



CÓDIGO: 11. UMA.06.3.2011.CP

TÍTULO: INMIGRACION Y SALUD

1.- RESUMEN

El Caso que se presenta a continuación fue atendido en el ámbito de la salud de un hospital de una capital andaluza. Presenta unas características similares a muchos otros en cuanto a su desarrollo: acceso al sistema sanitario a través del servicio de urgencias, red social débil y diagnóstico previo en el país de origen.

Emigrante de país extracomunitario de mediana edad y enfermedad grave, que accede al servicio de urgencias de un gran hospital y se ingresa en el mismo.

Tras estudiar el caso exhaustivamente se confirma que la persona ya conocía su estado de salud por un diagnóstico previo en su país de origen. Asimismo, la red social y familiar es deficitaria para las necesidad de ayuda instrumental y emocional que va a necesitar una vez se le instaure tratamiento.

Sin vivienda, ni ingresos regulares, ni trabajo estable, y sin cobertura sanitaria en el momento del ingreso.

Se hace necesario un apoyo externo alternativo al familiar para su convalecencia al alta hospitalaria, así como una vivienda que reúna una serie de características higiénico-sanitarias determinadas.

1.- ABSTRACT

The following case took place in a county town hospital in Andalusia. Its development is similar to other: accesses to the sanitary service through the emergency department, a weak social net and a previous diagnosis in the original country.

A middle-aged immigrant from a non-European country with a serious illness goes into a big hospital through emergency department. After a deep study of the case, it is confirmed this person already knew his illness by a previous diagnosis in his country of origin.

In the same way, the social and family net is deficient for the instrumental and emotional support this person will need once the treatment has commenced.

A homeless, no regular incomes, without a stable job and health insurance.

An external support alternative to the family one is necessary to help the person during his recovery after being discharged from the hospital, and so a home with the suitable sanitary characteristics.

2.- PALABRAS CLAVE

Inmigración, salud, desarraigo, claudicación, falta de recursos

2.- KEYWORDS

Immigration, health, displacement, lameness, lack of resources

3.- DESARROLLO

1.- Introducción a la temática del caso

Desde mi punto de vista profesional, este caso destaca la relación intrínseca entre las condiciones económicas y la salud, y como dicha relación es directamente proporcional. Por otra parte plantea una discusión interesante sobre lo que significa “bienestar social” dependiendo del entorno, así como el coste actual que el Sistema de Salud español soporta con la accesibilidad y universalidad que lo caracteriza.

El caso se repite con una frecuencia relativa en el ámbito hospitalario, y su incidencia va en aumento.

Sería importante discernir entre este tipo de casos, y el “turismo sanitario” más propio de países europeos, en los que personas con solvencia económica, acuden a nuestro país para intervenciones quirúrgicas que sus seguros privados no asumen en su país de origen.

2.- Sistema de servicio y tipo de servicio en el que se aborda el caso

El trabajador social hospitalario participa en la dimensión social del individuo, grupo o familia con prevención, información y asesoramiento, intervención profesional, coordinación con otros niveles de intervención y seguimiento al alta, en continua interacción con el resto del equipo.

3.- El caso relatado

Se expone a continuación el caso objeto de estudio:

Persona que ingresa en Urgencias de Hospital de capital andaluza, con enfermedad grave que precisa ingreso hospitalario.

Debido a la problemática surgida en referencia a la cobertura sanitaria, y su condición de emigrante, se requiere a la Unidad de Trabajo Social valoración del caso.

Se realiza visita en planta de Hematología, y se recogen los siguientes datos en una primera entrevista de contacto:

Nacionalidad boliviana, 43 años de edad, en España por motivos económicos. Trabaja en la construcción desde hace unos tres meses, y refiere convivir con una señora de nacionalidad española, con la que tiene previsto casarse. También manifiesta estructura familiar bastante cohesionada en España, con familiares de segundo y tercer grado, que viven en su entorno.

Cuando se aborda su situación de salud, responde con evasivas y no afronta con claridad las cuestiones planteadas por el profesional.

Dada la imprecisión de datos, se realiza interconsulta con médico responsable del caso, que no da crédito a las informaciones transmitidas por el enfermo. Manifiesta que él mismo le ha confirmado el diagnóstico con un informe previo realizado en su país, en el que se desarrolla la historia clínica, el tratamiento preciso, y la evolución clínica si se instaura dicho tratamiento.

Se aborda (dada la confidencialidad de la información) el permiso para poder informar a su pareja sobre su diagnóstico. Refiere que no hay ningún tipo de problema, que se la informe de su situación actual, que ella ya ha hablado con el médico responsable y conoce los pormenores del caso

Se cita en la Unidad a la pareja para entrevista en profundidad. Es una profesional liberal, con vivienda de su propiedad y situación económica estable. Vive sola, sin hijos. Cuando se intenta perfilar su relación con el interesado, manifiesta que desconocía sus problemas de salud hasta el ingreso hospitalario, que se siente “manipulada y engañada”, que se conocieron “a través de Internet hace unos meses”, y que él decidió venirse para comenzar “una nueva vida juntos”. Pero que, a la vista de los acontecimientos, él buscaba una coartada para venir a España y curarse, “que es lo que realmente le importa”.

Cuando se aborda la implicación en el cuidado del enfermo, ya que la enfermedad requiere grandes cuidados por parte del entorno, ella se desvincula totalmente de la relación “sólo somos amigos, yo no estoy preparada para tantos problemas”, y no vuelve al Hospital, ni se consigue contactar con ella por otros medios.

Dada la situación irregular del paciente en nuestro país, se tramita la cobertura sanitaria para personas sin recursos para poder afrontar los cuidados que precisa en el entorno hospitalario, así como para las prescripciones farmacológicas futuras.

Se visita al paciente, en esta ocasión en la Sala de Espera de Familiares, para mantener la confidencialidad en la medida de lo posible (la habitación es compartida con otros). Se aborda entrevista en profundidad, y finalmente confirma que conocía de su proceso desde hace aproximadamente un año, que las condiciones económicas no le permitían afrontar en su país de origen los gastos derivados de la enfermedad, y que le pareció una solución factible “engancharme a alguien del país, y poder salvar mi vida, ya que en Bolivia mis posibilidades de sobrevivir son cero y aquí el médico me habla del 60%...Dígame... ¿usted se lo pensaría?...”

Se le informa en la entrevista de la reacción de su pareja. No lo ha vuelto a visitar, ni ha contactado en modo alguno con él. Responde de manera brusca “No la necesito. Ahora mismo sólo debo ocuparme de mi tratamiento, y salir adelante”.

Dos días después, y tras una evolución favorable, el médico y el/la profesional lo visitan en la habitación. Está bastante animado, y se le plantea poner tratamiento quimioterápico. El/la trabajador/a social aprovecha para afrontar problemática de cuidados, y el paciente proporciona los contactos familiares que tiene en la ciudad y alrededores.

El médico sugiere una localización rápida de familiares, ya que la evolución de la enfermedad (sin ningún tipo de tratamiento durante un largo periodo de tiempo) va a depender sobremanera de comenzar rápidamente. Refiere textualmente: “Aquí no necesitamos a nadie, tiene los cuidados precisos. Pero dada la situación con su pareja... ¿a dónde podría restablecerse, y con quién? Necesita un entorno lo más aséptico posible, de otro modo la inmunosupresión le ocasionaría multitud de problemas asociados, y la supervivencia podría verse comprometida.”

De los ocho contactos proporcionados, sólo dos de ellos acuden al despacho. El resto alega problemática diversa que no le permite acudir al Hospital.

El primero de ellos resulta ser una prima del interesado, de 28 años de edad, que trabaja como empleada doméstica interna. Planteado el caso, refiere su imposibilidad tanto de cuidarlo en el momento actual, como al alta. Y manifiesta: “mire usted, yo gano 500 euros y debo enviarle a mi familia casi todo lo que gano porque dependen de mí para poder comer. No descanso ningún día pero es que tampoco me interesa, pues al menos en casa de los señores tengo mis necesidades básicas cubiertas, y puedo ahorrar más. Lo lamento, pero me es totalmente imposible afrontar la situación....”

El segundo contacto que responde a la cita, es una cuñada (casada con un hermano suyo, que no acude alegando que “no se llevan bien”) que vive en otra gran ciudad, a una distancia considerable. Tienen tres hijos pequeños, y cuidan de la madre de esta señora, dependiente en grado leve, que también convive con ellos. “Y todo esto es un piso de 40 m2, con problemas económicos graves. Ambos trabajamos todo el día, y sobrevivimos gracias a la ayuda de mi madre, que duerme con los tres niños en el otro cuarto. Con estas circunstancias, entenderá usted que no puedo hacerme cargo de mi cuñado”.

Dada la debilidad de la red social, se descarta la posibilidad de apoyo a través de familiares y/o allegados.

Una vez recopilados todos los datos, se busca apoyo social alternativo a través de voluntariado, así como solicitud de vivienda en ONG relacionada con enfermedades hematológicas.

PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS

- INMIGRACIÓN ILEGAL
- CLAUDICACIÓN FAMILIAR
- DESARRAIGO
- FALTA DE COBERTURA SANITARIA

4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NACIONES UNIDAS: “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, Art. 3, en línea <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (consultada el 10/06/2011)
- Real Decreto 1088/1989, de 8 de Septiembre por el que se extiende la Cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Personas sin recursos económicos suficientes
- Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998 de 15 de Junio)
- Ley Orgánica 4/2000 de 11 de Enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social
- Reglamento de ejecución de Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, aprobado por Real Decreto 2393/2004, de 30 de Diciembre

-Defensor del Pueblo Andaluz (2006) : “Derecho a la protección de la salud” En Manual de derechos de la ciudadanía, Cap. XII , 4.1.2 , en línea http://www.defensor-and.es/informes_y_publicaciones/otras_publicaciones/manual_de_derechos/capitulo_0012/index.html?page=14 (consultada el 10/06/2011)

-Código Deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social