



## Cuestiones éticas en la relación asistencial multicultural: un desafío para los profesionales sanitarios

Ethical Issues in the Multicultural Healthcare Relationship:  
A Challenge for Health Professionals



**Autor**

**Laurindo Carlos Miji Viagem**

Universidade Católica de Angola

Email: [laurindo.miji@ucan.edu](mailto:laurindo.miji@ucan.edu)

 **Resumen**

Este artículo es una reflexión sobre los dilemas éticos de la intervención y la toma de decisiones en contextos poco habituales, como es la asistencia a personas de otras culturas. Los contextos multiculturales representan un gran desafío para los profesionales sanitarios. Un ejemplo es la gestión del tiempo: al haber sido formados en una cultura monocrónica, estos profesionales a menudo encuentran dificultades para comprender y adaptarse a las perspectivas temporales de personas provenientes de culturas policrónicas. El desconocimiento de las claves culturales de las personas inmigrantes que son atendidas en las estructuras sanitarias se ha convertido en un factor de estrés para muchos profesionales y constituye un riesgo para una praxis clínica alejada de los estándares éticos. El artículo tiene por objetivo identificar las cuestiones éticas en la relación asistencial multicultural y proponer algunas estrategias que pensamos que pueden contribuir en la gestión ética de los conflictos que surgen en estos ámbitos.

 **Abstract**

*This article is a reflection on the ethical dilemmas of intervention and decision-making in a less common context, such as care given to people from other cultures. Multicultural contexts pose a significant challenge for healthcare professionals; one clear example is time management. Having been trained in a monochronic culture, these professionals often struggle to understand and adapt to the temporal perspectives of individuals from polychronic cultures. The ignorance of the cultural keys of immigrant people encountered in health structures is a stress factor for many professionals and constitutes a risk for clinical practice free from ethical standards. The article aims to identify ethical concerns in the multicultural care relationship and propose strategies we think can contribute to the ethical management of conflicts that arise in these areas.*

 **Key words**

Relación asistencial; multicultural; profesionales sanitarios.  
*Healthcare relationship; multicultural; health professionals.*

 **Fechas**

Recibido: 04/11/2024. Aceptado: 10/01/2025



## 1. Introducción

En el periódico *El Español* del día 9 de octubre de 2016, apareció una entrevista a tres intérpretes culturales en una institución sanitaria que pasamos a transcribir como introducción de este artículo. La noticia del periódico comienza con el siguiente encabezamiento: mujeres que se niegan a una exploración vaginal o africanos que no quieren que les saquen sangre por temor a perder su alma. Así son las peripecias vividas por los intérpretes en hospitales.

“Levántase el niqab para que pueda auscultarla”. La mujer, una saudí casada y tapada de la cabeza a los pies, no habla español. No sabe qué significa “auscultar” ni entiende por qué tiene que descubrirse delante de un hombre

“Levántase el niqab para que pueda auscultarla”. La mujer, una saudí casada y tapada de la cabeza a los pies, no habla español. No sabe qué significa “auscultar” ni entiende por qué tiene que descubrirse delante de un hombre. El médico trata de explicarle el procedimiento, pero la barrera idiomática imposibilita cualquier entendimiento. “¿Le puedes preguntar si le puedo levantar ligeramente el niqab?”. El especialista se dirige a una tercera persona que hay en la consulta, una intérprete de árabe e inglés que le transmite el mensaje a la paciente. Le explica en qué consiste la prueba y por qué es necesaria. La mujer se niega, así que el médico la ausculta por encima de la ropa.

“Tenemos muchos clientes de Arabia Saudí, que representa la facción más tradicional del islam. Si el que atiende a la mujer es un hombre, supone un problema. En ese caso, el marido siempre entra con ella para supervisar”, apunta Paula Pascual, intérprete y mediadora en el hospital privado HM Madrid. “Yo intento mediar con ellas en vez de con el marido. Cuando el esposo entra, a veces él habla por ellas. Cuando no tenemos a un intérprete de árabe disponible, el marido intenta salvar la situación en inglés. Al llegar la persona de árabe, nos damos cuenta de que lo que ha dicho el familiar no es del todo correcto. A menudo porque se equivocan, pero a veces es porque hay informaciones que no quieren que la mujer sepa”, añade Pascual.

## 2. Consulta ginecológica

“Es un peligro que el marido entre en la consulta para intentar traducir lo que el médico dice. Si por ejemplo hay que detectar un caso de violencia machista y el esposo entra con ella, es muy difícil que esa mujer te confiese algo o se sienta cómoda”, explica Pilar Moyano, intérprete de la [ONG Salud entre Culturas](#), que da servicio gratuito de traducción y mediación en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

El perfil de mujer árabe que atienden en el Hospital Universitario HM Madrid es el de musulmana procedente de Arabia Saudí, casada, con hijos y cubierta con burka o niqab. “No se nos da el caso de que venga una chica joven a hacerse una revisión ginecológica. Es decir, no tenemos hijas de pacientes en edad adolescente, de entre 17 y 19 años. Estas musulmanas directamente no vienen. Y las que lo hacen, si tienen algún problema ginecológico, suelen ser reacias a que les hagan una exploración



vaginal”, dice Paula Pascual. Según cuenta la intérprete, este hospital privado procura “cuidar a la comunidad musulmana y respetar sus peticiones”. “Intentamos que a una mujer la atienda una doctora, sobre todo en consultas de ginecología. Es sistemático. Es mejor así. De lo contrario, se puede generar una situación violenta, y que se sienta ofendida ella y ofendido el médico”.

### 3. “No saben qué es una radiografía”

Pilar Moyano advierte que las dificultades no son solo lingüísticas, sino también culturales. El informe de población de origen extranjero de la Comunidad de Madrid (2016) señala que hay 862 000 inmigrantes. De esa cifra, las poblaciones mayoritarias son la rumana, la marroquí y la china. “En todos los hospitales públicos de la Comunidad con Urgencias hay un servicio de teletraducción [interpretación telefónica], pero esto no es suficiente. Y menos cuando la mayoría de población extranjera aquí no tiene el español como primer idioma”, denuncia Moyano. Lo argumenta con el caso de un paciente chino que acudió a un centro de salud de Toledo y le dijeron que debía tomarse una pastilla “a las 17 horas”. “Se referían a las 5 de la tarde de cada día, pero el hombre entendió que era cada 17 horas. Era una pastilla muy fuerte que ya de por sí cada 24 horas podía dar problemas. Claro, tuvo que ir al hospital. Llegó con las transaminasas altísimas, estaba intoxicado”.

España es, sin duda, uno de los países de la Unión Europea cuya población inmigrante se incrementó sobremanera desde la década de los noventa hasta hoy. De acuerdo con los datos del INE (2023), los 48 381 955 de residentes en España, 13% son extranjeros de diferentes nacionalidades

España es, sin duda, uno de los países de la Unión Europea cuya población inmigrante se incrementó sobremanera desde la década de los noventa hasta hoy. De acuerdo con los datos del INE (2023), de los 48 381 955 de residentes en España, un 13% son extranjeros de diferentes nacionalidades.

Existe, en la sociedad española, bastante consenso acerca de los efectos beneficiosos derivados de la presencia de ciudadanos foráneos, por lo menos en los indicadores sociodemográficos y económicos, según todos los estudios conocidos hasta la actualidad (Fumo, 2022, pp. 81-82; Llop-Gironés et al., 2014).

Desde el punto de vista demográfico, el incremento poblacional actual de España está claramente relacionado con la presencia de los inmigrantes cuya principal característica es su juventud, con una edad media de 30 a 34 años (León Solas, 2005, p. 123; Collantes et al., 2010).

Desde el punto de vista económico, los beneficios se reparten entre los países receptores y los de origen. De acuerdo con Dolado y Vázquez (2008, pp. 8-10), “para los países receptores, la llegada de inmigrantes por motivos económicos supone un aumento de la oferta de trabajo lo que conlleva, para una demanda dada, una reducción de los salarios y un mayor nivel de empleo, suponiendo que el mercado laboral funcione de forma competitiva”.



Para los países de origen, los beneficios aparecen a través de las remesas de inmigración “un fenómeno de gran relevancia” para el desarrollo de España durante las décadas de los sesenta y setenta.

Los inmigrantes, siendo jóvenes, en edad de trabajar, aportan significativamente en las cotizaciones sociales para las pensiones de los jubilados actuales, por lo tanto, ayudan al equilibrio financiero del sistema (Dolado y Vázquez, 2008, pp. 11-12). Los beneficios de la inmigración son mayores, subrayan los autores, en la medida que los inmigrantes ocupan las vacantes de trabajos que no desean los nativos.

En este trabajo, sin embargo, queremos centrarnos en un ámbito tan singular, como es el sanitario, para analizar las cuestiones éticas que subyacen en la actividad profesional que este ámbito despliega (o debe desplegar) para la atención a personas de otras culturas

En definitiva, la inmigración aporta el capital humano en edad de trabajo, contribuyendo significativamente a la productividad económica de España.

No obstante, en algunos sectores, tales como la educación y sanidad, el incremento de la población extranjera es percibido como “problema”, tanto por los ciudadanos como por los profesionales.

El último informe Pisa (2023), por ejemplo, reveló datos muy negativos sobre la competencia lingüística y matemática de los estudiantes españoles de secundaria, la cuestión de la inmigración estuvo presente en el debate, como uno de los factores que contribuyen al peor resultado de los aprendizajes de los escolares en España y más concretamente en Cataluña

(*El País*, 5 de diciembre de 2023).

En este trabajo, sin embargo, queremos centrarnos en un ámbito tan singular, como es el sanitario, para analizar las cuestiones éticas que subyacen en la actividad profesional que este ámbito despliega (o debe desplegar) para la atención a personas de otras culturas.

La actividad profesional de los sanitarios se caracteriza singularmente por la relación clínica que, según el Manual de Ética Médica, “es la piedra angular de la práctica médica y por tanto de la ética médica” (MEM, 2005, p. 37). Aunque la relación médico-paciente es el elemento destacable de este ámbito de actividad, queremos señalar, de igual modo, la relación de todos los profesionales sanitarios y sociales (enfermería y trabajo social) como una relación profesional caracterizada por la complejidad en la que coexisten elementos técnicos, humanos y culturales (Borrel i Carrió, 2007).

De acuerdo con Espinosa, la cultura debe ser entendida como “el conjunto de pautas de pensamiento y de conducta que dirigen y organizan las actividades y producciones materiales y mentales de un pueblo, y que puede diferenciarlo de cualquier otro” (citado en Aparisi et al., 2009, p. 80). Pero Gonzalo Vázquez Gómez señala que el problema “radica en el carácter ambivalente de la cultura” que, para su configuración necesita una “cierta coherencia y comunidad en el sistema de representaciones y, para su desarrollo y pervivencia, exige una diferenciación y modulación en sus respuestas”. Este problema se hace más patente cuando dos o más culturas coexisten en un mismo espacio social y sus miembros se identifican con su respectiva diferenciación



cultural. Esto es lo que da lugar al multiculturalismo y la dificultad surge precisamente en esta relación entre las diferentes culturas coexistentes en una misma sociedad, y si además una de ellas es la dominante, como es el caso de la cultura española y las diferentes culturas de los que llegan a España (Vázquez Gómez, 1990, p. 8; Aparisi, 2009, p. 23 y p. 61).

“La dimensión clínica de la atención a los inmigrantes es probablemente lo que mayor inseguridad ofrece al médico”

La atención asistencial al “otro culturalmente diferente” ha sido percibido por algunos profesionales, en España, como un *problema*. Algunos estudios realizados en España revelan este hecho.

En el año 2006 la revista *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* publicó un estudio titulado “Urgencias médicas del inmigrante adulto” donde aparece el siguiente comentario de un participante en ese estudio:

Si la cultura del inmigrante está alejada de la nuestra, el paciente acude al Servicio de Urgencia Hospitalaria con sus conocimientos ancestrales, sus mitos y su manera tradicional de actuar en cuestiones de salud. Por ello no es de extrañar al profesional de urgencias la forma peculiar que tienen algunos inmigrantes de interpretar los síntomas. Tampoco resulta infrecuente que existan conflictos entre lo que el médico aconseja y lo que el paciente entiende que ha de hacer. (Junyent et al., 2006, p. 28)

Los autores del estudio señalan igualmente el incremento del número de inmigrantes que constituye una saturación de los servicios sanitarios, si además no va acompañado de recursos apropiados. A propósito, Llop-Gironés et al. (2014), en una amplia revisión de publicaciones, desde 1998 a 2012, sobre acceso de los inmigrantes a los servicios de salud en España, destacan dos barreras fundamentales: 1) la provisión de información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios; y 2) la escasa información sobre los requisitos para la obtención de la tarjeta sanitaria.

Otro estudio publicado en *Atención Primaria* en 2006, sobre la “percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia” mediante un cuestionario a 262 médicos de familia y pediatras de 18 centros de salud de Mallorca, revela que las cuestiones que los profesionales señalan como problema y dificultad en la atención a inmigrantes son: las diferencias culturales, el idioma; la manera como los inmigrantes manifiestan los síntomas; irregularidades en la manera como acceden a las consultas, sin citas previas y por último la dificultad para hacer seguimiento a los pacientes. “La dimensión clínica de la atención a los inmigrantes es probablemente lo que mayor inseguridad ofrece al médico” (Esteve et al., p. 158).

Un estudio cualitativo de Juan L. Uria Serrano publicado en *BIBLID* [ 1989-2012 (2009), 10; 162-182] a partir de diez entrevistas en profundidad a médicos de Atención Primaria, estos manifiestan una serie de problemas en la consulta con pacientes inmigrantes, tales como la irregularidad en el acceso a la consulta; la falta de cultura en la utilización de la cita previa y la poca utilización de esta; la distinta “concepción” del tiempo; la movilidad laboral; la relación con el número de inmigrantes desplazados e itinerantes o la situación de los denominados “sin papeles” (Uria Serrano, p. 171).



Un cuestionario realizado a profesionales sanitarios del Hospital General Universitario de Alicante, entre 2001-2004, y presentado en las III Jornadas Autonómicas de Bioética en junio de 2009, los profesionales participantes señalan como problemas en la atención a personas de otras culturas los siguientes aspectos: los rituales religiosos y alimenticios (alimentos prohibidos); problemas en la administración y control de la medicación en determinados contextos religiosos, por ejemplo el Ramadán; la cuestión del contacto físico y visual o cuestiones relacionadas con higiene y aseo (por ejemplo el valor de la barba); la barrera idiomática, especialmente en servicios de urgencia. El mismo estudio cuestiona igualmente la percepción social de que los pacientes extranjeros colapsan los servicios y además son los únicos transmisores de enfermedades tropicales (Fernández Molina, 2009).

En 2010, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (pp. 179-190), publicó un estudio sobre “Atención al paciente inmigrante: realidades y percepciones de los profesionales de seis zonas de Atención Primaria de Navarra”. El estudio destacaba que los profesionales sanitarios, especialmente médicos, percibían como “sobrecarga” la irrupción de la

Este menor uso de los servicios sanitarios por los inmigrantes contrasta, por tanto, con la percepción contraria de los profesionales, que puede atribuirse a que las consultas con inmigrantes requieren más tiempo y esfuerzo por parte del profesional

población inmigrante en las consultas (Fuentes et al., 2010, p. 182). Globalmente se percibe que con la irrupción de inmigrantes en los centros de salud hay desorden en la consulta, “llega tarde el 90% o no viene”. La impuntualidad o la inasistencia era identificada por los participantes como uno de los problemas destacados “sobre todo entre la población latinoamericana” (op. cit. p. 183). A pesar de la evidencia de los datos, según los cuales, los ciudadanos extranjeros frecuentan menos las consultas de Atención Primaria, sin embargo, los profesionales perciben el problema de sobrecarga como una cuestión derivada de la atención a la población inmigrante, no solamente por la cantidad de las consultas, sino también por la dificultad relacionada con cuestiones idiomáticas y culturales, porque “supone pérdida de tiempo, una dificultad para interpretar lo que ellos quieren decir,

con los riesgos que supone a la hora de hacer el diagnóstico y tratamiento” (pp. 183-184). Este menor uso de los servicios sanitarios por los inmigrantes contrasta, por tanto, con la percepción contraria de los profesionales, que puede atribuirse a que las consultas con inmigrantes requieren más tiempo y esfuerzo por parte del profesional (op. cit. p. 187).

En los estudios que acabamos de citar aparecen también otros datos relevantes que podemos considerar como aspectos coincidentes en el análisis de las cuestiones que afectan a los inmigrantes, a saber:

- a. Que la población inmigrante tiene similar patología que la autóctona, excepto las enfermedades infecciosas, mayor incidencia de tuberculosis, problemas ginecológicos y obstétricos y pediátricos y problemas psicosomáticos.
- b. Los servicios que más frecuentan los inmigrantes son los de atención ginecoobstétrica (debido a la alta tasa de natalidad) y los servicios de urgencia probablemente por razones laborales y dificultades de acceso por vías ordinarias.



Los datos que acabamos de describir nos pueden ayudar a identificar qué cuestiones éticas subyacen en una relación de ayuda, cuyos actores poseen códigos culturalmente diferentes. Pero tenemos que afirmar que la cuestión no es la cultura o las culturas *per se*, sino la interacción de sus fenómenos que desembocan en una difícil convivencia y, por consiguiente, en una relación clínica disfuncional y éticamente cuestionable.

Los servicios que más frecuentan los inmigrantes son los de atención ginecoobstétrica (debido a la alta tasa de natalidad) y los servicios de urgencia probablemente por razones laborales y dificultades de acceso por vías ordinarias

Para la identificación de las cuestiones éticas, vamos a proceder con la lógica de los principios morales que nos propone la bioética. Damos por sabido que los principios en bioética nacen a partir del *Informe Belmont* (1978), elaborado por la *Comisión Nacional para la Protección de los Individuos en las Investigación Biomédica*, auspiciado por el Congreso de los Estados Unidos de América (1974), y reformulados por Tom L. Beauchamp y James F. Childress en su obra *Principles of Biomedical Ethics* para el ámbito de la intervención clínica. Estos principios son: 1) respeto por la autonomía, 2) beneficencia, 3) no-maleficencia y 4) justicia (Ferrer y Álvarez, 2003, pp. 121-122). A la luz de los principios éticos que acabamos de mencionar, señalamos a continuación

los aspectos que, a nuestro juicio, son indicativos de ser considerados conflicto moral en la atención a inmigrantes.

#### 4. Cuestiones alrededor de la autonomía

Los profesionales señalan cuestiones relacionados con el contacto físico; no seguir la pauta indicada por el profesional por razones de orden religioso-cultural o por “su peculiar” manera de entender la vida, la salud y la muerte; la presencia de mediadores o interpretes (la denominada “relación triangular”) o la irrupción de esposos o acompañantes “celosos y agresivos” en las consultas (*Diario de Noticias*, 15 de febrero de 2011). La barrera idiomática dificulta la tarea (el deber) de informar, es decir, de llevar a cabo un proceso de consentimiento informado.

El concepto de autonomía que nace de las teorías políticas, ha encontrado su acomodo en el ámbito de la relación sanitaria y, como sostiene Diego Gracia, probablemente haya sido una de las grandes revoluciones acaecidas en los últimos años de la medicina occidental que en los veinte cinco siglos anteriores (Gracia, 2007, p. 183). La autonomía se ha entendido como facultad de la persona para obrar libremente de acuerdo con su proyecto de vida (persona autónoma), o como acto para elegir autónomamente (acciones autónomas). Por razones de mayor operatividad Beauchamp y Childress han sugerido la segunda acepción del concepto porque entienden que las personas autónomas pueden llevar a cabo elecciones no autónomas, y, por el contrario, las personas no autónomas pueden realizar acciones autónomas en ciertos contextos y a ciertos niveles o grados. Para que las acciones sean consideradas como autónomas, los autores señalan tres condiciones: 1) que el agente moral obre con una intencionalidad;





2) tenga conocimiento y comprensión de la situación; 3) que no existan factores de control externo (Beauchamp y Childress, 2002, p. 116).

Esta es una concepción de autonomía que, a pesar de los condicionantes históricos y culturales de España como país mediterráneo, se fue asumiendo de modo acelerado (Davis, 2008, p. 12) como parte del legado de la cultura occidental, científica y, para algunos, de carácter individualista.

Un número considerable de inmigrantes que habitan en España son oriundos de culturas llamadas colectivistas donde *uno* es, en esencia, desde la identidad colectiva (Asagumo, 2021). No es el individuo quién elige qué hacer en la vida o con quién quiere casarse. Es el grupo, la familia o la colectividad quién le asigna el rol a desempeñar. En

Un número considerable de inmigrantes que habitan en España son oriundos de culturas llamadas colectivistas donde uno es, en esencia, desde la identidad colectiva

las culturas occidentales, las elecciones que uno hace y lo que uno decide son lo que define a la persona. Cada individuo es más o menos libre de optar por uno camino u otro en función de sus preferencias (Collazos y Qureshi, 1997, pp. 5-6). Las culturas colectivistas son a su vez sensitivas. Y desde esta lógica algunos inmigrantes no conceden a sus esposas la privacidad deseada en la atención médica, las acompañan a la consulta e incluso son ellos quienes responden en vez de las mujeres. Probablemente el marido actúa motivado por las obligaciones familiares que implica su rol ante la comunidad. Su conducta se podría entender como una preocupación por el bienestar de su

esposa y familia y, por ende, de su grupo de pertenencia. Los problemas del individuo son cuestiones del grupo, y no acompañar a un miembro de la familia, aunque sea una tía o un primo es, para las comunidades de carácter colectivista, una elusión de la responsabilidad. ¿Y cómo no va a intervenir en los problemas de salud de su esposa? Esta perspectiva de entender la relación entre las personas entra, sin duda alguna, en conflicto con dos dimensiones de la relación asistencial —la confidencialidad y el consentimiento informado— tal como es concebido en la cultura médica occidental (Collazos y Qureshi, 2004, pp. 9-10; Ujewe, 2018).

## 5. Cuestiones alrededor de la no-maleficencia

Los profesionales encuentran dificultades para hacer un buen diagnóstico porque “tiene la forma peculiar de interpretar los síntomas” o para “interpretar lo que ellos quieren decir”. Consecuentemente se manifiestan problemas relacionados con la indicación terapéutica y el seguimiento de la enfermedad.

El principio de no-maleficencia —obligación de no hacer daño intencionadamente (*primun no nocere*)— es considerado como el principio fundamental de la ética médica y “probablemente sea el principio básico de todo sistema moral” (Ferrer y Álvarez, p. 130). No todas las acciones con efectos dañinos sobre las personas se producen por agravio o por un tratamiento injusto, es decir intencional. Se pueden producir daños sin intención. Dañar, en la concepción de Beauchamp y Childress (2002, p. 196) “es



Si, por razones culturales, un médico no interpreta adecuadamente las manifestaciones sintomáticas de un paciente, existe una mayor probabilidad de que el profesional cometa errores tanto en el diagnóstico como en la indicación terapéutica, lo que puede ocasionar perjuicio en la salud física o psíquica del paciente

frustrar o perjudicar los intereses de alguien, sin que constituya necesariamente un agravio o injusticia al perjudicado, aunque las acciones dañosas son incorrectas (*prima facie*). Es lo que pudiera pasar en la atención a personas culturalmente diferentes. Que se produzca daños debidos a las circunstancias que dificultan hacer un correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento, o daño psicológico debido a la sobrecarga emocional (real o simbólica) que vive el profesional.

Si, por razones culturales, un médico no interpreta adecuadamente las manifestaciones sintomáticas de un paciente, existe una mayor probabilidad de que el profesional cometa errores tanto en el diagnóstico como en la indicación terapéutica, lo que puede ocasionar perjuicio en la salud física o psíquica del paciente.

## 6. Cuestiones alrededor del principio de justicia

En los estudios se hace referencia fundamentalmente a cuestiones organizativas de la consulta: horarios, citas, impuntualidad y el modo de acceso de los inmigrantes a los centros (regular o irregular). De igual modo señalan el esfuerzo de dedicación, "requiere más tiempo y esfuerzo". A esto se añade todos los problemas relativos al idioma o a la comunicación en general.

Las cuestiones alrededor de este principio son probablemente las que los profesionales manifiestan con mayor carga emocional y que son percibidas como fuente de saturación de los servicios y sobrecarga emocional (*burn out*).

En el ámbito de la atención sanitaria el principio de justicia se ha centrado fundamentalmente en la justicia distributiva, distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades o cargas de la sociedad. Pero los problemas de distribución se plantean sobre todo cuando un bien determinado empieza a ser insuficiente para todos (Ferrer y Álvarez, 2003, pp. 141, 143). Este es el caso del servicio sanitario que en los últimos años ha visto incrementado su número de pacientes (inmigrantes, enfermedades crónicas derivadas de una alta esperanza de vida, etc.), pero los recursos no han crecido en la misma proporción. Esto ha originado un gran debate, no solamente entre los profesionales, sino en la sociedad en su conjunto. ¿Deben, los inmigrantes que acaban de llegar, tener los mismos derechos de acceso a todos los servicios sanitarios en igualdad de condiciones que los autóctonos? ¿Deben ser atendidos los inmigrantes "sin papeles"? Sin duda alguna, los profesionales también participan en este debate, y algunas de las manifestaciones que aparecen en los estudios son probablemente el reflejo de ello.

Una de las cuestiones que aparece como una constante en los estudios analizados, es la cuestión del tiempo, es decir, la forma en la que los inmigrantes tienen de concebir



el tiempo y la impresión de los profesionales de que los inmigrantes no respetan los horarios, las citas y todo lo relacionado con el tiempo.

En la cultura científica occidental “el tiempo es oro”, es un recurso escaso, por eso los horarios y las tareas son esenciales. “No dejes para mañana lo que debes hacer hoy” dice el adagio popular para señalar la idea de que no

Esta forma de concebir el tiempo choca frontalmente con la práctica organizativa de las culturas del país de acogida donde la necesidad de ajustar las agendas es un criterio de eficacia y eficiencia. Este es un dato que puede explicar la sensación que los profesionales y parte de la sociedad tienen acerca de que los inmigrantes no respetan los horarios

puede perder el tiempo sin terminar la tarea. Por tanto, las culturas científicas tienden a ser “monocrónicas”, mientras que las culturas colectivistas son más “policrónicas” (Hall y Hall, 1990, citado en Collazos y Qureshi, p. 7) es decir, comprenden el horario, pero que no le dan la misma importancia que en la cultura científica. “Lo que no se haga hoy se hará mañana”, y perder una cita por obligaciones familiares no es un problema, ni tampoco presentarse en la consulta cuando le resulta conveniente. La cita o el horario son flexibles en función de las relaciones interpersonales que la persona tenga en ese momento (Collazos y Qureshi, 2004, pp. 7-9). Esta forma de concebir el tiempo choca frontalmente con la práctica organizativa de las culturas del país de acogida donde la necesidad de ajustar las agendas es un criterio de eficacia y eficiencia. Este es un dato que puede explicar la sensación que los profesionales y parte de la sociedad tienen acerca de que los inmigrantes no respetan los horarios.

## 7. El principio de beneficencia

El concepto de beneficencia se entiende genéricamente como cualquier acción tendiente a beneficiar a otros. Y el principio de beneficencia sería la obligación moral de obrar para beneficiar a los demás. Beauchamp y Childress señalan que, aunque hay muchos actos que pueden ser de subrogación, existe una obligación general de ayudar a los demás a promover sus intereses. Y distingue entre la beneficencia específica, que nos obligan a obrar beneficiamente hacia las personas con las que estamos comprometidos (familia, pacientes...); y beneficencia general, que nos obliga a obrar beneficiamente con cualquier persona (Ferrer y Álvarez, p. 135).

En contra de la beneficencia se ha puesto el énfasis en la cuestión del paternalismo, cuando un profesional actúa sin tener en cuenta las preferencias del paciente. Pero los profesionales manifiestan dificultad “para interpretar” lo que los inmigrantes “quieren decir” y, consecuentemente, dificultad para comprender cuáles son las preferencias del paciente. En este caso probablemente las intervenciones paternalistas estén justificadas. Es preferible, a mi juicio, un paternalismo beneficiante que dejar al paciente inmigrante a su suerte, a la intemperie, lo que puede herir la dignidad de la persona. Y Augusto Hortal (2002, p. 146), citando a Charles Taylor, es tajante: “la dignidad no es un bien cualquiera, sino un ‘hiperbien’”.



## 8. Propuestas de actuación

Nos hemos posicionado por un paternalismo beneficiente, como punto de partida para la atención al paciente inmigrante, al menos hasta que los factores culturales no interfieran de una forma significativa en la relación asistencial. Estamos de acuerdo con Ángel Puyol (2012, p. 56) cuando argumenta que “la defesa de la autonomía debe ir acompañada de un paternalismo razonable que tenga como fin la promoción de la autonomía real de las personas más vulnerables. Ese tipo de paternalismo no solo no contradice el principio de autonomía, sino que resulta ser una de sus condiciones”. La inmigración, sobre todo en el inicio, constituye, a nuestro juicio, un momento de vulnerabilidad que justifica una actitud responsable y beneficiente del profesional.

Tomar conciencia de que ninguna cultura tiene soluciones para todos los problemas vitales y de que se puede aprender de otras

Dicho esto, pasamos a sugerir algunas actuaciones que los profesionales pueden desarrollar para avanzar del paternalismo beneficiente hacia una relación asistencial razonablemente adecuada en términos éticos y de eficacia.

### 1.º Estilo de pensamiento compasivo

Mediante acciones formativas:

- Aceptar que otros pueden tener perspectivas diferentes sobre la vida, la salud y la muerte, intentar comprender el itinerario mental que los ha llevado a pensar de esa manera y buscar puntos de convergencia imprescindibles para una auténtica relación de ayuda.
- Tomar conciencia de que ninguna cultura tiene soluciones para todos los problemas vitales y de que se puede aprender de otras (Siurana y Aparisi et al., 2009, p. 81)
- Fomentar en la cultura profesional estilos de pensamiento afirmativo y compasivo, que ayuden al profesional a considerar el deber de apoyar a todas las personas en la búsqueda de sus ideales de vida dentro de los límites posibles de igualdad de oportunidades para todos (Siurana, p. 60).
- Optar por una comprensión de autonomía como un fenómeno dinámico y relacional (Denier y Gastmans, 2022, p. 968; Gómez-Vírseda et al., 2020). Teniendo en cuenta el carácter colectivista de la relación que la mayoría de los inmigrantes transportan en su estructura psicosocial es impensable que una persona con estas características tomará decisiones solo, sin la intervención de los suyos. En estas circunstancias, parece razonable pensar que una decisión compartida (*shared decision making*), o sea, la consideración del paciente y allegados como partes relevantes en la toma de decisión médica puede considerarse como un curso de acción adecuado (Dove et al., 2017, p. 154). Por lo tanto, la presencia de los maridos en las consultas no es totalmente negativa, ni debe ser rechazada de entrada. Será necesario un ejercicio de diálogo para esclarecer, ayudar a entender y situar el acto médico en su debido lugar.

### 2.º Competencia cultural

Para entender a los pacientes de otras culturas:



- Los profesionales necesitan tener un conocimiento mínimo de las claves culturales de los pacientes inmigrantes que atienden, para entender cómo perciben la enfermedad, la salud, el dolor y las relaciones humanas.
- Competencia comunicativa y habilidad para relacionarse y entrevistar a pacientes provenientes de otras culturas.
- Capacidad de los profesionales y las organizaciones sanitarias para considerar los factores socioculturales en la salud de los pacientes.
- Conocimiento de las cuestiones epidemiológicas: características sociodemográficas y los indicadores de salud de la población inmigrante.
- Procurar siempre un abordaje holístico de los problemas físicos, éticos y los trastornos psicosomáticos.
- La competencia cultural implica un claro posicionamiento ético por parte de los profesionales de la salud y las organizaciones que contribuyan a su formación (Siurana, p. 104).

### 3.º Trabajo cooperativo y colaborativo

Los profesionales necesitan tener un conocimiento mínimo de las claves culturales de los pacientes inmigrantes que atienden, para entender cómo perciben la enfermedad, la salud, el dolor y las relaciones humanas

En el estudio llevado a cabo en Navarra, antes mencionado, se han constatado dos datos reveladores. Los datos referentes al número consultas/año/profesional se observa que son los trabajadores sociales quienes tienen mayor número de consultas con inmigrantes (Fuentes et al., p. 183). Sin embargo, son los médicos los que viven con mayor intensidad el fenómeno de la inmigración como sobrecarga. Los trabajadores sociales han aumentado su protagonismo; los colectivos de inmigrantes no son percibidos como un todo homogéneo, sino diverso en función del origen, tiempo en la nueva sociedad, carácter regular o irregular o cercanía al modelo cultural del profesional (Fuentes, p. 187).

Este hecho puede ayudar a los profesionales a desarrollar acciones colaborativas, fomentando:

- La interdisciplinariedad. Apoyándose en los conocimientos y capacidades de otros profesionales, en este caso, los profesionales sociales para la prestación de los servicios. Dejarse ayudar.
- Mayor incorporación de mediadores culturales e intérpretes.
- Implicación de las asociaciones de inmigrantes y de las ONG que pueden contribuir en la información y formación de los inmigrantes en el conocimiento sobre la red de salud, los requerimientos de acceso, la organización, las citas y el uso adecuado de los servicios.

### 4.º Estrategias organizativas

- Protocolizar la información mínima para los pacientes inmigrantes y llevar acciones educativas desde los mismos centros de salud (Trabajo social podría asumir este papel).



- Desarrollar la idea de una historia clínica integral como defienden De Dios Romero (2013) y Contel et al. (2012) cuando se refieren a la atención de pacientes vulnerables.

Las propuestas que acabamos de plantear son fundamentalmente acciones de beneficencia, reglas de beneficencia obligatorias para:

- a. Proteger y defender los derechos ajenos, en este caso de los inmigrantes.
- b. Prevenir el daño que podría afectar a los propios pacientes inmigrantes y a terceros.
- c. Eliminar las condiciones o situaciones que pueden dañar a otros.
- d. Ayudar a las personas cuya capacidad de autonomía está de algún modo condicionada, tanto por los rasgos colectivistas de sus respectivas culturas, como por las circunstancias socioeconómicas y legales.

## 9. Conclusión

Ayudar a las personas cuya capacidad de autonomía está de algún modo condicionada, tanto por los rasgos colectivistas de sus respectivas culturas, como por las circunstancias socioeconómicas y legales

La atención a los inmigrantes en el ámbito de la salud comporta una serie de dificultades para muchos profesionales. El desconocimiento de las claves culturales de las personas que atienden produce conflictos y conduce a la vulneración de los principios éticos, aunque esta vulneración carece de intencionalidad. Además de la dificultad técnica para el manejo de los problemas de salud de los ciudadanos cuyo lenguaje y comportamiento no se entiende, los profesionales sufren una clara sobrecarga, probablemente no debido al número de los inmigrantes, que todos los estudios desmienten, sino que se debe a factores relacionales y dudas de orden moral. Plantear acciones

desde el principio de la beneficencia, incluso desde el paternalismo beneficiante puede ayudar a los profesionales a reflexionar, a sacudirse los temores y las tensiones y a plantear una atención técnica y éticamente beneficiosa para inmigrantes que viven en España.

## Referencias

- Aparisi, J. C. S., Martínez, E. H., López, I. T., Salazar, D. G., Rueda, R. A. Girtone, I. R. y Lucas, G. (2009). *Problemas éticos en la comunicación con pacientes inmigrantes infecciosos de larga duración y con tratamientos paliativos* [Informe final]. Fundació Victor Grifols i Lucas.
- Asagumo, A. (2022). Relational autonomy, the right to reject treatment, and advance directives in Japan. *Asian Bioethics Review* 14(1), 57-69. <https://doi.org/10.1007/s41649-021-00191-1>
- Asociación Médica Mundial. (2005). *Manual de Ética Médica*.
- Borrel I Carrió, F. (2007). La relación médico paciente en un mundo cambiante. *Humanitas (Humanidades médicas)*, (15) , 1-32.



- Collantes, F., Pinillas, V., Sáez, L. A. y Silvestre, J. (2010). El impacto de la inmigración en la España rural despoblada. *Boletín el Cano*, (128), 28.
- Collazos, F. y Qureshi, A. (2004). *La relación entre el médico y paciente culturalmente diferentes*. Organon Española.
- Contel, J. C., Muntané, B. y Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integral. *Atención Primaria* 44(2), 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.013>
- Davis, A. (2008). *Consentimiento informado y diversidad cultural*. Cuadernos de Fundació Victor Grifols i Lucas.
- Denier, Y. y Gastmans, C. (2022). Relational autonomy, vulnerability and embodied dignity as normative foundations of dignified dementia care. *Journal of Medical Ethics*, 48(12), 968-969. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108722>
- Dios Romero, A. de. (2013). *História clínica y social electrónica domiciliaria: propuesta de modelo integrado* (Trabajo de Fin de Máster de Telemedicina). Universitat Oberta de Catalunya. <http://hdl.handle.net/10609/25741>
- Dolado, J. J. y Vázquez, P. (2008). *Ensayos sobre los efectos económicos de la inmigración en España*. Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA).
- Dove, E. S., Kelly, S. E., Lucivero, F., Machirori, M., Dheensa, S. y Prainsack, B. (2017). Beyond individualism: Is there a place for relational autonomy in clinical practice and research? *Clinical Ethics*, 12(3), 150-165. <https://doi.org/10.1177/1477750917704156>
- Ferrer, J. J. y Álvarez, J. C. (2003). *Para fundamentar la bioética*. Desclée de Brouwer.
- Fuertes, M. C., Elizalde, L. y Andrés, M. R. de. (2010). Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 179-190. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272010000300006>
- Gracia, D. (2007). *Fundamentos de Bioética*. Triacastela.
- Junyent, M., Nuñez, S. y Miró, O. (2006). Urgencias médicas del inmigrante adulto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 27-34. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272006000200003>
- León Solas, B. (2005). La contribución demográfica de la inmigración: el caso de España. *Política y cultura*, (23), 121-143.
- Pujol, A. (2012). Hay bioética más allá de la autonomía. *Revista de Bioética y Derecho*, (25), 45-58. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872012000200005>
- Ujewe, S. J. (2018). Ought-onomy and Mental Health Ethics: From "Respect for Personal Autonomy" to "Preservation of Person-in Community" in African Ethics. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 25(4), E-45-E-59. <https://doi.org/10.1353/ppp.2018.0032>
- Uría Serrano, J. L. (2009). La inmigración y la salud. Elementos interculturales en la atención sanitaria. *BIBLID, Osasunaz*, (10), 165-182.
- Vázquez Gómez, G. (1990). La educación multicultural. *Educación*, 16, 7-16.