

Atendiendo a los más desfavorecidos: empleo del capital social de vinculación para mejorar el acceso a la atención sanitaria de los migrantes irregulares en España

Deanna Marie Mason, PhD, RN, CNP-peds

Doctorado en Enfermería (PhD) University of North Dakota 2010

Master's en Enfermería (Certified Nurse Practitioner, pediatría) The College of Saint Catherine 2001

Licenciatura en Enfermería (RN) Gustavus Adolphus College (1996)

Enfermera de parroquia. Parroquia católica Ntra. Sra. de la Merced.

Publicación original: Journal of Nursing Scholarship, 2016; 48:5, 1–8. 1

© 2016 El autor. El Journal of Nursing Scholarship está publicado por Wiley Periodicals, Inc., en nombre de Sigma Theta Tau International The Honor Society of Nursing.

Este artículo es de acceso abierto, según los términos de la Licencia No comercial de Reconocimiento de Creative Commons, la cual permite el uso, la distribución y la reproducción en cualquier medio del material, siempre y cuando el trabajo original aparezca citado correctamente y no se utilice con fines comerciales.

Cómo citar este artículo: Mason D.M. Atendiendo a los más desfavorecidos: empleo del capital social de vinculación para mejorar el acceso a la atención sanitaria de los migrantes irregulares en España. Conocimiento Enfermero 1 (2018): 72-84.

RESUMEN

Objetivo. Describir una estrategia novedosa que utiliza el capital social de vinculación para proporcionar acceso a la atención sanitaria a migrantes irregulares sin estudios (o con un nivel de estudios muy bajo), poco integradas en la cultura del país y que residen en zonas metropolitanas de Europa.

Antecedentes y puesta en marcha del programa. Los datos públicos revelan que existen numerosas carencias a la hora de satisfacer las necesidades de atención sanitaria de los refugiados y de los migrantes irregulares que llegan a Europa. Muchos de los migrantes irregulares que residen en comunidades europeas no disponen de acceso a la información, a la atención o a los servicios debido a la falta de capital social. En el presente trabajo se ofrece una perspectiva general del problema y se describen brevemente las estrategias tradicionales que aplican las ONG (u otras organizaciones benéficas) y los obstáculos con los que se topan. Asimismo, se investiga y se describe una estrategia alternativa y novedosa que hace uso del capital social de vinculación para mejorar el acceso a la atención sanitaria de los migrantes irregulares. También se ofrecen datos concretos sobre el efecto que tiene este planteamiento sobre la población a la que va dirigida esta estrategia. Para finalizar se incluye una discusión sobre el papel que desempeña el personal de enfermería en el empleo del capital social de vinculación para atender y ocuparse de la población más vulnerable.

Conclusiones. Los datos sobre inmigración y refugiados revelan que los problemas relacionados con la migración van a seguir existiendo. En este contexto, la estrategia novedosa que aquí se presenta la puede poner en práctica el personal de enfermería –incluso aunque dispongan de recursos humanos y económicos limitados– en centros comunitarios pequeños frecuentados por migrantes irregulares, con el fin de mejorar la atención sanitaria que éstos reciben.

Relevancia clínica. La salud y el bienestar de los migrantes irregulares afecta significativamente a la salud de toda la comunidad. El personal de enfermería ha de conocer las estrategias nuevas que van surgiendo y ha de plantearse su puesta en práctica, para así garantizar que todos los integrantes de la comunidad tengan cubiertas sus necesidades de atención sanitaria, lo cual constituye un derecho humano fundamental.

Palabras clave: Migrantes irregulares; capital social; salud comunitaria; educación; precariedad de la vivienda; desigualdades sanitarias; estudio de casos.

Caring for the unseen: using linking social capital to improve healthcare access to irregular migrants in Spain

ABSTRACT

Purpose. Describe a novel strategy using linking social capital to provide healthcare access to irregular migrants with low-literacy, low-numeracy, and limited cultural assimilation in a European metropolitan area.

Organizing Construct. Public data shows numerous shortcomings in meeting the healthcare needs of refugees and irregular migrants surging into Europe. Many irregular migrants living in European communities are unable to access information, care, or services due to lack of social capital. An overview of the problem and traditional charity strategies, including their barriers, are briefly described. A novel strategy using linking social capital to improve healthcare access of irregular migrants is explored and described. Information regarding the impact of this approach on the target population is provided. The discussion of nursing's role in employing linking social capital to care for the vulnerable is presented.

Conclusions. Immigration and refugee data shows that issues related to migration will continue. The novel strategy presented can be implemented by nurses with limited financial and physical resources in small community settings frequented by irregular migrants to improve healthcare.

Clinical Relevance. The health and well-being of irregular migrants has an impact on community health. Nurses must be aware of and consider implementing novel strategies to ensure that all community members' health care needs, which is a basic human right, are addressed.

Keywords: Irregular migrants; social capital; community health; education; homelessness; health disparities; case study.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/17>

Introducción

La enfermería es una profesión que se ocupa de las necesidades de las poblaciones más vulnerables y de la identificación de los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud [1]. La violencia, los conflictos y la pobreza extrema están provocando el desplazamiento y el consecuente desarraigo de millones de personas en Oriente Medio (Siria, Irak, y Afganistán), Europa del Este (Ucrania), África Subsahariana y el Sudeste asiático [2]. A raíz de estos hechos, un número sin precedentes de refugiados y migrantes están llegando a Europa [2]. Sin embargo, no todos los refugiados y migrantes utilizan las vías oficiales para conseguir asilo o un permiso de residencia. Los migrantes irregulares sufren, en aquellos países en los que residen, una situación precaria de capital social escaso. El capital social es la relación que un individuo mantiene con un grupo y que le permite acceder a recursos tales como el dinero, la atención sanitaria, la información o los servicios [3]. Un principio sociológico de la salud describe esta relación de manera muy acertada:

La desigualdad social afecta a la salud de manera tanto directa como indirecta. Una gran desigualdad hace que un elevado porcentaje de la población viva en condiciones de pobreza relativa y que las políticas gubernamentales descuiden o dejen

de lado las inversiones humanas (es decir, inversiones en educación, en políticas sanitarias o en otros muchos servicios). Asimismo, la desigualdad también afecta a la salud de manera indirecta, a través de factores psicosociales relacionados con el lugar que cada persona ocupa en la jerarquía social. El capital social (confianza y participación cívica) va disminuyendo a medida que aumenta la desigualdad. [4] (p. 66)

En Europa, los migrantes irregulares tienen un acceso limitado a los recursos que permiten cubrir las necesidades básicas del ser humano –tales como la educación, la atención sanitaria y la vivienda– mientras que directamente quedan excluidos de cualquier tipo de participación ciudadana, lo que hace que sean extremadamente vulnerables. La proximidad física que existe entre ricos y pobres potencia los efectos nocivos de la desigualdad a nivel físico, mental y social [5]. En su conjunto, la falta de igualdad, de capital social y de inclusión en la participación ciudadana posibilita la consolidación de los obstáculos que perpetúan el aislamiento de los migrantes irregulares.

Contexto

Se dispone de datos claros sobre aquellos refugiados y migrantes que optan por las vías oficiales

para conseguir asilo y permiso de residencia. En la Unión Europea, en 2014, se presentaron más de 625.000 solicitudes de asilo [6]. En cuanto al desglose por edades de los solicitantes de asilo en 2014, el 53,7% tenían entre 18 y 34 años, el 19,9% entre 35 y 64 años, el 18,8% entre 0 y 13 años, el 6,7% entre 14 y 17 años, el 0,8% eran mayores de 65 años y el 0,1% eran de edad desconocida. La mayoría de los peticionarios eran hombres [6].

Sin embargo, hay disponibles muchos menos datos sobre la migración irregular. La migración irregular se define como “el movimiento de personas a un nuevo lugar de residencia o de tránsito que se produce fuera del marco normativo de los países emisores, de paso o receptores”. Un inmigrante irregular se define como “una persona que, debido a la entrada irregular, al incumplimiento de algún requisito de entrada o al vencimiento del sustento legal que permitía su entrada y residencia, carece de estatus legal en el país de tránsito o de acogida donde se encuentra” [7] (p. 172-173). Los países miembros de la Unión Europea disponen de menos datos sobre migración irregular y, por lo general, basan sus estimaciones en las sanciones impuestas a empresarios por dar trabajo a migrantes irregulares [8]. Por consiguiente, este tipo de recogida de datos no incluye a aquellos migrantes irregulares que viven en el país pero carecen de empleo o que trabajan para empresarios que no han recibido ninguna sanción. Las estimaciones más recientes sobre el número de migrantes irregulares que hay en Europa están basadas en los datos que recabó el Proyecto Clandestino, encargado por la Unión Europea, y que finalizó en 2009 [9]. A partir de los datos recogidos entre 2007 y 2009, se estima que el número de migrantes irregulares –con trabajo o sin él– que hay en los 27 estados miembro de la Unión Europea asciende a 1,9 millones y a 3,8 millones de personas, respectivamente [10].

Los migrantes irregulares corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud porque no disponen de un permiso de residencia válido del país en el que viven y, por consiguiente, tratan de ganarse la vida con trabajos que suelen ser o peligrosos o degradantes, a la vez que se encuentran con todo tipo de trabas para acceder a la atención sanitaria, la educación y la vivienda [11]. No todos los estados de la Unión Europea reconocen el derecho de los migrantes irregulares a pedir una indemnización por los accidentes ocurridos en el

lugar de trabajo ni les ofrecen los medios para obtener compensaciones legales en casos de prácticas discriminatorias o abusivas en el lugar de trabajo [11]. El acceso a la atención sanitaria para los migrantes irregulares varía entre los distintos estados miembros de la Unión Europea, e incluso en aquellos estados que sí que proporcionan atención sanitaria existen obstáculos en forma de desconocimiento de los derechos de asistencia sanitaria y de temor al intercambio de información entre los proveedores de atención sanitaria y las autoridades responsables en materia de inmigración [11]. El acceso a la educación para los niños migrantes irregulares es complicado, al exigirse disponer de documentación para poder matricularse o para recoger los títulos obtenidos. Además, a medida que se ascienden los distintos escalones del sistema educativo el acceso se hace cada vez más restrictivo [11]. La vivienda también es un tema problemático para los migrantes irregulares que no disponen de la documentación necesaria para acceder a una vivienda o que carecen de los recursos económicos necesarios para mantener un lugar de residencia estable [11]. Toda persona debería poder disfrutar de los derechos humanos internacionales por el mero hecho de ser un ser humano, independientemente de cuál sea su situación migratoria [12-14]. La Declaración Universal de los Derechos Humanos afirma que toda persona tiene todos los derechos y las libertades proclamados en dicha Declaración, “sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, patrimonio, nacimiento o cualquier otra condición” [12] (p. Artículo 2). Entidades como el Examen Periódico Universal (EPU) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades han emitido una serie de recomendaciones a los estados miembros de la Unión Europea que recalcan la importancia de garantizar el acceso de los migrantes irregulares a los servicios sociales básicos, incluida la atención sanitaria [11, 15, 16].

En España, lugar donde se llevó a cabo este proyecto de salud pública, existía un procedimiento único dentro de la Unión Europea para abordar la migración irregular. La entrada irregular en territorio nacional no se consideraba delito en España [11]. España era el único país europeo que permitía y promovía el registro de migrantes irregulares

a través de un mecanismo denominado *padrón municipal*, lo que posibilitaba el acceso de los migrantes irregulares a la asistencia médica gratuita y a la educación pública, en igualdad de condiciones con los españoles y los migrantes regulares [17]. Muchos inmigrantes sudamericanos, africanos y de Europa del Este entraban en el país como falsos turistas y utilizaban la migración irregular como punto de partida del proceso que habían de seguir para lograr el permiso de residencia o la nacionalidad [17].

En España, los migrantes irregulares podían acceder a otros recursos que les permitieran cubrir sus necesidades fundamentales –además de la atención sanitaria– a través de una entidad benéfica denominada Cáritas. Esta ONG es la Confederación oficial de las entidades de acción caritativa y social de la Iglesia Católica en España. A través de su red de oficinas ubicadas en iglesias católicas de todo el país se distribuyen alimentos, ropa y otros bienes de primera necesidad. La dirección postal de una persona o de una familia coincide con la de la iglesia o diócesis concreta donde dichas personas o familias han de acudir para recibir los servicios [18, 19]. El requisito de tener una dirección postal –verificable mediante un recibo de suministro (agua, luz o teléfono) o un documento de la Administración Pública– para poder ubicar a la persona y para poder optar a los servicios puede constituir una barrera para aquellos migrantes irregulares que no tienen acceso a una vivienda estable, que no tienen recibos a su nombre o que no reciben documentos oficiales de las Administraciones Públicas.

Debido a la prolongada crisis económica en la que estaba sumido el país, el 20 de abril de 2012 se aprobó en España el Real Decreto-Ley 16/2012, que restringía el acceso de los migrantes irregulares –así como de otros segmentos de la población– a la atención sanitaria que brinda el Sistema Nacional de Salud (20). En respuesta a esta medida se creó la organización no gubernamental (ONG) YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL, cuyo fin era denunciar públicamente esta ley y trabajar en pos de su derogación. Para ello, llevaron a cabo acciones de desobediencia civil, acompañando a gente de su barrio –incluyendo migrantes irregulares– que habían quedado excluidos de la atención sanitaria para que solicitaran asistencia médica en el Sistema Nacional de Salud [21]. Los grupos de acompaña-

miento suelen estar organizados y constituidos por hispanohablantes [22], lo que constituye una barrera lingüística para aquellos migrantes irregulares que no hablan español.

El derecho que tienen los estados europeos independientes de hacer que se cumplan las leyes de inmigración puede afectar, de manera indirecta, a la capacidad de los migrantes para acceder a los servicios básicos en el país de acogida. Asimismo, esto también puede disuadir a los migrantes irregulares de buscar el apoyo de las ONG o de las organizaciones benéficas por miedo a ser detenidos [11]. Un método habitual de vigilancia y control de migrantes irregulares dentro de las fronteras de la Unión Europea son las verificaciones de identidad rutinarias que con frecuencia se realizan en el transporte público, en los controles de tráfico rutinarios o en espacios públicos [11]. Las verificaciones de identidad que se llevan a cabo en las inmediaciones de los centros educativos, de los centros de salud o de los edificios religiosos tienen un efecto indirecto: disuaden a los migrantes de acudir a las organizaciones benéficas, porque estar buscando ayuda caritativa y, al mismo tiempo, ser considerado sospechoso puede ser una experiencia aterradora, humillante o traumática [11]. Las circunstancias sociales en las que uno vive conforman la calidad de vida de una persona [23]. Los migrantes irregulares viven en un estado permanente de miedo y desconfianza, puesto que residen en una sociedad que no los reconoce [24]. El realizar controles de inmigración cerca de los lugares donde las organizaciones benéficas facilitan recursos y servicios a migrantes irregulares lo único que consigue es intensificar el miedo y la desconfianza, a la vez que crea nuevas barreras para el acceso de estas personas a los derechos básicos fundamentales.

Papel del capital social en la salud de los migrantes irregulares

El capital social se ha vinculado a los resultados de salud en diversas publicaciones científicas sobre salud pública [25, 26]. El concepto de capital social ha seguido evolucionando y ahora incluye los matices que caracterizan al capital social de “unión”, al de “conexión” y al de “vinculación”. El capital social de unión y el de conexión son ambos de naturaleza horizontal; así, el capital so-

cial de unión existe en aquellas relaciones que se establecen en una red de personas (p. ej., familia o amigos) que se consideran similares, mientras que el capital social de conexión está basado en el respeto mutuo y en el apoyo entre los integrantes de un grupo que no tiene por qué ser homogéneo en términos de identidad social o demográfica (p. ej., los bancos, la policía; Putnam, 2000). Por el contrario, el capital social de vinculación es una estrategia vertical que une a personas que están en puestos de capital social elevado con personas que carecen de capital social, con el fin de abrirles las puertas y darles acceso a servicios y a relaciones interpersonales que de otro modo les resultarían inaccesibles [27]. El capital social de vinculación tiene mucha importancia para la salud de aquellas comunidades pobres donde el acceso a las instituciones oficiales o formales –como hospitales o clínicas– ha de basarse en la confianza y en el respeto mutuos (paciente–profesionales sanitarios) con el fin de potenciar y facilitar el acceso a los servicios y mejorar así los resultados sanitarios [3]. A pesar de que el capital social de vinculación puede estar liderado por miembros de las comunidades desfavorecidas, por lo general las relaciones de confianza funcionan mejor cuando son aquellos con un mayor capital social los que tienden la mano a los que tienen menos capital social [28, 29]. De forma concisa: el peso de la responsabilidad recae sobre aquellos integrantes de la comunidad que tienen capital social; son ellos quienes han de identificar y establecer relaciones de confianza con aquellos que carecen de capital social. De manera conjunta, la actuación de los miembros de la comunidad que tienen un capital social elevado, iniciando e interactuando con miembros más vulnerables de la comunidad, encarna la aplicación del capital social de vinculación con el objetivo de crear cambio.

Satisfacer las necesidades de los migrantes irregulares en las comunidades en las que viven constituye uno de los componentes esenciales de la salud comunitaria. El personal de enfermería, gracias a la relación que establecen con los pacientes, están en una posición óptima para satisfacer las necesidades que tienen los migrantes irregulares [24]. Durante su periodo de formación, al personal de enfermería se les prepara para que se conviertan en agentes del cambio, capaces de entrar en comunidades de migrantes irregulares y de trabajar allí como mediadores, con el fin de proporcionar capital social

de vinculación a los miembros más desfavorecidos de nuestra sociedad mediante la creación intencionada de relaciones de confianza. Las personas solo logran cambiar de hábitos y de estilo de vida y mejorar su estado de salud si tienen cerca a personas honradas y sinceras de quienes aprenderlo [30]. El capital social de vinculación se ha de construir con cuidado, para así crear dentro del grupo sentimientos de respeto mutuo y metas compartidas y minimizar los efectos del diferencial de poder inherente a este tipo de estructuras que reúnen a personas con capital social elevado y a otras con un capital social bajo [3]. Los migrantes irregulares se quedan fuera de los cauces oficiales de la sociedad y carecen de capital social, lo que les puede dificultar la búsqueda de ayuda a través de ONG u organizaciones benéficas por miedo a ser deportados, o debido a su falta de comprensión –a causa de sus deficientes aptitudes de lectura, escritura o aritmética– o por no contar con las destrezas lingüísticas suficientes. Ahí es donde el personal de enfermería entra en juego, pues puede interceder en nombre de estos migrantes mediante el uso del capital social de vinculación.

El personal de enfermería como agente del cambio

El personal de enfermería está bien considerado y se le valora positivamente en la mayoría de las sociedades [31]. El papel que desempeñan brindando atención y cuidados a los miembros más vulnerables de la sociedad a través del capital social de vinculación ha quedado claramente patente desde que Lillian Wald y Mary Brewster fundaron en 1893 la Institución de la calle Henry en el barrio de Lower East Side de Nueva York y se convirtieron en pioneras de la enfermería de salud pública [32]. Después de toparse de manera breve y fortuita con las condiciones de vida de los inmigrantes que vivían en el Lower East Side de la ciudad de Nueva York, Wald se convirtió en activista, con el objetivo en mente de mejorar la salud y el bienestar de quienes vivían al margen de la sociedad. Para ello, apoyó a este colectivo y puso en marcha de iniciativas de salud pública [33]. Durante su primer encuentro con una familia que vivía en la pobreza, la miseria y la exclusión social, Wald se percató de que, sin embargo, “[los inmigrantes] no carecían de ideales

sobre la vida familiar ni sobre la sociedad, de la cual eran una parte tan poco querida y marginada.” [33] [33] (p. 7). Ella asoció la situación de esa familia inmigrante con una falta de conocimientos que podía corregirse mediante la educación, con el fin de ayudarles a evitar las consecuencias naturales de su ignorancia y de promover la salud [33].

Con el fin de atender las necesidades de quienes estaban en situación de riesgo, Wald y Brewster se mudaron a la casa donde se hallaba la Institución de la calle Henry, en el barrio de Lower East Side, para poder así vivir cerca y ocuparse directamente de los problemas que tenían los habitantes de la institución [32, 33]. Wald y Brewster consiguieron utilizar con éxito el capital social para tender puentes entre mujeres de clase alta, bien formadas y privilegiadas, e inmigrantes que vivían en condiciones miserables, para así generar confianza y poner en marcha mecanismos que permitieran satisfacer las necesidades de la comunidad. Esto, a su vez, hizo que mejorara la salud tanto de los miembros de las comunidades de inmigrantes como la de población general que vivía a su alrededor.

Un enfoque novedoso utilizando el capital social

Un enfoque análogo, basado en la enfermería de salud pública, se empleó como punto de partida para identificar, aproximarse y ayudar a una comunidad de migrantes irregulares que asisten a los servicios religiosos en inglés que se celebraban en una iglesia multicultural del centro de Madrid. La mayoría de estos migrantes irregulares proceden del África subsahariana y de Sudamérica. El 70% de estos migrantes son varones adultos, mientras que el 30% restante son mujeres y niños. Todos los migrantes irregulares que asisten a estos servicios religiosos afirman ser cristianos; no se recabó ningún dato adicional para diferenciar entre aquellos que profesan la fe católica y la protestante. Esta comunidad de migrantes irregulares suelen socializar entre ellos antes y después de acudir a la iglesia y también fuera del contexto de los servicios religiosos (capital social de unión). Los miembros más influyentes de esta comunidad –tales como líderes espirituales y jefes tribales– interactúan con los líderes religiosos de la iglesia y con los integrantes del consejo parroquial (capital social de conexión). La

interacción entre los miembros de la iglesia –tanto aquellos en situación irregular como regular– se produce durante los servicios religiosos, las clases de formación religiosa, las sesiones de estudio de la Biblia, las clases de idiomas y la hora del café después de la iglesia. Gracias a estas actividades tanto formales como informales, la iglesia se ha convertido en un lugar que brinda apoyo emocional, social y espiritual, y donde además los migrantes irregulares pueden conseguir alimentos y ropa a través de Cáritas.

Cuando se aprobó en España la ley que impedía a los migrantes irregulares acceder a los servicios de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, la comunicad eclesial fue testigo directo de los efectos tan negativos que conlleva un acceso restringido a la atención sanitaria. Los migrantes irregulares forman parte de la comunidad social de la iglesia, con lo que la imposibilidad de acceder a la atención sanitaria constituye una amenaza no solo para la salud de los migrantes irregulares, sino también para la salud de toda la comunidad eclesial. Por lo tanto, se tomó la decisión de utilizar el capital social de vinculación para mejorar el acceso de los migrantes irregulares a los servicios de atención sanitaria, para así preservar la salud de toda la comunidad.

En el marco de este programa, el trabajo comenzó por el capital social de conexión, con el fin de identificar a aquellos grupos cívicos que estaban dispuestos a colaborar. La enfermera de la parroquia organizó reuniones con las ONG locales (p. ej., Yo Sí Sanidad Universal), con organizaciones humanitarias (p. ej., Cruz Roja) y con instituciones benéficas (p. ej., Cáritas) con el objetivo de identificar las estructuras ya existentes y entender bien el contexto en el que habrían de desarrollar su labor, para así evitar la duplicidad de esfuerzos. En esta fase tratamos de averiguar qué servicios existían ya, cómo se prestaban dichos servicios y cuáles eran las barreras o las restricciones que impedían a las poblaciones diana acceder a dichos servicios.

Después de emplear el capital social de conexión a nivel profesional, se utilizó nuevamente el capital social de conexión en el ámbito de la iglesia, entre los líderes eclesiales y los líderes de los migrantes irregulares. Los principales objetivos de estas reuniones eran conseguir acceder a la comunidad y establecer con ella una relación de confianza. Se habló sobre cuáles eran las necesidades más

acuciantes de la comunidad de migrantes irregulares, qué servicios valoraba más dicha comunidad (atención médica primaria, secundaria o terciaria) y a qué obstáculos se enfrentaban a la hora de acceder a dichos servicios. Las reuniones se fueron sucediendo hasta que todas las partes acordaron unánimemente un proceso, una ubicación, una hora y un punto de acceso. El líder religioso de la iglesia, que es una persona que inspira confianza y respeto a los migrantes irregulares, fue un intermediario clave, pues brindaba acceso tanto a los líderes espirituales y tribales como a una ubicación física donde se ofrecían una serie de servicios.

En las reuniones del capital social de conexión se recabó información que sirviera de guía para las reuniones subsiguientes, donde se evaluaron diversas estrategias y recursos con los que satisfacer las necesidades de las comunidades implicadas. Entre los principales temas tratados estuvo el cómo abordar y eliminar o, al menos, reducir las barreras que previamente habían identificado los profesionales sanitarios y la comunidad de migrantes irregulares. Como resultado de estas conversaciones se elaboró un inventario de recursos disponibles y una lista de necesidades financieras de los voluntarios (tanto presentes y como previstas para el futuro).

El proyecto se financió gracias a donaciones privadas. Se creó una fundación benéfica con estructura jurídica, conforme a las leyes locales, para gestionar los asuntos financieros y jurídicos relacionados con el programa. Algunas de las ideas iniciales que se aportaron al programa fueron: (a) citas los domingos por la mañana en la iglesia, justo antes de los servicios religiosos, para así minimizar el gasto en transporte; (b) un calendario de citas colgado en una zona privada, en la que las partes interesadas pudieran apuntarse para concertar una cita de 10 minutos; (c) un lugar privado donde instalar un consultorio para citas que tuviera acceso desde el exterior, para que la entrada y la salida gozaran de una mayor privacidad; (d) un espacio donde instalar un consultorio situado cerca de los aseos, para tener acceso fácil al agua; (e) no repartir ninguna ayuda económica para la compra de medicación o productos sanitarios, sino que los medicamentos y productos sanitarios necesarios se repartirían físicamente y se entregarían directamente al cliente; y (f) la colaboración concreta y deliberada con ONG, agencias humanitarias y organizaciones benéficas comenzaría a nivel del ca-

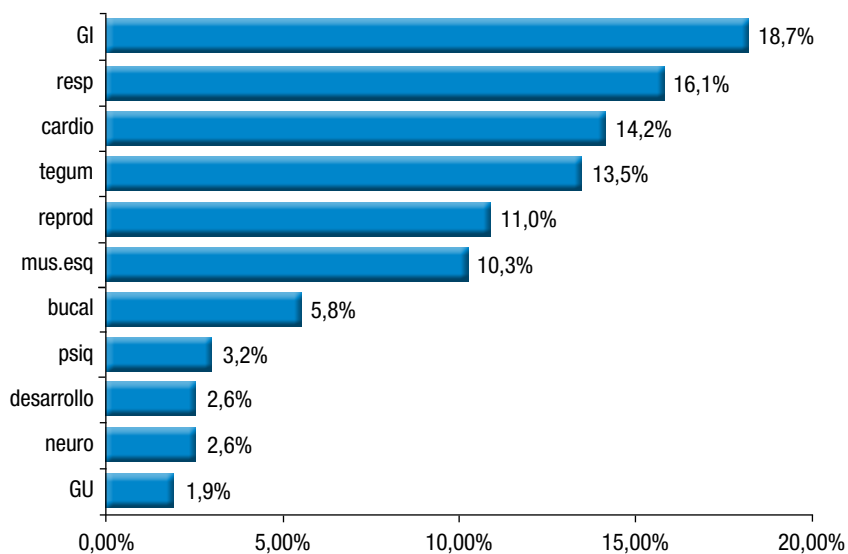
pital social de conexión y se iría trasladando hacia el capital social de vinculación a medida que fuese aumentando la confianza y el respeto entre la organización y las personas que buscan ayuda.

Breve descripción del programa

El programa realiza una evaluación directa para identificar aquellas enfermedades básicas que se pueden manejar a nivel ambulatorio, donde se incluye el reparto inmediato de medicamentos o productos sanitarios para el tratamiento sintomático de la dolencia. También se realiza un chequeo general para detectar posibles dolencias, como la hipertensión. Cada visita a la consulta incluye una breve sesión de educación sanitaria como modo de promover la salud. Además se elaboraron y se impartieron con regularidad una serie de seminarios para el fomento de la salud. Estos seminarios estaban adaptados a las necesidades de los alumnos, muchos de ellos sin estudios (o con un nivel de estudios muy bajo). Al finalizar el seminario se repartían entre los participantes bolsas individuales que contenían los productos sanitarios mencionados durante el seminario, así como hojas con ejercicios para mejorar la lectoescritura y las destrezas matemáticas.

Finalmente, a través del capital social de vinculación, el programa actúa como mecanismo de clasificación y derivación, poniendo en contacto a migrantes irregulares con ONG, grupos de ayuda humanitaria y organizaciones benéficas. Una vez que se ha establecido una relación sólida de confianza y respeto mutuos entre la enfermera y el cliente, el migrante irregular se muestra más dispuesto o, al menos, mucho menos reticente a aceptar la sugerencia de acudir a los servicios y a las organizaciones benéficas adecuadas, pues se siente más seguro. Ya lo describió Skiba-King (24) con enorme lucidez: «cuando el personal de enfermería escucha a los [...] migrantes indocumentados, estamos estableciendo unos vínculos de comprensión y protección; estamos creando historias nuevas con las que inundar la comunidad» p. 325.

El programa dio comienzo en noviembre de 2012. Al principio solo acudieron unos pocos migrantes irregulares. Desde un punto de vista cultural existía una enorme brecha entre las mujeres blancas y con estudios que ofrecían los servicios y

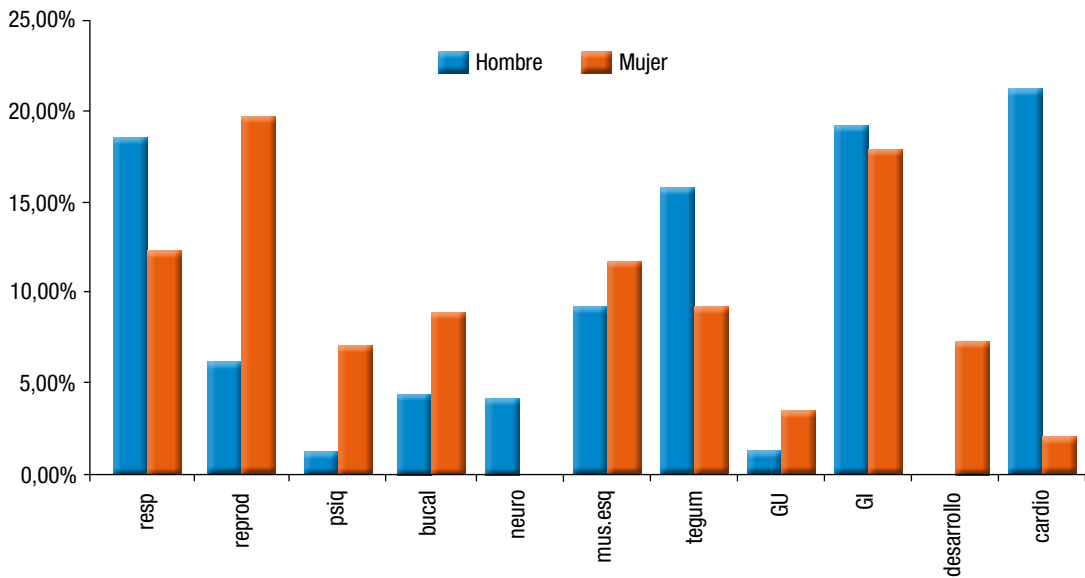
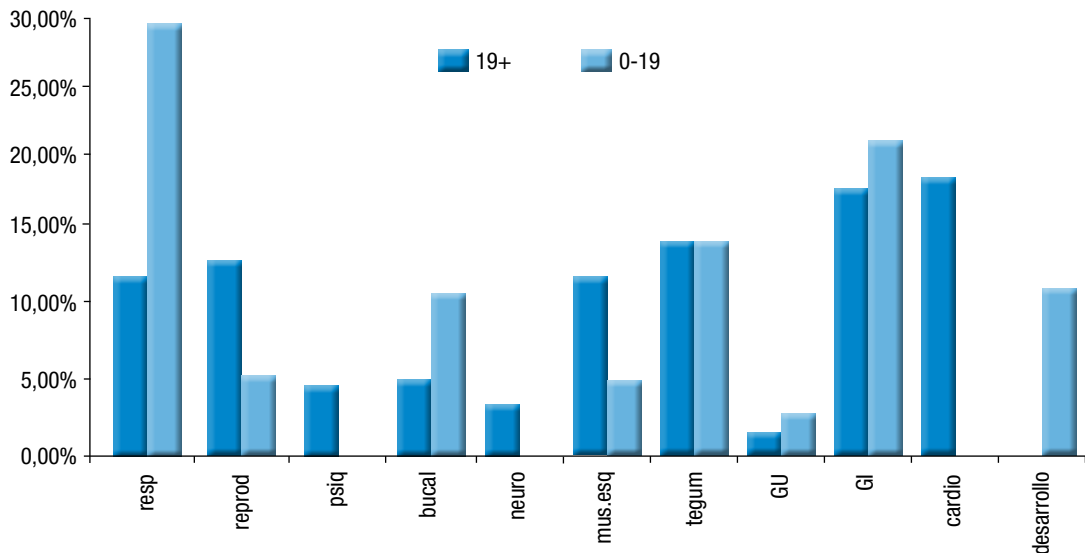
Figura 1. Principales quejas, desglosadas por aparato/sistema corporal.

los hombres migrantes irregulares que iban a solicitar dichos servicios. Quedó patente que se hacía necesaria una presencia y un ambiente cálidos y acogedores, sin dejar por ello de mantener un enfoque profesional. Los profesionales sanitarios llevaban bata blanca y una mesa de escritorio les separaba de los clientes mientras éstos les relataban el problema que les había llevado hasta allí, antes de pasar a la exploración física. En cada visita al consultorio se hacía hincapié en la confidencialidad de todo lo hablado y en que la verdad era requisito indispensable, como lo era el satisfacer las necesidades del cliente antes de realizar nuestra propia evaluación de necesidades. Para ello, resultaba crucial escuchar y buscar la comprensión mutua.

En el marco de este programa se atienden a unas 10 familias a la semana. El 20% de las visitas que hay cada semana son para tratar dolencias crónicas o son revisiones rutinarias / visitas de seguimiento. El 64% de los clientes son hombres. En cuanto al desglose por edades, el 76% son adultos, el 5% adolescentes y el 19% son bebés y niños. La mayoría de las visitas están relacionadas con enfermedades y dolencias comunes, como problemas gastrointestinales, infecciones respiratorias, hipertensión e infecciones cutáneas. La **Figura 1** muestra un resumen de todas las visitas desglosadas por sistema u órgano corporal afectado. El desglose adicional de dichas visitas por sexo y por grupo de edad queda reflejado en las **Figuras 2 y 3**, respectivamente.

A los migrantes irregulares se les deriva a centros externos en caso de que presenten problemas de salud más graves, tales como sospecha de fractura ósea, crecimiento anormal, hipertensión no controlada, cortes profundos o heridas graves, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, control de la natalidad o problemas psiquiátricos. Al 19% de los clientes se les deriva para que se les realice una valoración adicional o para recibir tratamiento. De ese 19% de pacientes derivados, un 15% necesitan un seguimiento continuado.

Gracias al capital social de vinculación, los migrantes irregulares se sienten seguros a la hora de recurrir a recursos externos que puedan dar respuesta a sus necesidades. Cuando se deriva a un cliente a un recurso externo se pone en marcha un mecanismo específico, dado que la mayoría de los migrantes irregulares no disponen de las destrezas lingüísticas necesarias para comunicarse y transmitir sus necesidades. Además, pueden surgir el temor y la desconfianza al encontrarse estos servicios fuera del ámbito de la iglesia. Para comenzar, se les escribe una nota en inglés utilizando un lenguaje sencillo, de un nivel de sexto de primaria, y se lee en voz alta para que el cliente entienda qué tipo de información lleva consigo. Al terminar se le da la oportunidad de aclarar posibles dudas, formular preguntas o añadir información adicional. A continuación, se traduce esta nota al español para que le sirva de guía a la persona que va a recibir al cliente en el centro donde se

Figura 2. Principales quejas, desglosadas por aparato/sistema corporal y por sexo.**Figura 3.** Principales quejas, desglosadas por aparato/sistema corporal y por edades.

le ha derivado. Para finalizar, se envía un correo electrónico a la organización receptora para que sepan que va a acudir allí un cliente con conocimientos lingüísticos limitados, pero que lleva consigo una carta de nuestro programa para ayudarle a localizar los servicios que necesita. Todo este proceso es posible gracias a que durante la fase de desarrollo del programa se establecieron líneas formales de comunicación a través del capital social de conexión. El último paso es informar al migrante irregular de la

ubicación exacta del proveedor de servicios y darle las indicaciones concretas de cómo llegar hasta allí en transporte público el día y a la hora acordados. Al cliente se le anima a que concierte una visita de seguimiento después de haber acudido al centro externo, para así conocer de primera mano su experiencia y para recabar información que nos permita mejorar el proceso. La mayoría de los clientes aceptan de buen grado participar en este proceso de mejora y están dispuestos a compartir sus experien-

cias positivas con los miembros de su comunidad a través del capital social de unión.

Lecciones que hemos aprendido

No todas las ideas que propusimos inicialmente funcionaron bien, debido a problemas de índole cultural. El formulario de inscripción para pedir cita nunca llegó a utilizarse. En su lugar, se creó una «cola» informal para pedir cita. Cuando les preguntamos a los miembros de la comunidad de migrantes irregulares por qué la gente no utilizaba los formularios de inscripción nos dieron dos razones: (a) no todo el mundo era capaz de escribir su nombre en inglés con claridad, y (b) existe la norma cultural de no mostrar signos de flaqueza o debilidad. Es otras palabras: los migrantes irregulares no querían que otros miembros de su comunidad supieran que estaban buscando ayuda. Además, surgió otro problema relacionado con la privacidad y el reparto de medicamentos y productos sanitarios: Los clientes sí que querían que les dieran los medicamentos y los productos necesarios para el tratamiento que les habían pautado, pero no querían que el resto de personas vieran lo que estaban recibiendo. Por ello, por motivos de privacidad, para esta comunidad era muy importante disponer de una bolsa de farmacia en la que meter los medicamentos.

Más allá de las necesidades relacionadas con la salud física, quienes integran la comunidad de migrantes irregulares buscan activamente información sobre temas de salud más secundarios –tales como nutrición, desarrollo infantil y disciplina, dolor y pena ante una pérdida, ejercicio y hábitos saludables– así como aclarar dudas sobre costumbres adquiridas culturalmente relacionadas con la salud (p. ej., preguntas del tipo de: ¿Cuánto tiempo tengo que esperar antes de utilizar unos aseos públicos una vez que haya salido el usuario anterior, para dar tiempo a que el aire se haya reciclado?). De ahí que surgiera la necesidad de ponernos en contacto con otros profesionales sanitarios, con el fin de hallar los recursos y la información necesarios.

Desafíos

Aún quedan una serie de temas por resolver. Un problema es la jerarquía que existe entre hombres

y mujeres: no habiendo una cola como tal formada en la sala de espera, las mujeres parecen quedar relegadas a una especie de cola invisible o secundaria, pues por regla general los hombres se la saltan y pasan a ser atendidos antes que ellas. Las últimas reuniones de cada mañana siempre acababan siendo las de las mujeres con sus hijos. Además, hubo problemas con personas que trataban de conseguir más medicación de la que necesitaban o medicamentos para dolencias que no padecían, o que traían el envase vacío de un medicamento dado y exigían que le dieran exactamente esa misma medicación.

Otro desafío al que nos enfrentamos fue aprender a guiar las expectativas del cliente. Enseñar a los clientes que los problemas de salud no siempre se resuelven con la primera cita médica o con el primer tratamiento es una labor que resulta crucial para poder mantener una relación de confianza y evitar que se muestren escépticos con el programa. De igual manera, el seguimiento puede ser tarea difícil con una población flotante o en constante tránsito, lo que puede afectar negativamente al resultado de los tratamientos médicos o al seguimiento de las dolencias e impide saber con certeza si determinadas intervenciones resultaron eficaces.

Ha habido una rotación de profesionales sanitarios voluntarios: Trabajar con migrantes irregulares es una labor agotadora. Los problemas a los que suelen enfrentarse los voluntarios son: (a) ausencia de un idioma materno común entre el profesional de enfermería y el cliente, lo que puede dar pie a malentendidos sobre lo que se está diciendo; (b) el diferencial de poder puede resultar incómodo cuando los que interactúan son personas con una fuerte personalidad; (c) pueden desencadenarse luchas de poder; (d) la justicia y la imparcialidad se evalúan desde la perspectiva cultural de cada uno, lo que puede dar pie a que los clientes se quejen de los servicios recibidos; y (e) cuando un servicio es «gratuito» puede haber personas que no lo valoren en su justa medida y que lo tomen como un derecho irrevocable, lo que puede resultar desmoralizador para los sanitarios.

Resultados positivos

A pesar de todos los desafíos a los que nos enfrentamos hubo también recompensas. La comunidad de migrantes irregulares ha indicado que se sien-

ten respaldados y apoyados y que ahora disponen de un mejor acceso a servicios que antes no sabían que existían o que no estaban seguros de cómo podían acceder a ellos. A continuación se enumeran algunos ejemplos concretos: (a) dos mujeres y un hombre fueron tratados con éxito de las enfermedades de transmisión sexual que padecían en una fundación especializada en educación en temas de salud sexual; (b) una mujer pudo hacer frente a un embarazo no deseado y acceder a métodos anticonceptivos gracias a dos fundaciones distintas que ofrecen servicios sanitarios a mujeres; (c) un hombre que había sufrido un ictus provocado por una hipertensión arterial no controlada pudo someterse a las pruebas diagnósticas adecuadas y recibir tratamiento y un seguimiento oportuno gracias a la colaboración de una organización humanitaria. A día de hoy el programa le compra y le entrega su medicación diaria y le hace una revisión semanal para evitar que sufra otro accidente cerebrovascular similar. y (d) un hombre que padecía un tumor abdominal consiguió que estudiaran su caso y le trataran en el Sistema Nacional de Salud gracias a la ayuda de una ONG que le acompañó a sus citas médicas y que se aseguró de que le atendieran convenientemente. En todos esos casos, antes de entrar en el programa los migrantes irregulares no sabían qué servicios estaban a su disposición, no eran capaces de acceder a estos servicios por problemas de idioma o no confiaban lo suficiente en el sistema como para acudir a estos servicios sin la seguridad directa y constante que les transmitían los miembros del programa. El capital social de vinculación resultó esencial para hacer que los migrantes irregulares conocieran, comprendieran y tuvieran acceso a servicios ya existentes en su comunidad con los que cubrir sus necesidades de atención sanitaria.

Además, la comunidad de la parroquia está así mejor protegida frente a enfermedades transmisibles que son evitables. Dentro del ciclo de seminarios para el fomento de la salud, las charlas sobre técnicas y usos correctos del lavado de manos contribuyeron a frenar la propagación de dolencias gastrointestinales. El tratamiento inmediato y adecuado de las lombrices intestinales limita su propagación al resto de habitantes de la casa y al resto de integrantes de esa comunidad. Dentro de ese mismo ciclo de seminarios, a los que versaban sobre alimentación saludable acudían tanto migrantes irregulares como miembros de la comuni-

dad que querían aprender a mejorar su salud y su bienestar. Gracias a todas estas experiencias compartidas y a la preocupación sincera y mutua que se demuestra, el número creciente de redes de capital social de unión y de conexión que se tejen entre los miembros de la comunidad de la iglesia potencian los beneficios que se obtienen cuando se proporciona capital social de vinculación a los migrantes irregulares.

Conclusiones

Esta estrategia novedosa de emplear un enfoque basado en los principios de Wald la puede recrear el personal de enfermería a pequeña escala, en sus comunidades locales, para así llegar hasta los miembros más desfavorecidos de nuestra sociedad y empezar a ocuparnos de ellos y a brindarles nuestra ayuda. La Declaración Universal de Derechos Humanos [12-14] claramente especifica que todos los seres humanos –independientemente de cuál sea su estatus– tienen una serie de derechos humanos básicos, incluida la atención sanitaria. En todo el mundo la violencia, los conflictos y la pobreza extrema siguen obligando a las personas a migrar; aquellos migrantes que optan por entrar irregularmente corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud debido a la falta de capital social [4, 7]. El personal de enfermería tiene la capacidad de establecer con los migrantes irregulares relaciones positivas basadas en interacciones seguras, con el fin de ayudarles a cubrir sus necesidades de atención sanitaria [24]. Con el uso del capital social de vinculación entre el personal de enfermería y los migrantes irregulares, que se origina en una relación de confianza y respeto enfermera-paciente, se puede lograr mejorar el acceso y los resultados de la atención sanitaria tanto para la comunidad de migrantes irregulares como para toda la comunidad en su conjunto [3]. Es más: los esfuerzos liderados por el personal de enfermería para que los migrantes irregulares tengan cubiertas sus necesidades de atención sanitaria y la documentación académica de estos proyectos están totalmente alineadas con las prioridades mundiales de investigación en enfermería que se marcó Sigma Theta Tau International [1], incluido el fomento de la salud y la prevención de enfermedades, así como la defensa y el fomento de la salud de comunidades vulnerables y marginadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sigma Theta Tau HSoN. Resource paper of global health and nursing research priorities 2005 June 9, 2015. Available from: https://www.nursingsociety.org/aboutus/PositionPapers/Documents/position_GHNRPRP.pdf.
2. United Nations High Commissioner for Refugees. Mediterranean crossings in 2015 are already top 100,000. UNHCR: The UN Refugee Agency [Internet]. 2015 June 10, 2015. Available from: <http://www.unhcr.org/557703c06.html>.
3. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*. 2004;33(4):650-67.
4. Wermuth L. Global inequality and human needs: Health and illness in an increasingly unequal world. Lasser J, editor. Boston, MA: Pearson Education, Inc.; 2003. 243 p.
5. Massey DS. The age of extremes: Concentrated affluence and poverty in the twenty-first century. *Demography*. 1996;33(4):395-412.
6. Bitoulas A. Eurostat data in focus: Population and social conditions 3/2015. Eurostat data in focus [Internet]. 2015 June 10, 2015. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/4168041/6742650/KS-QA-15-003-EN-N.pdf/b7786ec9-1ad6-4720-8a1d-430fcfc55018>.
7. European Migration Network. Asylum and migration glossary 3.0: A tool for better comparability. In: Affairs MaH, editor. 3 ed: European Commission; 2014. p. 341.
8. European Migration Network. Ad-hoc query on national definitions of irregular migrants and available data. In: Affairs MaH, editor. Paris, France: National Network Conference; 2011. p. 14.
9. Database on irregular migration [Internet]. European Commission. 2012. Available from: <http://www.irregular-migration.net/>.
10. Eurostat. Demography report 2010: Older, more numerous and diverse Europeans. Belgium: European Union; 2011 March 2011. Contract No.: ISBN 978-92-79-17603-6.
11. European Union Agency for Fundamental Rights. Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union. Luxembourg: Publication Office of the European Union; 2011. p. 110.
12. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. 1948.
13. United Nations. International Covenant on Civil and Political Rights. 1966.
14. United Nations. International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights. 1966.
15. European Center for Disease Prevention and Control. Expert opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's Southern and south-eastern borders. Stockholm: ECDC; 2015. p. 15.
16. United Nations. United Nations Human Rights: Basic facts about the Universal Periodic Review (UPR): United Nations; 2015 [Available from: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/BasicFacts.aspx>].
17. Clandestino. Irregular migration in Spain: Counting the uncountable - data and trends across Europe. In: DG Research SFP, Scientific Support to Policies, editor.: European Commission; 2009. p. 4.
18. Cáritas Española. Cáritas: Preguntas frecuentes 2009 [Available from: <http://www.caritas.es/PreguntasFrecuentes.aspx>].
19. Cáritas Española. Cáritas: Programas de desarrollo social 2009 [Available from: http://www.caritas.es/qhacemos_programas_info.aspx?Id=67].
20. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, (2012).
21. Yo Si Sanidad Universal. Yo Sí Sanidad Universal 2015 [Non-governmental organization (NGO)]. Available from: <http://yosisanidaduniversal.net/portada.php>.
22. European Commission. Special Eurobarometer 386: Europeans and their languages. European Commission; 2012.
23. Kawachi I. Social capital for health and human development. *Development*. 2001;44(1):31-5.
24. Skiba-King E. Undocumented immigrants: Connecting with the disconnected. In: de Chesnay M, Anderson BA, editors. *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research*. Fourth ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. p. 321-8.

25. Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindstrom M, Gerdtham U-G. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*. 2006;5(3).
26. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology*. 2012;22(3):179-87.
27. Woolcock M. The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Canadian Journal of Policy Research*. 2001;2(1):11-7.
28. Gittel R, Thompson JP. Making social capital work: social capital and community economic development. In: Saegert S, Thompson JP, Warren MR, editors. *Social Capital and Poor Communities*. New York: Russell Sage; 2001. p. 115-35.
29. Noguera PA. Transforming urban schools through investment in the social capital of parents. In: Saegert S, Thompson JP, Warren MR, editors. *Social Capital and Poor Communities*. New York: Russell Sage; 2001. p. 189-212.
30. Afzali M, Shahhosseini Z, Hamzeghardeshi Z. Social capital role in managing high risk behavior: A narrative review. *Materia Socio Medica*. 2015;27(4):280-5.
31. Shattell M. Nurse-patient interaction: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(6):714-22.
32. Yost E. *American women of nursing*. Philadelphia, PA: J.B. Lippencott Co.; 1955. 197 p.
33. Wald L. *The House on Henry Street*. London: Forgotten Books; 1915/2014. 317 p.