

Discriminación múltiple en la asistencia sanitaria

1. ¿Qué es la discriminación múltiple?

La discriminación múltiple describe una situación en la que una persona sufre discriminación por más de un motivo, por ejemplo por razón de sexo y religión, edad y origen étnico, etc. Puede ser:

- aditiva, cuando se distinguen los efectos específicos; por ejemplo, cuando una mujer de edad avanzada sufre discriminación en el lugar de trabajo por razón de sexo y en el acceso a la asistencia sanitaria por razón de edad; o
- interseccional, cuando la discriminación se basa en la combinación de dos o más características. Por ejemplo, una mujer romaní podría ser discriminada al dar a luz en un hospital no solo por ser mujer, puesto que no todas las mujeres sufren esa discriminación, y no sólo por ser de etnia romaní, puesto que no toda la población romaní se enfrenta a ese problema, sino por la combinación de esas dos características. **Este informe de la FRA se centra en la discriminación múltiple interseccional.**

2. ¿Qué protección jurídica existe contra la discriminación múltiple?

La Unión Europea dispone de una legislación que prohíbe toda discriminación por razón de seis motivos: sexo, edad, discapacidad, religión o convicciones, raza u origen étnico, y orientación sexual. Ahora bien, la legislación de la UE confiere mayor protección contra la discriminación por razón de raza u origen étnico y por razón de sexo que contra la discriminación por otros motivos. Por ejemplo, en lo que se refiere al acceso a la asistencia sanitaria, la legislación de la UE protege expresamente contra la discriminación solo por razón de sexo raza u origen étnico. Eso crea una «jerarquía de razones» artificial que lleva a la legislación de la UE a conferir una protección más completa frente a la discriminación por unos motivos que por otros. La llamada «Directiva horizontal» propuesta por la Comisión Europea en 2008, que conferiría protección frente a la discriminación por cualquier motivo, sigue en proceso de negociación.

El Derecho de la UE y la legislación de la mayoría de los Estados miembros de la UE no reconocen expresamente ni establecen disposiciones para hacer frente a la discriminación múltiple. Sólo seis de los 27 Estados miembros abordan la discriminación múltiple en su legislación. Con frecuencia, demandantes, abogados y jueces tampoco tienen conocimiento de la discriminación múltiple y de lo que significa.

3. ¿Cómo está de extendida la discriminación múltiple en la asistencia sanitaria?

No existen datos a escala de toda la UE sobre las desigualdades múltiples en la asistencia sanitaria, por lo que resulta difícil valorar plenamente la magnitud del problema. Mientras que el sexo y la edad se registran sistemáticamente, eso rara vez sucede/producen el caso del origen étnico y la discapacidad. La consiguiente ausencia de estadísticas sanitarias fiables hace que sea difícil conocer la situación real de las desigualdades por varios motivos. Sin embargo, los datos recabados de entre todos los sectores reflejados en la encuesta EU-MIDIS de la FRA indican que las minorías migrantes y étnicas son especialmente vulnerables a la discriminación múltiple. Cerca del 14 % de los encuestados de la EU-MIDIS declararon que se habían sentido discriminados por motivos múltiples en los 12 meses anteriores en comparación con el 3 % de la población mayoritaria ([FRA, EU-MIDIS, Informe Data in Focus Report 5: Multiple discrimination](#)).

Además, es posible que desconozcamos el verdadero grado de discriminación —incluida la discriminación múltiple— en la asistencia sanitaria, porque en muchos casos los afectados prefieren presentar demandas judiciales por razones distintas a la discriminación, como negligencia o mala práctica médica, ya que son más sencillas de demostrar y suelen dar lugar a una indemnización mayor que en los casos de discriminación.

4. ¿Qué barreras en el acceso a la asistencia sanitaria se encuentran las víctimas de la discriminación múltiple?

Barreras de comunicación y de idioma: la interpretación incorrecta o imposible dificulta a menudo la prestación de asistencia sanitaria. Las mujeres migrantes, que a menudo siguen a sus parejas como miembros de la familia, pueden tener dificultades para aprender idiomas, especialmente cuando solo se ocupan de las tareas del hogar. Los migrantes de mayor edad, que han hablado la lengua del país de destino durante mucho tiempo, pueden llegar a olvidarlo por motivos de salud ~~o~~ por empleo por demencia. Un área de especial interés es el impacto de las barreras idiomáticas en personas con problemas psicosociales o discapacidades intelectuales. Ese tipo de barreras suponen el principal problema para personas de origen migrante, puesto que la psicoterapia y las pruebas cognitivas normalmente necesitan llevarse a cabo en la lengua materna del paciente.

Falta de información sobre los derechos y servicios en materia de asistencia sanitaria: aunque esa falta de información puede estar relacionada con el lenguaje (tanto lenguaje de signos como Braille), también lo está con el consentimiento informado acerca de los procedimientos. Los usuarios de los servicios sanitarios romanís y las mujeres musulmanas declararon que no siempre se les daban explicaciones adecuadas, porque los profesionales sanitarios consideraban que su nivel de educación era demasiado bajo para entender y comunicar sus problemas.

Barreras organizativas y accesibilidad: estos factores pueden afectar desproporcionadamente a determinados tipos de usuarios de la asistencia sanitaria. Algunos ejemplos son: falta de flexibilidad organizativa, como concertar citas en viernes para las mujeres musulmanas o no tener en cuenta las necesidades de las madres migrantes que carecen de ayuda familiar para cuidar de sus hijos cuando tienen que recibir asistencia sanitaria. Otro problema es la accesibilidad y la ausencia de adaptaciones del espacio para las personas con discapacidad.

Condiciones de vida y de trabajo: el miedo a ser denunciadas ante las autoridades y por lo tanto a poder ser deportadas, sumado al miedo a perder el trabajo por una ausencia médica, disuade a los inmigrantes acudir a los servicios de asistencia sanitaria. Además, los inmigrantes de edad avanzada

o las personas con una discapacidad pueden estar incapacitados para trabajar y/o excluidos de los regímenes de protección social a menos que posean un permiso de residencia permanente.

Barreras culturales y psicológicas: la falta de dignidad y de respeto hacia otras culturas puede ser también una barrera. Las mujeres migrantes, y en especial las mujeres musulmanas, pueden sentirse incómodas con los médicos y los enfermeros varones. Eso las puede llevar a no solicitar asistencia sanitaria. En el caso de los niños con discapacidades intelectuales en comunidades de minorías étnicas pueden ser también ocultados en sus casas debido al estigma asociado a la discapacidad en su comunidad, lo que lleva a suponer erróneamente a los proveedores de servicios sociales que reciben apoyo en sus hogares.

5. ¿Cuáles fueron las conclusiones del informe?

En el informe se demuestra cómo los estereotipos, basados en la cultura, el sexo, la edad, el origen étnico, los antecedentes migrantes, la religión o la combinación de ambas, pueden dar lugar a un trato desigual entre los diferentes grupos de usuarios de la asistencia sanitaria. La investigación encontró algunos estereotipos recurrentes en todos los Estados miembros estudiados. Entre ellos están los relacionados con: la apariencia, en particular el uso de pañuelo por las mujeres musulmanas; discapacidad; enfermedad fingida, sobre todo en personas de edad avanzada y personas con discapacidad; estereotipos culturales y una posible asociación de minorías étnicas con VIH/SIDA.

Los pacientes y los profesionales encuestados mencionaron principalmente seis posibles formas de discriminación de las personas en la asistencia sanitaria, entre ellas: retraso del tratamiento; negativa a dar el tratamiento; falta de dignidad y aplicación de estereotipos; mala calidad de la asistencia; falta de consentimiento informado; y acoso.

6. ¿A dónde pueden acudir las víctimas?

En principio, las víctimas deben acudir a órganos de reclamación nacional, como las instituciones del Defensor del Pueblo, organismos de igualdad y similar. Pero, en la práctica, eso puede ser complicado porque algunos de esos organismos se ocupan de las reclamaciones de salud mientras que otros se ocupan de la discriminación. Además, a menudo existen diferentes organismos de igualdad que son responsables de los distintos motivos de discriminación. Esta complejidad puede hacer que las víctimas no sepan bien a dónde tienen que dirigirse para obtener una reparación del daño sufrido.

7. ¿Qué puede hacerse?

La FRA ha identificado una serie de formas para abordar la cuestión de la discriminación múltiple con mayor eficacia.

La legislación de la UE: la adopción de la «Directiva horizontal» extendería la legislación europea contra la discriminación por un solo factor al resto de ellos, y permitiría a los Estados miembros abordar los problemas de discriminación múltiple más eficazmente a través de la legislación nacional.

Organismos de igualdad y tribunales: la indemnización concedida en los casos de discriminación múltiple debería ser superior a la concedida en los casos de discriminación basada en un único motivo, de forma que se creara un incentivo para que tanto las víctimas como sus abogados denunciaran ese tipo de hechos.

Promoción de la igualdad en materia de asistencia sanitaria: los Estados miembros podrían desarrollar formas más eficaces de conseguir la igualdad de trato, con dignidad y respeto, para todos los usuarios de la asistencia sanitaria. Como parte de eso, se podría impartir formación anti-discriminación a los profesionales sanitarios, prestar unos servicios lingüísticos y de mediación gratuitos y poner en marcha programas de proyección exterior dirigidos a grupos étnicos minoritarios y personas con discapacidades.

Acceso a la justicia: los Estados miembros deberían dar a conocer mejor los mecanismos de reclamación entre los usuarios de la asistencia sanitaria. A su vez, los órganos de reclamación deberían facilitar el acceso a la justicia por medio de una mayor divulgación de información en diferentes lenguas y formatos. También deberían reforzarse los mecanismos de difusión entre los organismos de asistencia sanitaria y de discriminación.

Mejora de la recogida de datos: deberían recabarse datos sobre el origen étnico y la discapacidad por medio de encuestas nacionales para ayudar a identificar los casos de desigualdades producidas por varios motivos y los inconvenientes que se producen en el acceso a la asistencia sanitaria..

El informe completo '*Access to and quality of healthcare: inequalities and multiple discrimination*' puede consultarse en: <http://fra.europa.eu/>

El trabajo de la FRA sobre discriminación múltiple, incluida una hoja informativa del proyecto, puede consultarse en: <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>

Para cualquier consulta, póngase en contacto con el Equipo de Medios de Comunicación de la FRA:

Correo electrónico: media@fra.europa.eu / Tel.: +43 1 58030-642