

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema «Salud y migración»

(2007/C 256/22)

Mediante carta del 14 de febrero de 2007, la futura Presidencia portuguesa solicitó al Comité Económico y Social Europeo que elaborara un dictamen exploratorio sobre la «Salud y migración».

La Sección Especializada de Empleo, Asunto Sociales y Ciudadanía, encargada de preparar los trabajos en este asunto, aprobó su dictamen el 18 de junio de 2007 (ponente: Sr. Sharma, coponente: Sra. CSER).

En su 437º Pleno de los días 11 y 12 de julio de 2007 (sesión del 11 de julio de 2007), el Comité Económico y Social Europeo ha aprobado por 109 votos a favor, 3 en contra y ninguna abstención el presente Dictamen.

1. Conclusiones

Este dictamen aborda los vínculos entre salud y migración y, como tal, no abre un debate sobre la migración propiamente dicha. La migración es importante para la economía de la UE; es un proceso continuo en el que participa una proporción significativa y cada vez mayor de la población, tanto comunitaria como mundial.

Es importante que las políticas de la UE y de los Estados miembros proporcionen un nivel elevado de protección de la salud a los migrantes y sus familias. Ello requiere tomar medidas en un gran número de ámbitos políticos, como el empleo, la salud y seguridad en el trabajo, la educación y la protección social, así como la promoción de la salud y la atención sanitaria.

El Dictamen determina una serie de problemas sanitarios con que se enfrentan los migrantes y sus implicaciones para la salud pública, que requieren la intervención de los Estados miembros y la Unión Europea.

1.1 Recomendaciones

Una globalización humanista ⁽¹⁾ y justa ⁽²⁾ debe basarse en: a) valores universales y el respeto de los derechos humanos, así como en el respeto de un alto nivel sanitario y de seguridad alimentaria para todos los grupos de población, en particular los más vulnerables; b) la diversidad cultural y lingüística; y c) el intercambio y difusión de conocimientos entre todos.

Por lo que respecta a los derechos humanos universales, el CESE formula las siguientes recomendaciones:

1.1.1 Se podrían crear puntos de encuentro y centros de información que faciliten el acceso de los inmigrantes a la información sobre la atención social y sanitaria, obtenidas de personas que pertenezcan a las mismas minorías inmigrantes y que trabajen en esos centros, así como un punto centralizado para la cooperación entre las autoridades, ONG dedicadas a los inmigrantes y aquellas de los países de acogida.

1.1.2 Los Estados miembros, al igual que la Unión Europea en su conjunto, deberían reforzar la cooperación con las organi-

zaciones internacionales en el ámbito de la salud de los inmigrantes y supervisar y evaluar los problemas y beneficios a nivel local, regional, nacional y europeo;

1.1.3 Introducir programas nacionales de salud pública en la educación teniendo en cuenta las culturas minoritarias.

1.1.4 Se podrían establecer un fondo especial de compensación y programas en el ámbito de la formación, reasentamiento y cooperación entre los países de acogida y los de origen.

1.1.5 El acceso a los tratamientos médicos y a los cuidados preventivos debería proporcionarse, como un derecho humano, a todas las personas que residan en la UE, independientemente de su estatus, de conformidad con lo dispuesto en la Carta de los Derechos Humanos Fundamentales, que garantiza el acceso a los cuidados preventivos y a la atención médica.

1.1.6 En los casos en que no existan, se deberían introducir cláusulas de confidencialidad entre pacientes e instituciones médicas para garantizar que no se pueda divulgar a terceros ningún dato relacionado con el estatus de migrante de una persona. Ello permitirá que esta cuestión no sea un obstáculo para los migrantes que deseen recurrir a una ayuda o un tratamiento médico, especialmente en el caso de inmigrantes irregulares.

1.1.7 Los Estados miembros y la UE deberían cooperar para mejorar la recopilación de datos y las investigaciones sobre la migración y la salud en la UE.

1.1.8 La salud debería considerarse como una dimensión esencial de la migración.

1.1.9 Las evaluaciones del impacto sanitario deberían analizar las posibles repercusiones de las políticas sanitarias y no sanitarias en la salud de los migrantes.

1.1.10 Los Estados miembros con tradición de servicios de salud especializados en medicina tropical deben ofrecer sus competencias a todos los residentes en la UE y mantener una investigación de calidad en terapias para enfermedades tropicales, en especial el paludismo.

⁽¹⁾ Véase el Dictamen del CESE de 31 de mayo de 2007 sobre el tema «Los retos y oportunidades de la UE en el contexto de la globalización» (Dictamen exploratorio); ponente: Sr. Malosse; coponente: Sr. Nilsson (DO C 175 de 27.7.2007).

⁽²⁾ OIT. A Fair Globalization (Una globalización justa), 2004.

1.1.11 Se necesitan unos mecanismos más adaptados para determinar y responder a las necesidades sanitarias de todas las categorías de migrantes lo antes posible después de su llegada. Se requiere una mayor cooperación entre la UE y los Estados miembros para cubrir las necesidades inmediatas de los migrantes con necesidades médicas urgentes, en particular garantizando los servicios de un intérprete.

1.1.12 Se debería dar prioridad a la salud de los migrantes en el trabajo. Ello requiere que los interlocutores sociales colaboren y que las autoridades competentes garanticen el mantenimiento de unas normas elevadas de salud y seguridad en el trabajo en los sectores en los que hay muchos migrantes empleados. Asimismo, se deberían desarrollar ulteriormente los programas de promoción de la salud en el trabajo, en colaboración con los servicios basados en la comunidad, para contribuir a satisfacer las necesidades de los migrantes que trabajan y de sus familias.

1.1.13 Los programas escolares de promoción de la salud también deberían considerarse como una manera de velar por las necesidades sanitarias de los niños migrantes. Se debe dar especial prioridad a la salud de los niños migrantes. Los servicios de salud escolar y preescolar deben responder a las necesidades de todos los niños en su diversidad, lo cual incluye a los hijos de migrantes, con especial atención a los niños que acaban de llegar.

1.1.14 Se deberían desarrollar una atención sanitaria y unos servicios preventivos culturalmente apropiados y sensibles sin hacer concesiones en cuanto a la prohibición de practicar la ablación genital femenina.

1.1.15 Los profesionales de la salud deberían recibir una formación permanente que les ayude a responder a las necesidades cambiantes de las comunidades de migrantes.

1.1.16 La contratación de personal sanitario formado en países en desarrollo debe verse desde una perspectiva de desarrollo conjunto que facilite su retorno tras una estancia temporal o que ofrezca una compensación al país de origen que ha cubierto la formación. La Comisión debe considerar ámbitos de buenas prácticas para proceder a una contratación ética de personal médico procedente de terceros países, con vistas a proponer un Código de Buenas Prácticas de la UE.

1.1.17 Se debería reforzar el papel de las autoridades encargadas de controlar la salud pública y alentar el intercambio de buenas prácticas para lo que las autoridades comunitarias deberían actuar como coordinadores.

1.1.18 Conviene fomentar el diálogo intercultural centrándose, en particular, en la salud y la atención sanitaria ⁽³⁾.

⁽³⁾ Véase el Dictamen del CESE de 20.4.2006 sobre la «Propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al Año europeo del diálogo intercultural (2008)» — COM(2005) 467 final — 2005/0203 (COD), ponente: Sra. CSER (DO C 185 de 8.8.2006).

1.1.19 El CESE reitera su recomendación de que los Estados miembros apliquen los convenios de la OIT relativos a los migrantes ⁽⁴⁾.

2. Antecedentes

2.1 El Comité Económico y Social Europeo acoge con agrado el continuado interés de la Presidencia portuguesa por estudiar la cuestión de la salud pública y la migración. Las presidencias alemana, portuguesa y eslovena ya habían afirmado que «la política sanitaria desempeña un papel fundamental dado que una mejor prevención y una atención sanitaria transfronteriza aportarán beneficios directos a los ciudadanos europeos» ⁽⁵⁾.

Las tres presidencias se han comprometido a combatir activamente las desigualdades que existen entre los migrantes en lo que respecta al acceso a los servicios sanitarios. También se ha decidido apoyar una amplia gama de actividades comunitarias para contribuir a proporcionar a todos los ciudadanos un nivel elevado de salud. Estas actividades se centrarán en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la innovación y el acceso a la atención sanitaria.

2.2 El Comité ya ha adoptado numerosos dictámenes sobre el tema de las migraciones regulares e irregulares ⁽⁶⁾, de manera que el presente dictamen exploratorio se centrará en las cuestiones de salud. Invitamos a la Presidencia portuguesa y a las demás partes interesadas a consultar nuestros trabajos anteriores en el ámbito de la migración.

⁽⁴⁾ La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares se aprobó en 1990 y entró en vigor en julio de 2003. Completa el Convenio de la OIT sobre los trabajadores migrantes, de 1949 (nº 97) y el Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), de 1975 (nº 143). Estos tres convenios forman un marco que regula los derechos de los trabajadores migrantes y las cuestiones de migración irregular. Se integran en un contexto político más amplio en el que también se incluyen unos tratados adoptados recientemente por las Naciones Unidas sobre la trata de seres humanos, el contrabando y la explotación, como la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000), su Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños (2000) y el Protocolo contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire (2000), el Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (2000), así como la Convención anterior de 1951 y el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados. Aunque hasta ahora sólo unos pocos países y, en su caso, organizaciones económicas regionales, han ratificado estas convenciones (exceptuando los tratados relativos a los refugiados), estos instrumentos proporcionan unos elementos importantes para un programa más global.

⁽⁵⁾ Consejo de la Unión Europea, Programa de 18 meses de las Presidencias alemana, portuguesa y eslovena, Bruselas, 21 de diciembre de 2006.

⁽⁶⁾ Véanse los siguientes dictámenes del CESE:

- «La inmigración en la UE y las políticas de integración: colaboración entre los gobiernos regionales y locales y las organizaciones de la sociedad civil», de 13.9.2006, ponente: Sr. Pariza Castañón (DO C 318 de 23.12.2006).
- «Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo — Programa de La Haya: Diez prioridades para los próximos cinco años — Una asociación para la renovación europea en el ámbito de la libertad, la seguridad y la justicia» de 15.12.2005, COM(2005) 184 final, ponente: Sr. Pariza Castañón (DO C 65 de 17.3.2006).
- «Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a las estadísticas comunitarias en el ámbito de la migración y la protección internacional» de 20.4.2006, COM(2005) 375 final — 2005/0156 (COD), ponente: Sra. Sciberras (DO C 185 de 8.8.2006).

3. Introducción

3.1 Se ha escrito mucho sobre el tema de la migración y la salud. El presente dictamen está basado en un documento elaborado recientemente para el Programa de análisis políticos e investigación de la Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales (Carballo & Mboup, septiembre de 2005). Se mencionan otras referencias a lo largo de todo el dictamen.

3.2 La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». En el presente dictamen se sostiene que la «salud», tal y como se acaba de definir, es un derecho humano.

3.3 La salud de los migrantes y de los refugiados es importante por muchas razones, entre ellas:

- ejercicio de los derechos humanos universales y respeto de la dignidad humana;
- la magnitud de la pérdida de vidas humanas, las enfermedades y los riesgos para la salud que padecen, en particular, los migrantes ilegales;
- los riesgos sanitarios que afrontan muchos migrantes que se desplazan a un nuevo país;
- un acceso desigual a la asistencia sanitaria y social;
- los riesgos que conlleva para el resto de la población, y
- el riesgo, para el país de origen, de perder profesionales de la salud.

	2006	2005	2004	2003	2002
Solicitudes de derecho de asilo en la UE	266 270	350 103	421 236	532 300	640 347
Número de solicitudes aceptadas	38 857	46 742	35 872	41 823	59 705
% de solicitudes aceptadas	22,71	20,55	13,36	12,4	14,73

En los últimos años la migración, tanto legal como irregular, ha aumentado en varios países del sur de Europa, como Portugal, España e Italia. Muchos de estos migrantes vienen del norte de África o del África subsahariana, de América Latina, de Asia y de los países de la CEL.

4.4 Si bien los migrantes suelen tener mejor salud que los habitantes de su país de origen, pueden tener más problemas de salud que la media en su país de acogida. Esto se debe a muchas razones, como:

- el estrés psicológico y social (debido al desconocimiento de la cultura, la ilegalidad, el cambio de entorno, el desconocimiento del idioma, la falta de confianza y de información, problemas de salud mental, etc.);
- los riesgos que afrontan en su país de origen;
- la pobreza y el hecho de trabajar en condiciones arriesgadas;
- un escaso acceso a la atención sanitaria, a la información sobre los servicios sanitarios y a los servicios de promoción de la salud y prevención;

4. Alcance y ámbito de la cuestión

4.1 Se estima que más de 200 millones de personas migran cada año en el mundo para encontrar trabajo y una vida mejor, de los cuales al menos 30-40 ⁽⁷⁾ millones lo hacen ilegalmente. El número de inmigrantes en todo el mundo equivaldría al quinto país más poblado del mundo ⁽⁸⁾. En 2005 las mujeres representaban un 49,6 % de la totalidad de los inmigrantes. En Europa hay entre siete y ocho millones de inmigrantes indocumentados ⁽⁹⁾.

4.2 A efectos del presente dictamen exploratorio, el Comité ha examinado la migración y las cuestiones de salud esencialmente con relación a los nacionales de terceros países que emigran hacia la UE. Hoy día viven en la UE unos dieciocho millones de ciudadanos procedentes de terceros países. También hay un número considerable de ciudadanos nacidos en el extranjero y de inmigrantes irregulares o ilegales. La gran mayoría de los migrantes que entran en la UE lo hacen legalmente.

4.3 Los solicitantes de asilo representan una proporción relativamente pequeña del conjunto de los migrantes y su número se ha reducido en los últimos años, no tanto porque haya disminuido el número de personas en busca de protección, sino como consecuencia de la política de la UE.

- otros riesgos en su país de destino;

- las condiciones del alojamiento.

4.5 Los migrantes procedentes de determinadas zonas geográficas tienen más probabilidades de contraer enfermedades transmisibles y contraen con mayor frecuencia enfermedades de larga duración como problemas de salud mental, enfermedades coronarias y respiratorias y diabetes.

4.6 Los migrantes irregulares, incluidas sus familias y, en particular, los niños, tienen problemas de salud más graves que los migrantes legales, lo que puede deberse a los riesgos sanitarios que afrontan para entrar en el país de acogida, a las peores condiciones económicas y sociales y al acceso insuficiente a los servicios.

⁽⁷⁾ United Nations' Trends in Total Migrant Stock: The 2003 Revision (Tendencias en el volumen total de migración según las Naciones Unidas: Revisión de 2003).

⁽⁸⁾ US Census Bureau (Oficina del Censo de Estados Unidos), IDB — Rank Countries by Population (Clasificar a los países por su población), <http://www.census.gov/ipc/www/idbrank.html>.

⁽⁹⁾ Migration Information Source (Fuente de información sobre migración), <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=336>.

5. Diferentes tipos de migraciones

5.1 Migración voluntaria

5.1.1 Los factores económicos constituyen la principal motivación para migrar hacia la UE, junto a la voluntad de huir de conflictos o persecuciones. Sin embargo, las personas migran y siguen migrando por diferentes razones. Algunos migran movidos por el deseo de asentarse y empezar una nueva vida, y otros con la intención de ganar lo suficiente para regresar a su país.

5.1.2 Unos migran para trabajar legalmente durante un tiempo, y otros migran de manera informal, encuentran trabajo y permanecen en el país durante un período indeterminado. Ambas situaciones pueden plantear problemas para la sanidad relacionados, con frecuencia, con las políticas nacionales y la actitud social respecto a los migrantes, y, de manera más amplia, con los factores más amplios que determinan la salud, como la educación, el empleo y la vivienda.

5.1.3 La migración circular se reconoce cada vez más como una forma esencial de migración ⁽¹⁰⁾ y, si se gestiona adecuadamente, puede ayudar a adecuar la oferta y la demanda de mano de obra a nivel internacional, contribuyendo así a una distribución de los recursos más eficaz y al crecimiento económico. Puede constituir una respuesta a la necesidad de la UE de ofrecer una alternativa creíble a la inmigración ilegal.

5.2 Migración forzada

5.2.1 Las repercusiones de la migración forzada para la salud son profundas y de gran alcance. Cada año, millones de personas se ven obligadas a abandonar su hogar y su país y se convierten en refugiados bajo la protección de las Naciones Unidas, mientras que millones de personas se ven forzadas a dejar sus hogares y permanecer dentro de sus propias fronteras.

5.2.2 Muchos deben pagar grandes cantidades de dinero para que se les ayude a cruzar las fronteras, lo que les pone en una situación de precariedad. Los migrantes viven con miedo y son presas fáciles para los empleadores. En el caso de las mujeres, las violaciones y la explotación sexual son fenómenos habituales.

5.2.3 El tráfico de seres humanos es un crimen que viola los derechos humanos básicos y destruye vidas. El tráfico de seres humanos se considera una forma moderna de esclavitud y se estima que cada año el número total de personas que viven sometidas a algún tipo de servidumbre forzada (según datos de la OIT) asciende a 12 millones, mientras que se venden más de un millón de personas para la prostitución o el trabajo forzado. El Ministerio de Asuntos Exteriores de Estados Unidos estima que el 80 % son mujeres y niñas y hasta un 50 % son menores. Los datos sugieren, asimismo, que la mayoría de las personas objeto del tráfico sufren explotación sexual.

5.2.4 El tráfico de seres humano genera unos beneficios considerables para los traficantes. Algunas estimaciones apuntan a 10 000 millones de dólares ⁽¹¹⁾ cada año (iii: UNICEF).

⁽¹⁰⁾ COM(2007) 248 final sobre la migración circular, de 16 de mayo de 2007.

⁽¹¹⁾ The New Global Slave Trade (El nuevo comercio internacional de esclavos), Ethan B. Kapstein, de Asuntos Exteriores, noviembre/diciembre de 2006.

5.3 Viajes internacionales

5.3.1 La Organización Mundial del Turismo señala que en la última década del siglo XX el turismo internacional representó el 30 % del conjunto de las industrias de servicios y se estima que para 2020 los «viajes» internacionales superarán los 1 550 millones. De esta cantidad, 400 millones serán viajes de larga distancia, realizados a través de zonas de interés ecológico.

5.3.2 Se estima que, cada año, catorce millones de personas viajan de los países industrializados a los trópicos en África, Asia, América Latina y las islas del Pacífico. Un número significativo de estos viajeros regresa con una enfermedad que requiere tratamiento. El problema más frecuente es la diarrea, pero la malaria se ha convertido en una enfermedad corriente en términos de diagnóstico, tratamiento y coste para los países a los que regresan los turistas.

5.3.3 Si no se protegen, los turistas se arriesgan a contraer una infección por el virus de la hepatitis A o enfermedades de transmisión sexual, como el VIH-SIDA.

6. El impacto de las migraciones en la salud y la sanidad pública

6.1 Las políticas

6.1.1 Muchos países comunitarios tienen políticas que regulan el derecho a entrar en su territorio y que determinan la duración de la estancia y el momento en que las personas deben abandonar el país. Generalmente, estas políticas son más restrictivas que permisivas y complican la migración. Pueden crear un entorno social y económico perjudicial para la salud de los migrantes.

6.1.2 Los enfoques de la salud pública y de la evaluación del estado sanitario varían en función de los países, al igual que el enfoque del acceso a la atención sanitaria y social. Sin embargo, lo que falta es una información completa que permita comparar las prácticas nacionales.

6.2 Los datos

6.2.1 Pocos países de la UE recaban habitualmente datos sobre la salud de los migrantes, de manera que resulta difícil disponer de información fiable sobre las experiencias y las necesidades de los migrantes en relación con la salud. En muchos países, los sistemas de registro sanitario no están preparados para clasificar a las personas en función de su estatus de migrante.

6.2.2 Aunque algunos países sí recaban estos datos, otros se centran en la región de origen o en el grupo étnico. Puede no quedar clara la distinción entre los migrantes y los descendientes de éstos. En algunos casos, la descripción de las personas se realiza exclusivamente con arreglo a criterios de origen étnico, y no se hace ninguna distinción, por ejemplo, entre los niños migrantes y los hijos de migrantes.

6.2.3 También hay un número indeterminado de migrantes irregulares y, por tanto, no registrados, que podrían dudar a la hora de solicitar atención sanitaria cuando la necesitan.

6.2.4 Por otra parte, los migrantes podrían ser reacios a facilitar a las autoridades sanitarias información sobre su estatus de migrante en caso de que se pudiera utilizar en su contra. Ello contribuye a la falta de información fiable.

6.2.5 Esta renuencia de los migrantes podría tener sus raíces en motivos culturales y religiosos. Además, las autoridades y los proveedores de servicios sanitarios carecen de los conocimientos adecuados y no están preparados para responder a las necesidades específicas de los migrantes. Todo ello explica por qué no se dispone de información suficiente sobre los migrantes y su estado de salud.

6.3 Migración y bienestar psicológico

6.3.1 Tanto para los migrantes legales como para los irregulares, el idioma, la cultura y las políticas plantean unos desafíos que se ven exacerbados por el miedo a lo desconocido (véase Tizon, 1983). También se plantean otros problemas:

- la separación de sus familias, parejas e hijos;
- la explotación por los empleadores;
- la explotación sexual;
- la ansiedad y la nostalgia de su país de origen;
- la falta de integración en las comunidades locales, y
- la alteración de su salud física o mental.

Todos estos factores repercuten en la salud de las personas y las comunidades.

6.4 Migración y salud mental

6.4.1 Se ha demostrado ⁽¹²⁾ que algunos grupos de migrantes en Europa registran las mayores tasas de esquizofrenia y suicidio, tasas elevadas de consumo abusivo de drogas y alcohol, y un riesgo elevado de depresión y ansiedad. Los estudios también muestran que estos grupos no tienen un acceso adecuado a la ayuda sanitaria y social.

6.4.2 Entre los factores que inciden en el deterioro de la salud mental de los migrantes están: los cambios en la alimentación, la ayuda familiar y social; la cultura, el idioma y el clima; la hostilidad, el racismo y la xenofobia que manifiesta la población de acogida y, para las personas que huyen de la guerra, las terribles consecuencias de la tortura, la pérdida de familiares y los abusos sexuales.

6.4.3 Los estudios muestran que dos tercios de los refugiados padecen ansiedad o depresión y síntomas de trastorno causado por el estrés postraumático; son frecuentes, por ejemplo, las pesadillas y las crisis de pánico.

6.4.4 El acceso a los cuidados, la ayuda y el respaldo para tratar estos trastornos es muy escaso para los solicitantes de asilo y los migrantes sin documentación, que son los que más necesitan estos servicios.

(12) M.G. Carta, M. Bernal, M.C. Harday y J.M. Abad: Migración y salud mental en Europa, 2005.

6.5 Migración y salud física

6.5.1 Todas las personas tienen un «perfil» sanitario relacionado con el lugar del que proceden y con el entorno social en el que viven. En general, los migrantes por razones económicas tienden a migrar de países pobres a países más ricos, con lo cual parte de ellos tienen perfiles sanitarios vinculados a la pobreza.

6.6 Enfermedades transmisibles

6.6.1 El apoyo a los migrantes que padecen VIH/SIDA o tuberculosis es variable y plantea dificultades debidas a la cultura, el idioma y la religión de los migrantes, así como a su estatus jurídico y económico de migrante. Los jóvenes, las mujeres y las niñas tienen un mayor riesgo de contraer el VIH-SIDA.

6.6.2 No existen unas políticas coherentes de evaluación, y la manera de efectuar la evaluación previa a la entrada varía incluso a nivel local. Las respuestas a las evaluaciones locales varían considerablemente. Algunos servicios señalan que más del 50 % de los migrantes no se presentan a las citas de seguimiento, y los proveedores de servicios atribuyen esta situación a la falta de comunicación, al miedo a la autoridad y a que los migrantes no están al tanto de lo que está a su disposición. El CESE tiene conocimiento de que el Comisario Kyprianou ha pedido al Centro Europeo para la prevención y el control de las enfermedades que elabore un plan de acción comunitario para la tuberculosis. Este plan se dará a conocer en otoño de 2007 y recogerá la situación en distintos Estados miembros.

6.6.3 Entre 1995 y 2005 en la UE se ha producido un incremento sostenido de casos de tuberculosis. El último informe epidemiológico del Centro Europeo para la prevención y el control de las enfermedades señala que los «casos de origen extranjero» representan el 30 % del total de los casos declarados en los 25 países (vi: The First European Communicable Disease Epidemiological Report (Primer informe epidemiológico europeo de enfermedades transmisibles), Centro Europeo para la prevención y el control de las enfermedades, 2007). También debe reconocerse que los migrantes suelen residir en zonas en las que las condiciones de vivienda son pésimas y en las que tanto las viviendas como los lugares de trabajo están saturados, lo que aumenta el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas. También se registra una proporción elevada de migrantes entre las personas sin hogar.

6.6.4 En lo que respecta al VIH-SIDA, el informe de la UE titulado «AIDS & Mobility — HIV/AIDS Care and Support for Migrant and Ethnic Minority Communities in Europe» (SIDA y movilidad — Atención y ayuda a las comunidades de migrantes y minorías étnicas en Europa) (vii: UE — Publicado por K. Clark & G. Broring), presenta informes nacionales sobre:

- las políticas nacionales;
- el acceso a la asistencia sanitaria y social, y
- los servicios de atención y ayuda.

6.6.5 El informe pone de manifiesto que la situación de los migrantes (número de migrantes, origen étnico y epidemiología) y las respuestas que aporta la sociedad varían considerablemente en Europa.

6.6.6 Se teme que los migrantes procedentes de zonas con tasas elevadas de VIH-SIDA puedan traer consigo la enfermedad. De hecho, entre 1997 y 2005, el 47 % de las infecciones de VIH-SIDA de transmisión heterosexual en la UE se diagnosticó en personas procedentes de países con una prevalencia elevada de VIH-SIDA.

6.6.7 En cambio, los migrantes procedentes de países con una escasa prevalencia de VIH-SIDA no parecen estar expuestos a un mayor riesgo (y pueden incluso tener un menor riesgo) que los nacionales del país de acogida.

6.7 Enfermedades no transmisibles

6.7.1 Las enfermedades de larga duración, como las enfermedades coronarias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el infarto y la diabetes plantean grandes desafíos a los servicios sanitarios en muchas partes del mundo y provocan prácticamente la mitad de los fallecimientos que se producen cada año.

6.7.2 Las enfermedades coronarias son la principal causa de mortalidad y las que mayor impacto tienen en términos de tratamiento, coste y repercusiones para las personas, el personal asistencial y la comunidad. En las comunidades de migrantes, las enfermedades coronarias pueden relacionarse con la predisposición étnica, la dieta y el estrés. En el Reino Unido, los hombres de origen asiático tienen una mayor probabilidad que los demás de contraer una enfermedad coronaria (viii: Balajaran & Raleigh, 1992; McKeigue & Sevak, 1994, BMJ 2003).

Tanto los hombres como las mujeres de origen asiático tienen unas tasas de mortalidad por enfermedad coronaria superiores en un 30-40 % a las de los demás (ix: Balajaran, 1991).

6.7.3 En el Reino Unido, hay datos que sugieren que la incidencia de los infartos entre los migrantes procedentes de la zona del Caribe es dos veces mayor que entre la población «blanca» (x: Stewart 1999). En Suecia, se registra una tasa elevada de obesidad y de enfermedades coronarias entre los inmigrantes finlandeses, lo que se relaciona con la dieta y el consumo de alcohol (xi: Jarhult et al., 1992).

6.8 Enfermedades hereditarias

6.8.1 La migración de personas procedentes de diferentes partes del mundo también puede provocar la propagación de las enfermedades genéticas. Por ejemplo, a raíz de las migraciones procedentes de África, el Caribe y las regiones del Mediterráneo, ha aumentado la prevalencia de la anemia falciforme y la talasemia. La anemia falciforme es relativamente corriente en la UE y se estima que en el Reino Unido afecta cada año a 6 000 adultos y entre 75 y 300 bebés (xii: Karmi 1995). También se ha observado una elevada prevalencia de la anemia falciforme entre los migrantes en Portugal (xiii: Carrerio et al., 1996).

6.8.2 La talasemia es una enfermedad hematológica hereditaria de origen mediterráneo que afecta en el Reino Unido a las minorías étnicas originarias de Oriente Próximo y de Chipre y se ha demostrado que podía afectar con frecuencia a las personas originarias de Pakistán, China y Bangladesh.

6.8.3 Estas enfermedades requieren el diagnóstico de un especialista y servicios de asesoramiento que no siempre están disponibles.

6.9 Enfermedades profesionales

6.9.1 Los migrantes tienden a ocupar empleos de baja cualificación que han dejado de ser atractivos para la población local. El trabajo en algunos de estos sectores, como la minería, el amianto, la industria química y la industria pesada, conlleva riesgos para la salud. En el sector agrario, la exposición a plaguicidas y otros productos químicos se ha relacionado con una incidencia elevada de depresiones, cefaleas y abortos.

6.9.2 El estrés relacionado con el trabajo afecta con mucha frecuencia a los migrantes con un elevado nivel de estudios, los migrantes cualificados, los que participan en la fuga de cerebros y los migrantes circulares, debido a que trabajan en peores condiciones que los trabajadores del país de acogida (diferencia de derechos, etc.). Sin embargo, no tienen alternativa, por su estatus de dependencia económica (¹³).

6.10 Accidentes

6.10.1 Los accidentes profesionales son prácticamente dos veces más frecuentes entre los trabajadores migrantes en Europa (xiv: Bollini & Siem, 1995). En Alemania, se suelen producir muchos accidentes entre los migrantes, sobre todo los que trabajan en industrias en las que los requisitos de salud y seguridad son escasos (xv: Huisman et al., 1997). También en Alemania, los niños inmigrantes de edad comprendida entre los 5 y los 9 años sufren más accidentes de tráfico y otras lesiones que los otros niños de la misma edad (xvi: Korporal & Geiger, 1990). En los Países Bajos, los niños de origen turco o marroquí tienen un mayor riesgo de sufrir accidentes domésticos, incluidas intoxicaciones y quemaduras, así como accidentes de tráfico (xvii: de Jong & Wesenbeek, 1997).

6.11 Salud reproductora

6.11.1 La prevalencia de las enfermedades sexualmente transmisibles es mayor entre determinados grupos de migrantes, como los hombres separados. En muchos países de la UE la morbilidad relacionada con el embarazo es más alta entre las mujeres migrantes que entre la población femenina local. Las tasas de aborto tienden a ser más altas entre las mujeres migrantes. En Barcelona, las solicitudes de aborto inducido son dos veces más altas entre las mujeres migrantes que entre las españolas. En Ginebra, un estudio del Centro Internacional para la Migración y la Salud (ICMH) ha mostrado que la tasa de aborto entre las migrantes ilegales era tres veces más alta que entre las mujeres suizas de la misma edad (xviii: Carballo et al., 2004).

(¹³) «Who Cares? Women Health Workers in the Global Labour Market», publicado por Kim Van Eyck, PhD, 2005.

6.11.2 En el Reino Unido, los bebés de madres de origen asiático tienden a tener un peso al nacimiento inferior al de otros grupos étnicos, y tienen un mayor riesgo de mortalidad perinatal y postnatal. Las tasas de mortalidad postnatal también son más elevadas entre los bebés de mujeres procedentes del Caribe. En Bélgica y Alemania, se registran unas tasas elevadas de mortalidad perinatal e infantil entre las migrantes marroquíes y turcas. Las mujeres procedentes del África subsahariana y de América Central y Sudamérica tienen bebés con un menor peso al nacimiento y más problemas en el parto.

6.11.3 Los hijos de migrantes se benefician en menor medida de los servicios preventivos, como las vacunas.

6.12 Factores que obstaculizan un acceso eficaz de los migrantes a los sistemas de atención sanitaria

6.12.1 A la hora de acceder a los cuidados sanitarios, los migrantes se enfrentan con problemas jurídicos, psicológicos, sociales y económicos. El obstáculo del idioma es obvio, así como el coste de los cuidados, ya que, para los migrantes con una baja renta, una contribución, incluso mínima, supone un obstáculo importante. Los migrantes irregulares y los solicitantes de asilo que están a la espera de que se tramite su solicitud tropiezan con obstáculos jurídicos en muchos países.

6.12.2 Por otra parte, los servicios de salud pública pocas veces están preparados para responder a los problemas sanitarios específicos de los migrantes, y carecen de la sensibilidad y las cualificaciones necesarias para prestar una atención sanitaria adecuada a unas personas con diferencias significativas en su concepción de la salud y actitudes diferentes respecto a la enfermedad, el dolor y la muerte, así como otras maneras de describir los síntomas, de reaccionar frente a la enfermedad y de comunicarse con los médicos.

6.12.3 Además, la complejidad de los servicios sanitarios de los Estados miembros, extremadamente desarrollados y diferenciados, puede contribuir a complicar la situación.

6.12.4 La prevención de enfermedades y la mejora de la salud no se suelen organizar de manera adecuada para los migrantes. Esta inadecuación no sólo se observa en los exámenes prenatales, sino también en los programas de vacunación y otros sistemas de prevención y detección precoz, incluidas las revisiones médicas. Hasta ahora, los programas de prevención rara vez han adoptado enfoques adaptados a la

cultura de los migrantes, para llegar hasta los diferentes grupos de esta población.

6.12.5 El precio elevado de determinados servicios sanitarios y de los medicamentos representa una carga enorme para la mayoría de los migrantes. Este factor puede incitarles a no solicitar un tratamiento suficientemente pronto, a no seguir las medidas del tratamiento que se les ha prescrito o a no tomar los medicamentos recetados. Esta situación provoca un aumento considerable del sufrimiento de estas personas y del coste económico global para la sociedad.

6.13 Profesionales de la salud

6.13.1 La creciente tendencia que se registra en la UE y en otros países desarrollados a contratar activamente a profesionales de la salud procedentes de los países pobres constituye otro desafío, que se plantea de manera cada vez más acuciante. Si no se afronta, perjudicará gravemente el desarrollo sanitario en los países de origen que los pierden y contribuirá a la menor sostenibilidad de la formación de los médicos y enfermeros en estos países. El éxodo de profesionales sanitarios cualificados de países con pocos recursos hacia otros más desarrollados supone una pérdida significativa de inversión en la formación de profesionales de la salud⁽¹⁴⁾. Deberán hallarse nuevas soluciones para resolver este problema, como, por ejemplo, un fondo de compensación especial, formación y reasentamiento. El ejemplo del Reino Unido e Irlanda, que garantizan que el Servicio Nacional de Sanidad se compromete a recurrir a prácticas de contratación éticas, se reconoce comúnmente como una buena práctica. Los Estados miembros deben asegurarse de que estas prácticas se adopten y se apliquen a las agencias de contratación en el sector sanitario y al sector sanitario privado, así como a los servicios públicos.

6.13.2 Los profesionales de la salud (en particular, las enfermeras y los médicos) desempeñan un papel esencial en el mantenimiento y la mejora de la atención sanitaria prestada a los migrantes. Los Estados miembros deben asegurarse de que los profesionales de la salud puedan responder a las necesidades sanitarias de los migrantes y comprendan los factores culturales, religiosos y de estilo de vida que influyen en los hábitos sanitarios de estos grupos específicos. Esto es necesario para garantizar a los migrantes un acceso adecuado a los servicios sanitarios, en particular desde el punto de vista cultural.

Bruselas, 11 de julio de 2007.

El Presidente
del Comité Económico y Social Europeo
Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹⁴⁾ Kim Van Eyck ed., 2005. Who cares?. UNISON UK: PSI.

ANEXO

al Dictamen del Comité Económico y Social Europeo

Las siguientes enmiendas, que obtuvieron al menos una cuarta parte de los votos emitidos, fueron rechazadas en el curso del debate (apartado 3 del artículo 54 del Reglamento Interno):

Punto 1.1.8

Suprímase el punto:

~~«1.1.8 introducir programas nacionales de salud pública en la educación teniendo en cuenta las culturas minoritarias»~~

Resultado de la votación:

Votos a favor: 44

Votos en contra: 51

Abstenciones: 11
