANT JORDI DE CATALUNYA

Engloba un total d'11.000 nois i noies d'uns 150 agrupaments, pertany a l'Escollisme i Guiatge Catòlic i segueix els principis i el mètode fundat per Lord Baden-Powell, adequat a l'actualitat i adaptat a la realitat social i nacional de Catalunya.

30. **FUNDACIÓ SANT PERE CLAVER**
Des de la seva creació l'any 1987, la seva tasca assistencial envers les persones desvalgudes s'ha desplegat de forma sorprenent: el Grup Menjadors d'Infants, el Centre Obert Arrels, el Servei d'Acollida Els Quatre Vents.

31. **COLLECTIU DE CULTURA POPULAR DE SANT VICENÇ DELS HORTS**

Sorgeix l'any 1982 d'un grup de professionals de l'ensenyament, animadors de grups de joves i gent amb inquietuds envers el món juvenil.

32. **CAN ENSENYA S.A.L.**

És el resultat d'un procés iniciat l'any 1977 a Nou Barris (Barcelona) per una Cooperativa-Taller que treballava amb criteris terapèutics en un col·lectiu de minusvàlids.

33. **CENTRE ESCLAT-BELLVITGE**

El 1978, del col·legi d'Enric d'Ossó de Bellvitge sorgeix la iniciativa de crear un Centre d'Esplai. Després, es crea l'Aula Taller, una resposta concreta als nois i noies de 14 a 16 anys que el sistema educatiu ha deixat al marge.

34. **CASAL L'AMIC DE CAMPCLAR**

Campclar és un dels barris tarragonins amb problemàtiques socials més greus. Des de 1983, un grup de joves inicia una tasca educativa que desemboca, l'any 1988, en la creació del Casal l'Amic.

35. **PROGRAMA SOCIAL DEL COL·LEGI SANT IGNASI**

Es basa en el voluntariat social i la sensibilització envers la marginació. Des de l'escola es pretén que l'alumnat realitzi un procés de conscienciació que porti a un compromís de vida al servei dels altres i en favor de la justícia.

36. **ADSI (Associació de Serveis d'Iniciativa Social)**

És una entitat que promou i realitza serveis i activitats de caire social. D'entre els seus projectes hi ha els Tallers d'Iniciació Professional, el Centre Obert «Parraula» i Xarvol, xarxa de voluntariat.

37. **GRANJA-ESCOLA SINÀÍ**

Un projecte per a joves que no poden integrar-se ni a Formació Professional ni

al món laboral. «Per a adolescents que l'escola no entén: una escola diferent».

38. **COLLECTIU RONDA**

Despatx d'advocats creat l'any 1972. Actualment segueixen en la tasca sobre les bases ideològiques d'unitat, independència, democràcia de base i anticapitalisme, des d'un model autogestionari; així de clar.

39. **LA SAMBA KUBALLY**

És l'Escola Africana d'Adults de Santa Coloma de Farners. Està compromesa en la recerca d'un model d'intervenció en matèria de formació de treballadors estrangers extracomunitaris.

40. **EL CENTRE D'ACOLLIMENT PER A AFRICANS SANT PAU DE MATARÓ**

Neix l'any 1983 a partir d'una interpel·lació que es fa la comunitat parroquial: què podem fer en favor dels africans que viuen a la zona? La resposta és un conjunt d'activitats i serveis de tot tipus.

41. **ATENEU POPULAR SANT ROC**

Des de la seva fundació l'any 1987, és un nucli dinamitzador d'aquest barri badaloní. Els seus objectius s'actualitzen de curs en curs a fi de respondre a les necessitats i als reptes.

42. **SETEM**

És una ONG de cooperació internacional, però no es dedica a la recaptació de fons ni al finançament de projectes de desenvolupament al Tercer Món. El seu capital són els seus voluntaris, formats i capacitats per a «col·laborar i aprendre».

43. **GRUP DE SOLIDARITAT AKWABA**

És una entitat nascuda l'any 1992 de l'Agupament Escolta Arrels al barri de Collblanc-Torrassa, de la ciutat de l'Hospitalet. Formada per joves, adults i gent gran, col·labora i organitza campanyes humanitàries i accions puntuals dirigides a la gent més necessitada de l'Hospitalet i del Tercer Món.

44. **ASSOCIACIÓ D'ESPECTACLES INFANTILS I JUVENILS ALS BARRIS LA RODA**

Moviment format per nombroses entitats infantils, juvenils i culturals de prop de quaranta barris i poblacions de Catalu-

nya. Programa espectacles per a infants als barris durant el curs escolar, un cop al mes. Organitza, també, tallers de reciclatge adreçats als joves i als monitors que estan en contacte amb els infants i s'ocupen de la seva educació en l'àmbit no formal. Una vegada l'any, fa la «Tamborinada».

45. FUNDACIÓ ENGRUNES

Entitat d'Esplugues de Llobregat que treballa al costat dels marginats amb l'objectiu de fer camí conjuntament amb ells i de lluitar contra la injustícia social, actuant des de dues perspectives: el treball com a instrument vertebrador i normalitzador, i el creixement personal com a via per esdevenir lliures, feliços i autònoms.

46. L'ATENCIÓ SANITÀRIA ALS IMMIGRANTS. L'EXPERIÈNCIA DEL CONSORCI SANITARI DE MATARÓ

El Consorci Sanitari de Mataró ha afrontat el repte d'oferir atenció sanitària als immigrants africans, des de l'actitud de reconèixer el fet de la diversitat cultural i ètnica, i de combatre els tòpics imperants sobre la medicina de la immigració.

Subscripcions i comandes:

FUNDACIÓ SERVEIS
DE CULTURA POPULAR
Provença, 324, 3^r
08037 Barcelona
Telèfon (93) 458 30 04
Fax (93) 458 87 10

Impress sobre paper ecològic

Experiències de Pedagogia Social

Amb la col·lecció d'opuscles «Taleia» la Fundació Serveis de Cultura Popular pretén fer conèixer les nombroses i variades experiències de pedagogia social que es realitzen al nostre país, sovint poc conegudes i reconegudes.

No és en va que la col·lecció porta el nom de «Taleia»: per crear-les i dur-les a la pràctica calen grans dosis d'imaginació, de constància i de solidaritat.

Esperem que aquestes publicacions fomentin l'intercanvi i impulsin noves iniciatives.

L'atenció sanitària als immigrants

D'ençà de 1977 diversos col·lectius de població immigrant africana que s'havien anat establint a Mataró i al Maresme comencen a acudir als serveis de l'Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena. L'Hospital, que actualment forma part del Consorci Sanitari de Mataró, es va plantejar, des del primer moment, l'assistència sanitària d'aquesta població i, ben aviat, la conveniència d'estructurar-la de manera diferenciada, posant atenció a esquivar el doble perill de negligir els factors culturals o ètnics, i de caure en els estereotips que consideren la medicina de la immigració com una medicina de paràsits i de virus rars. Es tracta d'una medicina d'homes i dones i joves i infants que es diferencien de nosaltres en la manera d'expressar i sentir el sofriment i els problemes, en la manera de concebre la vida, la malaltia, el dolor i la mort.