

LA INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA CON INMIGRANTES. UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

M^a Carmen Pereira Domínguez*

Margarita R. Pino Juste*

Universidad de Vigo

RESUMEN

Este artículo es fruto de un trabajo interdisciplinar entre el profesorado universitario del ámbito pedagógico y el personal sanitario de los centros de salud en la zona sur de Galicia. Se realizó una planificación educativa con el objeto de conocer el estado de salud y favorecer las vías de acceso al sistema sanitario y educativo de la población inmigrante.

En el texto se explicitan tanto los planteamientos teóricos, de los cuales partimos, como los aspectos más importantes del programa de intervención pedagógica desarrollado en educación para la salud.

La población estaba compuesta en su mayoría por personas de origen sudamericano y en menor medida por marroquíes, senegaleses y un reducido colectivo femenino procedente de los Países del Este que ejercen en estas zonas y alrededores como profesionales del sexo.

Palabras clave: Educación para la salud, intervención pedagógica, inmigrantes, calidad de vida, interculturalidad.

ABSTRACT

This article is the result of a cross-curricular work among university teachers of the pedagogical field and health workers of the health centres in the south of Galicia. An educational planning was developed in order to know the health situation of immigrants and provide them with ways of access to the health and educational systems.

In this text, we explain both, the theoretical approaches from which we start, and the most important aspects of the program of pedagogical intervention developed for health education.

The population was formed mostly by people from South America, some from Morocco, Senegal, and a reduced group of women coming from countries of Eastern Europe who work as prostitutes in these zones their surroundings.

Keywords: Health education, pedagogical intervention, immigrants, life quality, interculturality.

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El programa de intervención educativa, que vamos a presentar de forma explícita, surgió como un medio de ayuda a los profesionales sanitarios, en especial los pediatras, los médicos de familia y el personal de enfermería, de los centros de salud de la Comarca del Baixo Miño, en la Comunidad Autónoma Gallega.

En primer lugar nuestro trabajo se centró en conocer y comprender los síntomas, la evolución de la enfermedad y los comportamientos de los pacientes inmigrantes, y en segundo lugar en facilitar

* Departamento de Didáctica y Organización Escolar

la asunción por parte de los enfermos de las pautas terapéuticas prescritas con vistas a optimizar sus estilos de vida.

Los pacientes son, fundamentalmente, niños y mujeres jóvenes inmigrantes, a excepción de tres casos pertenecientes al colectivo de personas mayores que están jubiladas en esta zona geográfica. Los niños, de edades comprendidas entre los primeros meses de vida y los 14 años, son atendidos por los pediatras, mientras que el resto de la población acuden a los médicos de familia. Si se tiene en cuenta que las parejas de inmigrantes que viven en esta Comarca son personas jóvenes, el índice de natalidad es bastante alto y suelen poseer al menos uno o dos hijos por pareja. Además, hemos de precisar que el reagrupamiento familiar se ha producido en el 90 % de los casos (CITE, 2002a y 2002b).

A continuación, expondremos un breve análisis del marco conceptual que justifica el programa de intervención educativa planificado y desarrollado.

2. PERTINENCIA DEL TEMA Y FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA

Resulta significativo que los estados receptores de inmigrantes con los que cubren determinadas necesidades laborales y sociales se sitúan principalmente en los países del norte del planeta. En los últimos treinta años estos países han acogido alrededor de 35 millones de personas pertenecientes a este colectivo. Por el contrario, existen cerca de 34 millones de refugiados y desplazados por razones de violencia política que se hallan en los países del Sur y Este de Europa. A éstos últimos, a pesar de sus manifiestas intenciones, les resulta difícil desconectar de la precariedad y la pobreza (ACNUR, 1996; Naïr y De Lucas, 1997: 19-32). Las personas que participan en nuestro programa de intervención pedagógica pertenecen claramente al primer ámbito. Han emigrado fundamentalmente por motivos económicos y buscan en nuestro entorno una calidad de vida inexistente en su zona de origen.

El inmigrante tipo que llega a nuestro país es una persona joven y sana que busca un medio de trabajo y, debido a la gran afluencia de estas gentes se ha conseguido revertir la tendencia del envejecimiento de nuestra población influenciado por el incremento del índice de natalidad aportado por este colectivo (Lora-Tamayo, 2003: 29-32). Sin embargo, además de las diferencias étnicas, lingüísticas, culturales y religiosas, los inmigrantes comparten, en general, (y a su vez con una mayoría de personas autóctonas con las que conviven) una situación social, laboral y económica precaria. Esto los convierte en un sector vulnerable a una serie de problemas vinculados a la educación, la sanidad, el trabajo y los problemas derivados de las desigualdades con respecto a las condiciones de vida.

Aunque, si nos referimos al indicativo *salud*, no es posible hablar de un solo tipo de inmigración. Comprobamos los distintos aspectos de un colectivo con características bien diversificadas. Este es un dato importante para nuestra reflexión porque determina las peculiaridades del colectivo que nos vamos a encontrar y las necesidades sanitarias que presentan y que prefijarán los objetivos y la metodología del programa de intervención.

Para comprender la situación que nos rodea y, casi de modo fugaz, haremos mención a un elenco representativo de inmigrantes. En primer lugar, está el grupo de personas jubiladas que reside en nuestro país procedente de los puntos más ricos de la Unión Europea. En su mayoría disfrutaban de seguros privados y acuden a consultorios y hospitales concertados.

Estas personas tienen las mismas enfermedades que la población autóctona de su edad, pero, en general, visitan con menos frecuencia la consulta médica. Este hecho quizás se deba al cumplimiento riguroso de las prescripciones médicas y a una menor dependencia de los servicios sociales, como consecuencia de una evidente calidad de vida. Además, detectamos que son personas que se estiman y son capaces de entablar relaciones sociales, sobre todo entre los miembros de su misma nacionalidad.

También se encuentran aquellos colectivos de inmigrantes con un desahogado nivel económico, como los procedentes de los países árabes, que han elegido esta tierra como segunda residencia por sus óptimas condiciones climatológicas, turísticas, económicas y de seguridad. Incluimos en este sector a los ejecutivos o técnicos especializados pertenecientes a las empresas multinacionales; por lo general, poseen su propio sistema sanitario y suelen establecer convenios con centros privados o concertados.

En otra línea está el grupo de personas cualificadas que no han podido desarrollar sus proyectos personales y profesionales en su zona de origen y deciden emigrar a otros países con el ánimo de hacerlos realidad. Para este sector, existen diversos modos de funcionamiento y utilización de los servicios sanitarios. En Galicia se da la figura del emigrante retornado, constituida por aquellas personas que cuentan con ascendientes gallegos y deciden regresar de nuevo para mejorar las condiciones de vida y disfrutar de aquellos ideales incumplidos en sus países a donde emigraron (Bartolomé, 2002; Oliveira, Rodríguez y Touriñán, 2003). Concretamente nos referimos a la colectividad argentina, también denominada *la quinta provincia gallega*. En la actualidad, esta agrupación se muestra exigente e inconformista con este sistema sanitario del que solicita una atención médica y ayuda económica inmediata. Esta actitud resulta quizá entendible si se piensa que poseen idénticos derechos que la población autóctona y máxime si éstos desconocen el funcionamiento administrativo del actual sistema sanitario.

Por último, nos detendremos en el grupo de personas inmigrantes que mayoritariamente accedió a nuestro programa de intervención, aunque la convocatoria se hizo abierta a todos ellos. Se trata de inmigrantes, de ambos sexos, con baja cualificación profesional que trabajan como autónomos en la venta ambulante o en pequeños comercios, y también en la construcción, si son hombres, o como profesionales del sexo, si son mujeres.

3. PROBLEMÁTICA SANITARIA DEL COLECTIVO INMIGRANTE

Para fijar los contenidos del programa de intervención era conveniente concretar las posibles enfermedades propias del colectivo inmigrante; aunque, a priori, pensábamos que serían bien distintas a las que normalmente sufre la sociedad de acogida. Sin embargo, los estudios consultados plasmaron otra realidad.

En efecto, autores como Sanz, Torres y Shumacher (2000) ofrecen diversas perspectivas asociadas a las enfermedades de los inmigrantes que vienen determinadas por las enfermedades propias de su país de origen, debido a las formas de vida, barreras socioculturales, condiciones laborales o funcionamiento adecuado de los servicios sanitarios, por citar algunas. En la misma línea se encuentra González-Tarrío, (2002:152) al señalar que los inmigrantes presentan enfermedades comunes, enfermedades importadas transmisibles, típicas de la población inmigrante y enfermedades tropicales propias de su zona natal, siendo éstas poco frecuentes. Por lo tanto, si bien es cierto que no sufren

más enfermedades que la población autóctona de su misma edad, constatamos que dadas sus condiciones de trabajo (tareas de gran esfuerzo físico y extremado riesgo, horarios excesivos, rotación laboral, malas condiciones higiénicas, etc) y si no se establecen los medios preventivos adecuados, es lógico que pronto afloren los problemas desencadenantes de estas situaciones, como la falta de atención hospitalaria, de recursos sanitarios y de sistemas de pensiones, por nombrar algunos.

Es evidente que en algunos países europeos el mayor riesgo de accidentes en el trabajo está entre los inmigrantes. Ello se explica a partir de varias razones. En primer lugar, y como ya se ha mencionado, por las condiciones en las que se trabaja. En efecto, las largas jornadas laborales extenuan al trabajador. Si a ello unimos el incumplimiento de las normas de seguridad e higiene en el ámbito profesional y la presión en el rendimiento y el tiempo, así como las fuertes cargas familiares y sociales (en ocasiones, afincados en sus países de origen), hacen que éstos afronten riesgos adicionales de enfermedades y accidentes, sobre todo a largo plazo (Almeida, 1985; Cruz Roja, 1992; Ugalde, 1997). De ahí que en el programa de intervención que proponemos se incluya como contenido fundamental la prevención de accidentes laborales en las empresas de construcción.

Todo ello hace que consideremos otro factor de interés, la propia salud mental del inmigrante (Rodríguez López, 1982). Es normal que ésta peligre si dicho colectivo se encuentra a gran distancia de su tierra natal, si experimenta crudas vivencias en soledad, si permanece exento de vínculos afectivos, si se sumerge en un país que desconoce su funcionamiento sociopolítico y cultural, si ignora las vías de acceso a las redes de apoyo y, a mayores, si no entiende el idioma. De ahí que en este programa se contemplen técnicas de autoestima, de asertividad, o de desarrollo de habilidades sociales con el fin de favorecer las relaciones interpersonales y la adaptación en el nuevo contexto social.

Por otra parte, si los inmigrantes se acompañan de sus familias, nos encontramos que la población infantil carece de un seguimiento de su salud en sus países de origen y en muchos casos el calendario de vacunaciones no se cumple, debido entre otras cuestiones a las continuas movilizaciones y traslados de localidad, a la falta de información o al desinterés sobre el tema. En este programa de intervención se ha puesto especial relevancia, en el trabajo con las madres inmigrantes, en inculcar la necesidad de seguir una pautas prefijadas en la planificación de las vacunaciones para prevenir las posibles enfermedades.

También se ha observado el escaso seguimiento médico de los embarazos y puerperio en este colectivo de mujeres. Por lo general, las tradiciones y costumbres culturales de sus zonas de procedencia imperan en este sentido y se afianzan si la gestante no manifiesta problemas de salud, hasta el punto de llegar a considerar innecesario dicho control. De esta veta formativa se ocupa concretamente la comadrona del centro de salud, mientras que las educadoras sociales se responsabilizaron de motivar y coordinar la asistencia de estas mujeres a los cursos semanales de una hora de duración (Pino, 2000; Pereira y Pino, 2003).

Señalamos que la atención sanitaria es contemplada por la Ley Orgánica 4/2000 en su artículo 12, en los cuatro supuestos destinados a la cobertura de la población extranjera, es decir, los inscritos en el padrón municipal, la asistencia sanitaria de urgencia, los menores de 18 años y las inmigrantes embarazadas. Como consecuencia, dicha asistencia no sólo ampara a los extranjeros regulares sino también a los irregulares que se encuentran en algunas de las condiciones citadas anteriormente.

Por otro lado, somos conscientes que el colectivo de inmigrantes no es homogéneo en lo que respecta a las necesidades de salud. Es obvio que en principio este colectivo no supone ningún

riesgo de salud para las personas del país de acogida, pero sin embargo, las condiciones higiénico-sanitarias en las que viven una vez aquí asentados sí pueden resultar un peligro para su organismo. Como ya se ha mencionado, muchas de las patologías sufridas por los inmigrantes se deben más a la deficiente situación sanitaria aquí padecida que a la traída de su país. De hecho, los inmigrantes suelen asentarse en barrios mal acondicionados y a menudo ocupan viviendas que no alcanzan las mínimas necesidades higiénicas (Cordobés, 2002: 33; López-Vélez, 2002). En este mismo sentido, Gargantilla (2003: 3) señala los siguientes determinantes de la salud de este sector:

- Estilo de vida: las condiciones de la vivienda (hacinamiento, inexistencia de luz o agua); la movilidad continua que provoca el incumplimiento de las vacunaciones; la alimentación deficitaria; los malos hábitos higiénicos saludables; el consumo de tabaco o alcohol; el estrés físico o emocional, etc.
- Precaria situación laboral o trabajos de alto riesgo con escasa higiene y seguridad.
- Reducidos ingresos económicos y máxime si deben costear el envío de sus ganancias a su país de origen.
- Situación de ilegalidad o falta de documentación y la consecuente explotación en el puesto de trabajo desempeñado.
- Situación social: racismo, xenofobia, exclusión, marginación.
- Dificultades educativas: comprensión del idioma, no convalidación de estudios, problemas generados por sus preceptos religiosos, culturales y morales.
- Desinformación sobre el funcionamiento y accesibilidad al sistema sanitario, dificultades de relación médico-paciente, incomprensión de las recomendaciones y prescripciones facultativas.
- Factores biológicos: genéticos, alimentarios, inmunitarios, antecedentes patológicos, salud sexual y reproductiva.

A partir de estos determinantes, para este programa de intervención contemplamos los siguientes presupuestos:

- Conocer a los inmigrantes que viven y trabajan en nuestro entorno y abrir procesos de sensibilización hacia la acogida y respeto de sus culturas, a través de asociaciones y centros educativos.
- Facilitar la accesibilidad al sistema sanitario informando sobre sus características y promoviendo la comunicación médico-paciente.
- Identificar, mediante un protocolo de actuación, los problemas más característicos sobre la salud de la población inmigrante, desde los colectivos de riesgo, esto es, mujeres y niños.
- Diseñar cursos sobre lengua española, tradiciones y cultura propia de nuestro entorno.
- Facilitar la integración laboral a través de la formación específica de centros de interés como la alimentación, higiene, economía doméstica, cuidados básicos para los menores, salud y seguridad en el trabajo, etc.

Nuestro reto no sólo se centraba en promover modos y estilos de vida saludables, sino también en favorecer la integración social del colectivo inmigrante por medio de la formación e inserción en el mercado laboral. Fundamentalmente, las mujeres, en el ámbito doméstico como empleadas de hogar y los hombres, en el sector de la construcción, en este caso, las medidas de higiene y

seguridad deben contemplarse con rigor. Por eso, como se constata en los contenidos del programa, se hizo especial hincapié en estas puntualizaciones.

4. CONDICIONANTES Y PRINCIPIOS EN LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Tras lo expuesto y ante la necesidad de diseñar un programa de educación para la salud con la población inmigrante, contemplamos los siguientes principios:

1.- *Respeto por su cultura y preceptos morales.* Insistimos en que la información transmitida debe ser sencilla, elemental y acorde a su código moral y ético.

De hecho, y a modo de ejemplos, en las diferentes culturas existen distintos modos de tratar al enfermo en función de sus creencias y valores (Aarab, 2003; Conde, 2003; López Pérez, 2003). Así, en el mundo islámico las visitas a estas personas deben ajustarse a un horario y un tiempo prudencial. También, en esta misma población apenas se ofrece explicación sobre la sexualidad u otros procesos vitales por tratarse de temas tabú.

2.- *Transmisión de la información y su divulgación.* Normalmente las políticas de servicios se conciben como homogéneas, extensibles con el mismo contenido y forma para todos y sin posibilidad de adaptación a los sectores concretos de población.

Para un mejor entendimiento del hecho, en lo que se refiere a la educación para la salud, constatamos que este planteamiento no sólo es inadecuado para la población inmigrante sino que tampoco lo es para los diversos grupos de población autóctona. Señalamos que existen colectivos dentro del mismo sistema que funcionan con distintos códigos culturales y que éstos influirán en la toma de decisiones, sobre todo en el ámbito rural. Por ejemplo, existe cierta población campesina gallega que acude de modo simultáneo al médico y al curandero, y desconocen que una cantidad de medicamentos prescritos por el profesional tienen repercusiones negativas sobre las hierbas medicinales recomendadas por los curanderos (Serrano y otros, 2003, 161-167).

En esta misma línea, en la población inmigrante se detectan estereotipos similares, por consiguiente es necesario poseer conocimiento de ellos para determinar los criterios y objetivos de un programa de intervención.

3.- *El entendimiento y comprensión a pesar de las dificultades idiomáticas.* Ante esta situación, en la mayoría de las ocasiones el personal médico solicita al paciente adulto la compañía de su hijo, preferible si está escolarizado, puesto que éste conoce mejor el idioma, como es el caso de los inmigrantes subsaharianos o árabes (Valencia, 2003).

Quizás debido a estas dificultades, o también al escaso hábito de acudir a estos centros asistenciales en sus países de origen, los estudios realizados hasta el momento señalan que los inmigrantes disfrutan con menor frecuencia de los servicios sanitarios en comparación con el resto de la población. De ahí que se establezcan diferencias con respecto a las características de los inmigrantes (Molero y otro, 2004). Así ocurre con aquellos inmigrantes que tienen un permiso de trabajo y residencia y, como consecuencia, tienen acceso directo a la seguridad social y también el de aquellos inmigrantes indocumentados que sólo acuden a estos servicios en situaciones urgentes o graves (Pumares, 1993; Ley Orgánica 4/2000).

Otra cuestión de interés es el desconocimiento, por parte de los inmigrantes, de los derechos que pueden adquirir y el consiguiente temor a que se descubra su situación irregular. Igualmente, señalamos la reticencia a acudir al servicio médico cuando éstos se encuentran enfermos, bien por desconfiar de la práctica médica, bien por desconocer las vías preventivas, o bien por negarse a costear las medicinas.

Si a todo lo expuesto se añaden las barreras lingüísticas y culturales ya mencionadas, percibiremos cómo se distorsiona sobremanera el entendimiento y la relación médico-paciente (De Muynck, 1997).

5. EJES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON COLECTIVOS DE INMIGRANTES

Consideramos que la intervención pedagógica con el colectivo de inmigrantes ha de contemplarse desde dos perspectivas: una, desde la información general centrada en el conocimiento del idioma, en la idiosincrasia del propio país receptor y en las actividades de inserción laboral; y otra, desde aspectos concretos de educación para la salud que canalicen la adquisición de hábitos saludables y mejoren su calidad de vida (Tourinán, 1997; Vázquez, 2001).

Teniendo en cuenta estas matizaciones proponemos los siguientes ejes pedagógicos asociados a la educación para la salud de los inmigrantes:

1.- *Información y apoyo*, de forma individualizada y grupal sobre aquellas cuestiones relacionadas con la regulación, la reagrupación familiar, la tramitación de visados o la convalidación de estudios.

2.- *Orientación y reinserción al mercado laboral*, por medio de cursos formativos accesibles que les permitan conocer las técnicas de búsqueda de empleo, la elaboración y presentación del currículum, los conocimientos y procedimientos básicos de higiene y seguridad laboral, el desarrollo de habilidades sociales, etc.

3.- *Educación familiar*, para mejorar la integración, para la prevención y detección de situaciones de desadaptación, para la planificación y desarrollo de la economía doméstica, etc.

4.- *Impartición de clases de lengua española*, adecuadas a la edad y a los intereses del colectivo concreto de inmigrantes.

5.- *Formación preventiva primaria* mediante estrategias educativas que favorezcan el acercamiento a nuestra realidad cultural y a una información básica que incremente sus hábitos de salud. Estas estrategias tanto pueden desarrollarse en los centros educativos, en las asociaciones culturales como desde otros organismos de interés mediante, seminarios, jornadas, encuentros, charlas, cursos, etc.

6.- *Creación de talleres* de autoestima, de asertividad, de desarrollo de habilidades sociales... que faciliten la integración social del inmigrante, en conexión con nuestras costumbres y valores.

La intervención educativa giró en torno a tres ámbitos: *la familia, la escuela y el centro de salud*. Para ello se articularon algunas estrategias de actuación, como la coordinación entre los diferentes profesionales que participaron en el programa (médicos, enfermeras, comadrona, trabajadora social y educadores sociales).

Asimismo, marcamos los siguientes *objetivos*:

- Reconocer, respetar, valorar y asumir las tradiciones culturales de los inmigrantes hacia su integración en el entorno.
- Informar y orientar sobre la formación ocupacional e inserción laboral.
- Facilitar el acceso al sistema sanitario y servicios sociales asistenciales primarios.
- Sensibilizar a la comunidad educativa sobre la realidad y problemática de la población inmigrante.
- Crear espacios de encuentro comunitarios que potencien el enriquecimiento y la convivencia mutuas.
- Impulsar propuestas de creación de empleo a través de las empresas de la comarca.
- Prevenir, detectar y solventar posibles situaciones de desadaptación en el entorno.
- Planificar la economía doméstica.
- Mejorar las capacidades del inmigrante y su vinculación con nuestras costumbres y valores.
- Dominar hábitos básicos de higiene hacia estilos de vida saludables.
- Fomentar las relaciones sociales dentro del ámbito familiar y el medio próximo.
- Integrarse en el sistema escolar.

Puntualizamos que el modo de intervención en las acciones educativas no fue igual para todos los implicados, tampoco todas las personas participaron en los tres ámbitos, ya que el interés o el grado de inquietud era distinto de unos a otros. Así, por ejemplo, las madres con hijos lactantes acudieron al pediatra y a la comadrona, pero no al médico de familia o a las actividades desarrolladas sobre higiene en el trabajo.

También destacamos que la función mediadora de la trabajadora social y del pediatra fue clave, gracias a ellos muchos sujetos se implicaron en alguna de las actividades diseñadas. Somos conscientes que, en un principio, a pesar de haberse publicitado a través de los medios de comunicación local la repercusión fue escasa. De ahí que se optara por presentar a modo individual el programa a los usuarios del sistema de atención primaria, fundamentalmente a las madres que acudían con sus hijos a los centros de salud, e igualmente, a aquellos sujetos que visitaban a la trabajadora social para resolver algún trámite burocrático.

Del mismo modo, se resalta el interés manifestado por la Cámara de Comercio de la zona por conectar con los empresarios en régimen de la seguridad social de autónomos y con los profesionales de la construcción con la intención de conocer a los empleados inmigrantes.

A partir de los objetivos planteados anteriormente, se elaboró el siguiente cuadro-resumen que recoge los *cuatro bloques de contenidos formativos* a considerar en este programa de intervención con el colectivo inmigrante.

Como se puede observar, la mayoría de los contenidos se relacionan directamente con las necesidades sanitarias de la población inmigrante. De igual forma, se han tenido en cuenta las especiales características del sector, objeto de estudio, con el fin de fijar el grado de motivación e interés de los contenidos, así como de diseñar y desarrollar las técnicas metodológicas adecuadas. También señalamos que la asignación de contenidos a los distintos ámbitos se ha establecido en función de las instituciones donde se han llevado a cabo y de los profesionales que han participado en las mismas.

ÁMBITO LABORAL	ÁMBITO EDUCATIVO	ÁMBITO SANITARIO	ÁMBITO DOMÉSTICO
Técnicas de búsqueda de empleo.	Clases de español.	Diagnóstico de salud.	Alimentación e higiene.
Elaboración del currículo.	Habilidades sociales. Autoestima y asertividad	Hábitos higiénicos saludables.	Condiciones de habitabilidad.
Convalidación de estudios.	Integración escolar. Participación familiar.	Seguimiento de embarazos y preparación para el parto. Planificación familiar.	Economía y planificación doméstica.
Higiene, prevención y seguridad laboral.	Apoyo y refuerzo educativo.	Educación familiar.	Tradiciones y costumbres.
Asesoramiento personalizado.	Protocolo a seguir en los servicios sociales.	Calendario de vacunaciones.	Autoorganización de la familia.
Cartera de prestaciones y convocatorias.	Programas formativos interculturales.	Campañas preventivas de educación para la salud. Educación sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual.	Reagrupación familiar y tramitación de visados.

En cuanto a las principales acciones del programa fueron diversas y algunas de ellas contemplaban varios de los objetivos propuestos. Conscientes de su trascendencia se intentó incidir, en primer lugar, en aquellos aspectos más urgentes. De ahí que este programa partiera de las actividades referentes al ámbito laboral, es decir, de aquellas vías adecuadas para la búsqueda de empleo o el conocimiento de las prestaciones de los servicios sociales. Le siguieron aquellas actividades relativas a la transmisión de conocimientos o la inculcación de estilos saludables. Transcurrido ese primer momento, la mayoría de las actividades se desarrollaban de forma paralela puesto que, y como ya se ha especificado, no todas las personas partícipes del programa estaban implicadas en la totalidad de las acciones educativas.

Entre la gama de acciones desarrolladas destacan:

a) Las campañas de sensibilización entre los trabajadores de la construcción formada por inmigrantes y empresarios de la comarca y promovidas por los sindicatos, asociaciones de empresarios, colectivos y asociaciones culturales.

Dentro de esta campaña se celebraron conferencias y mesas redondas. Estas alternativas se canalizaron a través de la emisora local de radio y estaban organizadas por la Cámara de Comercio. En ellas se trataron temas vinculados a la tolerancia y el respeto intercultural, como la alimentación durante el Ramadán o la equiparación de sueldos y las cualificaciones profesionales o aquellas relativas a la seguridad e higiene en el trabajo.

b) La información, apoyo, acompañamiento y asesoramiento en gestiones básicas como la vivienda, la educación y la sanidad. En general estas tramitaciones se llevaron a cabo desde el centro parroquial y se referían a la documentación personal, a las visitas realizadas a organismos públicos, principalmente el centro de salud, a los consulados y otras delegaciones, o a la entrevista con la trabajadora social del ayuntamiento, entre otras. La resolución de dichas gestiones corría a cargo del personal voluntario de Cáritas, un grupo compuesto en su mayoría por personas jubiladas que

ejercieron funciones en general administrativas o jurídicas, como el caso de los empleados de banca o los abogados (Escámez, 1999).

c) *El curso de formación en técnicas de venta.* Un gran número de inmigrantes de esta Comarca viven de la venta de productos típicos de sus países de origen (alfombras, tapices, muebles, piezas ornamentales, artesanía, etc.) y algunos de ellos abren comercios con variedad de mercancía procedente de la rama textil. Ésa es la razón por la que el *módulo de promoción y desarrollo* puso en marcha un curso formativo sobre técnicas de mercado. Aunque el número de asistentes resultó minoritario sirvió para establecer una conciencia de aceptación hacia la población inmigrante y evitar así los recelos y miedos provocados por la desinformación, además de favorecer la seguridad y autoestima de estas personas ante el ejercicio profesional.

Igualmente, se aprovechó la coyuntura para debatir con los empresarios del sector, ya asentados en la zona, acerca de los horarios de apertura y cierre de locales. Con todo ello, consideramos que han sido tímidos acercamientos hacia una sensibilización social y confiamos que en breve se vayan cristalizando.

d) *El seguimiento del estado de salud de la población* que asiste al centro sanitario, sobre todo de las madres embarazadas y de los niños menores de 16 años.

Del mismo modo, se contempló al colectivo de mujeres que ejercen la prostitución en la zona que esporádicamente acude al centro de salud.

Esta labor fue coordinada por la comadrona del centro de atención primaria, las enfermeras y los médicos implicados en el programa. Principalmente, se realizó un examen de salud de la población adulta y también se evaluaron los protocolos de vacunaciones de la población infantil.

Además, se impartieron charlas de educación maternal sobre cuidados durante el embarazo y puerperio; así como la necesidad de la lactancia materna y en la higiene, y los cuidados que rodean al bebé. A estos encuentros informativos se sumaron las madres autóctonas del lugar que establecieron enriquecedoras situaciones favoreciendo el desbloqueo idiomático. En el caso de inmigrantes de habla no hispana, como el francés, se consiguió que alguna madre conocedora del idioma hiciera de intérprete.

Como se puede detectar en esta actividad, el mayor problema se centró precisamente en el tema de la lengua. Somos conscientes de la dificultad para explicarse en un idioma desconocido, valiéndose tan sólo de gestos y palabras sueltas de escasa precisión. Si a ello se añade la ausencia de entendedores, el problema se agrava. Si tenemos en cuenta que las visitas médicas suelen incluir exploraciones y comentarios íntimos y confidenciales. Este es el ejemplo de las mujeres ucranianas o rumanas que ejercen la prostitución; en su mayoría la persona traductora era de la que dependían, de ahí su falta de libertad para exponer su situación sanitaria y personal.

e) *Los cursos de cocina e higiene en el hogar* patrocinados por la asociación de amas de casa. Al igual que otras actividades, se brindaban a toda la comunidad. En un principio el grupo era muy reducido y compuesto por personas de origen latinoamericano, pero poco a poco se fueron integrando mujeres de otras nacionalidades (Rumanía, Rusia, Marruecos y Portugal), además de las oriundas de la zona. La principal finalidad de este curso consistía en ofrecerles una formación básica para poder trabajar como empleadas de hogar. En la actualidad, estas tareas están desempeñadas en mayor medida por las mujeres procedentes de la cultura latinoamericana. De hecho, en este contexto,

es poco frecuente que una mujer árabe desempeñe ese tipo de funciones mientras que sí participa, si se da el caso, en el negocio comercial familiar.

f) El taller de juegos populares y comidas tradicionales en las escuelas.

Resultó una actividad altamente gratificante y de inmediato se involucraron los alumnos de los centros educativos de la zona. Para esta ocasión se programaron los recreos con juegos alternativos típicos de las distintas nacionalidades (Woods, 1989; Guitart, 1999; Martínez y Bujons, 2001; Llopis, 2003; Esteve, 2004). Los niños y niñas utilizaban diferentes fichas para cada juego que, una vez realizado, se colgaba en un gran tablón de anuncios visible a la entrada del centro. El docente responsable de la materia de educación física se encargó de diseñar y poner en marcha una variedad de juegos similares a otros países. Estos entretenimientos eran conocidos por los alumnos o bien localizados a través de internet y una vez desarrollados se comentaban y reflexionaban en el aula. La experiencia culminó con la elaboración de un dossier sobre juegos populares procedentes de varios países donde se resaltaron sus similitudes y diferencias según las culturas típicas.

De igual modo se celebró durante una semana el taller de comida tradicional. Cada día los menús fueron preparados por las madres o padres procedentes de distintos países (Portugal, Alemania, Marruecos, Perú, Argentina, Colombia, Rusia, entre otros) y una vez elaborados, todos, padres, docentes y alumnado, dieron paso a su degustación.

g) El taller de consumo de alimentos e higiene.

A través de la asociación de amas de casa se planificó un taller sobre esta temática. Se intentó sensibilizar a las personas asistentes sobre las ventajas de los productos naturales de la temporada, a ayudar a superar la cultura del despilfarro y el consumismo y a instalarse en el escenario del consumo justo, racional y ético dentro de un mundo cada vez más globalizado (Cortina, 2003). Para ello se organizaron actividades sobre la administración y economía familiar, sobre el ahorro de energía, sobre las reglas para una alimentación saludable y sobre las propuestas para la mejora de la calidad de vida.

6. A MODO DE CONCLUSIÓN

Desde una primera valoración son palpables los beneficios de los programas de intervención en educación para la salud con vistas a optimizar la calidad de vida de las personas. De entre ellos quisiéramos señalar dos de estos beneficios ya que destacan de un modo especial y también se convierten en las principales conclusiones de este trabajo.

1. Potencian la comunicación y las vivencias interpersonales. Esto se ha comprobado en la relación médico-paciente ya que facilita la identificación y distinción entre diagnósticos posibles y logra que la persona se involucre y sensibilice ante su salud.

Asimismo se ha detectado un incremento de las relaciones entre el profesorado, el alumnado y las familias de los alumnos inmigrantes. Resulta notable observar como las comidas interculturales se convirtieron en el centro de interés, en el hilo conductor para reconsiderar la necesidad e importancia de la participación familiar en los centros educativos.

Además, esta fluidez comunicativa aumenta el grado de satisfacción de la persona ya que se compromete, se hace partícipe, comprende y acepta las demandas solicitadas de cara a su salud y calidad de vida.

2.-La atención sanitaria y administrativa se adecua a la diversidad cultural y las instituciones escolares se van amoldando a las necesidades sociales. Igualmente, los procedimientos sanitarios y administrativos consiguen una mayor adaptación a las actitudes y creencias de los pacientes.

Nos parece importante solventar las falsas concepciones que en ocasiones tienen los inmigrantes, normalmente derivadas de costumbres culturales que determinan las conductas de salud. Como así también considerar los temores, desconfianzas y estereotipos asociados a los procesos burocráticos por los que deben pasar.

Confiamos que en una evaluación a largo plazo sobre este proceso pedagógico desarrollado se vaya haciendo realidad la integración social del inmigrante en esta Comarca gallega. No obstante, y ante lo expuesto, constatamos el alto grado de satisfacción expresado por todos los participantes, destacando el interés altruista en prestarles la atención y el apoyo en cuestiones relativas a las gestiones burocráticas y sanitarias, en la formación sobre hábitos saludables que mejoren su calidad de vida y, especialmente, en la construcción de una ciudadanía integradora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARAB, D. (2003): El proceso de morir en el Islam. *Labor Hospitalaria*, 268, 15-20.
- ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS (1996): ACNUR. *Un instrumento de paz*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Comité Español del ACNUR.
- ALMEIDA, D. (1985): "Les sinistres chez les immigrés", *Revue Médecin du Travail*, 3, 37-41.
- BARTOLOMÉ, M. y otros (2002): *Identidad y ciudadanía. Un reto a la educación intercultural*. Madrid, Narcea.
- CITE (2002a): *La inmigración en Vigo*. Vigo, Publicaciones del Centro de Información a Trabajadores Extranjeros.
- CITE (2002b): *Inmigración en femenino*. Vigo, Publicaciones del Centro de Información a Trabajadores Extranjeros.
- CONDE, J. (2003): "El proceso de morir en la interculturalidad. El punto de vista católico", en *Labor Hospitalaria*, 268, 15-20.
- CORDOBÉS, F. (2002): "Canarias: el reto de la inmigración", en *Revista Mundo Negro*, 464, 30-33.
- CORTINA, A. (2003): *Por una ética del consumo*. Madrid, Taurus.
- CRUZ ROJA (1992): *Ponencia sobre la situación sanitaria de la población inmigrante*. Madrid, Departamento de Actividades y Servicios.
- DE MUYNCK, A. (1997): "Accesibilidad y utilización de los servicios sociales y servicios de salud", en SOLAS, O. y UGALDE, A: *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- ESCÁMEZ, J. (Dir.) (1999): *Solidaridad y voluntariado social. Unidad didáctica del profesor*. Valencia: Fundación Bancaja.
- ESTEVE, J. M. (2004): "La formación del profesorado para una educación intercultural", en *Bor-dón*. Monográfico: La educación en contextos multiculturales: diversidad e identidad, 56 (1) 95-115.
- GARGANTILLA, P. (2003): *Manual de atención a inmigrantes*. Madrid, Ergon.

- GONZÁLEZ-TARRIO, L. (2002):** “Detección sistemática de enfermedades transmisibles en la población inmigrante”, en *FOMECO*, 3, 151-154.
- GUITART, R. (1999):** *Jugar y divertirse sin excluir. Recopilación de juegos no competitivos*. Barcelona, Graó.
- LEY ORGÁNICA 4/2000**, de 11 de enero, sobre Los Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.
- LÓPEZ PÉREZ, M. (2003):** “El budismo y el proceso de morir”, en *Labor Hospitalaria*, 268, 27-34.
- LÓPEZ-VELEZ, R. (2002):** *Inmigración y salud*. Madrid, PBM.
- LORA-TAMAYO, GI. (2003):** “La inmigración en España y su repercusión en la escuela”, en FUNDACIÓN SANTA MARÍA: *La construcción de la ciudadanía intercultural en la escuela*. Madrid: Fundación Santa María, 23-48.
- LLOPIS, C. (2003):** “La interculturalidad en la acción tutorial” en FUNDACIÓN SANTA MARÍA: *La construcción de la ciudadanía intercultural en la escuela*. Madrid, Fundación Santa María, 69-86.
- MARTÍNEZ, M. y BUJONS, C. (Coords.) (2001):** *Un lugar llamado escuela. En la sociedad de la información y de la diversidad*. Barcelona, Ariel.
- MOLERO, J. Mª y otros (2004):** “Enfermedades infecciosas e inmigración”, en *El Médico*, 898, 31-46.
- NAÏR, S. y DE LUCAS, J. (1997):** *Inmigrantes. El desplazamiento en el mundo*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OLVEIRA, E.; RODRÍGUEZ, A. y TOURIÑÁN, J. M. (2003):** “Emigración, interculturalismo y legitimación cultural. Las sociedades gallegas en el exterior”, en *Revista Galega Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 10, 9-20.
- PEREIRA, Mª C. y PINO, M. R. (2003):** “Una mirada a la inmigración en el sur de Galicia y aproximación a las funciones del educador social en instituciones de emigrantes”, en LUQUE, P. A.; AMADOR, L. V y MALAGÓN, J. L. (Coord.): *Educación Social e Inmigración*. Sevilla, Sociedad Ibérica de Pedagogía Social, 445-454.
- PINO, M. R. (2000):** *Desarrollo curricular de la educación para la salud*. Vigo: Tórculo.
- PUMARES, P. (1993):** “Problemática de inmigración en España” en *Revista Política y Sociedad*, 12, 139-148.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. (1982):** “Reprecisiones de la emigración sobre la salud mental y la psicopatología familiar en la población gallega”, en *Documentación Social*, 47, 75-82.
- SANZ, B.; TORRES, A. M. y SHUMACHER, R. (2000):** “Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid”, en *Atención Primaria*, 26, 314-318.
- SERRANO, A. y otros (2003):** “Riesgo de las plantas medicinales en uso concomitante con medicamentos”, en *Información Terapéutica*, 6, 161-167.
- TOURIÑÁN, J. M. (1997):** “La racionalidad de la intervención pedagógica: explicación y comprensión” en *Revista de Educación*, 314, 157-186.
- UGALDE, A. (1997):** “Salud e inmigración económica del tercer mundo en España”, en SOLAS, O. y UGALDE, A: *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

VALENCIA, M^a D. (2003): “En contacto con....Un método de alfabetización desde el enfoque comunicativo”, en FUNDACIÓN SANTA MARÍA: *La construcción de la ciudadanía intercultural en la escuela*. Madrid, Fundación Santa María, 49-60.

VÁZQUEZ, G. (Edit.) (2001): *Educación y calidad de vida*. Madrid: Editorial Complutense.

WOODS, P. (1989): *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona, Paidós- MEC.