

**INVESTIGACIÓN**

Accesibilidad de los migrantes haitianos a la salud pública: una cuestión bioética

Anna Sílvia Penteadó Setti da Rocha¹, Thiago Rocha da Cunha¹, Sandra Guiotoku¹, Simone Tetu Moysés¹

1. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

Las vulnerabilidades intrínsecas a la migración despiertan la mirada bioética referente a las inequidades en salud, que a menudo comprometen la accesibilidad a los servicios sanitarios. Esta investigación evalúa el acceso a la salud de migrantes haitianos, buscando reconocer cuáles son las situaciones con más vulnerabilidad para el grupo, con miras a mejorar las políticas de salud pública. Se utilizó un enfoque cualitativo mediante la recolección de datos de un grupo focal con haitianos adultos de ambos sexos. Es necesario sensibilizar a los profesionales de la salud en cuanto a las diferencias culturales, al combate a la xenofobia y el racismo, y a la vulnerabilidad de los migrantes y refugiados. Esto posibilita repensar las políticas y acciones en salud para cumplir con el papel de universalidad, integralidad y equidad fomentado por el Sistema Único de Salud brasileño.

Palabras clave: Migrantes. Accesibilidad a los servicios de salud. Bioética. Equidad en salud.

Resumo**Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética**

As vulnerabilidades intrínsecas à migração despertam o olhar bioético no que concerne às iniquidades em saúde, que muitas vezes comprometem o acesso a serviços sanitários. Com isso, esta pesquisa avalia o acesso à saúde de migrantes haitianos, buscando reconhecer situações que geram maior vulnerabilidade, com vistas ao aperfeiçoamento de políticas públicas. O estudo utilizou abordagem qualitativa, coletando dados por meio de grupo focal formado por haitianos de ambos os sexos. Conclui-se que é preciso sensibilizar profissionais de saúde em relação a diferenças culturais, combater a xenofobia e o racismo e conscientizar quanto à vulnerabilidade de migrantes e refugiados. A partir disso, será possível repensar políticas e ações em saúde de modo a alcançar a universalidade, a integralidade e a equidade fomentadas pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Migrantes. Acesso aos serviços de saúde. Bioética. Equidade em saúde.

Abstract**Access of Haitian migrants to public healthcare: a bioethical question**

The vulnerabilities of migrants arouse the bioethical view of health inequities that often affect the access to health. This research evaluates the access to healthcare of Haitian migrants, recognizing the situations that generate greater vulnerability, aiming at the improvement of public health policies. The study used a qualitative approach by conducting a focus group with adult Haitians of both sexes. We verified the need for raising health professionals' awareness of cultural differences, migrants and refugees' vulnerability and the fight against xenophobia and racism. Only after this it will be possible to rethink health policies and actions to achieve the universality, integrity and equity promoted by the Brazilian Unified Health System.

Keywords: Transients and migrants. Health services accessibility. Bioethics. Health equity.

Aprobación CEP-PUCPR 1783961

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

El acceso universal al Sistema Único de Salud (SUS) brasileño está garantizado por la Constitución Federal de 1988, la cual establece que *la salud es un derecho de todos y un deber del Estado*¹. Los inmigrantes y refugiados están incluidos en esta asistencia según el artículo 5 de la Carta Magna, el cual *dispone que todos son iguales ante la ley, sin distinción de ningún tipo, y garantiza a los brasileños y extranjeros residentes en el país la inviolabilidad del derecho a la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la propiedad*². Sin embargo, de las diversas inequidades en el área de la salud, el acceso al tratamiento básico y especializado constituye una de las más agudas.

Los problemas enfrentados por las poblaciones más vulnerables —como la pobreza, la falta de agua potable y saneamiento, la dificultad para acceder a la educación y la vivienda precaria— se hacen más intensos en el área de la salud. En esta, hay falta de profesionales calificados, mala distribución de recursos y desigualdad en el diseño geográfico de los establecimientos. Además, las políticas públicas tienden a priorizar la atención especializada sobre la atención primaria, lo que puede agravar las inequidades.

La perspectiva de la salud como la cura para las enfermedades no ayuda a resolver las vulnerabilidades de las poblaciones necesitadas. La atención primaria dirigida a la prevención y el tratamiento es más efectiva al centrarse en el individuo y la comunidad, considerando los aspectos culturales, familiares y ambientales. Esta estrategia es fundamental para promover cambios en toda la sociedad, pues rescata el cuidado de las relaciones humanas y construye nuevos lazos sociales con base en el respeto, la ética y la solidaridad³.

Los migrantes y refugiados necesitan atención especial. Las diferencias culturales, las dificultades del idioma, la falta de documentación e historial médico, así como el racismo y la xenofobia, comprometen el acceso a la salud. Estas vulnerabilidades despiertan la mirada bioética, ya que se relacionan con los determinantes sociales y los aspectos estructurales, sociales y culturales⁴.

En este contexto, esta investigación evalúa la percepción de inmigrantes haitianos de Curitiba, Paraná, Brasil, con relación al acceso a la salud. Además, a partir del relato de los participantes, se busca señalar cuáles situaciones les generan más vulnerabilidad, con miras a proponer políticas públicas que garanticen los derechos para esta población.

Método

Se recolectaron los datos de un grupo focal con 10 haitianos adultos, de ambos sexos, residentes en la ciudad de Curitiba, Paraná, Brasil. La selección de los participantes ocurrió en las clases de portugués en la Universidade Tecnológica Federal do Paraná, en la cual se reunieron en un ambiente apropiado. Todos los participantes fueron informados sobre las características del estudio y firmaron el término de consentimiento libre e informado.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por dos moderadoras capacitadas del área de la salud y vinculadas a programas de posgrado en la Pontificia Universidade Católica do Paraná. Sus funciones consistían en introducir la discusión y mantenerla, enfatizar la inexistencia de respuestas correctas o incorrectas, observar a los participantes, alentándoles a hablar, identificar oportunidades en los relatos, establecer relaciones con los informantes para que se profundicen en los comentarios considerados relevantes individualmente y observar la comunicación no verbal y el ritmo adecuado de cada uno en el tiempo previsto para el debate⁵.

Los relatos fueron grabados en audio, después transcritos, interpretados y categorizados. Para el análisis de los datos, se aplicó el análisis de contenido con base en Bardin⁶ y, para tratar los datos, el software Atlas.ti.

Resultados y discusión

A partir de los relatos de los participantes, se detectaron los principales obstáculos para el acceso a la salud. Estas vulnerabilidades se organizaron en categorías, de acuerdo con el método de análisis de contenido, a saber: Barreras del idioma; medicina tradicional haitiana; barreras en el horario de atención; barreras en el retraso del servicio; falta/valor de los medicamentos; barreras en la territorialización; barreras en el certificado médico; barreras en la liberación del trabajo; y barreras en urgencias.

La Tabla 1 presenta los porcentajes sobre la frecuencia informada de vulnerabilidades. El principal obstáculo es el idioma (25%), seguido de la medicina tradicional haitiana (19%), de los problemas con los horarios (14%) y la demora en la atención (11%). También se informaron la falta de medicamentos (11%), las dificultades para comprender el sistema de territorialización del SUS (8%) y para obtener

autorización de salida anticipada del trabajo (3%), y la falta de atención en situaciones de urgencias (3%).

La dificultad con el idioma, la principal vulnerabilidad, también se encuentra reportada en otros estudios^{7,8}. La incomprensión limita la atención, puesto que también genera dificultades para los profesionales, como se puede observar en el siguiente relato: *“Ellos no logran hablar lo que quieren (...). En la atención no se comprende”* (Migrante A). Debido a este problema, los migrantes sugieren que haya un intérprete: *“Los centros de salud necesitan un traductor para ayudarles”* (Migrante B); *“Este hospital lograría tener una o dos personas que pueden hablar otro idioma y así ayudar”* (Migrante A).

Tabla 1. Vulnerabilidades reportadas, por frecuencia (%)

Categorías	%
Barreras del idioma	25
Medicina tradicional haitiana	19
Barreras del horario de atención	14
Barreras en el retraso de la atención	11
Falta/valor de medicamentos	11
Barreras en la territorialización	8
Barreras en el certificado médico	6
Barreras en la autorización de salida anticipada del trabajo	3
Barreras en urgencias	3

En la ausencia de un intérprete, los propios usuarios desarrollan estrategias: *“Una costumbre, cuando un haitiano va al hospital, es llevar a un amigo que habla más o menos el portugués, no se debe ir solo”* (Migrante C); *“Me recuerdo que cuando llegué a Brasil, fui al hospital y me esperó un amigo que habló por mí”* (Migrante D). Sin entender el idioma, los inmigrantes se sienten impotentes: *“Es difícil”* (Migrante B); *“Yo no hablaba portugués, hablaba español, así que lo intenté... El doctor no me entendió”* (Migrante A); *“Para explicarme lo que yo tenía fue muy complicado”* (Migrante E).

De acuerdo a Silva y Ramos⁸, en la relación profesional-paciente, la incomprensión del idioma genera angustia en ambas partes. Este sentimiento se intensifica cuando el médico se da cuenta de que, por esta razón, no hay una adherencia al tratamiento propuesto. De esto resulta que el obstáculo del idioma no es exclusivo del usuario.

La segunda barrera más mencionada por los participantes es el conflicto con la medicina tradicional haitiana: el arte de la cura transmitido de generación en generación que combina conocimientos

indígenas locales y de los esclavos africanos. El uso de hierbas y magia es una práctica conocida por la mayoría de la población haitiana, así como los rituales espirituales de vudú realizados por curanderos que invocan espíritus para tratar la salud⁹. Según Santos¹⁰, en Haití, algunas enfermedades están asociadas con la brujería y se las consideran inmunes a la medicina basada en el método científico.

El conflicto que emerge aquí es el etnocentrismo, que no reconoce otras culturas e ignora el valor universal de la salud, al mismo tiempo que reporta particularidades históricas y culturales. Sin embargo, no se justifica que los conceptos de determinada sociedad se consideren como los únicos válidos¹¹.

Así mismo, la falta de acceso al servicio público haitiano influye en la no inclusión de la asistencia en la rutina de esta población. En este contexto, los terapeutas espirituales son más accesibles o el único medio para restaurar la salud. Los participantes informan: *“Todos en realidad (...) Creo que todos los haitianos saben... Hacemos té”* (Migrante D); *“Si alguien tiene gripe (...) cuando no quiere ir al hospital, le hace un té de jengibre...”* (Migrante A); *“Hay otras cosas que me compré cuando vivía en Haití, y mi madre me hacía uno de Aloe vera”* (Migrante D).

Otra barrera reportada por los inmigrantes es el horario de atención de las unidades básicas, un problema enfrentado por todos los usuarios del sistema. Las largas jornadas de trabajo y la distancia del hogar son obstáculos para la atención: *“Cerca de mi casa, creo que abre a las siete o seis y media, más o menos, de la mañana [y] ahí comienza la cola”* (Migrante F); *“El horario es un problema, porque en la semana trabajamos... Es muy distante para llegar allí, pues cuando llegamos ya está cerrado”* (Migrante C); *“A veces necesito ir al centro de salud, pero está cerrado en el horario que puedo”* (Migrante G); *“A las cinco o las seis en punto ya lo cierran todo y no atienden más a nadie”* (Migrante A).

Los participantes también informan dificultades con la distribución de la atención de acuerdo con el criterio de territorialización, poco comprendido por ellos: *“No aceptarán (...) quieren al centro de salud cerca de su casa”* (Migrante G); *“Hay problema, porque estamos fuera del área”* (Migrante H); *“Mi Código Postal comenzó a tener validez para ser de Uberaba [barrio de Curitiba]”* (Migrante I).

Algunos inmigrantes también reportan dificultades en la obtención de un certificado médico para justificar su ausencia o salida anticipada del trabajo. Este obstáculo es muy importante, especialmente para esta población para la cual el trabajo

es imprescindible, pues no logra encontrarlo fácilmente: “Ahora los hospitales que trabajan con el SUS ya no dan un certificado médico, ya sabe, es muy difícil” (Migrante J); “Es muy difícil obtener un certificado, incluso si uno va a veces... [Solo] si uno está muy, muy enfermo” (Migrante I).

La falta de medicamentos constituye otra barrera mencionada. Aunque el problema no es exclusivo de los migrantes extranjeros, algunos participantes lo asocian con su condición: “Hay medicamento. Pero cuando había ido, no lo tenía, simplemente para mí no lo tenía” (Migrante I); “Cada vez que voy al hospital, siempre lo compro, porque cuando voy a solicitarlo en los centros de salud, no hay medicamentos, para nosotros nunca hay” (Migrante F); “Es más fácil obtener medicamentos en la farmacia que en el centro de salud” (Migrante C).

El debate sobre el acceso y las políticas dirigidas a grupos específicos busca implementar la equidad ideal del sistema de salud, un gran desafío, ya que cada segmento social tiene diferentes demandas, que no siempre son percibidas por las autoridades públicas¹². La fragilidad social y económica generada por la migración, especialmente al llegar al país de destino, implica que los inmigrantes vivan en residencias precarias y se sometan a trabajos poco saludables y mal pagados⁷. La ausencia de políticas dirigidas a ellos y la falta de estadísticas pueden hacerlos invisibles como grupo, lo cual agrava aún más su vulnerabilidad¹³.

Según a Sánchez y Bertolozzi, *el concepto de vulnerabilidad (...) supera el carácter individual y probabilístico del concepto clásico de “riesgo”, por tanto, es un conjunto de aspectos más amplios, que se extienden a los aspectos colectivos y contextuales, lo que conduce a la susceptibilidad a enfermedades o afectaciones*, incluida en este concepto la *disponibilidad o falta de recursos para proteger a las personas*¹⁴. Para combatirla es imprescindible el principio de equidad.

Al abarcar más que la igualdad, la equidad en salud no se limita a los aspectos sociales directamente relacionados con la economía, sino que incluye los aspectos cultural, religioso, histórico y étnico. Todos estos factores condicionan la percepción, la comprensión del mundo y la forma de lidiar con la enfermedad¹⁵.

Tratar a los enfermos, y no la enfermedad, es un compromiso inherente a la valoración de la dignidad humana defendida por la bioética. De los principios establecidos por el SUS, la integralidad es uno de los más desafiantes, y no se puede desvincularlo de la universalización y la equidad¹⁶. Este principio

alcanza los otros dos, más allá de simplemente cumplir las reglas.

Para lograr la integralidad, uno de los propósitos de la Política Nacional de Gestión Estratégica y Participativa en el SUS¹⁷ es promover la inclusión social de poblaciones específicas, con vistas a obtener la equidad en el derecho a la salud. Esta estrategia de gestión participativa es transversal, de manera que permita la formulación y deliberación de políticas por parte de los profesionales de la salud y la comunidad. Por tanto, el enfoque es compatible con la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*¹⁸, que dispone en su artículo 8.º la protección de los grupos vulnerables y el respeto de su integridad personal. Sin embargo, en la práctica, faltan acciones específicas para los migrantes internacionales.

Como se ha observado en los relatos, las vulnerabilidades en la salud no se limitan a los individuos, sino que incluyen a grupos predispuestos a desarrollar determinadas enfermedades debido a la falta de protección¹⁹. Estas vulnerabilidades pueden ser individuales, sociales o institucionales y, por tanto, cabe plantear las preguntas: “¿De quién es la vulnerabilidad?”, “¿A qué?” y “¿En qué condiciones?”²⁰.

La vulnerabilidad individual limita la autonomía del sujeto y su capacidad de transformar hábitos que lo exponen a enfermedades. La vulnerabilidad social está relacionada con el acceso y la aprehensión de informaciones. Por su turno, la vulnerabilidad institucional se refiere a los programas de prevención y cuidado en salud y a la forma como se dirigen a la población²⁰. En el caso de los migrantes y refugiados internacionales, el aspecto social es muy importante, ya que las vulnerabilidades del sistema público brasileño son experimentadas aún más intensamente por este grupo.

Al revocar el desactualizado Estatuto de los Extranjeros, la Ley 13.445/2017²¹ representó un gran avance, puesto que el enfoque de la seguridad nacional pasó al de la garantía de los derechos. En su artículo 3.º, que trata sobre los principios y las directrices de la política migratoria brasileña, se destacan la no criminalización y la no discriminación de la migración. El artículo 4.º garantiza a los migrantes los *derechos y libertades civiles, sociales, culturales y económicos, así como el acceso a servicios de salud y la atención pública (...), sin discriminación por nacionalidad y estatus migratorio*²¹.

La mayoría de los haitianos que llegan a Brasil provienen de una situación social degradada, que ha dejado gran parte de la población en la pobreza extrema. Esta situación se ha agravado con la

prolongada crisis política en la que vive el país, el cambio climático y el devastador terremoto del 2010, que mató más de 200 mil personas. Por lo tanto, las posibles salidas incluyen, por supuesto, la emigración, y la permanencia de los haitianos en Brasil está justificada por razones humanitarias²².

Consideraciones finales

Para los migrantes y refugiados haitianos, la falta de comprensión del idioma constituye la mayor

dificultad para el acceso a la salud. Sin embargo, también existen otras barreras, como las económicas y culturales, que generan vulnerabilidad. Identificarlas es importante para renovar las prácticas colectivas de salud con base en la conciencia de que toda la sociedad es responsable del cuidado de las personas. Para ello, se requiere que los profesionales de la salud se concienticen en relación a las diferencias culturales y a la situación de los migrantes y combatan la xenofobia y el racismo. Así será posible implementar los ideales de universalidad, integralidad y equidad del SUS.

Referencias

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [acceso 29 abr 2020]. p. 118. Disponível: <https://bit.ly/2YjZyTO>
2. Brasil. Op. cit. p. 13.
3. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção primária. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [acceso 16 out 2018];65(6):991-9. DOI: 10.1590/S0034-71672012000600016
4. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. Bull World Health Organ [Internet]. 2013 [acceso 16 out 2018];91(8):546-A. DOI: 10.2471/BLT.13.125450
5. Scrimshaw SC, Hurtado E. Anthropological involvement in the Central American diarrheal disease control project. Soc Sci Med [Internet]. 1988 [acceso 16 out 2018];27(1):97-105. DOI: 10.1016/0277-9536(88)90167-0
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
7. Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. Rev Direito Sanit [Internet]. 2011 [acceso 20 jan 2018];12(1):90-114. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v12i1p90-114
8. Silva ECC, Ramos DLP. Interação transcultural nos serviços de saúde. Acta Bioeth [Internet]. 2010 [acceso 20 jan 2018];16(2):180-90. DOI: 10.4067/S1726-569X2010000200011
9. Clerismé C. Medicina tradicional y moderna en Haití. Bol Of Sanit Panam [Internet]. 1985 [acceso 16 out 2018];98(5):431-9. Disponível: <https://bit.ly/2SIKJvr>
10. Santos FV. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. Hist Ciênc Saúde Manguinhos [Internet]. 2016 [acceso 5 jan 2018];23(2):477-94. DOI: 10.1590/S0104-59702016000200008
11. Capella VB. Ética de la asistencia primaria a los niños de procedencia internacional. Acta Bioeth [Internet]. 2012 [acceso 4 fev 2018];18(2):189-98. DOI: 10.4067/S1726-569X2012000200007
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acceso 5 jan 2018];17(11):2865-75. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100002
13. Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. Cad Metrop [Internet]. 2007 [acceso 16 out 2018];(17):119-33. Disponível: <https://bit.ly/2Wa003B>
14. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [acceso 5 jan 2018];12(2):319-24. p. 323. DOI: 10.1590/S1413-81232007000200007
15. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JJJ. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [acceso 5 jan 2018];22(5):1397-406. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33552016
16. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc [Internet]. 2009 [acceso 16 out 2018];18(supl 2):11-23. DOI: 10.1590/S0104-12902009000600003
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: Participa SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acceso 16 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2zl7aod>
18. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Lisboa: Unesco; 2006 [acceso 20 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/31AKChn>
19. Ayres JRCM, França JI, Calazans GJ, Saletti FHC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

20. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRDCM. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acceso 16 out 2018];22(6):1335-42. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000600022
21. Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 25 maio 2017 [acceso 22 dez 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2KML8HK>
22. Fernandes D, Milesi R, Farias A. Do Haiti para o Brasil: o novo fluxo migratório. *Cad Debates Refúg Migr Cid* [Internet]. 2011 [acceso 29 abr 2020];6(6):73-97. Disponível: <https://bit.ly/3f54a5h>


Participación de los autores

Anna Sílvia Penteado Setti da Rocha elaboró el estudio, llevó a cabo la búsqueda bibliográfica, analizó los datos y redactó el artículo. Thiago Rocha da Cunha, Sandra Guiotoku y Simone Tetu Moisés colaboraron con el diseño del estudio y la revisión del manuscrito. Sandra Guiotoku también contribuyó al análisis de los datos.


Correspondencia

Anna Sílvia Penteado Setti da Rocha – Av. Sete de Setembro, 3.165, Rebouças CEP 80230-901. Curitiba/PR, Brasil.


Anna Sílvia Penteado Setti da Rocha – Doctora – annaprocha@gmail.com

 0000-0003-2405-1219


Thiago Rocha da Cunha – Doctor – caixadothiago@gmail.com

 0000-0002-6330-2714

Sandra Guiotoku – Estudiante de doctorado – skguiotoku@yahoo.com.br

 0000-0002-8343-8651

Simone Tetu Moisés – Doctora – simone.moyses@pucpr.br

 0000-0003-4861-9980

