

Artículo

MÓNICA ARBELÁEZ RUDAS

Inmigración y salud: la protección de la salud frente a la diversidad cultural¹

➤ **Mónica Arbeláez Rudas.** Institut de Dret Públic. Profesora de Derecho Constitucional, Universitat de Barcelona.

PONENCIA CELEBRADA EN EL CONGRESO INTERNACIONAL "MULTICULTURALISM AND HEALTH", CELEBRADO EN EL PARC CIENTÍFIC DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA EL 17 DE MARZO DE 2006, ORGANIZADO POR LA EUROPEAN ASSOCIATION OF GLOBAL BIOETHICS Y EL OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET.

➤ Sumario

- I. Previo... Sobre el derecho a la salud;
- II. La salud del inmigrante: contenidos mínimos del derecho a la salud;
 1. El derecho a la salud y el inmigrante como sujeto de derecho: La condición de inmigrante como hecho diferenciador;
 2. La diversidad cultural
 - 2.1. El inmigrante como sujeto de derecho;
 - 2.2. La protección de la salud condicionada por la diversidad cultural. La *aceptabilidad* de la atención sanitaria a inmigrantes;
- IV. Consideraciones finales.

➤ I. Previo... Sobre el derecho a la salud

El derecho a la salud ha sido reconocido por las diversas corrientes de la doctrina como uno de los derechos sociales cuya naturaleza jurídica no es fácilmente describible, especialmente porque la sola definición de "salud" puede ser complicada. En orden a lo anterior intentaremos delimitar brevemente el concepto "derecho a la salud" para luego entrar propiamente en la materia que aquí interesa cual es el ejercicio del derecho a la salud por parte de la población inmigrante.

Para la Organización Mundial de la Salud –OMS– la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencias". Así entendida, la salud no puede ser considerada sino como un estado de existencia de manera que reclamar un derecho a la salud en principio no tendría mayor sentido que el de reclamar el derecho a la sabiduría o a la valentía². El concepto de la salud entonces es muy amplio e "indeterminado", y es por ello que establecer el contenido y alcance de un derecho a la salud, es decir, concretarla como un bien jurídico objeto de derecho, en una tarea difícil. En atención a lo anterior, la doctrina ha estado de acuerdo en afirmar que cuando se habla de *derecho a la salud* se está haciendo referencia a un fenómeno muy con-

creto cual es el de garantizar al ser humano ciertas prestaciones que le ayuden a mantener o recuperar su salud física y mental, es decir, lo que se podrían considerar médicamente como condiciones orgánicas normales, lo cual se garantiza al proteger el derecho a contar con los mejores medios posibles para mantener una "buena salud" o para recuperarla en caso haberla perdido, sin que ello dependa de la condición socio-económica de la persona. Así, aunque en las diferentes cartas de derechos (constitucionales o internacionales) se hable muchas veces de *derecho a la salud*, lo que realmente reconoce esta expresión es el derecho a la *protección o tutela* de la salud³.

Una vez establecido que el derecho a la salud es un derecho a la protección sobre las contingencias de la salud del ser humano, queda por determinar *qué tipo de protección o tutela es la que se garantiza* mediante el derecho a la salud. Al respecto, el contenido del derecho a la salud es el reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales según el cual se señala que es el "derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Interpretando el contenido y alcance de esta disposición el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas –en adelante comité de DESC de la ONU– ha reconocido que "la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos" cuya "efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos" y que "abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley", como el principio de no discriminación respecto de los establecimientos, bienes y servicios de salud⁴. En este sentido el Comité de DESC de la ONU ha remarcado que el derecho a la salud está estrechamente vinculado *con* y depende del ejercicio de otros derechos humanos tales como el derecho a la alimentación, a la vi-

1. Este trabajo ha sido realizado en el marco del Proyecto *El estatuto jurídico y los derechos de los inmigrantes*, Ref. SEJ2005-05368/JURI, financiado por Ministerio de Ciencia y Tecnología y dirigido por el Profeso Dr. Eliseo Aja.

2. Sobre las dificultades que presenta el término "salud" a la hora de conceptualizar el derecho a la salud se puede consultar PEMAN GAVÍN, Juan, *Derecho a la Salud y Administración sanitaria*, Real Colegio de España, Bolonia, 1989, pág. 26-31.

3. En lo que respecta a este trabajo, hemos utilizado la expresión *derecho a la salud* en el sentido en que se acaba de explicar y así lo seguiremos haciendo ya que de alguna manera es la expresión más generalizada en el estudio de los derechos sociales.

4. Comité de DESC de la ONU, Observación General n. 14, Párrafo 1 y 2.

vienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, o a la vida privada. Todos ellos, según el Comité son derechos que de alguna manera completan los componentes integrales del derecho a la salud.

Pero pese al esfuerzo que ha hecho el Comité de DESC de la ONU por concretar el contenido y alcance del derecho a la salud (punto sobre el que volveremos más adelante), lo cierto es que una mirada a la doctrina internacional sobre la materia y sobre todo a las prácticas jurídicas en relación con la garantía del derecho a la salud en diversos ordenamientos basta para comprender que no existe una única respuesta cuando se trata de concretar ¿qué atención sanitaria es la que garantiza el derecho a la salud? Las respuestas a este punto pueden ser múltiples y dependerán no sólo de lo *deseable* desde el punto de vista científico, clínico o social, sino de las condiciones económicas y políticas con que cuente un determinado Estado. Así, por ejemplo, la atención sanitaria a que *da derecho* el derecho a la salud puede hacer referencia a la atención primaria, especializada, de hospitalización o de urgencia, incluir o no el subsidio o el suministro gratuito de fármacos, cubrir o no enfermedades de alto costo, implicar prestaciones en el plano preventivo en el cual tienen cabida medidas de salud pública como las campañas de inmunización o la vigilancia sobre la calidad de los alimentos, e incluso potenciar la investigación científica sobre diversos aspectos sanitarios, entre otros, dependiendo del desarrollo que de su contenido haya establecido el legislador estatal.

Ahora bien, a pesar de que en la práctica las prestaciones que se garantizan al reconocer el derecho a la salud varían conforme al derecho interno de cada Estado, en nuestro particular entender, el cumplimiento de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos que reconocen el derecho a la salud⁵ obliga a los Estados a considerar unos mínimos irreductibles en relación con este derecho que pasan por garantizar, al menos, la universalidad de unas condiciones aceptables de vida y salud en todas las comunidades. Estos mínimos serán los señalados por los diversos organismos de protección internacional de los derechos humanos.

Sobre la base de este convencimiento, el presente documento pretende presentar las principales “particularidades” que se presentan en relación con el ejercicio del derecho a la salud por parte de las comunidades migradas a fin de establecer cuáles pueden ser los requisitos de una atención sanitaria adecuada que garantice efectivamente el

derecho a la protección de la salud para este grupo poblacional.

▶ II. La salud del inmigrante: contenidos mínimos del derecho a la salud

En punto a concretar unos contenidos mínimos en materia de protección del derecho a la salud, a finales de los años 70 se elaboró la Declaración de Alma Alta (OMS/ UNICEF, 1978), documento en el cual la OMS definió la orientación mundial en materia de protección y garantía del derecho a la salud y mediante la cual adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS– y diseñó inicialmente los lineamientos generales de política para responder a las necesidades de salud de la población mundial. En la misma línea, finalizada la década de los 90, la OMS redefinió los lineamientos que habrían de guiar la protección mundial de este derecho para lo cual fijó como objetivos los señalados en el documento “Salud para todos en el siglo XXI”. El cumplimiento de todos estos objetivos sería posible, según la OMS, “si las políticas y la legislación están dirigidas a que se apliquen las disposiciones de la ONU sobre derechos humanos”, incluidas las que conciernen a las mujeres y niños, personas con discapacidad, **emigrantes y refugiados**, y si se encuentran recursos para satisfacer las necesidades sociales de los grupos más vulnerables de la sociedad, entre otras⁶.

Los contenidos de estas dos declaraciones de la OMS, la igual que los del derecho a la salud fijados por los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos y la interpretación que de los mismos ofrece el Comité de DESC de la ONU, son fundamentales para entender el contenido y alcance del derecho a la salud de la población inmigrante (que no debería ser diferente al contenido del derecho garantizado a la población autóctona) en un determinado Estado y especialmente para establecer cuáles son los “elementos diferenciales” que, en relación con la población autóctona, pueden hacer del inmigrante un sujeto de derecho que merece una “atención especial/diferenciada” por parte de los sistemas sanitarios públicos.

El Comité de DESC de la ONU ha establecido las que serían las obligaciones esenciales en relación con el derecho a la salud exigibles a todos los Estados y a partir de las cuales es posible fijar una serie de elementos básicos de la garantía de los derechos sanitarios de la población inmigrante. En este sentido, el Comité de DESC de la ONU ha señalado que en relación con el derecho a la salud existen una serie de niveles básicos o mínimos que deben ser

5. El derecho a la salud se reconoce, entre otros, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 3 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, y en los artículos 28, 43 y 45 del Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores inmigrantes y sus familias.

6. Organización Mundial de la Salud “Salud para todos en el siglo XXI”, OMS, Ginebra 1999.

Artículo

satisfechos por parte de los Estados, entre los cuales ubica la necesidad de garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud, especialmente para los grupos vulnerables o marginados (dentro de los cuales normalmente se inscribe la población inmigrada) sin ningún tipo de discriminación y adoptar y aplicar estrategias y un plan de acción nacional de salud pública para hacer frente a los diversos problemas de salud de la población⁷, entre otros.

En este mismo orden de ideas, el Comité de DESC ha señalado que el contenido mínimo del derecho a la salud comporta cuatro elementos u obligaciones esenciales básicas, a saber, las de garantizar la asequibilidad o disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención en salud⁸. La obligación de *asequibilidad o disponibilidad* según el Comité de DESC es la obligación del Estado contar con un número suficiente de “establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas” de atención sanitaria, según las necesidades de la población de referencia, que garanticen la igualdad en las posibilidades de acceso y una disponibilidad suficiente sobre los llamados “factores determinantes básicos de la salud” –como el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, la disponibilidad de personal médico, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, así como de los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS– para toda la población⁹. En relación con los inmigrantes esta obligación no implica otra cosa que la de garantizar que los medios disponibles para cubrir las necesidades sanitarias y los factores determinantes básicos de la salud de la población de referencia sean suficientes también para cumplir las necesidades de la población inmigrante ya que el derecho que se protege no está destinado a un grupo específico de ciudadanos sino que por el contrario se predica universal, es decir, de toda la población.

Igualmente el Comité de DESC señala que corresponde a los Estados la obligación de garantizar la *accesibilidad* de todos, sin ningún tipo de discriminación, a los establecimientos, bienes y servicios de salud, involucrando así una pretensión de universalidad a favor de la igualdad. En este contexto, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: *la no discriminación*, que implica garantizar que la asistencia sanitaria sea accesible para todas las

personas –especialmente para los grupos más vulnerables de la sociedad, dentro de los que, como hemos señalado antes, se suele ubicar a la población inmigrante–; *la accesibilidad material*, según la cual el acceso a la asistencia sanitaria debe ser materialmente posible en términos de localización geográfica; *la accesibilidad económica*, es decir, sin barreras de acceso en función de la capacidad adquisitiva del paciente; y el *acceso a la información*¹⁰. En cuanto a la atención de la población inmigrante se refiere la obligación de garantizar unos niveles mínimos de *accesibilidad* representa entonces no sólo la proscripción de cualquier trato discriminatorio basado en criterios de raza, cultura, origen nacional, o condición económica, sino –y particularmente importante– la obligación de los Estados de acogida de garantizar niveles suficientes y adecuados de información que le permitan al inmigrante tener conocimiento tanto del funcionamiento de los sistemas sanitarios públicos en general, como de los derechos que particularmente le asisten en este campo.

En cuanto a la *aceptabilidad* señala el Comité que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud “deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”. Adicionalmente, y según señala el Comité, la *aceptabilidad* involucra también “el derecho [de la persona] a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias (...)”¹¹. La *aceptabilidad* de la asistencia sanitaria hace referencia principalmente a la relación que se debe tejer entre la calidad de los servicios sanitarios y las características propias del contexto donde las personas ejercen su derecho a la salud, en el cual han de tenerse en cuenta los condicionamientos éticos y culturales que la sociedad asume frente al bienestar físico y mental. El criterio de la *aceptabilidad* así entendida, ha sido utilizado por el derecho internacional de los derechos humanos para fundamentar los mínimos a tener en cuenta en relación con el respeto de la integridad de las personas, independientemente de su contexto cultural y social¹², de manera que hace referencia a las condiciones en que se debe manejar la relación calidad del servicio / grupo poblacional atendido. Para

7. Comité de DESC de la ONU, Observación General n. 14, párrafo 43.

8. El Comité de DESC de la ONU ha establecido que estos cuatros elementos son esenciales al derecho a la salud, Observación General 14, párrafo 12.

9. Ídem.

10. Ídem.

11. Ídem, párrafo 8.

12. Ídem.

establecer dicha relación existen al menos cuatro factores que permiten distinguir grupos poblacionales según sus necesidades de atención, a saber, el factor étnico, el factor de género, el factor cultural, y el hecho de pertenecer a una minoría. Sobre la base de estos factores se estudia la *aceptabilidad* del sistema sanitario en relación con su capacidad para responder satisfactoria y respetuosamente a las necesidades que se derivan de las particularidades de un grupo poblacional determinado. De allí su importancia cuando se trata de establecer las obligaciones esenciales en relación con el derecho a la salud de los inmigrantes.

La *aceptabilidad* de la asistencia sanitaria se convierte en un elemento esencial al momento de estudiar la relación del inmigrante con los servicios sanitarios de la sociedad de acogida. El factor cultural y el hecho de pertenecer a una minoría determinan la relación que se entabla entre el sistema de salud y el inmigrante en tanto que paciente, y condicionan tanto la actuación del personal médico como la aproximación a y la recepción de los servicios por parte del inmigrante en punto a satisfacer sus necesidades en relación con el ejercicio de su derecho a la protección de la salud.

Adicionalmente, el Comité de DESC de la ONU ha considerado que los Estados tienen la obligación de garantizar unos niveles mínimos de *calidad* en materia de salud lo que implica que el sistema sanitario, además de aceptable desde el punto de vista cultural, debe ser apropiado en términos de calidad, para lograr la eficacia del derecho a la asistencia sanitaria de toda la población, sin que puedan mediar factores de discriminación. El Estado queda entonces obligado a garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de asistencia sanitaria sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, lo cual se traduce en la buena calidad del servicio. Esta obligación implica la de garantizar, entre otras cosas, "personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas" en igualdad de condiciones para toda la población¹³, de manera que no es admisible ningún tipo de restricción de las prestaciones sanitarias necesarias para cubrir al menos los elementos esenciales básicos del derecho a la salud en función de la raza, la cultura o el origen nacional; los inmigrantes, refugiados y minorías étnicas en general, tienen derecho a acceder a servicios sanitarios apropiados y de calidad en

las mismas condiciones los ciudadanos autóctonos.

➤ III. El derecho a la salud y el inmigrante como sujeto de derecho

Cuando se estudia la posición jurídica del inmigrante en cuanto sujeto del derecho a la salud es importante tener presente los diferentes elementos que hacen que su relación con los sistemas sanitarios en general, y con el personal sanitario, en particular, presente unas características especiales. En este sentido, a efectos de garantizar el derecho a la protección de la salud tanto la **condición de inmigrante** como la **diversidad cultural** son elementos determinantes de la relación del paciente inmigrante con el sistema sanitario y ambos son factores de la diversidad que condicionan el desarrollo de la calidad en el campo de la salud¹⁴.

➤ 1. La condición de inmigrante como hecho diferenciador

En el campo de la **condición de inmigrante** como elemento diferencial relevante al momento de estudiar la aproximación del sujeto de derecho al sistema sanitario una de las primeras cosas que llama la atención es que existen una serie de patologías que afectan principalmente a la población inmigrante, aunque no todas ellas se derivan del hecho de la inmigración en sí mismo. En términos generales los inmigrantes hacen uso de los servicios de asistencia sanitaria por los mismos motivos que los nacionales del país de acogida¹⁵ ya que en su mayoría son personas jóvenes en edad laboral y que gozan de "buena salud". De allí que aunque actualmente se reconozca cierta importancia a las llamadas "enfermedades importadas" —aquellas que pueden traer consigo los inmigrantes desde sus países de origen y que son propias de *hábitats* diferentes a los del país receptor— en punto a ofrecer una atención sanitaria oportuna y de calidad al inmigrante en relación con las mismas, ellas no están catalogadas entre las que provocan más frecuentemente el uso de los servicios sanitarios por parte de los extranjeros. Las patologías más recurrentes en relación con los inmigrantes se pueden clasificar en dos grandes grupos:

Al primero de ellos pertenecen una serie de enfermedades que, aunque son recurrentes en el colectivo inmigrante, no responden necesariamente a la condición de inmigrante. Las condiciones socioeconómicas en las que viven algunos de los inmigrantes contribuyen a que se presenten determinadas enfermedades que pueden ser problemáti-

13. Ídem, párrafo 12.

14. Organización Mundial de la Salud —OMS—: Informe de inmigración internacional, Salud y derechos humanos, No. 14, 2003.

15. THOMAS, Vicenç, "La multiculturalidad: un nuevo reto para la atención primaria", Revista *Espejo Sanitario* No. 8, nov. 2002, consultada en Internet, <http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/NO82002.HTM>. Ver también CARRILLO, Marta Editorial "La ONG [Médicos del Mundo] ha hecho público en informe de Exclusión Social 2000", en *Revista Diario Médico.com*, <http://www.diariomedico.com/edicion/16,1100/InfoExclusion2000/carrillo-01.htm>.

Artículo

cas¹⁶. La residencia irregular, la habitación en condiciones marginales y en términos generales la precariedad y deficiencia desde el punto de vista higiénico-sanitario en que malviven buena parte de los inmigrantes son condiciones post-migratorias que redundan negativamente en su estado físico¹⁷ generando problemas de salud que más que de la condición de inmigrantes derivan de la pobreza y de la marginación y que son las causantes, por ejemplo, de los elevados índices de mortalidad infantil entre este grupo poblacional. Así mismo, las dificultades para acceder a un trabajo normalizado, las duras condiciones de trabajo, la precariedad contractual, las rotaciones laborales, las presiones de tiempo y las fuertes cargas laborales y sociales ponen en riesgo permanente las condiciones de salud del inmigrante, asunto que se refleja en los altos índices de siniestralidad laboral en este colectivo¹⁸.

En el segundo grupo se ubican los diferentes tipos de trastornos emocionales y psicológicos derivado del proceso migratorio y de los períodos de adaptación. Son las patologías relacionadas con el conocido como "duelo migratorio" que hace referencia a los estados de depresión que genera el desarraigo, la separación de la familia y la dificultad para encontrarse "cómodo" en el seno de la sociedad de acogida. Según los expertos las diversas rupturas a las que se tiene que enfrentar el inmigrante por el hecho de la migración generan en muchas ocasiones desajustes emocionales. Estos desajuste pueden clasificarse en los siete componentes del "duelo migratorio": el duelo por la separación de los familiares y amigos, el duelo por la lengua materna, el duelo por la pérdida de los paisajes, la tierra..., el duelo por la pérdida del status social, el duelo por la pérdida del contacto con el grupo étnico de origen, y el duelo por la pérdida de la seguridad física. Como se ve, son todas enfermedades post-migratorias "reactivas o de adaptación" que se producen por las condiciones de ruptura con los núcleos familiares y de convivencia a que obliga el fenómeno migratorio, y que se unen al desarraigo social que se siente en el país de acogida¹⁹. Ello es así porque la situa-

ción de la inmigración es, por sí misma, una situación de estrés que puede desencadenar reacciones somáticas como parte de los mecanismos adaptativos del individuo. Estos trastornos varían de acuerdo con la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el desajuste social, étnico y cultural en relación con el país de acogida²⁰. Adicionalmente, la precariedad laboral, la situación de irregularidad y las difíciles condiciones de vida son factores que condicionan episodios de estrés, tensión y depresión característicos de este duelo, también conocido como la "enfermedad de inmigrante". La ansiedad, las depresiones y las somatizaciones son ejemplos bastante típicos de este tipo de enfermedades.

➤ 2. La diversidad cultural

El segundo de los elementos determinantes de la relación del paciente inmigrante con el sistema sanitario que mencionábamos antes es el relativo a la **diversidad cultural**. Este componente es clave en tanto que condiciona o determina no sólo la relación médico / paciente sino en general la actitud del inmigrante frente a los servicios de salud²¹.

2.1. El inmigrante como sujeto de derecho

El fenómeno de la inmigración tradicionalmente se ha vinculado con móviles económicos. En esta medida no es de extrañar que una buena parte de la doctrina parta del entendimiento de que la inmigración es, ante todo, un desplazamiento de población trabajadora de un país en vías de desarrollo a otro más desarrollado en el cual se necesita mano de obra. Este tipo desplazamiento de la población es el que le da nombre al fenómeno de la *inmigración económica* que se genera como respuesta a un doble proceso de expulsión y atracción (*push-pull*) entre unos países y otros y que se explica por la diferencia en la posibilidad de obtener un trabajo y una remuneración adecuada entre los países de origen y los de destino²². Pues bien, es precisamente el componente económico, ligado a la vida laboral,

16. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Op. Cit. pág. 21.

17. CAPEL, Horacio, "Las políticas de atención a las necesidades de los inmigrantes extranjeros de escasos recursos", en *Scrpita Nova - Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Vol. VI, no. 117, de julio de 2002, Universidad de Barcelona. Ver también MARTÍN LASO, Ángeles y otros, "Tribuna: Inmigración y salud", en *Revista electrónica Diario Médico.com*, <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/o.2458.141543.00.htm>, y VALLA COMBELLES. O. y GARCÍA-ALGAR, O. "Editorial: Inmigración y Salud", en *Revista electrónica Anales de Pediatría*, enero 4 de 2004, <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13056003>.

18. GEIGER, Andreas, "Emigración y salud: factores de riesgo hoy y medidas a adoptar", en SOLA, Olga y UGALDE, Antonio (editores), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Comisión Europea, Escuela Andaluza de Salud Pública, Junta de Andalucía, Granada 1995, pág. 29-30.

19. ACHOTEGUI, J. "Los aspectos psicológicos y psicosociales en la migración: características de los duelos migratorios", en VVAA, *La inmigración, una realidad en España*, Centro Pignatelli, Seminario de investigación para la Paz, Zaragoza, 2002, pág. 431-438.

20. VALTUÉÑA Borque, Óscar, "Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España", en *Revista Migraciones* No. 8, Universidad de Comillas, Madrid, diciembre de 2002, pág. 236-236. Ver también al respecto BALBO, Eduardo, "Salud mental e inmigración magrebi" en *Revista Salud Global: Salud Mental, Año IV, número 4, 2004*, <http://www.grupoaulamedica.com/saludmental/IV-4-04/inmigra-magreb.htm>.

21. Este es un factor que no sólo afecta a la población inmigrantes sino que se presenta también cuando se trata de la garantía del derecho a la salud de los colectivos formados por las minorías étnicas nacionales que viven en un determinado Estado.

el que hace que la población inmigrada sea un grupo especialmente "necesitado de buena salud" ya que de ella depende la realización del objeto de su desplazamiento, esto es su capacidad de trabajar.

Con todo, y pese a que internacionalmente se han fijado unas obligaciones mínimas de los Estados en relación con la protección de la salud de las personas bajo su jurisdicción, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, las de garantizar unos niveles mínimos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y no discriminación en relación con las prestaciones sanitarias, lo cierto es que el derecho a la salud no suele estar especialmente protegido cuando se trata de la población inmigrante. Al respecto preocupa que cuando se establecen diferencias entre los nacionales y los inmigrantes en punto a garantizar su derecho a la salud o frente al contenido y alcance del mismo, normalmente se descuidan las obligaciones que, en materia de igualdad, corresponden a los Estados. En muchas ocasiones el contenido y alcance que se reconoce al derecho a la salud cuando el sujeto del mismo es el inmigrante no sólo es diferente al que se garantiza a la población autóctona, sino que dicha diferencia desconoce incluso los elementos esenciales básicos fijados por el Comité de DESC de la ONU como irreductibles cuando se trata de la protección de este derecho. Así, el que en principio podría ser un trato diferenciado legalmente admisible en función, por ejemplo, de la situación administrativa del inmigrante²³, de la condición de residencia o no del sujeto de derecho en un determinado país, de que se trate de trabajadores que cotizan para los sistemas de salud o no, etc., no lo es en la medida en que restringe el derecho a la protección de la salud más allá de los límites establecidos por su contenido esencial. Garantizar la igualdad en este campo sin afectar la "libertad legislativa" de los Estados y sin afectar los elementos mínimos esenciales del derecho a la salud protegidos por el sistema internacional de los derechos humanos implicaría garantizar a los inmigrantes iguales condiciones de acceso a los bienes y servicios de salud en los términos de *accesibilidad* señalados por el Comité de DESC de la ONU.

2.2. La protección de la salud condicionada por la diversidad cultural. La aceptabilidad de la atención sanitaria a inmigrantes

Además de las limitaciones legales de que puede ser objeto el derecho a la salud en relación con los inmigrantes, existen otras condiciones propias del inmigrante en tanto sujeto de derecho que pueden condicionar el contenido

y alcance de su derecho a la salud. Las características culturales, las condiciones en que el inmigrante se aproxima a la sociedad de acogida, las posibilidades de obtener información, etc., determinan la *accesibilidad* del inmigrante a las prestaciones derivadas del reconocimiento del derecho a la salud. Por su parte, la barrera de la lengua, los problemas de comunicación, las concepciones acerca de la salud y la enfermedad, etc., condicionan la forma de relación del paciente con los servicios de salud.

Sobre estas condiciones, y haciendo referencia a la necesidad de garantizar la *aceptabilidad* de la atención sanitaria en los términos que señalamos más arriba, el Comité de DESC de la ONU ha señalado que se entenderá que la atención en salud es *aceptable* si es respetuosa de la ética médica y culturalmente apropiada, respetuosa de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, y sensible a los requisitos del género y del ciclo de vida. A efectos de nuestro estudio la *aceptabilidad* es un factor especialmente importante en cuanto hace referencia a la necesidad de que la atención sanitaria a la población inmigrada sea *culturalmente apropiada*. Para cumplir con este requisito y con el objetivo de potenciar una atención sanitaria *aceptable* a los inmigrantes deberán tenerse en cuenta al menos tres factores básicos: la condición propia del inmigrante (su desconocimiento del sistema, de la lengua, de la cultura, de los procedimientos, las posibles patologías propias de su condición de inmigrantes, etc.); las condiciones derivadas de la diversidad cultural entre el paciente y el sistema de acogida (la concepción sobre la salud y la enfermedad, las limitaciones derivadas de las creencias religiosas y prácticas culturales en relación con determinados tratamientos, procedimientos de detección de enfermedades, intervenciones, etc.); y la actitud de los profesionales de la salud en relación con el inmigrante (su actitud abierta frente a las diferencias que se plantea entre el paciente inmigrante y el autóctono, la atención a sus necesidades particulares, la posibilidad de ofrecer servicios de mediación cultural y servicios de interpretación, etc.)

En cuanto a las particularidades derivadas de la condición propia del inmigrante, a lo señalado en el apartado anterior es preciso añadir las dificultades que para el recién llegado se derivan del desconocimiento de la sociedad receptora y muy especialmente de los procedimientos con base en los cuales se rige. En relación con el derecho a la salud esta dificultad se traduce en que el inmigrante desconoce el alcance de su derecho (en ocasiones incluso des-

22. AJA, Eliseo y DÍEZ, Laura (coords.), *La regulació de la immigració a Europa*, Obra Social Fundació "la Caixa", Barcelona, 2005, pgs. 10 y 11.

23. En términos generales la situación administrativa del inmigrante condiciona el nivel de garantía no sólo de su derecho a la salud sino de casi todos sus derechos económicos, sociales y culturales en el país de acogida.

Artículo

conoce que tiene un derecho), así como desconoce el funcionamiento del sistema de salud, la forma de acceder a él y de "navegar" por el mismo, etc., todo ello sumado, en muchas ocasiones, a que desconoce la lengua de la sociedad receptora lo cual entorpece cualquier posible vía de acceso a esta información.

Adicionalmente la población inmigrante que no conoce la lengua local frecuentemente tiene problemas ya no sólo para conocer y entender los procedimientos administrativos necesarios para acceder a los bienes y servicios sociales y sanitarios sino que, una vez "dentro" del circuito del sistema de salud tiene serias dificultades para comunicarse con el personal sanitario y hacerle entender sus padecimientos en la misma medida en que no suele comprender las indicaciones para el cuidado de sus dolencias. En la dirección contraria, en muchas ocasiones al personal sanitario le cuesta comprender cuáles son las necesidades del paciente en la medida en que no encuentra vías para hacerse con información que considera relevante. En resumidas cuentas, lo que suele ocurrir cuando se pretende prestar atención médica a población inmigrante que desconoce la lengua local es que no se logra una satisfactoria *comunicación clínica*.

La comunicación clínica es fundamental para lograr un efectivo cuidado y protección de la salud y es precisamente por ello que desde la OMS se proclama que todos los pacientes inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas tienen un *derecho* a la comunicación clínica efectiva. A fin de mejorar esta comunicación clínica y como vía para garantizar *aceptablemente* el derecho a la salud de los inmigrantes, diferentes centros de atención sanitaria (tanto en España como en Europa) han establecido protocolos de actuación que pasan por incluir dentro del *staff* de ambulatorios y hospitales personal capacitado para llevar a cabo una primera acogida del inmigrante a fin de explicarle cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos (normalmente trabajadores sociales), personal que preste servicios de asistencia lingüística (interpretación) cuando el inmigrante desconoce la lengua local, capacitadores que sensibilicen al personal sanitario en relación con la importancia de vehicular al máximo la comunicación con el paciente inmigrante, etc.²⁴ De la misma manera, proveer a los usuarios de los sistemas sanitarios de material informativo en su propia lengua, en carteles o folletos informativos, es un elemento esencial para mejorar la comunicación con

el inmigrante.

Pero las barreras comunicativas no son las únicas que bloquean la relación médico / paciente inmigrante. Condiciones derivadas de la diversidad cultural entre el paciente y el sistema de acogida, especialmente las relacionadas con la concepción sobre la salud y la enfermedad, las limitaciones derivadas de las creencias religiosas y prácticas culturales en relación con algunos tratamientos, procedimientos de detección de enfermedades, etc., también resultan determinantes cuando se trabaja con pacientes inmigrantes. En esta línea el nivel de respeto *por* y la capacidad de detección *de* las diferencias religiosas o culturales en relación con el cuidado de la salud es una tarea fundamental que los profesionales sanitarios y el personal de otras disciplinas que actúa como parte del equipo de asistencia a los inmigrantes en relación con su derecho a la salud deben asumir con el mayor compromiso para lograr una atención culturalmente apropiada del inmigrante. La condición de la mujer, la concepción de la sexualidad, los métodos de anticoncepción²⁵, la posibilidad de permitir una auscultación clínica, la utilización de cierto tipo de medicación, la admisibilidad de algunos procedimientos como las transfusiones sanguíneas, el seguimiento de ciertas dietas, entre otros, son elementos que varían en función de las prácticas culturales y religiosas y que en muchas ocasiones pueden condicionar no sólo la posibilidad de que un paciente siga correctamente las indicaciones del personal sanitario, sino incluso de que haga uso de los servicios de salud cuando los necesita.

Para salvar estas distancias es esencial que el personal sanitario conozca las diferencias culturales a que se puede enfrentar y procure prestar sus servicios con el máximo respeto de las condiciones culturales y las prácticas religiosas del paciente, es decir, se aproxime al paciente de manera que lo haga partícipe de las recomendaciones y tratamientos que le indica²⁶.

➤ IV. Consideraciones finales

Si bien es cierto que el colectivo de los inmigrantes puede resultar un grupo de especial riesgo en materia sanitaria, no lo es menos que esta circunstancia no responde a la condición propia del inmigrante, como se percibe por algunos sectores de la sociedad, sino que deriva de los procesos de exclusión social de que son víctimas algunos grupos inmigrados. Dicho de otra forma, el posible riesgo

24. Corbie-Smith, G. *Toward cultural competence in health care*. *Sgim Forum*: 4-5, 2000.

25. Sobre las problemáticas sanitarias específicas de las mujeres inmigrantes vinculadas con el cambio en las pautas de la salud sexual y reproductiva puede consultarse MALGESINI, Graciela, "Migraciones, sanidad y salud", en CLAVIJO, Claudia y AGURRE, Mariano (editores), *Políticas sociales y estado de bienestar en España: Las migraciones*, Informe 2002, Fundación Hogar del Empleado, Madrid 2002. pág. 297-299.

26. BISCHOFF, Alexander, "Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions". Study commissioned by the Ludwig Boltzman Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna, Neuchatel and Basel, 2003.

Artículo

sanitario que puede implicar el colectivo de los inmigrantes no es producto de su condición de inmigrantes sino de los mecanismos de marginación a que se ve sometido, no distando así del riesgo que pueden implicar otros colectivos sociales igualmente marginados. En términos generales las patologías del inmigrante económico regular, con residencia y permiso de trabajo en orden, son similares a las de cualquier nacional que desarrolle su mismo trabajo. Por el contrario, las condiciones de pobreza –que se reflejan especialmente en las deficientes condiciones de vida, hacinamiento, falta de higiene, falta de agua potable, etc.–, la falta de educación básica y formación profesional, las dificultades en el acceso a los servicios básicos, la precariedad del empleo y los largos períodos de desempleo a que se ven avocados por las dificultades de inserción laboral, son factores que colaboran en la exclusión social de ciertos colectivos, entre ellos los inmigrantes, y que repercuten en sus condiciones de salud.

Frente a esto, y si lo que se pretende es garantizar los derechos sanitarios de los inmigrantes respetando las condiciones mínimas de garantía del derecho a la salud señaladas por el Comité de DESC de la ONU, es preciso lograr un mejor conocimiento de las particularidades de la población inmigrante tanto desde el punto de vista estricto-

tamente sanitario, como desde el ámbito cultural y socioeconómico como base para un estudio más profundo de las condiciones sanitarias de este grupo poblacional y de la forma en que el mismo hace uso de los servicios sanitarios. Es preciso tener presente cuáles son los problemas de salud específicos de la población inmigrante, cuáles son las variables culturales y socio-demográficas que pueden determinar sus condiciones de salud, y las posibilidades reales de acceso a los servicios de información que le permiten al inmigrante conocer sus derechos en materia de asistencia sanitaria. Respetar así la cultura del paciente inmigrante es también respetar su derecho a intimidad.

En esta misma línea, la garantía de una adecuada comunicación clínica entre el sistema y los profesionales sanitarios y el inmigrante es un elemento fundamental en relación con el ejercicio de su derecho a la salud. En atención a lo anterior, es preciso potenciar y extender estrategias que, desde los sistemas sanitarios, impliquen a trabajadores sociales, intérpretes o mediadores en las relaciones médico paciente. Igualmente resultaría provechoso implicar a los líderes comunitarios en actividades educativas y de promoción sanitaria, especialmente aquellos de salud pública y de prevención.

Bibliografía

- ACHOTEGUI, J. "Los aspectos psicológicos y psicosociales en la migración: características de los duelos migratorios", en VVAA, *La inmigración, Una realidad en España*, Centro Pignatelli, Seminario de investigación para la Paz, Zaragoza, 2002.
- AGUILAR, Manuel; LAPARRA, Miguel; y PÉREZ, Begoña (Coordinadores), *Investigaciones de base para la elaboración del Plan de Lucha contra la Exclusión Social en la Comunidad de Madrid*, Universidad de Navarra, Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, Septiembre de 2001.
- AJA, Eliseo y DÍEZ, Laura (coords.), *La regulació de la immigració a Europa*, Obra Social Fundació "la Caixa", Barcelona, 2005, pgs. 10 y 11.
- ALBERT, M.J., "Los papeles necesarios: salud ha emitido unas 500.000 tarjetas sanitarias para inmigrantes desde 1999", Diario *El País*, Sevilla, 1 de septiembre de 2005.
- ALONSO OLEA, *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, Editorial Civitas, Madrid, 2ª. Edición 1999.
- ALONSO, Estanislao y JANSÀ, José María "La salut i els immigrants a Catalunya: situació y perspectives", en AJA, Eliseo y NADAL, Mónica (directores) *La immigració a Catalunya avui. Anuari 2003*, Editorial Mediterrània, 2004.
- AÑÓN, M.J. "Ciudadanía diferenciada y derechos de las minorías" en VVAA -De Lucas, editor- *Los derechos de las minorías en la sociedad multicultural*, CGPJ, Madrid 1991.
- BALBO, Eduardo, "Salud mental e inmigración magrebí" en *Revista Salud Global: Salud Mental, Año IV, número 4, 2004*, <http://www.grupoaulamedica.com/saludmental/IV-4-04/inmigra-magreb.htm>.
- BEDOYA, María Helena; COBACHO, Judit; GINÉS, José María; NÚÑEZ, María Teresa y TUÀ, Toni, "La ley 4/2000: Los derechos sociales".
- BISCHOFF, Alexander, "Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions". Study commissioned by the Ludwig Boltzman Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna, Neuchatel and Basel, 2003.

Artículo

- BUJ, Antonio, "La inmigración como riesgo epidemiológico? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio 1990 – 2000, en *Scripta Nova Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* no. 94-95, agosto de 2001, Universidad de Barcelona.
- CAPEL, Horacio, "Las políticas de atención a las necesidades de los inmigrantes de extranjeros de escasos recursos", en *Scripta Nova - Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Vol. VI, no. 117, de julio de 2002, Universidad de Barcelona.
- CARRILLO, Marta Editorial "La ONG [Médicos del Mundo] ha hecho público en informe de Exclusión Social 2000", en *Revista Diario Médico.com*, <http://www.diariomedico.com/edicion/16,1100/InfoExclusion2000/carrillo-01.htm>.
- CORBIE-SMITH, G. *Towrd cultural competence in health care. Sgim Forum: 4-5*, 2000.
- DE LUCAS, Javier, "Cultura, inmigración y Estado", en CLAVIJO, Claudia y AGURRE, Mariano (editores), *Políticas sociales y estado de bienestar en España: Las migraciones*, Informe 2002, Fundación Hogar del Empleado, Madrid 2002.
- GÁMEZ Gámez, Elena y GALINDO Pelayo, José-Pelayo (Coordinadores), *La atención al inmigrante; del aluvión a la solución razonable*, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2002. Consultado por Internet en abril de 2004 en la página web <http://www.semfyec.es/printversion2.php?html=es/actividades/publicaciones/documentos17>.
- GEIGER, Andreas, "Emigración y salud: factores de riesgo hoy y medidas a adoptar", en SOLA, Olga y UGALDE, Antonio (editores), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Comisión Europea, Escuela Andaluza de Salud Pública, Junta de Andalucía, Granada 1995.
- GIRÓN REGUERA, Emilia, "La financiación de los servicios sanitarios de la seguridad social transferidos a las Comunidades Autónomas", en *Revista Presupuesto y Gasto Público*, No. 32, 2003.
- Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, *Documentos Técnicos de Salud Pública No. 91: Inmigración, salud y servicios sanitarios*, Instituto de Salud Pública y Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, junio de 2004.
- MALGESINI, Graciela, "Migraciones, sanidad y salud", en CLAVIJO, Claudia y AGURRE, Mariano (editores), *Políticas sociales y estado de bienestar en España: Las migraciones*, Informe 2002, Fundación Hogar del Empleado, Madrid 2002.
- MARTÍN LASO, Ángeles y otros, "Tribuna: Inmigración y salud", en *Revista electrónica Diario Médico.com*, <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/o,2458,141543,00.htm>.
- MATEY, Patricia, "Atención primaria: ¿Qué hago con este inmigrante?", en *Suplemento de Salud 424*, diario El Mundo, 2001. Publicación electrónica <http://www.el-mundo.es/salud/2001/424/983435657.html>.
- MATEY, Patricia, "Salud Pública: El reto que plantean los inmigrantes es que aprendan a utilizar el sistema", *Suplemento del Diario El Mundo*, Octubre 1 de 2005.
- Migrant.Friend Hospitals Project, "Project Summary". Coordinated by LBISHM WHO Collaborating Center for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Institute for Sociology, University of Vienna.
- Organización Mundial de la Salud –OMS–: Informe de inmigración internacional, *Salud y derechos humanos*, No. 14, 2003.
- RODRÍGUEZ, Carlos "Asistencia a inmigrantes: entre el mito y la realidad" en *Economía de salud.com*, Publicación electrónica http://www.economíadesalud.com/Ediciones/04/pdf/04_EnPortada_Inmigracion.pdf, noviembre-diciembre 2002.
- SAURA Sucar, Mercè, "La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social a los extranjeros", *Scripta Nova Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* no. 94-95, agosto de 2001, Universidad de Barcelona.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria –SEMFYC–, *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable* Documentos no. 17, 2002, Consultado en Internet <http://www.semfyec.es/printversion2.php?html=es/actividades/publicaciones/documentos17>.
- THOMAS, Vicenç, "La multiculturalidad: un nuevo reto para la atención primaria", *Revista Espejo Sanitario* No. 8, nov. 2002, consultada en Internet, <http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/NO82002.HTM>.
- VALLA COMBELLES. O. y GARCÍA-ALGAR, O. "Editorial: Inmigración y Salud", en *Revista electrónica Anales de Pediatría*, enero 4 de 2004, <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13056003>.
- VALTUEÑA Borque, Óscar, "Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España", en *Revista Migraciones* No. 8, Universidad de Comillas, Madrid, diciembre de 2002.
- VVAA: EIDE, A. y HELGEREN, J. Eds., *The future of human rights protection in a changing world. Fifty years since the four freedoms address. Essay in honour of T. Opsahl*, Universitetsforlaget, Oslo.