

LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS INMIGRANTES EN CATALUÑA: POLÍTICAS DE ACTUACIÓN Y RECURSOS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA¹

Mónica Arbeláez Rudas

Doctora en derecho; investigadora del Instituto de Derecho Público de la Universidad de Barcelona

SUMARIO: 1. Elementos para el análisis: el inmigrante como sujeto del derecho a la salud y las particularidades que requiere su trato. 2. La regulación del derecho a la salud de los inmigrantes en Cataluña... 3. Cataluña frente a las necesidades sanitarias de los inmigrantes: planes y programas sobre la materia; 3.1. El *Plan director de inmigración en el ámbito de la salud* –PDIAS–: a. La información sobre la población inmigrante vinculada o potencialmente usuaria del sistema sanitario catalán, b. El *Plan de acogida* de inmigrantes en el sistema sanitario catalán, c. El *Plan de formación* del personal sanitario, d. Estado de salud de la población inmigrante y focalización del PDIAS, e. *Unidades de salud internacional*. 4. Consideraciones finales.

RESUMEN: El presente trabajo pretende presentar, de manera descriptiva pero también analítica, los diferentes instrumentos que ha venido diseñando la Generalitat de Catalunya para definir las políticas de actuación frente a los problemas sanitarios de la población inmigrada y para adecuar la organización del sistema de atención y de prestación de los servicios de salud a las necesidades específicas de este colectivo.

Partiendo de la presentación de la legislación estatal y catalana que reconoce a los inmigrantes ciertos derechos sanitarios y de las particularidades que, derivadas de la propia situación del inmigrado, condicionan la relación del inmigrante con el sistema sanitario catalán, se plantea el estudio del derecho a la salud de los inmigrantes que residen en Catalunya desde dos perspectivas. De un lado se presentan los elementos esenciales reconocidos por el Comité de DESC de la ONU para la garantía de un derecho a la salud en condiciones *aceptables*. De otro, se estudian los contenidos de los diferentes instrumentos normativos, los programas, los planes y los protocolos de actuación que ha hecho servir la administración catalana para canalizar las demandas de una atención sanitaria adecuada, accesible, aceptable y de calidad para la población inmigrada.

¹ Este trabajo ha sido realizado en el marco del Proyecto *El estatuto jurídico y los derechos de los inmigrantes*, Ref. SEJ2005-05368, dirigido por el Profeso Dr. Eliseo Aja. Ha sido publicado originalmente en catalán en *La inmigración en Cataluña hoy: Anuario 2006 (La immigració a Catalunya avui: Anuari 2006)*, publicación de Instituto de Derecho Público de Barcelona y la Fundación Jaume Bofill, Barcelona, 2007.

1. ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS: EL INMIGRANTE COMO SUJETO DEL DERECHO A LA SALUD Y LAS PARTICULARIDADES QUE REQUIERE SU TRATO.

La posición jurídica del inmigrante como sujeto del derecho a la salud está marcada por diferentes elementos que hacen que su relación con los sistemas sanitarios en general, y con el personal sanitario en particular, presente unas características especiales. La condición de inmigrante, los rasgos culturales, las condiciones en que el inmigrante se aproxima a la sociedad de acogida, las posibilidades de obtener información, etc., determinan su accesibilidad 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 (ARBELÁEZ R., M., “Inmigración y salud: ... 2006).

En atención a estas particularidades, y partiendo de la definición según la cual la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencias” (Organización Mundial de la Salud – OMS), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU -en adelante el Comité de DESC de la ONU- ha fijado una serie de indicadores que permiten, además de evaluar las garantías sanitarias ofrecidas en cada sistema normativo en general, estudiar el contenido y alcance del derecho a la salud de la población inmigrante y 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.

Según el Comité de DESC de la ONU todos los Estados deben 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 (Observación General n. 14, párrafo 43). También ha señalado el Comité que el contenido mínimo del derecho a la salud comporta cuatro elementos u obligaciones esenciales básicas a cargo de los Estados, a saber: garantizar la asequibilidad o *disponibilidad* sanitaria –esto es 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*–; garantizar la *accesibilidad* de todos, sin ningún tipo de discriminación, a los establecimientos, bienes y servicios de salud -esta accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: *la no discriminación, la accesibilidad material, la accesibilidad económica, y el acceso a la información*–; garantizar la *calidad* –científica, técnica y humana- de las prestaciones sanitarias; y garantizar la *aceptabilidad* de los servicios sanitarios.

La *aceptabilidad* de los servicios sanitarios se refiere 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; debe tener en cuenta los condicionamientos éticos y culturales que la sociedad asume frente al bienestar físico y mental. En otros términos, esta *aceptabilidad* pasa por acondicionar los servicios sanitarios a las necesidades específicas de ciertos grupos poblacionales en los cuales el factor étnico, el factor de género, el factor cultural, o el hecho de pertenecer a una minoría son elementos que determinan la relación entre el paciente y el sistema sanitario en general, y entre el paciente y el personal sanitario en particular. El nivel de *aceptabilidad* de un sistema sanitario depende, pues, de su capacidad para responder satisfactoria y respetuosamente a las necesidades que se derivan de las particularidades de un grupo poblacional determinado. De ahí que la *aceptabilidad* de la asistencia sanitaria se convierta en un elemento esencial al momento de estudiar la relación de los inmigrantes con los servicios sanitarios de la sociedad de acogida.

Para 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 inmigrante, etc.); las condiciones derivadas de la diversidad cultural entre el paciente inmigrante 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 y su conocimiento en relación con las diferencias que se plantean 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.).

La legislación estatal que reconoce a los inmigrantes ciertos derechos sanitarios, la regulación catalana sobre los derechos sanitarios los inmigrantes y las particularidades derivadas de la propia condición del inmigrante a la hora de relacionarse con el sistema sanitario público de Cataluña, son los principales elementos que determinan el estudio del derecho a la protección de la salud de los inmigrantes en Cataluña. Por ello serán nuestro punto de referencia para luego aproximarnos a los instrumentos que ha venido diseñando la Generalitat para la definición y organización del sistema de atención y de prestación de los servicios cuando ellos se dirigen a la población inmigrada.

2. LA REGULACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS INMIGRANTES EN CATALUÑA.

El derecho a la protección de la salud del inmigrante ha sido consagrado en diversos instrumentos internacionales. En el ámbito doméstico, por su parte, el artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud y sobre tal base constitucional, la Ley General de Sanidad (Ley 14 de 1986 –LGS) regula el Sistema Nacional de Salud. Según el apartado 2 del artículo 1 de esta Ley “[s]on titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”, de donde se desprende que en relación con el derecho a la protección de la salud, la LGS no discrimina entre los españoles y los extranjeros que residen regular o irregularmente en territorio español (ARBELÁEZ R., M. “Los derechos sanitarios de los inmigrantes”, en Aja y otros, ... 2006).

El derecho a la salud de los inmigrantes está consagrado, además, en el artículo 12 de la Ley de Extranjería que reconoce el derecho a la protección

de la salud de los extranjeros residentes en España y que se encuentren empadronados, en igualdad de condiciones con los ciudadanos españoles, es decir, el acceso libre, gratuito e indefinido a todas las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, independientemente de la regularidad o irregularidad de su residencia (artículo 12.1). Los mismos derechos se reconocen en el artículo 12.3 a los extranjeros menores de 18 años, pero esta vez sin mencionar el requisito del padrón, dando un trato preferencial a este grupo por su condición de minoría de edad. En la misma línea, el artículo 12.4 establece la igualdad de derechos entre las españolas y las extranjeras que se encuentre en estado de embarazo, durante el parto y el postparto, independientemente de la situación administrativa de las segundas y de si éstas se encuentran o no inscritas en el registro del Padrón Municipal. A los inmigrantes no empadronados que no sean mujeres gestantes ni menores de edad se les reconoce únicamente el derecho a la atención de urgencia para de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y la continuidad asistencial hasta la situación de alta médica (artículo 12.2). El trato preferente a mujeres gestantes y a los menores de edad, y la universalidad de los servicios de urgencias son los aportes de la Legislación de Extranjería en materia de derecho a la protección de la salud para los inmigrantes (ARBELÁEZ R., M., “La protección de la salud de los inmigrantes: ... 2007).

En cuanto se refiere específicamente a Cataluña, la protección sanitaria de los extranjeros esta determinada por las normas estatales a las que ya se ha hecho referencia y por los mandatos del decreto 188 de 2001, de 26 de junio, de los extranjeros y su integración social en Cataluña, cuyo artículo 7.1 señala que “el departamento de Sanidad y Seguridad Social debe garantizar el derecho de los extranjeros que se encuentren en Cataluña, inscritos en el padrón de un municipio de Cataluña en el que residan habitualmente, a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que al resto de los ciudadanos, de acuerdo con lo que dispone el artículo 12.1 de la Ley Orgánica 4/2000, del 11 de enero.” En relación con los menores, con las mujeres gestantes y en período de lactancia, y con la atención de urgencias para el resto de los extranjeros no empadronados, el artículo 7 del decreto en mención sigue los mismo parámetros establecidos en la legislación estatal de extranjería a que se acaba de

hacer referencia. El acceso al sistema catalán de salud se logra mediante la presentación de la Tarjeta Sanitaria Individual –TSI- para cuyo trámite basta la presentación del certificado de empadronamiento, o, en su caso, el cumplimiento de los parámetros establecidos para acceder a los servicios sanitarios en calidad de personas sin recursos (artículo 4 la Orden del 13 de noviembre de 1990 e instrucción 1/93 del Servicio Catalán de Salud). Esta tarjeta da derecho a acceder a los servicios de atención primaria, especialista y urgencias, y a la subvención farmacéutica, entre otros.

3. CATALUÑA FRENTE A LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LOS INMIGRANTES: PLANES Y PROGRAMAS SOBRE LA MATERIA.

Se ha dicho ya que el artículo 7 del decreto 188 de 2001 de la Generalitat, de 26 de junio, de los extranjeros y su integración social en Cataluña, señala que se ha de garantizar el derecho de los extranjeros que se encuentren en Cataluña a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que al resto de los ciudadanos, de acuerdo con lo establecido por la legislación de extranjería. Pues bien, a partir de aquí, en los últimos años la Generalitat ha puesto en marcha o ha impulsado algunas iniciativas concretas encaminadas a garantizar de la mejor manera posible, los derechos sanitarios de los inmigrantes que se encuentran o residen en Cataluña.

El primer intento por sistematizar políticas y acciones y por establecer criterios normativos específicos para la consecución de este propósito lo encontramos en la Orden SSS/187/2003, de 28 de abril, de creación de la Oficina de Cooperación Sanitaria y Salud Migracional. Mediante esta Oficina la Generalitat busca mejorar la salud de las personas inmigradas y dar respuesta a sus problemas sanitarios específicos. Para ello, se estableció que la finalidad de la oficina sería “dirigir y coordinar las actividades del Departamento de Sanidad y Seguridad Social en materia de atención sanitaria a la población inmigrante destinadas a la asistencia, la prevención, el control, la investigación y la formación de profesionales en Cataluña, con especial atención a las patologías importadas y las enfermedades cosmopolitas” (artículo 2).

Así mismo, y en el marco de la Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de cooperación al desarrollo,

corresponde a la Oficina instrumentalizar y desarrollar programas de cooperación sanitaria internacional.

En cooperación con esta Oficina, en el año 2004 la Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica elaboró el Informe técnico *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña: revisión exhaustiva de la literatura científica* (Barcelona, 2004). El objetivo principal del Informe era identificar de manera muy comprehensiva las necesidades sanitarias de los inmigrantes y describir el panorama de la utilización de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes presentes en Cataluña. A partir de este objetivo, el Informe ofrece como resultado una tipología muy clara de las características medico-sanitarias de la población inmigrante en Catalunya (que no distan casi de la que puede derivar de otras comunidades autónomas con situaciones de inmigración similares), y de sus relaciones con el sistema sanitario en términos de utilización del servicio (frecuencia, servicios más utilizados, etc.) y de las patologías más frecuentes en este colectivo. Con todo, el Informe plantea una preocupación que se verá luego reiterada. Se señala que en términos generales existen serias limitaciones y dificultades para la identificación de la población inmigrante en Catalunya y para obtener datos certeros sobre la misma, y que faltan instrumentos de medición.

También con el propósito de ofrecer herramientas para atender de manera particularizada las necesidades sanitarias de la población inmigrante, el *Plan Ciudadanía e Inmigración 2005-2008 – PCI-* de la Generalitat de Catalunya establece algunas pautas y líneas de acción específicas. Este Plan, en el cual se reconoce la salud como uno de los ámbitos prioritarios en la acción de las políticas sociales de la Generalitat, plantea la necesidad de mejorar el acceso a los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante y busca dar respuesta a situaciones específicas de este colectivo mediante el mejoramiento de la calidad de los servicios y los protocolos de acogida del sistema sanitario. Para ello propone la adecuación de la información y la adaptación de las prácticas médicas para la atención de las personas de contextos culturalmente diversos. Igualmente el PCI contempla como una de sus metas corregir las dificultades que bloquean los procesos de atención sanitaria

universal no normalizada. Adicionalmente, en el marco de sus planes sectoriales el PCI hace hincapié en los procesos de acceso a los servicios sanitarios por parte de la población inmigrada desde diferentes ámbitos.

De un lado señala que conforme al Plan director de inmigración y cooperación del Departamento de Sanidad se deben identificar las desigualdades de salud, el grado de accesibilidad a los servicios y la calidad de los mismos frente a la población inmigrada, y planificar y ordenar los servicios sanitarios con el fin de dar respuesta a los problemas específicos de dicho colectivo. En la misma línea propone la creación de un Programa de acogida al entorno sanitario que permita informar al inmigrante sobre el funcionamiento de los servicios de salud de Cataluña haciendo énfasis en la condición de género que permita garantizar la atención sanitaria de mujeres inmigrantes en condiciones de exclusión.

Esta última propuesta del PCI se concreta en el Programa *Integral de Acogida* –PIA– elaborado por la Secretaría para la Inmigración de la Generalitat de Cataluña en 2006, en el cual se enfatiza en dos aspectos. Como finalidad primera del PIA se plantea la necesidad de diseñar estrategias y material didáctico (especialmente audiovisual y escrito) para informar a las personas inmigradas recién llegadas sobre el funcionamiento del sistema sanitario catalán, los servicios de salud a que tienen derecho, y los procedimientos administrativos para acceder a ellos, además de iniciar un trabajo con la población inmigrada en punto a concienciarla sobre las dificultades sanitarias que le pueden afectar, especialmente en los meses siguientes a la llegada. De otra parte, recogiendo las propuestas contenidas en el documento *Por un modelo de acogida de los inmigrantes necesitados y propuestas* presentada por el Consejo Asesor de Inmigración de la Generalitat (2003), se recalca la necesidad de prestar una atención psicológica específica al colectivo inmigrante, destinada a minimizar las consecuencias de las situaciones de desarraigo y que en muchas ocasiones desestabilizan psicológicamente al inmigrante (especialmente al recién llegado), con las respectivas consecuencias tanto en su vida personal como en la laboral.

El PCI plantea también programas de atención materno-infantil, de atención a la salud de las mujeres y de los menores, de manejo de enfermedades

y tratamiento específicos como la drogodependencia, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y de enfermedades recurrentes en el colectivo inmigrante como la parasitosis y la tuberculosis, así como programas de vacunación dirigidos a este colectivo. En el marco de los Programas de equidad en el ámbito sanitario, por su parte, se busca facilitar que los colectivos específicos que encuentran especial dificultad para adaptarse a los requisitos de los servicios de salud (entre ellos las mujeres que ejercen la prostitución muchas de las cuales con inmigrantes en situación irregular), puedan obtener la TSI,

La sensibilización de los profesionales de los centros de salud y su formación frente a la condición del inmigrante son otro de los objetivos marcados a lo largo del PCI. Para ello busca establecer líneas de actuación específicas relativas a atención de la diversidad y el manejo de los problemas de la población inmigrada prestando especial atención al soporte de los profesionales en la gestión de casos de mutilaciones genitales femeninas. Finalmente, en el marco de las políticas de acomodación se plantea el desarrollo de medidas que permitan el mejoramiento de los programas sobre mediación sociocultural dentro del sistema de salud.

Ahora bien, con el propósito de concretar las diferentes medidas ya plasmadas en los instrumentos hasta ahora mencionados, mediante el decreto 40/2006, de 14 de marzo, la Generalitat crea el *Plan director de Inmigración y Cooperación en el ámbito de la salud y su Consejo Asesor*. En cuanto se refiere en concreto al Plan, el decreto señala que su creación responde a la necesidad de fijar directrices de atención de las necesidades de salud de la población inmigrante y a colaborar en el establecimiento y desarrollo de redes de servicio. Para cubrir esta necesidad, el Departamento de Salud de la Generalitat deberá establecer un Plan director con una periodicidad trienal en el cual se fijarán los objetivos de la atención a la población inmigrante y de la cooperación sanitaria en el desarrollo, y se determinarán las acciones específicas que se pretenden hacer servir para alcanzar dichos objetivos. Así mismo habrá de establecer las directrices para impulsar, coordinar y evaluar las actuaciones necesarias para dar respuesta a las necesidades sanitarias específicas de la población inmigrante y para la atención de la diversidad. El contenido material de cada Plan trienal habrá de con-

templar mecanismos para el análisis de las necesidades sanitarias específicas de los inmigrantes, medidas para mejorar los niveles de acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios, medidas para adecuar los servicios de asistencia sanitaria a las necesidades específicas del colectivo inmigrante y estándares de calidad de la atención a la población inmigrante (artículo 2 del decreto 40/2006). En materia de cooperación sanitaria, por su parte, habrá de definir los criterios de la misma y fijar sus objetivos, analizar las actividades sanitarias en el marco de la cooperación al desarrollo y desarrollar planes de acción para fomentar la investigación en los ámbitos de la inmigración y la cooperación, entre otros. La implementación de las acciones y medidas específicas se hará en colaboración con la Comisión interdepartamental de Inmigración, la Secretaría para la inmigración. (artículo 2 decreto 40/2006).

Visto este panorama, y antes de continuar con la descripción de los instrumentos de que se ha provisto el Sistema catalán de salud para la atención de las necesidades sanitarias específicas de la población inmigrada recogidas actualmente en el *Plan director de Inmigración en el ámbito de la salud* (2006), vale la pena detenerse sobre tres asuntos. El primero es que los elementos definidos en el decreto 40/2006 como componentes necesarios del *Plan director de Inmigración y Cooperación en el ámbito de la salud y su Consejo Asesor*, que se acaban de mencionar, responden claramente a las características establecidas por el Comité de DESC como indicadores de evaluación sobre la garantía del derecho a la salud. Ello denota una preocupación de la administración sanitaria, al menos inicial, por conseguir unos niveles adecuados de accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención sanitaria en relación con el colectivo inmigrante.

De otra parte, llama la atención que las políticas públicas de salud referidas a la atención de la población inmigrante, hasta este momento, se han enmarcado en el contexto de programas globales de cooperación al desarrollo. La propia denominación que da el Decreto 40/2006 de *Plan director de Inmigración y Cooperación en el ámbito de la salud y su Consejo Asesor* da fe de ello y puede dar lugar a equívocos. Si bien es cierto que el hecho de que el inmigrante provenga mayoritariamente de países en vías de desarrollo condiciona,

aunque mínimamente, sus características sanitarias (fundamentalmente en términos patológicos), no es menos que las problemáticas de acceso *a* y de circulación del inmigrante *por* el circuito sanitario catalán una vez que está establecido en el país, nada tienen que ver con temáticas de cooperación al desarrollo ni con políticas de cooperación sanitaria internacional, como parece insinuarse en la Orden SSS/187/2003. Las problemáticas sanitarias que surgen a raíz del crecimiento de la población inmigrante en Cataluña son muy diferentes a las de la cooperación internacional, y se derivan, básicamente, de las características de este grupo poblacional y de la nueva composición de la sociedad catalana y de la diversidad que ella supone, y por tanto son un asunto eminentemente “doméstico”.

Adicionalmente, y muy relacionado con lo anterior, es interesante ver como, a pesar de que la primera aproximación a las problemáticas sanitarias de la población inmigrante se hace mediante la investigación sobre las llamadas patologías importadas o cosmopolitas (como ocurre en el caso de la Oficina de Cooperación Sanitaria y Salud Migracional, de la Sociedad española de medicina tropical y salud internacional –SEMTSI- creada en 1998 y de la *Red catalana de investigación y vigilancia epidemiológica en enfermedades tropicales e importadas* creada en 2002), este enfoque va cediendo espacio a la preocupación por el proceso de integración de la población inmigrante (siempre creciente) en Cataluña. El estudio de las patologías importadas pasa a ser sólo uno (y no el principal) de los factores a tener en cuenta en el proceso de aproximación *a* y aprehensión *de* las problemáticas propias de la población inmigrante en relación con sus derechos sanitarios, y de los ítems a tener en cuenta en las políticas sanitarias relacionadas con este colectivo. La nueva perspectiva responde, como no podía ser de otra manera, a una percepción más inclusiva sobre el proceso de integración del colectivo inmigrante en la sociedad de acogida, y al reconocimiento de la incidencia de estas problemáticas en las políticas públicas internas.

3.1. El Plan director de inmigración en el ámbito de la salud –PDIAS-

A la luz de los comentarios que se acaban de hacer, entraremos ahora a estudiar el contenido del recientemente expedido *Plan director de inmigra-*

ción en el ámbito de la salud -PDIAS-, aprobado por el Acuerdo de Gobierno/238/2006, de 10 de octubre, por el cual se aprueba el Plan director de inmigración y cooperación en el ámbito de la salud 2005-2007.

El PDIAS responde a una de las prioridades trazadas por el Gobierno catalán en el marco de su Plan de salud 2005 – 2007, esto es, el diseño de políticas específicas y adecuadas para la atención de la población inmigrante. Busca dar respuesta a los diversos retos que supone la cada vez mayor presencia de inmigrantes en la sociedad catalana en cuanto a las necesidades de la atención sanitaria y a la competencia de los profesionales sanitarios frente a la interculturalidad. Para ello el PDIAS gira en torno a tres ejes fundamentales: la investigación y la información sobre la población inmigrante vinculada o potencialmente usuaria del sistema sanitario catalán, con el fin de conocer la situación tanto de los inmigrantes residentes en Catalunya como su estado de salud y las tendencias de utilización de los servicios de salud que marca este colectivo; la mejora de la accesibilidad de la población inmigrante a la salud y a los servicios sanitarios mediante programas específicos de acogida de inmigrantes en el sistema sanitario y de formación y sensibilización del personal sanitario en relación con las particularidades culturales de la población inmigrada y su incidencia en la relación del paciente con el sistema sanitario (para lo cual el PDIAS potencia la figura de los mediadores que juegan un papel central tanto en los procesos de acogida como en el decurso de la relación del inmigrante con el sistema sanitario); y la planificación y ordenación de los servicios públicos de salud con el fin de dar respuesta a las necesidades específicas de la población inmigrante. Como cuarto elemento, aunque menos desarrollado a lo largo del Plan, el PDIAS propone reordenar y coordinar la red de Unidad de Salud Internacional de referencia.

El objetivo central del PDIAS es mejorar la salud de la población inmigrada y definir un modelo de organización y de atención de su salud mediante instrumentos específicos de planificación que permitan afrontar las situaciones que plantea el fenómeno de la inmigración.

Los principios básicos que guían el PDIAS son el respeto por el derecho básico de todas las personas a la salud y a la atención sanitaria de calidad

según es reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el derecho a la participación, el deber ciudadano de cuidar su propia salud y la de los otros, el derecho/deber de los profesionales de utilizar las herramientas necesarias para el cuidado de la salud de las personas y el deber del sistema sanitario de adaptarse a los cambios, entre ellos, a los que atañen a la población de referencia.

Así mismo, los valores de la humanización y la integridad de la atención sanitaria, la igualdad, la cohesión, la convivencia, la tolerancia y el respeto por el otro inspiran el PDIAS y se convierten también en herramientas para la lucha contra la xenofobia y el racismo.

Para cumplir con su objeto y desarrollar los principios y valores básicos que lo inspiran, el PDIAS busca mejorar la accesibilidad de la población inmigrada a los servicios sanitarios a través de los programas de acogida, mediación y formación de los profesionales (las propuestas de actuación en este campo se recogen en el proyecto IMM 2 del PDIAS). Las actuaciones que en esta línea se proponen son la planificación y la elaboración de directrices para el conjunto del sistema con el fin de que tanto CatSlut como los proveedores adecuen el servicio a las necesidades de este colectivo. Los programas dependerán del Departamento de Salud pero se estructurará con intervención de la Secretaría de Inmigración del Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Para su puesta en marcha se establece una Dirección General de Planificación y Evaluación y un Consejo Asesor de inmigración en el ámbito de la salud en el seno del cual se constituirán una Comisión Permanente (para trabajar conjuntamente con la Dirección) y aquellos grupos de trabajo que se consideren necesarios para el mejor ejercicio de sus funciones (actualmente acogida, mediación, formación y buenas prácticas en salud, sistemas de información, investigación y salud internacional y cooperación). En cuanto al proceso de planificación de las acciones concretas, el PDIAS contempla, para una primera fase, la creación de una Mesa de Salud e Inmigración del nivel central (Departamento de Salud), y las mesas regionales. En una segunda fase, y en la medida en que se consoliden los Gobiernos Territoriales de Salud –GTS- previstos en el Plan de salud, se espera crear Mesas de salud de los GTS.

a. La información sobre la población inmigrante vinculada o potencialmente usuaria del sistema sanitario catalán

Se ha dicho ya que uno de los ejes del PDIAS es la incorporación de la mejor información posible a fin de calcular y planificar los servicios que se requieren para atender a la población inmigrante. Según el planteamiento del PDIAS, la obtención de cifras lo más certeras posibles sobre la población inmigrante residente en Catalunya (número, rangos etéreos, género, etc.), conjuntamente con los resultados de los procesos de mejora de los sistemas de información que permitan establecer el perfil de utilización de los servicios sanitarios por parte de este colectivo, permitirá planificar mejor los recursos y las cargas de trabajo del personal sanitario en función de las necesidades específicas que la inmigración comporta (las propuestas de actuación en este campo se recogen en los proyectos IMM 1 del PDIAS).

En este ámbito el Registro Central de Asegurados –RCA- es la base de datos poblacional que permite establecer, con mayor certeza, la población vinculada a las diversas Regiones Sanitarias y Áreas Sanitarias Básicas de Salud. Esta base de datos es una herramienta crucial en cuanto refleja toda la población residente en Catalunya que está dada de alta en el sistema sanitario, lo cual mejora incluso los datos que pueden ofrecer los padrones municipales (ya que existen residentes que, aunque no estén empadronados, tienen Tarjeta Sanitaria Individual – TSI). Con todo, la incorporación del factor *nacionalidad* es muy reciente en este registro, de manera que la información que arroja la base de datos del RCA no sea suficiente para determinar a ciencia cierta la realidad de la población inmigrante vinculada a nuestro sistema sanitario. En atención a esto, el PDIAS propone la utilización cruzada de los datos del RCA, del los del registro del Padrón Municipal y de aquel del Instituto Nacional de Seguridad Social –INSS- para obtener una información más exacta sobre la población inmigrante que dispone de TSI en Catalunya.

Esta opción sería sin duda una excelente herramienta para obtener información estadística sobre el número de extranjeros usuarios (y potenciales usuarios) del sistema sanitario de Catalunya, lo cual, a su vez, permitiría planificar mejor los programas dirigidos específicamente a este colec-

tivo. Al respecto, el artículo 16.3 de la LBRL (en su redacción tras la reforma llevada a cabo por la ley 14/2003, de 20 de noviembre), autoriza la cesión de los datos del padrón a otras administraciones públicas que lo soliciten, entre otras, para la elaboración de estadísticas. Al margen de la constitucionalidad de este artículo en general, no podemos dejar de recordar que la utilización de los datos del padrón para la planificación de los servicios sanitarios, que efectivamente puede resultar de gran utilidad, debe hacerse siempre salvando la identidad y los datos personales registrados, cuando no sean indispensables para la función estadística que se busca. Es decir, para garantizar el cumplimiento de la normativa relativa a la protección de datos personales y de la finalidad legal del Registro del Padrón municipal, se habrá de garantizar que los datos que se comuniquen a las administraciones sanitarias para la planificación de su actividad frente al colectivo inmigrante sean únicamente estadísticos, y siempre globales y generales (número de extranjeros empadronados, rango etéreos y cifras sobre sexo, p.j.). En caso de requerir otro tipo de información (nombre, edad de cada uno, situación administrativa, etc.) se deberá contar siempre con el consentimiento previo del interesado antes de ofrecer tal información a otra administración, como garantía del derecho a la autodeterminación informativa reconocido por el Tribunal Constitucional (STC 292/2000).

b. El Plan de acogida de inmigrantes en el sistema sanitario catalán

En el PDIAS se reconoce que existen una serie de factores que incrementan las dificultades para acceder al sistema sanitario cuando el interesado es un inmigrante. Entre ellos destacan la alta movilidad (desplazamientos) que se presenta en este colectivo, el desconocimiento de los derechos sanitarios que tienen y del funcionamiento del sistema sanitario español, la inseguridad derivada de la condición administrativa irregular y la precariedad laboral que conlleva el miedo del inmigrante a ser despedidos por ausentarse e horario laboral. Estas dificultades derivan en la existencia de un alto porcentaje de inmigrantes residentes en Cataluña sin tarjeta sanitaria individual. Adicionalmente, en relación con el colectivo inmigrante se identifican mayores dificultades para conseguir la continuidad asistencial, y para garantizar la buena comunica-

ción entre los trabajadores sanitarios y los pacientes inmigrantes.

Para hacer frente a estos asuntos el PDIAS establece, entre otros un Plan de acogida que se conforma de una serie de programas y acciones cuyo objetivo es mejorar, coordinar y optimizar la información para garantizar el acceso de la población inmigrante al sistema de salud. Para ello dispone la elaboración de material didáctico de información (en diversas lenguas), la adecuación de los registros y de la información de que se dispone, la tramitación de la TSI a todas las personas que lo soliciten (especialmente de las recién llegados o en situación de exclusión), la identificación de los colectivos más vulnerables dentro de los inmigrantes, la creación de una red de trabajo entre las diferentes administraciones sanitarias, y la prestación de servicios específicos en los diferentes niveles de atención -primaria, especializada, hospitalaria, de urgencias, salud mental y atención socio-sanitaria (las propuestas de actuación en este campo se recogen en el proyecto IMM 2.1 del PDIAS).

Adicionalmente, en el marco de las políticas de acogida, de igualdad y de acomodación de que trata el PCI, el PDIAS propone impulsar la figura del mediador cultural en el ámbito sanitario.

El mediador se concibe como un elemento del sistema cuyo objetivo es disminuir las dificultades y las barreras que se interponen entre el inmigrante y el sistema de salud, y ayudarle a resolver los conflictos que se le puedan presentar tanto en los procesos y trámites administrativos como en la relación con el personal sanitario (las propuestas de actuación en este campo se recogen en los proyectos IMM 2.2 y 2.3 del PDIAS). La función del mediador así concebida, así como el bagaje adquirido por el personal sanitario en los procesos de formación y sensibilización frente al fenómeno migratorio (de los cuales nos ocuparemos enseguida), serán la base para garantizar, por un lado, una atención sanitaria *aceptable*, y por el otro, una adecuada *comunicación clínica* fundamental para lograr una efectiva protección de la salud.

c. El Plan de formación del personal sanitario

La *diversidad cultural* entre el paciente y el sistema de acogida, la condición de la mujer, la concepción de la sexualidad, los métodos de anti-

concepción, 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 en muchas ocasiones condicionan 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 (MALGESINI, G., “Migraciones, sanidad y salud”, ... 2002). 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, deben asumir con el mayor compromiso para lograr una atención culturalmente apropiada del inmigrante. Para salvar las distancias culturales entre el paciente y el equipo de asistencia sanitaria es esencial que este último conozca las características de las diversas culturas a las que pertenecen sus pacientes y procure prestar sus servicios con el máximo respeto a sus condiciones culturales y a sus prácticas religiosas, es decir, que se aproxime al paciente haciéndolo partícipe de las recomendaciones y tratamientos que le indica (BISCHOFF, A. “Caring for migrant and minority ... 2003).

Para atender a esta necesidad el PDIAS plantea el Plan de formación cuyo objetivo fundamental es facilitar a los profesionales de la salud (y a aquellos que desde otras disciplinas trabajan en el entorno sanitario) los conocimientos y las habilidades necesarias para resolver el reto que supone la multiculturalidad en el marco del proceso asistencial. Se busca garantizar la calidad de la atención sanitaria tanto desde el punto de vista del servicio y de los medios técnicos y científicos, como desde el entendimiento de la realidad cultural propia del paciente. Utilizando los términos del Comité de DESC, se podría decir que estos procesos formativos están dirigidos a garantizar una atención sanitaria *aceptable* (las propuestas de actuación en este campo se recogen en el proyecto IMM 2.4 del PDIAS).

En esta línea, ya desde 2005 la Generalitat cuenta con una *Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario* elaborada

por la Dirección General de Asuntos Religiosos y el Departamento de Salud, y que tiene como finalidad facilitar a todo el personal sanitario la información sobre las particularidades religiosas, y las peticiones que ello conlleva, que pueden presentar una persona de otra cultura cuando se encuentra ingresada en un centro hospitalario, y que propone algunas líneas de actuación en el trabajo con estos pacientes. Para lograr una atención *aceptable* (en términos del Comité de DESC) de las personas pertenecientes a las diversas confesiones en el ámbito hospitalario, la guía ofrece una serie de fichas sobre las principales características y hábitos de culto de cada religión, la dieta seguida por sus fieles, los tratamientos o el tipo de medidas asistenciales que prohíbe una determinada religión, etc. (se trabajan la iglesia católica, evangélica, islámica, judaica, budista, adventista del séptimo día, de Jesucristo de los santos de los últimos días, hinduista, la fe Bahá'í, el Sikhisme y los Testigos cristianos de Jehová).

Ahora bien, antes de continuar quisiéramos llamar la atención sobre el hecho de que, con los tres planes que se acaban de describir, la administración sanitaria está dando cumplimiento a algunos de los que la OMS ha considerado como requisitos básicos de un servicio de salud *aceptable*, esto es, que exista un sistema de acogida y mediación que garantice, entre otros, el *derecho a la comunicación clínica* del paciente inmigrante. Este derecho, del cual son sujetos todos los pacientes inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas o culturales, consiste en el derecho del usuario del sistema sanitario a establecer una comunicación fluida con el personal sanitario para hacerle entender sus padecimientos y para comprender las indicaciones que se le ofrecen en relación con el cuidado de su salud. La garantía de la comunicación clínica implica, por tanto, que el personal sanitario y de atención al paciente esté sensibilizado frente a la importancia de vehicular al máximo la comunicación con el inmigrante, y esté capacitado para llevar a cabo una primera acogida y para prestarle servicios de asistencia lingüística (interpretación) cuando el inmigrante desconozca la lengua local (CORBIE-SMITH, G. *Toward cultural ...* 2000). Proveer a los usuarios de los sistemas sanitarios de material informativo en su propia lengua, en carteles o folletos, es también un elemento esencial para mejorar la comunicación con el inmigrante.

d. Estado de salud de la población inmigrante y focalización del PDIAS

La intervención sobre aspectos específicos de la salud de la población inmigrante que propone el PDIAS, y que en algunos casos sigue programas y protocolos previos a su formulación, esta determinada por dos factores. De un lado, por el hecho de que el PDIAS es un Plan diseñado como una pieza (una parte) del Plan de Salud 2010 al cual se espera que contribuya, especialmente en cuanto se refiere a la disminución de las barreras y desigualdades que se hacen más evidentes en relación con la población inmigrante; se busca que el PDIAS favorezca la consecución de los objetivos estratégicos del Plan de Salud 2010, y específicamente en el campo de la salud materno infantil, la detección y el tratamiento de la infección por VIH / SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis y el cáncer.

El segundo factor está establecido por el propio PDIAS y hace referencia a las características diferenciales de las necesidades sanitarias y las tendencias de utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en relación con la población autóctona; para establecer estas características diferenciales el PDISA se basa en los resultados arrojados por estudios previos al Plan (Agència d'avaluació... 2004). En esta línea el PDIAS establece como principales problemas de salud en relación con la población inmigrante residente en Catalunya, los siguientes:

La salud sexual y reproductiva. En este aspecto el PDIAS reconoce que la mujer presenta una mayor vulnerabilidad en relación con su salud afectivo-sexual y reproductiva y por tanto esta sometida a mayores riesgos. Reconoce también una mayor utilización de los servicios de ginecología y obstetricia ya que en este colectivo el porcentaje de embarazos es más alto. Otro aspecto de la salud de la mujer inmigrante que contempla y que preocupa desde antes de la expedición del PDIAS es el relativo a la mutilación genital femenina. En relación con este último, la demarcación sanitaria de Girona ha sido pionera en la implementación del *Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina* elaborado por la Comisión de trabajo de violencia doméstica - subcomisión de trabajo para establecer criterios y determinar los principios generales de actuación para casos de mutilación genital femenina (Girona, 2003 y actualizado en

2006) que establece los protocolos de actuación a seguir en el ámbito sanitario para detectar factores de riesgo, las consecuencias de esta práctica para la salud psíquica y sexual de la mujer, y un marco jurídico de referencia sobre la connotación delictiva de dicha práctica (las propuestas de actuación en este campo se recogen en los proyectos IMM 3.1 y 3.7 del PDIAS).

Salud infantil. Se considera que el nivel de cobertura de los servicios es bueno aunque el porcentaje de seguimiento del *Programa de seguimiento del niño sano* por la población inmigrante está unos ocho puntos por debajo del de la población autóctona. En el marco de este Programa, y desde antes de la publicación del PDIAS, el Departamento de salud de la Generalitat había establecido un *Protocolo de atención a menores inmigrantes* (2005) que tiene por objeto identificar y atender las necesidades sanitarias de cuatro grupos específicos de menores: hijos de inmigrantes nacidos en España y que siguen el *Programa del nen sa*, hijos de inmigrantes que han pasado temporadas en los países de origen de sus padres, hijos de inmigrantes que regresan de estancias en el país de origen de sus padres y menores inmigrantes recién llegados. El programa presta especial atención a los hábitos alimenticios, al consejo alimentario, la detección de enfermedades parasitarias e infecciones y a los aspectos socio sanitarios. Para la atención de estas últimas, ya desde 2001 la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat cuenta con el *Protocolo de actuación para el control de enfermedades parasitarias en inmigrantes* dirigido al personal sanitario de atención primaria y que abarca cinco ejes, a saber, la detección y tratamiento de menores asintomáticos pero que pueden estar parasitados, tests específicos para menores inmigrantes en función del lugar de procedencia, procedimientos y tratamiento de pacientes sintomáticos, los tratamientos recomendados para cada parasitosis y un apartado específico dedicado a la malaria y la leishmanosis en virtud de la frecuencia con que se presentan estas enfermedades y la gravedad de las mismas. La **salud mental de los infantes** es otro punto del que se ocupa especialmente el PDIAS estableciendo algunos lineamientos para el trabajo y tratamiento en relación con el conocido como “duelo migratorio” (as propuestas de actuación en este campo se recogen en los proyectos IMM 3.5 y 3.6 del PDIAS).

La salud mental. Las patologías relacionadas con la salud mental, como se ha dicho ya, son muy

frecuentes en el colectivo inmigrante, especialmente durante los meses inmediatamente posteriores a la migración. El duelo migratorio, el estrés múltiple (denominado síndrome de Ulises) y los estados depresivos producidos por todos los cambios que comporta el hecho migratorio en este colectivo son nuevos problemas de salud que es necesario detectar, tratar y especialmente prevenir (sobre estas patologías, ACHÓTEGUI, J., “Estrés límite y salud mental: ... 2006). Para atender estas patologías, además de las medidas propuestas por el PDIAS, en Cataluña se cuenta con los servicios que ofrece el SAPPPIR -Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados que funciona desde 1994 en la Fundación Hospital San Pedro Claver de Barcelona- que trata los problemas del colectivo inmigrante desde una perspectiva esencialmente sanitaria (las propuestas de actuación en este campo se recogen en el proyecto IMM 3.2 del PDIAS).

La tuberculosis y la infección por VIH / SIDA son dos afecciones que según el PDIAS tienen especial incidencia en relación con la salud de los inmigrantes. En cuanto a la primera, el Plan señala que los niveles de morbilidad tuberculosa que desde 1990 mostraban una clarísima tendencia a la baja en Cataluña, han comenzado a subir nuevamente especialmente entre la población nacida fuera de España en la cual el índice de infección es casi cuatro veces mayor al de la población autóctona. Esta problemática había sido previamente detectada por la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat desde la cual se elaboró el *Protocolo de actuación para el control y la prevención de la tuberculosis en los inmigrantes y en los casos importados* (2003 actualizado a 2005) y cuyos ejes centrales son los protocolos de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de la infección (las propuestas de actuación en este campo se recogen en el proyecto IMM 3.3 del PDIAS). En relación con la **infección por VIH/SIDA**, reconocida como una de las principales consecuencias de la marginación socio sanitaria en que viven muchos de los inmigrantes en sus países de procedencia, el PDIAS llama la atención sobre el hecho de que a partir de 1999 el porcentaje de casos de SIDA detectados entre la población inmigrante, que se mantenía entre el 3% y el 5%, ha venido aumentando hasta alcanzar el 17,6% en 2003 (las propuestas de actuación en este campo se recogen en el proyecto IMM 3.4 del PDIAS).

La salud laboral, la detección y tratamiento de posibles patologías importadas, la drogodependencia, la salud buco-dental y la utilización de los recursos de farmacia son otros de los puntos de focalización de las políticas sanitarias que el PDIAS señala como claves en la atención de las particularidades que presenta la población inmigrante.

e. Unidades de salud internacional

La preocupación por las enfermedades importadas y las consecuencias que pueden acarrear tanto para la salud de los inmigrantes como para la de los autóctonos y para de salud pública en general, se canaliza, en el marco del PDIAS, en los programas de reordenación y coordinación de la *Red de Unidades de Salud internacional*. El objetivo de los programas que se desarrollan en este ámbito es establecer un modelo general de Unidad de salud internacional que incluya protocolos de atención a las patologías específicas de la población inmigrante, la docencia y la investigación sobre estas materias. En relación con este campo vale la pena recalcar que el propio PDIAS reconoce que las problemáticas derivadas de este tipo de patologías son mínimas y que el número de inmigrantes que las padecen no representan, numéricamente, un peso importante en los problemas sanitarios de la población inmigrada. De aquí que el peso específico que se le concede a este asunto en relación con los demás aspectos de la atención socio sanitaria de los inmigrantes sea cada vez menor, de lo cual también da cuenta el propio Plan (las propuestas de actuación en este campo se recogen en el proyecto IMM 4 del PDIAS).

4. CONSIDERACIONES FINALES.

Con miras a garantizar los derechos sanitarios de los inmigrantes respetando las condiciones mínimas señaladas por el Comité de DESC de la ONU, es necesario conocer 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 cuáles las posibilidades reales de acceso que tiene el inmigrante a los servicios de información que le permiten conocer sus derechos en materia de asistencia sanitaria. Lograr una ade-

cuada *comunicación clínica* que garantice al inmigrante tanto el acceso a la información suficiente para poder acceder al sistema sanitario como una relación médico/paciente fluida y adecuada en términos clínicos son elementos esenciales para garantizar, a este grupo poblacional, una atención sanitaria *aceptable* y de calidad. En relación con estas necesidades el papel de la administración Autonómica es fundamental en cuanto al desarrollo de sus competencias en el campo sanitario se refiere. De ello depende que se pueda o no garantizar a los inmigrantes el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad y con atención de sus particularidades socio-culturales.

La atención socio-sanitaria *aceptable* de la población inmigrada, la eliminación de las barreras de acceso al sistema catalán de salud y la implantación de las herramientas necesarias para la consecución de estos objetivos generales son los retos que guían las propuestas del actual *Plan director de inmigración en el ámbito de la salud* en el cual se recogen, además, los esfuerzos anteriores de las autoridades sanitarias y de las unidades encargadas del fenómeno migratorio, por lograr un sistema sanitario más inclusivo y más acorde con las necesidades específicas del colectivo inmigrante.

La evaluación del Plan, en este sentido, no puede ser sino positiva en la medida en que, además de presentar los diversos esfuerzos de la administración catalana por favorecer una asistencia sanitaria de calidad y *aceptable* para la población inmigrante, evidencia dos asuntos fundamentales en relación con las políticas de atención socio-sanitaria de este colectivo. Por un lado, demuestra que existe una preocupación seria por atender los lineamientos señalados por el Comité de DESC de la ONU en cuanto a los elementos básicos del derecho a la salud se refiere, esto es, en cuanto a los cánones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención sanitaria, y a la necesidad de que los mismos se hagan extensibles a todos los colectivos que conforman la sociedad multicultural. En esta línea, además, el PDIAS evidencia una clara coincidencia entre sus objetivos y ejes centrales y los elementos que señalamos como fundamentales para considerar la atención sanitaria a inmigrantes como *aceptable*: a la preocupación por la condición propia del inmigrante y por los elementos (culturales, idiomáticos, religiosos etc.) que condicionan la posición del paciente

inmigrante frente a los sistemas de salud, el PDIAS responde con el *Plan de acogida* y el sistema de mediadores; a la preocupación por la modulación de la actitud de los profesionales hace frente con el *Plan de formación*.

De otro lado, el planteamiento global del PDIAS pone de relieve la apreciación que avanzábamos antes en cuanto al cambio de enfoque sobre la atención de los problemas sanitarios derivados del aumento de la población inmigrante en Catalunya. Las preocupaciones sobre las necesidades socio-sanitarias de los inmigrantes se alejan cada vez más de las políticas de cooperación y salud internacional. El énfasis que antes se ponía en el campo de la investigación *sobre* y tratamiento *de* las llamadas enfermedades importadas, se desplaza para dar paso a las preocupaciones relacionadas con los procesos de integración socio-sanitaria del inmigrante, su acogida en el sistema sanitario y las necesidades específicas que un servicio sanitario *aceptable* debe cubrir en relación con este colectivo.

Todas las medidas del nuevo PDIAS, que reordenan una serie de programas, actuaciones y esfuerzos concretos que se venían desarrollando desde diversas unidades del sistema sanitario catalán, encajan, sin lugar a dudas, dentro de esfuerzos más generales que propenden por una mayor y mejor integración social de los inmigrantes en la sociedad catalana, y que, en tanto tales, deben ser impulsadas al máximo a fin de conseguir una verdadera convivencia entre culturas que permita, además, que los inmigrantes no se vean discriminados en el ejercicio de sus derechos, y que se potencien sus ventajas para el desarrollo de la sociedad catalana.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- ACHÓTEGUI, Josefa, “Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”, en *Revista Migraciones n. 19*, 2006.
- ARBELÁEZ RUDAS, Mónica “Los derechos sanitarios de los inmigrantes”, en Aja, Montilla y Roig (Coords.), *Las Comunidades Autónomas y la inmigración*, Tirant Lo Blanch, Institut de Dret Públic, Barcelona, 2006.
- ARBELÁEZ RUDAS, Mónica, “Inmigración y salud: la protección de la salud frente a la diversidad cultural” en *Revista de Bioética y Derecho n. 7*, de Julio de 2006.
- ARBELÁEZ RUDAS, Mónica, “La protección de la salud de los inmigrantes: notas sobre su regulación en España”, en Aparicio, Illamola, Moya y Rodera (Coords.), *Las fronteras de la ciudadanía en España y n la Unión Europea*, Universitat de Girona, 2007.
- BISCHOFF, Alexander, “Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions”. *Study commissioned by the Ludwig Bolzman Institute for the Sociology of Health and Medicine*, Vienna, Neuchatel and Basel, 2003.
- CORBIE-SMITH, G. *Toward cultural competence in health care*. Sgim Forum: 4-5, 2000
- 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.
- Agència d’avaluació de tecnologia i recerca mèdica, Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a catalunya: revisió exhaustiva de la literatura científica, Barcelona, maig de 2004.
- Consell Assessor d’Immigració de la Generalitat de Catalunya, *Per un model d’acollida dels immigrants necessitats i propostes*, Barcelona, 2003.
- Generalitat de Catalunya, Departament de salut, *Pla director d’immigració en l’àmbit de la salut*, Barcelona, octubre de 2006.
- Generalitat de Catalunya, Departament de salut, *Protocol d’atenció a infants immigrants*, Barcelona, setembre de 2005.
- Generalitat de Catalunya, Direcció general d’afers religiosos - Departament de Salut, *Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l’àmbit hospitalari*, 2005.
- Generalitat de Catalunya, Direcció general de salut pública, *Protocol d’actuació per al control i la prevenció de la tuberculosi en els immigrants i en els casos importats*, Barcelona, versió actualitzada 2005.
- Generalitat de Catalunya, Direcció general de salut pública, *Protocol d’actuació per al control de malalties parasitàries en immigrants*, Barcelona, 2001.
- Generalitat de Catalunya, Pla de Ciutadania i Immigració 2005-2008
- Secretaria per a la Immigració de la Generalitat de Catalunya, *Programa Integral d’Acollida –PIA-*, 2006.
- Varios Autores, Comissió de treball de violència domèstica subcomissió de treball per establir criteris i determinar els principis generals d’actuació per a casos de mutilació genital femenina, *Protocol de prevenció de la mutilació genital femenina*, Girona 2003 (actualització a 2006).